

INTERNE GENEESKUNDE

NUMMER 2
JAARGANG 13
JUNI 2022

Magazine voor de internist



Bart-Jan Kullberg en Jaap van Dissel

Advisering bij publieke gezondheidsproblemen

Duurzame zorg

Steeds meer aandacht voor
duurzaamheid in de zorg

E-learning

Goede zorg door aandacht voor
verschillen in sekse en gender

Samen beslissen

Nog een lange weg te gaan

Zwitserland

Drie internisten aan de slag in
het buitenland



INTERVIEW

6

Bart-Jan Kullberg en Jaap van Dissel over advisering bij publieke gezondheidsproblemen



Peter Blankestijn

Steeds meer aandacht voor duurzaamheid in de zorg

10



E-learning

Goede zorg door aandacht voor verschillen in sekse en gender

12



Van zorgprofessional tot patiënt

Zorgprofessionals die zelf patiënt werden

25

Samen beslissen in de praktijk

14

Drie internisten aan de slag in Zwitserland

16

De vitale dappere dokter in Ziekenhuis Amstelland

19

Gelijkwaardige zorg

22

De mens als pandemie

34

RUBRIEKEN

De medicus in de literatuur

28

John Locke

Nieuws vanuit de deelspecialistische verenigingen

31

Boekbespreking

33

Medische mensentaal

Ingezonden

36

Mag ik...

Wondvocht

37

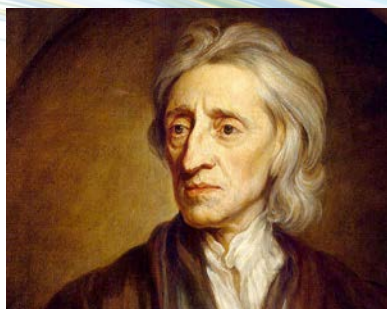
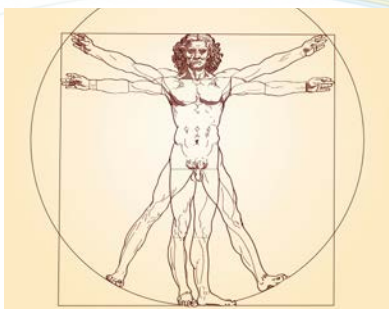
Cartoon

37

Column Yvo Smulders

38

Een ja-dag in Neederland





Reflectie

Het mooie aan de interne geneeskunde is dat er zoveel verschillende kanten zitten aan het internist zijn. Wat ons bindt is de brede basiskennis en gezamenlijke opleiding, maar daarnaast hebben we allemaal onze eigen unieke expertise in de differentiaties. Tijdens de pandemie maakte die brede basiskennis internisten bij uitstek geschikt om zich flexibel in te zetten. Daarnaast worden ook veel belangrijke bestuurlijke- en beleidsfuncties vervuld door internisten. Twee prominente internist-infectiologen, Jaap van Dissel en Bart-Jan Kullberg vertellen in een dubbelinterview over hun ervaringen als respectievelijk de voorzitters van het OMT en de Gezondheidsraad (pag. 6). Beiden doen in dit dubbelinterview de uitnodiging om stage te komen lopen bij het RIVM of de Gezondheidsraad. 'Het analytische en het afwegen van mogelijkheden en belangen, dat doe je bij uitstek als internist en dat is hier ook van belang,' aldus Kullberg.

Na het loslaten van de laatste maatregelen, lijkt de pandemie inmiddels verder weg dan ooit. Toch is het ontzettend belangrijk om ons opnieuw voor te bereiden op minder gunstige scenario's. Er is de afgelopen twee jaar samen met de FMS en andere wetenschappelijke verenigingen al enorm veel opgebouwd en bereikt. Helaas zal het personeelstekort in de zorg ook de komende tijd, ondanks andere vormen van werken en telemonitoring, de grootste bottle neck blijven.

Naast voorbereidingen op een nieuwe besmettingsgolf in het najaar, is dit ook een goed moment voor reflectie. Want de pandemie heeft ons zeer duidelijk gewezen op de urgentie van een aantal onderwerpen. Zoals het belang van duurzaamheid. Zowel duurzaamheid van de planeet als duurzaamheid van personeel. Twee gepassioneerde dokters vertellen over hun initiatieven in relatie tot duurzaamheid in de zorg (pag. 10) en het behoud van werkplezier voor de vitale dokter (pag. 19). Een ander belangrijk onderwerp is preventie, zeker in relatie tot de gezondheidskloof tussen arm en rijk. Half mei was ik op initiatief van de FMS samen met een aantal andere voorzitters op bezoek bij de staatssecretaris van VWS om onze gedachten over preventie te delen. Want als er een ding duidelijk is geworden tijdens de pandemie, is het dat wij als medisch specialisten een belangrijke rol kunnen vervullen in het maatschappelijk debat. En dus ook op die manier een bijdrage kunnen leveren aan een gezonder Nederland.

Het artikel 'Toen werd je zelf ziek...' in dit magazine is helaas erg actueel, nu verschillende collega's te maken hebben met de naweeën van long-covid. Want wat is eigenlijk goede zorg, beoordeeld vanaf de andere kant? 'Wij denken dat goede zorg zich ook afspeelt 'buiten de lijntjes'. Het gaat niet over protocollen, maar over aansluiten, luisteren en dichtbij iemand komen.' Deze quote van internist-infectioloog Marjan van Apeldoorn slaat wat mij betreft de spijker op zijn kop.

Ten slotte is de ingezonden brief op pagina 36 als reactie op de Mag ik... column van Yvo Smulders zeer het lezen waard. Ontzettend belangrijk dat we met elkaar over dit onderwerp het goede gesprek kunnen voeren, waarbij ruimte is voor ieders gevoelens en kwetsbaarheid.

Robin Peeters
Voorzitter NIV

COLOFON

Interne Geneeskunde,
magazine voor de internist
13e jaargang, nummer 2, juni 2022

Redactie

Hans Ablij, Gysèle Bleumink (hoofredacteur), Caroline Canté, Paula van Eerde, 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

Rogier Bol

Uitgever

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

ISSN 2211-100X

© NIV, 2022

Website NIV: www.internisten.nl



Met voortschrijdend inzicht zoeken naar het juiste advies

TEKST: VERONIQUE HUIJBREGTS • BEELD: ROGIER BOL

Jaap van Dissel en Bart-Jan Kullberg zaten ooit samen in de collegebanken in Leiden. Als internist-infectioloog en hoogleraar, respectievelijk bij het LUMC en de Radboud Universiteit, zijn ze elkaars academische evenknie en collegae. Ze treffen elkaar ook regelmatig in hun rol van voorzitter van het Outbreak Management Team (OMT) en van de Gezondheidsraad. Het werk van een internist-infectioloog heeft veel raakvlakken met het advieswerk voor de bescherming van de publieke gezondheid zeggen ze.

Het OMT en de Gezondheidsraad brengen beide advies uit aan kabinet en overheid over de bescherming van de publieke gezondheidszorg. Maar de – strikt wetenschappelijke – Gezondheidsraad doet dat pas als het ‘hele ziektebeeld van de patiënt’ bekend is. Het OMT is juist bezig met de acute bestrijding van gezondheidsgevaaren bij de (dood)zieke patiënt. Van Dissel: ‘Dan moet je al adviseren voordat je álles weet. Net als de internist werken we op basis van voortschrijdend inzicht.’

Opschaling

De specialisatie tot internist en infectioloog biedt voor beide adviesfuncties een goede basis, zeggen

de voorzitters. Van Dissel: ‘Omgevingsfactoren spelen bij infectieziekten altijd een rol – hóe, waar en waarom heeft de patiënt de ziekte opgelopen. Een infectieziekte heb je immers nooit alleen. Daarom heb je je als internist-infectioloog in het ziekenhuis ook te verhouden tot de omgeving van de patiënt, en daarmee geregeld tot de GGD en publieke situaties. Het advieswerk van het OMT kun je beschouwen als een opschaling van de behandeling van individuele patiënten. Je zoekt nu naar determinanten in de maatschappij waar je die eerst in de mens zelf zocht, zoals een afweerstoornis. Natuurlijk richt je je meer op preventie, voorkómen dat individuele infec-

ties tot uitbraken worden. Dat past de internist-infectioloog prima, en je blijft dicht bij het brede vak interne geneeskunde.’

Het diagnostisch denken sluit goed aan bij de advisering, vult Kullberg aan. ‘Het analytische en het afwegen van mogelijkheden en belangen, dat doe je bij uitstek als internist en dat is hier ook van belang. Eerst een differentiële diagnose, dan een behandeling gebaseerd op de best beschikbare evidence.’

Wetenschap praktisch vertalen

Als het aan Van Dissel en Kullberg ligt, stellen internisten zich vaker beschikbaar voor op publieke gezondheidszorg gerichte functies. Dat gebeurt ook al. Er zitten bijvoorbeeld opvallend veel internisten in raden van bestuur van ziekenhuizen, zegt Kullberg. ‘De internistische manier van denken kwalificeert je hier kennelijk goed voor.’ Al helemaal nu preventieve en sociale geneeskunde meer aandacht krijgen in de opleiding, denkt Van Dissel. ‘Steeds meer



ziekenhuiszorg wordt naar buiten het ziekenhuis verplaatst. Als internist moet je dat zorgcontinuüm in kunnen vullen en collegae en raden van bestuur weten te overtuigen van de noodzaak van het regelen van transmurale zorg. In onze huidige posities adviseren wij mensen die uiteindelijk beleid moeten maken om zaken te regelen. Je moet het leuk vinden om wetenschap te vertalen naar advies voor praktisch beleid.’

Rolvast zijn

Anders dan in het ziekenhuis staat het advieswerk van het OMT en de Gezondheidsraad door de covid-pandemie vol in de publicitaire schijnwerpers. Elk uitgebracht advies roept discussie, haatmail en zelfs bedreigingen op. Vooral de OMT-leden kregen daarmee te maken. ‘Dat is een ander aspect van dit werk’, zegt Van Dissel droogjes. Dan: ‘Er zijn meer uitbraken geweest waarbij we contact hadden met de media. Wat covid-19 zo bijzonder maakte is dat het twee jaar heeft geduurd, op iedereen effect had en zo inten-

sief was. Dat roept natuurlijk reacties op. Dan komt het erop aan rolvast te zijn.’

‘De omgang met de media hoort bij alle aspecten van ons werk en alle onderwerpen’, zegt Kullberg. ‘Maar op dit onderwerp is het contact veel intenser en is meer meningenpolarisatie. Dat maakt het interessant, maar ook lastig. Bas Heijne noemde het in *NRC* opmerkelijk dat, in zijn woorden, in het ‘nationale meningencircus’ de mening van een deskundige of vermeend deskundige in een praatprogramma meer impact heeft dan die van de experts. Dat publieke gezondheid een vakgebied apart is, realiseren ook veel praktiserende medici zich te weinig. Wij hebben een andere verantwoordelijkheid, net als de overheid.’

Als voorbeeld noemt hij het beleid rond vaccinaties. ‘Soms spraken collegae in de media zich daar vrij makkelijk over uit, met als teneur: neem de bijwerkingen op de koop toe, als er per saldo maar gezondheidswinst is. Dan wordt duidelijk dat publieke gezondheid met alle staatsrechte-

lijke en ethische aspecten daarvan een vak apart is. De overheid moet de gezondheidsbelangen van alle burgers beschermen en kan niet één groep burgers opofferen ter wille van een andere. Daar moet de burger op kunnen vertrouwen.’

Politieke afwegingen

Een ander kritiekpunt luidt dat het OMT puur medisch over gezondheid adviseert en niet over – bijvoorbeeld – de gevolgen van alle maatregelen voor de geestelijke gezondheid. Maar het is niet aan het OMT om daarover te adviseren, aldus Van Dissel. ‘Het kabinet moet de uiteindelijke afwegingen maken. Het OMT verzorgt maar een deel van de input voor het kabinet, door de duiding van de epidemiologie en scenario’s van mogelijke ontwikkelingen. Het kabinet laat zich uit vele hoeken adviseren. Het OMT heeft er al vroeg voor gepleit om veel breder te kijken dan alleen medisch.’ Kullberg: ‘Het is aan de politiek om een expliciete afweging te maken tussen waarden en normatieve aspecten. De Gezondheidsraad heeft daarbij wel een andere functie dan het OMT, en heeft hier op veel vlakken over geadviseerd. Bijvoorbeeld over ethische en juridische aspecten en kaders van test- en toegangsbewijzen.’

Tegenmacht

Rondom de coronacrisis en de overheidsmaatregelen ontstond ook desinformatie. Het tegengaan daarvan is primair een taak van de overheid, ondersteunen beide voorzitters. De overheid informeert het publiek zo goed mogelijk, zowel over de maatregelen zelf, als over de dilemma’s in de besluitvorming. Organisaties als het RIVM en de Gezondheidsraad kunnen hooguit via hun websites en sociale media de juiste informatie geven. Verder acht Van Dissel het loskomen van kritiek en nepnieuws vrij logisch bij een uitbraak die zozeer ingrijpt op ieders leven. ‘Als adviesorgaan blijft het onze taak te adviseren op basis van evidence en expert-opinion.’

Het werk van de Gezondheidsraad vraagt afstand en reflectie en een visie op de langere termijn, zegt

‘Je moet het leuk vinden om wetenschap te vertalen naar **advies voor praktisch beleid**’

Kullberg. ‘Politici hebben soms de neiging om besluiten zo voor te stellen alsof er maar één keuze mogelijk is. Het is aan de Gezondheidsraad om op wetenschappelijke gronden alle opties en alternatieven te benoemen. Juist vanwege alle emoties in een crisis is het goed dat er een tegenmacht is die iets meer afstand heeft.’

Neem zo’n besluit als een andere verdeling van schaarse vaccins. Dat riep veel weerstand op. ‘Je maakt je op zo’n moment niet populair. Huisartsen die zich juist hadden voorbereid om een vaccin te geven waarvan vervolgens onverwachte ernstige bijwerkingen blijken... Terwijl er voor die doelgroep een veiliger vaccin op voorraad was, ook al vergde dat veel logistieke inspanningen. Als wetenschappers, en ook als dokters aan het ziekbed, zijn wij gewend om ons steeds aan te passen aan nieuwe feiten en bevindingen. Die wendbaarheid is essentieel voor de wetenschap en voor ons werk als dokter. Maar in de politiek ben je juist een draaier als je van je eerdere lijn afwijkt.’

Maatschappelijke verantwoordelijkheid

Op de vraag hoe ze zich in de hectiek staande hielden, zegt Van Dissel dat hij er gelukkig niet alleen voor stond. ‘Ik werd gesteund door de andere leden van het OMT, en een heel apparaat, het RIVM. Dat deed de voorbereidingen en gaf ondersteuning, en was daar heel zorgvuldig in. En aan nachtdiensten zijn we wel gewend.’ ‘Kijk,’ zegt Kullberg, ‘het is in dit soort functies natuurlijk je maatschappelijke verantwoordelijkheid om te leveren.’ Het contact met het Europese netwerk hielp ook om adviezen te toetsen en *up-to-date* te blijven, net als de beschikbaarheid van preprints van publicaties. Van Dissel beschouwt die laatste ontwikkeling, de snelle uitwisseling van wetenschappelijke gegevens, als een winstpunt van de pandemie.

Opschaalbare zorg

Of we nu beter zijn voorbereid op een pandemie dan twee jaar geleden? ‘Ik denk niet dat landen helemaal niet voorbereid waren,’ zegt Van Dissel. Na de SARS-uitbraak in 2002-2003

‘Als adviesorgaan blijft het onze taak te adviseren op basis van **evidence** en **expert-opinion**’

had de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) de International Health Regulations (IHR) opgesteld, ter voorbereiding op grote infectieziekten-uitbraken. Toch ging het hierna mis bij veel landen die volgens de IHR goed waren voorbereid, zoals de Verenigde Staten. ‘Dan blijkt onder meer hoe belangrijk leiderschap is, zoals ook duidelijk wordt uit de WHO-evaluatie. Meer in het algemeen: het blijft heel lastig om voorbereid te zijn op een ziektebeeld dat de meeste mensen relatief weinig ziek maakt en een kleine maar toch te grote groep zo heftig, dat je de ziekte niet ongecontroleerd, zonder beperkingen, kunt rond laten gaan.’ Maar er zijn veel lessen geleerd, merkt Kullberg op. ‘Bijvoorbeeld hoe om te gaan met nieuwe kennis en met de hele maatschappelijke en politieke discussie.’

Wat wel nodig is, is zorgen voor deels opschaalbare zorg, zegt Van Dissel. ‘Alleen, dat is qua bedden wel eenvoudig, maar niet qua handen aan het bed. Dat geldt ook voor de medewerkers die vaccins toedienen en voor de teststraat. Ik zie het als de grootste uitdaging hoe je die voorzieningen in de koude fase op een waakvlam kunt houden en snel kunt opschalen als het nodig is.’

Gezondheidszorgen

Beide voorzitters maken zich zorgen over het gebrek aan – vooral – verplegend personeel. Kullberg: ‘Heel Nederland heeft nu gezien hoe belangrijk de zorg is. Het behoud en de waardering van met name verpleegkundigen is een achilleshiel, daar moeten we met z’n allen op inzetten.’ Van Dissel: ‘De hele zorg-

keten, mantelzorgers, wijkzorg, verpleeghuiszorg, is in een vergrijzende bevolking een uiterst kritisch punt.’ Ook andere gezondheidsproblemen vragen dringend aandacht. Van Dissel noemt als eerste long covid, ‘waar we nog veel te weinig van weten’, en waardoor ook getroffen zorgverleners in financiële problemen kunnen raken. Ook ggz-problematiek door isolatie en lockdowns, en achterstallige verplaatste zorg moeten prioriteit krijgen.

Infectiepreventie

Wees meer alert op infectieziekten, besluit Van Dissel. ‘Bij patiënten op de eerste hulp met respiratoire klachten die doen denken aan infectie, zetten zorgverleners infectiepreventie in het verleden niet altijd op één. We weten nu beter dan ooit hoe belangrijk het is daar wel aan te denken. Vooral het eerste contact en het opmerken van potentieel nieuwe ziektes is essentieel. Daarin heeft de internist een belangrijke taak.’

Van Dissel koppelt er de uitnodiging aan om stage te komen lopen bij het RIVM. ‘Het is interessant om de andere zijde te zien van de telefoon waar je naar belt als je een besmettelijke infectieziekte wilt doorgeven. Of om bezig te zijn met antibacteriële resistentie: op al die terreinen kunnen we de brede blik van internisten (in opleiding) gebruiken.’ Daar sluit Kullberg bij aan: ‘Ook bij de Gezondheidsraad hebben we een internist en een aios op een stageplaats. Waar elders kun je opeens bij de minister om de tafel zitten? Op zo’n stageplek kun je je blikveld en ervaring als internist in spe enorm verrijken.’ ■



Steeds meer aandacht voor duurzaamheid in de zorg

TEKST: KEES VERMEER • BEELD: IVAR PEL

Duurzaamheid is een belangrijk thema aan het worden in de zorg. Dat merkt ook Peter Blankestijn, internist-nefroloog in het UMC Utrecht. 'Dit gaat ons de komende jaren alleen maar meer bezighouden. Simpelweg omdat het móet.'

Zo'n vijf jaar geleden kwam Blankestijn in het bestuur van de Europese beroepsvereniging van nefrologen. Een van de punten die hij wilde aanpakken was de grote milieubelasting door dialyse. Vanuit zijn bestuursfunctie raakte hij in 2018 betrokken bij de Green Deal Duurzame Zorg van VWS. 'Ik nam, als enige medicus, deel aan de regiegroep die bewustzijn moest creëren rond de Green Deal. Vanuit verschillende niveaus en organisaties ontstonden toen ideeën over duurzaamheid in de zorg. Ook in het UMC Utrecht. Ik ben van huis uit geen milieuactivist,

maar ik zit inmiddels helemaal in het onderwerp. Het is ontzettend leuk en nuttig om hiermee bezig te zijn.'

Dialyse

Blankestijn is in het UMC Utrecht met het proces van dialyse aan de slag gegaan. Er is onderzocht hoeveel materiaal, energie en water daarvoor nodig is. Dat viel niet mee, want over deze parameters wordt nauwelijks informatie bijgehouden. Uiteindelijk waren wel metingen mogelijk en bleek dat per behandeling 380 liter water wordt gebruikt, 10 tot 12 kilowattuur aan energie en 1,8 kilo mate-

riaal. Maar is dat veel? En kan het minder? Omdat spiegelinformatie er niet is, heeft de Europese beroepsvereniging contact gezocht met de industrie. Die beheert in andere landen veel dialysecentra en heeft wel informatie beschikbaar. Onder andere een Duitse fabrikant was al bezig om, uit kostenoverwegingen, te besparen op dialysebehandelingen. 'Het bleek dat voor het feitelijke dialyseproces slechts 120 liter water nodig is. De rest wordt gebruikt in de voorbereiding van het proces en weggegooid. De industrie heeft inmiddels aangekondigd dat nieuwe dialyseapparatuur nog maar 180 liter water gebruikt. Dat is dus al een halvering.' Wat betreft energie werd duidelijk dat de helft daarvan wordt gebruikt om water op te warmen tot 37 graden. En

omdat veel water wordt weggegooid, gaat ook veel energie verloren. Blankestijn: 'Het idee is nu om een deel van de energie terug te winnen voor hergebruik. Het loont dus om met de industrie in gesprek te gaan over het verlagen van de belasting van het milieu. Dat kost tijd, maar het is leuk om te doen. Artsen kunnen hierin een actieve rol nemen, namelijk door in aankoopprocessen vragen te stellen. Je kunt bijvoorbeeld vragen naar de levensverwachting van een apparaat en of de fabrikant daarbij circulair denkt. Oftewel: wat gebeurt er daarna met het apparaat? Neemt de fabrikant het terug, en wat gebeurt er dan mee? Duurzaamheid wordt zo onderdeel van het inkoopproces.'

Bewustzijn groeit

Blankestijn ziet steeds meer bewustzijn over duurzaamheid bij zorgprofessionals op de werkvloer. 'Ook en vooral bij de jongere generatie. Het is fantastisch om te zien dat studenten, assistenten en jonge artsen en verpleegkundigen er zo actief mee bezig zijn. Ze spreken ook bestuurders aan op verandering naar meer duurzaamheid. Zij willen ook meer aandacht voor het onderwerp in het curriculum, waar duurzaamheid nog nauwelijks aan bod komt. De roep om verandering wordt steeds luider.' Er zijn al veel partijen die aandacht hebben voor duurzaamheid in de zorg. Enkele voorbeelden: al sinds 1994 bestaat het Milieu Platform Zorg, met een netwerk van ruim 200 duurzaamheidscoördinatoren. Ook De Jonge Specialist is bezig met duurzaamheid, onder andere met een handreiking voor a(n)ios die de zorg willen verduurzamen. En op kleinere schaal hebben vier jonge specialisten Ouderengeneeskunde de Klimaat Dokter opgezet,

onder meer om mensen met 'groene ideeën' te ondersteunen.

Werken aan duurzaamheid kan vanuit verschillende niveaus, legt Blankestijn uit. Zo heeft de Raad van Bestuur van het UMC Utrecht vorig jaar een beleidsplan over het onderwerp geschreven. 'Dat gaat dus over top-down activiteiten. Daarnaast kent het ziekenhuis sinds enkele jaren de werkgroep Groene Zorgprofessionals, die bottom-up ideeën en activiteiten ontwikkelt. Het mooiste is als deze twee stromen elkaar gaan versterken. Want iedereen heeft hetzelfde doel.'

Vijf pijlers

Bij de Green Deal Duurzame Zorg hebben zich al zo'n driehonderd organisaties aangesloten. De Green Deal vraagt aandacht voor vijf pijlers:

- een lagere *carbon footprint*;
- een gezonde werk- en leefomgeving voor zorgpersoneel en patiënten;
- schoon water (de zorg is immers een vervuiler van water, via bijvoorbeeld resten van medicijnen en contrastvloeistoffen);
- circulair werken, met als doel om in 2050 helemaal circulair te zijn;
- onderwijs over duurzaamheid.

Dat laatste zou al op de kleuterschool moeten beginnen, vindt Blankestijn. 'Want duurzaamheidsdenken is een *mindset*. Het gaat niet over iets bijzonders of extra's in je werk. Het zou juist normaal moeten zijn om ermee bezig te zijn, bij alles wat je doet en bij alle keuzes die je maakt. Helaas is bijvoorbeeld circulair denken nog nauwelijks aanwezig in de zorg. Heel veel producten en artikelen zijn nog voor eenmalig gebruik.'

Als argument voor gebruik van *disposables* wordt vaak veiligheid aan-

gevoerd, maar op veel vlakken is dat aspect volgens Blankestijn doorge-slagen. Daardoor produceren bijvoorbeeld OK-complexen heel veel afval. Vrij recent is een landelijke werkgroep Groene OK opgericht om daar verandering in te brengen. 'Dat is een actieve club mensen, die bezig is met veel aspecten op OK's. Veel operatiemateriaal, ook van metaal, is voor eenmalig gebruik. *Single use* wordt vaak gezien als goedkoper, omdat er dan geen schoonmaak- en sterilisatiekosten zijn. En de productie van deze materialen gebeurt veelal in lagelonenlanden. Maar uit allerlei studies blijkt dat het vaak kosteneffectiever is om materialen meerdere keren te gebruiken. Het omslagpunt daarvoor ligt veelal laag, bijvoorbeeld bij vier of vijf keer hergebruiken. De ambitie moet daarom zijn om producten te gebruiken die net zo veilig zijn voor de patiënt maar wel circulair. Het lineaire denken van kopen, gebruiken en weggooien is op den duur niet houdbaar. En de onderbouwing ervoor is er feitelijk niet.'

Met elkaar

Blankestijn ziet dat duurzaamheid bij steeds meer wetenschappelijke verenigingen op de agenda staat. Ook individuele artsen of vakgroepen gaan er steeds vaker mee aan de slag. 'Er verandert echt iets in de zorg. Ik hoop dat het rechtlijnige kostendenken gaandeweg wordt vervangen door duurzaamheidsdenken. Daarvoor zijn wellicht studies nodig over bijvoorbeeld de veiligheid van hergebruik van materialen. En zorgprofessionals en gebruikers moeten informatie gaan verzamelen, bijvoorbeeld over hoe vaak je iets kunt hergebruiken en welke aspecten van materialen en apparaten belangrijk zijn. Deze processen zijn nu aan het ontstaan. Ook fabrikanten zien deze ontwikkeling. Zij moeten hierin wel meegaan, want zij hebben een maatschappelijke verantwoordelijkheid. Zij zien overigens ook mogelijkheden om zich hiermee te onderscheiden van anderen. Dus ook daar groeit het bewustzijn over duurzaamheid. We moeten met elkaar de omslag gaan maken.' ■

'Het lineaire denken van kopen, gebruiken en weggooien is op den duur niet houdbaar'



Sekse, gender en aanhoudende lichamelijke klachten E-learning positief ervaren

TEKST: TOINE LAGRO-JANSSEN & JUDITH ROSMALEN • BEELD: 123RF

Onderzoek maakt steeds meer duidelijk dat het belangrijk is dat artsen rekening houden met verschillen tussen mannen en vrouwen.¹ Vrouwen rapporteren vaker lichamelijke klachten en hun klachten blijven bovendien vaker onbegrepen. Naast biologische verschillen tussen mannen en vrouwen, spelen ook psychosociale verschillen een rol, bijvoorbeeld in het uiten van en hulp zoeken bij klachten. Het is dus belangrijk dat internisten in hun opleiding onderwijs krijgen over de verschillen tussen man, vrouw en gender in de breedste zin, zodat de zorg op de individuele patiënt afgesteld en geoptimaliseerd kan worden.

Volgens Adrienne Zandbergen, internist en door de JNIV in 2021 verkozen tot opleider van het jaar, moeten we in de spreekkamer steeds meer persoonsgerichte zorg gaan leveren. 'Rekening houden met sekse en gender hoort daarbij', aldus Zandbergen. Eerder onderzoek wees al uit dat opleiders van specialisten positief staan tegenover gendersensitieve zorg, maar dat vaak de kennis en tijd ontbreken.² Volgens Zandbergen is daarom het implementeren van onderwijs over sekse en gender

soms lastig. Om dit structureel aan te pakken zijn daarom verschillende initiatieven genomen.

Nieuwe longitudinale leerlijn

In het nieuwe landelijke opleidingsplan interne geneeskunde is de longitudinale leerlijn Sekse en Gender opgenomen. Hierdoor ontwikkelt elke aios tijdens de opleiding basiscompetenties op dit gebied. De leerlijn wordt ingebed in de thema's acute zorg, chronische zorg, ouderen, patiëntveiligheid, kwaliteit van zorg,

zinnige besluitvorming en farmacologie. Ook binnen de nieuwe EPA's is sekse en gender opgenomen. Na raadpleging van meerdere opleiders en aios is besloten een e-learning te ontwikkelen met als onderwerp Aanhoudende Lichamelijke Klachten, kortweg ALK. Voor het ontwikkelen van deze e-learning zijn eerst de leerdoelen gedefinieerd die aansluiten bij de CanMeds-competenties. In de loop van dit proces hebben drie opleiders interne geneeskunde, zes aios interne geneeskunde (in wisselende samenstelling) en twee patiëntvertegenwoordigers op drie momenten feedback gegeven.

Doel van de e-learning

Met de evidence based e-learning *Sekse, gender en ALK* willen we internisten in opleiding leren over de biologische verschillen tussen mannen en vrouwen bij het ontstaan

van klachten. Daarbij komen ook de psychosociale aspecten aan bod die bepalen waarom er een arts wordt bezocht. Oftewel: wat is de hulpvraag? We willen inzicht geven in hoe er in de spreekkamer wordt gecommuniceerd over klachten, en hoe ermee omgegaan wordt. Ook willen we de aios bewust maken van hun eigen ideeën en opvattingen over verschillen tussen mannen en vrouwen.

Na het afronden van de e-learning heeft de aios meer inzicht in de verschillen in prevalentie en oorzaken van ALK. De aios zal gender-bias in communicatiepatronen beter herkennen en gender-gerelateerde factoren kunnen identificeren die van belang zijn bij de benadering van patiënten met ALK. Dit moet leiden tot betere zorg voor onze patiënten.

Beschrijving van de e-learning

De online module is opgebouwd uit zes onderdelen die worden behandeld aan de hand van een casus over een patiënte met chronische buikpijn. Na het lezen van de verwijfsbrief van de huisarts doet de aios het eerste videoconsult met patiënte. Hierna volgt een theoretisch gedeelte waarin de begrippen sekse en gender aan bod komen. Dit wordt onderbouwd met uitkomsten van recent onderzoek van Aranka Ballering (onderzoeker aan de RUG) naar hulpvraaggedrag bij ALK. Een en ander wordt geïllustreerd aan de hand van de verschillen in pijnbeleving tussen man en vrouw. Wetenschappelijk onderzoek van Ilona Plug en Enny Das daagt vervolgens de aios uit om te reflecteren op de eigen opvattingen en stereotyperingen over sekse en gender. Bewustwording van bestaande stereotyperingen zal leiden tot betere communicatie met patiënten. Hierna vervolgt de aios het consult met patiënte. Wat een gendersensitieve benadering bij een patiënt met ALK inhoudt, wordt ondertussen toegelicht aan de hand van het SCEGS-model (zie kader).

Na ieder fragment geeft Doreth Teunissen, deskundige op het gebied van sekse en diversiteit, aan welke genderaspecten in het consult verschil-

WAT IS HET SCEGS-MODEL?

Het SCEGS-model is een inventarisatie van vijf belangrijke aspecten van een klacht.

S: Somatiek - De aard, ernst, beloop en duur van de klachten.

C: Cognitie - Eigen ideeën en gedachten van de patiënt over de klachten.

E: Emoties - Gevoelens van de patiënt in relatie tot de klachten.

G: Gedrag - Acties van de patiënt in verband met de klachten.

S: Sociaal - Invloed van de klacht op het dagelijks leven.

lend kunnen zijn voor mannen en vrouwen.

Voor voldoende interactie zijn in de e-learning opdrachten en vragen opgenomen en worden afwisselend audio, video en minicolleges als onderwijsvorm gebruikt.³

De e-learning wordt afgesloten met tien toetsvragen.

Ervaringen van opleiders

Nienke Kelderman-Bolk, opleider interne geneeskunde van de Alrijne Zorggroep, heeft de e-learning doorlopen. Ze vindt dat deze goed is opgezet. Omdat het begint met een concrete casus moet de aios meteen scherp zijn en aan de slag. Kelderman: 'De extra informatie (via infoknoppen) is goed. Ook de verschillen tussen mannen en vrouwen met behulp van het SCEGS-model geven goede informatie.'

Volgens Adrienne Zandbergen sluit de e-learning goed aan bij de praktijk en reikt deze bruikbare handvatten aan om mee aan de slag te gaan.

Hoe nu verder?

De e-learning kan landelijk worden toegepast. Het resultaat van de eindtoets kan worden opgenomen in het portfolio van de aios. De e-learning kan ook worden opgenomen in het regionaal opleidingsplan. We willen starten met de opleidingen interne geneeskunde van Nederland Oost (Radboudumc) en Nederland Noord (UMCG). Verdere gesprekken met opleiders en aios in beide regio's volgen. We hopen dat de andere zes regio's daarna snel zullen volgen. Volgens Kelderman-Bolk is de e-learning niet alleen zinvol voor aios, maar óók voor internisten.

Zij wil de aios de e-learning laten doen als onderdeel van de verplichte polistage. Het is nu aan de beroepsgroep om dit mooie onderwijsmateriaal te implementeren in de opleiding en op de werkplek.

Meer weten?

Voor overleg en advies over de manier waarop u sekse en gender kunt implementeren in de opleiding kunt u terecht bij Toine Lagro-Janssen (toine.lagro@radboudumc.nl).

Het digitale kenniscentrum Sekse en Diversiteit in het Medisch Onderwijs voorziet in diverse vormen van onderwijsmateriaal voor onderwijsgevend en opleiders. Zie www.radboudumc.nl.

De e-learning wordt online aangeboden via:

https://healthacademy-web.radboudumc.nl/fmw/lectora/ElearningSekse_gender_klachten

Over de auteurs

Toine Lagro-Janssen is emeritus-hoogleraar Vrouwenstudies Medische Wetenschappen aan het Radboudumc. Judith Rosmalen is hoogleraar psychosomatiek aan het UMCg.

Referenties

1. Lagro-Janssen ALM, Teunissen D. Gendersensitieve huisartsgeneeskunde - Een handboek voor de praktijk. Houten, Bohn Stafleu van Loghum, 2022.
2. Lagro-Janssen ALM, Scholte J, en Pepping T. Gendersensitieve zorg in de geneeskundige vervolgoopleidingen: Eindrapportage CSG-project 2018.
3. Ballering AV, Plug I, Lagro-Janssen ALM, e.a. Building a bridge between multidisciplinary insights and practice: The development of an e-learning for internal residents about sex, gender and persistent somatic symptoms. J Psychosom Res. 2022;155:110739.

Samen beslissen in de praktijk, nog een (lange) weg te gaan

TEKST: ANNIKA BERENDS, KRISTEL VAN DEN EERENBEEMT, THERA LINKS & PAUL BRAND

Samen beslissen, ofwel gedeelde besluitvorming (*shared decision making*), is het proces waarin de arts en de patiënt gezamenlijk bespreken welk medisch beleid het beste bij de patiënt past. Het levert passender zorg op en moet daarom in 2025 het uitgangspunt zijn bij de benadering van elke patiënt. Maar zijn we er al klaar voor?

Samen beslissen gaat uit van de gedachte dat zorgverleners en patiënten verschillende, maar even belangrijke zaken in te brengen hebben bij het nemen van medische beslissingen. Alle behandelopties, inclusief de voor- en nadelen moeten worden besproken. Daarbij dienen de wensen, overwegingen en voorkeuren van de patiënt ten aanzien van de behandelopties te worden meegenomen bij de medische besluitvorming.¹

Wezenlijk anders

Dit is wezenlijk anders dan het traditionele paternalistische model waarbij de arts de in zijn of haar ogen beste behandeling adviseert en daarvoor *informed consent* van de patiënt vraagt. Uit onderzoek blijkt dat een groot deel van de zorgverleners louter op basis van medische informatie zelf een voorselectie maakt uit de mogelijke behandelopties.² Werkelijk samen beslissen gaat echter verder: de wensen en persoonlijke situatie van de patiënt moeten daarbij even zwaar meegewogen worden als de medische argumenten. Samen beslissen is dus geen eenmalige actie, maar een proces dat goed moet worden ingericht en bewustwording, training en organisatie vereist.¹

Passender zorg

Meer samen beslissen is niet alleen nodig vanwege de aangescherpte WGBO,³ maar wordt ook aangemoedigd door verschillende bestuurlijke organen en patiënten- en artsenorganisaties. Het zorgt voor passender zorg en daarmee meer tevredenheid,

therapietrouw, betrokkenheid en beter geïnformeerde patiënten. Het gevolg: minder twijfel, spijt, zorgkosten en onnodige interventies.⁴ Volgens het visiedocument *Medisch Specialist 2025* van de Federatie Medisch Specialisten moet samen beslissen in 2025 het uitgangspunt zijn bij de benadering van de patiënt.⁵ Concreet betekent dit dat over drie jaar samen beslissen moet zijn ingevoerd in de dagelijkse medische praktijk, de studie geneeskunde en in alle medische vervolgopleidingen.

Zijn we er klaar voor?

Wij vroegen ons af in hoeverre de huidige Nederlandse (opleidings) praktijk hier al klaar voor is. Daarom hebben we een grote groep aios, stafleden en opleiders interne geneeskunde uit de opleidingsregio Noord- en Oost-Nederland in een anonieme enquête gevraagd naar hun gebruikelijke wijze van besluitvorming in de spreekkamer en wat hun voorkeur hierin is. Hiermee wilden we de zelfgerapporteerde toepassing van samen beslissen in kaart brengen. Hoe liggen de voorkeuren van de geënquêteerden? Zijn er verschillen in beleving tussen aios en medisch specialisten (opleiders)? Dit is relevant, omdat de zittende internisten, de aios van nu (internisten van de toekomst) ook moeten opleiden in deze belangrijke klinische vaardigheid.

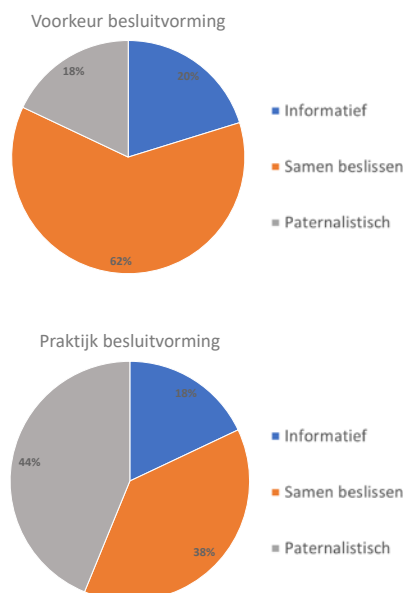
Belemmerende factoren

De enquête is ingevuld door 31 internisten en 58 aios uit acht opleidingsklinieken, waaronder één UMC.

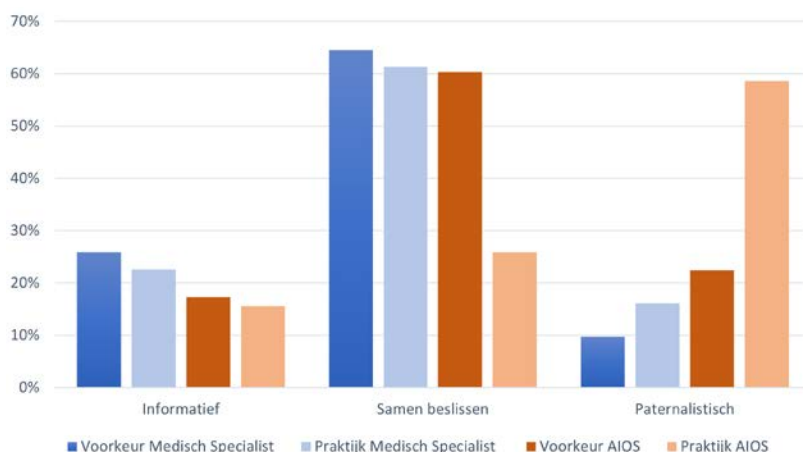
Samen beslissen werd door 65% van de internisten en 60% van de aios genoemd als het medisch beslismodel van voorkeur, maar de zelfgerapporteerde toepassing daarvan in de spreekkamer was nog beperkt (zie *figuur 1*). Vooral aios rapporteerden een groot verschil tussen het gewenste en daadwerkelijk uitgevoerde besluitvormingsmodel (zie *figuur 2*). Dit bleek onafhankelijk van het opleidingsjaar. Blijkbaar voelen veel aios voor samen beslissen, maar zijn ze vooralsnog niet goed in staat om dit toe te passen in de praktijk. Dit heeft deels te maken met bekende belemmerende factoren, zoals tijd, financiering, gebrek aan ervaring en klinische setting. Daarnaast speelt mogelijk ook het huidige medische curriculum een rol, waarbij het gebruikelijk is om voor elk medisch probleem één *evidence based* voorkeursoplossing te kiezen.

Haalbaarheid

Onze bevindingen bevestigen eerdere resultaten onder een veel grotere groep aios en medisch specialisten uit verscheidene disciplines in één opleidingsziekenhuis (Isala Zwolle).⁶ Naar onze mening zijn dit relevante uitkomsten, ondanks het risico van selectiebias, inherent aan enquêteonderzoek en vaak het gevolg van de oproep en zelf-rapportage. De uitkomsten zijn van invloed op het succes en de haalbaarheid van de implementatie van samen beslissen in de medische vervolgopleidingen in de komende drie jaar. Ze tonen de behoefte aan scholing en begeleiding van aios en medisch specialisten bij het leren (toepassen) van samen beslissen. Uit recent onderzoek blijkt namelijk ook dat veel medisch specialisten wel zeggen samen te beslissen, maar passen



Figuur 1. Verdeling medisch beslismodel van voorkeur en de toepassing daarvan in de spreekkamer onder aios en medisch specialisten interne geneeskunde in de OOR-NO.



Figuur 2. Verschillen tussen aios en medisch specialisten in gewenst en daadwerkelijk uitgevoerd besluitvormingsmodel in de spreekkamer.

#Getallen betreffen percentages.

Informatief beslismodel: de patiënt heeft de definitieve beslissing genomen over de behandeling of verder onderzoek, al dan niet na serieus de mening van de arts te hebben overwogen.

Paternalistisch beslismodel: de arts heeft de definitieve beslissing genomen over de behandeling of verder onderzoek, al dan niet na serieus de mening van de patiënt hierin te hebben meegenomen.

Samen beslissen beslismodel: de patiënt en de arts hebben samen de verantwoordelijkheid gedeeld over het besluit welke behandeling of verder onderzoek het beste was.

dit in de praktijk veel minder toe dan ze denken.^{2,7}

Waarom niet?

Geen van de bestaande visie- en beleidsdocumenten over samen beslissen staat stil bij de beweegredenen van aios en medisch specialisten in de keuze voor een bepaald beslismodel. Onze resultaten illustreren dat nog lang niet iedere aios en opleider overtuigd is van de meerwaarde van samen beslissen en bewust is van het eigen besluitvormingsgedrag in de spreekkamer.

Wat is er nodig?

De recent opgestarte campagne* is een mooi initiatief om patiënten en artsen bewust te maken van de wenselijkheid van samen beslissen. Maar naar onze mening is er meer nodig dan aandacht en het stellen van drie goede vragen. De toepassing en implementatie van samen beslissen gaat niet vanzelf. Er zal moeten worden geïnvesteerd in scholing, training en begeleiding. Die zou ons inziens al moeten beginnen bij de

start van de studie en opleiding, en zich niet moet beperken tot alleen het communicatieonderwijs in de vervolgopleiding. Ook zal er aandacht moeten zijn voor de training in samen beslissen van de klinische rolmodellen in de praktijk. Daarnaast zijn organisatorische aanpassingen gewenst, onder andere in de spreekuurplanning op de poli. Tot slot is ondersteuning nodig met hulpmiddelen als keuzehulp. Dit alles om deze 'nieuwe' vaardigheid van samen beslissen goed toe te kunnen passen in de dagelijkse praktijk van de medisch specialist van de (nabije) toekomst.

Best practice

Binnen de opleidingsregio Noord- en Oost-Nederland is in het UMCG onder leiding van de centrale opleidingscommissie (COC) 'samen beslissen' aangemerkt als één van de speerpunten voor de toekomstige ontwikkelingen binnen de medische (vervolg) opleidingen. Er wordt daarbij actief ingezet op bewustwording (eerst) en scholing inclusief vaardigheden-

training (daarna) van alle a(n)ios en medisch specialisten.

Over de auteurs

Annika Berends is internist-nefroloog in het UMCG. Kristel van den Eerenbeemt is aios interne geneeskunde bij Ziekenhuisgroep Twente. Thera Links is hoogleraar endocrinologie in het UMCG en hoofdopleider interne geneeskunde OOR-NO. Paul Brand is kinderarts bij Isala Zwolle en hoogleraar klinisch onderwijs in het UMCG.

Referenties

1. Federatie Medisch Specialist: visiedocument Samen Beslissen. www.demedischspecialist.nl
2. Kantar Public 2020. www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2020/05/11/samen-beslissen
3. Ubbink DT, Geerts PAF, Gosens T, Brand PLP. Meer 'samen beslissen' nodig door aangescherpte WGB. Ned Tijdschr Geneesk. 2021;165:D5775.
4. Programma Uitkomstgerichte zorg 2018-2022: www.uitkomstgerichte-zorg.nl/over-uitkomstgerichte-zorg/documenten/publicaties/2018/07/02/uitkomstgerichte-zorg
5. Federatie Medisch Specialist: visiedocument Medisch Specialist 2025. www.demedischspecialist.nl
6. Driever EM, Tolhuizen IM, Duvivier RJ, e.a. Why do medical residents prefer paternalistic decision making? An interview study. BMC Medical Education. 2022;22:155.
7. Driever EM, Stiggelbout AM, Brand PLP. Do consultants do what they say they do? Observational study of the extent to which clinicians involve their patients in the decision-making process. BMJ Open 2022;12:e056471.

Een kijkje in de Zwitserse keuken

TEKST: DARIUS SOONAWALA

Saskia Autar, Marieke Romijn en Luuk Rijzewijk hebben één ding gemeen: na hun registratie als internist gingen ze in Zwitserland werken. Marieke bleef, Saskia en Luuk wonen en werken inmiddels weer in Nederland. Wat kunnen we van deze drie collega's leren over het werken in Zwitserland? En wat was de reden om deze stap te zetten?

Saskia Autar: 'Ik ben altijd reislustig geweest'

Saskia Autar is altijd reislustig geweest. Ze werd geboren in Suriname en kwam op jonge leeftijd naar Nederland. Haar omgeving was niet verrast toen ze in 2002, na haar studie, naar Thailand vertrok. Ze deed daar onderzoek naar de farmacokinetiek van antiretrovirale medicijnen onder de Thaise bevolking bij het International Antiretroviral Treatment Evaluation Center (IATEC). Van de periode in Bangkok leerde Saskia hoe verschillend de blik op geneeskunde en de beleving van ziektebeelden kan zijn. 'Het heeft me gevoeliger gemaakt voor wat belangrijk is voor het individu.' In 2013 werd ze als kersverse internist-infectioloog benaderd door Zwitserse collega's



die ze kende van haar periode in Bangkok. 'Zwitserland had een tekort aan artsen en ze waren zeer te spreken over de goed opgeleide Nederlandse artsen en verpleegkundigen. Ze vroegen of ik daar wilde werken. Ik ben gaan kijken en werd enthousiast over het vooruitzicht. De banenmarkt in Nederland was moeilijk en ik kreeg daar een vaste baan. Toen hebben we als gezin de stap gewaagd en verhuisden we naar Baden, vlakbij Zürich. Het idee was om het een jaar te proberen. Mijn partner zegde zijn baan op in het onderwijs en ging werken voor zijn eigen IT-bedrijf. Daarnaast kon hij voor onze jonge kinderen zorgen. Saskia werkte in een groot opleidingsziekenhuis in Baden, qua omvang en regiofunctie vergelijkbaar met de grote STZ-ziekenhuizen in Nederland. Haar functie als internist sloot goed aan op de Nederlandse praktijk, met als belangrijk verschil dat aan de poort een breder scala aan zorg wordt geleverd door specialisten. Een belangrijk verschil met Nederland is dat de huisartsenzorg in Zwitserland veel minder goed en minder uitgebreid is georganiseerd. 'Slechts de helft van de bevolking heeft een huisarts. In mijn geval betekende dit niet dat ik veel eerstelijns geneeskunde deed. Ik kreeg als infectioloog patiënten die werden verwezen door een huisarts of een collega-specialist. Ik wilde bewust ook algemene interne geneeskunde doen. In het begin was dit een kleiner deel van mijn werk (20%), maar gaandeweg werd dat meer.'

Mag je als Nederlandse internist zomaar in Zwitserland werken? En is het moeilijk om in een andere taal te werken? 'Het Nederlandse diploma is geen belemmering. Je moet wel durven om zo'n stap te zetten. Je bent weg uit je comfortzone. Je moet het vooral leuk vinden, want het vergt veel energie. De non-verbale communicatie moet niet worden onderschat. Het belangrijkste is om goed te luisteren. Dat is wat mensen merken. Als je je open opstelt en

een luisterend oor biedt, dan kom je tot een goede informatie-uitwisseling.

Hoe zag je werkdag eruit?

‘Ik begon om zeven uur en was meestal om zeven uur ’s avonds weer thuis. Het zijn lange werkdagen, maar het werktempo is anders dan in Nederland. Er is meer tijd per patiënt. Een specialist voert meer handelingen zelf uit en er wordt een uur de tijd genomen om in de middag warm te eten. Omdat ik dicht bij het ziekenhuis woonde kon ik vaak in de middag even met mijn gezin lunchen.

Hoe was het om in Zwitserland te wonen en werken?

Saskia vond het werk en haar collega’s perfect: ‘Men is zeer collegiaal, beleefd en vriendelijk in de omgang en je bent op een leuke manier bezig met de inhoud van het

vak. Zwitsers zijn gereserveerd. Privé duurt het relatief lang om vrienden te maken. Ik woonde in een wijk met veel expats.’

Waarom ben je niet in Zwitserland gebleven?

‘Ik merkte dat mijn kinderen van binnen Zwitsers begonnen te worden, net zoals mijn ouders altijd van binnen Surinaams zijn gebleven. Omdat ik zelf Nederlands ben, wilden mijn partner en ik dat onze kinderen met dezelfde culturele achtergrond zouden opgroeien als wij. De botte en directe humor is iets wat we bijvoorbeeld misten in Zwitserland.’ Sinds 2016 werkt Saskia als internist-infectioloog in het Amsterdam UMC. Geheel passend bij haar reislustige aard heeft ze met haar gezin ook perioden gewoond op Bonaire, waar sinds 2010 een project loopt om de interne geneeskunde tot wasdom te brengen.

Luuk Rijzewijk: ‘Men is in Zwitserland heel collegiaal’

Luuk Rijzewijk werkt sinds eind 2016 als internist-nefroloog in het HagaZiekenhuis in Den Haag. In 2015-2016 woonde en werkte hij anderhalf jaar in Zwitserland. ‘Ik ben avontuurlijk ingesteld en heb er vaker over gedacht om een periode in het buitenland te werken. Ik heb tussen mijn doctoraal en coschappen een wereldreis van negen maanden op de fiets gemaakt en ben op de gekste plekken beland. Zo’n avontuur past dus wel bij mij. De verhalen van Saskia over haar werk in Zwitserland maakten mij enthousiast. Er was een vacature voor een internist-nefroloog in het ziekenhuis waar Saskia werkte en een jaar voor het einde van mijn specialisatie werd die baan mij toegezegd. Ik kwam tussen een groep bevlogen en kundige internisten in Baden terecht. Van hen leerde ik dingen waar ik in mijn opleiding nog niet zoveel mee te maken had gehad, zoals de zorg voor CVA-patiënten en de fijne kneepjes van peritoneaal dialyse (PD). Ik kreeg als taak de PD-populatie te laten groeien. Dat is goed gelukt en dezelfde taak heb ik later in Den Haag gehad. Men is in Zwitserland heel collegiaal en er heerste een goede sfeer. Onderliggend zal er vast soms wrevel zijn, zoals overal, maar beleefd als de Zwitsers zijn was dat niet zo goed merkbaar. Ik maakte net als Saskia lange werkdagen. Als ik een week nachtdienst had bleef ik in het ziekenhuis, superviseerde ik de arts-assistenten en was ik de hele nacht bezig. Het volume aan patiënten per tijdseenheid lag echter lager dan in Nederland en dat maakte het werk plezieriger. Ook deed ik als internist meer zelf. Zo keek ik

op de polikliniek zelf met de echo naar de nieren, prostaat en blaas. Dat is iets waar ik tijdens een vol spreekuur in Nederland zelden aan toekwam. Verder was ik in de dienst ook verantwoordelijk voor de opvang en behandeling van CVA-patiënten, inclusief de indicatiestelling van trombolyse. Ook lumbaalpuncties deden we zelf. Net als Saskia gaat het leren van een vreemde taal me goed af. Het begin was moeilijk, maar je leert snel *on the job*. Ik sprak in het Duits en de patiënten spraken Duits terug. Onderling werd Zwitser-Duits gesproken, een taal waar je echt aan moet wennen. Uiteindelijk sprak ik *Hochdeutsch* met een Nederlands accent, vermengd met *Schweizerdeutsch*. Het secretariaat heeft er een dicteerbandje van bewaard dat ze nog wel eens met plezier teruggeluisterd hebben. Uiteindelijk kon mijn partner geen passend werk vinden. Kinderopvang is in Zwitserland heel goed maar ook heel duur en dat maakte het niet makkelijker. Ze kon ook niet goed aarden in het dorp waar we woonden en zodoende zijn we teruggegaan naar Nederland. Gelukkig vond ik in Den Haag een mooie vaste plek, wellicht ook door de ervaring die ik in Zwitserland had opgedaan.’



Marieke Romijn: ‘Zorg dat zowel jij als je partner een baan hebben’

Marieke Romijn had tegen het einde van haar opleiding tot internist-nefroloog in 2017 heel bewust gesprekken met collega's over het werk. Wat haar opviel was dat maar weinig collega-internisten echt tevreden waren over hun carrière. ‘Met een gezin met jonge kinderen (toen 3 en 1 jaar oud) en een partner met een drukke baan die veel op reis was, vroeg ik me af of ik dit wel wilde. De werkdruk was hoog en de dagen zijn lang, soms tot in de avonden. Daarnaast speelde de moeilijke banenmarkt een rol bij de overweging om uiteindelijk te emigreren naar Zwitserland. Veel van mijn jonge collega's in Nederland waren aangewezen op tijdelijke contracten. Maar de moeilijke banenmarkt was niet de voornaamste reden om naar het buitenland te gaan. Het was voor mij vooral een individuele afweging. Ik wilde een baan die beter paste bij de werk-privébalans die ik voor ogen had. Omdat mijn partner al veel in Zwitserland werkte en omdat ik via Luuk Rijzewijk veel had gehoord over het werken en leven daar, was het voor mij een logische keuze. Terugkijkend



ben ik heel tevreden over hoe het is uitpakt. Luuk heeft me een paar gouden tips gegeven, bijvoorbeeld: zorg dat zowel jij als je partner een baan hebben. Het is moeilijk om warme contacten op te bouwen en dat kan vooral voor een thuisblijvende partner moeilijk zijn. Om diezelfde reden raadde hij aan om in een wat grotere stad te gaan wonen in plaats van in een klein dorp. Ik heb destijds besloten om pas naar Zwitserland te gaan als ik een baan zou hebben gevonden die voldeed aan mijn wensen. Gelukkig kon ik in 2017 in deeltijd mijn vak blijven uitoefenen in het Amsterdam MC. In die tijd heb ik een intensieve cursus Duits gevolgd. In tegenstelling tot Saskia en Luuk heb ik geen talenknobbel. Uiteindelijk heb ik de baan die ik ambieerde gevonden in Spitalzofingen, een kleiner ziekenhuis dan waar Luuk en Saskia hebben gewerkt. Ik werk nu als internist-nefroloog in een ziekenhuis dat verdeeld is over twee locaties en onderdeel uitmaakt van een groter ziekenhuis, het Kantonsspital Aarau.’

Hoe is in Zwitserland de man-vrouwverhouding onder internisten? En kun je in deeltijd werken?

‘Het is van oudsher een mannenwereld. Maar net als in Nederland is dat snel aan het veranderen. Artsen in opleiding en fellows kunnen nog niet in deeltijd werken. Wat je onder specialisten ziet groeien is *job sharing*, waarbij je samen een fte invult. Dat doe ik nu ook. Ik had specifieke wensen. Zo wilde ik werken van acht tot kwart voor zes, zodat ik de kinderen naar de opvang kon brengen en ze weer kon ophalen. Dat was in de mannengroep waar ik werkte niet gebruikelijk. Gelukkig was het bespreekbaar. Sommige mannen waren stiekem jaloers en begonnen het voorbeeld over te nemen.’

Hoe ziet je werkdag eruit?

‘Ik werk 60%, dat zijn drie dagen. Iets meer dan de helft van mijn werk is nefrologie, inclusief de zorg voor dialysepatiënten. Naast de poliklinische taken superviseer ik de afdeling en de eerste hulp. Omdat ik ervoor heb gekozen om *Oberärztin* te blijven en niet door te groeien naar *Leitendeärztin*, heb ik minder organisatorische verantwoordelijkheden en dus minder vergaderingen. Dat maakt dat ik mijn werk af kan krijgen binnen werktijd.’

Welke aspecten zouden we volgens jou in Nederland kunnen overnemen?

‘Een paar dingen. *Job sharing* is iets dat ik graag meer zou zien in Nederland. Daarnaast denk ik dat het belangrijk is om naar de individuele situatie van elke werknemer te kijken. Ik denk dat dat de kwaliteit van zorg ook verhoogt. Mijn indruk is dat internisten in Nederland zelf onvoldoende kijken en luisteren naar hun eigen behoeften en naar wat bij hun past. Tot slot is het hebben van een vooruitzicht op een vast contract belangrijk voor jonge specialisten, om beter te kunnen bouwen aan de toekomst.’



De vitale dappere dokter in Ziekenhuis Amstelland

TEKST: DEMELZA HOOGWERF • BEELD: 123RF

Veel artsen (in opleiding) en medisch specialisten ervaren een hoge werkdruk. Daarom is het van belang om continu aandacht te besteden aan de belangrijke vraag: hoe blijf je een fitte dokter? Demelza Hoogwerf, internist-oncoloog in Ziekenhuis Amstelland, vertelt over haar aanpak om arts-assistenten hun geluk en vitaliteit te laten behouden via het programma *De Vitale Dappere Dokter*.

In De Vitale Dappere Dokter staat het delen van persoonlijke ervaringen centraal. Tussen het reguliere werk en medische onderwijs door worden thema's op het gebied van persoonlijke ontwikkeling besproken, zoals het herkennen en erkennen van onzekerheden en valkui-

len. Maar ook goede ervaringen en de dingen waar je trots op bent en dankbaar voor bent worden uitgewisseld.

Trots en onzekerheid

Om maar direct met de deur in huis te vallen: ik heb de mooiste baan van

de wereld. Ik werk op de polikliniek, doe supervisie als internist-oncoloog en heb managementtaken vanuit mijn functie als vakgroepvoorzitter. Daarnaast mag ik mezelf sinds een jaar plaatsvervangend opleider noemen, en daar ben ik trots op. Dat gevoel van trots is er echter niet altijd geweest. Het heeft voor mij een tijd geduurd voordat ik mijn rust en weg gevonden had binnen de studie geneeskunde. Maar ook in mijn zoektocht naar een specialisatie en een baan werden mijn gedachten overheerst door onzekerheden

over mijn kunnen en kansen. Daarbij speelden overtuigingen van vooral beperkingen een rol. Elke keer een andere omgeving met talloze ambitieuze collega's die dezelfde richting op wilden heb ik als moeilijk en belemmerend ervaren. Ik functioneer nu eenmaal het beste als ik ergens langer ben en ik de mensen waar ik mee samenwerk beter leer kennen – en zij mij. En nu ik sinds een paar jaar mijn vaste plek binnen de vakgroep heb gevonden zijn de onzekerheden grotendeels verdwenen, is mijn motivatie sterker dan ooit, komen mijn kwaliteiten beter naar voren en durf ik mijn ambitieuze dromen achterna te gaan. Dit gevoel van trots en zekerheid had ik echter graag eerder willen ervaren.

Veel te winnen

Als a(n)ios is het elke dag in het ziekenhuis hard werken, zowel op zaal, op de polikliniek als op de SEH, en natuurlijk tijdens de diensten. En dan heb ik alle nevenactiviteiten ('CV-builden') nog niet eens genoemd. Er wordt tijdens je tijd als a(n)ios vooral gefocust op de ontwikkeling van je medische kennis en vaardigheden, terwijl aandacht voor je emotionele en geestelijke ontwik-

'We helpen elkaar om de dokter te worden die we willen zijn'

keling zeer beperkt is. Dat is althans mijn ervaring geweest. Op dit gebied valt er dus nog veel te winnen, en daar is een belangrijke rol weggelegd voor de opleiders(groep).

De pandemie

In het begin van 2020 worstelden onze jonge arts-assistenten met een populatie ernstig zieke covid-19-patiënten. De pandemie was voor de meesten van hen een indrukwekkende periode en een intense ervaring. Daarnaast speelden er veel emoties tijdens de begeleiding van familieleden die niet bij hun naasten op bezoek mochten of konden komen, soms zelfs niet tijdens de fase van overlijden. Weliswaar hebben we toen voor intervisie gebruik kunnen maken van de geestelijke verzorging, maar dat bleek onvoldoende. Onze arts-assistenten hadden vaak geen idee wat er allemaal op ze afkwam. Daarnaast was het leven buiten het ziekenhuis beperkt door de lockdown en was er na de drukke en extra diensten weinig tijd en ruimte voor ontspanning, ontlasting en reflectie. Binnen ons assistententeam zorgde dit voor een verandering van sfeer. Als startend waarnemend opleider kreeg ik weinig grip op de groep en de situatie. En hoewel we wisten dat de coronazorg nog wel een tijd zou voortduren, was de situatie rond onze arts-assistenten eigenlijk niet langer houdbaar. Er heerste ontevredenheid en negativiteit. En er was een gebrek aan groepsgevoel, met bovendien weinig vooruitzicht op verbetering als gevolg van de langdurige pandemie.

De Vitale Dappere Dokter, hoe het begon

De (digitale) Landelijke Opleidingsdag Interne Geneeskunde (LOIG 2020) bracht ons opleidingsteam

inspiratie. Collega Rob Fijnheer, hematoloog in het Meander Medisch Centrum Amersfoort, besprak op deze dag een onderwijsvorm waar de stafleden binnen zijn opleidingsgroep hun persoonlijke ervaringen deelden met de arts-assistenten. Alles kwam aan bod: hoogtepunten, dieptepunten en knelpunten in hun opleiding en carrière. Daarna kregen de arts-assistenten de mogelijkheid om vragen te stellen, zodat ze een goed beeld kregen van ieders gelopen weg. Dit leidde tot meer persoonlijk contact tussen de specialisten en arts-assistenten en daardoor tot meer begrip voor elkaar. Ik had net een cursus persoonlijk leiderschap afgerond en bepaalde aspecten daaruit kon ik gebruiken om dit idee binnen ons ziekenhuis te ontwikkelen. Ik wilde een programma in ons onderwijs implementeren dat gericht zou zijn op de vitaliteit van de arts-assistenten én op de cohesie binnen de arts-assistentengroep. De centrale vraag die we stelden was: wie zijn nu eigenlijk de mensen achter die jonge dokters in hun witte jas? En zo ontstond het idee van ons onderwijsprogramma De Vitale Dappere Dokter.

Hoe het verder ging

Als startschot hielden mijn collega-opleider Gert Jan Timmers en ik voor de arts-assistenten een presentatie over onze eigen ervaringen en de wegen die we hebben bewandeld. Waar komen we vandaan, hoe was onze opleiding en waar staan we nu? Wat zijn onze dromen, angsten en valkuilen? Waren er *life changing events* in de loop van onze studie en carrière? Onze presentaties waren uiterst persoonlijk en mijn collega was aanvankelijk dan ook sceptisch en kritisch: 'Gaaf dit de verandering brengen en de verbinding geven waar we zo naar op zoek zijn?' Maar het



Gert Jan Timmers en Demelza Hoogwerf

REVIEWS VAN DE A(N)IOS:

‘Het project De Vitale Dappere Dokter. Toen dit voor het eerst werd aangekondigd was ik een beetje sceptisch. Wat moest ik me hierbij voorstellen? Intervisie 2.0, maar dan met een nieuwe hippe naam? Ik ben daar volledig van teruggekomen. Het is een project gericht op de persoon achter de witte jas. Geen diepgaande gesprekken over het wel en wee op de afdeling of lastige (families van) patiënten, maar nu juist wat de persoon achter de dokter bezighoudt. Het is mooi om te zien dat de sfeer als dusdanig veilig wordt ervaren dat er heel persoonlijke verhalen worden gedeeld. Daarentegen is het ook helemaal oké als je die behoefte niet voelt. Wat het nog specialer maakt, is dat niet alleen de arts-assistenten, maar ook de supervisors met dit project meedoen en hun persoonlijke verhaal vertellen. En het werkt! Na de eerste bijeenkomst stroomde de groepsapp vol met bemoedigende woorden, en dit zet zich voort. Ook op de werkvloer is er veel meer aandacht voor elkaar, bijvoorbeeld in de vorm van korte koffiemomentjes. De samenwerking als team gaat ook beter; er is meer inzicht in ieders sterke en minder sterke kanten en we proberen elkaar daarin zo veel mogelijk te ondersteunen. Ik realiseer me dat deze werksfeer uniek is en dat ik alleen maar kan hopen dat een volgende werkomgeving hier een klein beetje bij in de buurt komt.’

‘Tijdens mijn sollicitatiegesprek werd mij verteld dat er veel aandacht zou zijn voor persoonlijke groei en leiderschap, niet alleen voor de aios, maar voor de gehele assistentengroep. Middels het programma De Vitale Dappere Dokter volgen de assistenten elke maand op de vrijdagmiddag een sessie met de opleiders, waarin wordt gesproken over thema's zoals werkplezier, stressmanagement en persoonlijke valkuilen. Ook is er aandacht voor de persoon achter de witte jas, zodat iedereen elkaar goed leert kennen. Iets wat tijdens deze coronaperiode soms lastig bleek te zijn, omdat je minder snel met elkaar afspreekt buiten het ziekenhuis. Doordat de specialisten ook meedoen en hun kwetsbaarheid en onzekerheden tonen, ontstaat er meer wederzijds begrip, hetgeen een zeer positieve uitwerking heeft op de samenwerking binnen de vakgroep.’

‘Het Vitale Dappere Dokter programma betekent voor mij de acceptatie dat dokter zijn een leerproces is met vallen en opstaan. Het programma heeft ons de ruimte gegeven om het hier met collega-a(n)ios, maar ook met specialisten over te hebben op een leuke en veilige manier. Het heeft gezorgd dat ik mijn collega's achter de witte jas heb leren kennen met al hun talenten en valkuilen, maar bovenal die van mijzelf. We helpen elkaar om de dokter te worden die we willen zijn.’

bleek de juiste keuze. Met twee arts-assistenten zijn we hierna sessies gaan agenderen binnen ons onderwijsrooster. Er werden verschillende onderwerpen besproken, met vragen zoals: waarom doe jij bepaalde dingen anders dan je collega en wat heb je nodig om beter te kunnen functioneren? Kwetsbaarheden werden besproken op basis van een stelling met de zogenaamde ‘over de streepmethode’. Ook de a(n)ios gaven persoonlijke presentaties. Wat er vervolgens gebeurde was bijzonder om mee te maken. Er ontstond openheid en ruimte om te bespreken wat er niet goed ging, hoe iedereen zich voelde en wat ieders onzekerheden waren. Want dat laatste bleek een belangrijk struikelblok in ieders verhaal. Jonge artsen die ploeteren met weerstand en angst om hulp te vragen, omdat het niet zou horen. Onzin natuurlijk,

maar zolang er niet over gesproken wordt, blijft het probleem bestaan. Zowel de betrokken stafleden als arts-assistenten gaven aan dat deze kwetsbare en persoonlijke manier van jezelf tonen aan je directe collega's tot meer wederzijds begrip en respect voor elkaar leidde. En het resulteerde daardoor in een betere samenwerking.

De effecten

Het onderwijs is intussen geïmplementeerd waarbij in ons jaarlijks onderwijsprogramma maandelijks persoonlijke verhalen worden afgewisseld met onderwerpen die betrekking hebben op vitaliteit en persoonlijke ontwikkeling. Onze a(n)ios zijn gemiddeld een tot twee jaar bij ons en kunnen op deze manier het gehele programma doorlopen. Ik ben ervan overtuigd dat onze arts-assis-

tenten uiteindelijk als betere dokters bij ons weggaan, met meer aandacht voor hun eigen emotionele ontwikkeling en met meer kennis over hun persoonlijk functioneren en leiderschap. Daarnaast is dit programma ook in onze vakgroep enthousiast ontvangen. In de dagelijkse praktijk is ook verschil merkbaar in bijvoorbeeld de manier van communiceren met elkaar. Inmiddels heeft de eerste Vitale Dappere Dokter-generatie ons ziekenhuis verlaten en gaat de mond-tot-mondreclame als een lopend vuurtje. Berichten op LinkedIn hebben tot open sollicitaties geleid en dat is prachtig om te constateren. En voor de duidelijkheid: er is niks zweverigs aan deze methode en de jonge dokters zijn mensen die juist aan zelfinzicht willen werken en een doel voor ogen hebben. Ik ben er ontzettend trots op dat wij in deze fase van hun leven en carrière hier een bijdrage aan kunnen leveren.

Toekomst

Ik hoop dat ons Vitale Dappere Dokter-project een inspiratie is voor iedere opleider. Op 18 mei hebben we er zelfs de Opleidingsprijs van de JNIV mee gewonnen tijdens de LOIG in Ede. Dit geeft maar aan hoeveel behoefte er aan is. Mijn persoonlijke ambitie is om dit plan landelijk te implementeren als onderdeel van de opleiding Interne Geneeskunde, maar ook binnen de opleiding Geneeskunde zou dit thema niet misstaan.

Nieuwsgierig?

Schroom niet om contact op te nemen als je vragen hebt over over dit plan. Ik help je graag op weg hoe dit in jouw ziekenhuis anders zou kunnen. En als je ons kunt helpen om ons programma verder te ontwikkelen en te verbeteren, dan hoor ik dat ook heel graag. Nieuwsgierig? Neem een kijkje op www.devitalenedapperedokter.nl. ■

Over de auteur

Demelza Hoogwerf is internist-oncoloog bij Ziekenhuis Amstelland in Amstelveen en daarnaast vakgroepvoorzitter en waarnemend opleider Interne Geneeskunde.



Gelijk(waardig)e zorg

TEKST: RAJU TALWAR, WIDIA SOOCHIT & MAHDI SALIH, NAMENS DE JNIV-COMMISSIE DIVERSITEIT • BEELD: 123RF

Met het toenemend aantal migranten in Nederland wordt onze polikliniek steeds diverser. In de zorg is het registreren van de etniciteit in Nederland alleen mogelijk onder de voorwaarde dat het noodzakelijk is voor goede diagnostiek of behandeling van de patiënt. Hoewel ‘etnisch profileren’ in de zorg negatieve associaties met zich meebrengt, kan bewustwording van en kennis over de etnische achtergrond van de patiënt ook van meerwaarde zijn en de kwaliteit van de zorg verhogen.

Van oudsher worden mensen, bewust of onbewust, ingedeeld op basis van huidskleur, afkomst, etniciteit, cultuur, religie of sociaaleconomische status. Of en hoe je groepen mensen moet indelen hangt af van de onderliggende klinische of maatschappelijke vraag. Zo kunnen genetische, sociale en culturele factoren een rol spelen in de prevalentie van bepaalde ziektes, maar ook in hoe er wordt omgegaan met ziektes en de keuzes in behandelingen die gemaakt worden.

Indelingen van bevolkingsgroepen

In de zeventiende eeuw werd het concept ‘ras’ geïntroduceerd. Bevolkingsgroepen werden ingedeeld in rassen, gebaseerd op het idee dat er biologische-essentialistische verschillen bestonden tussen mensen op basis van onder andere uiterlijke of sociale kenmerken.¹ Maar er is maar één soort mens, namelijk de *homo sapiens*. Het bewijs dat de *homo sapiens* monotypisch is, is

geleverd door het *Human Genome Project*, waaruit blijkt dat er geen noemenswaardige genetische verschillen zijn tussen de verschillende fenotypen zoals dat in de rassenleer beschreven staat.² Illusterend is dat de genetische diversiteit binnen de Afrikaanse bevolking groter is dan de rest van de wereldpopulatie bij elkaar.³

Naast de achterhaalde indeling op basis van ras, worden mensen ook ingedeeld op basis van hun afkomst of etniciteit. Het Centraal Bureau voor de Statistiek heeft recent besloten om de indeling ‘westers’ en ‘niet-westers’ niet meer te gebruiken en voortaan te kijken naar het land van herkomst.⁴ Ook in de zorg maken wij soms gebruik van deze indeling. Een goed voorbeeld is de risico-inschatting voor erfelijke ziekten zoals sik-

Inmiddels heeft een **kwart** van de **Nederlandse bevolking** een **migratieachtergrond**

kelcelanemie en cystic fibrosis, welke respectievelijk meer prevalent zijn bij mensen met een donkere huidskleur en mensen met een lichte huidskleur.

Diversiteit in de medische praktijk

Inmiddels heeft een kwart van de Nederlandse bevolking een migratieachtergrond en dit percentage zal alleen maar toenemen, zeker gezien de recente stroom migranten uit Oekraïne.⁴ Kennis over immigratie en culturele verschillen kan dus van pas komen om gezondheidsrisico's te begrijpen en hierop te acteren.

Cardiovasculair risico

Nederlandse mannen met een Marokkaanse achtergrond hebben bijvoorbeeld een lager cardiovasculair risico dan andere Nederlandse mannen.^{5,6} Je zou echter tekortschieten door dit als feit aan te nemen, omdat je daarmee geen rekening houdt met integratie en het overnemen van bepaalde gewoontes. Een goed voorbeeld zijn de tweede-generatie Hindostaans-Surinaamse Nederlanders, die steeds vaker de Nederlandse eetgewoonten overnemen (meer aardappelen, pasta en vlees) en daardoor een hoger cardiovasculair risicoprofiel hebben dan hun ouders.^{7,8}

Vitamine D en saturatie

Zorgverleners kunnen in de dagelijkse praktijk ook afgaan op uiterlijke kenmerken zoals huidskleur. Zo weten we dat in Nederland vitamine D-deficiëntie vaker voorkomt bij mensen met een donkere huidskleur. Minder bekend is wellicht de

invloed van een donkere huidskleur op het meten van de perifere zuurstofsaturatie met een pulse-oximeter.⁹ Studies laten zien dat occulte hypoxemie drie keer vaker voorkomt bij mensen met een donkere huidskleur dan bij mensen met een lichte huidskleur en geassocieerd is met een hogere mortaliteit.¹⁰ In de kliniek moet men dus bedacht zijn dat deze meting bij mensen met een donkere huidskleur niet altijd accuraat is en kan leiden tot een onderschatting van de ernst van de hypoxemie.

Serum-kreatinine

Eerdere studies uit de Verenigde Staten hebben laten zien dat zwarte mensen een hogere serum-kreatininenwaarde hebben dan niet-zwarte landgenoten. De verklaring dat zwarte mensen gespierder zouden zijn en daardoor een hoger kreatinine hebben is echter achterhaald.¹¹ Toch wordt bij het berekenen van de geschatte kreatinineklaring bij mensen met een donkere huidskleur een correctiefactor toegepast. Het is onduidelijk welke mensen tot deze groep behoren en het is onbekend of dit in de Nederlandse situatie wel toepasbaar is. Het gebruiken van deze correctiefactor kan een overschatting geven van de nierfunctie, met de risico's van onderregistratie en onderbehandeling.

Daarnaast liet een recente Nederlandse studie zien dat bij Nederlanders met een Marokkaanse en Turkse achtergrond de gemiddelde eGFR (CKD-EPI) 8-10 mL/min/1,73 m² hoger ligt dan bij de referentiegroep.¹² Dit verschil hield stand na correctie voor bekende con-

founders. Het gebruik van het serum-kreatinine voor het schatten van de nierfunctie staat daarom ter discussie. Een etniciteit/afkomst-onafhankelijke methode voor het vaststellen van de nierfunctie biedt een uitkomst. Recent is een cystatine-C gebaseerde formule ontwikkeld waarin etniciteit geen rol speelt. Bovendien is deze methode accurater dan eerder gebruikte formules, wat de diagnostiek van chronische nierschade ten goede komt.¹³

Waarborgen van diversiteit en inclusiviteit

Ontwikkelingen in de zorg en wetenschap volgen elkaar in een razendsnel tempo op. Klinische studies, bijvoorbeeld naar medicatieveiligheid, zijn dan ook essentieel. Als we kijken naar de inclusie bij deze onderzoeken, dan blijkt dat verschillende etniciteiten/bevolkingsgroepen ondervertegenwoordigd zijn. In klinische trials betreffende medicatieveiligheid op het gebied van hart- en vaatziekten, oncologische en neurologische ziekten hebben de onderzochte mensen in 1,8-3,5% een Afrikaanse afkomst, in 0-7% een Aziatische afkomst en wordt 1,4-3,4% geduid als 'overige' afkomst.¹⁴ Ook bij de *landmark trials* betreffende goedkeuring van medicatie in de oncologie is een ondervertegenwoordiging van verschillende etniciteiten/bevolkingsgroepen te zien.¹⁵ Dit staat in schril contrast met de opbouw van de wereldbevolking, waarbij in 2022 driekwart van de wereldbevolking in Afrika en Azië leeft.

De nagenoeg afwezige diversiteit binnen belangrijke onderzoeken kan een effect hebben op toekomstige ontwikkelingen. Denk aan de ontwikkelingen op het gebied van *artificial intelligence* (AI). Zowel binnen als buiten de geneeskunde zijn er observaties waarbij AI algoritmes-bias door gender en etniciteit kan versterken of juist kan zorgen voor onderdiagnostiek. Veel AI-systemen gebruiken *big data* met een oververtegenwoordiging van witte mannen en een ondervertegenwoordiging van vrouwen, mensen van andere etniciteiten en mensen uit een lage

sociaaleconomische klasse.¹⁶⁻¹⁸ Het is zeer aannemelijk dat AI-systemen in de toekomst een prominentere rol zullen spelen in onze samenleving. Het is dus van belang om diversiteit en inclusiviteit in klinische trials te waarborgen om onderdiagnostiek en -behandeling van bepaalde groepen te minimaliseren. Een oplossing kan zijn om met zoveel mogelijk ongecategoriseerde en heterogene datasets te werken. Om ons te kunnen richten op gepersonaliseerde zorg is het belangrijk dat de medische wetenschap representatief is voor de diverse patiëntenpopulatie.

Conclusie

Etnische diversiteit in de medische zorg brengt uitdagingen met zich mee op vele gebieden. Zorgverleners moeten zich hiervan bewust zijn om goede zorg te kunnen leveren aan alle bevolkingsgroepen in alle lagen van de samenleving. Voor goede persoonsgerichte gezondheidszorg kan onderscheid naar etnische afkomst soms belangrijk zijn, maar alleen als het onderscheid ethisch verantwoord is en consequenties heeft voor de diagnostiek of behandeling.

Om in de toekomst meer geïndividualiseerde zorg aan te bieden is diversiteit en inclusiviteit in de opzet van medische trials en richtlijnen van essentieel belang. ■

Referenties

1. Buckle J. Ras vanuit een medisch-sociologisch perspectief. *Ned Tijdschr Geneesk.* 2019;163:D2652.
2. Yudell M, Roberts D, DeSalle R, Tishkoff S. Science and Society. Taking race out of human genetics. *Science* 2016 Feb 5;351(6273):564-5.
3. Campbell MC, Tishkoff SA. African genetic diversity: implications for human demographic history, modern human origins, and complex disease mapping. *Annu Rev Genomics Hum Genet.* 2008;9:403-33.
4. CBS. Nieuwe indeling bevolking naar herkomst. Den Haag/Heerlen/Aruba: Centraal Bureau voor de Statistiek 2022.
5. Bos V, Kunst AE, Keij-Deerenberg IM, e.a. Ethnic inequalities in age- and cause-specific mortality in The Netherlands. *Int J Epidemiol.* 2004;33(5):1112-9.
6. Agyemang C, Born BJ van den. Cardiovascular health and disease in migrant populations: a call to action. *Nat Rev Cardiol* 2022;19,1-2.
7. Raza Q, Nicolaou M, Snijder MB, e.a. Dietary acculturation among the South-Asian Surinamese population in the Netherlands: the HELIUS study. *Public Health Nutr.* 2017;20(11):1983-1992.
8. Diemer FS, Snijder MB, Agyemang C, e.a.. Hypertension prevalence, awareness, treatment, and control in Surinamese living in Suriname and The Netherlands: the HELIUS and HELIUS studies. *Intern Emerg Med.* 2020;15(6):1041-1049.
9. Elders P. Vitamine D-suppletie. *Huisarts & Wetenschap.* 2015;3:156.
10. Sjoding MW, Dickson RP, Iwashyna TJ, e.a. Racial Bias in Pulse Oximetry Measurement. *N Engl J Med.* 2020;383(25):2477-2478.
11. Hsu J, Johansen KL, Hsu CY, e.a. Higher serum creatinine concentrations in black patients with chronic kidney disease: beyond nutritional status and body composition. *Clin J Am Soc Nephrol.* 2008;3(4):992-7.
12. Huisman BJMV, Agyemang C, Van den Born BH, e.a. Discrepancies in estimated glomerular filtration rate and albuminuria levels in ethnic minority groups - The multiethnic HELIUS cohort study. *EClinicalMedicine.* 2022;45:101324.
13. Inker LA, Eneanya ND, Coresh J. Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration. New Creatinine- and Cystatin C-Based Equations to Estimate GFR without Race. *N Engl J Med.* 2021;385(19):1737-1749.
14. Knepper TC, McLeod HL. When will clinical trials finally reflect diversity? *Nature.* 2018;557(7704):157-159.
15. Loree JM, Anand S, Dasari A, e.a. Disparity of Race Reporting and Representation in Clinical Trials Leading to Cancer Drug Approvals From 2008 to 2018. *JAMA Oncol.* 2019;5(10):e191870.
16. Chen, P-HC, e.a. An augmented reality microscope with real-time artificial intelligence integration for cancer diagnosis. *Nat. Med.* 2019;25,1453-1457.
17. Obermeyer Z, Powers B, Vogeli C, Mullainathan S. Dissecting racial bias in an algorithm used to manage the health of populations. *Science.* 2019;366,447-453.
18. Seyyed-Kalantari L, Zhang H, McDermott MBA, e.a. Underdiagnosis bias of artificial intelligence algorithms applied to chest radiographs in under-served patient populations. *Nat Med.* 2021;27(12):2176-2182.

JNIV



Wij zijn op zoek naar nieuwe enthousiastelingen!

Beste internist in opleiding,

De JNIV spant zich in als jouw vertegenwoordiger om ervoor te zorgen dat internisten (i.o.) nu en in de toekomst passievol hun werk uit kunnen oefenen. Naast de nauwe betrokkenheid bij het vormgeven van jouw opleiding, zijn er nog veel andere belangrijke dingen die de JNIV doet. Ons bestuur bestaat uit acht aios interne geneeskunde, die binnen het bestuur in koppels vier verschillende pijlers/rollen vertegenwoordigen: interne communicatie (o.a. deelname NIV-bestuur), externe communicatie (o.a. redactie NIV-magazine), opleiding (o.a. deelname Concillium en visitatiecommissies) en evenementen (o.a. internistendagen en AOS, alles wat je moet weten over management). Buiten het bestuur zijn zij daarnaast de schakel in de vele commissies van de JNIV/NIV en met de ziekenhuisvertegenwoordigers. Ons nieuwe visiedocument is de leidraad voor onze activiteiten voor de komende jaren, waarbij wij ons specifiek rich-

ten op regie, plezier, werkgelegenheid, inclusiviteit en toekomstbestendigheid. Heb je het nog niet gelezen? Kijk dan nu op de website hoe wij hier concreet mee aan de slag gaan! De doelen uit onze visie te behalen wij natuurlijk niet zonder jou. Ben je enthousiast geraakt door onze visie of wil je graag je steentje bijdragen aan het verbeteren van onze opleiding en het behalen van onze doelen? De komende weken zullen er meerdere vacatures online komen voor verschillende commissies (o.a. smeerolie op de poli, anticipatie op organisatie en sollicitatie of diversiteit) en de komende maanden ook voor een plek in het JNIV-bestuur, dus houd je mail en onze LinkedIn-pagina in de gaten. Heb je tussentijds vragen? Mail gerust naar jniv@internisten.nl.

Collegiale groeten,
Het voltallige JNIV-bestuur



Toen werd je zelf ziek...

TEKST: HELEEN DE WIT • BEELD: MARC-ANTONY TAMINIAU

De belevingswereld van zorgprofessionals verschilt nogal van die van patiënten. Totdat zij zelf patiënt worden. Die ervaring nemen ze mee in hun werk, wat een positief effect heeft op de geleverde zorg. Het Jeroen Bosch Ziekenhuis koos daarom *Toen werd je zelf ziek* als een van de strategische onderwerpen passend bij het gewaagde doel van het ziekenhuis: 'In 2025 geven de mensen uit Den Bosch en omstreken hun gezondheidswelzijn de hoogste waardering van Nederland.' Zorgprofessionals die zelf patiënt zijn geweest delen hun verhalen en ervaringen. Dat leidde tot verschillende hulpmiddelen waarmee je je kan verplaatsen in de belevingswereld van de patiënt. Drijvende krachten zijn Marjan van Apeldoorn, internist-infectioloog en Ankie van den Broek, hoofd van de poli gynaecologie-obstetrie. Projectleider is Evita Bartels.

Hoe is het allemaal begonnen?

Marjan: 'In 2017 volgde ik een training medisch leiderschap en één van de opdrachten was het starten van een verbetertraject in je eigen ziekenhuis. Ik wilde graag iets veranderen aan de organisatie van de

spoedzorg. Vlak voor de start van de training kreeg mijn zoontje de ziekte van Kawasaki en voor de tweede keer in mijn leven ervaarde ik hoe het was om patiënt te zijn. De eerste keer was tijdens mijn opleiding, toen ik langere tijd zelf patiënt was. Door

deze ervaringen leerde ik veel over de zorg en wat er voor een patiënt echt toe doet. Toen ik mijn plannen voor de SEH aan de raad van bestuur presenteerde, eindigde ik met een dia over mijn eigen patiëntervaringen en wat we daarvan konden leren als zorgprofessional. Onze RvB was zeer enthousiast en benoemde *Toen werd je zelf ziek* als strategisch onderwerp. Na het delen van mijn verhaal binnen de organisatie kwamen er al snel mensen naar mij toe die zelf ook patiënt of naaste van een patiënt waren geweest, waaronder Ankie.'

Wie zitten er in de projectgroep?

Ankie: 'In de kerngroep zit ook Pieter Broos, adviseur Kwaliteit en Veiligheid. Daarnaast werken we met

praktijkverbinders en ambassadeurs. Praktijkverbinders zijn zorgprofessionals die een strategisch onderwerp met de praktijk verbinden; essentieel om het project binnen de organisatie bekendheid te geven en tot een succes te maken. Onder de praktijkverbinders zijn nu een psycholoog en een geestelijk verzorger. Zij begeleiden de spiegelgesprekken en de sessies met de VR-film (zie verderop).'

Wat is het doel van het project?

Ankie: 'Ons doel is om de ervaringen van zorgprofessionals die zelf patiënt (of naaste van een patiënt) zijn geweest te gebruiken om de zorg te verbeteren en meer af te stemmen op de behoeften van onze patiënten. We hebben diverse tools ontwikkeld om collega's te kunnen laten wisselen naar het perspectief van de patiënt.'

Welke tools zijn dat?

Evita: 'We hebben twee keer een masterclass georganiseerd voor zorgprofessionals binnen en buiten ons ziekenhuis. We krijgen daarnaast meerdere aanvragen van teams binnen het JBZ. Bij elke aanvraag bekijken we wat passend is voor die afdeling. Bijvoorbeeld podcasts, VR-films (virtual reality) of een 'mankementenlunch' of -sessie. Door het kijken naar een VR-film ervaar je de zorg zoals de patiënt die ervaart. Tijdens

een mankementensessie ervaar je beperkingen door een 'mankementenpak' aan te trekken: een pak met attributen, zoals gewichten, een bril waardoor je slechter ziet, een koptelefoon waardoor je slechter hoort, een nekbrace of een trillfunctie die tremoren nabootst. Hierdoor ervaar je echt wat het met je doet. Ik merkte zelf bijvoorbeeld dat ik erg op mezelf werd teruggeworpen, dat ik me naar binnen keerde, wat weer eenzaamheid op kan roepen. Ik werd mij ervan bewust dat patiënten dat dus ook kunnen hebben.'

Ankie: 'Eén keer hebben we een zogenaamd 'paars bed' gehad. Hierbij werd een collega een nacht opgenomen op de afdeling geriatrie, als een echte patiënt dus. De medewerker/patiënt werd in de ochtend vroeg uit bed gehaald, naar de huiskamer gebracht en moest vervolgens tijdens het eten nog naar de afdeling radiologie. Het leverde waardevolle informatie op over de ervaren zorg. Daarnaast hebben we ook spiegelgesprekken, waarin zorgmedewerkers met een patiëntervaring met elkaar in gesprek gaan over hun ervaring op een bepaalde afdeling. Vaak komt de vraag voor een spiegelgesprek uit een afdeling zelf. De medewerkers van de afdeling zijn toehoorders bij het spiegelgesprek. We vinden het heel bijzonder dat collega's in zo'n gesprek hun verhaal willen delen en gaan daar dan ook zorgvuldig mee om. We hebben een verhalenbundel uitgebracht waarin negen JBZ-medewerkers hun verhaal delen over hoe het voor hen is of was om patiënt te zijn en wat dit met hen heeft gedaan als zorgprofessional.'

Welke inzichten hebben jullie gekregen?

Ankie: 'Door het gebruik van een VR-film kom je in situaties terecht die een patiënt meemaakt. Zo kan je ervaren hoe het is om als patiënt vanuit een ambulance op de SEH te komen en om opgenomen te worden, met een piepend infuus en alles wat erbij hoort. Daarnaast hebben we ook een VR-film waarin je een poliklinische reis van een patiënt kan ervaren. Door hierop te reflecteren merk je dat de zorg heel verschillend wordt erva-

ren. Wat de een heel vervelend vindt, vindt de ander geen probleem. Je kan deze informatie gebruiken in de zorg voor je patiënt. Soms is het ook zoals het is: je wilt dingen heel goed doen, maar de praktijk blijkt weerbarstiger. Maar je hiervan bewust zijn en dit bespreekbaar maken kan al het verschil maken.'

Marjan: 'Het delen van 'zelf ziek'-ervaringen doet wat met jezelf en met de mensen met wie je je verhaal deelt. Anderen delen hun verhaal vervolgens ook weer met jou. Ook als je zelf geen ervaring hebt als patiënt, kan je veel leren van de patiëntervaringen van collega's. De masterclasses waren ook een succes. Collega's vanuit diverse functies binnen de organisatie meldden zich aan: medisch secretaresses, verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten, artsen en unithoofden. Je kruipt allemaal in de huid van de patiënt. Dit verbindt en van daaruit konden we met elkaar in gesprek gaan over hoe we de zorg kunnen verbeteren.'

Ankie: 'Als patiënt ervaarde ik hoe kwetsbaar je bent en dat je daardoor je assertiviteit kan verliezen. Je laat de dingen gebeuren. En ik ervaarde ook wat angst met je doet. Door een wisseling van het perspectief heb ik eerder door wanneer iemand angstig is en heb ik ook meer begrip voor bepaalde reacties.'

Marjan: 'Andries Baart, bijzonder hoogleraar Presentie en zorg aan de Universiteit van Tilburg, grondlegger van de presentietheorie, verwoordde het heel mooi: "Pas door met iemand te zijn, kan je er voor iemand zijn".'

Wanneer is het project geslaagd?

Marjan: 'In 2025 moet het net zo normaal zijn voor een zorgprofessional om van perspectief te wisselen als om te kunnen reanimeren. Het is in de zorg heel normaal om je medische vaardigheden op orde te hebben, maar wij denken dat het ook heel belangrijk is dat je je kan verplaatsen in de ander. In onze opleiding leren we wat empathie is en worden we getraind in communicatieve vaardigheden, maar bewust en actief aansluiten bij de patiënt vraagt meer. Dan gaat het over de relatie tussen de zorgprofessional en de patiënt. En



Ankie van den Broek



Marjan van Apeldoorn

deze relatie verschilt per patiënt, en kan zelfs veranderen in de loop van het ziekte- of behandelproces. Door actief bezig te zijn met de perspectiefwissel hopen we de zorg te verbeteren. In onze eigen verhalen vertellen we de kwetsbare en moeilijk kant, maar we delen ook onze positieve ervaringen. Tijdens de opname van mijn zoontje was het fijn dat er bijvoorbeeld een verpleegkundige was die aan hem vroeg wat zijn lievelingseten was. Ze plakte vervolgens een sticker met 'pasta' op zijn sondevoeding.'

Ankie: 'Mijn dochttertje is te vroeg geboren en toen ik tijdens oud en nieuw naar haar toe ging lag er een spuitje op de couveuse in de vorm van een vuurpijlje met een gedichtje eraan. Dat iemand net dat extra stapje voor ons wilde zetten blijft me altijd bij. Als je in je team uitstraalt dat dat belangrijk is en dat die ruimte er is, dan maakt dat het werk nog leuker.'

Marjan: 'Wij denken dat goede zorg zich ook afspeelt 'buiten de lijntjes'. Het gaat niet over protocollen, maar over aansluiten, luisteren en dichtbij iemand komen.'

Willen jullie na je eigen patiëntervaring nog steeds in het ziekenhuis werken?

Marjan: 'Ik ben vrijwel mijn gehele opleiding patiënt geweest. Het was een houvast dat ik mijn opleiding af wilde maken en internist wilde wor-

den. Het is mooi nu iets met deze ervaring te kunnen doen in ons ziekenhuis.'

Ankie: 'Op het moment dat het gebeurt overkomt het je. Pas toen ik weer ging werken merkte ik dat het mij echt had veranderd, als zorgprofessional, maar ook als mens.'

Marjan: 'Wij krijgen in ons ziekenhuis de kansen en de ruimte om dit te ontwikkelen. Dat is misschien niet overal zo. Ik vind het heel erg inspirerend om mijn dagelijkse werk te combineren met *Toen werd je zelf ziek...* Het verrijkt me en het is mooi om op verschillende manieren met zorg bezig te zijn. Het zou mooi zijn als meer zorgprofessionals dat zouden kunnen doen.'

Ben je een andere patiënt als je een zorgachtergrond hebt?

Ankie: 'Ik denk dat dat meevalt. Wat ik zelf wel heb ervaren, is dat mensen denken dat je bepaalde dingen wel weet, of wel snapt. Het kan ook zijn dat je andere behoeften hebt aan informatievoorziening. Maar je wordt niet echt anders behandeld. Door de kwetsbare positie waarin je je bevindt als patiënt maakt het ook niet meer uit wat je achtergrond is.'

Marjan: 'Wat we merken met de spiegelgesprekken is dat collega's met een ervaring als patiënt snel de diepte ingaan. Het gaat vaak niet over parkeerkosten of de smaak van het eten, maar over privacy, communicatie en gezien worden. Daarom is het helpend om van een collega te horen hoe het is om patiënt te zijn geweest. We zien ook dat een professional die heeft geleerd om van perspectief te wisselen, dit gelijk gaat toepassen in het eigen team.'

Evita: 'Professionals die zelf patiënt zijn geweest maken vaak continu die perspectiefwissel. Op het ene moment zorgen zij voor een patiënt, op het andere moment zijn ze zelf de patiënt. Daarom is het zo waardevol van deze groep collega's te leren.'

Zijn er nog aandachtspunten?

Evita: 'Heel belangrijk is het reflectiegesprek na het kijken van de VR-film of het dragen van het mankementenpak. Met onze tools kunnen we zorgprofessionals die zelf nooit

patiënt zijn geweest laten ervaren hoe dat is.'

Ankie: 'Je moet zorgvuldig zijn als mensen naar je toekomen met hun verhaal en hoe je die ervaring gaat inzetten. Dit eist geborgde zorgvuldigheid en een veilige omgeving.'

Evita: 'Tijdens de spiegelgesprekken benoemen we van tevoren dat het vertrouwelijke sessies zijn en dat het binnen het team blijft. In de verhalenbundel doen sommigen ook anoniem hun verhaal.'

Marjan: 'We vinden het belangrijk om het collega's niet op te leggen. We gaan juist op zoek naar het enthousiasme binnen teams of bij collega's. Of zoals een bestuurder van ons ziekenhuis het zei: "Ga naar waar de energie is, dan merk je dat het groter wordt." Uiteindelijk zien we dat afdelingen er ook om gaan vragen, omdat ze het als een kwaliteitsinstrument zien.'

Ankie: 'Wij proberen ook om het niet te serieus te maken. Humor, kracht en positiviteit zijn juist belangrijk om het verschil te maken.'

Wat is jullie belangrijkste tip voor collega-zorgverleners?

Allen: 'Om met Antoine de Saint-Exupéry (schrijver van *Le petit prince*) te spreken: "Om helder te kunnen zien, hoef je vaak alleen van perspectief te veranderen". Het is belangrijk om de connectie met de werkvloer te houden. Het script van de VR-film is geschreven door en met collega's en de acteurs en figuren in de film zijn ook collega's. Blijf dicht bij de praktijk en bij jezelf.'



Meer weten?

- E-mail: zelfziek@jbz.nl
- Website: <https://magazine.jeroenboschziekenhuis.nl/toen-werd-je-zelf-ziek>
- De verhalenbundel is te bestellen via zelfziek@jbz.nl.
- Marjan van Apeldoorn en Ankie van den Broek zullen op de aankomende internistendagen een presentatie geven over *Toen werd je zelf ziek...*

John Locke

Ervaring als de basis van kennis, begrip en moraal,
en van de geneeskunde

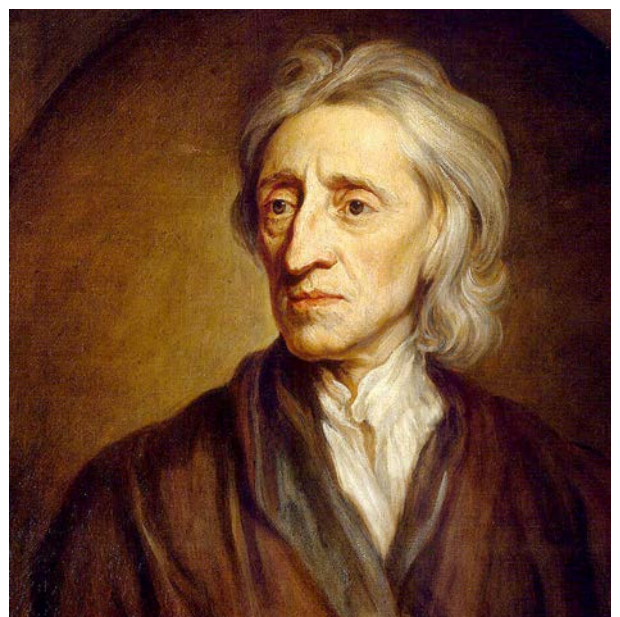
TEKST: HANS ABLIJ • BEELD: ALAMY

John Locke leefde midden in een van Englands meest turbulente periodes van na de Late Middeleeuwen. De Engelse Burgeroorlog bracht met de onthoofding van de Stuart-koning Karel I in 1649 een tijdelijk einde aan de monarchie. Locke bevond zich als gevolg van zijn vriendschap met een invloedrijk politicus aan de rand van het machtscentrum, waarin royalisten, parlementariërs, katholieken, puriteinen en meerdere kleine facties elkaar naar het leven stonden. In 1683 vluchtte hij naar de Republiek der Zeven Verenigde Nederlanden waar hij gedurende vijf jaar verbleef. Hier werd de basis gelegd voor twee van zijn belangrijkste filosofische werken: *An Essay Concerning Human Understanding* en *A Letter Concerning Toleration*. Zijn twee (onvoltooide) geneeskundige werken zijn in de vergetelheid geraakt. Geneeskunde liep vanaf zijn studietijd als een rode draad door zijn loopbaan. Soms intensief, maar altijd ad hoc.

Het Engeland van Locke

Karel I zag zijn bestijging van de Engelse troon in 1625 als een goddelijke voorzienigheid en bij deze heilige opdracht hoorde volgens hem absolute macht. Maar de tijden van de Tudor-dynastie waren voorbij en het verlichtingsdenken was in aantocht. Niets werd meer als goddelijke zoete koek geslikt. De onenigheden op het gebied van belastinginning, staatszaken en religie tussen het parlement en de koning namen in de jaren hand over hand toe, wat leidde tot meerdere militaire conflicten tussen royalisten en parlementariërs. In 1642 ontvluchtte Karel Londen en vestigde zich in het koningsgezinde Oxford. Uiteindelijk delfde hij het onderspit en werd er voor het eerst in de wereldgeschiedenis een monarch na een juridische procedure – weliswaar een showproces – ter dood gebracht. De monarchie werd afgeschaft en aartspuritein Oliver Cromwell kwam aan de macht. De in 1653 tot Lord Protector benoemde Cromwell slaagde er echter niet in een stabiele republiek te vormen. Na de dood van zijn incompetente opvolger (zijn zoon Richard Cromwell) in 1660 volgde de restauratie van de Stuart-monarchie met de kroning van Karel II. Hoewel het bewind van deze promiscue ‘feestkoning’ ver van het absolutisme van zijn vader stond, was het een religieuze kwestie die de gemoederen weer hevig deden oplaaien. De diepgewortelde anti-paapse sentimenten binnen de Anglicaanse Kerk en de puriteinse stroming leidden tot een groot wantrouwen in de katholiekgezinde Karel II en diens tot het katholicisme bekeerde broer (en eerste in lijn van opvolging) Jacobus. Toen het parlement een wet inbracht die Jacobus uitsloot van troonsopvolging, besloot Karel het parlement te ontbinden, met een verdere polarisatie tussen royalisten en parlementariërs als gevolg. Ondanks alle weerstand kwam na Karels dood

in 1685 zijn broer Jacobus II op de troon. Het was katholieke olie op het protestantse vuur. Na de stichting van de Anglicaanse Kerk door Hendrik VIII lag het bewind van zijn dochter, de bloedfanatieke katholieke (Bloody) Mary II, nog vers in het geheugen en was het ondenkbaar dat er ooit nog een katholieke vorst aan het hoofd zou staan van de (protestantse) Kerk van Engeland. Toen Jacobus II absolutistische trekjes begon te vertonen en ook nog een mannelijke (en dus katholieke) erfgenaam kreeg, was het gedaan met zijn bewind. Zijn protestantse dochter Maria II Stuart en haar echtgenoot, stadhouder prins Willem III van Oranje-Nassau, werd de troon van Engeland aangeboden. Na wat diplomatieke onderhandelingen met de



Habsburgse keizer en de paus volgde de oversteek naar Engeland. Er was nog wat wapengekletter tussen de legers van Willem en Jacobus, maar veel had het niet om het lijf. Jacobus vluchtte naar Frankrijk en Willem en zijn entourage werden in Londen met een groot hoera verwelkomd. Het was de *Glorious Revolution* van 1688. John Locke was een van de opvarenden die in 1689 Maria Stuart begeleidde bij haar overtocht van de Nederlanden naar Engeland om zich bij haar echtgenoot te voegen.

Oxford, natuurfilosofie en geneeskunde

Locke werd in 1632 geboren in een puriteins gezin. Zijn vader was kapitein in het parlementaire leger tijdens de Eerste Engelse Burgeroorlog en Locke werd dus opgevoed met het idee dat het absolutisme van de monarchie geen toekomst had en dat een democratie alleen kans van slagen had in een republiek. Na zijn middelbare school op de Westminster School in Londen werd hij in 1652, na de nodige en gebruikelijke bemiddeling van enkele invloedrijke vrienden van zijn vader, toegelaten tot Christ Church in Oxford. Tijdens zijn studies theologie, klassieke talen en metafysica maakte hij in zijn eerste studiejaar kennis met de geneeskunde (*Physick*), maar van een structurele universitaire studie is het nooit gekomen. Zijn hart ging in deze jaren vooral uit naar de nieuwe ontwikkelingen in de exacte wetenschappen (natuurfilosofie). In de tweede helft van de zeventiende eeuw hobbelde de wetenschappelijke vooruitgang in de geneeskunde schoorvoetend achter die van de natuurfilosofie aan. Hoewel theorie en experiment in de exacte wetenschappen een hoge vlucht namen, bleef de geneeskunde nog lange tijd steken in de leer van de humores van Galenus (zwarte gal, gele gal, bloed en slijm). Volgens deze leer werden alle ziektes veroorzaakt door een disbalans in de vier lichaams-sappen en het doel van een behandeling was het herstellen van deze balans. Naast kruidenmengsels bestond het behandelarsenaal uit aderlaten, purgeren of beide. Meestal stierf de patiënt aan de ziekte, maar de prevalentie van een iatrogene dood zal in deze tijd – en daarvoor – hoog zijn geweest. Tijdens zijn tijd in Oxford raakte Locke bevriend met natuurwetenschappers Robert Boyle en Robert Hooke, die beiden belangrijke natuurkundige fenomenen in wiskundige wetten hadden vastgelegd. Dat de geneeskunde achterliep op de natuurwetenschappen had vooral te maken met het feit dat het menselijk lichaam niet in wiskundige wetten was vast te leggen. Vooruitgang in de geneeskunde werd vooral geboekt door observaties, gegevensverzameling (om hieruit logische verklaringen te trekken) en anatomisch onderzoek. Locke had al weinig op met de klassieke filosofen en was meer geïnteresseerd in de wetenschapsfilosofie van de in 1650 overleden René Descartes. Hij zou al snel ook Galenus achter zich laten en de wetenschappelijk methode in de geneeskunde omarmen. Geïnspireerd door de colleges van Thomas Willis en het werk van Thomas Harvey over

de bloedcirculatie, zou Locke zich zijn leven lang met de moderne geneeskunde bezighouden.

Lord Ashley en een leverkwaal

In 1666 ontmoette Locke in Oxford Lord Anthony Ashley Cooper, een politicus met een immense invloed en macht. Ashley kwam uit een familie van royalisten maar koos al snel voor de parlementariërs, waarbij zijn steun voor Oliver Cromwell hem had gebracht waar hij nu was. Locke moet een verpletterende indruk op Ashley hebben gemaakt, want nog geen jaar later vroeg hij Locke om naar Londen te komen om zijn persoonlijk secretaris en lijfarts te worden; dat laatste ondanks het feit dat Locke geen graad had in de geneeskunde. In de eerste twee jaar waren het vooral politieke en staatszaken waar Locke zich mee bezighield. Tot 1668, toen een chronische leverkwaal van Lord Ashley levensbedreigend werd. Na jaren te zijn behandeld volgens de leer van de humores, stonden Locke en enkele gevestigde medici met de rug tegen de muur en besloten tot een revolutionaire behandeling: draineren van de grote vochtcollectie die zich in Ashleys lever bevond (waarschijnlijk ging het om een grote cyste die geïnfecteerd was). De risicovolle behandeling bleek succesvol en de patiënt overleefde de ingreep. Ashley bleef Locke levenslang dankbaar.

Vlucht naar de Nederlanden

Tussen Ashley en 'dictator' Cromwell kwam het in 1655 tot een breuk. Het instabiele parlementaire interregnum was voor Ashley uiteindelijk de reden om te kiezen voor de restauratie van de (constitutionele) Stuart-monarchie en hij haalde Karel persoonlijk op uit de Nederlanden. Nadat het parlement de *Exclusion Bill* inbracht die Jacobus uitsloot van troonsopvolging en Karel II het parlement ontbond, ontstonden er plannen om de koning en Jacobus op hun terugreis van Newmarket naar Londen bij Rye House te vermoorden. De vermeende samenzwering is de geschiedenis ingegaan als de *Rye House Plot* van 1 april 1683. Hoewel de goedmoedige Locke officieel nooit in staat van beschuldiging was gesteld, werd hij door zijn hechte vriendschap met Ashley wel in verband gebracht met het moordcomplot en zag zich genoodzaakt te vluchten naar de Nederlanden. Nu hij ver weg was van al het tumult in Engeland, zag hij zijn langdurige retraite in de vrije Nederlanden als de ideale mogelijkheid om zijn ideeën, waarvan de basis al was gelegd in Engeland, verder uit te werken en op schrift te stellen. Zijn filosofische ideeën bestonden kortweg uit drie belangrijke onderwerpen: (i) hoe we aan onze kennis komen en tot hoe ver deze rijkt, (ii) tolerantie en (iii) het sociale contract tussen burger en staat.

Het Engelse empirisme

Tot het eind van de zeventiende eeuw werd aangenomen dat kennis, begrippen, ideeën en moraal in aanleg bij de

geboorte aanwezig waren, het zogenaamde nativisme. Volgens Locke was er echter bij de geboorte geen sprake van een blauwdruk waarin kennis en begrip bij het individu in grote lijnen vast lag, laat staan moraal en ideeën. Alle kennis ontwikkelde zich na de geboorte via onze ervaringen. De bron van onze ervaringen waren onze zintuigen. Dit wordt nu aangeduid met de Latijnse term *tabula rasa* (ongeschreven blad), maar deze term is door Locke nooit gebruikt. Hij legde zijn bevindingen over de bron van onze kennis vast in het in 1690 anoniem gepubliceerde *An Essay Concerning Human Understanding*. Dit werk impliceerde ook een ander aspect van onze kennis, namelijk de begrenzing daarvan. Volgens Locke was het onmogelijk om absolute kennis van iets te hebben. We kunnen alleen maar met steeds grotere betrouwbaarheid aannemen dat iets waar is. Nieuwe waarnemingen en ervaringen zullen tot nieuwe inzichten leiden. Deze kennisleer was revolutionair en luidde het Engelse Empirisme in.

Tolerantie

Dat onze kennis begrensd was betekende voor Locke ook dat niemand God kon kennen en dat geen enkele religie de absolute waarheid rond God in pacht had. Iedereen moest zich openstellen voor andermans ideeën, niet alleen op religieus gebied, maar op elk gebied. Dit liberalisme vloeide in wezen voort uit zijn *Essay Concerning Human Understanding*. Zelfs de atheïst (een van de weinige ideeën die de diepgelovige Locke niet kon begrijpen) had recht op zijn ongelof. Iedereen was vrij in zijn of haar denken en 'iedereen mag zijn eigen pad naar de hemel kiezen', aldus Locke. Zijn ideeën over religieuze en universele tolerantie had hij grotendeels opgedaan tijdens zijn ballingschap in de vrije Nederlandse republiek. Toen Locke in de Nederlanden aankwam was Spinoza nog maar 16 jaar dood en men neemt aan dat de filosofie van de heimelijke atheïst van invloed moet zijn geweest op het denken van de Engelse filosoof. De publicatie van *A Letter Concerning Toleration* volgde pas in 1689 in Engeland. Wat volgde was een storm aan reacties, van voor- en tegenstanders.

Het sociale contract

Niemand wordt geboren om te heersen over anderen en niemand wordt als onderdaan geboren. In elke samenleving moet door regeringen en heersers (koning, Lord Protector enz.), worden gestreefd naar orde in de samenleving en naar het geluk van het individu. Om maatschappelijke orde en burgerlijk geluk te bereiken en te handhaven is wetgeving nodig.

Als de regering of heerser niet voldoet aan dit *sociale contract*, mag dit eenzijdig door de bevolking worden verbroken. Dit is in kort de inhoud van zijn in 1689 gepubliceerde *Two Treatises on Government*. Precies tweehonderd jaar later zou dit gedachtengoed aan de andere kant van

de grote oceaan de basis worden van een nieuwe grondwet.

Locke en de geneeskunde

Vanaf zijn eerste jaren in Oxford ging Locke zich steeds meer bezighouden met de wetenschappelijke methode in de geneeskunde. Boyle, Willis, Harvey en Hooke waren zijn grote inspirators. Richard Lower, de pionier in Oxford op het gebied van xeno- en bloedtransfusie, waar Locke intensief mee samenwerkte op de gebieden van de bloedcirculatie en het ademhalingssysteem, was echter degene die Locke motiveerde om zich toe te leggen op de geneeskunde. Het is jaren bij alleen aantekeningen en bespiegelingen gebleven, resulterend in vele honderden pagina's met zijn bevindingen. Zijn belangrijkste case report was de behandeling en het beloop van de leverkwaal van Lord Ashley. Naast de vele publicaties die volgden, waren zijn twee belangrijkste werken *Anatomia* (1668) en *De Arte Medica* (1669). Hij schreef deze in samenwerking met de 'radicale' en destijds beroemde medicus Thomas Sydenham, een van de medebehandelaars van Ashley. *Anatomia* en *De Arte Medica* bleven onvoltooid, maar waren met zijn vele publicaties voldoende om dispensatie te krijgen: nadat twee eerdere pogingen in 1666 en 1670 op niets uitliepen werd in 1675 in Oxford Locke de graad van Doctor Medicinae verleend.

Erfenis

Met het Engelse Empirisme van Locke ontstond een nieuwe stroming in de kennisleer en hij schoof hiermee het nativisme ter zijde. Maar bovenal brak het empirisme met het rationalisme, de filosofische stroming waarin alles te verklaren was via het verstand. Waarneming en experiment was de nieuwe wetenschappelijke methode geworden, eerst in de natuurfilosofie en enige tijd later ook in de geneeskunde. Met de publicatie van de *Philosophiae Naturalis Principia Mathematica* (kortweg de *Principia*) van zijn collega en vriend Isaac Newton kwam de wetenschappelijke methode in 1687 al snel tot een hoogtepunt. Newtons werk veroorzaakte een aardverschuiving in de natuurfilosofie en zijn mechanistische wereld leek in marmer gebeiteld. Maar uiteindelijk kreeg het empirisme van Locke ook weer gelijk, want nieuwe waarnemingen (maar ook gedachtenexperimenten van het verstand, de ratio) zouden in het begin van de twintigste eeuw leiden tot nieuwe inzichten en een 'nieuwe waarheid': de kwantummechanica. Hoewel het werk van Locke op het gebied van geneeskunde vrijwel volledig is vergeten, is zijn bijdrage op het gebied van de wetenschapsfilosofie, waar geneeskunde een onderdeel van werd, nauwelijks te overschatten. Het gedachtengoed van Locke over tolerantie en het sociale contract werd in 1789 gebruikt bij de samenstelling van de Grondwet van de Verenigde Staten. Ook dit gedachtengoed blijft universeel en is actueler dan ooit. ■

Antibioticagebruik in Nederlandse ziekenhuizen

TEKST: JAAP TEN OEVER & MARIANNE HENDRIKS, NAMENS DE SWAB-WERKGROEP ANTIMICROBIAL STEWARDSHIP

Het interactieve dashboard van de *antimicrobial stewardshipmonitor* is gelanceerd. Dit dashboard geeft informatie over het antibioticagebruik in Nederlandse ziekenhuizen. Het is een initiatief van stichting werkgroep antibioticabeleid (SWAB), mede gefinancierd door een SKMS-subsidie. De informatie uit deze monitor helpt bij het verbeteren van de kwaliteit van antibioticagebruik.

Waarom deze monitor?

Antibioticaresistentie is een groot probleem dat de gezondheidszorg in haar huidige vorm bedreigt.¹ De belangrijkste oorzaak van antibioticaresistentie is onjuist gebruik van antibiotica (onnodig, te breed, te lang). Ook in Nederland kan het antibioticagebruik verbeterd worden. Een recente Nederlandse studie liet zien dat minder dan 50% van alle antibioticavoorschriften aan meer dan de helft van alle aspecten van goed antibioticagebruik voldeed.² Daarnaast worden reserveantibiotica, zoals carbapenems, in toenemende mate voorgeschreven. Om het antibioticagebruik in ziekenhuizen te verbeteren zijn er sinds 2014 zogeheten A-teams actief in de ziekenhuizen. Deze teams zijn verantwoordelijk voor de implementatie van *antimicrobial stewardshipprogramma's*, waarmee zij de kwaliteit van antibioticagebruik meten en, waar nodig, verbeteren. Hiermee wordt de resistentieontwikkeling tegengegaan. Daarnaast beogen de A-teams ook de patiëntuitkomsten te verbeteren.³

Hoe werkt het?

Het primaire doel is om op lokaal niveau inzicht te krijgen in de kwaliteit van het antibioticagebruik en deze informatie te spiegelen met andere ziekenhuizen. Het uitgangspunt is om bestaande data te hergebruiken, om de registratielast te beperken. Deze informatie wordt veelal door medewerkers van ICT- of EPD-afdelingen van lokale zorginstel-

lingen uit het EPD geëxtraheerd en vervolgens gebundeld in een databestand. De kern bestaat uit de individuele antibioticavoorschriften en opnamegegevens (de basisset). Waar mogelijk wordt de basisset aangevuld met al vastgelegde gegevens over de beoordeling van juistheid van antibiotica, geneesmiddelenconcentraties en de behandeling van patiënten met een *Staphylococcus aureus*-bacteriëmie (de uitgebreide set). Dit bestand wordt verstuurd naar dataverwerker Medical Research Data Management (MRDM). De bewerking en opslag van data gebeurt op een veilige manier en voldoet aan de huidige privacywetgeving. De gegevens zijn niet meer herleidbaar tot de individuele patiënt.

Wat levert het op?

Ziekenhuizen krijgen via een interactief dashboard inzicht in de kwaliteit van het antibioticagebruik. De gebenchmarkte spiegelinformatie helpt A-teams van ziekenhuizen om problemen te identificeren en de oorzaak van de verminderde kwaliteit van antibioticagebruik te analyseren, met als doel het antibioticagebruik te verbeteren.

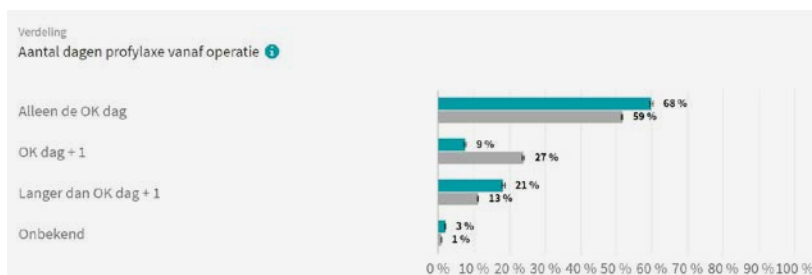
Een voorbeeld uit het dashboard is te zien in figuur 1. Hierin is te zien bij welk deel van de patiënten perioperatieve antibiotische profylaxe na de operatie (onterecht) werd gecontinueerd, afgezet tegen de benchmark van acht ziekenhuizen.

Toekomst

Het doel is om het aantal ziekenhuizen uit te breiden. Momenteel hebben twintig ziekenhuizen een overeenkomst getekend, waarvan er acht data hebben aangeleverd. De SWAB ondersteunt ziekenhuizen middels de inzet van een externe partij bij de eerste data-aanlevering. Verder willen we samen met de ziekenhuizen het dashboard verder ontwikkelen en met name ook exploreren hoe we kwantitatieve data op een duidelijke manier kunnen weergeven, zodat het een indruk geeft van de kwaliteit van het antibioticagebruik.

Referenties

1. O'Neill J. Tackling drug-resistant infections globally: final report and recommendations. 2016.
2. Van Daalen FV, Prins JM, Opmeer BC e.a. Effect of an antibiotic checklist on length of hospital stay and appropriate antibiotic use in adult patients treated with intravenous antibiotics: a stepped wedge cluster randomized trial. Clin Microbiol Infect. 2017;23:485 e1-e8.
3. Barlam TF, Cosgrove SE, Abbo LM e.a. Implementing an Antibiotic Stewardship Program: Guidelines by the Infectious Diseases Society of America and the Society for Healthcare Epidemiology of America. Clin Infect Dis. 2016;62:e51-77.



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 de drie beste klinische proefschriften 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.

De eerste prijs van € 2000 en de tweede en derde prijs, ieder van € 500, zullen tijdens de Internistendagen in Maastricht in oktober 2022 worden uitgereikt na afloop van de sessie Topproefschriften, samen met een gekalligrafeerde oorkonde. De drie laureaten zullen hun werk 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 na 1 augustus 2021 en vóór 1 augustus 2022.
- De auteur is internist, assistent in opleiding of heeft in de nabije toekomst uitzicht op een opleidingsplaats.

Aanmelden

Aanmelden gaat als volgt:

- Stuur een digitale versie van het proefschrift naar niv@eventex.nl onder vermelding van: Dr. C. J. Roosprijs 2022.
- Stuur een gedrukt exemplaar van het proefschrift naar 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 eersteprisijswinnaar in 2021, dr. B. Haak.

De uiterste inzendingsdatum is 1 augustus 2022



Deze Jonge Helden hebben je nodig.

Je ziet het vaak niet aan ze, maar opgroeien met een nierziekte eist ongelooflijk veel van kinderen. Ze hebben weinig energie, mogen niet eten wat ze lekker vinden, moeten veel zware medicijnen slikken en soms zelfs dialyseren. Dat is slopend. Maar ze geven niet op. Elke dag weer vragen deze doorzetters het uiterste van zichzelf om gewoon te leven. Jonge helden zijn het. Voor hén willen wij er zijn. Nu en later.

Geef daarom voor een toekomst waarin we nierziekten kunnen genezen. Ga naar nierstichting.nl



Scan de
code met uw
smartphone
en doneer
eenvoudig
online.



Medische mensentaal

TEKST: CAROLINE CANTÉ

De grote verschillen tussen ons medisch jargon en de gewone taal die onze patiënten gewend zijn, kan tot problemen leiden in de interpretatie van de gegevens en tot onbegrip. Dit geldt niet alleen voor de medische spreektaal, maar ook bij het gebruik van medische schrijftaal in onze verslaglegging. Door het recht van patiënten op inzage in het medisch dossier is het van belang om het taalgebruik ook hier aan te passen, zoals collega Leijten recent beschreef in *Medisch Contact*.¹ In *Medische mensentaal*, geschreven door huisarts Frans Meijman en docent Nederlands en Gezondheidskunde Annelies Bakker, komen valkuilen, dilemma's en mogelijke oplossingen uitgebreid aan bod.

Gespreks- en consultvoering komt zowel tijdens de basisopleiding tot arts als tijdens de medische vervolgoopleidingen uitgebreid aan bod. Maar specifiek onderwijs over de spreek- en schrijftaal die we gebruiken ontbreekt. En dat terwijl in ons dagelijks werk alles draait om communicatie. Communicatie tussen medisch professionals onderling, maar ook tussen een medisch professional en de leek, oftewel de patiënt. Denk alleen al aan het afnemen van een goede anamnese of het uitleggen van een diagnose of behandelplan.

Theorie en praktijk

Volgens de auteurs is *Medische mensentaal* niet alleen een leerboek, maar ook een boek dat de lezers moet aanzetten tot nadenken over hun dagelijkse communicatie. Het boek bestaat uit een theoretisch en een praktisch deel. Het theoretische deel bevat onderwerpen waar rekening mee gehouden moet worden, onderverdeeld in doelgroep, context en analyse. Dit deel is weinig concreet en daardoor bij velen minder leesbaar. Door de enorme diversiteit in zorgverleners en patiënten komt het er eigenlijk op neer dat er geen gouden formule is. Hier waarschuwen de auteurs al voor in de inleiding. Ze onderbouwen dit vervolgens in alle hoofdstukken, maar tot concrete oplossingen komen de auteurs niet. Het praktische deel is makkelijker leesbaar en geeft meer handvatten. Het bevat ook enkele eyeopeners, hoewel die voor de meer ervaren specialist misschien niet zo nieuw zijn. De lezer wordt wel geprikkeld om eens na te denken over de dagelijkse consultvoering, waarbij alle belangrijke onderwerpen aan



bod komen: van het vereenvoudigen van taal en toonzetting tot het gebruik van jargon.

Conclusie

De auteurs geven zelf al aan dat ze geen kant-en-klare oplossingen hebben voor de valkuilen en problemen rondom medische spreek- en schrijftaal. Hoewel ze soms open deuren intrappen en het hier en daar wat vaag blijft, hebben ze wel een punt. Het boek zet in ieder geval aan tot nadenken en het praktische deel is bovendien goed toepasbaar in de praktijk. Maar *Medische mensentaal* lijkt meer een boek voor de coassistent of (beginnende) arts, hoewel een ervaren dokter er ook nog een paar goede adviezen uit kan ventileren. Er moet in de medische opleiding in ieder geval meer aandacht aan het onderwerp besteed worden. Daar heeft de patiënt wel recht op. En de gouden standaard is en blijft simpel: pas je aan aan de patiënt die tegenover je zit.

Referentie

1. Leijten F. Inzagerecht vereist ander taalgebruik met patiënt, *Medisch contact*. 2022;4.

Oversterfte en het einde van het darwinisme

De mens als pandemie

TEKST: HANS ABLIJ • BEELD: 123RF

Van alle soorten (flora en fauna) die ooit op aarde leefden is 98% uitgestorven. Het verdwijnen en ontstaan van nieuwe soorten is een natuurlijk proces, gedreven door het darwiniaanse *survival of the fittest*. Maar sinds de komst van de moderne mens kan deze evolutieleer overboord.

Darwin beschreef het evolutionaire proces in zijn boek *On The Origin of Species*. De term 'fittest' in *survival of the fittest* betekent overigens niet de sterkste. Het slaat op de ontstane soort die door mutaties in het genetisch materiaal bepaalde eigenschappen heeft gekregen die voldoen om te overleven binnen een habitat of ecosysteem: de nieuwe soort past (*fits*) in de niche die door de nieuwe soort wordt ingenomen.

Evolutie der soorten

Darwin concludeerde dat er miljoenen jaren overheen gaan voor zich een nieuwe soort heeft ontwikkeld. Maar het is een veel voorkomend misverstand dat de evolutie der soorten een geleidelijk proces is. Daarom is er bijvoorbeeld decennialang gezocht naar de *missing link* tussen de moderne mens en onze directe voorouders, de homo habilis en homo erectus. Het heeft zelfs geleid tot een van de meest beruchte wetenschappelijke fraudes uit de geschiedenis: de zaak van de *Piltdown Man*, waarin een amateur-paleontoloog wat botten van een moderne mens en een orang-oetan als puzzelstukjes bij elkaar verzamelde, begroef (in Piltdown, een klein plaatsje in het zuiden van Engeland) en vervolgens opgroef, als had hij de missing link gevonden. De zoektocht naar de missing link is ook onlogisch, omdat de evolutie der soorten zich saltatorisch voortzet, dat wil zeggen sprongsgewijs. We zoeken immers ook niet naar de missing link tussen een mammoet en een olifant. Een kleine mutatie kan

nu eenmaal grote veranderingen in het fenotype veroorzaken. Tussen de mammoet en de olifant zullen vele duizenden mutaties (lees: duizenden 'missing links') hebben plaatsgevonden die niet de nodige eigenschappen met zich meebrachten om te overleven. Het nieuwe fenotype/de nieuwe soort legde dan snel na de geboorte het loodje. Sommige fenotypen zullen het misschien iets langer hebben volgehouden. Dat we deze 'missing links' niet in de fossielen aantreffen komt omdat ze eenvoudigweg met te kleine aantallen zijn geweest.

Revoluties en de Grote Vijf

Naast het evolutionaire ontstaanproces van nieuwe soorten is er ook een evolutionair proces van het verdwijnen van soorten, de *disappearance of the unfittest*. Door veranderingen van omstandigheden (klimaat, concurrerende of rovende soorten enz.) kunnen bepaalde eigenschappen die ervoor zorgden dat een soort vele miljoenen jaren kon gedijen, op enig moment niet meer voldoende zijn om te overleven in de veranderde en nieuwe omstandigheden. Naast de sprongsgewijze – maar niettemin extreem langzaam voortzettende – evolutie der soorten bestaat er ook een revolutie, maar dan louter in het verdwijnen van soorten. We spreken dan van extincties of uitstervingsgolven. En als zo'n uitstervingsgolf van een grote omvang is, spreken we van een massa-extinctie (Eng: *mass extinction*, per definitie het verdwijnen van minimaal 75% van alle soor-

ten). In de 4,5 miljard jaar dat de aarde bestaat, zijn de massa-extincties van relatief recente datum en tot voor kort op één hand te tellen: de *Big Five*, ofwel de Grote Vijf. Of er vóór deze tijd ook massa-extincties hebben plaatsgevonden is niet uitgesloten en zelfs waarschijnlijk. Maar omdat complexe organismen zich pas 600 miljoen jaar geleden uit meercelligen hebben ontwikkeld en onze kennis over biodiversiteit uit fossiele vondsten wordt gehaald, is dit niet te achterhalen. De eerste van de Grote Vijf vond 450 miljoen jaar geleden plaats en de laatste 66 miljoen jaar geleden. Tijdens deze massa-extincties verdween in korte tijd 75-98% van alle soorten. Voor, tijdens en na de Grote Vijf waren er meerdere kleinere extinctiegolven.

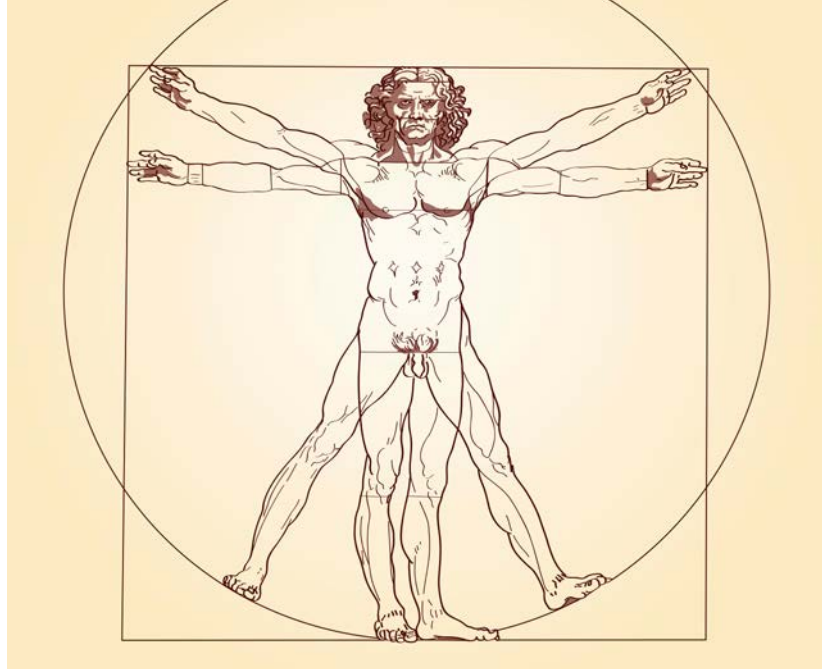
Nummer Zes

Sinds de cognitieve revolutie van de homo sapiens zitten we echter midden in de zesde massa-extinctie, de zogenaamde holocene-extinctie (Holocene is Grieks voor 'geheel nieuw' en begon ongeveer 11.700 jaar geleden). Een andere – en veelzeggender – term is de Antropoceen-extinctie, ofwel de extinctie door de 'nieuwe mens'. De oorzaak van het massale verdwijnen van soorten is namelijk de nieuwe mens zelf. Hoewel de laatste van de Grote Vijf tot de verbeelding spreekt (de meteorietinslag in Mexico, de verduistering van de aarde, het uitsterven van de dinosauriërs, films als *Jurassic Park*), is nummer Zes zorgwekkend. Met de verspreiding van de mens over de aarde verdwijnen in een duizelingwekkend tempo vele soorten planten en dieren. In enkele duizenden jaren wordt tientallen tot honderden miljoenen jaren evolutie vernietigd door de verspreiding en activiteiten

van de mens. Navrante voorbeelden zijn Nieuw-Zeeland, Madagaskar en Australië, waar 50 miljoen jaar evolutie in 5.000 jaar grotendeels teniet is gedaan. Sinds de mens zich vanuit Afrika over de aarde heeft verspreid gaat de verdwijning van soorten minimaal 100 keer sneller dan de zogenaamde natuurlijke achtergrondsextinctiesnelheid. In de laatste 200 jaar is deze snelheid 10.000 keer hoger en 10 tot 100 keer hoger dan de extinctiesnelheden die tijdens de Grote Vijf werden gehaald. Het zijn sombere getallen die je moeilijk kunt negeren. De boodschap is vooral zo pessimistisch omdat er geen weg meer terug lijkt. De gestage toename van de wereldbevolking zal, naast de problemen van voedselvoorziening, energievoorziening en afvalverwerking, alleen maar betekenen dat de oversterfte onder de soorten zich voortzet en zelfs zal toenemen in snelheid. We zitten gevangen in het model van economische groei waarvan het geluk van mens en samenleving afhangt. De groei van de wereldbevolking gaat hand in hand met ontbossing, overbevissing, (vlees)consumptie en -productie, vervuiling en klimaatverandering. Het is het landjepik dat ten koste gaat van de leefgebieden van flora en fauna, met als gevolg het verdampen van de biodiversiteit.

Urgentie

Tijdens de covid-19-pandemie moest ik regelmatig aan bovenstaande feiten denken. Zeker toen de cijfers van de oversterfte als gevolg van de pandemie dagelijks in het nieuws kwamen. In vergelijking met de oversterfte die eerdere pandemieën hebben veroorzaakt, verbleken de oversterftcijfers door het coronavirus. Neem bijvoorbeeld de pest- en pokkenepidemieën. Tijdens het razen van deze infecties over de bewoonde wereld werden dorpen en steden één tot vijf keer gedecimeerd: kruisen op de deuren en de lijken werden met karrevrachten afgevoerd. Daarom heb ik me ook nooit zo verwonderd over de weerstand tegen vaccinaties en het gevoerde coronabeleid bij een (klein) deel van de bevolking. Nieuwigheden op wat voor gebied dan



ook veroorzaken altijd een tegenbeweging onder de populatie, onder andere door angsten, onwetendheid, twijfel, argwaan en allerlei andere begrijpelijke emoties en drijfveren. Ook ik heb regelmatig de wenkbrauwen gefronst bij de invoering van sommige maatregelen en kon me zelfs helemaal niet vinden in de laatste lockdown. En weerstand en tegenbeweging worden ook in gang gezet, onderhouden en versterkt door complotdenkers, opruiers en andere mensen die hun kans schoon zien om hun naam te vestigen. Ook bij de eerste inoculaties en latere vaccinaties bij de bestrijding van de pokkenepidemieën in de tweede helft van de achttiende eeuw waren er uit meerdere hoeken van de samenleving tegenbewegingen (ook uit geneeskundige hoek, met een heus Artsen Pokken Collectief). Dat de tegenbeweging tijdens de coronapandemie zo hardnekkig en langdurig was, heeft, naast internet en de snelheid waarmee desinformatie werd uitgewisseld, te maken met het ontbreken van een gevoel van urgentie: er waren namelijk geen kruisen op de deuren en in je dorp of stad werden de lijken niet uit de huizen gedragen. Met andere woorden: de expositie aan oversterfte was gering tot afwezig.

De verantwoordelijkheid van de sterkste

Dat we goed door de pandemie zijn gekomen is veelbetekenend en heeft

verregaande implicaties. Allereerst moeten we constateren dat de moderne mens vrijwel onaantastbaar is geworden. We staan al vele duizenden jaren aan de top van de voedselketen, met alle gevolgen die dit met zich mee heeft gebracht en nog steeds brengt. Na de wetenschappelijke revolutie sinds het begin van de Verlichting in de tweede helft van de zeventiende eeuw en de technologische ontwikkelingen van de laatste 150 jaar, is de mens hoegenaamd onoverwinnelijk geworden. Wat niemand ooit had gedacht is gebeurd: in iets meer dan een jaar is er een coronavaccin op de markt gebracht en is door dit wapenfeit de oversterfte door het virus tot een minimum beperkt. Grote ziekte-epidemieën lijken ons dus nauwelijks meer aan te kunnen tasten. Door onze kennis hebben we in een zucht een antidotum tegen alles wat ons van buitenaf bedreigt. De minimalisering van de oversterfte van de wereldbevolking is prachtig, maar dit brengt een ontzagwekkende verantwoordelijkheid met zich mee, namelijk het beperken van de oversterfte onder de andere soorten. Omdat de mens de omgeving/wereld naar zijn hand kan zetten, in aantal toeneemt en een steeds hogere levensverwachting heeft, is *Survival of the fittest* nu *survival of the strongest* geworden. De sterksten zullen voor de *unfittest* moeten opkomen, anders eindigt de mens als de grootste pandemie uit de lange geschiedenis van de aarde. ■



Mag ik...

Mag ik je allereerst een compliment geven omdat je over dit onderwerp schrijft en de discussie opent?

Mag ik het met je eens zijn dat #Metoo een moeilijk onderwerp is?

Mag ik je geruststellen en zeggen dat we allemaal weleens fouten maken?

Mag ik toegeven dat ik het ook onduidelijk vind wat wel of niet gepast is op WhatsApp?

Mag ik vanuit een andere machtspositie ook kritisch zijn over wat je schrijft?

Mag ik vragen of je anderen in deze discussie net zoveel ruimte geeft als dat jij neemt?

Mag ik erop vertrouwen dat als ik een grens aangeef, dat deze ook gerespecteerd wordt?

Mag ik ervan uitgaan dat mijn prestaties onafhankelijk van mijn geslacht/ uiterlijk worden beoordeeld?

Mag ik met je delen dat dat niet altijd mijn ervaring is?

Mag ik hopen dat je je collega's aanspreekt als ze in jouw bijzijn de grens opzoeken?

Mag ik ervan uitgaan dat mijn carrière niet beïnvloed wordt door de vragen die ik hier stel?

Mag ik dit anoniem insturen, omdat ik het antwoord op de vorige vraag niet 100% zeker weet?

Mag ik je uitnodigen om over dit onderwerp een dialoog aan te gaan, waarbij luisteren naar elkaar het belangrijkste uitgangspunt is?

Reactie Yvo Smulders:

‘Beste anonymus: zeker mag dat. Bij sommige vragen denk ik zelfs: ‘dat móet’.

Wondvocht

TEKST: BORIS KANEN • BEELD: 123RF

Een poëtische vrijplaats over de glans en wrijving waarin het leven op lichaam en geest zich manifesteert en in schoonheid verweert

*Zou je me met aandacht willen lezen?
Over de botsing genaamd het leven?*

*Niets is hier
voor iemand onbekend.
Raak mij aan en voel
daar, hoe jij zelf bent
Aan naaktheid, verwondingen,
beeldhouwend ons wezen.
Aan volmaaktheid,
al dan niet genezen.*



Cartoon

Dr Punt hoofd... Zit weereens
te pruilen



M. VAN DELFT

Yvo Smulders



Een ja-dag in Neederland

Ik ben net terug uit Bonaire, waar ik twee maanden werkte in een ziekenhuisje met een stuk of 25 specialisten, dito aantal bedden, omgeven door 22.000 mensen en daar omheen alleen maar water. Het is daar klein, ongecompliceerd en je bent afhankelijk van elkaar. Afhankelijkheid creëert solidariteit en solidariteit nodigt uit tot ja-zeggen. Het was opvallend. 'Kun je even meekijken?' 'Kan deze patiënt morgen bij jou komen?' 'Is er iemand die mijn dienst kan ruilen?' 'Kun je iets van mij overnemen?' Een uitzondering daargelaten was het een orgie van ja-zeggerij, waar ik heel gelukkig van werd. Terug in Neederland was het dus wennen geblazen. Na een lange dag knapte er iets toen een jonge cardioloog een oude patiënt met pijn op de borst niet wilde zien 'omdat het doorgefaxte ECG geen STEMI liet zien'. En ik had al de hele dag nee's aangehoord, van de radiologie, van de administratie, van het lab... Waarom zeggen we zo vaak nee? De zorg in Neederland is in alles een tegenpool van die op een klein eiland. Het is hier groot, gecompliceerd en de individuele afhankelijkheid is gering. Waar het in Bonaire mensen zijn die samen iets vormen, geldt dat hier voor organisaties en instituten, waar mensen stukjes van zijn. Verantwoordelijkheid is in Neederland teveel belegd bij loketten, te weinig bij mensen. En in de zorg is dat allemaal nog een graadje erger. Dat nodigt uit tot nee zeggen, maar verklaart nog niet de individuele motivatie voor het nee. Die motivatie verklaar je niet uit 'de mens is nu eenmaal lui', of aanverwante gedachten. Immers, dezelfde mensen zeggen in een andere context doodgewoon ja. Zelf geloof ik in angst als veelvoorkomende reden om nee te zeggen. Angst voor zieke mensen, waarbij je fouten kunt begaan, speelt wellicht vooral bij jonge dokters. Angst om overspoeld te worden, omdat aan bedden, tijd en alles wat daarmee samenhangt tekort is, speelt bij iedereen.

Maar na een nee-dag is niemand gelukkig. En daarom pleit ik voor een ja-dag. Neem u voor 1 dag per week alleen maar ja te zeggen. Op alles. Trek er een blij gezicht bij, anders werkt het niet aanstekelijk. Realiseer je dat elke 'ja' een kans creëert om iets goeds te doen, voor een patiënt of, second best, een collega. De rest van de week kunt u besteden aan het wegwerken van de overbelasting en het duidelijk maken aan de omgeving dat er tóch niet over u heen te lopen valt. Maar ik weet zeker: die ja-dag wordt de fijnste.