

INTERNE GENEESKUNDE

NUMMER 4
JAARGANG 12
DECEMBER 2021

Magazine voor de internist



Daan Eeftinck Schattenkerk en Miriam van Lieshout

Twee jonge klaren aan het werk op de SEH

Communicatie

Het belang van tolken in de zorg

90 jaar NIV

Een korte terugblik

Tokyo 2020

Jelmer Alisma was internist in
TeamNL

Zorgevaluatie

Een continu aandachtspunt
binnen het NIV-
Wetenschapsplatform



IN DE KIJKER

9

Twee jonge klaren werkzaam op de SEH vertellen over hun ervaringen



Communicatie

Het belang van tolken in de zorg

6



Tokyo 2020

Jelmer Almsa over zijn ervaringen als internist in TeamNL

12



Internisten in huisartsenpraktijk

Twee internisten werkzaam in de eerstelijns

20

Advance Care(er) Planning

15

Zorgevaluatie

16

90 jaar NIV – een terugblik

18

Uitreiking CJ Roosprijs 2021

22

RUBRIEKEN

Interne aangelegenheden

24

De patiënt centraal

Nieuws vanuit de deelspecialistische verenigingen

25

Cartoon

25

De medicus in de literatuur

26

Friedrich Schiller

Boekbespreking

29

Mijn legendarische moeder overleeft alles

Column Yvo Smulders

30

Je zal maar beleid II hebben



Dé diabetes type 1 community

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



Vraag posters en flyers aan via info@diabetestype1.nl

Een initiatief van:

diabetestype1.nl

Diabetes Fonds

Dr. C.J. Roosprijs 2022

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

In afwijking van alle voorgaande jaren zal de jury dit jaar slechts één kandidaat tot winnaar uitroepen. Ten gevolge van de COVID-19-pandemie zit er slechts een half jaar tussen de Internistendagen 2021 en 2022, waardoor er te weinig inzendingen zullen zijn om de gebruikelijke drie laureaten te benoemen. De prijs van € 2000 zal tijdens de Internistendagen in Maastricht in april 2022 worden uitgereikt na afloop van de sessie Topproefschriften, samen met een gekalligrafeerde oorkonde. Omdat in 2020 de Internistendagen niet door konden gaan krijgen de winnaressen Nienke Rorije, Charlotte de Bree en Tanja Dekkers alsnog de gelegenheid hun werk te presenteren tijdens de sessie Topproefschriften.

Voorwaarden

De dr. C.J. Roosprijs is bedoeld voor klinisch, patiëntgebonden onderzoek, waaronder verstaan wordt zowel onderzoek door de promovendus zelf verricht aan patiënten of proefpersonen, als onderzoek bij grotere groepen patiënten zoals gerandomiseerde studies, in een proefopstelling of een protocol waar de promovendus een belangrijk aandeel in heeft gehad. Moleculair, genetisch en basaal wetenschappelijk onderzoek kan hierbij additioneel zijn. Uitgesloten zijn proefschriften waarvan de aard en de opzet geheel bepaald zijn door de farmaceutische industrie.

Om in aanmerking te komen voor de Dr. C.J. Roosprijs wordt het volgende gevraagd:

- Een afgerond proefschrift handelend over een klinisch, patiëntgebonden onderwerp verschenen in 2021 en vóór 1 februari 2022, voor zover niet al eerder aan de jury voorgelegd.
- De auteur is internist, assistent in opleiding of heeft in de nabije toekomst uitzicht op een opleidingsplaats.

NB. Deze aankondiging is onder voorbehoud dat de Internistendagen in april 2022 zullen plaatsvinden. Als deze worden uitgesteld tot najaar 2022 dan zullen als gebruikelijk weer drie laureaten gekozen worden.

Aanmelden

Aanmelden gaat als volgt:

- Stuur een **digitale versie** van het proefschrift aan niv@eventex.nl onder vermelding van: Dr. C.J. Roosprijs 2022.
- Stuur een **gedrukt exemplaar** van het proefschrift aan de juryvoorzitter: dr. J. C. Roos, Doornburg 111, 1081 JX, Amsterdam.
- Zend bij zowel de digitale versie als bij het gedrukte exemplaar een curriculum vitae mee. Voeg een korte motivatie toe waarom u meent voor de prijs in aanmerking te komen en een kort overzicht van de aard van de financiële steun waarmee het onderzoek tot stand is gekomen.

Jury

De jury wordt samengesteld uit de vaste leden: prof. dr. H. A. H. Kaasjager, prof. dr. M. M. Levi, prof. dr. A. E. Meinders, dr. J. C. Roos, voorzitter, prof. dr. J. W. A. Smit, en de eersteprisijs-winnaar van 2021, dr. B. Haak.

De uiterste inzendingsdatum is 1 februari 2022



Flexibele schil

Net voor het schrijven van deze column heeft het kabinet extra maatregelen afgekondigd. Inmiddels zitten we in de zesde golf en is het aantal besmettingen nog nooit zo hoog geweest. Opnieuw leidt de druk op de ziekenhuizen ertoe dat alle ziekenhuizen alleen nog zorg kunnen leveren die binnen 6 weken moet plaatsvinden. Veel van onze aandacht en energie gaat naar het bestrijden van het virus, maar we moeten de komende tijd de zorg ook toekomstbestendiger maken.

De pandemie leert ons dat het zorgsysteem om flexibiliteit vraagt. Flexibiliteit is van belang om ook de komende jaren sterke fluctuaties in het aanbod van acute patiënten op te kunnen vangen. Daar is een flexibele schil van breed opgeleide medisch specialisten voor nodig. Medisch specialisten die zowel inzetbaar zijn in de gehele acute keten als in de andere (poli)klinische onderdelen van het ziekenhuis. De exacte behoefte zal per crisis anders zijn, maar het is duidelijk dat internisten vanwege hun brede basiskennis en opleiding deze rol bij uitstek kunnen vervullen. Net als we nu ook weer in deze golf doen.

Er wordt veel van ons gevraagd. Toen het aantal COVID-19-opnames opnieuw hard steeg hebben we binnen enkele dagen de cohort-afdelingen weer functioneel gemaakt. Op de SEH zag u de instroom snel toenemen en helaas nemen we inmiddels op de IC ook weer meer COVID-patiënten op. Dankzij de vaccinaties én door steeds betere behandelingen, waaraan ook veel van u een bijdrage leveren, lukt het gelukkig wel om een groter deel van de patiënten van de IC af te houden. Waar de verhouding tussen IC en kliniek in de eerste golf nog 1 op 1,7 was, liggen er inmiddels voor iedere IC-patiënt 4 patiënten op de verpleegafdelingen. Terwijl de hele zorg piept en kraakt, heb ik grote bewondering voor onze beroepsgroep die ook deze golf weer vooraan staat om de COVID-zorg in de gehele as te leveren. En daarnaast nog als flexibele schil avant la lettre de poliklinische zorg voor onze chronische patiënten in stand weet te houden.

De artikelen in dit magazine laten de diversiteit van ons vak mooi zien. Zo vertellen twee jonge klare acute internisten over hun meerwaarde op de SEH en in de hele acute zorgketen (pag. 8), lezen we op pag. 20 hoe een internist-infectioloog en internist-nefroloog een eigen praktijk hebben opgericht in de eerstelijns, en op pag. 12 wordt de meerwaarde van de internist bij topsport, en dan in het bijzonder op de Olympische spelen, beschreven.

Een relatief onontgonnen terrein in ons vak is zorgevaluatieonderzoek. Met het nieuwe NIV Platform Wetenschap en de herziening van de NIV-Kennisagenda willen we hier de komende jaren verandering in brengen (pag. 16). De DIALOGICA studie is in ieder geval een mooi voorbeeld van een zorgevaluatieproject (pag. 17). Tenslotte wil ik nog kort stilstaan bij de afgelopen internistendagen. Het was de commissie ook dit jaar weer gelukt om een supergoed programma in elkaar te zetten. En hoewel online meetings erg efficiënt kunnen zijn, was het heerlijk elkaar ook weer informeel buiten de sessies om te kunnen spreken. Er waren vele hoogtepunten in het programma, maar de winnaars van de Dr. C.J. Roosprijs (pag. 22) en de uitstekende lezing ter gelegenheid van de Hijmans van den Bergh penning door professor Saskia Middeldorp mogen hierbij niet onbenoemd blijven. Ik verheug me nu al weer op de volgende internistendagen, die door COVID-19 ook komend jaar weer in oktober zullen plaatsvinden.

Robin Peeters
Voorzitter NIV

COLOFON

Interne Geneeskunde,
magazine voor de internist
12e jaargang, nummer 4, december 2021

Redactie

Hans Ablij, Gysèle Bleumink (hoofredacteur), Caroline Canté, Marianne Hendriks, Charlotte Krol, Lianne van der Meer, Darius Soonawala, Harriët Teijen, Heleen de Wit

Redactie-adres

MacChain
E-mail: info@macchain.nl

Vormgeving en DTP

HGPDESIGN, Alphen aan den Rijn

Beeld omslag

Bart Versteeg

Uitgever

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

ISSN 2211-100X

© NIV, 2021

Website NIV: www.internisten.nl

‘Tolken terug in de zorg, alstublieft!’

TEKST: MAHDI SALIH • BEELD: CLAUDIA KAMERGORDSKI/MARIEKE DE RIDDER/PIET VAN OS

Het belang van tolken voor het effectief communiceren met patiënten die de Nederlandse taal onvoldoende machtig zijn is ons allen bekend. Toch nemen we vaak genoegen met een familielid dat vertaalt. Soms zijn dat kinderen. Dat moeten en kunnen we anders doen. De Johannes Wier Stichting voert campagne voor één telefoonnummer waarmee alle zorgverleners kosteloos en zonder zoekwerk een tolk in kunnen schakelen én om het inschakelen van kinderen als vertaler een halt toe te roepen. Een interview met Simone Goosen, epidemioloog en campagneleider ‘*Tolken terug in de zorg, alstublieft*’.

Waarom is deze campagne gelanceerd?

‘In 2012 schafte het ministerie van VWS de landelijke financiering voor tolken in de zorg af, met als

argument dat iedereen Nederlands moet leren en dat patiënten zelf verantwoordelijk zijn voor het overbruggen van de taalbarrière. Beroeps- en belangenorganisaties waren verontwaardigd en protesteerden heftig. Maar de minister van VWS zette het besluit door.

Landelijke organisaties, waaronder de KNMG en expertisecentrum gezondheidsverschillen Pharos, ontwikkelden in 2014 de Kwaliteitsnorm Tolkgebruik voor anderstaligen in de zorg. Daarmee was formeel weer vastgelegd dat zorgverleners een tolk moeten kunnen inschakelen. Maar de financiering was niet geregeld en dus veranderde de praktijk niet.

Uit onderzoek in 2015 bleek dat zorgprofessionals maar bij één op de drie contacten met anderstaligen een tolk hadden ingeschakeld, terwijl ze achteraf vonden dat in de meeste gevallen een professionele tolk nodig was geweest. In mijn werk voor vluchtelingen zag ik de gevolgen voor zorgverleners en patiënten van het ontbreken van financiering voor tolken. Mijn verontwaardiging over het beleid van VWS werd steeds groter.

De beroeps- en koepelorganisaties waar ik mee werkte hadden er weinig vertrouwen in dat het tij zou kunnen keren. Terwijl ik het gevoel had dat met de komst van de nieuwe VWS-bewindspersonen in het kabinet Rutte III het mogelijk zou moeten zijn het beleid om te krijgen. Samen met Petra de Jong, jeugdarts en bestuurslid van de Johannes Wier Stichting, nam ik daarom in 2019 het initiatief voor de campagne *Tolken terug in de zorg, alstublieft*.

Met deze campagne zetten we alles op alles om de overheid ervan te overtuigen dat er één landelijk telefoonnummer moet komen waarmee alle artsen kosteloos een tolk kunnen inschakelen. Eén telefoonnummer voor alle zorgverleners, dus voor medisch specialisten, huisartsen, verloskundigen, casemanagers dementie enz. Eén telefoonnummer waarbij het er niet toe doet of de patiënt die je voor je hebt een asielzoeker, statushouder, expat of ongedocumenteerde is. Alleen dan wordt het weer gewoon om een professionele tolk in te schakelen. En dat is hard nodig!’

Het kost meer tijd om een tolk in te schakelen en familieleden willen vaak tolken. Waarom pleiten jullie toch voor het inschakelen van een professionele tolk?

‘Kort gezegd, omdat communicatie de sleutel is tot goede zorg. Door een tolk in te schakelen kun je onnodige onderzoeken, verwijzingen en ligdagen voorkomen, en de therapietrouw



**DIT IS EEN KIND
EN GEEN TOLK**

Tolken terug in de zorg, alstublieft

tolkenterugindezorgalstublieft.nl

neemt toe. En een gesprek met een tolk leidt tot meer tevredenheid bij patiënt en zorgverlener. Kortom, een tolk is de investering dubbel en dwars waard.

Accepteer nooit dat een kind of jongere vertaalt. Een minderjarige mogen we gewoon niet met die verantwoordelijkheid belasten. Over het trauma dat een kind hierbij kan oplopen is inmiddels veel bekend. Om het tolken door kinderen een halt toe te roepen hebben we met AJN Jeugdartsen Nederland en de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie de postercampagne *Dit is een kind en geen tolk* gelanceerd.'

Abdoulah, een 12-jarige Syrische jongen, vertelt hierover in de podcast *Spraakverwarring in de spreekkamer*. Hij moest vertalen voor zijn vader bij de cardioloog: *'Ik had de taal nog maar net onder controle. Dan kom je voor de afspraak van je vader bij het ziekenhuis en dan hoor je allemaal woorden over ziektes ofzo. Sommige woordjes wist ik niet. Maar als het iets belangrijks is en je zegt het niet dan gaan er jaren van zijn leven.'*

Wiens probleem is het eigenlijk?

'Je zou kunnen stellen dat zorgprofessionals een probleem hebben als gevolg van het VWS-beleid. VWS stelde in 2012 dat de verantwoordelijkheid voor het overbruggen van de taalbarrière bij de patiënt ligt. Maar in de Wet inzake de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) staat overduidelijk dat

TIPS VOOR HET WERKEN MET EEN TOLK

Vragen vooraf: Voordat u een tolkenbureau belt, moet u op de volgende vier vragen het antwoord weten. Welke taal spreekt uw zorgvrager? Wat is het land van herkomst? Is er een voorkeur voor een man of een vrouw als tolk? Hoeveel tijd denkt u de tolk nodig te hebben? Houd daarnaast gegevens bij de hand, zoals de gebruikerscode voor uw ziekenhuis.

U heeft de leiding over het gesprek: Stel uzelf voor met uw naam en uw functie. Vervolgens stelt u de zorgvrager en de eventuele begeleider voor. Noem de naam van de patiënt niet, maar noem juist wel de leeftijd, het geslacht en de zorgvraag. Daarna zal de tolk zich voorstellen, en de geheimhoudingsplicht in de taal van uw zorgvrager nog eens benadrukken. Belangrijk punt voor het wederzijds vertrouwen.

U spreekt zo gewoon mogelijk: U praat dus niet met de tolk, maar 'gewoon' met de zorgvrager terwijl u elkaar aankijkt, alsof er geen tolk meeluistert. Zeg bijvoorbeeld: 'Hoe lang heeft u die klacht al?' Geef dan de tolk de tijd om te vertalen, dan de cliënt om te reageren, dan de tolk weer om het antwoord te vertalen.

Wees zo concreet mogelijk: Houd uw zinnen steeds kort, en zo eenvoudig en concreet mogelijk. Lichaamstaal, zoals een glimlach, kan de tolk niet zien door de telefoon, die zult u dus in woorden moeten vangen. Ook als u bijvoorbeeld opstaat, zeg dat dan even tegen de tolk.

Vraag 'terug': Vraag de patiënt aan het eind van het consult om te vertellen wat het behandelplan is. Zo weet u of de patiënt u heeft begrepen.

Noteer in het dossier dat u met een tolk hebt gewerkt.

Bron: www.zoschakeltueentolkin.nl

zorgprofessionals de verantwoordelijkheid hebben om hun patiënten goed te informeren en hun instemming te vragen voor de behandeling. In een tuchtzaak tegen een gynaecoloog die de baarmoeder van een Poolse vrouw verwijderde zonder expliciete toestemming, stelde de tuchtrechter dat de gynaecoloog juist vanwege de taalbarrière extra oplettend had moeten zijn bij het verschaffen van informatie en expliciet had moeten verifiëren bij

klaagster of zij had begrepen wat was besproken en of zij de gevolgen van de ingreep had begrepen. Gelukkig heeft minister Van Ark van VWS in februari 2021, in antwoord op Kamervragen, zwart op wit gezet dat zorgverleners professionele tolken móeten inschakelen als dit 'noodzakelijk is om goede zorg te kunnen verlenen'. En ze heeft daarbij ook aangegeven dat de financiering geregeld moet worden. En daarmee slaat ze de spijker op z'n kop.'

Het is nu nog een gedoe om een tolk in te schakelen: wat moet de zorgprofessional weten?

'Als zorgverlener heb je het recht om een tolk in te schakelen in lijn met de kwaliteitsnorm *Tolkgebruik bij anderstaligen in de zorg*, die o.a. de KNMG en Pharos in 2014 hebben ontwikkeld. De kwaliteitsnorm hebben wij "vertaald" in de gebruiksaanwijzing *Zo schakelt u een tolk in* (www.zoschakeltueentolkin.nl). Daarin beschrijven we ook praktisch hoe je de juiste tolk aan de telefoon krijgt en hoe je het gesprek voert.' ■

SIMONE GOOSEN

Simone Goosen is epidemioloog en expert migratie en gezondheid. Ze werkte vijf jaar voor de WHO in Afrika en 17 jaar voor GGD GHOR Nederland als onderzoeker en beleidsmedewerker. Ze promoveerde aan de Universiteit van Amsterdam op *A safe and healthy future? Epidemiological studies on the health of asylum seekers and refugees in the Netherlands*. Sinds 2019 leidt zij voor de Johannes Wier Stichting voor gezondheidszorg en mensenrechten de campagne Tolken terug in de zorg, alstublieft.

Johannes Wier Stichting

De Johannes Wier Stichting voor gezondheidszorg en mensenrechten (JWS) stimuleert en mobiliseert professionals in de zorg om de eerbiediging van het recht van eenieder om een zo goed mogelijke lichamelijke en geestelijke gezondheid te bevorderen. JWS biedt informatie, voorlichting en educatie aan artsen, verpleegkundigen en andere (toekomstige) professionals op het gebied van mensenrechtenaspecten in de zorg. Een voorbeeld zijn e-learningen over de zorg voor ongedocumenteerden en over hongerstaking.



Internist op de SEH

TEKST: CAROLINE CANTÉ • BEELD: BART VERSTEEG

Het werkgelegenheidsprobleem voor de huidige generatie jonge klaren gaat ons allen aan. Een complex vraagstuk dat niet makkelijk of snel zal worden opgelost. Maar wie is de huidige generatie jonge klaren eigenlijk? Hoe gaan zij om met dit probleem? Waar werken ze als internist (of niet) en hoe ziet de toekomst er voor hen uit? In de nieuwe rubriek *De jonge klare in de kijker* geven we ze het woord.

Daan Eeftinck Schattenkerk en Miriam van Lieshout werken als internist op de spoedeisende hulp van het Ziekenhuis St Jansdal in Harderwijk. Deze SEH wordt bemenst door 16 SEH-artsen KNMG,

PROFIELSCHETS

Naam: Daan Eeftinck Schattenkerk

Leeftijd: 38 jaar

Opleidingsprofiel en regio:
Acute Geneeskunde, Amsterdam:
OLVG Oost, Amsterdam UMC,
locatie AMC

PROFIELSCHETS

Naam: Miriam van Lieshout

Leeftijd: 39 jaar

Opleidingsprofiel en regio:
Meervoudige differentiatie (endocrinologie, ouderengeneeskunde, acute geneeskunde), Amsterdam UMC, locatie AMC

ondersteund door anios SEH, huisartsen in opleiding en coassistenten. Per jaar worden er zo'n 23.000 patiënten gezien. Sinds dit jaar zijn er dus ook twee internisten opgenomen in de vakgroep SEH.

Hoe is je loopbaan tot nu toe verlopen?

Daan: 'Sinds januari 2021 ben ik internist en mijn eerste baan was, direct na mijn registratie, in het Ikazia Ziekenhuis in Rotterdam. Gedurende een halfjaar heb ik daar als zzp'er de vakgroepen interne geneeskunde en longgeneeskunde ondersteund in de zorg voor COVID-19-patiënten. Na afloop van mijn werkzaamheden in het Ikazia Ziekenhuis kon ik direct aan de slag in het St Jansdal.'

Miriam: 'In mei 2021 ben ik begonnen als waarnemer in het IJssellandziekenhuis in Capelle aan den IJssel. Daar deed ik supervisie van de afdeling en SEH en nam ik algemene spreekuren waar. Het was een tijdelijke positie van maximaal zes maanden op maar liefst 125 kilometer van mijn woonplaats. Ik heb daar een paar maanden met veel plezier gewerkt, maar de werkdruk in combinatie met de reisafstand

leek me niet voor een langere tijd vol te houden. In deze periode zag ik de vacature voor mijn huidige baan. Ik heb gereageerd omdat deze mij aansprak en de reisafstand korter was. Bovendien is er uitzicht op verlenging.'

Hoe is de zoektocht naar een eerste baan verlopen? Heb je hulp gekregen van je opleider(s) en hoe heb je dit ervaren?

Daan: 'Mijn zoektocht naar een eerste baan verliep niet zonder slag of stoot. Na een eerste passende vacature, een half jaar vóór het voltooien van mijn opleiding, bleef het lange tijd stil op de banenmarkt. Ik heb toen open sollicitaties naar de vakgroepen interne geneeskunde van alle ziekenhuizen binnen reisafstand gestuurd, zonder resultaat. Mijn opleider heeft de verschillende kanalen in de gaten gehouden en mij geattendeerd op potentiële banen. Die waren er niet, tot ik dus in het Ikazia aan de slag kon. Mijn opleider heeft me van advies voorzien rondom de sollicitatie en ik vermoed dat ze ook nog wel een goed woordje voor me heeft gedaan. Daarna is het contact wat verwaterd.'

Miriam: 'Ik heb het laatste jaar van mijn opleiding uit eigen beweging volop gesolliciteerd en ben een aantal keer voor een gesprek uitgenodigd. Mijn opleiders hebben dit belangstellend gevolgd. Ik vond dit een stressvolle periode. Uiteindelijk ben ik via LinkedIn benaderd om te solliciteren op de vacature voor waarnemer en ben toen op korte termijn aangenomen.'

Hoe bevalt het om op de SEH te werken?

Daan: 'Het werken op de SEH bevalt me heel goed. Het is een dynamische werkplek met een leuk en hecht team. Ik ben hier met open armen ontvangen. De patiëntenpopulatie is heel anders dan in de 'grote stad'. Dat mijn werkzaamheden beperkt zijn tot de eerste hulp is soms wel jammer. Bijvoorbeeld bij een *casus pro diagnosi* – waar je goed over hebt nagedacht en een diagnostisch traject voor ogen hebt – is het erg jammer dat je niet betrokken bent

bij de verdere uitvoering hiervan. Uitbreiding van taken naar een toekomstige afdeling acute opname of zaalsupervisie zouden hier verandering in kunnen brengen.'

Miriam: 'Het bevalt mij heel goed om veel op de SEH te werken. Van tevoren weet je nooit hoe je dag gaat verlopen. Dit maakt dat ik me geen moment vervel. Ik leer veel van SEH-artsen en specialisten. De wisselende werktijden hebben ook zo hun voordelen, want ik kan nu mijn kinderen vaker naar school brengen. Ook worden weekenddiensten gecompenseerd. Het in de avond voorbereiden van mijn spreekuren mis ik niet. Soms mis ik wel het contact met de afdeling. Bij het werken in een dienststructuur, zoals hier op de SEH, werk je steeds met andere collega's, maar nooit met allemaal tegelijk.'

Is dit heel anders dan wat je voorheen hebt gedaan, vanuit je achtergrond binnen de acute geneeskunde?

Daan: 'Ik zie primair de patiënten die zijn ingestuurd voor de beschouwende specialismen. Als patiënten opgenomen moeten worden vindt altijd overleg plaats met de dienstdoende specialist. In het geval van de interne geneeskunde voldoet een korte overdracht. Mijn huidige rol is heel anders dan in het Ikazia, maar niet eens zo heel anders dan tijdens mijn opleiding tot internist. Toen zag ik als voorwacht namelijk ook patiënten voor andere specialismen.'

Miriam: 'Ik werk nu nog veel meer als generalist dan wanneer je uitsluitend patiënten ziet die zijn verwezen naar de internist of eerst gezien zijn door de SEH-arts. Ik zie meer zelfverwijzers en doe vaker een acute opvang. Ik zie vooral multimorbide patiënten met een ongedifferentieerd probleem.'

Wat zijn de voor- en nadelen van je positie als internist op de SEH?

Daan: 'Ik denk dat wij bijdragen aan een hogere kwaliteit van zorg en een snellere doorstroom van patiënten. Daarnaast is het voor de SEH-artsen denk ik ook heel prettig en efficiënt om een internist op de werkvloer te

hebben voor snel overleg. Vice versa geldt natuurlijk ook dat de SEH-artsen allround zijn, wat een prettige kruisbestuiving geeft. Voor mijn persoonlijke ontwikkeling als specialist is het ook leerzaam om veel patiënten van verschillende specialismen te zien en die zich presenteren met uiteenlopende acute ziektebeelden.'

Miriam: 'Voor de oudere multimorbide patiënt met één of meer problemen is er zeker meerwaarde om op de SEH door een internist gezien te worden. Dit komt de kwaliteit van zorg zeker ten goede. De vroege behandeling en diagnostiek is efficiënter en versnelt de doorstroom van deze patiëntencategorie. Ook zijn er genoeg mogelijkheden om echo's te doen. Dat was in mijn vorige baan lastiger, omdat ik de enige was die dit beheerste en er bovendien geen echoapparaat was.'

Hoe bevalt het om tot de vakgroep SEH te behoren? Welke afspraken zijn er van tevoren gemaakt?

Miriam: 'De samenwerking met de SEH-artsen is goed en bevalt wederzijds. Van tevoren zijn duidelijke afspraken gemaakt over welke patiëntencategorieën buiten onze expertise vallen (zoals kinderen, trauma-

takenpakket toegevoegd kunnen worden.'

Hoe is de verhouding met de vakgroep interne geneeskunde?

Daan: 'Die verhouding is goed. De meerwaarde van onze aanwezigheid op de eerste hulp wordt door de vakgroep interne herkend. Natuurlijk speelt geld altijd een rol. Wij zijn nu aangesteld binnen de vakgroep SEH. Binnen de vakgroep interne geneeskunde is de formatie krap en ligt de prioriteit bij uitbreiding waarschijnlijk niet op het gebied van de acute geneeskunde. Ik kan me voorstellen dat dit wrijving kan geven. Persoonlijk merk ik hier gelukkig weinig van. Ik probeer met mijn werk op de SEH ook de dienstdoende internist te ontlasten én de kwaliteit van zorg naar een hoger niveau te tillen.'

Wat zou de RGS/NIV kunnen doen om jonge klaren die buiten hun specialisatie werken te helpen met hun herregistratie?

Daan: 'Als internist met een eenvoudige differentiatie acute geneeskunde ben ik niet zo bang voor problemen bij de aanvraag voor een herregistratie. Desondanks vind ik

hier coulant mee om gaan, zodat de ruimte op de arbeidsmarkt door jonge klaren benut kan worden, zonder dat zij hiervoor gestraft worden. Bijvoorbeeld door de aanpak van de maatschapconstructie en stimuleren van parttime werken.'

Heb je tips voor collega's die werken op de SEH ook overwegen?

Daan: 'De internist acute geneeskunde op de SEH heeft meerwaarde. We zijn breed opgeleid en kennen de prioriteiten van de acute zorg. Natuurlijk zijn we niet één op één inwisselbaar met een SEH-arts, maar in de samenwerking versterken we elkaar juist. Goed overleg en van tevoren afspraken maken met de vakgroepen is essentieel. Probeer direct aansluiting te vinden met de interne geneeskunde. Ook al is de baan niet direct je droombaan, daar kun je altijd nog naartoe groeien. Grijp je kans!'

Wat is je droombaan?

Daan: 'De SEH vind ik een fantastische plek om te werken. Hollen of stilstaan, het onvoorspelbare, de dynamiek, een hecht team van collega's die niet vies zijn van hard werken. Zoals gezegd zou uitbreiding van taken op een acute opnameafdeling het nóg leuker maken, met daarnaast bijvoorbeeld een spoedpoli. De spoedechografie/POCUS (Point-of-care ultrasound) draag ik een warm hart toe. Het is een enorm waardevolle tool die een vaste plek verdient binnen de interne geneeskunde, zeker in de acute zorg. Dagelijks ondervind ik op de eerste hulp de meerwaarde van de bedside-echo. Als internist acute geneeskunde vind ik het dan ook belangrijk dat wij dit actief uitdragen.'

Miriam: 'In mijn ideale baan werk ik veel op de SEH, maar ben ik daarnaast ook betrokken bij de klinische zorg, bijvoorbeeld op een afdeling acute opname. Ook zou ik graag een bescheiden spreekuur doen voor chronische zorg, om ook longitudinaal patiëntencontact te hebben. Ik zou graag betrokken zijn bij het geven van onderwijs. En door mijn eerste baan ben ik er ook achter gekomen dat het belangrijk is om

'De **meerwaarde van onze aanwezigheid op de eerste hulp** wordt door de vakgroep interne herkend'

tologie, overige primaire chirurgie en neurologie) en aan wie we supervisie geven. Als de patiënt wordt opgenomen of als er een vervolg nodig is, overleg ik met de betreffende specialist. We gaan ook onderzoeken of de SIT-oproepen en het zien van patiënten voor trombolyse (in samenwerking met de neuroloog die daarbij aanwezig is), ook aan ons

dat jonge klare internisten niet dubbel benadeeld mogen worden door de beroepsgroep als zij noodgedwongen niet hun droombaan kunnen uitvoeren. Ik snap de zorgen om het verlies van bekwaamheid als wij niet werken binnen onze deelspecialistische gebieden, maar obstakels opwerpen bij het herregistreren is geen oplossing. De NIV/RGS moet

een goede werk-privébalans te hebben, en om af en toe enige ademruimte in een dag te hebben.'

Waar zie je jezelf over tien jaar?

Miriam: 'Ik hoop over tien jaar nog steeds als internist aan het werk te zijn, maar schat die kansen niet al te optimistisch in, gezien de huidige arbeidsmarkt. Hopelijk lukt het mij om aan het werk te blijven en uiteindelijk met wat geluk toch ergens die vaste(re) baan te krijgen. Als dat niet lukt, dan hoop ik ander werk te vinden dat net zoveel voldoening geeft, al heb ik nog geen idee wat dat zou zijn.'

Is je loopbaan anders gegaan dan je had verwacht en welke inzichten heeft je dat opgeleverd?

Daan: 'Mijn loopbaan is natuurlijk nog maar net begonnen. Ik denk dat het een utopie is om te veronderstellen dat je direct je droombaan krijgt. Dat gezegd hebbende, ik heb veel geluk gehad met mijn werk tot op heden. Ik heb nooit spijt gehad van mijn keuze voor de interne geneeskunde, noch voor de acute geneeskunde. Ook al is de arbeidsmarkt krap, ik heb er vertrouwen in dat ik

– al is het buiten de gebaande paden – mijn werkvreugde zal blijven vinden.' Miriam: 'Net als veel andere jonge klaren had ik me bij het begin van mijn opleiding niet voorgesteld dat er nog zoveel onzekerheid zou zijn na het afronden van mijn specialisatie. Destijds dacht ik dat de combinatie van opleiding, drie kinderen en een partner pittig was, maar dat het aan het eind van de rit waarschijnlijk toch wel goed zou komen. Ik had geen rekening gehouden met de onzekerheid van een slechte arbeidsmarkt, tijdelijke contracten en een lange reisafstand. Ook blijkt het lastig om jezelf te manifesteren buiten de directe patiëntenzorg als je van tijdelijke baan naar tijdelijke baan gaat. Als ik het nog een keer zou doen, dan zou ik waarschijnlijk niet

kiezen voor een meervoudige differentiatie. Het is een concept waar ik in geloof, maar voor mijn positie op de arbeidsmarkt lijkt het niet gunstig te zijn. Mocht het zo zijn dat het me niet lukt ergens een vaste baan te vinden, dan leg ik me daar misschien bij neer en zie ik af van emigreren of verhuizen, ook vanwege mijn gezin. Dan ga ik gewoon teren op de ervaringen die ik heb opgedaan als internist, ontzettend leuk en spannend werk dat ik niet had willen missen. Hopelijk is er dan ook een toekomst mogelijk in een heel andere baan en gaat er een nieuwe wereld voor me open. Je hebt je eigen toekomst uiteindelijk toch ook maar tot op zekere hoogte in de hand. Ik heb er vertrouwen in dat er meerdere wegen zijn naar (werk)geluk.' ■

'Obstakels opwerpen bij het herregistreren is geen oplossing'

NIV-vraag van vandaag

De laatste maanden toenemend visusklachten. Geen last van droge ogen. Wel vaag zien. Zeer goede eetlust, fors afgevallen. Beetje gejaagd gevoel bij het zwemmen, maar ook in rust. Transpireert niet. Zoekt de laatste tijd wat vaker de koude wateren op.

Welk aanvullend onderzoek zou u verrichten:

1. Natrium en osmolaliteit in de urine.
2. Cortisol in speeksel.
3. MRI van de hypofyse.
4. Schildklierfunctie en anti-TSH-R.

Het juiste antwoord vindt u op bladzijde 40.





Tokyo 2020: de internist in TeamNL

TEKST: JELMER ALSMA

Het is zaterdagochtend 17 juli 2020. Ik trek de voordeur achter me dicht en vertrek naar Schiphol. Het is de start van een avontuur dat deels binnen en deels buiten mijn comfortzone ligt: ik ga als internist deel uitmaken van de Nederlandse Olympische ploeg.

Het begon allemaal twee jaar geleden met een telefoontje van de chef-arts van TeamNL. Omdat de Olympische Spelen van Tokyo 2020 mogelijk de warmste ooit zouden worden, was gepaste medische begeleiding en zorg nodig. De verwachting was dat de temperaturen konden oplopen tot 35°C, en dat bij een luchtvochtigheid tot 85%. Er werd daarom gezocht naar een internist met enig verstand van hitteletsel die de sporters en hun begeleiders kon voorbereiden op deze intensieve en warme weken. Op de zoektocht naar zo'n 'expert' in de medische

aspecten bij fysieke inspanningen onder hoge temperaturen, kwam de chef-arts bij mij uit.

De expert

Soms ben je ergens expert in geworden zonder dat je er erg in hebt. Al meer dan tien jaar ben ik bij de Marathon Rotterdam werkzaam als vrijwilliger, als onderdeel van een medisch team dat bestaat uit ongeveer honderd artsen, verpleegkundigen en fysiotherapeuten. Op vier medische posten in het traject en één op de finish leveren we medische zorg aan sporters die dat nodig hebben.

De Marathon Rotterdam vindt plaats in het eerste of tweede weekend van april. In deze tijd van het jaar is zomerse hitte zeldzaam, maar door de temperatuurstijging ten opzichte van de periode ervoor zijn er toch risico's: extreme inspanning in combinatie met maar een beperkte stijging van de buitentemperatuur is voldoende voorwaarde om hitteletsel op te lopen. Daarnaast ben ik lid van de medische commissie en onder meer medeverantwoordelijk voor de medische protocollen. In deze protocollen staat beschreven hoe hitteletsel herkend en behandeld moet worden, én hoe er gekoeld moet worden.

De voorbereiding

Uiteraard wilde ik mijn medewerking geven aan TeamNL. Dus het jaar na



het telefoontje schreef ik de medische protocollen voor de Olympische en Paralympische Spelen. Daarnaast gaf ik medici en paramedici trainingen op het gebied van ABCDE-opvang en hitteletsel. Dit resulteerde in de vraag of ik mee wilde als arts voor TeamNL. Daar hoefde ik natuurlijk niet lang over na te denken.

‘Ik denk wel dat er een **belangrijke rol is weggelegd voor de internist** in (top)sport’

Hoewel de COVID-19-pandemie bijna roet in het eten gooide – voor het eerst sinds de Tweede Wereldoorlog gingen Olympische spelen niet door – kwam van uitstel gelukkig geen afstel en bleef de uitnodiging staan voor 2021.

Op reis

Zelden was ik zo snel klaar met het inpakken van mijn koffers; een paar weken eerder had ik gesponsorde koffers en kleding gekregen, dus behalve wat ondergoed en mijn medische rugzak hoefde ik niet veel uit te zoeken.

Na het afscheid van mijn gezin kon ik bij een aparte balie inchecken voor vlucht KL861. De reis ging voorspoedig, maar eenmaal op de luchthaven van Tokyo werd ons geduld op de proef gesteld. De tijd werd gevuld met wachten. Wachten tot je aan de beurt was om te testen, wachten op de testuitslag, wachten op de controle van de coronacheck-app (de OTCHA-app, waarin je dagelijks je symptomen moest invullen) en de *close contact app* en wachten op controle van de accreditatie met visum. Nadat we de douane passeerden waren we zeven uur verder.

Het olympisch dorp

Een uur later kwamen we aan in het olympisch dorp. Het betrof een nieuwbouwwijk die speciaal gebouwd was voor de Spelen: op een toplocatie, omgeven door water. In 21 flats van 14 tot 18 verdiepingen was ruimte voor ongeveer 15.000 sporters en begeleiders. De inrichting van de flats was sober, functioneel en vooral tijdelijk. De wanden waren van het dunste gipsplaat dat te krijgen was en bovendien niet afgewerkt. De toiletten en badruimtes waren modulair opgebouwd en op de vloer lag laminaat zonder plinten.

In de kamers (meestal meerpersoons) waren de bedden van karton, geflankeerd door een nachtkastje en een kledingkast. Het gaf het gevoel alsof je in een provisorische jeugderberg verbleef. Na de Spelen zou alles worden omgebouwd naar 3800 appartementen. Verder was er in het dorp een *plaza* met de nodige voorzieningen: kleine winkeltjes, een grote souvenirwinkel, een kapper en een telecomwinkel.

In de keuken werden 45.000 maaltijden per dag bereid en de eetzaal was 24 uur per dag geopend. De maaltijd kon bij verschillende counters worden afgehaald en er was voor ieder wat wils: wereldgerechten, Aziatisch, halal, Japans, glutenvrij, vegetarisch, noedels, pizza, pasta, salades, zuivel, fruit en desserts. Vervolgens kon je plaatsnemen aan lange tafels waar de zitplaatsen gescheiden waren door plexiglas.

TeamNL was gehuisvest in één van de twee torens van flat nummer 7, alwaar we werden verwelkomd door chef de mission Pieter van den Hoogenband. Aan de buitenkant was de flat voorzien van banners en de medaillespiegel. De faciliteiten in onze toren bestonden uit een gym, een terras, en een lounge. Op de etage waar ik verbleef bevonden zich ook de medische ruimtes.

Medische zorg in het dorp

Na inspirerende woorden van Van den Hoogenband vervoegde ik me bij de medische staf. Het team bestond uit vier artsen, waarbij er was gekozen voor een verdeling naar expertise (huisarts, sportarts, orthopeed en internist). Met dit team leverden we de medische zorg voor de sporters die geen eigen arts bij zich hadden, én ondersteunden we de artsen van de sportbonden, zowel in het olympisch dorp als op locatie bij de Spelen.

Net als de sporters waren ook wij goed voorbereid: al maanden eerder was de inhoud van de medische ruimte per boot verscheept. Er waren twee volledig ingerichte behandelkamers waar we 24 uur per dag patiënten konden zien. We hadden beschikking over een CRP-sneltest, een bloedgasapparaat,

een COVID-PCR, een echo en een apotheek.

Mocht dit ontoereikend zijn, dan konden we gebruikmaken van de medische faciliteiten van de polikliniek elders in het dorp, waar Japanse artsen en verpleegkundigen zorg konden leveren aan alle dorpsbewoners. Er was een polikliniek orthopedie, interne geneeskunde (waar de huisartsgeneeskunde ook onder viel), oogheelkunde, tandheelkunde, fysiotherapie en een apotheek. Er stonden twee MRI's, zes echoapparaten en een röntgenapparaat. Bloedonderzoek kon gedaan worden in het hematologisch en klinisch-chemisch laboratorium. De zorg was goed, maar vond alleen plaats op afspraak, met wachttijden tot gevolg.

Medische zorg op locaties

De dagen vóór de opening van de Spelen werden gebruikt om de locaties te bezoeken en de medische faciliteiten daar te inventariseren. Met mijn accreditatie en een toegangspas met persoonsgegevens en rechten, had ik toegang tot alle sportlocaties en mocht ik op elke locatie de ruimtes voor de sporters bezoeken. Afhankelijk van de grootte van het evenement en de intensiteit van de sport waren er lokale voorzieningen getroffen. Die bestonden uit behandelruimtes, koelbaden en A(T)LS-teams. De teams werden bemand door artsen (meestal orthopeden, soms een cardioloog of een internist) en verpleegkundigen, waarmee we vooraf kennismaakten (en visitekaartjes uitwisselden) en de werkwijze (die per locatie verschildte) bespraken. Hoewel de zorg op papier in orde leek, deed het systeem hiërarchisch aan, waarbij we wel twijfels hadden over de slagvaardigheid bij incidenten.

COVID-19

COVID-19 drukte een grote stempel op Tokyo 2020. Na een jaar uitstel mochten de Spelen doorgaan onder strenge regels. Je moest altijd een mondneusmasker dragen – behalve tijdens het sporten, eten, douchen en slapen. Als je hier niet aan voldeed volgde een officiële waarschuwing, met een risico op gedwongen vertrek

'De gevoelstemperatuur kwam vaak **gevaarlijk hoog**'

bij een recidief. Er was geen publiek toegestaan en sporters moesten binnen 48 uur na hun laatste wedstrijd vertrekken. Dagelijks werd er getest, met helaas een aantal positieve tests binnen TeamNL, nog vóór de Spelen waren begonnen. Deze positief geteste deelnemers kwamen onder de hoede van de Japanse gezondheidsautoriteiten en werden in een quarantainehotel ondergebracht. Tijdens deze periode ondersteunden we vanuit de medische staf de *COVID-19 Liaison Officers*, die primair verantwoordelijk waren voor dit proces.

De Spelen

Op 23 juli begonnen dan eindelijk de uitgestelde Spelen. We hadden de sporten binnen de medische staf verdeeld, waarbij mijn verantwoordelijkheid vooral lag bij de duursporten die buiten plaatsvonden. De temperatuur was regelmatig boven de 30°C. In combinatie met de hoge luchtvochtigheid en de felle zon kwam de *Wet Bulb Globe Temperature*, een maat voor de gevoelstemperatuur, vaak gevaarlijk hoog.

De medische problemen op de locaties vielen uiteindelijk gelukkig mee. De hitte had effect op de prestaties van de sporters, maar door de goede voorbereidingen en acclimatisatieperiode waren er geen serieuze hitteletsels. Mijn orthopedische collega had het drukker met onder meer de knieblessure van Niek Kimmann, die een val maakte nadat hij in botsing was gekomen met een overstekende official.

Toch hebben we als medische staf niet stilgezeten. In een periode van ongeveer drie weken hebben we ruim 150 personen behandeld (sporters én begeleiders), waarbij sommigen meerdere consulten nodig hadden. De klachten en de onderliggende pathologie waren meestal mild van aard: buikpijn, blaasontsteking, koortslip of duizeligheid. Het was dankbaar werk, omdat een

snelle en adequate behandeling bijdroeg aan de prestaties van de sporters. Lang wachten op medische zorg was geen optie. Er zijn strakke schema's die niet in de war mogen raken en rondlopen met klachten zorgt voor spanningen, slechter slapen en minder goed eten. Kortom: het medisch team was 24/7 beschikbaar om de continuïteit van de gezondheid van onze sporters te waarborgen. En hoewel de medische zorg niet altijd complex was, was deze wel bijdragend en werd door de gehele ploeg zeer gewaardeerd. De strenge COVID-19-maatregelen hadden als voordeel dat andere infecties (zoals maag-darm-infecties en luchtweginfecties) weinig voorkwamen.

Er was ook tijd om sport te kijken, de sporters vanaf de kant aan te moedigen, te delen in de overwinningvreugde, of mee te balen bij verlies. Er werden historisch veel medailles gewonnen, en er werd 'geschiedenis geschreven'. De sluitingsceremonie op 8 augustus was een prachtig einde van drie intensieve, maar onvergetelijke weken.

De toekomst

De Olympische Spelen in Tokyo waren een unieke ervaring. Voor het eerst was een internist lid van de medische staf. De meerwaarde zat in de borging van zorg voor een mogelijk acute patiënt tijdens het sporten én in de beschouwende poliklinische tweedelijszorg. Aangevuld met de expertise van een huisarts, een sportarts en een orthopeed, was er sprake van snelle en volledige eerste- en tweedelijszorg op locatie. Of er een olympisch vervolg komt weet ik niet, maar ik denk wel dat er een belangrijke rol is weggelegd voor de internist in (top)sport. Ook volgens collega-internist Gerrie Prins, die haar acute internistische steentje heeft bijgedragen bij de Paralympische Spelen, moeten we deze rol vaker nemen. ■

Advance Care(er) Planning

TEKST: TANCA MINDERHOUD

Bijna elke aios in het vierde tot zesde jaar van de opleiding krijgt ermee te maken: de banenmarkt is moeilijk en de vooruitzichten voor de komende jaren zijn niet rooskleurig. Wat denkt u als opleider van 'Advance Career Planning'? En wat doet u in de praktijk om aios op weg te helpen op hun kronkelige carrièrepad?

Elke specialist is gewend om slecht nieuws te brengen. Als we daarna samen met de patiënt een onzekere fase ingaan hebben we het vaak over *Advance Care Planning*. Dit omvat vooral het verkennen van waarden en doelen van de patiënt, zodat we de zorg daarop aan kunnen passen.

Advance Career Planning

Hoe zou het zijn om enkele inzichten uit *Advance Care Planning* ook toe te passen in de communicatie naar de aios over de huidige arbeidsperspectieven? De situatie is wel van een hele andere orde, omdat het vervolg na de opleiding juist een begin is, in plaats van een einde. Maar toch ervaren aios de huidige arbeidsperspectieven in eerste instantie als slecht nieuws, en de fase erna als onzeker.

Voor goede *Advance Care planning* moet je eerst eerlijk de situatie onder ogen zien, om vervolgens te verkennen wat je belangrijkste waarden zijn en hoe je verder wil. Dat zijn stappen die we ook samen met aios zouden kunnen nemen; eerst eerlijk de situatie in ogenschouw nemen, om daarna vooruit te kijken. Bij aios zouden we het *Advance Career Planning* kunnen noemen.

Stappenplan

Als hulpmiddel voor het toepassen van *Advance Career Planning* maakte ik onderstaand stappenplan, als

voorstel voor iedereen die met aios te maken heeft in jaar vier, vijf en zes van de opleiding.

Stap 1: wees eerlijk

Wees eerlijk over de situatie en draai er niet omheen. Biedt ruimte voor emoties, maar biedt ook perspectief. Verwijt de aios niet dat ze 'te emotioneel' of 'te sentimenteel' zijn. Geruststellende frases als: 'Jij komt er wel', worden vaak ervaren als doodoeners en moet u vermijden.

Stap 2: loopbaanbegeleiding

Help de aios – op individueel niveau – om helder te krijgen wat haar/zijn kwaliteiten en doelen zijn. U kunt dit natuurlijk ook delegeren aan loopbaanadviseurs binnen uw organisatie. Bied het dan wel aan alle aios aan, want afslaan is makkelijker dan er zelf om vragen.

Stap 3: samen sta je sterker

Help de aios als groep en zorg dat ze er niet alleen voor staan. Stimuleer ze om met elkaar ervaringen te delen. Bijvoorbeeld door een ROIG over het thema te organiseren. Of wijs ze op de activiteiten van de JNIV, op het netwerk Jonge Medisch Specialist (JMS) op LinkedIn of op de vereniging Jonge Klaren Nederland in wording.

Stap 4: buiten de gebaande paden

Verken uw eigen normen en waarden. De meeste opleiders werken zelf al

tientallen jaren in het ziekenhuis als medisch specialist. Als een medisch specialist een baan buiten het ziekenhuis een matig alternatief vindt, zullen de aios dat tussen de regels door direct opmerken. Stel u open en verdiep u in de werkzaamheden van collega's die buiten de gebaande paden lopen, of die zelfs hebben gekozen voor een hele andere carrière. Maak het als opleider mogelijk voor aios die interesse hebben in andere banen om daar stage te lopen. De term individualisering van de opleiding moet ten slotte geen holle frase zijn.

Stap 5: evaluatie

Evalueer de stappen, pas ze zo nodig aan en herhaal ze volgens de PDCA-cyclus. Betrek daarbij de inzichten die u als lid van de opleidingsgroep en met aios/jonge klaren hebt opgedaan.

Deel uw ideeën

Nu zult u wellicht zeggen dat dit een erg simplistisch stappenplan is, vol met open deuren. Maar het succes staat of valt met de moed om het gesprek aan te gaan. Om echt samen op weg te gaan en te verkennen wat de beste planning moet zijn voor de toekomst. Als we met elkaar verantwoordelijkheid voelen voor de problematiek van werkloosheid onder de jonge klaren, dan wordt het tijd dat opleiders zich duidelijk uitspreken en hun ideeën en oplossingen delen. Hoe heeft u de aios tot nu toe geholpen op hun kronkelige carrièrepad?

Reageren kan via twitter:

@tanca_m of

Linkedin: Tanca Minderhoud

NIV-wetenschapsplatform en zorgevaluatie

TEKST: MAJON MULLER, *internist-ouderengeneeskunde, voorzitter NIV-wetenschapsplatform, bestuurslid NIV, Amsterdam UMC, Interne Geneeskunde*

Begin 2021 ging het nieuwe wetenschapsplatform (Platform Wetenschap) van de NIV van start. In dit platform zijn alle Deelspecialistische Verenigingen en de JNIV vertegenwoordigd. Het platform heeft als doel de verbinding tussen de DV-en op het gebied van wetenschap te bevorderen. Zorgevaluatie is daarbij een continu aandachtspunt. Ook wil het platform de kennisagenda herzien. De oude kennisagenda sloot niet meer goed aan bij de praktijk en bevatte bovendien nauwelijks vraagstukken betreffende zorgevaluatie.

Waarom zorgevaluatie?

We willen dat iedereen in Nederland de beste zorg krijgt. Dat betekent dat we moeten weten welke zorg voor welke patiënt op welk moment het beste is. De best passende zorg voor de patiënt leveren is de kern van het vak van de medisch specialist en dus ook van de internist. Om in de spreekkamer, samen met

de patiënt, de beste passende keuzes te maken hebben we informatie nodig vanuit zorgevaluatie: klinisch evaluatieonderzoek naar diagnostiek en de effectiviteit van bestaande zorg. Implementatie van de uitkomsten van die zorgevaluatie helpt bovendien de zorg kwalitatief goed en toegankelijk te houden en praktijkvariatie te verminderen. Het

ministerie van VWS steunt onderzoek naar zorgevaluatie door jaarlijks een bedrag beschikbaar te stellen via onder andere het programma Zorgevaluatie en Gepast Gebruik.

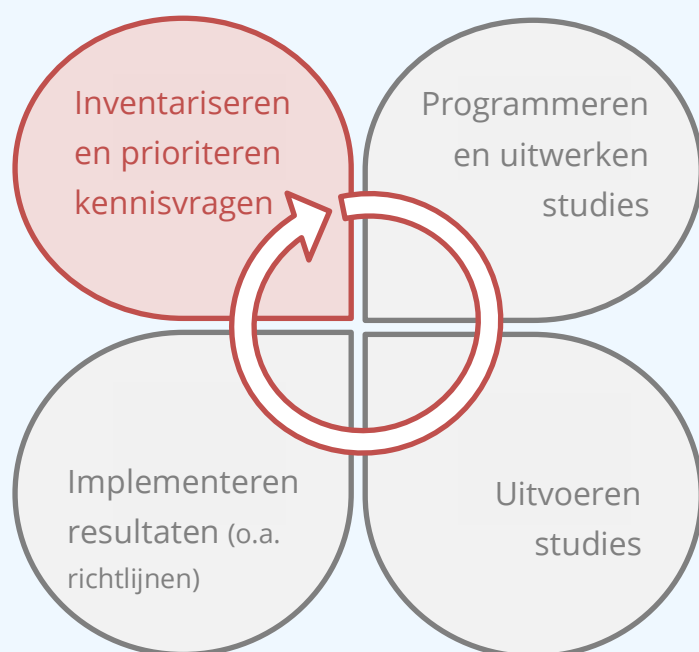
Kennis en kwaliteitscyclus

Zorgevaluatie is meer dan alleen het uitvoeren van een vergelijkend onderzoek. Het is een proces met een aantal belangrijke onderdelen (zie figuur 1). De eerste stap in het proces van zorgevaluatie is het opstellen van een gedragen kennisagenda. Het Platform Wetenschap heeft een start gemaakt met het opnieuw vormgeven van de kennisagenda, daarbij ondersteund door het Kennisinstituut van de FMS en met subsidie van de Stichting Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten (SKMS). Kennisvragen op het gebied van zorgevaluatie zullen worden geïnventariseerd en geprioriteerd. De komende jaren zal het proces goed worden ingericht; een voorwaarde om zorgevaluatie goed te integreren in de reguliere zorg.

De rol van het NIV-bestuur

De wetenschappelijke verenigingen zijn belangrijk om het proces van zorgevaluatie tot een succes te maken. Het NIV-wetenschapsplatform zal samen met het NIV-bestuur randvoorwaarden definiëren om de kwaliteitscyclus met succes te doorlopen, daarbij ondersteund door de adviescommissie Zorgevaluatie van de Federatie. ■

Bron: De tekst komt gedeeltelijk uit het visiedocument van de adviescommissie Zorgevaluatie (FMS).



Figuur 1. Zorgevaluatiecyclus

De DIALOGICA-studie

Een mooi voorbeeld van een zorgevaluatieproject

TEKST: MARJOLIJN VAN BUREN, PI van de DIALOGICA-studie, internist-nefroloog, HagaZiekenhuis, Interne Geneeskunde en LUMC, Nefrologie

DIALOGICA is een observationele cohortstudie, waarin diverse uitkomsten worden vergeleken van ouderen met nierfalen die kiezen voor dialyse of een conservatieve behandeling.

Dit zorgevaluatieproject is ontstaan na prioritering in de NIV-ken- nisagenda van 2018-2019. Begin 2018 werd een aantal onderzoekers gevraagd een onderzoeksvoorstel te doen voor het programma *Leading the Change*. De groep, bestaande uit internisten-nefrologen, internisten-ouderengeneeskunde en klinisch geriaters, werd gevraagd om in het voorstel twee kennishiaten uit te werken:

1. Wat zijn voorspellers van slechte uitkomsten bij oudere patiënten die op basis van hun ziekte in aanmerking zouden komen voor een ingrijpende behandeling, zoals (hemo)dialyse?
2. Hoe zou een screeningsinstrument met betrekking tot de kwetsbaarheid en somatisch/mentaal/sociaal functioneren van patiënten die dialyse krijgen het beste vormgegeven kunnen worden?

Het onderzoeksvoorstel leidde uiteindelijk tot de honorering van het zorgevaluatieproject DIALOGICA (*DIALysis or not: outcomes in older kidney patients with GerIatriC Assessment*).

Doel van de studie

DIALOGICA is de eerste grootschalige studie die geriatrische kenmerken van de oudere patiënt met nierfalen gestructureerd in kaart brengt en de uitkomsten van verschillende behandelopties met elkaar vergelijkt. Mogelijk zijn er subgroepen van oudere patiënten die geen of nauwelijks baat hebben bij een dialysebehandeling, terwijl deze behandeling wel intensief en belastend is. Door relevante uitkomsten te onderzoeken – waaronder kwaliteit van leven, overleving, behoud van zelfstandigheid en kosten – kunnen patiënten in de toekomst beter voorgelicht en

ondersteund worden bij hun keuze voor een behandeling.

Om deze doelen te bereiken zijn naar schatting 1500 geïncludeerde patiënten nodig in een looptijd van vier jaar.

Door nefrogeriatrische assessments landelijk uniform te implementeren, kunnen we kwetsbaarheden bij patiënten identificeren. De informatie uit de assessments kan worden gebruikt voor aanpassing van zorg (bijvoorbeeld bij functionele problemen), de manier van informatievoorziening (bij cognitieve problemen) en bij het bespreken van de toekomstverwachtingen voor de patiënt. De resultaten van dit onderzoek zullen ook gebruikt worden om de huidige richtlijn *Nierfunctievervangende behandeling: wel of niet?* aan te passen en aan te vullen. Daarmee wordt de keuze voor wel of geen dialyse makkelijker. Daarnaast kan de informatie in de keuzehulp voor nierfunctievervangende therapie worden verbeterd. Deze zijn in ontwikkeling.

Knelpunten

De start van DIALOGICA liep door een aantal oorzaken achter op de beoogde planning.

Lokale toestemmingsprocedures in de deelnemende ziekenhuizen hebben tot veel vertraging geleid. Elk ziekenhuis moest apart zijn eigen beoordeling geven, ondanks het feit dat dit onderzoek was aangemerkt als niet-Wmo-plichtig door de Medisch Ethische Toetsingscommissie van het LUMC. In sommige ziekenhuizen heeft deze procedure meer dan een jaar geduurd. Daarnaast waren de aangescherpte maatregelen rondom de AVG in veel ziekenhuizen reden voor extra toetsingen en lokale aanpassingen van het protocol en de patiënteninformatie. De beoogde

periode van zes maanden vanaf de toekenning van de subsidie tot de eerste inclusie van patiënten was duidelijk te optimistisch ingeschat.

Ook leidde de COVID-19-pandemie tot forse vertragingen. Juist deze kwetsbare patiënten werden zoveel mogelijk buiten het ziekenhuis gehouden, waardoor het aantal inclusies achterbleef. Zorgverleners waren overbelast, waardoor er te weinig tijd was voor deelname aan deze zorgevaluatie. Ook de trainingen voor de uitvoer van de geriatrische assessments door het onderzoeksteam kon een periode niet worden uitgevoerd.

Adviezen

Net als bij ieder onderzoek is er bij het onderzoeksteam de neiging om onder de tijdsdruk van de subsidiegever een te optimistische inschatting te geven van de inclusiesnelheid en de hoeveelheid beschikbare patiënten. In de praktijk valt dit helaas meestal tegen. Uiteindelijk gaat het erom dat men succesvol is in het beantwoorden van de wetenschappelijk gestelde vragen. Hierdoor is er bij sommige projecten meer tijd en geld nodig dan vooraf ingeschat werd. Hopelijk zullen subsidieverstrekkers zich in de toekomst flexibeler opstellen.

Intussen zien we dat, mede door uitbreiding van het aantal deelnemende centra, het aantal inclusies stijgt. Op dit moment zijn er ongeveer 160 patiënten in 21 centra geïncludeerd. We hopen dat deze stijging zich de komende maanden voortzet, zodat het gaat lukken om de geformuleerde doelstellingen te halen.

Er blijft een belangrijke gezamenlijke inspanning nodig en een gevoel van verantwoordelijkheid om uiteindelijk deze zorgevaluatie tot een succes te maken. Ook zal er bij toekomstige zorgevaluaties een oplossing gevonden moeten worden voor de tijdrovende administratieve procedures om multicenterstudies startklaar te krijgen. ■



De NIV 90 jaar

Een korte terugblik

TEKST: PETER W. DE LEEUW, NAMENS DE COMMISSIE GESCHIEDENIS VAN DE NIV • BEELD: STADSARCHIEF AMSTERDAM

Er heerst een opgewekte stemming als op zondag 29 november 1931 een twintigtal internisten bijeenkomt in de collegezaal van professor Abraham Albert Hijmans van den Bergh (1869-1943) in het Stads- en Academisch Ziekenhuis te Utrecht. Zij hebben gehoor gegeven aan de oproep van hun Rotterdamse collega Sikke Anne Westra (1892-1960), die samen met zes andere internisten uit den lande het plan heeft opgevat om een ‘Nederlandsche specialisten Vereeniging van internisten’ op te richten. Kort nadat de voorzitter, de Utrechtse internist en geneesheer-directeur Gerhardus Fabius (1882-1971), de vergadering heeft geopend, slaat de sfeer echter om.

Professor Hijmans van den Bergh uit namelijk ernstige bezwaren tegen de oprichting van de vereniging. Hijmans geeft aan dat hij mede namens de andere, door hem geraadpleegde, hoogleraren inwendige geneeskunde spreekt. Bovendien wordt hij in zijn opvatting gesteund door Willem Abraham Kuenen (1873-1951) uit Leiden, de enige andere hoogle- raar die de bijeenkomst bijwoont. Zij zijn vooral bevreesd dat een nieuwe

vereniging, die ook nog eens aan wetenschap gaat doen, een bedreiging vormt voor de Nederlandse Algemene Ziektekundige Vereniging (AZV). Deze vereniging, opgericht door de Leidse hoogleraar Willem Nolen (1854-1939), biedt immers al sinds 1917 een platform aan internisten om hun wetenschappelijk werk te presenteren. Een tweede vereniging zou makkelijk tot versplintering kunnen leiden.

De andere aanwezigen hebben echter wél behoefte aan een vereniging van internisten. Die wordt vooral ingegeven door de houding van de ziekenfondsen. Deze zouden namelijk geen specialisten willen erkennen en betalen als die niet lid zouden zijn van een dergelijke, op wetenschappelijke leest geschoeide, vereniging. Omdat dit vooral de niet-academisch werkzame internisten zou treffen, is het vooral deze groep die naar Utrecht is getogen.

Het begin

Ter vergadering blijkt dan dat 39 internisten uit den lande, waaronder de hoogleraren Isidore Snapper (1889-1973) uit Amsterdam en Leonard Polak Daniëls (1872-1940) uit Groningen, zich al schriftelijk hebben aangemeld als lid. Daarop gaan Hijmans van den Bergh en

Kuenen na enige discussie toch overstag. Daarmee is de nieuwe vereniging die de naam 'Nederlandsche Internisten Vereniging' krijgt, of kortweg NIV, een feit. De AZV heeft nog tot 1996 bestaan, maar is toen opgegaan in de NIV.

Een eigen tijdschrift

Tijdens de ledenvergadering van 9 november 1957 komt het bestuur met een voorstel om een eigen tijdschrift op te richten, dat *Folia Medica Neerlandica* moet gaan heten. Dit voorstel wordt door de leden aangenomen en in het voorjaar van 1958 verschijnt het eerste nummer. De hooggeleerde Gerrit Arie Lindeboom (1905-1986) is de eerste hoofdredacteur (redacteur-gérant) van het tijdschrift. Aanvankelijk publiceert het blad alleen Nederlandstalige artikelen, waarvan het overgrote deel de verslagen betreft van de huishoudelijke en wetenschappelijke vergaderingen van de vereniging. Later wordt het mogelijk om ook in het Engels te publiceren en in 1967 verandert de naam van het tijdschrift zelfs in *The Netherlands Journal of Medicine*. Twintig jaar later gaat het blad een nieuwe fase in. Digitale processen worden ingezet, de vormgeving wordt drastisch gemoderniseerd en er komt een buitenlandse adviesraad. Dit leidt er onder andere toe dat er ook artikelen vanuit andere Europese landen en zelfs vanuit andere continenten worden aangeboden. Niet veel later krijgt het tijdschrift ook nog eens een impactfactor waarmee de 'zichtbaarheid' buiten Nederland toeneemt.

Gedurende de eerste dertig jaar van zijn bestaan is Amsterdam de thuisbasis van het tijdschrift, maar in 1986 wordt een Rotterdammer benoemd tot hoofdredacteur. Daarna verhuist het hoofdredactionele kantoor naar Maastricht, om vervolgens via Utrecht en Nijmegen eerst weer in Amsterdam en ten slotte in Rotterdam uit te komen. In die tijd wordt de digitalisering zover doorgevoerd dat het tijdschrift uiteindelijk volledig online wordt.

Hoewel de respectievelijke hoofdredacties op alle mogelijke manieren proberen het blad in leven te houden,

valt in december 2020 toch het doek en komt er na ruim 60 jaar een eind aan het belangrijkste Nederlandse wetenschappelijke medium voor de internist.

Diversiteit van belangen

Al vanaf de oprichting van de NIV vormen de behartiging van de maatschappelijke belangen van de internist en de bevordering van de interne geneeskunde als wetenschappelijke discipline, de belangrijkste doelstellingen van de vereniging. Niettemin komen deze twee

ambities met enige regelmaat op gespannen voet met elkaar te staan. Dat er aan wetenschap gedaan moet worden is onvermijdelijk, gezien de eis van de ziekenfondsen, maar de NIV wil de AZV niet voor het hoofd stoten. Als oplossing wordt gekozen voor één wetenschappelijke vergadering per jaar rond een bepaald thema. Dit concept zal tot bijna het eind van de twintigste eeuw gehandhaafd blijven. Toch heeft de aandacht voor de wetenschap het altijd een beetje moeten afleggen tegen die voor beroepsbelangen.

Internistendagen

Eind jaren 80 komt hierin een kentering. In 1989 vinden te Veldhoven namelijk de eerste Internistendagen plaats, een initiatief van de Nijmeegse internist Rob Holdrinet (1946). Hij wordt daarvoor in 2009 beloond met het erelidmaatschap van de vereniging. Aan deze jaarlijks georganiseerde wetenschappelijke bijeenkomsten doen zoveel mogelijk deelspecialistische verenigingen mee en tot op de dag van vandaag zijn de internistendagen een groot succes.

Manpowerplanning

Met de oprichting van het Platform Wetenschap in 2018 heeft de NIV weliswaar een verdere stap gezet in het bevorderen van de interne geneeskunde als wetenschappelijke discipline, maar het valt niet te ontkennen dat dit toch vrij laat in haar 90-jarige bestaan is. Daarentegen is altijd veel tijd gestoken in beroepsbelangen, waaronder ook de opleiding tot internist en de daarmee samenhangende 'manpowerplanning'. Waar de erkenning van opleiders en opleidingsklinieken vanaf

'Een nieuwe Vereniging,
die ook nog eens aan
wetenschap gaat doen!'

1932 een taak is van de Specialisten Registratie Commissie (SRC), gaat de NIV over de inhoud van de opleiding en het aantal beschikbare opleidingsplaatsen. Halverwege de jaren 80 is het bestuur van mening dat dit aantal zeer drastisch beperkt moet worden met het oog op dreigende werkloosheid voor internisten. Dit plan heeft het uiteindelijk niet gehaald, maar sindsdien wordt het aantal jaarlijks op te leiden assistenten wel strikter gereguleerd. In dezelfde tijd wordt ook de basis gelegd voor de aandachtsgebieden binnen de opleiding en de formele beoordeling van assistenten. Ten slotte is de NIV ook meer aandacht gaan besteden aan kwaliteitsbeleid en tegenwoordig krijgen niet alleen opleidingsklinieken, maar ook internistische maatschappen te maken met geregelde kwaliteitsvisities.

Nog steeds actueel

De afgelopen 90 jaar overziende valt niet te ontkomen aan de conclusie dat de NIV een belangrijke ontwikkeling heeft doorgemaakt, waarbij de grote doelstellingen van destijds nog steeds zeer actueel zijn. ■



Internisten werkzaam in de huisartsenpraktijk

TEKST: ASIYE GEDIK, RUTH VERSTEEG & ESTHER VAN MEERTEN • BEELD: AUKE PLANJER

Dina Creemers en Lihui Hu

In 2020, midden in de coronacrisis, hebben Dina Creemers, internist-infectioloog en Lihui Hu, internist-nefroloog, een eigen praktijk opgericht: De Praktijk Internisten. Hun werkterrein: de eerstelijns. Geen novum in Nederland, maar wel innovatief en gedurfd.

Met de vergrijzing in de samenleving, de toenemende comorbiditeit bij patiënten en de toenemende druk op de zorg, is de rol van de internist in de gezondheidszorg de afgelopen tijd groter en belangrijker geworden. Desondanks bleek uit de JNIV-enquête die dit jaar gehouden is dat 1 op de 11 jonge klaren niet werkzaam is als internist.¹ Ook heeft slechts 52% van de jonge klaren die werkzaam zijn als internist een vast contract. Tegelijkertijd weten we dat de vraag naar internistische zorg in 2030 met 16,3% zal zijn toegenomen.² Alternatieven om buiten het ziekenhuis te werken zijn vaak onbekend.

Innovatief idee

Dina Creemers en Lihui Hu kennen elkaar van de opleiding in het HagaZiekenhuis en het LUMC. Hu

vertelt: 'Los van elkaar kwamen we op het idee om te kijken of er niet iets buiten het ziekenhuis mogelijk zou zijn om als internist aan de slag te gaan. Jaren geleden lasen we in het NIV-magazine een artikel over Jeroen Nijhuis, die als zelfstandig internist werkt bij huisartsenpraktijken in Limburg.³ Het artikel bleek ons beiden te hebben geïnspireerd. Als internist in het ziekenhuis word je erg geleefd. Poli's worden volgepland en er is nagenoeg geen mogelijkheid

om wat extra tijd te nemen voor de patiënt. Veel draait toch om productie. Patiënten zitten vaak lang in een onpersoonlijke wachtkamer of raken verdwaald in het ziekenhuis. Daarnaast hoeft een deel van de poliklinische zorg niet per se in het ziekenhuis plaats te vinden. Hoe mooi zou het zijn als wij als internist, samen met de huisarts, voor de patiënt konden zorgen. Maar dan wel dicht bij huis, in de eigen huisartsenpraktijk. Dus de juiste zorg op de juiste plek als aanvulling op de huidige zorg.' Creemers vervolgt: 'Doordat wij alles zelf doen, leren wij continu nieuwe dingen, zaken waar je als ziekenhuis-internist nog nooit

'Als je iets echt graag wilt, doe het en **ga ervoor**'

over hebt nagedacht. Het is hard werken, want we maken nu net zoveel uren als we voorheen in het ziekenhuis maakten. Maar het voelt anders. We zijn flexibeler en hebben meer vrijheid. Het bevalt super goed!’

Samenwerking is belangrijk

Hu en Creemers zijn begonnen in een aantal huisartsenpraktijken, voornamelijk in Leiden. Ze hebben zelf huisartsenpraktijken aangeschreven en hun innovatieve ideeën besproken. Dit leidde in ongeveer de helft van de gevallen tot een samenwerking. Hun werkgebied heeft zich het laatste jaar uitgebreid; ze houden nu ook spreekuur in huisartsenpraktijken in Lisse, Noordwijk, Den Haag en Rotterdam. Beiden hebben ze de ambitie om te groeien. De deelnemende huisartsen zijn enthousiast over de samenwerking en inmiddels zijn er ook praktijken die uit zichzelf contact opnemen voor verwijzingen. Creemers: ‘We hebben met de deelnemende huisartsen een werkschema afgesproken dat varieert van één dagdeel per vier weken tot één dagdeel per twee weken, afhankelijk van de praktijkgrootte en het aantal consulten. Wij doen onze eigen planning en hebben ons eigen EPD. De verwijzingen komen bij ons op dezelfde manier binnen als bij een ziekenhuis en voor de correspondentie naar de huisarts geldt hetzelfde.’ Hu geeft aan dat ze korte lijnen hebben met de huisartsen, waardoor ze makkelijker kunnen overleggen over een patiënt. Dat patiënten niet ver van huis hoeven te gaan voor een consult bij een internist is ook een groot voordeel. De ziektebeelden van patiënten omvatten vrijwel de gehele interne geneeskunde, behalve de oncologie en de acute geneeskunde. Een klein deel van de patiënten moet toch naar het ziekenhuis. Bijvoorbeeld als er specifieke of invasieve diagnostiek nodig is, zoals hormoontesten of een beenmergpunctie. Als ze patiënten verwijzen voor deze diagnostiek, dan dragen ze de zorg over aan een collega in de tweedelijns. Verwijzingen naar de tweedelijns doen ze zelf en meestal lichten ze de verwijzingen mondeling toe. Volgens Creemers en Hu reageert de

meerderheid van hun collega-internisten positief op hun initiatief en werkzaamheden. Maar er zijn ook ziekenhuizen waar dit, door uiteenlopende redenen, minder soepel verloopt. Hier kiezen ze dan ook bewust niet voor. Wat ze nog zouden willen verbeteren is het overleg met collega-internisten over casuïstiek: dat kan meer gestructureerd. ‘Dit vindt nu nog voornamelijk ad hoc plaats, maar we zijn bezig om een gestructureerd MDO op te zetten met internisten in het ziekenhuis’, vertelt Creemers.

Aandacht voor leefstijl

De Praktijk Internisten schenken veel aandacht aan leefstijl en preventie. Doordat ze langere consulttijden hanteren dan in het ziekenhuis, hebben ze hier ook de tijd voor. Bij meer dan de helft van de patiënten die ze zien is de aandoening gerelateerd aan de leefstijl. Creemers benadrukt: ‘Als het lukt om een patiënt tot een gezondere leefstijl te bewegen, hoeven we minder pillen voor te schrijven en kunnen we zelfs medicatie afbouwen. Dat geeft echt een voldaan gevoel bij de dokter én bij de patiënt.’

Verandering heeft tijd nodig

Het idee dat een internist alleen in een ziekenhuis kan werken klopt niet. Nu is juist de tijd aangebroken om de druk op de ziekenhuiszorg te verlagen en dit soort initiatieven kunnen daaraan bijdragen. Het heeft echter tijd nodig om aan veranderingen te wennen en er zijn natuurlijk ook uitdagingen. Hu: ‘Voordat we gestart zijn hebben we gesproken met de zorgverzekeraars om tot overeenstemming te komen ten aanzien van de vergoeding. Hoewel de zorgverzekeraars aanvankelijk geïnteresseerd waren, kwam ons initiatief toch nog een stap te vroeg. Daarom hebben we ervoor gekozen om niet-gecontracteerde zorg te leveren en tweedelijns DBC-tarieven te declareren. Niet-gecontracteerde zorg leveren houdt onder andere in dat in de meeste gevallen niet het volledige bedrag wordt vergoed. Het verschil tussen het gefactureerde bedrag aan de patiënt en het aan

ons door de zorgverzekeraar uitbetaalde honorarium leggen we zelf bij. Bij een deel van de zorgverzekeraars loopt de declaratie via de patiënt. Dit zouden we graag anders zien, dus daarom gaan we binnenkort opnieuw met de zorgverzekeraars om de tafel. Dit keer met de cijfers van het afgelopen jaar, met als doel om het voor de patiënt zo gemakkelijk mogelijk maken.’ Een ander punt is de herregistratie. Hu en Creemers voldoen met het werk dat ze nu doen niet aan de differentiatiespecifieke eisen en zullen daarom bij een volgende aanvraag voor herregistratie hun subspecialisatie als nefroloog en infectioloog verliezen. Ze geven echter aan dat zij dit niet erg vinden. Ze hebben een bewuste keuze gemaakt voor hun werk als internisten in de eerstelijns en daarbij is een actieve herregistratie in het subspecialisme niet bijdragend.

Tips voor collega's

Jonge klaren die geen baan kunnen vinden komen steeds meer in het nieuws. Zou voor hen het werken als internist bij de huisarts ook een optie kunnen zijn? Op de vraag naar tips voor jonge collega's die buiten het ziekenhuis aan de slag willen, antwoordt Creemers: ‘Of dit voor meer jonge klaren een optie is, is lastig te zeggen. Het is niet eenvoudig om een eigen praktijk te starten. Maar wat wij zelf geleerd hebben en ook aan de jonge internisten zouden willen meegeven: als je iets echt graag wilt, doe het en ga ervoor.’ ■

Ben jij geïnteresseerd geraakt door dit verhaal? Neem ook eens een kijkje op de website van De Praktijk Internisten: www.depraktijkinternisten.nl.

Referenties

1. Smeeke O & van Gucht, A. Jongeklaren enquête. Interne Geneeskunde. 2021; 2:22-25.
2. Rossing H & Visee, H. Toekomstige vraag naar medisch specialisten. Prognose op basis van demografische bevolkingsontwikkeling. Amsterdam 19 november 2018.
3. Vermeer K. Internist in dienst van de eerste lijn. Interne Geneeskunde. 2015; 01.



Van links naar rechts: Julius Roos, Jona Walk, Bastiaan Haak en Tineke Kraaij

Dr. C.J. Roosprijs 2021

TEKST: JULIUS ROOS • BEELD: EVENTPIXELS

Op 14 oktober jl. zijn door de Dr. C.J. Roosstichting de prijzen voor de beste klinische proefschriften op het gebied van de interne geneeskunde uitgereikt.

De jury werd gevormd door prof. dr. H.A.H Kaasjager, prof. dr. M.M. Levi, prof. dr. A.E. Meinders, dr. N.M.G. Rorije en dr. J.C. Roos (voorzitter).

Eerste prijs

Bastiaan Willem Haak ontving de eerste prijs voor zijn proefschrift *Intestinal microbiota and host defense in systemic infectious diseases*. De rode draad die een groot aantal onderzoeken bij gezonde vrijwilligers en patiënten in dit proefschrift verbindt is het microbioom; dat geheimzinnige ecosysteem van miljarden micro-organismen dat zich in ons darmkanaal bevindt.

Het onderzoek

Haak bestudeerde met behulp van 16SrRNA-sequencing het microbioom bij gezonde vrijwilligers na behandeling met breedsspectruman-

tibiotica. Hij vond bij deze onderzoeksgroep een sterke reductie van de diversiteit van het microbioom. Dit herstelde zich na weken tot maanden, maar soms was het ook na een jaar nog aantoonbaar. Bij patiënten met buiktyfus in Bangladesh bleek het microbioom zeer afwijkend te zijn in vergelijking met dat van patiënten met een andere infectieziekte. Er was verlies van anaërobe bacteriën en van korteketenvezuren-producerende micro-organismen. Met name boterzuur-producerende bacteriën zijn belangrijk, zoals bleek uit onderzoek van stamceltransplantatiepatiënten. Patiënten met veel van deze bacteriën, bleken relatief beter beschermd te zijn tegen infecties na transplantatie dan patiënten met een lage hoeveelheid. Eenzelfde correlatie zag Haak bij patiënten met een herseninfarct

of -bloeding, die ook een groot risico lopen op infectie. Ook hier vond hij een verandering van het microbioom ten nadele van de boterzuurproducerende bacteriën. Bij patiënten met een longontsteking, opgelopen buiten het ziekenhuis, was er verstoring van het microbioom, met subtiele verandering in de monocyt functie na ontslag. In de luchtwegen van deze patiënten zijn microbiotische veranderingen aantoonbaar die van diagnostische betekenis kunnen zijn, vooral bij de oudere patiënt met pneumonie. Bij pneumoniepatiënten verschilden de darmbacteriomen van die van controlepatiënten, maar niet de viomen; patiënten met veel aërobe flora en weinig lactokokken-bacteriofagen waren langer ziek. Ten slotte is het onderzoek uitgebreid naar de domeinen van virussen, schimmels, protozoën en bacteriofagen. Bij IC-patiënten (merendeels sepsis en gezonde vrijwilligers) bleken breedsspectrumantibiotica verlies van anaërobe darm-

flora te veroorzaken, met toename van de aërobe flora en hun bacteriëfagen, en toename van schimmels met invasieve potentie. Deze bevindingen wijzen in de richting van therapeutische toepassingen van anaërobe bacteriën en korte ketenvetzuren als boterzuur bij patiënten op de IC.

Jury-oordeel

De jury vindt dit een voortreffelijk proefschrift waarin zeer geavanceerde onderzoekstechnieken consequent toegepast werden bij gezonden en patiënten met zeer diverse aandoeningen. Dit onderzoek draagt bij aan ons inzicht in de fysiologie en pathofysiologie van dat wonderbaarlijke microbiotische ecosysteem in de duistere holten van ons lichaam. En het is te verwachten dat de resultaten belangrijke klinische implicaties hebben, zowel voor de diagnostiek als de behandeling van infectieziektes.

Tweede prijs

De tweede prijs kende de jury toe aan Jona Walk voor haar proefschrift *Diversity of protective immune responses in human malaria*.

Het onderzoek

Malaria is wereldwijd een van de belangrijkste infectieziektes en hoewel er belangrijke vorderingen zijn gemaakt, is het nog steeds niet gelukt de ziekte de wereld uit te krijgen. Al decennia wordt gewerkt aan doeltreffende vaccins. Walk vergeleek een genetisch verzwakt sporozoiëten-vaccin met een door bestraling verzwakt vaccin. Daarbij gebruikte zij een PCR-methode, die eerder dan de dikke druppel, uitsluitel geeft over parasitemie. Na vaccinatie werden gezonde vrijwilligers geïnfecteerd met malariasporozoiëten, onder zorgvuldig gecontroleerde omstandigheden: *controlled human malaria infection* (CHMI). Beide vaccins waren veilig en stimuleerden de aanmaak van antistoffen. Alle proefpersonen ontwikkelden een parasitemie, op drie na in de groep die gevaccineerd waren met het genetisch verzwakte vaccin. Natuurlijke vaccinatie door infectie met *Plasmodium falciparum*

NF54, onder beschermende chemoprophylaxe, bood een hoge graad van bescherming tegen deze verwekker, maar minder tegen heterologe *Plasmodia falciparum*. In een ex vivo onderzoek van natuurlijke killercellen bleek na CHMI bij gezonde vrijwilligers een sterke expressie van NKp30 te ontstaan. Daarbij was een hogere basale expressie voorspellend voor een snellere activering van deze cellen. Dat getrainde immuuniteit ook een rol speelt bij malaria, bleek uit onderzoek van gezonde vrijwilligers na BCG-vaccinatie met CHMI, vergeleken met een placebovaccin. De BCG-groep had heviger symptomen, een geringere parasitemie en snellere activering van natuurlijke killercellen en monocysten. Ten slotte wijst Jona Walk vooruit naar een veelbelovend onderzoeksgebied: de in de lever aanwezige CD8⁺T-geheugencellen, die mogelijk een rol spelen bij de afweer van een malaria infectie. Ook de rol van cytokines als gamma-interferon is interessant, zoals bleek uit een onderzoek van levercellen in vitro na blootstelling aan *Plasmodium falciparum* NF54 schizonten.

Jury-oordeel

Dit proefschrift beantwoordt een aantal fundamentele vragen rond het ontwikkelen van een succesvol vaccinatiebeleid tegen malaria. Dit door gebruik te maken van een PCR-test die gevoeliger is dan de vertrouwde dikkedruppelmethode, en van zorgvuldig gecontroleerde infectie van gezonde vrijwilligers met malariaparasieten. Deze consequent toegepaste geavanceerde methodes in verschillende klinische en laboratoriumomstandigheden mondden uit in dit fraaie proefschrift met klinisch relevante resultaten.

Derde prijs

De derde prijs werd toegekend aan Tineke Kraaij, voor haar proefschrift getiteld *The NET effect of novel treatments in lupus nephritis*.

Het onderzoek

Neutrophil extracellular traps (NETs; letterlijk 'vangnet') bestaan uit extracellulaire DNA-strengen van granulocyten. Ze spelen een rol bij

de eerstelijnsafweer tegen bacteriële infecties. Daarnaast fungeren ze als autoantigeen bij immuuncomplexziektes als lupus erythematoses (SLE). Kraaij beschrijft de ontwikkeling van een gevoelige kwantitatieve bepaling van NETs, toepasbaar bij autoimmuunziektes met behulp van 3D-confocale laserscanning microscopie. Dit werd toegepast bij patiënten met SLE en met anti-neutrophil cytoplasmic autoantibodies (ANCA)-vasculitis. Na stimulatie met serum van deze patiënten bleken gezonde neutrofiele granulocyten verschillende soorten NETs te produceren. Bij ANCA-patiënten was excessieve productie van deze specifieke NETs gekoppeld aan ziekteactiviteit, maar niet aan serumspiegels van ANCA's. Er volgde een fase-2-studie bij 16 patiënten met refractaire SLE. Zij werden behandeld met rituximab – dat depletie geeft van CD20-gemedieerde B-cellen – gevolgd door belimumab, dat de activatie van B-cellen remt. Dit gaf bij twee derde van de patiënten klinische verbetering en vermindering van excessieve NETs-productie en antinucleaire antistoffen. Bij bijna alle patiënten kon de behandeling met immunosuppressiva aangepast worden. Hiermee introduceert Kraaij een veelbelovende behandelingsmogelijkheid voor deze patiënten. De ratio C4d:C4 in plasma, als uitdrukking van activering van het complementsysteem, correleerde goed met anti-dsDNA en met name met verbetering van proteïnurie. Ook op langere termijn werd een redelijk resultaat bereikt met deze combinatietherapie, zich onder andere uitend in verlaging van de onderhoudsdosis prednison. Ongeveer twee derde van de patiënten met lupusnephritis reageerde goed, de andere waren non-responders.

Jury-oordeel

Dit prijzenswaardige proefschrift verbetert ons inzicht in de ingewikkelde pathofysiologie van auto-immuunziektes. Bovendien introduceert het een bruikbare kwantitatieve diagnostische test en een nu nog experimentele behandeling voor patiënten met ernstige SLE en lupusnephritis, die veelbelovend lijkt. ■



Interne aangelegenheden

De patiënt centraal

TEKST: DOKTER DULCAMARA • BEELD: MARIA USEINOVA

Het Rode Hoed symposium – dit jaar in Cultuurhuis Felix Meritis – was weer de moeite waard. Al was het alleen maar om Sandy Dane te horen zingen, die met haar band muzikale invulling gaf aan de dag. Een wonder-schone stem waarin een wereld van geluk en verleiding doorklonk.

Het thema dit jaar was Regie. Wie schrijft het script, wie is de producent, wie neemt plaats in de regisseursstoel. De Federatie was hier duidelijk over: de veranderingen moeten vanaf de werkvloer komen, zodat we niet door allereerste beleidsmakers, ondanks hun beste bedoelingen met de gezondheidszorg, links en rechts worden ingehaald.

Maar daar was ook de stem van de voorzitter van zorgverzekeraar VGZ, en daarin klonk geen geluk en verleiding door. Bij haar tweede dia viel ze meteen met de deur in huis: 'Het is me direct opgevallen dat de patiënt in het gehele programma niet voorkomt. De patiënt staat toch centraal?!' De toon was gezet en het symposium was nog maar net begonnen. Tijdens het vragenkwartierje met de eerste vijf sprekers opperde ze dat nieuwe initiatieven die de patiëntenzorg verbeteren en in ziekenhuis A ontplooid zijn, meteen opgepakt moeten worden door ziekenhuizen B tot en met Z. 'Er zijn in den lande zo nu en dan toch prima ideeën die de patiënt ten goede komen? Pak dat op, kijk bij elkaar in de keuken, communiceer met elkaar, van Maastricht tot Groningen en

van Leiden tot Nijmegen!' We werden met de neus op de feiten gedrukt en in de zaal vol dokters kon je een speld horen vallen. Hoewel ze tijdens de eerste pauze vertrokken was, bleef het gevoel van onbehagen ons nog de hele dag achtervolgen.

En ik had het kunnen weten toen ik de lijst met sprekers zag. Zes jaar lang ben ik lid geweest van het strategisch verkoopteam (SVT) en het was altijd de VGZ die tijdens de onderhandelingen met het ziekenhuis hamerde op de kwaliteit van de patiëntenzorg, soms op het drammerige af. 'Kwaliteit, beste mensen! Het gaat hier om de patiënt, niet om ons! Dus laten we het nu eens niet meteen over de euro's hebben.' Er werd jaar in jaar uit door de VGZ bikkelhard onderhandeld over de kwaliteit van de patiëntenzorg, over *best practices*, over innovatie enzovoort. En als SVT bleven we ons onverstoord op onze *core business* concentreren: de kas. Voor een dubbeltje op de eerste rij zitten, dat was ons adagium. Voordat we de onderhandelingen in gingen, spraken we altijd onze tactiek af, en deze was simpel: hakken in het zand, niet toegeven. Patiënt centraal?

Prima, maar de kwaliteit van zorg waar we volgens de VGZ aan moesten voldoen, was gewoonweg niet haalbaar. En als we de getallen lieten zien die de jaarlijkse groei van de geleverde zorg boekstaafde, was het antwoord van de VGZ altijd stellig: 'Dat is kwantiteit, geen kwaliteit. Die 15% groei in acute zorg, electieve zorg, ouderenzorg enzovoort die jullie het afgelopen jaar gerealiseerd hebben, allemaal overduidelijk, petje af, maar dat zegt ons niet zo veel. Wij moeten ons baseren op de feiten. Het is tenslotte niet óns geld. De patiënt/premiebetaler eist kwaliteit, dus wij ook.' We hebben nog enkele jaren geprobeerd om bij de VGZ geld los te peuteren door allerlei afvinklijstjes te overhandigen, maar zonder succes. Volgens de VGZ was dat 'kwaliteit op papier waar niemand beter van wordt' en aan lijstjes en vinkjes hadden ze 'sowieso een broertje dood'. Pas bij het naderen van de sluitingsdatum boden we stevast een kleine handreiking, zoals bijvoorbeeld de belofte dat we een zorgpaadje gingen inrichten en dat we dat vervolgens gingen uitrollen over het hele land. Zoethoudertjes natuurlijk, maar wij moesten ook verder. Met lucratieve patiëntenzorg.

De dag in het Felix Meritis eindigde gelukkig met de stem van Sandy Dane.

Mijlpaal: retrograde registratie

TEKST: PAUL KREDIET, NAMENS SECTIE MEERVOUDIGE DIFFERENTIATIE

Wat?

Het registreren van ieders differentiatie is een belangrijk onderdeel van het kwaliteitsbeleid van de NIV. Elke internist die een differentiatietitel draagt beschikt zo aantoonbaar over voldoende deskundigheid van de eigen differentiatie. De NIV bevordert daarmee de kwaliteit van zorg in aanvulling op de wettelijke (her)registratie-eisen. Voorheen was het alleen voor internisten met een enkelvoudige differentiatie mogelijk om die te laten registreren, maar sinds 2018 heeft het NIV-bestuur ook een register ingesteld van internisten met een meervoudige differentiatie. Er zijn inmiddels circa 20 antegrade opgeleide meervoudig gedifferentieerd internisten in het register opgenomen. Onlangs stelde het NIV-bestuur het register tijdelijk open voor retrograde registratie. Retrograde registratie is bedoeld voor algemeen internisten die op basis van hun werkervaring

kwalificeren als meervoudig gedifferentieerd internist.

Waarom?

Circa 160 internisten die lid zijn van de NIV zijn niet geregistreerd in een enkelvoudig differentiatieregister. Naar schatting de helft daarvan komt in aanmerking voor retrograde registratie als meervoudig gedifferentieerd internist. De verwachting is dat deze registratie de positie van deze internisten binnen hun eigen werkkring zal versterken, door de profilering die ervan uitgaat. Daarnaast vergroot het de herkenbaarheid en kan het bijdragen aan de arbeidsmobiliteit van huidige en toekomstige generaties meervoudig gedifferentieerden.

Hoe?

Een registratie bestaat uit een combinatie van de volgende meervoudig

differentiatieonderdelen: acute geneeskunde, allergologie en klinische immunologie, endocrinologie, klinische farmacologie, klinische epidemiologie, infectieziekten, maag-darm-leverziekten met endoscopie, nefrologie, onderwijs, ouderengeneeskunde, palliatieve zorg of vasculaire geneeskunde.

De registratie geldt voor vijf jaar en herregistratie volgt bij voldoende differentiatie-specifieke werkzaamheden en nascholingsactiviteiten. Aanvragen van een retrograde registratie is mogelijk tot 1 maart 2022.

Meer informatie

Informatie vindt u op:

<https://internisten.nl/werken-als-internist/herregistratie/meervoudige-differentiatie>

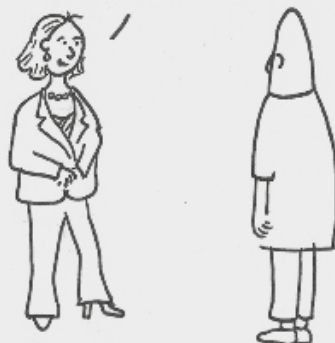
U kunt ook mailen naar:

differentiaties@internisten.nl

Cartoon

Dr Punt hoofd... Hield gemengde gevoelens
OVER AAN het symposium

Bij VGZ staat de patient
CENTRAAL want die
kost ons gemiddeld
€ 6000,- per jaar



M. van Oelft

Friedrich Schiller

Ode *An die Freude*, en kortstondig aan de geneeskunde

HANS ABLIJ • BEELD: 123RF

Nadat op 7 mei 1824 in Wenen de laatste noten hadden geklonken van de *Negende Symfonie* van Ludwig van Beethoven, ontplofte het afgeladen Kärtnerthor Theater. De uitzinnigheid van het publiek was zo intensief en langdurig, dat de concertzaal uiteindelijk door de politie ontruimd moest worden. De stokdove Beethoven nam de consternatie pas waar nadat de orkestleden hem attendeerden op wat er zich achter zijn rug afspeelde. Het laatste deel van de symfonie is geschreven op het gedicht *An die Freude* van Friedrich Schiller. Schiller was al 19 jaar dood en had het gedicht in 1785 geschreven voor Christian Gottfried Körner, als lofzang op hun vriendschap. Schiller had drie jaar eerder de geneeskunde verlaten om zich toe te leggen op de dichtkunst.

Academie met militaire tucht

Johann Christoph Friedrich Schiller werd in 1759 geboren in Marbach am Neckar. Vanaf zijn vroege jeugd leefde Schiller met het idee dat hij priester zou worden. Dit pad werd echter definitief doorkruist door Karl Eugen von Württemberg. Deze hertog, die grote bewondering had voor Lodewijk XIV en vooral voor diens absolutisme, had hele andere plannen voor de jonge Friedrich. Tegen de wil van zijn ouders werd hij op 13-jarige leeftijd naar de Karlsschule in Stuttgart gestuurd om rechten te gaan studeren. Deze in 1770 door de hertog opgerichte academie was de verplichte militaire school voor veel van de zonen van zijn onderdanen. Wat begon als een veredelde middelbare kostschool, werd later de Hohe Karlsschule met een rechtenfaculteit. De hertog zag persoonlijk toe op de voortgang en het 'welzijn' van zijn pupillen. Dit toezien kwam neer op een langdurige internering onder een streng militair regime, waarbij de jongens vrijwel volledig van de buitenwereld waren afgesneden. Ook contact met de familie was verboden, op zeer hoge uitzonderingen na. Toen Schiller in 1780 de academie verliet, had hij zijn ouders en vier zussen bijna acht jaar niet gezien.

De geneeskunde en de drie dissertaties

De studie rechten op de Karlsschule ging Schiller niet goed af. Het was hangen en wurgen om de saaie stof tot zich te nemen. Schiller was in deze jaren ongemotiveerd, ziekelijk en diep ongelukkig. Het dagelijkse stramien van de strenge regels kon hij moeilijk accepteren. Hij werd ongehoorzaam en recalcitrant, om uiteindelijk in een sombere gelatenheid zijn lot te accepteren. Tot 1776. De hertog had een jaar eerder de studie medicijnen aan het curriculum toegevoegd, omdat veel van de afgestudeerde juristen een werkloze toekomst tegemoet zagen. In 1776 kreeg Schiller toestemming om van studie te wisselen

en begon hij aan zijn medicijnenstudie. Aan zijn apathie kwam abrupt een einde en hij stortte zich vol overgave op de studie. Maar 1776 was ook om andere redenen belangrijk: het was het jaar dat uit de lethargie de dichter, schrijver en filosoof Schiller ontwaakte. Zijn eerste dichtregels en filosofische bespiegelingen stammen uit dit jaar en hij voltooide het toneelstuk waar hij beroemd mee zou worden, *Die Räuber* (De rovers), nog vóór zijn afstuderen. Dat afstuderen ging voor Schiller niet zonder slag of stoot. Iedere student nam afscheid van de Hohe Karlsschule met een proefschrift (*Probeschrift* of *Streitschrift*). In zijn eerste dissertatie, *Phylosophia Physiologiae*, onderzocht Schiller de werking van de geest op het lichaam en stelde dat er een *Mittelkraft* (Sympathie, waar de term sympathisch zenuwstelsel van afgeleid is) moest bestaan die de onstoffelijke geest verbindt met het stoffelijke lichaam. Het werk werd in 1779 afgewezen. Volgens de commissie was de wetenschappelijke onderbouwing te mager en ze vonden de manier waarop de promovendus enkele van zijn beroemde collega's – stuk voor stuk kopstukken op dit gebied – de maat nam, onacceptabel. Dat zal mogelijk mee hebben gespeeld, maar op de achtergrond was het vooral de hertog die om pragmatische redenen Schiller nog een jaartje op zijn academie wilde vasthouden. Zijn tweede dissertatie, *Tractatio de discrimine febrium inflammatorium et putridarum*, waarin hij stelde dat koorts een ziekte op zich is en geen symptoom, volgde in 1780. Maar ook dit kon de goedkeuring van zijn docenten niet wegdragen. Schiller ging in dit werk terug naar het idee van de disbalans van de lichaamssappen als oorzaak van ziektes, een hopeloos achterhaald concept, zeker in een tijd waarin de Verlichting op zijn hoogtepunt was. In zijn derde poging pakte hij het onderwerp van de interactie tussen geest en lichaam weer op. Het Duitstalige proefschrift *Versuch über den Zusammenhang der tierischen*

Natur des Menschen mit seiner geistigen, waarin hij de pathofysiologie van de psychosomatiek uiteenzette, werd in december 1780 goedgekeurd. Schiller kon de Hohe Karlsschule verlaten, zijn vrijheid tegemoet. Althans, dat dacht hij.

De brouwseltjes van de regimentsarts

Na het behalen van zijn artsenbul werd hij als *Wundartz* ingezet in één van de regimenten van de hertog. Aan zijn onvrijheid bleek geen einde te zijn gekomen. De militaire rangorde, het verzorgen van gewonde soldaten, het verplichte uniform, het was voor hem allemaal een gruwel. Zijn kwaliteit als medicus liet ook te wensen over. Met de ingrediënten in allerlei goedgebedoelde brouwseltjes die hij zijn patiënten – en zichzelf – voorschreef, was hij zó creatief en scheutig, dat deze elixers standaard door zijn collega's medici gecontroleerd werden en niet zelden in de wc-pot belandden. Ondertussen was hij met heel andere zaken bezig: schrijven, en de publicatie en uitvoering van zijn eerste toneelstuk. Uiteindelijk leidde dit tot een definitieve breuk met de hertog... en een definitief afscheid van de geneeskunde.

De première en de vlucht

Op 13 januari 1782 ging in Mannheim *Die Räuber* in première. Om deze bij te wonen verliet Schiller ongeoorloofd zijn regiment, hetgeen hem bij terugkomst op een hertogelijk verbod kwam te staan om zich op enigerlei wijze nog bezig te houden met de literatuur. Mannheim was in deze tijd een belangwekkend cultureel centrum en *the place to be* voor literatuur, muziek en toneel. Succes in Mannheim betekende succes in heel Duitsland. En *Die Räuber* was een enorm succes. Schiller was met een paukenslag beroemd en zijn toneelstuk stond daarna in veel Duitse steden op het programma. Het door de hertog opgelegde schrijfverbod en het succes van *Die Räuber* misten hun uitwerking niet: voor de jonge dichter zat er niets anders op dan het hertogdom te ontvluchten, zijn vrijheid en schrijverschap tegemoet. Dat zijn vlucht in 1783 uit Württemberg (en uit het leger, de facto desertie) geen ernstige en blijvende consequenties had voor Schiller, was omdat Duitsland de schrijver beschouwde als de nieuwe trots van de Duitstalige literatuur. Daarnaast was het hertogdom Württemberg een onaanzienlijk kavelkje in de Duitse lappendeken van zo'n 400 ministaatjes en had politiek niets in de melk te brokkelen. Schiller kon dus overal in Duitsland terecht, zonder bang te zijn om uitgeleverd te worden. Zijn vlucht eindigde in Jena, nog geen 25 kilometer ten noordwesten van Weimar, de stad van Johann Wolfgang von Goethe.

Van Jena naar Weimar

In Jena bekleedde Schiller een onbezoldigd hoogleraarschap geschiedenis. Na enkele literaire successen was hij dichtertlijk opgedroogd. Om inspiratie op te doen legde



hij zich toe op de geschiedenis van de grote gebeurtenissen in Europa. Zijn geschiedschrijving over De Opstand (*Geschichte des Abfalls der vereinigten Niederlande von der Spanischen Regierung*, 1788) en de Dertigjarige Oorlog (*Geschichte des Dreissigjährigen Krieges*, 1790) behoren nog steeds tot de standaardwerken. Er waren meerdere redenen waarom de door schulden achtervolgde Schiller een onbezoldigd professoraat had geaccepteerd: hij had toch een klein vast inkomen uit de collegegelden en hij wilde naam maken als de belangrijkste geschiedschrijver van Duitsland. De belangrijkste reden was misschien wel dat hij op nog geen dagreis afstand woonde van zijn grote voorbeeld Goethe. Het gaf hem de mogelijkheid om regelmatig naar Weimar te reizen, in de hoop door Goethe ontvangen te worden. Maar dat zou nog jaren duren.

Schiller en Goethe

Goethe was maar tien jaar ouder dan Schiller, maar toch leek er een onoverbrugbare afstand van tijd en ruimte tussen beide dichters te bestaan. Toen Schiller vanaf 1785 Weimar bezocht, stond hij al bekend als een van de grootste Duitse dichters en werd door recensenten zelfs de nieuwe Shakespeare genoemd. Goethes kunstenaarschap was al enkele jaren vrijwel volledig uitgedoofd. De schrijver van *Die leiden des jungen Werthers* (1774), de briefroman waarmee hij de Sturm und Drang-periode had overheerst, lag ver achter hem en hij was in de overtuiging dat zijn creatieve geest nooit meer vlam zou vatten. In dienst van Karl August, hertog van Saksen-Weimar-Eisenach, was hij vooral bezig met binnen- en buitenlandse staatszaken of was hij op veldtocht. Toen Goethe in 1788 van zijn twee jaar durende Italiëreis terugkwam – voor Goethe een vlucht naar vrijheid, vergelijkbaar met Schillers vlucht – was Schillers aanwezigheid in Weimar niets om je over op te winden. Goethe was niet bijster enthousiast over *Die Räuber* en vond dat Schiller wat al te veel lof en aandacht kreeg. Uit jaloezie, maar vooral uit heimwee naar zijn eigen kunstenaarschap, ontweek Goethe de jonge dichter. Goethe had zich de laatste jaren ontwikkeld tot een stijve, vormelijke en ontoegankelijke staatsman en was nog maar een schim van de jonge dichter die de literaire wereld bestormde met zijn *Götz von Berlichingen* (1773) en *Werther*. Alleen voor de wetenschap bloeide hij nog op. Bijvoorbeeld om een vurig pleidooi af te steken voor zijn kleurenleer, een (onjuiste) theorie over de breking van licht, waarbij hij het zelfs aandurfde om te bewijzen dat Newtons lichttheorie niet klopte. Het norse en afwijzende gedrag van Goethe was voor Schiller reden om zijn pogingen tot toenadering te staken. Hij begon zelfs de persoon Goethe te haten, terwijl de liefde voor zijn geest gestand hield, aldus Schiller in een brief aan Körner.

De ‘prachtige gebeurtenis’

Na vele terloopse ontmoetingen, die stevast begonnen met een formele begroeting, gevolgd door de uitwisseling van enkele beleefde, maar nietszeggende opmerkingen, liepen de twee in 1794 elkaar tegen het lijf tijdens een natuurlezing in Weimar. Deze ontmoeting eindigde in het huis van Goethe aan het Frauenplan. Er werd die avond vooral gepraat over wetenschap en natuur. Goethe noemde het vele jaren later in zijn memoires een ‘prachtige gebeurtenis’. Wat onmogelijk leek gebeurde die avond: het was het begin van een innige vriendschap die gevoed werd door een diepe bewondering voor elkaars geest. Hun vriendschap heeft geleid tot de grootste werken uit de periode van wat nu het Weimar classicisme wordt genoemd. Schiller heeft zijn belangrijkste literaire werken geschreven na 1794 en zonder Schiller had Goethe waarschijnlijk nooit zijn *Faust* voltooid.

Schillers laatste geneesmiddel

Naar aanleiding van de Franse Revolutie is één van de belangrijkste filosofische werken van Schiller ontstaan: *Über die ästhetische Erziehung des Menschen*. Schiller had zich sinds 14 juli 1791 nooit uitgelaten over de revolutie. Dat veel Duitse schrijvers openlijk de gebeurtenissen in Frankrijk steunden en zelfs toejuichten vond hij onverstandig, maar vooral voorbarig. Volgens Schiller moest het uiteindelijke resultaat van deze maatschappelijke vulkaanuitbarsting eerst maar eens afgewacht worden. Hij kreeg gelijk. De val van het *ancien régime*, dat in beginsel gerechtvaardigd was, luidde een periode in van een niets en niemand ontziende vernietiging, waarvan de septembermoorden in 1792 en de periode van De Terreur de grootste uitwassen waren. Volgens Schiller – en Goethe – ontbrak het de nieuwe machthebbers aan rede. Volgens Schiller lag de oplossing in de schoonheid van de kunst. De kern van zijn filosofie die hij beschrijft in zijn *ästhetische Briefe* gaat om de definitie van schoonheid, waarin hij stelt dat schoonheid nutteloos is. En in deze ‘nutteloosheid’, die ontstaat uit een onbedwingbare wil van de creatieve geest, schuilt juist de waarde van kunst, of dit nu literatuur, schilderkunst, beeldhouwkunst of muziek is. Als je wegloopt van het beeldhouwwerk of schilderij, als het boek uit is, of als de noten van het orkest zijn weggeëbd, blijft de geest vervuld met de ervaring die via de zintuigen zijn binnengekomen. Deze verrijking van de geest zal de mens naar een hoger plan tillen, waar de rede zal overheersen. En als de rede overheerst zal de geest vrij zijn en zal de mens gelukkiger zijn en de samenleving humaner worden. Volgens Schiller is schoonheid/kunst dus de panacee voor het menselijke geluk en de humanisering van de samenleving.

De ideale wereld

Schiller is door de hertog behoed voor het priesterschap en is door zijn vlucht voor diens despotisme schrijver, filosoof en geschiedschrijver geworden. *An die Freude*, door Schiller op een avond in een café in Leipzig in een roes van alcohol neergepend, was er zonder de hertog nooit gekomen. Het gedicht is niet alleen een ode aan zijn vriendschap met Körner, maar aan broederschap in de wereld (*Alle Menschen werden Brüder; Seid umschlungen, Millionen, diese Kuß der ganzen Welt!*). Hij beschrijft in de lofzang een ideale wereld en in zijn esthetische brieven kwam hij met de oplossing om deze te bereiken: schoonheid en kunst. Een nieuw tuinstel, auto of wasmachine zijn nuttig, maar zullen nooit de geest verrijken. Het geluk is kortstondig en vraagt snel vervulling door nieuwe nuttige dingen. Volgens Schiller leidt materialisme en technische vooruitgang tot dehumanisering van de samenleving. Kunst doet juist het omgekeerde. Schillers ideale wereld is er nooit gekomen en zal er ook nooit komen, om voor de hand liggende redenen. ■

Mijn legendarische moeder overleeft alles

TEKST: CAROLINE CANTÉ

De moeder van Marcel van Roosmalen woont alleen en is dement. Dan volgen een val met een ziekenhuisopname, een opname in het verpleeghuis en overplaatsingen door de corona-uitbraak elkaar in rap tempo op. Met zijn bekende nuchtere, bijna ironische toon, weet Van Roosmalen deze heftige gebeurtenissen en de enorme weerslag die deze hebben op zijn eigen leven en familie, op humoristische en gevoelige wijze te beschrijven.

Terugkijkend op de eerst golf van de COVID-19-epidemie, heeft de langdurige en eenzame opsluiting in verpleeg- en verzorgingshuizen veel stof doen opwaaien. Zowel binnen de politiek als in de publieke opinie heerst de vraag of dit niet anders had gekund. Want wat levert de isolatie nog op als je toch al niet meer naar het ziekenhuis zou worden gestuurd en het dagelijkse bezoek eigenlijk het enige is wat nog op het dagprogramma staat? En hoe kan je in hemelsnaam videobellen als je bijna niet eens meer weet wat een telefoon is, en dat met een familielid dat je sowieso al niet meer goed herkent? Buiten zwaaiend voor het raam van zijn moeder vraagt ook Van Roosmalen zich af wat hier het nut van is. Terwijl hij herinneringen ophaalt aan zijn jeugd en zijn familie, beschrijft hij hoe zijn moeder zienderogen achteruit gaat en na een val en ziekenhuisopname uiteindelijk niet meer naar huis kan. En dan breekt ook nog eens corona uit en wordt deze stap nog lastiger voor moeder en familie. Door lokale corona-uitbraken moet zijn demente moeder ook nog eens meermalen worden verhuisd. Het klinkt als een ultiem recept voor de aftakeling van de oudere patiënt met cognitieve problemen. Het boek leest als een trein door de ontluisterende schrijfstijl van Van Roosmalen. Hij durft uit te spreken wat wellicht meer kinderen zich vast wel eens afvragen: welk nut heeft het nog mijn ernstig demente moeder op te zoeken? Hoewel dit een zwaar onderwerp lijkt, maakt de schrijfstijl en nuchtere kijk van de schrijver dat je grinnikend de bladzijden omslaat. Hij beschrijft niet alleen hoe moeilijk het is om de stap te maken om je moeder 'uit huis te laten plaatsens', maar ook hoe irritant

het soms is om wekelijkse telefoongesprekken te voeren waarbij continu dezelfde vragen worden gesteld en waarin je bovendien steeds verwisseld wordt met je broer. Terug in de oude woonplaats van zijn moeder wordt hij als columnist ook nog eens geconfronteerd met 'betrokken' omwonenden, met de tip dat bepaalde gebeurtenissen 'toch echt voer zijn voor een column'. Diezelfde omwonenden worden in het boek overigens op een luchtige wijze op de hak genomen.

De zinsopbouw doet soms wat simplistisch aan, maar Van Roosmalen raakt juist daardoor een gevoelige snaar. Een prima boek voor aan het einde van de dag, om even het hoofd leeg te maken na het werk, maar ook om in de kerstvakantie in één ruk uit te lezen. Hopelijk hoeven we de strikte coronaregels die zijn toegepast in de verpleeghuizen tijdens de eerste golf nooit meer uit de la te halen.

Waardering:



(5/5)



Yvo Smulders



Je zal maar beleid II hebben

Internist X had dienst in ziekenhuis Y te Z. Het was druk: SEH vol, afdelingen vol, weinig personeel. Samen met dienstdoend aios A werd een patiënt op de SEH geïndiceerd voor opname. De man was oud, verwaarloosd en behoorlijk ziek. A zou de afdeling bellen, omdat ze wisten dat er nog één plekje was. Met een beteuterde blik legt A de telefoon weer neer. 'Was er toch geen plekje?' vroeg X. 'Jawel,' zei A, 'maar ze hadden een voorwaarde.' 'Welke dan?', vroeg X. 'Nou,' zei A, 'patiënt is welkom op de AOA, zei de verpleegkundige, maar alléén als hij een beleid II krijgt'. Beleid II in ziekenhuis Y is wat bij u misschien code B of wat dan ook heet. Het betekent dat je bij verslechtering van je klinische conditie niet gereanimeerd zult worden dan wel naar de Intensive Care gaat.

A was perplex. X ook, maar om een subtiel andere reden. Hij herkende het, ergens van vroeger, van toen hij zelf een jonge dokter was. Als een patiënt een behandelbeperking kreeg, werd hij toch iets relaxter. Waar beleid I stond voor 'mag niet dood', neigde beleid II toch iets meer naar 'mag dat eventueel wel'. Tuurlijk, allemaal niet zwart-wit, heel subtiel, nauwelijks bewust en al helemaal onbesproken. Maar toen X in de jaren daarna soms best goede empirische onderzoeken zag langskomen die uitwezen dat patiënten met een behandelbeperking minder goede zorg kregen, dat hen vooral minder aandacht en alertheid ten deel viel, paste dat bij het gevoel waarop hij zichzelf al eerder betrapte had.

X stond niet zozeer perplex dat deze verslappingsreflex bestond, maar vooral dat 'ie zo openlijk werd uitgesproken. Hij toog naar de afdeling om voorzichtig uitleg te vragen. 'Ja,' zei verpleegkundige B, 'we hebben gewoon geen tijd om die controles te doen en telkens bij hem langs te gaan.' 'Uhh,' wierp X tegen, 'de controlefrequentie die ik afspreek is niet afhankelijk van de behandelcode, maar van wat er nodig is.' Het gesprek verwaterde.

Sinds dat dit gebeurde laat het me toch niet los. Kan het zijn dat we minder aandachtig worden zodra beleid II afgekondigd wordt? Doen we de gewone dingen, die niets met de grenzen die aan de behandeling gesteld zijn te maken hebben, dan toch iets minder goed?

Ik denk dat het aan jullie, aios en collega's, is eens goed bij jezelf na te gaan of deze verslappingsreflex bij behandelbeperkingen soms, al is het een beetje, optreedt. Zijn X en A nou heel grote uitzonderingen? En als u het bij u zelf herkent, dan ben ik heel benieuwd wat u daar dan van vindt...