

# INTERNE GENEESKUNDE

NUMMER 3  
JAARGANG 13  
SEPTEMBER 2022

Magazine voor de internist

## Sabine Netters

'Met palliatieve zorg heb je een patiënt altijd nog iets te bieden'

### Imposter syndrome

Probleem van het individu of van het systeem?

### Levenseinde

Palliatieve zorg bij niet-westerse migranten

### POCUS

Ervaringen in de klinische praktijk

### Zin in zorg

Meer werkplezier en meer tijd voor de patiënt



## INTERVIEW

6

Internist-oncoloog Sabine Netters zet zich in voor meer en betere palliatieve zorg



### Imposter syndrome

Probleem van het individu of van het systeem?

10



### POCUS

Ervaringen in de klinische praktijk

12



### Zin in Zorg

Meer werkplezier en meer tijd voor de patiënt

20

## Palliatieve zorg bij niet-westerse migranten

16

## Dokters in debat

23

## JNIV-opleidingsprijs 2022

26

## RUBRIEKEN

### Cartoon

19

### Wondvocht

24

### Ingezonden

27

Het laaghangende klimaatfruit lonkt

### Boekbespreking

28

Noise

### Column Yvo Smulders

30

Gedoe? Zoek de aap in jezelf





# Meer tijd voor de patiënt

De zorgkosten stijgen, het aantal mensen met meerdere chronische aandoeningen stijgt en ondertussen krimpt het aantal mensen dat in de zorg wil werken. Zorgwekkende signalen die leiden tot een breed besef dat er iets moet veranderen. Er worden hierbij verschillende oplossingsrichtingen aangedragen om de zorg toekomstbestendig te maken: passende zorg, multidisciplinaire zorgnetwerken rondom de patiënt en concentratie van zorg. Hoewel belangrijk, mist hierin een relatief eenvoudige oplossing. Eentje met direct effect op de hoeveelheid zorg die we kunnen leveren. Het terugdringen van de administratielast. Recent sprak ik een aios die was gestopt met de opleiding tot internist. De belangrijkste reden om een andere baan te zoeken was de inhoud van het dagelijks werk (of het gebrek daaraan). Zoals een onderzoek uit het AMC een paar jaar geleden al aantoonde, zijn aios meer dan 3,5 uur per dag kwijt aan administratieve taken waardoor uiteindelijk slechts 13% van de tijd besteed wordt aan arts-patiëntcontact (NTVG 2018;162: D2480).

Tegengaan van deze regeldruk gaat niet alleen leiden tot meer tijd voor de patiënt, maar ook tot een meer duurzame inzetbaarheid van internisten. Als NIV is het tegengaan van deze regeldruk een van onze speerpunten. Want minder tijd achter de computer betekent meer tijd voor de patiënt. En betere zorg voor de patiënt is waar we het uiteindelijk met zijn allen voor doen. Het is dan ook van groot belang dat inzichten en verhalen uit de dagelijkse praktijk continu worden meegewogen bij de veranderingen in de zorg. Wij, als internisten met elkaar, moeten zorgen dat we mee blijven praten over dit soort lastige vraagstukken om zo continu het belang en de unieke positie van de internist in het ziekenhuis uit te leggen. Onze ervaring en expertise is namelijk van grote waarde. Dit is ook waar Stichting Dokters in Debat zich al vijf jaar voor inzet: artsen stimuleren om van zich te laten horen in het maatschappelijk debat (pag. 22-23). Daarnaast worden in dit magazine weer een aantal mooie praktijkvoorbeelden gegeven van veranderingen gericht op een betere zorg. Zowel op het gebied van de palliatieve zorg (pag. 6-9 & 16-18), Point of Care Ultrasound (POCUS) van Leiden tot aan Tanzania (pag. 12-15) als op het werkplezier van de dokter (pag. 20-21). Ook een gezonde dosis zelfreflectie (pag. 30) en kennis en begrip over je eigen valkuilen (pag. 10-11) is hierbij noodzakelijk. Of zoals Yvo Smulders in zijn column zegt: ga op zoek naar de aap in jezelf.

*Robin Peeters*  
Voorzitter NIV

## COLOFON

Interne Geneeskunde,  
magazine voor de internist  
13e jaargang, nummer 3, september 2022

**Redactie**  
Gysèle Bleumink (hoofredacteur),  
Caroline Canté, Paula van Eerde, Marianne  
Hendriks, Charlotte Krol, Lianne van der  
Meer, Darius Soonawala, Harriët Teijnen,  
Heleen de Wit

**Redactie-adres**  
MacChain  
E-mail: [info@macchain.nl](mailto:info@macchain.nl)

**Vormgeving en DTP**  
HGPDESIGN, Alphen aan den Rijn

**Beeld omslag**  
Bart Versteeg

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

ISSN 2211-100X

© NIV, 2022  
Website NIV: [www.internisten.nl](http://www.internisten.nl)



# ‘Met palliatieve zorg heb je een patiënt altijd nog iets te bieden’

TEKST: KEES VERMEER • BEELD: BART VERSTEEG

**Internist-oncoloog Sabine Netters (Isala, Zwolle) zet zich in voor meer en betere palliatieve zorg. Dat doet zij onder andere vanuit haar organisatie Carend. ‘In Engeland is palliatieve zorg een apart specialisme en is hospicezorg veel meer ontwikkeld. Dat model willen we in Nederland gaan toepassen.’**

Al vroeg in haar opleiding tot internist wilde Netters iets doen met palliatieve zorg. Sinds 2010 is ze internist-oncoloog en actief in de palliatieve zorg. In het AMC in Amsterdam deed zij in 2011 de cursus Palliatieve Zorg voor Medisch Specialisten; toen nog zeven dagen maar inmiddels negen dagen. Sinds 2019 is Netters coördinator en docent bij deze cursus. Bovendien deed zij van 2016-2018 de *postgraduate* opleiding *Palliative Care* aan de Universiteit van Cardiff. Haar belangstelling voor palliatieve zorg komt mede vanuit eigen ervaring in de vriendenkring, maar vooral ook omdat zij palliatieve zorg verdiepend vindt: ‘Het gaat niet zozeer om de ziekte, maar veel meer om de mens en de naasten. Voor mensen die niet meer kunnen herstellen van hun ziekte kunnen we

toch nog veel doen en betekenen. En het gaat om veel mensen: van mijn eigen patiënten is minstens de helft palliatief.’

## Veel animo

Pas de afgelopen jaren is het vormgeven van palliatieve zorg in een stroomversnelling gekomen, merkt Netters. Heel lang is het gezien als domein van verpleegkundigen. ‘Dat is het nog steeds, maar een grotere rol voor medisch specialisten is wel gewenst gezien de toenemende complexiteit van de zorg. Gelukkig hebben met name jonge specialisten en arts-assistenten veel animo om geschoold te worden in palliatieve zorg. Zulke scholing wordt steeds meer aangeboden op universiteiten, maar is helaas nog niet structureel ingebed in de opleiding. Het zou al in

de basisopleiding verplicht moeten worden, en bovendien een verplicht onderdeel van de opleiding tot internist. En voor bijvoorbeeld internist-oncologen of internist-hematologen zou er in de opleiding een stage over moeten zijn. Juist omdat zij er zoveel mee te maken krijgen.’

## Volgeboekt

Er is steeds meer aandacht voor palliatieve zorg. De cursus in Amsterdam voor collega-specialisten is voor de komende twee jaar volgeboekt. Ook de stichting E-Infuse biedt een cursus, die zorgprofessionals online kunnen volgen. ‘Ook daar is veel belangstelling voor’, weet Netters. Verder is er de website Palliaweb.nl, met veel informatie over allerlei aspecten van palliatieve zorg. ‘De toenemende aandacht voor palliatieve zorg komt denk ik doordat de groep palliatieve patiënten steeds zichtbaarder wordt voor zorgverleners. Er zijn steeds meer oudere en kwetsbare patiënten met comorbiditeit. Bovendien overleven steeds



meer patiënten, ook met bijvoorbeeld nierfalen of een hematologische of oncologische aandoening. Dat maakt palliatieve zorg relevant.’

#### Andere benadering

In de praktijk krijgt een uitbehandelde patiënt nu veelal een slecht-nieuwsgesprek, waarna de huisarts weer het aanspreekpunt wordt voor de patiënt. Netters ziet het liefst een andere benadering: ‘De boodschap “we kunnen niets meer voor u doen” heeft natuurlijk een grote

impact op de patiënt, maar tegelijk kan die daar niets mee. De nadruk in het gesprek moet juist liggen op wat nog wél mogelijk is, namelijk het behandelen van symptomen. Dat kan de behandelaar specifiek benoemen. Het blijft slecht nieuws, want je moet wel eerlijk en realistisch zijn tegen de patiënt. Maar er is een andere insteek, waar de patiënt wél mee verder kan.’

Netters pleit daarom voor transmurale organisatie van palliatieve zorg. Bij terugverwijzing naar de eerste lijn kan de behandelaar een proactief

plan maken over het verdere beloop van de ziekte en wat de huisarts kan doen als lichamelijke klachten ontstaan. Deze *advance care planning* staat in het kwaliteitskader palliatieve zorg uit 2017, dat ook door de Federatie Medisch Specialisten is geaccordeerd (zie [palliaweb.nl](http://palliaweb.nl)). Netters: ‘In studies is aangetoond dat proactief beleid onnodige escalaties aan het einde van het leven voorkomt. Dat bevordert de kwaliteit van leven en van sterven. Een proactief beleid is in de laatste levensfase bovendien kosteneffectief. Het voorkomt dat een patiënt bijvoorbeeld in het weekend halsoverkop naar de spoedeisende hulp gaat vanwege ascites, waar hij feitelijk al langer last van heeft, maar waarvoor nog niemand een plan heeft bedacht dat ook tijdens kantoortijd uitgevoerd had kunnen worden.’

#### Arts als adviseur

In de ideale situatie is palliatieve zorg transmuraal geregeld, met de medisch specialist als adviseur waar nodig op de achtergrond. In de verwijsbrief naar de huisarts staat dan ook wat de huisarts kan doen als de patiënt bepaalde klachten krijgt. Deze adviezen geven de huisarts handvatten en de specialist kan beschikbaar blijven voor overleg. Netters: ‘Wat ik ook graag zou zien is dat de medisch specialist naar de patiënt thuis gaat als een tweede-lijns interventie nodig is, bijvoorbeeld ascites- of pleuradrainage. Dat zijn geen ingewikkelde ingrepen. Maar het kost tijd, en dat is een groot knelpunt. In Engeland is dit wel heel gebruikelijk. Daar is palliatieve zorg een apart specialisme en is hospicezorg veel meer ontwikkeld. Vanuit de hospicesetting gaan zorgverleners langs bij patiënten thuis. In Nederland gebeurt dat heel beperkt en meer vanuit individueel initiatief. Er zijn wel pilots op dit gebied, niet per se met medisch specialisten, maar vanuit een palliatief team.’

#### Centrum voor anderhalvelijnszorg

Netters wil het Engelse model in Nederland gaan toepassen. Daartoe richtte ze in 2020 de organisa-

**‘Palliatieve zorg gaat niet zozeer om de ziekte, maar veel meer om de mens en de naasten’**

tie Carend (*Care at the end of life*) op, samen met longarts Sander de Hossion uit het Wilhelmina Ziekenhuis Assen. Het motto van Carend is: de beste zorg, ook als je niet meer beter wordt. 'Het liefst geven we die zorg op de plek waar de patiënt het wil. Dat kan een ziekenhuis zijn, maar 80% van deze patiënten wil het liefst thuis overlijden. Ons doel is daarom om een centrum voor anderhalvelijnszorg op te richten met artsen, verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten, geestelijk verzorgers, psychologen, informele zorgverleners en een apotheker. In de zorg willen we anders gaan denken: voor de meest nodige en geschikte zorg komt de patiënt niet naar ons, maar gaan wij naar de patiënt.'

Een hospice is ook onderdeel van de plannen. Niet alleen in de 'klassieke' vorm, maar ook voor interventies die normaal gesproken in het ziekenhuis gebeuren. Bijvoorbeeld ascitesdrainage, een bloedtransfusie, pleurapunctie of instellen van pijnmedicatie. De patiënt kan daarna naar huis met een advance care planning met concrete adviezen voor huisarts of

## 'Scholing in palliatieve zorg moet een verplicht onderdeel worden van de opleiding tot internist'

thuiszorg. En zo nodig coördineren en regelen we zelf de zorg. De eerste lijn staat immers onder toenemende druk.'

### Maatschappij

Carend verzorgt ook opleidingen. Met subsidie van KWF is een basistraining palliatieve zorg ontwikkeld voor oncologieverpleegkundigen. Die loopt heel goed, laat Netters weten. 'Bovendien organiseren we webinars. Die zijn voor artsen en verpleegkundigen, maar ook voor patiënten, mantelzorgers, vrijwilligers en andere belangstellenden. Daar zit iedereen bij elkaar, en dat geeft mooie interacties.'

Carend wil graag dat het in de maatschappij normaler wordt om over de dood te praten. Dat is ook de boodschap in de SIRE-campagne *De dood. Praat erover, niet eroverheen*. De Raad voor Volksgezondheid en Samenleving heeft zowel over sterven als over palliatieve zorg uitgebreide adviezen opgesteld voor de Tweede Kamer. Aan beide campagnes werkt Carend mee.

Het ministerie van VWS heeft recent besloten om de komende vijf jaar 150 miljoen euro beschikbaar te stellen voor meer bekendheid over palliatieve zorg en betere kwaliteit en toegankelijkheid daarvan. Netters: 'We hebben met VWS overlegd waarom deze impuls nodig is en waaraan het geld besteed moet worden. Palliatieve zorg is niet iets van alleen artsen en verpleegkundigen. De maatschappij, zorgverzekeraars, de overheid... je zult iedereen mee moeten krijgen.'

### Mooi en zinvol

Netters besluit met een advies voor internisten en andere zorgverleners die opzien tegen een slechtnieuws-gesprek: 'Gesprekken met patiënten die niet meer beter worden, kunnen je veel brengen. Ze brengen je terug naar de essentie van het vak. Je kunt de patiënt vragen wat de situatie met hem of haar doet, en wat iemand nog wil. En ook welke rol je daar als arts nog in kan spelen. Ondanks het slechte nieuws voor de patiënt, heb je altijd nog iets te bieden. Dat gaat niet over behandelgrenzen, maar over behandelwensen. Hoe zorgen we ervoor dat je zo lang mogelijk kunt blijven doen wat je wilt doen? Zulke gesprekken zijn mooi en zinvol.' ■

### OPLEIDINGEN

Het initiatief voor opleidingsplannen ligt onder andere bij het platform Optimaliseren Opleiden Palliatieve Zorg (O2PZ). Het platform heeft raamwerken ontwikkeld voor onderwijs op elk niveau in de zorg. Recent is in het LUMC in Leiden samen met O2PZ een tweedaagse MasterMinds Challenge georganiseerd voor geneeskundestudenten. Die ging deze keer over implementatie van palliatieve zorg in de opleiding. Het *out of the box*-denken van studenten kan docenten en onderwijskundigen tot nieuwe inzichten en ideeën brengen. 'Dat is nodig', vindt Sabine Netters. 'Want curricula zitten al heel vol. Bij een nieuw onderdeel moet iets anders eruit. Dat staat op gespannen voet met elkaar.'

### TOETSEN

Tegenwoordig heeft vrijwel ieder ziekenhuis een palliatief team. Dit is namelijk een paar jaar geleden een vereiste geworden voor ziekenhuizen die oncologische zorg verlenen. 'Kennelijk was zo'n extrinsieke motivatie nodig', zegt Sabine Netters. 'Het is wel jammer dat deze teams vervolgens niet inhoudelijk worden getoetst. Zo'n toets is niet ingewikkeld, want het Kwaliteitskader Palliatieve Zorg uit 2017 beschrijft tot in detail de organisatie van palliatieve zorg, de samenstelling van teams en prestatie-indicatoren. Ook zijn er de eisen aan palliatieve zorg van de bij iedereen bekende (en gevreesde) *Joint Commission International*, het internationaal accreditatieorgaan voor de gezondheidszorg. Helaas is dat kennelijk onvoldoende bekend bij bestuurders die het JCI-keurmerk willen binnenhalen. Misschien moeten we ook bestuurders nog eens overtuigen van de noodzaak van palliatieve zorg. Dat kan, samen met de intrinsieke motivatie, tot heel mooie initiatieven leiden.'



Het imposter syndrome:

# probleem van **het individu** of van **het systeem?**

TEKST: HELEEN DE WIT • BEELD: 123RF

**‘Leuk dat je dit werk nu doet, maar je moet niet denken dat dit ergens toe leidt.’ Aan het begin van mijn opleiding tot internist had ik regelmatig een stemmetje in mijn hoofd dat dit te pas en te onpas tegen mij zei. Als ik in het ziekenhuis door de gang liep had ik het gevoel dat ik over mijn schouders moest kijken, omdat ik elk moment ‘afgetikt’ kon worden. ‘Kom jij maar even mee. Je bent ver gekomen, maar we hebben jou ontmaskerd. Wat je uiteindelijk wordt moeten we nog bezien, maar toch zeker geen internist.’**

Aan mijn beoordelingen lag het niet, die waren goed en mijn supervisors waren over mij te spreken. Dat kreeg ik ook voldoende te horen. Ik besprak het voorzichtig met mijn collega's, waarvan sommigen nog niet in opleiding waren. Zij hadden weinig begrip voor mijn gevoel. ‘Jij bent toch aangenomen voor de opleiding? Waar twijfel je dan aan?’ Ik kreeg de indruk dat ik de enige was met deze gedachten. Tegen mijn

opleiders heb ik het nooit ter sprake durven brengen, omdat ik dacht dat het abnormaal was. Voordat ik aan de opleiding begon, tijdens mijn studie en tijdens een korte tijd als anios, had ik dit gevoel nooit zo duidelijk gehad.

## Bluf

Tijdens mijn coschap neurologie kreeg ik bij mijn beoordeling te horen: ‘Iedereen hier op de afdeling

vindt jou een hele goede coassistent. Maar nu ik je kennis test valt dat nogal tegen. Je hebt dus de gave om mensen te laten geloven dat je heel erg slim bent. Dat moet je maar zien als een handige eigenschap, waar je gebruik van kunt maken.’ Vijftien jaar later vraag ik me af hoe die neuroloog het in zijn hoofd haalde om dit tegen een jonge coassistent te zeggen. Toen vond ik het wel logisch. Hij had gelijk, het gezegde ‘het gaat er niet om wat je weet, maar hoe je het weet,’ kon ik goed toepassen. Ik vertelde het aan mijn studiegenoten en we konden er samen hartelijk om lachen. En zo blufte ik mij (voor mijn gevoel) de opleiding in. Maar toen het eenmaal zover was gekomen, sloeg de onzekerheid toe.

## Rolmodel

Zelf dacht ik dat mijn gevoel ook voortkwam uit het missen van een rolmodel in mijn directe omgeving. Mijn ouders komen nog uit de tijd dat het beroep van je ouders beslissend was voor de schoolkeuze. Mijn grootouders hadden alleen de lagere school afgerond. En alhoewel ik enorm ben gestimuleerd door mijn ouders en in mijn familie bijna alle kleinkinderen een universitaire studie hebben afgerond, koos niemand voor de geneeskunde. Ik was de eerste en enige arts. Ik dacht dat ik het gevoel om ontmaskerd te worden niet zou hebben als er een voorbeeld zou zijn binnen mijn familie. Als mijn moeder, broer of nicht hetzelfde zou doen als ik dan zou mij dat het vertrouwen geven dat ik het ook wel zou kunnen.

## Imposter syndrome

Pas aan het einde van mijn opleiding kwam ik erachter dat er een naam is voor mijn gevoel. Ik bladerde de *New England Journal of Medicine* door. Daar viel mijn oog op een ingezonden brief door Suzanne Koven: 'letter to a young female physician'.<sup>1</sup> Die brief was voor mij! Het gevoel dat ik soms had gehad stond er precies in beschreven: 'I've been haunted at every step of my career by the fear that I am a fraud...' Het had zelfs een naam: *imposter syndrome*. Ik was niet raar of bijzonder. Het komt zowaar regelmatig voor. Er is veel literatuur over en het is vaak onderzocht bij zorgprofessionals. De term *imposter syndrome* werd eind jaren 1970 geïntroduceerd als psychologische term voor gedrag waarbij mensen (zelfs bij extern bewijs van succes) twijfelen aan hun capaciteiten.<sup>2,3</sup> Zij hebben daardoor een persistierende angst om ontmaskerd te worden. Het *imposter syndrome* wordt gezien als een reactie op bepaalde stimuli of gebeurte-

nissen, niet als een psychische aandoening of persoonlijkheidstrek.<sup>3</sup> De prevalentie varieert enorm, tussen de 9 en 82% afhankelijk van de screeningstool en de cutoff die wordt gebruikt om symptomen te beschrijven.<sup>4</sup> Het komt vaker voor bij minderheden, op jongere leeftijd en sommige studies beschrijven een hogere prevalentie bij vrouwen.<sup>4,5</sup> Daarom wordt het ook gelinkt aan ongelijkheid. Sommigen zien het zelfs als een symptoom van ongelijkheid en leggen een relatie met #metoo.<sup>2</sup> Dat het *imposter syndrome* minder vaak is beschreven bij mannen, wordt verklaard doordat zij mogelijk beter in staat zijn om hun eigen succes te internaliseren.<sup>1,3</sup> In de woorden van Suzanne Koven: 'I believe that women's fear of fraudulence is similar to men's, but with an added feature: not only do we tend to persevere over our inadequacies, we also often denigrate our strengths.' Koven bracht in 2017 een boek uit over haar ervaringen met dezelfde titel als haar brief in de *NEJM*.

## Herkennen en oplossen

Wat opvalt in vrijwel alle literatuur over het *imposter syndrome*, is dat wordt opgeroepen tot herkenning van dit fenomeen.<sup>1,2,4,5</sup> *Imposter*-gevoelens kunnen namelijk een negatief effect hebben op het functioneren en het werkplezier en leiden tot burn-out of zelfs suïcide. Het *imposter syndrome* wordt ook gezien als een bedreiging voor diversiteit, doordat het juist minderheden, die er vaker last van hebben, verhindert om hun capaciteiten te benutten.<sup>2,5</sup> De vraag is dan ook of het niet meer moet worden gezien als een probleem van het systeem, dan van het individu.<sup>2</sup> Diverse oplossingen worden aangedragen. Meest genoemd is een cultuurverandering. Door te zorgen voor diversiteit op hogere

posities ontstaan sterke (vrouwelijke en minderheids-) rolmodellen die *imposter*-gevoelens kunnen verminderen. Ook mentorschap is van belang; de medische cultuur zou ruimte moeten geven voor zorgprofessionals om hun strubbelingen te delen. En als dan toch een individuele behandeling nodig is, dan is psychologische behandeling gericht op zelfonderschatting mogelijk.<sup>3,4</sup>

## Een 'echte' internist

Gelukkig verdwenen mijn *imposter*-gevoelens na het eerste opleidingsjaar naar de achtergrond. Een promotietraject en meerdere opleidingsregio's waarin ik telkens opnieuw de bevestiging kreeg dat ik het kon hielpen ook. Toen ik net werkzaam was als internist, kwam het stemmetje onverwacht weer opzetten toen ik 's nachts op weg was naar een stervende patiënt. Ik wist niet goed wat er aan de hand was, wel dat de patiënt al te slecht was om aanvullend onderzoek te ondergaan. Wachtend op de familie bevroop mij het ongemakkelijke gevoel dat de familie weleens een 'echte' internist zou willen spreken. Toen het uiteindelijk een prettig gesprek was en de familie mij dankte voor een mooi afscheid van hun vader die eigenlijk ook al terminaal was, was ik opgelucht dat ze mij niet door hadden gehad.

De laatste jaren is het stemmetje weg. Ik zit op mijn plek en die bevestiging krijg ik niet alleen van mijn collega's en patiënten maar vooral ook van mijzelf. Maar net als Suzanne Koven had ik graag eerder geweten over het *imposter syndrome*. Dus, laten we erover praten en onze *imposter*-verhalen met elkaar delen!



## Referenties

1. Koven S. Letter to a young female physician. *N Engl J Med*. 2017;376:1907-9.
2. Mullangi S, Jaggi R. Imposter syndrome. Treat the cause, not the symptom. *JAMA*. 2019;322:403-4.
3. <https://nl.wikipedia.org/wiki/Oplichterssyndroom>
4. Bravata DM e.a. Prevalence, Predictors, and Treatment of Imposter Syndrome: a Systematic Review. *J Gen Intern Med*. 2020;35(4):1252-75.
5. Cader, FA e.a. How Feeling Like an Imposter Can Impede Your Success. *JACC Case Rep*. 2021;3: 347-9.

'Zorg voor **diversiteit op hogere posities**'

# POCUS in de klinische praktijk

Point-of-care ultrasound (POCUS), oftewel het maken van spoedecho's op de plaats van de zorg, kwam het afgelopen decennium steeds meer in zwang. In dit artikel delen Michiel Blans en Martijn Bauer hun ervaringen met de implementatie van POCUS in hun ziekenhuis. Ook aan het woord komen internisten Bram Kok en Frank Bosch. In een uniek project trainden zij collega's in Tanzania in POCUS.

## POCUS in Rijnstate Arnhem

TEKST: MICHEL BLANS, INTERNIST-INTENSIVIST/ACUTE GENEESKUNDE

In 2009 bedacht collega Frank Bosch dat het goed zou zijn als de intensive care van het Rijnstate zelfstandig spoedecho's zou gaan maken. Inmiddels was deze ontwikkeling in het buitenland al flink op gang gekomen, onder de naam point-of-care ultrasound (POCUS). De Emergency Physicians in de VS liepen voorop: zij waren al sinds de jaren 90 actief op dit gebied. Aanvankelijk werden er met name echo's van de buik gemaakt na trauma's, om te zien of er sprake was van mogelijke bloedingen. Later werden ook andere organen onderwerp van onderzoek, zoals het hart. Vervolgens pakte de internationale intensive care-gemeenschap deze ontwikkeling op. In Nederland gebeurde er tot 2009 echter nog weinig.

### Voordelen van POCUS

Het idee van POCUS is dat je gericht echografie gebruikt om aan bed direct op een eenvoudige manier duidelijke klinische vragen te beantwoorden. Bijvoorbeeld om bij een patiënt in shock de vraag te kunnen beantwoorden of het hart wel of niet goed pompt. Het antwoord op deze

vraag is direct van groot belang voor de initiële therapie. Naast diagnostische voordelen kan POCUS ook goed helpen bij het begeleiden van bepaalde interventies, zoals het prikken van centrale lijnen. Door met behulp van de echo te kijken waar de naald heen gaat is er een kleinere kans op complicaties en een grotere kans dat er in één keer raak wordt geprikt.

### Training

We zijn in Rijnstate gestart met het benaderen van collega's van de cardiologie en radiologie. We wilden wel zelf echo's gaan maken, maar niet op de stoel van de cardioloog of radioloog gaan zitten. Vervolgens werd de medische staf van de intensive care in Rijnstate getraind. Op onze uitnodiging kwam het team van de Nepean University Sydney een week op bezoek om ons in te wijden in de beginselen van hart- en long-POCUS. We schaften toen ook de eerste echomachines aan. In no time werd POCUS op onze intensive care ingevoerd bij het prikken van centrale lijnen.

Hierna wilden wij ook onze a(n)ios trainen in POCUS. We startten daarmee aanvankelijk op de afdelingen vaatchirurgie en hartechografie, maar omdat er steeds meer a(n)ios getraind moesten worden besloten we een eigen cursus te maken. Sinds 2016 krijgen dan ook alle a(n)ios interne geneeskunde een basiscursus POCUS, in principe voordat zij hun ic-stage doen. De afgelopen vijf jaar hebben circa 90 a(n)ios de cursus gevolgd. Ongeveer 20% pikt het echt op en is inmiddels EPA 5. Degenen onder hen die nog in het Rijnstate werken worden nu ook ingezet als instructeur van de cursus.



### Nieuwe apparaten

POCUS kon een grote vlucht nemen onder andere omdat de techniek van echoapparaten in de loop van de jaren is veranderd. Waren het aanvankelijk grote machines die moeilijk mee te nemen waren bij spoedoproepen, inmiddels beschikken we over zogenaamde *handhelds* die kunnen worden aangesloten op een mobiele telefoon of tablet. Op onze intensive care beschikken we inmiddels over twee standaard echomachines, een handheld op de SIT-*kar* en voor de dienst hebben we drie handhelds die op de mobiele telefoon kunnen worden aangesloten.

### Eigen onderzoek

Om onze implementatie zo goed mogelijk te laten verlopen werkten we op basis van de bestaande medische literatuur. Gedurende het proces bedachten we dat het goed zou zijn om te kijken of we zelf iets aan die literatuur zouden kunnen bijdragen. We stelden ons daartoe drie vragen:

- Wat is POCUS precies (definitie, content en training)?
- Hoe kan POCUS worden getraind en geïmplementeerd op de intensive care?

- Leidt het gebruik van POCUS tot betere patiënten-zorg?

Het beantwoorden van deze vragen heeft uiteindelijk geleid tot een proefschrift dat ik op 24 februari jongstleden heb mogen verdedigen (promotoren Prof. Frank Bosch en Hans van der Hoeven). Belangrijke conclusies van ons onderzoek zijn dat POCUS leidt tot betere diagnostiek in de acute fase, leidt tot een andere initiële behandeling bij veel patiënten en dat de basis van POCUS goed en tijdsefficiënt te trainen is (wel is een gedegen follow-up-programma belangrijk). In Rijnstate opereren we volgens sommigen nogal ouderwets, dat wil zeggen dat de intensive care nog is ingebed in de moederspecialismen interne geneeskunde en anesthesiologie. POCUS is een ontwikkeling die goed is voor alle dokters die actief zijn in de acute geneeskunde. Mijn promotieonderzoek is er een mooi voorbeeld van dat het overstijgen van grenzen tussen verschillende specialismen ook heel gunstig kan uitpakken.

## POCUS in het Leids Universitair Medisch Centrum

TEKST: MARTIJN BAUER, INTERNIST-ACUUT GENEESKUNDIGE-INFECTIOLOOG

In 2012 volgde ik als kersvers retrograad geregistreerde internist-acuut geneeskundige de cursus echografie van de Nederlandse Vereniging voor Intensive Care. Tijdens het leren van de ABCDE-benadering besepte ik dat er na het lichamelijk onderzoek op het acute moment vaak belangrijke informatie ontbreekt, die wel tot belangrijke beslissingen over het beleid kan leiden. Zo zou het fysisch-diagnostisch vaststellen van stuwings van de halsvenen bij een patiënt in shock de differentiaaldiagnose theoretisch moeten vernauwen naar hartfalen, massale longembolie, harttamponade of spanningspneumothorax. Echter, maar weinig internisten vertrouwen deze bevinding zodanig dat ze hypovolemi-sche en distributieve shock verwerpen. Met echografie kan in een paar seconden met zeer grote betrouwbaarheid een onderscheid tussen al deze vormen van shock worden gemaakt. Het leek me alleen niet erg praktisch om bij elke patiënt in shock een groot rijdend echo-apparaat te gaan halen.

### Broodroof

Nu had General Electric net een klein draagbaar echo-apparaatje op de markt gebracht. Dat schafte ik aan, in de

naïeve veronderstelling dat ik de kosten van het LUMC terug zou kunnen krijgen. De leiding van de afdeling vond het echter aanvankelijk een wat dubieuze ontwikkeling, niet in de laatste plaats omdat het broodroof van de radioloog zou kunnen betekenen. Vervolgens ben ik toch echo's gaan maken, zonder beleid te maken op grond van mijn bevindingen. Daarbij leerde ik van latere beeldvorming door radioloog of cardioloog. Ik kwam in contact met collega Frank Bosch, die me meeverde naar buitenlandse cursussen. Tijdens een van deze cursussen werd de NIV-taskforce echografie opgericht. Landelijk begon



er bij meer en meer internisten het besef te groeien dat POCUS de zorg zou kunnen verbeteren. Ook in het LUMC sloeg toen de stemming om.

### Twintig handhelds

In 2017 kochten we de eerste handheld echoapparaten, Lumify's van Philips. Inmiddels hebben we acht sector- ('cardiale') probes, zeven curvilineaire ('abdominale') en vijf lineaire, voor onderzoek naar DVT en infusen prikken. De apparaten zitten in een kluis op de Acute Opname-Afdeling. Iedere internist (i.o.) die aantoonbaar getraind is in echografie kan een tablet en probes in de doktersjas stoppen.

### Overtuigd

De collega's-radiologen in het LUMC bleken POCUS door de internist helemaal niet als bedreigend te zien, maar juist als een mogelijkheid om de eigen werkbelasting te verminderen en de kwaliteit van zorg te verbeteren. Ze wilden ook graag bij echografietraining betrokken zijn. Als ik tegenwoordig een radioloog tegenkom die POCUS als broodroof of onverantwoord ziet – en dat gebeurt me steeds minder vaak – meld ik meestal dat ik bij het merendeel van mijn echo's hart en longen onderzoek, wat toch al niet tot het domein van de radioloog behoorde, dat POCUS van de buik daarnaast nauwelijks met buik-echografie door de radioloog overlapt en dat we onze grenzen kennen. De collega's-cardiologen zagen die beperkte echocardiografie aan bed eerst ook als onwenselijk, want moeilijk te interpreteren. Inmiddels zijn zij ervan overtuigd geraakt dat deze vorm van POCUS bij de acuut dyspnoïsche of hypotensieve patiënt in handen van een getrainde niet-cardioloog levensreddend kan zijn. Bovendien hebben ze zelf niet de capaciteit om bij al deze patiënten meteen een echo te maken.

### Bottleneck

Samen met twee radiologen, een cardioloog en een longarts-intensivist zetten we een echocursus op voor eerstejaars aios in onze onderwijsregio. Ook gaan sommige aios en internisten naar de cursussen van de NIV en DEUS. De bottleneck blijkt na de cursus te zitten: er zijn op dit moment te weinig internisten die zich competent genoeg vinden om echo's te superviseren op de werkvloer. Vervolgens dreigt het risico dat de jonge klare echografisten niet leren vertrouwen op hun bevindingen en het steeds minder gaan doen. In de taskforce echografie staan we dus voor de uitdaging om meer internisten naar het niveau van expert te tillen. Ik denk dat aparte cursussen voor gevorderden uitkomst zouden kunnen bieden, met daarnaast scandagen om veel vliegreuen te maken en teach-the-teacher-cursussen. Gelukkig zijn er heel veel aios – en in mindere mate internisten – bij wie echografie aanslaat. Zij passen POCUS toe in allerlei settings.

### Meerwaarde

Met POCUS komen we sneller tot een kloppende diagnose bij patiënten op de SEH. Daarnaast zie ik ook een duidelijke meerwaarde bij de patiënt op zaal. Denk aan de zwakke kortademige patiënt die matig doorademt bij auscultatie en bij wie de voor-achterwaartse, schuin ingeschoten X-thorax vooral een duidelijk beeld van de mandibula verschaft. Iedereen die eenmaal serieus aan het echoën slaat, wil niet meer terug. Vanwege de kwaliteit van zorg, maar ook omdat het het vak leuker maakt. En omdat het verbindt over de disciplines heen en domeinden tegengaat. Ik hoorde tot mijn tevredenheid dat de cardiologen longechografie in hun curriculum gaan opnemen.

## POCUS in Tanzania

TEKST: BRAM KOK, INTERNIST ACUUT GENEESKUNDIGE & FRANK BOSCH, INTERNIST EN HOGLERAAR ACUTE INTERNE GENEESKUNDE

Even na zonsopgang staan wij op een zaterdagochtend in mei op Schiphol. Het belooft druk te worden vandaag en de kans bestaat dat we niet verder komen dan de vertrekhal. De reis gaat naar het Kilimanjaro Christian Medical Center (KCMC) in Moshi, Tanzania, aan de voet van de gelijknamige berg. Vanuit de acute interne geneeskunde van het Radboudumc starten wij daar met een uniek project: training in POCUS aan Tanzaniaanse collega's.

In het vliegtuig zitten we naast een internist acute geneeskunde uit het Verenigd Koninkrijk die naar West-Tanzania reist om daar te starten met een uitzonderlijk project: POCUS leren aan Tanzaniaanse collega's. In zijn handbagage heeft hij handheld echo's en tablets mee, bestemd voor gebruik daar. Wij ook.

Het KCMC is een groot tertiair opleidingsziekenhuis in Noord-Tanzania. Het Radboudumc en KCMC hebben een langdurig en intensief samenwerkingsverband dat dit

jaar 25 jaar bestaat. Er zijn bilaterale betrekkingen op het gebied van patiëntenzorg, onderwijs en wetenschappelijk onderzoek vanuit verschillende disciplines. Hiermee zijn al mooie resultaten bereikt, zoals realisatie van een volwaardig laboratorium, opleiding van verpleegkundigen, geneeskundestudenten en medisch specialisten en vele promotietrajecten met uitwisseling van de promovendi tussen Moshi en Nijmegen.

Vooraf hebben we samen met de Tanzaniaanse opleiders interne geneeskunde en spoedeisende geneeskunde gekeken naar praktische haalbaarheid van een basistraining POCUS aan aios en stafleden. We hebben een programma ontwikkeld dat in grote lijnen overeenkomt met het programma van de echocursus van de Nederlandse Internisten Vereniging, met extra aandacht voor de Oost-Afrikaanse setting. Vanuit de financiële ondersteuning van de samenwerking door het Radboudumc hebben we POCUS-apparatuur kunnen aanschaffen.

Op dag 1 van onze training stroomt het ziekenhuis vol met nieuwe patiënten. Het is twee weken na Pasen en veel mensen keren terug van familiebezoek. Aan de deelnemende aios en stafleden wordt gevraagd om mee te draaien in de patiëntenzorg. Hier passen we vlot een mouw aan door aan te sluiten bij de afdelingsvisites van de interne geneeskunde, medium care, intensive care en spoedeisende hulp met onze echo's. Dit wordt met groot enthousiasme ontvangen. Daarop besluiten we gezamenlijk om dit elke trainingsdag te doen. Voor of na het klinisch werk besteden we tijd aan korte instructies en *hands on*-training op elkaar. Ook introduceren we de toepassing van echografie bij verrichtingen zoals het plaatsen van een centrale lijn, pleuradrainage en ascitesdrainage. Het aangeleerde kan zo onder directe supervisie worden toegepast in de klinische setting. We zijn wel wat gewend qua enthousiaste reacties bij het aanleren van POCUS, maar wat we hier meemaken is echt de buitencategorie. Tussendoor proberen we ook onze Nederlandse werkzaamheden bij te houden. Via uitstekend 4G sluiten we

aan bij elke meeting en met een ouderwetse Nokia wordt het belsprek uur volgens planning gedraaid. We werken vanaf onze veranda, overschaduwd door prachtige kleurrijke bomen, met de geluiden van vogels en zo nu en dan een apenfamilie op doorreis door de boomkronen. We bevinden ons op ruim 800 meter boven zeeniveau en zijn daardoor gevrijwaard van malaria. Dit alles met op de achtergrond direct zicht op de Kilimanjaro en de geur en smaak van koffie, geoogst van de omliggende berghegelingen.

Tijdens de klinische rondes zien we veel patiënten met een gevorderd stadium van ziekte waarbij de echografie aan bed indrukwekkend pathologisch beeld toont: uitgebreide extrapulmonale tuberculose met pericardvocht, microabcessen in milt en lever, gedecompenseerde levercirrose en ernstig hartfalen. Een deel van deze pathologie was niet evident met de klassieke benadering van lichamelijk onderzoek, lab en een X-thorax. Veel diagnostiek en therapie kan wel plaatsvinden in het KCMC, maar is erg kostbaar. Patiënten moeten vaak samen met hun familie geld bijeen scharrelen, bijvoorbeeld door verkoop van een deel van hun vee. Voor de patiënt betekent de implementatie van POCUS een bespoediging van diagnostiek met een concrete vraagstelling en het snel uitsluiten van specifieke pathologie. Deze aanvulling op het lichamelijk onderzoek wordt niet doorberekend aan de patiënt en bespaart in een deel van de patiënten aanvullend onderzoek waar wel kosten aan verbonden zijn.

Na een week intensieve training en klinische rondes in het ziekenhuis zijn de leerdoelen behaald en dragen wij de handheldecho's en tablets over aan onze collega's. Zowel de opleidingsgroep van de interne geneeskunde als de spoedeisende geneeskunde wordt voorzien. Zij hebben beschikking over een beveiligde Cloud opslag van beelden die we samen kunnen inzien. Ook hebben we intensief contact via WhatsApp met verzoek om in de Cloudomgeving de nieuwste beelden te beoordelen. Maandelijks houden we een echografiebespreking met ingebrachte casuïstiek vanuit beide centra.

De vrijgekomen ruimte in onze bagage wordt opgevuld met heerlijk geurende koffiebonen. Onderweg bezinnen we ons op het doorontwikkelen van deze pilot tot een volwaardig project voor de lange termijn. Met een team van internisten uit het Radboudumc ontwerpen we een onderwijskundig promotietraject, waarbij we niet alleen nog meer collega's in Tanzania trainen in adequaat gebruik van POCUS, maar ook onze studenten geneeskunde die een coschap in Tanzania gaan doen. De vraagstelling van de promovendus is hoe je een zo goed mogelijk duurzaam internationaal leertraject in POCUS in ontwikkelingssetting opzet. De financiering voor dit project is inmiddels toegekend zodat we ook daadwerkelijk POCUS in Tanzania verder kunnen helpen.



Groepsfoto van participerende collega's uit KCMC en Radboudumc

# Palliatieve zorg bij niet-westerse migranten

TEKST: ASIYE GEDIK, OLGA HUSSON, ESTHER VAN MEERTEN & WINETTE VAN DER GRAAF

**De niet-westerse migranten die in de jaren '60 naar Nederland kwamen worden ouder. Dat brengt vraagstukken rond het levenseinde met zich mee. Zo sluit de palliatieve zorg zoals wij die volgens onze normen en waarden hebben vormgegeven, niet altijd aan bij de zorgbehoeften van deze doelgroep. Wat zijn die behoeften en hoe zorgen we voor persoonsgerichte palliatie in onze spreekkamer?**

Volgens het Centraal Bureau voor de Statistiek heeft in 2021 één op de vier Nederlanders een migratieachtergrond.<sup>1</sup> Een groot deel van de niet-westerse migranten kwam in de jaren '60 als arbeidsmigrant naar Nederland. Deze mensen zijn nu op gevorderde leeftijd. Het ligt daarom voor de hand dat het aantal migranten met kanker of andere chronische ziekten toeneemt en dat zij ook in toenemende mate een beroep doen op palliatieve zorg.<sup>2</sup> In de praktijk ontstaan daarbij problemen: de palliatieve zorg zoals wij die vormgeven, volgens onze normen en waarden, sluit niet altijd aan bij deze doelgroep. De belangrijkste vraag hierbij is: wat zijn de wensen en zorgbehoeften van niet-westerse migranten rondom het levenseinde en hoe kunnen we daar beter bij aansluiten?

## Aankomst in Nederland

Na de Tweede Wereldoorlog bloeide de Nederlandse economie op door snelle renovatie en industrialisatie. Er ontstond een tekort aan personeel op de arbeidsmarkt. Daarom werden er vanaf het midden van de jaren zestig Turkse en Marokkaanse gastarbeiders naar Nederland gehaald. De

meeste migranten waren moslim. De arbeiders behielden hun eigen geloof, cultuur en taal. Ze waren hier immers te 'gast' en de verwachting was dat ze terug zouden keren naar het land van herkomst. In de praktijk pakte dit anders uit: werkgevers verlengden de contracten en de arbeiders bleven. In 1974 werd de wet op de gezinshereniging doorgevoerd, zodat het voor gastarbeiders mogelijk werd om hun achtergebleven familie naar Nederland te laten komen. Vanaf de jaren '80 is er aandacht voor integratiebeleid.<sup>3,4</sup> De eerste generatie migranten heeft daar echter weinig voordeel van gehad. Deze mensen leefden vooral met migranten bij elkaar en hadden weinig contact met de Nederlandse samenleving. Zij behielden hun eigen taal, cultuur en religie. Dit zijn de ouderen die wij nu op het spreekuur zien.

## Verschillende zorgbehoeften

In de literatuur zijn er verschillende soorten onderzoeken te vinden over de wensen en zorgbehoeften rondom het levenseinde van Turkse en Marokkaanse migranten in Nederland.<sup>5-8</sup> Van de totale Nederlandse bevolking in juni 2022 heeft 14,5% een niet-

westerse migratieachtergrond. Deze mensen komen met name uit Turkije, Marokko en Suriname.<sup>9</sup> Uit de studie van Torensma blijkt dat er verschillen zijn in zorgbehoeften in de laatste levensfase tussen patiënten met een niet-westerse migratieachtergrond en patiënten met een Nederlandse of westerse migratieachtergrond.<sup>7</sup> Opvallend in de studie is, dat niet-westerse migranten in de laatste levensfase enerzijds op zoek blijven naar curatieve zorg, maar anderzijds ook in het ziekenhuis opgenomen worden om te komen overlijden. De Graaff e.a. vonden vergelijkbare resultaten. Niet-westerse migranten verstaan volgens hen onder 'goede palliatieve zorg' onder andere: curatieve behandeling tot het eind, maximale (medische) zorg, de hoop niet opgeven en begravenis in het land van herkomst.<sup>8</sup> Dit staat in contrast met de gebruikelijke Nederlandse palliatieve zorg. Daarvan is het doel: het behouden of verbeteren van kwaliteit van leven en het streven om thuis te overlijden in een vertrouwde omgeving in aanwezigheid van de naasten. Zorgbehoeften en wensen blijken dus in de laatste levensfase ook cultureel bepaald te zijn.<sup>10</sup>

## Patiënt niet centraal

In de palliatieve zorg ligt de focus van westerse artsen op effectieve communicatie, bevorderen van kwaliteit van leven en het opstellen van *advance care planning*. De patiënt

staat centraal in het ziekteproces. Met hem of haar wordt de diagnose, behandeling en prognose besproken. Dit blijkt echter niet overal in de wereld hetzelfde te zijn. In het oosten en zuiden van Europa hebben artsen de voorkeur om eerst de familieleden in te lichten.<sup>11-13</sup> Een mogelijke verklaring zou kunnen zijn dat de wensen en behoeften van de patiënt niet door de artsen kunnen worden vervuld en de ondersteuning vooral van de familie komt.<sup>14</sup> In de literatuur zijn verscheidene artikelen te vinden over het wel of niet bekend zijn van de diagnose bij patiënten zelf. De meeste studies zijn gedaan in Turkije, waarbij het percentage patiënten dat de eigen diagnose niet kent varieert tussen 40-60%.<sup>14-16</sup> Redenen hiervoor zijn het vermijden van emotionele belasting bij de patiënt en de aanname dat de patiënt het niet zou willen weten.<sup>16</sup> De studie van Bozcuk in 2002 liet zien dat patiënten die wel of niet wisten van de diagnose onderling niet verschilden op het gebied van de verschillende subschalen van de EORTC QLQ-C30 voor gezondheid-gerela-

67,9% dit indirect te weten gekomen, bijvoorbeeld doordat ze door de chemotherapie last kregen van bijwerkingen. De auteurs van dit onderzoek veronderstellen dat het indirect te weten komen van de diagnose bijdraagt aan een hoger percentage patiënten met psychiatrische aandoeningen. Deze mensen kunnen namelijk niet met anderen de diagnose bespreken en geen bevredigende informatie ontvangen.<sup>15</sup> Oncologische patiënten (zowel westerse als niet-westerse) die wel geïnformeerd worden over de ziekte, hebben een grotere betrokkenheid bij besluitvorming, grotere tevredenheid met behandelkeuzes en ervaren minder hulpeloosheid en hopeloosheid.<sup>17,18</sup> Uit verder onderzoek in Turkije blijkt dat van alle patiënten die hun oncologische diagnose weten, 65,4% *shared decision making* wil (als er meer dan één behandeloptie is), en 4% neemt de beslissing zelf.<sup>19</sup> De paternalistische houding van artsen en familieleden lijkt eerder aanwezig te zijn in landen met collectivistische samenlevingen. Het groepsbelang is daar belangrijker dan het

tieve zorgbehoeften van patiënten uit andere etnisch-culturele groepen te voldoen. De studies, zoals die hierboven zijn beschreven, laten de verschillen zien in perceptie van Nederlandse zorgverleners en van zorgvragers met een niet-westerse migratieachtergrond. Daarnaast spelen ook factoren mee die de communicatie met migranten kunnen beïnvloeden: de taalbarrière, culturele verschillen en het driehoeksgesprek tussen arts, patiënt en familielid, waarbij het familielid soms als tolk fungeert.<sup>20</sup>

In februari 2021 besloot de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport dat professionele tolken moeten worden ingeschakeld als dit 'noodzakelijk is om goede zorg te kunnen verlenen'. Dit gebeurde mede naar aanleiding van de campagne *Tolken terug in de zorg, als-tublieft*, zoals het in *Interne Geneeskunde 4-2021* werd genoemd. Vooral in de laatste levensfase waarbij de emoties hoog kunnen oplopen is het enorm van belang om een professionele tolk in te schakelen om onnodige onderzoeken, behandelingen en ligdagen in het ziekenhuis te voorkomen.<sup>21</sup>

Uit een andere Turkse studie blijkt dat 64 van de 107 patiënten (60%) die binnen één maand komt te overlijden zich presenteert op de spoedeisende hulp.<sup>22</sup> De studie van de Graaff in Nederland liet zien dat niet-westerse patiënten in acute situaties vaak naar het ziekenhuis werden gebracht en dat de helft van hen niet wist dat er een mogelijkheid tot terminale thuiszorg bestaat om thuis te kunnen sterven.<sup>23</sup> Dezelfde auteur beschrijft in een ander artikel dat Nederlandse zorgverleners het vaak niet noodzakelijk vinden om te praten over de reden voor ontslag uit het ziekenhuis, aangezien dit voor hen vanzelfsprekend is op het moment dat er geen curatieve behandeling meer voorhanden is. Veel patiënten en familieleden houden echter hoop op genezing en willen daarom nog in het ziekenhuis blijven.<sup>20</sup>

De uitdaging is om als zorgverlener open en effectief met de patiënt te communiceren, ondanks cultu-

## In Turkije kent 40-60% van de patiënten **de eigen diagnose niet**

teerde kwaliteit van leven.<sup>14</sup> Dit betekent dat het wel of niet weten van de diagnose geen nadelige invloed had op bijvoorbeeld het emotioneel welzijn van patiënten. In 2004 werd opnieuw een onderzoek gedaan naar het bespreken van de diagnose, waarbij 54,7% van de oncologische patiënten niet op de hoogte was van de diagnose. Van de patiënten die hun diagnose wél wisten, was

individueel belang. De vraag blijft of onze modellen, zoals we die vooral kennen in de palliatieve zorg, met *shared decision making* en *patient centred care* ook de behoeften en wensen van niet-westerse migranten vervullen.

### **Uitdagingen voor professionals**

In de praktijk vinden zorgverleners het een uitdaging om aan de pallia-

# Opvallend is dat niet-westerse migranten in de laatste levensfase op zoek blijven gaan naar curatieve zorg

rele verschillen en moeilijke driepersonsgesprekken.

## Persoonsgerichte palliatie

Palliatieve zorg is volgens de definitie van de WHO 'een benadering die de kwaliteit van leven verbetert van patiënten en hun naasten' en die 'behandeling van pijn en andere problemen van lichamelijke, psychosociale en spirituele aard' nastreeft. Zo is de zorg niet alleen gericht op patiënten, maar ook op hun naasten.<sup>24</sup> Er is in de literatuur nog veel onbekend over de specifieke wensen van niet-westerse migranten, hoe we de zorg hierop kunnen aanpassen en welke tools ontwikkeld zouden moeten worden voor gebruik in de spreekkamer. We kunnen als behandelaren al een belangrijke stap zetten als we ons richten op de wensen en zorgbehoeften van de patiënt, en het familielid meenemen in het denkproces. Zo kan de vertrouwensband verder worden versterkt. Bedenk hierbij wel dat er ook tussen en binnen groepen verschillen zijn in wensen, elk mens is immers uniek. In dit artikel worden enkele algemene conclusies getrokken, in de wetenschap dat er verschillen zijn tussen migrantengroepen. Gerelateerde onderwerpen zoals sociaal-economische gezondheidsverschillen en gezondheidsgeletterdheid zijn in dit artikel achterwege gelaten, maar hebben wel degelijk invloed op het zorgproces.

## Meer onderzoek nodig

Zelf ben ik, als eerste auteur van dit artikel, bevoorrecht dat ik Turkse Nederlander ben. Niet-westerse

migranten horen niet meer bij het land van herkomst, maar zij verschillen tegelijkertijd ook in cultuur en religie van de autochtone bevolking in Nederland. Ze hebben hun eigen identiteit. Het is voor Nederlandse zorgverleners de uitdaging om hen te leren kennen en niet over hen te oordelen. ■

## Over de auteur

De vader van Asiye Gedik kwam in 1965 naar Nederland als gastarbeider, later mocht hij zijn vrouw naar Nederland laten komen. Beiden hebben gewerkt als gastarbeiders in verschillende bedrijven. Asiye is in opleiding tot internist-oncoloog in het Erasmus MC en start binnenkort met haar promotieonderzoek naar palliatieve zorg voor niet-westerse migranten onder begeleiding van de medeauteurs van dit artikel.

## Referenties

1. Dossier asiel en migratie en integratie. CBS. [www.cbs.nl/nl-nl/dossier/dossier-asiel-migratie-en-integratie/hoeveel-mensen-met-een-migratieachtergrond-wonen-in-nederland](http://www.cbs.nl/nl-nl/dossier/dossier-asiel-migratie-en-integratie/hoeveel-mensen-met-een-migratieachtergrond-wonen-in-nederland).
2. Van der Velden LFJ, Francke AL, Hingstman L, Willems DL: Sterfte aan kanker en andere chronische aandoeningen. Kenmerken in 2006 en trends vanaf 1996. Utrecht: NIVEL; 2007.
3. De gastarbeiders, nieuwe Nederlanders. [www.canonvannederland.nl/nl/gastarbeiders](http://www.canonvannederland.nl/nl/gastarbeiders).
4. Hoofdstuk 2: Immigratie in Nederland, een verrijking of verarming? (blikopdewereld.nl).
5. De Graaff FM, Francke AL, Muijsenburgh METC, Geest S. Perspectives on care and communication involving incurably ill Turkish and Moroccan patients, relatives and professionals: a systematic literature review. BMC palliative care. 2012.
6. De Graaff FM, Francke AL, Muijsenburgh METC, Geest S. Understanding and improving communication and decision-making in palliative care for Turkish and Moroccan immigrants: a multiperspective study. Ethn. Health. 2012.

7. Torrensma M, Suurmond JL, Heide, A van der, Onwuteaka-Philipsen BD. Care and decision-making at the end of life for patients with a non-western migration background living in The Netherlands: a nationwide mortality follow back study. J. Pain. Symptom Manage. 2020.
8. Yilmaz NG, Schouten BC, Schinkel S, van Weert JCM. Information and participation preferences and needs of non-western ethnic minority cancer patients and survivors: a systematic review of the literature. Patient Educ Couns. 2019.
9. CBS dossier asiel migratie en integratie. [www.cbs.nl/nl-nl/dossier/dossier-asiel-migratie-en-integratie/hoeveel-mensen-met-een-migratieachtergrond-wonen-in-nederland](http://www.cbs.nl/nl-nl/dossier/dossier-asiel-migratie-en-integratie/hoeveel-mensen-met-een-migratieachtergrond-wonen-in-nederland).
10. Surbone A. Cultural aspects of communication in cancer care. Support Care Cancer. 2008; 16:235-240.
11. Thomsen OO, Wulff HR, Martin A, Singer PA. What do gastroenterologists in Europe tell cancer patients? The Lancet. 1993;341:473-476.
12. Dalla-Vorgia P, Katsouyanni K, Garanis Tn, e.a. Attitudes of a Mediterranean population to the truth-telling issue. J Med Ethics. 1992;18:67-74.
13. Grassi L, Giraldo T, Messina EG, e.a. Physicians' attitudes to and problems with truth-telling to cancer patients. Support Care Cancer 2000;8:40-45.
14. Bozcuk H, Erdogan V, Eken C, e.a. Does awareness of the diagnosis make any difference in quality of life? Determinants of emotional functioning in a group of cancer patients in Turkey. Support Care Cancer. 2002;10:51-57.
15. Atesci FC, Baltalarli B, Oguzhanoglu NK, e.a. Psychiatric morbidity among cancer patients and awareness of illness. Supportive Care Cancer. 2004;12:161-167.
16. Ozdogan M, Samur M, Bozcuk HS, e.a. "Do not tell": What factors affect relatives' attitudes to honest disclosure of diagnosis to cancer patients? Supportive Care in Cancer. 2004;12:497-502.
17. Zou G, Simons A, Toland A. An exploration of the effects of information giving and information needs of women with newly diagnosed early-stage breast cancer: A mixed-method systematic review. Nursing Open. 2021;27.
18. Luker KA, Beaver K, Leinster SJ, e.a. The information needs of women newly diagnosed with breast cancer. J. Adv. Nurs. 1995;22:134-141.
19. Erer S, Atici E, Erdemir AD. The views of cancer patients on patient rights in the context of information and autonomy. Journal of Medical Ethics. 2008;34:384-388.
20. De Graaff FM, Francke AL, Muijsenburgh METC, Geest S. Talking in triads: communication with Turkish and Moroccan immigrants in the palliative phase of cancer. Journal of Clinical Nursing. 2012;21:3143-3152.
21. Mahdi Salih. 'Tolken terug in de zorg, alstublieft'. Interne geneeskunde. 2021;04:6-7.
22. Yildirim B, Tanriverdi O. Evaluation of Cancer Patients Admitted to the Emergency Department within One Month before Death in Turkey: What are the Problems Needing Attention? Asian Pac J Cancer Prev. 2014;15(1):349-353.
23. De Graaff FM & Francke AL. Home care for terminally ill Turks and Moroccans and their families in the Netherlands: carers' experiences and factors influencing ease of access and use of services. International Journal of Nursing Studies. 2003;40:797-805.
24. WHO palliative care 5 august 2020. [www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care](http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care).

Wegens het vertrek van een van onze redactieleden zijn wij op zoek naar een nieuw

# Redactielid

De redactieraad van *Interne Geneeskunde* bestaat uit vijf leden, waarvan één lid afgevaardigd is vanuit de JNIV. De kracht van ons blad zit in de diversiteit van de onderwerpen die aan bod komen. Veel, maar niet alles draait om de interne geneeskunde in het magazine. Daarom is het werk uitdagend en verfrissend.

Wij zoeken een internist met affiniteit voor de Nederlandse taal die mee wil denken over de inhoud van ons blad.

Als je interesse hebt of nog nadere informatie wenst, kun je contact opnemen met Paula van Eerde:  
[Eerde@internisten.nl](mailto:Eerde@internisten.nl)

De redactieraad vergadert elke drie maanden.

De Redactie

## Cartoon

Dr Punthoofd... Ziet de voordelen van  
Point-of-Care Ultrasound





# Zin-ternisten in Zorg

TEKST: **MARIANNE HENDRIKS**

**Meer werkplezier, mentaal fitte (jonge) dokters en meer tijd voor de patiënt. Dit is waar Zin in Zorg voor staat. Zin in Zorg is een beweging voor en door jonge artsen, bedoeld om bewust te kijken naar de huidige werkcultuur, die gedomineerd wordt door werkdruk, haast en stress.**

## Waarom Zin in zorg?

‘Het creëren van awareness is essentieel voor het veranderen van de werkcultuur’, stelt Marika Vendeloo. Bijna één op de zeven a(n)ios krijgt te maken met burn-out klachten, een kwart van de aios overweegt (wel eens) te stoppen met de opleiding. Niet omdat zij de inhoud van het vak niet leuk vinden, maar vanwege de werkdruk en het gevoel altijd gehaast te moeten werken. Via verschillende challenges wordt aandacht gevraagd voor de huidige werkcultuur en een positieve hervorming daarvan. ‘Het is tijd om samen op te trekken voor een gezonde, bestendige toekomst voor zowel arts als patiënt’, vindt Vendeloo. Marleen



Marika Vendeloo

Zin in Zorg is een initiatief van De Jonge Specialist (DJS), de Landelijke vereniging voor Artsen in Dienstverband (LAD), de LOVAH (vertegenwoordiger van alle huisartsen in opleiding) en de Vereniging voor Artsen Automobilisten (VvAA). Ook de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) staat achter dit initiatief. Inmiddels heeft de beweging ruim 700 ambassadeurs. We spreken twee van hen: Marleen van der Velde (aios) en Marika Vendeloo (internist-nefroloog).

‘Waarom nemen wij de telefoon nog op **tijdens een toiletbezoek?**’

van der Velde voegt toe: 'Het is prettig om te merken dat dingen waar je zelf tegenaan loopt breed gedragen worden. Eerst denk je: het ligt vast aan mij, want ik werk er net. Maar door Zin in Zorg hoor ik deze geluiden van veel mensen om me heen. Je merkt dat je niet alleen staat. Wij creëren awareness over deze thema's en proberen samen te zoeken naar oplossingen.'

#### **Wat doet Zin in Zorg?**

Zin in Zorg is gelanceerd om jonge artsen voor het vak te behouden en een cultuurverandering voor jong én oud aan te jagen. In november 2019 was de kick-off van deze beweging. Op basis van deze meeting is een enquête verstuurd en met de bevindingen van deze enquête is in 2021 de Toekomstagenda geformuleerd, samen met de jonge artsen die bij Zin in Zorg zijn aangesloten. Op basis van deze agenda zijn vier challenges geformuleerd: meer inspraak bij de organisatie van ons werk, meer ruimte voor persoonlijke ontwikkeling, meer aandacht voor de mens achter de dokter en positieve hervorming van de werkcultuur. Vijf teams zijn aan de slag gegaan met de uitwerking van deze thema's. Hun ideeën zijn gepresenteerd in korte films die werden gepresenteerd op



Marleen van der Velde

## 'We richten ons op de vraag hoe de cultuur waarin **overwerken de norm** is kan worden doorbroken'

het Zin in Zorg Filmfestival in juni 2022.

#### **Jullie deden mee aan challenge 4: positieve hervorming van de werkcultuur. Wat hield dat in?**

Van der Velde: 'Met team vier richten we ons op de vraag hoe de cultuur waarin overwerken de norm is, kan worden doorbroken. Met acht andere gemotiveerde jonge dokters lanceerden we vorig jaar in oktober de meetweek en de pauzeweek. Wij willen niet zeuren dat wij het slecht hebben, maar willen zorgen voor een positieve verandering. Wij maken anderen bewust van het belang van pauze nemen.'

#### **Meetweek en pauzeweek?**

Vendeloo: 'Tijdens de meetweek vulden bijna 700 artsen een enquête in. Daarnaast registreerden circa 400 anios en aios gedurende deze week hun uren. Daaruit bleek dat zij gemiddeld 5,4 uur per week overwerken. Bovendien is 40% niet tevreden is over het aantal gewerkte uren.' Van der Velde vult aan: 'Een derde houdt op doordeweekse werkdagen geen pauze en 14% neemt zelfs nooit pauze'.

'In de pauzeweek vroegen we vervolgens aandacht voor het belang van pauzes', zegt Vendeloo. 'Er is namelijk groeiend wetenschappelijk bewijs voor het nut van pauzes: minder werkstress en betere zorg voor de patiënt. Eén van de initiatieven was een bingokaart voor artsen. Daarop stond onder andere: 'geen onderwijs in pauze', 'telefoon/sein even afgeven tijdens pauze' of 'even buiten geweest'. Daarnaast waren er dagelijkse filmpjes met allerlei andere

challenges om op een ludieke manier aandacht te vragen voor het belang van pauzeren. 'Waarom nemen wij de telefoon nog op tijdens een toiletbezoek? Dit zijn dingen die echt anders moeten', aldus Vendeloo.

De resultaten van de meet- en pauzeweek en die van de challenges van de andere teams zijn gepubliceerd op het Zin in Zorg filmfestival in juni 2022.

#### **Hoe nu verder?**

Vendeloo: 'De Zin in Zorg-beweging gaat door. Op basis van de resultaten van alle challenges gaan we een plan maken voor een vervolg in samenwerking met verschillende bestuurders, beleidsmakers en opleiders voor de komende jaren. Wij zouden graag zien dat de meetweek een jaarlijks terugkerend item is, waarbij ziekenhuizen zich kunnen benchmarken ten opzichte van andere ziekenhuizen.' Van der Velde: 'De afgelopen jaren is de Zin in Zorg-beweging gegroeid van 300 naar inmiddels ruim 700 leden. Wij hopen uiteindelijk in ieder ziekenhuis meerdere ambassadeurs te hebben om meer awareness te creëren en het draagvlak te vergroten. Om goed voor je patiënten te kunnen zorgen is zelfzorg zó belangrijk. Laten wij ervoor gaan dat elke dokter weer Zin in Zorg krijgt!' ■

#### **Noten**

Meer weten over de meetweek of pauzeweek, over de activiteiten van de andere Zin in Zorg-teams of wil je je net als Marika en Marleen aansluiten bij Zin in Zorg? Kijk op [www.zininzorg.nl](http://www.zininzorg.nl).

Ben je enthousiast geworden en wil je alvast aan de slag in je lokale ziekenhuis? Verbetervoorstellen, handreikingen, video's en aanbevelingen van de verschillende Zin in Zorg-teams staan in de startkit op de website [www.zininzorg.nl](http://www.zininzorg.nl).



Tijdens een workshop 'Debatteren kun je leren' van Dokters in Debat.

# Zwijgen is zilver, spreken is goud

Dokters in debat

TEKST: FEBE SMITS & ANNA VERHULST

**Dokters in Debat is een stichting die werd opgericht om artsen te stimuleren hun stem luider te laten klinken in het maatschappelijk debat. De stichting organiseert cursussen over debatteren en het schrijven van een opiniestuk en geeft workshops op medische congressen. Daarnaast is Dokters in Debat betrokken bij onderwijs en gespreksleider op debatavonden voor de medische beroepsgroep. Dit jaar viert de stichting haar eerste lustrum. Waarom zou een internist van zich laten horen in het maatschappelijk debat? Een betoog.**

Komt een arts een collega tegen bij het koffiezetapparaat. Zegt de een tegen de ander: 'Die administratie, de overvolle poli's, het gebrek aan personeel (etc. etc.): het is geen doen meer. Zo leveren we toch geen goede zorg?' De ander antwoordt: 'Inderdaad, hoe ver moet het nog gaan voordat duidelijk wordt dat dit niet houdbaar is?'

Beiden zuchten hartgrondig. Het valt stil. 'Koffie dan maar?'

## Het piept en het kraakt

Deze fictieve dialoog komt menig arts vast bekend voor. De gezondheidszorg staat onder druk en dat is te merken voor zowel de patiënt als voor de dokter. Kranten koppen

dat het 'piept en kraakt', huisartsen demonstreren op het Malieveld en LinkedIn-tijddijnen stromen over met uitingen van frustraties en soms schrijnende voorbeelden uit de praktijk. Al in het precovidium werd er in het parlement hevig gediscussieerd over de toekomst van de Nederlandse gezondheidszorg. Een greep uit de actuele thema's: de pan uit rijzende zorgkosten, faillissementen van ziekenhuizen, sluiting van spoedeisende hulplocaties, invloed van zorgverzekeraars, vaccinatiescepsis *and the list goes on*. Politici, beleidsmakers en onderzoeks- en adviesbureaus buiten over elkaar heen om zich hierover uit te spreken. Artsen verschijnen in het publieke debat echter zelden ten tonele. Hoe komt dat?

## Schoenmaker, blijf bij je leest

Dit is niet eenduidig te verklaren, maar twee factoren spelen zeker een rol. Allereerst heeft een medisch specialist het druk genoeg met het uitoefenen van zijn of haar beroep. Daar komen vaak nog allerlei andere taken bij die in de zorgorganisatie vervuld moeten worden. De agenda van de medisch specialist is simpelweg vol. Daarnaast is het karakter van een arts ook van invloed: een medicus denkt wel drie keer na alvorens zich ergens over uit te spreken. Een arts is opgeleid om zich te beperken tot medisch-inhoudelijke kennis binnen het vakgebied en laat hierbij een mening over zaken buiten dit domein zo veel mogelijk achterwege. Met andere woorden: een arts heeft een sterk gevoel van 'schoenmaker blijf bij je leest'. Hoewel het in de zorg voor de patiënt van belang is dat we ons niet onbekwaam op andermans terrein begeven, zijn we in de basis ook 'gewoon' dokter. In hoeverre moeten we expert zijn op het gebied van longgeneeskunde om patiënten aan te moedigen om te stoppen met roken? Zijn het alleen MDL-artsen die de alcoholabusus van een patiënt ter sprake mogen brengen?

## De witte jas op de markt

Ten tijde van de coronapandemie werden artsen als nooit tevoren overal en door iedereen om hun

mening gevraagd. Soms was het lastig om bij de feiten te blijven. Ondanks de crises op vele fronten, bracht de coronatijd geweldige initiatieven voort waarmee artsen de wetenschap dichter bij het publiek probeerden te brengen. Zo gingen huisartsen en medisch specialisten in hun witte jas de markt op om vragen en twijfels over vaccinatie aan te horen en zo goed mogelijk te beantwoorden. Er werd een heuse Twijfeltelefoonlijn opgericht die mensen kosteloos konden raadplegen. Tegelijkertijd was er ook de opkomst van instanties die als winstorgaan hadden om het wantrouwen tegen de medische wetenschap te vergroten. Dit deden zij onder andere door het verspreiden van desinformatie, soms gestaafd door bronnen uit de medische beroepsgroep, wat weer een discussie teweegbracht over de vrijheid van meningsuiting van artsen. Bijna drie jaar na de eerste berichten over het nieuwe coronavirus en een vaccinatiegraad van 82,9% mogen we concluderen dat het vertrouwen in de wetenschap gelukkig nog steeds groot is. Hoewel het in de media nog wel eens anders werd afgespiegeld (één deskundige tegenover één vaccinatietwijfelaar) is de groep mensen die verstrikt is geraakt in een web van desinformatie feitelijk heel klein. Er is een grote, zwijgende meerderheid die wel vertrouwen heeft in de wetenschap. Juist in deze tijd van toenemende polarisatie is het belangrijk dat medici zich

inzetten om hun stem in het maatschappelijk debat luider te laten klinken.

### Het opnemen voor de feiten

Over hoe belangrijk het is om je als wetenschapper uit te spreken ging ook de lezing *Wanneer kennis kritiek* wordt van Robbert Dijkgraaf.<sup>1</sup> Vlak na zijn benoeming tot minister van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap sprak hij op de Universiteit Leiden een volle zaal wetenschappers van allerlei pluimage toe. Hij sprak over de paradox van deze tijd: wetenschap heeft een steeds grotere invloed op ons dagelijks leven, maar tegelijkertijd is er sprake van een groeiend onbegrip (wie begrijpt nog werkelijk hoe alles in essentie werkt?). Zo komt het dat er steeds meer vragen en onzekerheden bij mensen ontstaan, terwijl het hoe en waarom aldoor moeilijker wordt om uit te leggen. Daarnaast bekijft deze kennis ook nog eens niet. Het absorptievermogen van de samenleving, aldus minister Dijkgraaf, neemt af. Dit is bij uitstek een vruchtbare bodem voor nepnieuws, pseudowetenschap en het beschouwen van feiten als een mening.

Deze achtergrond in ogenschouw nemende is het een morele plicht van een wetenschapper om altijd op te komen voor de feiten en deze op een begrijpelijke manier met de samenleving te delen. Gerit Hiemstra voegde na afloop van Dijkgraafs lezing toe dat hij zich in discussie

met ontkenner van klimaatverandering vaak alleen voelt: 'Zo vaak denk ik: help mij, ik weet ook niet alles. Het zou me zo helpen als anderen ook de handschoenen oppakken en zich verantwoordelijk voelen voor het presenteren van de feiten.'

### De stem van de praktijk

Naast de morele oproep van Dijkgraaf is er een tweede, minstens zo belangrijke beweegreden om als dokter je stem te laten horen. Bij de vele uitdagingen waarmee de Nederlandse gezondheidszorg geconfronteerd wordt, is het van groot belang dat inzichten uit de dagelijkse praktijk worden meegenomen in de discussie. Hiervoor zullen artsen over lastige vraagstukken moeten mepraten. Al zwiigend beland je niet aan tafel en *if you're not at the table, you're on the menu*.

Dat is wat Stichting Dokters in Debat nu al vijf jaar beweegt: het stimuleren van artsen om van zich te laten horen in het maatschappelijk debat. De stichting werd in 2017 opgericht door Anna Verhulst en Judith Voogt. Met het organiseren van cursussen over debatteren en opiniestukken schrijven hopen we artsen te leren hoe een standpunt te verwoorden en deze over te brengen, om vervolgens invloed te kunnen uitoefenen op het te vormen beleid. Dokter zijn stopt immers niet bij de deur van het ziekenhuis. ■

### Over de auteurs

**Febe Smits** is anios Interne Geneeskunde in het HagaZiekenhuis (Den Haag) en bestuurslid van Dokters in Debat. **Anna Verhulst** is fellow Acute Interne Geneeskunde in het Amsterdam UMC (locatie AMC) en oprichter van Dokters in Debat.

### Meer weten?

<https://doktersindebat.com>

### Referenties

1. Dijkgraaf R. Wanneer kennis kritiek wordt. Universiteit Leiden, 11-03-2022. [www.rijksoverheid.nl/documenten/toespraken/2022/03/11/lezing-wanneer-kennis-kritiek-wordt-door-minister-dijkgraaf-op-11-maart-2022-in-leiden](http://www.rijksoverheid.nl/documenten/toespraken/2022/03/11/lezing-wanneer-kennis-kritiek-wordt-door-minister-dijkgraaf-op-11-maart-2022-in-leiden).



Een workshop van Dokters in Debat.



# De huisdichter stelt zich voor

TEKST: BORIS KANEN

In de vorige editie ging *Wondvocht* van start: een poëtische vrijplaats over de glans en wrijving waarin het leven zich op lichaam en geest manifesteert en in schoonheid verweert. Een plek waar arts en dichter samenkomen, soms subtiel en soms evident. En altijd gaat het over de mens: de menselijke ervaring en de menselijke conditie.

Het is een eer om gevraagd te worden als 'huisdichter' van *Interne Geneeskunde*. Mensen die mij kennen, weten van mijn eeuwige trouw

aan de geneeskunst. Toch zijn mijn poëtische escapades ook niet helemaal onbekend. Afgelopen november zag mijn derde dichtbundel het

licht. En al sta ik ook wel eens op een poëziepodium, toch blijf ik last houden van het *imposter syndrome*: de interne ervaring dat je gelooft dat je niet zo competent bent als anderen denken dat je bent. Om als internist, als dichter, een vaste rubriek te mogen verzorgen, is dan wel wat.

## De dichter uit de kast

Het was voor mij nooit een ambitie om met mijn poëzie naar buiten te treden. Kunst, en zo ook poëzie, brengt vaak hoop, relativering, een ander perspectief. Voor mij is het een manier om gedachten, gevoelens en ervaringen vast te pakken en weer los te laten. Het was mijn vader die me met de opmerking: 'Een gedicht is geschreven om gelezen te worden' ertoe bracht het te gaan delen. Van hem heb ik toch wat meegekregen: hij herdichtte namelijk duizenden klassieke liederen in het Nederlands en schreef het boek *Schubert in het Nederlands*. Vroman heeft eens gezegd dat 'dichten is als naaktlopen met je brein'. Pas toen de uitgever van bloemlezingen waarvoor ik ooit gevraagd was, mij benaderde met het voorstel een eigen bundel uit te brengen, ben ik gaan nadenken over publiceren onder mijn eigen naam. Dat was een stap: ik had het gevoel dat ik als arts veel van mijzelf prijs zou geven aan mijn omgeving. Toch heb ik bedacht dat het nu eenmaal aspecten van mijzelf zijn: de dokter en de dichter, ze bestaan beiden. Zo besloot ik dus 'uit de kast' te komen. Als toenmalige stafvoorzitter moest ik wel conform de mediacode van ons ziekenhuis de voorzitter van de Raad van Bestuur inlichten. Hij las als een van de eersten het manuscript en toen zijn aanvankelijke aarzeling omsloeg in enthousiasme, bekende hij een liefhebber te zijn.

## Poëzie en interne geneeskunde

Er zijn veel parallellen tussen het dichterschap en de interne geneeskunde. Beide houden zich bezig met vergankelijkheid, de kwetsbaarheid en veerkracht van het leven. Beide richten zich op het inwendige, het innerlijke, waar werelden te ontdekken zijn en beide staan in

onlosmakelijk contact met de omgeving waarin ze zich bevinden.

*‘Poëzie is een daad,  
een daad van bevestiging. Ik bevestig  
dat ik leef, dat ik niet alleen leef’*

schreef de onlangs overleden Remco Campert. Tegenwoordig wordt ‘reflectie’ wel eens verward met ‘gebrek aan daadkracht’. Campert corrigeert dit beeld, dat zowel de poëzie als de beschouwende specialist tekort doet. Je verdiepen in de ander en jezelf en bewust je woorden en handelen kiezen, liggen uiterst dicht bij elkaar. Onze wereld is erbij gebaat op deze manier uit te reiken naar buiten je ‘bubbel’ (de derde regel van de strofe hierboven). Of het nu gaat om de polarisatie rondom covid, politiek of het klimaat, dat uitreiken en de daad bij het woord voegen, is wat nodig is om elkaar en de harmonie weer te vinden. Daar ontstaan mooie hoopvolle bewegingen, daar vind ik in ieder geval poëzie. En dat is tevens de schoonheid en kracht van de inwendige geneeskunde.

### Oorlog in Oekraïne

Niemand zal de oorlog in Oekraïne ontgaan zijn. Het beheerst het nieuws en bij velen ook de gedachten. Met aan de ene kant goede vrienden in Rusland en aan de andere kant collega's en kennissen uit en in Oekraïne, raakte het ook mij. Op zaterdag 26 februari, slechts 2 dagen na de start van de Russische invasie, ontving ik van een kennis een noodkreet om hulp. En dan vooral om schaarse levensreddende medicatie voor de Oekraïense ziekenhuizen. Op dat moment had ik geen idee hoe op deze vraag een antwoord te geven. Maar niet veel later had ik contact gelegd met Oleksiy Myshakivkyi, hartchirurg in Lviv, alsook met het

bestuur van de Vereniging SAZ, waar 29 regionale ziekenhuizen lid van zijn. Slechts zes dagen later startten we ons initiatief dat ondersteuning zou bieden in de vorm van het vraaggestuurd leveren van medicijnen en medische hulpmiddelen aan ziekenhuizen en gezondheidsorganisaties in Oekraïne die een beroep op ons deden. De behoefte aan medicijnen is zeer groot. Ziekenhuizen, artsen en apothekers uit Nederland mogen zelf niet zomaar medicijnen geven. Vervoer door meerdere landen en buiten de EU is namelijk gebonden aan regelgeving en vereist vergunningen. Daarom hebben we de IDA Foundation betrokken. IDA is een *social enterprise* die medicatie verstrekt aan ontwikkelingslanden. Zij konden de gevraagde medicatie met vergunningen snel leveren tegen ontwikkelingshulptarief: een fractie van de prijs in de Nederlandse markt. Inmiddels hebben we in de afgelopen maanden zeven trucks met vele tientallen tonnen aan medicatie en medische hulpmiddelen geleverd aan vele ziekenhuizen en kinderiekenhuizen, onder andere in Lviv, Zhytomyr, Charkov, Kiev, Dnipro, Chernigiv en Kramatorsk. Dit dankzij vele collega's en ziekenhuizen en de steun van de Nederlands Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), het Landelijk Coördinatiepunt Geneesmiddelen (LCG), het ministerie van VWS, de inspectie voor Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ), ambassades, Brocacef en de pensioenfondsen PGGM en PFZW. Alleen in die eerste weken al leverden we 15.000 medische kits aan de mensen die al weken schuilden in de kelders van Charkov.

### De dokter, de wereld en het gedicht

Ik schreef in die tijd, terwijl ik een dierbare Russische vriend zag

### Are you with me?

*I cannot  
I will not  
Wage war  
Against my thoughts  
Against my heart*

*Instead I feed them  
While bombs fall  
Drinking water from  
The darkest basement  
Where friends disappear  
Behind shadows  
And from life*

*I will hold you  
As my thoughts  
As my heart  
As close as possible  
Then dare: free  
Them, in this void  
Defy fear, see  
Hear me*

*Prove to me  
That you are with me*

verdwijnen in een door de staat afgedwongen radiostilte, Zelensky zijn inmiddels beroemde toespraak hield in het Europees parlement en de eerste persoonlijke verhalen uit de kelders van Charkov ons bereikten, het onderstaande gedicht. Het is anders dan er in de rubriek *Wondvocht* zullen volgen, bijvoorbeeld omdat het in het Engels is en direct aansluit op de actualiteit. Bij vertrek van ons eerste hulptransport met ruim 16 ton aan goederen overhandigde ik de Oekraïense chauffeur een persoonlijke brief aan Oleksiy met daarin het gedicht als een hart onder de riem. ■

### Noot

Kijk voor meer informatie over de hulpactie op [www.saz-ziekenhuizen.nl](http://www.saz-ziekenhuizen.nl) en klik op Actie Oekraïne.

‘Dichten is als **naaktlopen met je brein**’

# JNIV-opleidingsprijs 2022

TEKST: LEONIE CLAESSENS

Op 18 mei 2022 werd weer de JNIV-opleidingsprijs uitgereikt. De prijsuitreiking vond plaats op de landelijke opleidingsdag interne geneeskunde (LOIG) in Ede. De winnaars van 2022 zijn Gert Jan Timmers en Demelza Hoogwerf-Kluft.

Na onze oproep aan aios om opleiders te nomineren die zorg dragen voor een vitaal opleidingsklimaat, kwamen vele mooie inzendingen binnen. Daaruit werden drie genomineerden geselecteerd: Gabor Linthorst (AmsterdamUMC), Bart Veldman (Canisius Wilhelmina Ziekenhuis) en het duo Gert Jan Timmers en Demelza Hoogwerf-Kluft (Ziekenhuis Amstelland).

Opleider Gert Jan Timmers en plaatsvervangend opleider Demelza Hoogwerf-Kluft kwamen uiteindelijk als winnaar uit de bus. Zij werden voorgedragen door hun eigen aios, omdat zij een nieuwe generatie artsen opleiden met aandacht voor vakinhoudelijke groei, maar óók voor de persoon achter de witte jas. Bij het begin van de covid-19-pandemie leidde de zorg voor de ernstig zieke patiënten, in combi-

natie met een beperkt sociaal leven door de lockdowns en de hoge werkdruk, veelal tot minder werkplezier en vitaliteit. Gert-Jan en Demelza voelden zich genooddaakt om hier iets aan te doen. Zij startten het project *De Vitale Dappere Dokter*, daarbij geïnspireerd door collega Rob Fijnheer, opleider in het Meander Medisch Centrum en tevens winnaar van de JNIV-opleidingsprijs in 2020. Het programma werd een razend succes. Op de aankomende LOIG krijgen zij het podium om hun verhaal te doen en hiermee andere opleiders te inspireren.

Ben je nieuwsgierig geworden naar het project van Demelza en Gert-Jan? Lees ook hun uitgebreide artikel over *De Vitale Dappere Dokter* in *Interne Geneeskunde* 2, juni 2022.

Veel dank aan de aios voor alle inzendingen dit jaar!

## Nomineren 2023

Heb jij ook een opleider of supervisor die een podium verdient? Nomineer vanaf dit najaar jouw opleider voor de JNIV-prijs 2023 door een mail te sturen naar [knape@internisten.nl](mailto:knape@internisten.nl).

## Luister nu de podcast 'De Grote Visite' – de podcast voor en door internisten



In deze podcast van de Nederlandse Internisten Vereniging worden actualiteiten, casuïstiek, richtlijnen en overig internistisch relevante materie besproken.

Beluister het eerste seizoen van De Grote Visite! Scan de QR-code hieronder om de afleveringen te beluisteren via Castos. Ook zijn alle afleveringen te vinden op Apple Podcast en Spotify.

Heb je vragen, opmerkingen of leuke ideeën voor nieuwe afleveringen? Laat het vooral weten via een mail aan [podcast@internisten.nl](mailto:podcast@internisten.nl).

*Het volgende seizoen wordt opgenomen tijdens de Internistendagen 2022. Tot dan!*



Onze pensioenmiljarden worden vervuילend geïnvesteerd

# Het laaghangende klimaatfruit lonkt

TEKST: KIM SIGALOFF, INTERNIST, CENTER FOR SUSTAINABLE HEALTHCARE, AMSTERDAM UMC & SERGE ZWEERS, MDL-ARTS, MAASSTAD ZIEKENHUIS

**Zoals benadrukt in het interview met internist-nefroloog Peter Blankenstijn in de vorige editie van *Interne Geneeskunde* wordt de roep om verduurzaming in de zorg steeds luider. Ook binnen onze beroepsgroep neemt het bewustzijn over dit onderwerp toe en ontstaan er op verschillende niveaus initiatieven om duurzaam werken te stimuleren.**

Meer aandacht voor klimaatverandering en duurzaamheid in het curriculum en tijdens de opleiding? Covid-19-afdeling met (deels) *reusable* in plaats van disposable persoonlijk beschermingsmateriaal? Congressen volgen op afstand en limiteren van aantal werkgerelateerde vluchten per jaar? Stimuleren van gezond en duurzaam voedselaanbod in onze personeelsrestaurants? Het is inspirerend en hoopgevend om te zien hoeveel momentum er in korte tijd al is ontstaan onder zorgverleners en in de betreffende Green Teams om bij te dragen aan vergroening. Het belang om de ecologische voetafdruk van ons medisch handelen zo vlot mogelijk te verkleinen staat niet meer ter discussie. Medici hebben als primaire taak om gezondheid te bevorderen en de klimaatcrisis is natuurlijk ook een gezondheidscrisis.

## Onverwachte hoek

Het lijkt ons van cruciaal belang om bij al deze vergroenings-energie een extra perspectief onder de aandacht te brengen. We zouden anders zomaar aan het 'laagsthangende klimaatfruit' voorbij kunnen gaan. De vergroeningspotentie zou voor sommigen weleens uit onverwachte hoek kunnen komen: de pensioenfondsen. De koers van de maatschappij hangt voor een groot deel af van hoe 'het grote kapitaal' geïnvesteerd wordt. Een miljard in windenergie heeft een andere impact dan een miljard in nieuwe oliebronnen. Neem in dit kader de 1700 miljard (!) in gedachten die de Nederlandse pensioenfondsen investeren voor onze oude dag: wat een impact is daar mee te maken! Helaas richten pensioenfondsen zich nog te veel op maximaal rendement, zonder stil te staan bij een leefbare wereld op het moment dat de deelnemers van hun pensioen gaan genieten. Terwijl dat uitstekend samen kan. Grootschalige investeringen in olie en gas, massale ontbossing van het Amazonegebied en elders: grote industriële vervuilers en zelfs de wapenindustrie zijn in praktisch alle beleggingsportefeuilles van de pensioenfondsen ruim vertegenwoordigd. Ontluisterend toch?

## Voortrekkersrol

Gelukkig blijken pensioenfondsen onder toenemende maatschappelijke druk hun beleggingsbeleid wat te verduurzamen. Voor ons medici is hier een voortrekkersrol weggelegd: wij hebben iets te vinden van zaken die welzijn en gezondheid ondermijnen – al helemaal als het investeringen zijn met onze eigen premies. Onder toenemende druk trekken bijvoorbeeld steeds meer fondsen zich terug uit fossiel. ABP, met 500 miljard euro het grootste pensioenfonds van Nederland (én Europa), schreef

afgelopen najaar geschiedenis door ook te stoppen met fossiele investeringen. Het bedrijf geeft opvallend genoeg aan geen effect op haar rendement te verwachten en zegt dat investeren in fossiel juist ook financieel steeds riskanter wordt (De Nederlandsche Bank waarschuwt hier steeds luider voor). Bovendien stelt ABP dat jarenlang praten met fossiele bedrijven over verduurzaming onvoldoende effect heeft gehad.

Pensioengeld van zorgverleners dat ziekmakend wordt geïnvesteerd, dat kan toch niet gekker, zou je denken? Misschien toch wel: de meeste zorgverzekeraars investeren de reservepot (10 miljard euro) namelijk óók grootschalig in dezelfde ziekmakende sectoren. Ondertussen laten ze zich toejuichen om hun toenemende uitingen en doelstellingen op het gebied van ziektepreventie. Gelukkig zijn er een paar zorgverzekeraars die wat dit betreft een positieve uitzondering zijn (zie [www.eerlijkegeldwijzer.nl](http://www.eerlijkegeldwijzer.nl)).

## Eerste kleine stapje

Dus als je je afvraagt hoe je een verduurzamingsslag kunt slaan als zorgverlener, vergeet dan toch zeker je pensioenfonds (en zorgverzekeraar) niet. Als pensioendeelnemer kun je direct contact opnemen met je fonds, dat aan jou verantwoording verplicht is. Of spreek je in bredere zin uit en zet anderen aan het denken. Het is ons geld, onze gezondheid, onze toekomst. Onder druk wordt alles vloeibaar, kijk naar de ommezwaai van het ABP. Een (duurzame) zorgverzekeraar kan je wél kiezen. Of natuurlijk aanspreken vanuit je rol als zorgprofessional. Zet dat eerste kleine stapje en help die miljarden de duurzame kant op bewegen! Vermoedelijk minstens zo effectief als het voorkomen van afval op onze behandelkamers – hoewel het uiteindelijk natuurlijk 'en, en' moet zijn.

## Onderneem actie

Overweeg je nu actie maar weet je niet waar te beginnen? Stuur een berichtje aan Groen Pensioen (<https://groen-pensioen.nl>) of neem deel aan één van hun laagdrempelige webinars. Daarin worden tips gegeven over het effectief aanwenden van je invloed als pensioendeelnemer. Zo staat bijvoorbeeld een standaardbrief aan je fonds al klaar. Het hoeft echt niet veel tijd te kosten! Wel zo fijn voor ons klimaatbezorgde dokters, want alle andere ballen moeten ondertussen natuurlijk ook gewoon in de lucht blijven.

## Logisch

Logischer wordt het niet, wij als medici zetten onze in voor gezondheid en welzijn en verlangen datzelfde van ons pensioenfondsen en onze zorgverzekeraars. ■

# De valkuilen van het oordeelsvermogen

TEKST: DARIUS SOONAWALA

Wat is de overeenkomst tussen het stellen van een diagnose, een multidisciplinair overleg, een vakgroepvergadering en een sollicitatieprocedure? In elk van deze situaties wordt een oordeel gevormd en een beslissing genomen. En in elk van deze situaties wordt dat proces beïnvloed door *bias* en *noise*, ofwel ruis. Beide leiden tot een slechter oordeel en tot fouten.

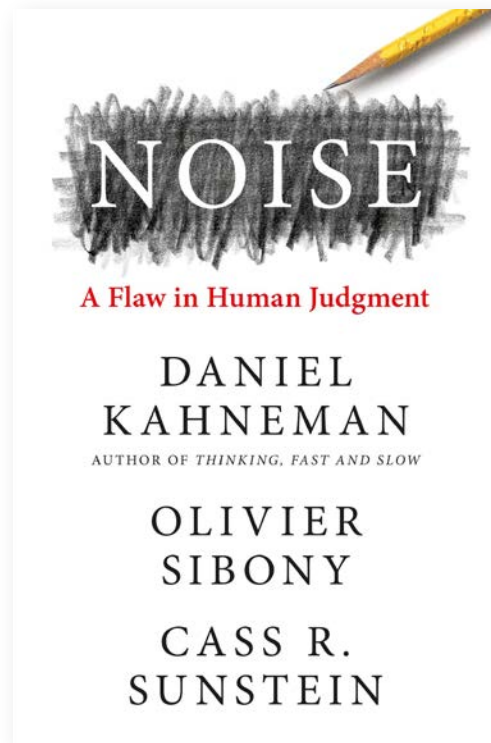
In het boek *Noise* introduceren Daniel Kahneman, Oliver Sibony en Cass Sunstein het begrip *noise*. Waar bias leidt tot een fout waardoor het oordeel systematisch afwijkt van de meest juiste uitkomst of waarheid, wordt met ruis de mate van variatie bedoeld die ontstaat rondom een uitkomst.

## Bias en ruis

Met een voorbeeld uit de rechtspraak kunnen we de termen bias en ruis tot leven brengen. Je spreekt in de rechtspraak van bias als, voor hetzelfde vergrijp, een groep mensen op grond van uiterlijke of sociale kenmerken gemiddeld genomen zwaarder wordt gestraft dan een andere groep. De gemiddelde uitspraak voor deze groep mensen wijkt af van het populatiegemiddelde. In het boek noemen ze dit ook wel *statistical bias*. Ruis daarentegen betreft de mate van variatie rondom de gemiddelde uitspraak. Waarom wordt Jan bij de ene rechter veroordeeld tot 3 maanden voor diefstal van een telefoon en zou hij bij de andere rechter 6 maanden straf krijgen? Deze variatie in rechterlijke uitspraken wordt beïnvloed door verschillende factoren; de rechter, het type vergrijp, kenmerken van de verdachte en allerlei andere omstandigheden. Deze omstandigheden zijn deels op toeval gebaseerd, zoals het weer en het tijdstip van de dag.

## Soorten ruis

*Noise* kan worden opgebroken in de componenten *level noise* en *pattern noise*. *Level noise* is de variatie in het gemiddelde oordeel tussen rechters. Bijvoorbeeld: deze rechter straft altijd zwaarder dan die rechter. *Pattern noise* gaat over de variabiliteit in rechterlijke uitspraken op basis van de interactie tussen een rechter en de rechtszaak. Daarbij kan weer onderscheid worden gemaakt tussen twee vormen van *pattern noise*: *stable pattern noise*, waarvan bijvoorbeeld sprake is als een rechter mannen



altijd zwaarder straft dan vrouwen en *occasion pattern noise*. Dit laatste toont zich in de verschillen tussen rechterlijke uitspraken op basis van bijvoorbeeld het weer, het tijdstip van de dag en zelfs of het lokale voetbalelftal het voorafgaande weekend wel of niet heeft gewonnen.

Elk oordeel wordt beïnvloed door ruis. Zo is onder artsen bijvoorbeeld *occasion pattern noise* aangetoond. Een consult aan het begin van het spreekuur blijkt meetbaar anders te verlopen dan aan het einde van het spreekuur. Ook een sollicitatieprocedure is een mineenveld van ruis, in het bijzonder als er grote waarde wordt toebedeeld aan het gesprek met de kandidaat.

## Psychologische bias, een bron van ruis

Nadat de auteurs met voorbeelden en cijfers bepleiten dat ruis gemiddeld genomen een nog groter effect heeft op het menselijke oordeel dan bias, wordt ingegaan op de bron van die ruis. Psychologische bias vormt een onuitputtelijke bron van ruis. In het veelgeprezen boek van Kahneman, *Thinking, fast and slow* wordt uitgelegd hoe de mens enerzijds de mogelijkheid heeft om snel en intuïtief te oordelen en anderzijds langzaam en weloverwogen.

Kahneman legt de mechanismen bloot die ten grondslag liggen aan zowel de kracht als de valkuilen van het intuïtieve denken. Om met simpele procedures te komen tot een antwoord of oordeel op een complexe vraag gebruiken we korte denkroutes, *heuristics* genoemd. De weg van de korte denkroutes is heel efficiënt, maar op die weg liggen verschillende vormen van psychologische bias op de loer. Bij het vormen van een oordeel leidt psychologische bias tot *statistical bias* als de groep, die het oordeel vormt, samen op grote schaal in dezelfde valkuil trapt. Dan wijkt het oordeel systematisch en voorspelbaar af van de meest juiste uitkomst. Daarnaast leidt psychologische bias tot ruis. Dit gebeurt als de leden van de groep in verschillende valkuilen trappen of in verschillende mate in een bepaalde valkuil. Dan ontstaat er een grote mate van variatie in het oordeel, oftewel ruis. Verkorte denkroutes zijn efficiënt en kosten weinig energie, maar leiden tot bias en ruis en dus tot fouten. Daarom is het belangrijk om bewust te zijn van de verschillende verkorte denkroutes die wij als mens en professional toepassen en over de vele vormen van psychologische bias die ermee gepaard gaan. Zie het kader voor voorbeelden van *heuristics* en psychologische bias in ons vak.

#### Hoe kan je ruis verminderen?

Het laatste deel van het boek handelt over manieren om ruis te reduceren. Op het niveau van het individu zijn er bepaalde eigenschappen die zorgen voor minder ruis in het oordeelsvermogen. Zo is kundigheid uiteraard van groot belang, naast de cognitieve stijl; is iemand meer of minder geneigd om het langzame denken toe te passen? Verder helpt het om open te staan voor bevindingen die niet stroken met de eigen conclusie.

Op groepsniveau kunnen procedures worden geïmplementeerd om ruis te verminderen. Deze procedures worden samengevat onder de term *decision hygiene* en worden vergeleken met handenwassen in de zorg. Het is niet iets wat je geneigd bent te doen, je beleeft er weinig lol aan en het effect van de maatregel is niet direct waarneembaar voor jou als individu. Maar binnen een organisatie leidt het implementeren van beslis-hygiëne tot meetbaar minder ruis en minder fouten. Denk aan zaken als het structureren van het proces dat moet leiden tot een complexe

## ‘Het helpt om open te staan voor bevindingen die niet stroken met de eigen conclusie’

beslissing, zoals bij een beoogde fusie. Door informatie systematisch en stapsgewijs tot je te nemen voorkom je dat je alle informatie beschouwt in het licht van een eerste indruk. Zorg daarnaast dat je meerdere meningen verkrijgt, waarbij de meningen bij voorkeur onafhankelijk van elkaar zijn gevormd, voordat het groepsproces begint (bijvoorbeeld een multidisciplinair overleg). Gebruik verder een meetschaal die op een eenduidige manier wordt gehanteerd, zoals wordt gedaan met scoringscriteria voor het diagnosticeren van sommige systeemziekten.

#### Nadelen van ruis reduceren

In het laatste hoofdstuk wordt ingegaan op de nadelen van het reduceren van ruis. Het kan het werkplezier doen verminderen en leiden tot verlies aan creativiteit. Ook kan er starheid ontstaan. Mensen maken zich met name zorgen over algoritmes, die tot doel hebben om ruis tegen te gaan. De vrees is dat bias en ruis daarin verantwoord raken en zo kunnen leiden tot hardnekkige statistische bias en kafkaïaanse situaties.

#### Verplichte kost

Het boek is op sommige punten taai en enkele voorbeelden zijn langdradig. Maar de structuur van het boek is duidelijk en de inhoud goed. Vooral de laatste hoofdstukken, die gaan over *decision hygiene* zijn lezenswaardig. Samen met *Thinking, fast and slow* zou *Noise* verplichte kost moeten zijn voor elke internist. ■

### VERKORTE DENKROUTES: EFFICIËNT MAAR VOL VALKUILEN

- Met de verkorte denkroute substitution wordt een moeilijke vraag in het hoofd vervangen door een eenvoudiger variant. Zo kan de moeilijke vraag ‘Is deze arts bekwaam?’ ineens worden: ‘Komt zij zelfverzekerd en kundig over als ze spreekt?’
- De *availability heuristic* leidt ertoe dat een diagnose waarschijnlijker zal worden geacht als een casus met die diagnose nog vers in het geheugen ligt. Ook zal de diagnose eerder gemist worden als dit niet het geval is.
- Met de verkorte denkroute *representativeness* wordt het oordeel over hoe waarschijnlijk iets wordt geacht (bijvoorbeeld een zeldzame diagnose) te veel beïnvloed door het antwoord op de vraag hoe goed de presentatie past bij die zeldzame diagnose. Daarin wordt onder andere voorbijgegaan aan het taai statistische denken over incidentie van die aandoening en regressie naar het gemiddelde van uitzonderlijke symptomen.
- Voeg hieraan nog een set oogkleppen toe in de vorm van *confirmation bias* plus een expert die respect geniet en als eerste het woord neemt en een anker uitwerpt met de zeldzame diagnose (het *anchoring effect*), en je hebt een misdiagnose waar je niet snel vanaf komt.

## Yvo Smulders



## Gedoe? Zoek de aap in jezelf

In de rollen die ik heb (opleider, afdelingsbestuur, conciliumvoorzitter, NTVG-hoofddredactie, dat is het wel zo'n beetje) kom ik best vaak in aanraking met 'gedoe'. Mensen die het ergens heel erg mee oneens zijn, die ruzie hebben, dat soort gedoe.

Doorgaans kan ik er wel wat mee. Als klein kind, jongste van zes, analyseerde ik vanuit een stil hoekje al het gedoe tussen mijn vijf grotere broers en zussen. Met enig plezier en niet onverdienstelijk, volgens mijn moeder tenminste. Het analyseren waar het fout gaat tussen mensen is best leuk om te doen. Zeker als je, zoals ik, gelooft dat mensen ten diepste weinig van elkaar verschillen in wat hen drijft en wat zij het goede vinden. Het duiden van gedoe krijgt dan een operationele en optimistische ondertoon. De nihilistische dooddoener 'mensen zijn nu eenmaal heel verschillend' gaat dan immers niet op. Als jullie gedoe hebben wil ik dat ook best helpen oplossen. Graag zelfs, bel of mail maar. Wel wijs ik op één keiharde voorwaarde: het vermogen en de bereidheid tot intensieve zelfreflectie.

Verzeil ik zelf in gedoe, dan gaan van de eerste tien gedachten er negen over mijzelf. Niet alleen: wat had ik anders kunnen doen? Of: denk ik echt wat ik denk te denken? Maar ook: wat drijft mij nou ten diepste? Bomvrij bewijs dat deze 9:1-verhouding noodzakelijk is heb ik niet. Misschien is het meer een troostrijke gedachte ter compensatie van jaloezie jegens wie vanuit een rotsvaste eigendunk bij gedoe de omgeving bestookt, maar vooralsnog hou ik vast aan de zelfreflectievereiste als een goed ding.

Een belangrijke reden waarom ik vind dat we onszelf bij gedoe moeten onderzoeken is mijn overtuiging dat wij een continu actief reptielenbrein hebben. Dat zadelt ons voortdurend op met primitieve driften, verborgen wensen en biologisch gedetermineerde omgangsvormen. Als die allemaal een rol spelen bij gedoe, dan valt er niks op te lossen zonder er tenminste bij stil te staan. Mijn advies is ook jezelf erover te onderwijzen. Of het nou literatuur is over hoe een geslachtshormoon, in mijn geval testosteron, je gedrag beïnvloedt (lees bv. *'Testosterone, the hormone that dominates and divides us'* van de Amerikaanse Carole Hooven), of hoe apen met elkaar omgaan (bv. het verzameld werk van Frans de Waal), wat je ervan leert is in essentie noodzakelijke zelfkennis over je eigen primitieve ik, kennis die vooral ten tijde van gedoe van pas komt.

Kortom, jullie opleider, conciliumvoorzitter, vaste columnist etc. beschouwt zichzelf deels als aap. Of, beter, denkt er verstandig aan te doen zo over zichzelf te denken en adviseert u bovendien hetzelfde te doen. Bij gedoe kan ik in ieder geval niks met mensen die niet open staan voor de mogelijkheid dat hun eigen reptielenbrein of aperigheid een belangrijke rol speelt. Wie zichzelf als zuiver doorgecultiveerde sapiens beschouwt en bij elk gedoe de argumenten voor gelijk en ongelijk als een wiskundesom benadert vergist zich. Sterker, die is verloren. Bij mij hoeft je dan in ieder geval niet aan te komen. Met wie op zoek gaat naar de primitieve ik, naar verborgen driften, de aap in zichzelf, daar wil ik wel mee babbelen. Veel interessanter en, bij 'gedoe', met veel meer perspectief.