

INTERNE GENEESKUNDE

NUMMER 4
JAARGANG 8
DECEMBER 2017

Magazine voor de internist

An Reyners

“Palliatieve zorg niet beperken tot laatste levensfase”

“Ik heb nog iedere dag profijt
van mijn interne opleiding”

Interview met AZ-clubarts
Joost van der Hoek

“Internist zijn blijft het mooiste
vak dat er is”

Interview met opleider
Jacqueline de Graaf

LUMC wil artsen en patiënten
vertrouwd maken met
patiëntportaal

Interview met Paul van der Boog,
Mariëlle Schroyen en Marjolein
Elderhorst

“Wij halen onze motivatie
uit het enthousiasme en de
dankbaarheid van de studenten”
Frans Claessen



Roer

Dat de zorg complex is weten we allemaal. Probeer die aardige 85-jarige patiënte met diabetes, hartfalen, COPD en polymyalgia maar eens uit te leggen wie in het ziekenhuis precies waarover gaat. Wat wil het zeggen, als wij zelf soms al niet meer overzien wie welke verantwoordelijkheid heeft bij complexe, kwetsbare patiënten?

Pauline Meurs presenteerde dit najaar het rapport *Het heft in eigen hand* van de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving. Hierin pleit zij voor een regiebehandelaar als de patiënt niet meer in staat is zelf deze regie te voeren. Met onze generalistische, brede blik kunnen wij, internisten, voor deze patiënten het roer in handen nemen en ze door de woelige baren van de zorg loodsen. De kracht van ons vak is de holistische benadering, die ertoe leidt dat de juiste zorg op het juiste moment wordt verleend, afgestemd op de wensen en behoeften van de individuele patiënt en zijn omgeving.

In dit nummer van het magazine pleit Jacqueline de Graaf als opleider er dan ook voor om een substantieel deel van onze opleidingscapaciteit te benutten om breed geschoolde, multi-inzetbare internisten op te leiden.

Het roer moet niet alleen terug in onze handen, maar het moet ook om. Tenminste, dat vinden steeds meer zorgverleners, inmiddels verenigd in (Ont)RegelDeZorg. Deze beweging ergert zich groen en geel (naar ik vermoed met een groot deel van ons allen) aan de hoge administratieve lastendruk in de zorg. Hun oplossing is rigoureuus, maar dat is mogelijk na jaren van inertie op dit gebied het enige dat helpt. Het idee is dat alle bepalingen, kaders en beleidsmaatregelen afgeschaft worden en opnieuw worden beoordeeld op noodzaak, werkzaamheid en doelmatigheid. Deze 'Trechter van Verdunning' moet zorgen dat het aantal regels aanzienlijk kan worden verminderd. Een recente enquête van de Federatie Medisch Specialisten geeft aan dat wij gemiddeld 15 uur per week kwijt zijn aan administratie. Daarvan vinden we 5 uur wel zinvol, maar stel je toch eens voor dat we die overige 10 uur ook zinnig zouden kunnen besteden. Yvo Smulders beschrijft in zijn column dat maximale zelfrealisatie niet altijd gelukkig maakt: gewoon lekker naar je werk gaan is ook goed. En daar zouden we die 10 uur prima voor kunnen gebruiken.

Evert-Jan de Kruijf
Voorzitter NIV

COLOFON

Interne Geneeskunde, magazine voor de internist
8e jaargang, nummer 4, december 2017

Redactie

Hans Ablij, Karin de Beer, Caroline Canté, Gysèle Bleumink
(hoofdredacteur), Charlotte Krol, Bas Oude Elberink, Hein Visser

Redactie-adres

Van Zuiden Communications B.V.
E-mail: debeer@vanzuidencommunications.nl

Vormgeving en DTP

HGPDESIGN, Alphen aan den Rijn

Uitgever

Van Zuiden Communications B.V.
Postbus 2122, 2400 CC Alphen aan den Rijn

ISSN 2211-100X

© NIV, 2017

Website NIV: www.internisten.nl



INTERVIEW 4

Palliatie is geneeskunde was op 16 mei jl. de titel en meteen de boodschap van de oratie van prof. dr. An Reyners. Via haar leerstoel Palliatieve Geneeskunde bij de Universiteit Groningen draagt zij uit dat palliatieve zorg niet beperkt moet zijn tot de laatste levensfase. "Het gaat steeds om 'supportive care', met alle aandacht voor psychosociale vraagstukken en zingevingsvragen die daarbij horen."



"Ik heb nog iedere dag profijt van mijn interne opleiding"

8

Interview met Joost van der Hoek over zijn baan als clubarts bij AZ



"Internist zijn blijft het mooiste vak dat er is"

14

Interview met opleider Jacqueline de Graaf



LUMC wil artsen en patiënten vertrouwd maken met patiëntportaal

17

Interview met Paul van der Boog, Mariëlle Schroyen en Marjolein Elderhorst

NIV-platform 'Medische zorginnovaties'

10

Dr. C.J. Roosprijs 2018

19

Oproep JNIV

Innovatieprijs 2018

19

De NA-AAP-studie:

Nodeloze Acroniemen, Afkortingen en Anglicismen in medische Publicaties

22

RUBRIEKEN

Cartoon

13

Bericht uit het Buitenland

20

Frans Claessen, Mozambique

Historie

26

Een dagje Urk

De knuppel in het internistenhok

25

Een vingerwijzing naar het lichamelijk onderzoek

De medicus in de literatuur

28

Simon Vestdijk, schrijver en (scheeps)arts

Column Yvo Smulders

30

Gewoon lekker werken





“Palliatieve zorg niet beperken tot laatste levensfase”

Palliatie is geneeskunde was op 16 mei jl. de titel en meteen de boodschap van de oratie van prof. dr. An Reyners. Via haar leerstoel Palliatieve Geneeskunde bij de Universiteit Groningen draagt zij uit dat palliatieve zorg niet beperkt moet zijn tot de laatste levensfase. “Het gaat steeds om ‘supportive care’, met alle aandacht voor psychosociale vraagstukken en zingevingsvragen die daarbij horen.”

Palliatieve zorg is van oudsher de zorg voor patiënten die zijn ‘uitbehandeld’. Met geneeskunde wordt meestal meer het medisch-technisch handelen aangeduid dat tot doel heeft een patiënt te genezen. Maar Reyners ziet die twee kanten van de zorg niet los van elkaar. “Geneeskunde is juist niet alleen het medisch-technische deel van de zorg. Het gaat om de behandelmogelijkheden binnen de context van de individuele patiënt. De zorgverlener moet daarbij ook aandacht hebben voor het psychosociaal welbevinden en eventuele zingevingsvragen van de patiënt. Palliatieve geneeskunde

omvat al die aspecten samen. Dat is dus breder dan wat doorgaans onder palliatieve zorg wordt verstaan.”

Veranderingen

Reyners ziet de benadering van palliatieve zorg al wel verschuiven. Dat is een gevolg van enkele grote veranderingen die afgelopen decennia hebben plaatsgevonden. De focus in de zorg is verschoven van symptoombehandeling naar integrale behandeling op vier domeinen: fysiek, psychisch, sociaal en spiritueel. Ook de naasten van de patiënt worden in de zorg betrokken. Bovendien wordt palliatieve zorg steeds meer geïntegreerd in het hele ziekte-traject van een patiënt, in plaats van alleen de laatste levensfase. “En waar palliatieve zorg voorheen geassocieerd werd met oncologische patiënten, gaat het nu ook over patiënten met levensbedreigende aandoening zoals hartfalen, COPD, neurologische aandoeningen en veel andere patiënten waarmee internisten te maken hebben. De zorg voor chronisch zieken kent eveneens psychosociale aspecten en ook zij zijn vaak bezig met zingevingsvragen.”

Als definitie van palliatieve zorg wordt vaak de omschrijving van de WHO gebruikt die uitgaat van integratie van zorg voor patiënten met een levensbedreigende ziekte en diens naasten, los van de vraag of de patiënt daaraan zal overlijden. “Het accent kan in het hele behandeltraject verschuiven, maar feitelijk gaat het steeds om supportive care”, stelt Reyners. “Dat vind ik een mooie en ook terechte benadering van wat zorg moet zijn.”

Steeds meer onderdeel

Reyners kreeg belangstelling voor het onderwerp tijdens haar opleiding tot internist-oncoloog. Een huisarts belde haar op een dag over een patiënt met pijn die zij had behandeld. Zij had de patiënt overgedragen aan de huisarts toen er geen oncologische behandelmogelijkheden meer waren. “De huisarts vroeg mij wat hij aan de pijn kon doen, en ik had daar eigenlijk geen antwoord op. Ik vond het triest voor de patiënt dat zowel de huisarts als ik als medisch specialist niet wist wat we konden doen. Ik ben me daar toen meer in gaan ver-

diepen. Tijdens mijn opleiding ben ik gaan kijken in het St. Christopher's Hospice in London, waar in feite de palliatieve zorg zoals wij die nu kennen is ontstaan. Dat heeft geresulteerd in een tweejarig fellowship van het KWF om me verder te verdiepen in palliatieve zorg. Aan de Universiteit van Cardiff in Wales heb ik een Master in Science 'Palliative Medicine' gevolgd en ik ben ook op andere plaatsen in de wereld gaan kijken hoe daar de palliatieve zorg is ingericht."

Daarna kon zij in Groningen palliatieve zorg gaan vormgeven. Ruim 10 jaar geleden richtte zij het palliatief team op, wat inmiddels is uitgegroeid tot het expertisecentrum Palliatieve Zorg Noordoost. Dat is nauw betrokken bij het nationale programma Palliatieve Zorg van ZonMw. En als bestuurslid van de NIV heeft Reyners mede een opleidingsprofiel geschreven voor palliatieve zorg. "Op veel manieren begint palliatieve zorg steeds meer onderdeel te worden van de geneeskunde. Ook mijn benoeming heeft daarmee te maken. Bovendien is begin oktober dit jaar het Kwaliteitskader Palliatieve Zorg van IKNL/Palliatief verschenen. Ook daarin is het uitgangspunt dat palliatieve zorg gelijktijdig met

ziektegerichte behandeling verleend moet worden. Het kwaliteitskader is mede met de Federatie Medisch Specialisten tot stand gekomen en is dus niet alleen actueel voor oncologen, maar voor veel meer specialisten. Ook de behandeling van ouderen of een patiënt met nierfalen heeft veel aspecten van palliatieve zorg. Steeds gaat het om de afweging wat het best is voor de patiënt."

Multidimensionele benadering

Dat laatste staat ook in het visiedocument Medisch Specialist 2025. Een van de daarin beschreven ontwikkelingen is dat de relatie tussen patiënt en medisch specialist in de toekomst vooral gericht is op optimale kwaliteit van leven voor de patiënt. Dit vraagt van de medisch specialist een multidimensionele benadering van de individuele patiënt. Ook binnen zorgnetwerken wordt steeds meer gewerkt vanuit de behoeften van een patiënt. Dat alles heeft parallellen met palliatieve zorg, aldus Reyners. "Curatieve en palliatieve zorg moeten meer geïntegreerd worden. Het is niet of-of, maar en-en."

In haar oratie beschreef Reyners een nieuw model voor palliatieve zorg. Die zorg begint in het model al op

het moment van de diagnose van een levensbedreigende aandoening. Gewoonlijk wordt dan een ziektegericht behandelplan opgesteld, maar zo'n diagnose heeft meestal ook invloed op het psychische en sociale domein en kan zingevingsvragen oproepen. Naast ziektegerichte behandeling kan tevens symptoomgerichte behandeling nodig zijn. In het model zijn deze domeinen weergegeven als palliatieve zorg, die zich niet alleen richt op de patiënt maar ook op diens naasten. "Het is belangrijk dat de zorgverlener tijdig een patiënt herkent als palliatieve patiënt en deze aspecten bespreekt. Dat moet niet gebeuren op het moment dat het slecht gaat met de patiënt, bijvoorbeeld als die wordt opgenomen of begint aan een behandeling. Zo'n gesprek kan beter plaatsvinden als er meer rust is gekomen. Dan kun je met de patiënt bespreken wat diens wensen zijn als zich weer zo'n situatie voordoet. De patiënt heeft dan tijd om erover na te denken en samen kun je dan proactief de verdere zorg plannen."

Versnipperd

Reyners noemt nog wel een knelpunt bij de ontwikkeling en toepassing van dit model: het is nog nauwelijks mogelijk om alle informatie rond een patiënt overzichtelijk bij elkaar te hebben. Huisartsen, wijkverpleging, doktersdiensten, ziekenhuisafdelingen... Ieder heeft een eigen dossier. "Er is veel informatie, maar die is behoorlijk versnipperd. En we kunnen niet in elkaars systemen kijken. Het dossiervraagstuk is niet nieuw en niet gemakkelijk op te lossen, maar het is wel een punt waar we tegenaan lopen in een palliatief zorgtraject, met veel zorgverleners rond een patiënt en de naasten."

Het meeste onderzoek van Reyners vindt plaats binnen het landelijke programma Palliantie van ZonMw. Als voorbeeld noemt zij een studie met 450 patiënten met pijnlijke botmetastasen die palliatieve radiotherapie ondergaan. De bestraling helpt bij de helft van de patiënten niet afdoende tegen de pijn, ook niet met aanvullende pijnmedicatie. In de studie kreeg de helft van de patiënten

"Op veel manieren begint palliatieve zorg **steeds meer onderdeel te worden van de geneeskunde**"

ONDERWIJS EN OPLEIDING

In Nederland wordt van alle zorgverleners verwacht dat zij generalist zijn op het gebied van palliatieve zorg. Vroegtijdige palliatieve zorg omvat aandacht voor alle vier de domeinen: fysiek, psychisch, sociaal en spiritueel. Om dat te realiseren en op te nemen in het behandelplan van alle patiënten met een levensbedreigende aandoening en hun naasten, is onderwijs en opleiding in alle zorgcurricula nodig. "In het *Raamplan Interne Geneeskunde* bestaat al de mogelijkheid van een profielstage Palliatieve Zorg", vertelt prof. An Reyners. "De competenties daarvoor zijn beschreven en de stage wordt aangeboden in verschillende centra. Daarvan wordt al gebruikgemaakt, niet alleen door aankomend internist-oncologen maar ook door bijvoorbeeld aankomend internisten ouderengeneeskunde. Het zou prachtig zijn als scholing op het gebied van palliatieve zorg onderdeel wordt van de opleiding tot medisch specialist, specialist ouderengeneeskunde en huisarts."



CURRICULUM VITAE

Naam: An Reyners

Leeftijd: 48 jaar

Opleidingen:

- 1994 Artsexamen, Rijks Universiteit Groningen
- 2004, Internist-oncoloog, Universitair Medisch Centrum Groningen
- 2009, master in Science in Palliative Medicine, University of Wales, Cardiff, UK

Promotie: 2002, Groningen

Proefschrift: Cardiovascular autonomic function tests: methodological considerations and clinical application

Loopbaan:

- 2005-2007 KWF Fellowship Palliative Medicine
- 2006-heden Voorzitter palliatief team UMCG
- 2013-heden Voorzitter Expertise Centrum Palliatieve Zorg Noordooit Nederland
- 2015-heden Opleider profielstage Palliatieve zorg UMCG
- 2016-heden Opleider differentiatie Medische oncologie UMCG

Huidige functie: Internist-oncoloog, hoogleraar Palliatieve geneeskunde, UMCG

“Curatieve en palliatieve zorg moeten meer geïntegreerd worden; **het is niet of-of, maar en-en**”

kortdurende radiotherapie met standaardzorg (pijnmedicatie, uitleg over radiotherapie, en folders over radiotherapie, pijnbestrijding en morfine). De andere helft kreeg, voorafgaand aan de behandeling, van een verpleegkundige informatie over pijn en over manieren om daarmee om te gaan. Het bleek dat patiënten in deze laatste groep na 3 maanden minder pijn hadden.

Kwaliteit van palliatieve zorg

Momenteel loopt een onderzoek naar het inzichtelijk maken van de kwaliteit van palliatieve zorg. Er zijn landelijk weliswaar verschillende initiatieven voor meetinstrumenten, kwaliteitsindicatoren, databases en modules, maar een valide meting van het effect van palliatieve zorgvernieuwingen ontbreekt nog. Reyners: “We zijn begonnen met een vragen-

lijst voor de Nederlandse bevolking over wat men belangrijk vindt in de zorg. De vragen zijn inmiddels beantwoord door 2500 mensen en die gegevens worden nu geanalyseerd. Tevens wordt gewerkt aan het verbinden van registratiesystemen in de eerste en tweede lijn. Als het daarmee lukt om informatie uit de systemen te halen, scheelt dat extra registratielast voor zorgverleners.”

Een ander lopend project is gericht op zingevingsvragen van patiënten en hun naasten. De spirituele dimensie is nog onvoldoende ingebed in de dagelijkse zorg, vertelt Reyners. “Dat komt onder meer doordat zorgverleners onzeker zijn over de beste manier om daaraan invulling te geven. Met dit project zal binnen 30 organisaties in Noord-Oost Nederland spirituele zorg ingebed worden in de reguliere zorgverlening. Dat gebeurt

met een digitale leerwerkplaats met instrumenten voor scholing van professionals. Het effect van deze activiteiten wordt onderzocht bij patiënten en zorgprofessionals.”

Gezamenlijk vormgeven

De aandacht voor palliatieve zorg neemt dus toe, ook buiten het oncologische werkveld. Reyners verwacht dat het meer een integraal onderdeel zal worden van het zorgpallet. Uitdagingen zijn nog wel de vragen wie welk onderdeel van dat zorgpallet zal gaan verlenen, hoe dat onderling wordt afgestemd en hoe de beschikbare patiëntinformatie ten volle wordt benut door alle betrokken zorgverleners. “De eerste stap daarin is het gezamenlijk onderkennen wat palliatieve zorg inhoudt, zodat we dat kunnen gaan vormgeven rond de patiënt. Niet alleen in ziekenhuizen, maar met name ook bij patiënten thuis. Huisartsen en wijkverpleegkundigen zullen daar dus een belangrijke rol in spelen. Maar vooral de afstemming tussen iedereen, dat is echt nog wel een uitdaging.” ■

“Ik heb nog iedere dag profijt van mijn interne opleiding”

Hij was op weg om internist-endocrinoloog te worden, maar vlak voor zijn registratie koos Joost van der Hoek voor een baan als clubarts bij voetbalclub AZ in Alkmaar. Daar heeft hij geen moment spijt van gehad. “Hier kan ik mijn twee grote passies sport en geneeskunde combineren.”

Van der Hoek werd aanvankelijk uitgeloot voor de studie geneeskunde en ging biologie studeren. Met name onderzoek doen beviel hem heel goed. In de laatste fase van de studie deed hij een onderzoeksstage bij de afdeling Cardiologie in Rotterdam. “Ik was pas 21 en de toenmalige hoogleraar Verdouw adviseerde me om nog een keer mee te loten voor de geneeskundestudie. Ik werd ingeloot en wist al vrij snel dat ik iets in de interne geneeskunde wilde gaan doen, omdat ik breed geïntereerd wil zijn. Ik kon een promotieonderzoek gaan doen bij prof. Steven Lamberts, een combinatie van basaal onderzoek en patiëntenzorg. Dat sprak me erg aan.”

Grootste passie

Na het onderzoek startte Van der Hoek met de interne opleiding. In 2009 was hij in het vierde jaar. Die zomer was hij als teamarts mee met het Nederlands volleybalteam. Toon Gerbrands, destijds directeur van AZ, was commentator voor de televisie. “We kenden elkaar want ik heb zelf lang op hoog niveau gevolleybald. AZ was toen op zoek naar een full-time clubarts. Gerbrands vroeg me of ik geïnteresseerd was. En ik wist eigenlijk meteen: dit is wat ik wil. Want sport is naast geneeskunde

mijn grootste passie. Mijn vader heeft als volleyballer meegedaan aan de Olympische Spelen, dus het zit in mijn genen. Als clubarts kan ik mijn twee passies combineren, en ik ben daar nog elke dag blij mee.”

AZ bood Van der Hoek eerst een jaarcontract. Hij had het geluk dat hij de interne opleiding een jaar mocht onderbreken. Aan het eind daarvan moest hij beslissen wat hij zou doen: bij AZ blijven of de opleiding tot internist afmaken. Voor Van der Hoek was er geen twijfel: “Het jaar bij AZ is zo goed bevallen dat ik mijn gevoel heb gevolgd en daar ben gebleven. Dat betekende het einde van mijn interne opleiding, en ik ben als basisarts verdergegaan bij AZ.

Veel mensen vonden het niet verstandig om mijn registratie te laten varen en te kiezen voor een onzeker bestaan in een wereld waarin ik nog geen ervaring had. Maar ik heb er toch voor gekozen om 24 uur per dag met sport bezig te zijn.”

Van preventie tot revalidatie

Vanaf dag één was Van der Hoek hoofd medische staf van AZ. Hij is, samen met zes fysiotherapeuten, verantwoordelijk voor de medische staf van de hele club. Zijn meeste aandacht gaat uit naar het eerste elftal. Hij houdt zich bezig met alles van preventie tot revalidatie en begeleidt spelers daarin. Veel van zijn werk is gericht op herstel van blessures aan

“Hier kan ik mijn twee grote passies **sport en geneeskunde combineren**”

INTERNISTISCHE KENNIS

Zijn internistische kennis kwam enkele jaren geleden onder andere van pas toen AZ nog een dameselftal had. Een van de speelsters voelde zich al een tijdje niet lekker en kwam uiteindelijk bij Van der Hoek. “Ik herkende haar klachten al snel als de ziekte van Addison, een zeldzame endocriene aandoening aan de bijniere. Ik heb haar laten testen en het klopte. Later heb ik bij een speler een subklinische hyperthyreoïdie opgespoord en was er bovendien een speler met diabetes type 1. En recent speelde natuurlijk wat is gebeurd met Ajax-speler Abdelhak Nouri. Dat heeft bij iedereen enorm veel indruk gemaakt. En meteen wordt dan de vraag gesteld hoe het bij ons is geregeld. Vanaf mijn start bij AZ heb ik ervoor gezorgd dat de hele medische staf elk jaar een Basic Life Support-training krijgt. Ook aan de trainers en begeleiders van de jeugdelftallen bieden we die cursus aan. Bovendien hebben we bij de wedstrijden van de hogere elftallen altijd een AED bij ons. En ik heb ook zuurstof aangeschaft. Dat zijn stappen die ik mede op basis van mijn interne achtergrond heb genomen.”



spieren en gewrichten. “Daar speelt weer mijn brede belangstelling. De interne geneeskunde is beschouwend en werkt met medicijnen, maar ik zie veel klachten aan het bewegingsapparaat. Met mijn handen werken aan gewrichten vind ik ook leuk. Maar ik heb nog iedere dag profijt van mijn opleiding. Want ook spelers hebben weleens een verkoudheid, koorts, keelpijn, buikpijn... Dan kan ik varen op mijn kennis uit de interne opleiding.”

Van der Hoek vindt de samenwerking met de fysiotherapeuten ideaal. Zij weten veel over het bewegingsapparaat, en hij is generalist. “Door die combinatie, met ook een orthopedisch consultant binnen handbereik, kunnen we adequate zorg leveren aan de spelers. Die waarderen het bijzonder. Een arts heeft in de sport wel enig aanzien. Ik word geraadpleegd voor alle klachten tussen hoofd en teen. Als beschouwend arts kan ik samen met de fysiotherapeuten optimale zorg leveren.”

Kennis uit praktijk

Preventie van blessures heeft veel aandacht. De spelers worden aan het begin van het seizoen gescreend

op mogelijke beperkingen aan het linker- of rechterbeen, waarop het trainingsprogramma wordt aangepast. Van der Hoek doet daarnaast ieder jaar een hart- en longfunctiemeting bij de spelers. “Ook voeding speelt een belangrijke rol. We hebben inmiddels een sportdiëtiste die de spelers helpt met een leefstijl die is gericht op topsport. Dat zijn allemaal aspecten van preventie.”

De kennis over het bewegingsapparaat heeft Van der Hoek in de praktijk opgebouwd. Hij heeft veel geleerd van de fysiotherapeuten en de orthopedisch consultant, met wie hij in de beginjaren regelmatig meeliep tijdens de spreekuren. Dat deed hij ook bij de Rotterdamse orthopedisch chirurg Rien Heijboer. “En ik leer makkelijk, dat is wel een voordeel. Al tijdens mijn studies sportte ik meerdere keren per week en speelde ik wedstrijden. Chirurgen zeggen: see,

“Ik heb ervoor gekozen om **24 uur per dag met sport bezig te zijn**”

do, teach. Dat heb ik altijd meegenomen. Als ik eenmaal iets heb gezien of gedaan, dan durf ik dat vervolgens wel zelf te doen.”

Van der Hoek houdt zijn kennis op peil met nascholingen en via congressen. Zo was er afgelopen mei een congres van clubartsen, waar hij zelf een voordracht heeft gehouden over zijn samenwerking met Radiologie in Alkmaar. “Het onderwerp was: wat doe je met toevallsbevindingen bij beeldvormend onderzoek waarvan de persoon geen last heeft? Voor sporters is dat een relevante vraag. Het is vaak wel een puzzel om tijd te vinden voor een congres. Want we werken zes, zeven dagen per week op de club. Maar dat vind ik niet erg. Ik heb het erg naar mijn zin bij AZ. Ik hoop nog een tijd zo verder te kunnen gaan.” ■

Voor de moderne internist

NIV-platform 'Medische zorginnovaties'

In ons werk hebben we dagelijks te maken met medische zorginnovaties. Meestal hebben ze als doel de kwaliteit of de efficiëntie te verbeteren, of dit nu is voor de patiëntenzorg, of andere toepassingen als onderwijs of onderzoek. Voorbeelden zijn het elektronisch patiëntendossier, apps (*acute boekje*), videoconferencing, het e-portfolio en het elektronisch Case Report Form (eCRF).

Medische zorginnovaties zijn geïntegreerd in ons werk, waardoor we in grote mate afhankelijk zijn van deze toepassingen. Als het vervolgens niet functioneert, hebben we een probleem. Wie heeft niet meegemaakt dat een poli-afspraak moet worden verplaatst omdat het EPD niet werkt, dat innovaties (bijv. ICT) zo snel gaan dat een collega het niet meer kan bijbenen, dat het onderwijs in het honderd loopt omdat Prezi niet meer beschikbaar is, of dat het eCRF vastloopt waardoor de dataverwerking eindeloos duurt. Gezien de snelle veranderingen in de zorg behoren medische innovaties een onderdeel te zijn van de strategische visie van de Nederlandse Internisten Vereniging. Op de NIV-strategiedag op 29 juni jl. was veel animo voor dit onderwerp en is besloten tot het oprichten van het NIV-platform 'Medische zorginnovaties', geleid door een stuurgroep van enthousiaste, innovatieve collega's met als voorzitter Erik-Jan van Lieshout, internist-intensivist in het AMC. Het doel is om een open platform te creëren voor internis-

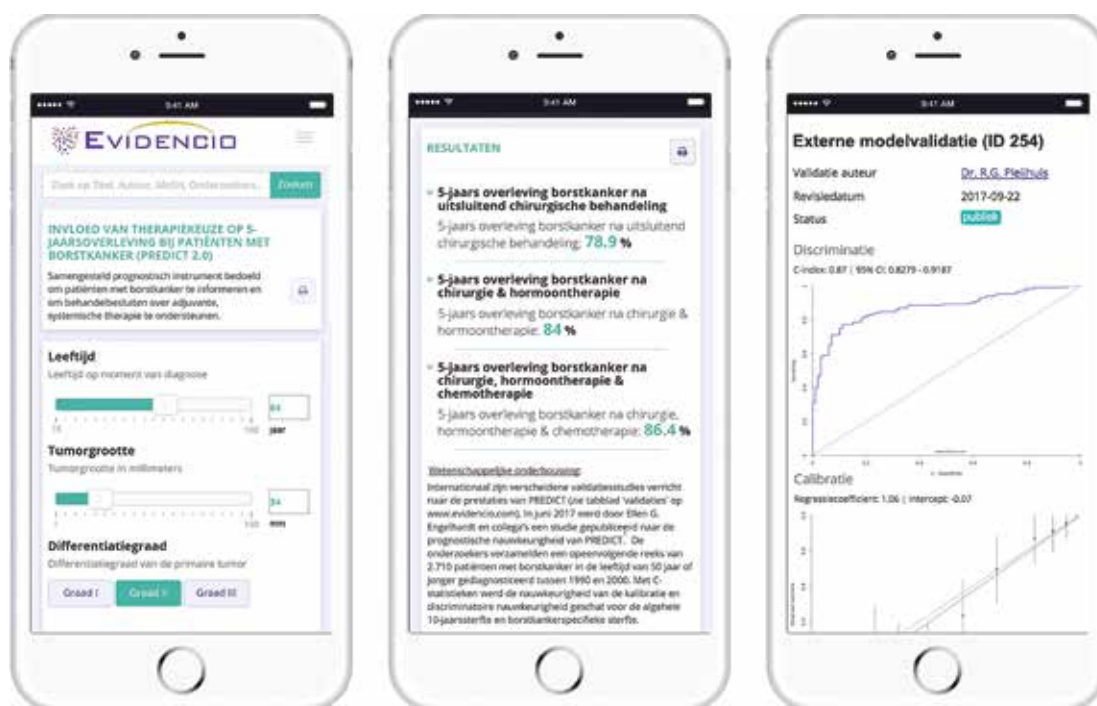


Figuur 1. Happi

HAPPI

Tegenwoordig regelen we met een mobiele telefoon niet alleen al onze bankzaken, maar openen we er bijvoorbeeld ook auto's en fietssloten mee. Waarom gebruiken we de smartphone dan nog maar zo weinig voor controle over onze gezondheid en ziekte? Apps die patiënten inzicht geven in hun medische gegevens en ze helpen met het nemen van medische beslissingen zijn er nauwelijks, terwijl gezondheid stevast op nummer 1 staan als de Nederlander gevraagd wordt wat hij/zij het allerbelangrijkst vindt. Als reactie hierop hebben Joop Arends en Guido van den Berk, internisten in het UMC Utrecht en OLVG, gewerkt aan de ontwikkeling en implementatie van de app Happi. Happi (afkorting van Health Appie; www.happiapp.nl) geeft inzicht in ziektespecifieke data voor patiënten met een hiv-infectie. Hiervoor wordt een koppeling met het ziekenhuisinformatiesysteem tot stand gebracht om uitwisseling van data mogelijk te maken. Doordat bestaande value-based healthcare gezondheidsindicatoren voor hiv zijn opgenomen in de app, stelt dit de patiënt in staat beslissingen te nemen die betrekking hebben op zijn ziekte (zie *figuur 1*). Voor de toekomst geldt dat als alle indicatoren in het groen staan en de patiënt geen verdere vragen heeft, een consult wellicht kan worden overgeslagen. Is een van de indicatoren echter oranje of rood dan kan tijdig passende hulp worden geboden. Happi is gratis te downloaden via de Apple store en Google Play Store.

Hoe passen we onze zorg in het leven van de patiënt in? Van april tot oktober 2017 is de projectgroep Teleconsult bezig geweest met een pilot op het gebied van het onlinespreken. Sjoerd van Thiel, internist in het Amphia ziekenhuis, is razend enthousiast. “Allereerst: ik snap dat een teleconsult niet in elke situatie kan. Het hangt af van de specialist, van de aandoening en van wat de patiënt wil. Maar om het laatste gaat het: wat past in het leven van de patiënt? Waarom zou een patiënt een snipperdag op moeten nemen om 10 minuten bij Van Thiel binnen te zitten? Als ik de voortgang wil weten, uitslagen wil doorgeven of wil overleggen over de medicatie, kan dat gemakkelijk online. Ik bel in, de patiënt belt in en in de toekomst kunnen we misschien zelfs een derde persoon toevoegen. Ik vind het geweldig. Ook door reacties van patiënten. Ik sprak een jonge vrouw, net bevallen, die tijdens het consult gewoon de fles kon geven. Voor haar is dit zoveel beter dan een hele wereldreis met zo'n klein kind! Een moeder die tijdens een dagje dierenpark met haar gezin even inbelt. Een zakenvrouw die geen snipperdag op hoeft te nemen; baas blij, zij blij en ik blij. En pas 'belde' ik met iemand die uitgezonden was richting het Oeralgebergte. Zo kom ik nog eens ergens! Praten met je arts via je mobiel, tablet of computer thuis; het sluit naadloos aan op onze zeven zorggaranties (vlot geholpen, aanspreekbaar). We zijn nu bezig met de evaluatie, maar ik ben al om. Dit is de toekomst.”



Figuur 2. Evidencio-platform

EVIDENCIO

Klinische predictiemodellen ondersteunen zorgprofessionals bij het inschatten van individuele kansen of risico's. Daarmee vormen predictiemodellen een belangrijke basis voor evidence-based en patiëntgerichte zorg bij keuzemomenten omtrent diagnostiek, prognose en behandeling. De afgelopen jaren is sprake geweest van een explosieve toename van het aantal klinische predictiemodellen gepubliceerd in peerreviewed tijdschriften. Desondanks hebben slechts een beperkt aantal modellen hun weg naar de kliniek gevonden. Online beschikbare modellen worden daarnaast zeer gefragmenteerd aangeboden en doorgaans ontbreekt het aan transparantie en kwaliteitscontrole.

Om de creatie, validatie en integratie van predictiemodellen in de klinische praktijk te faciliteren, werd in 2015 het Evidencio Platform opgericht (www.evidencio.com) onder leiding van Rick Pleijhuis, aios interne geneeskunde, Medisch Spectrum Twente. Dit platform fungeert als een onlinebibliotheek, waaraan zorgprofessionals en onderzoekers zelf klinisch relevante predictiemodellen kunnen toevoegen in een gestandaardiseerd format. Pas na het succesvol doorlopen van een kort peerreviewproces, kan een nieuw model openbaar worden gemaakt. Evidencio bevat daarnaast een module voor modelvalidatie, waarmee de discriminatie en kalibratie van bestaande modellen eenvoudig kan worden geëvalueerd op basis van eigen data. De resultaten van deze validatie kunnen desgewenst op Evidencio worden gepubliceerd, zodat deze ook voor anderen inzichtelijk zijn en er gebouwd wordt aan een gemeenschappelijke kennisbank.

Tot slot kan het Evidencio Platform reeds reeks communiceren met externe applicaties, waardoor predictiemodellen kunnen worden ingezet ter verrijking van digitale richtlijnen, onlinekeuzehulp of het EPD. Als voorbeeld kan het Integraal Kankercentrum Nederland worden genoemd, die het Evidencio Platform reeds heeft geïntegreerd in haar nieuwe Oncoguide app. De uitkomsten van de predictiemodellen worden daarmee integraal gepresenteerd samen met patiëntgerichte richtlijnaanbevelingen, trialalerts en van toepassing zijnde bijwerkingen.

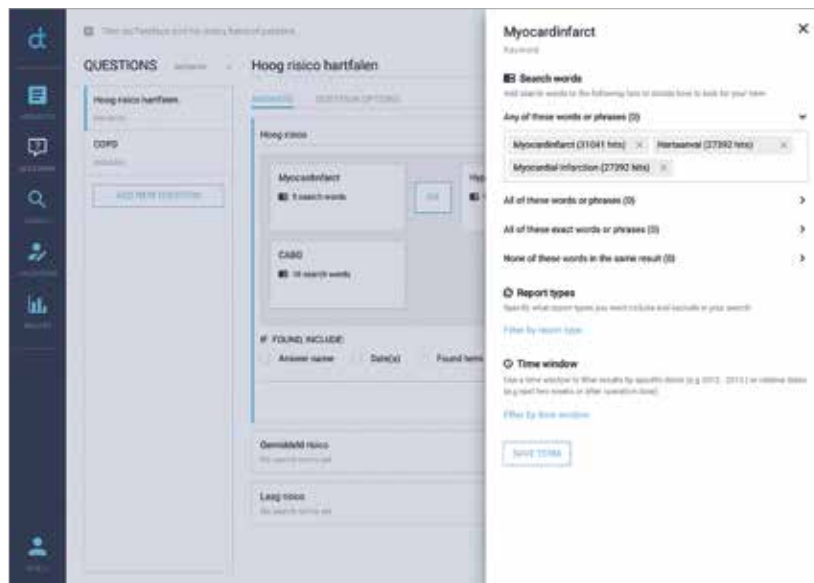
ten waarin medische zorginnovaties worden gedeeld.

Afstemmen met gebruiker

Medische innovaties horen betrouwbaar te zijn en te voldoen aan de behoefte van zowel internist als patiënt. In tegenstelling tot een nieuw diagnosticum of een nieuwe behandeling, kunnen medische innovaties zonder problemen worden gelanceerd; er bestaat geen keurmerk of toetsingskader. Het gevolg hiervan is dat er van de vele medische innovaties die worden ontwikkeld, slechts een fractie wordt gebruikt. Helaas sluiten de innovaties die ons dagelijks wel bereiken soms onvoldoende aan op de behoeften, of erger nog, ze verminderen de kwaliteit, efficiëntie of plezier van ons werk. Een onbetrouwbare app die een patiënt foutieve adviezen geeft, kan gezondheidsschade geven en leiden tot een vertrouwensbreuk met de behandelaar. Niet-compatibele EPD's (Chipsoft-EPIC) maken het onmogelijk om patiëntgegevens te delen en onaantrekkelijk om consortia te starten.

Een van de oorzaken van bovenbeschreven problemen is dat de ontwikkeling van medische innovaties nog te vaak plaatsvindt zonder afstemming met de gebruiker. Om innovaties beter te laten aansluiten op de vraag, moeten internisten meer en eerder betrokken zijn bij de ontwikkeling ervan. De internist is als geen ander in staat om te beoordelen of een innovatie wenselijk is en hoe deze het best aansluit op de praktijk. Daarnaast moet de kwaliteit van deze innovaties gewaarborgd worden, in het kader van evidence-based medicine.

Internisten zijn zich vaak niet bewust van het bestaan van nuttige innovaties elders. Dit komt omdat lokale initiatieven weinig worden verspreid. Deze lokale 'start-ups' missen meestal generaliseerbaarheid om te komen tot zogenaamde 'scale-ups', waardoor implementatie in meerdere ziekenhuizen mogelijk is. Dit leidt ertoe dat hetzelfde initiatief steeds op meerdere plekken tegelijk wordt ontwikkeld, met als gevolg dubbele investeringen.



Figuur 3. CTcue

CTcue

Het verzamelen van medische literatuur over de effectiviteit van een GLP-1-receptoragonist bij de behandeling van diabetes mellitus type 1 (DM1) kan relatief eenvoudig via zoekmachines als PubMed. Maar het retrospectief verzamelen van DM1-patiënten die zijn behandeld met een GLP-1-receptoragonist in de eigen populatie is onmogelijk met het EPD. Of stel dat je wilt screenen op cardiovasculaire risico's bij patiënten die opgenomen zijn in het ziekenhuis (primaire preventie). Dit zal niet lukken met het EPD, want het EPD is niet ingericht op het systematisch verzamelen van patiëntendata voor onderzoek of screening. CTcue is een intelligente zoekmachine die systematisch informatie kan genereren uit het EPD. Dit doet CTcue door alle informatie uit het EPD te pseudoanonymiseren en te structureren. Thijs ten Doesschate, aios interne geneeskunde in het UMC Utrecht, gebruikt CTcue voor het uitvoeren van retrospectieve cohortstudies: "Je weet dat er veel waardevolle informatie in het EPD staat, maar als je hiermee aan de gang gaat, merk je dat het niet toepasbaar is voor onderzoeks- of screeningsdoeleinden. Een voorbeeld: als arts wil je weten hoe lang antibioticaresistentie persisteert om de juiste empirische behandeling te starten. Het zoeken van determinanten in het EPD is zeer tijdrovend en inefficiënt, helemaal als je het EPD nog niet kent. CTcue maakt het mogelijk om systematisch, efficiënt en betrouwbaar een groot aantal determinanten te extraheren en structureren uit het EPD. En omdat CTcue in meerdere ziekenhuizen actief is, ben je niet afhankelijk van verschillende EPD's (www.ctcue.com). Door nauw samen te werken met artsen en onderzoekers, wordt CTcue afgestemd op de vraag van deze groep.

Het doel van het NIV-platform is om de regie te nemen in medische zorginnovaties. Dit open platform heeft als doel het delen en beoordelen van zorginnovaties. Op deze manier worden kwaliteit en bereik van de initiatieven vergroot. Daarnaast zal het platform gebruikers en initiatiefnemers verbinden en hopelijk leiden tot een betere afstemming van vraag en aanbod. Het platform wordt een verzamelplaats waar inspiratie het sleutelwoord is.

Bezoek voor meer informatie of voor het posten van ideeën, wensen of

best-practices de LinkedIn-groep 'NIV-platform voor medische innovaties' (<https://www.linkedin.com/groups/13537676>). U zult meer van ons horen in het magazine en tijdens de internistedagen. Als aftrap publiceren we een verscheidenheid aan reeds bestaande medische zorginnovaties, ontwikkeld door internisten/aios (zie de diverse kaders). ■

DiagnostiGO is een interactief, online-leermiddel voor artsen, ontwikkeld door Paula van Ooik, aios interne geneeskunde in het UMC Utrecht. In deze 'serious game' worden spelers door middel van realistische casuïstiek gecombineerd met gaming-elementen uitgedaagd zich verder te bekwamen in klinisch redeneren en het diagnostiseren en behandelen van (infectie) ziekten. Bovendien wordt al spelend het verstandig gebruik van middelen getraind. Er is de mogelijkheid om specialismespecifieke casussen in te voeren, waardoor DiagnostiGO in de toekomst niet alleen bij de interne geneeskunde, maar ook bij andere specialismen ingezet kan worden als toevoeging aan huidige leervormen.



diagnostiGO

Figuur 4. DiagnostiGO

Cartoon

DR Puntthoofd... stelt GERUST

Ach, zolang u de doseringen
MAAR NIET door
ELKAAR haalt...



M. van Delft

Prof. dr. Jacqueline de Graaf

“Internist zijn blijft **het mooiste vak dat er is**”

Wie zijn de dokters die de toekomstige internisten opleiden? In dit nummer van Interne Geneeskunde spreken we met Jacqueline de Graaf, opleider in het Radboudumc. Sinds jaar en dag voorvechter voor de positie van de ‘algemeen internist’. Hoe ziet die verdeling er in de toekomst uit? En wat kenmerkt de huidige generatie aios?



Veel aios kiezen nog steeds voor een eenvoudige differentiatie, wat is de status van de meervoudige differentiatie?

Ik ben altijd een ‘voorvechter’ geweest om ook ‘breed opgeleide internisten’ op te leiden. Dat gaat terug tot wel 15 jaar geleden. Destijds was er niets geregeld voor aios die niet kozen voor een traditioneel aandachtsgebied, zij moesten de gaten opvullen. Er bestond geen opleidingsplan of weloverwogen idee wat de aios de laatste twee jaar van de opleiding moest

doen en leren om te worden opgeleid tot ‘algemeen, breed opgeleid internist’. Met een groep inspirerende collega-internisten en aios zijn we toen begonnen met het vormgeven van het aandachtsgebied ‘algemeen interne geneeskunde’. Wij hebben destijds ook uitgebreide gesprekken gevoerd met alle opleiders in de eenvoudige differentiaties. Uiteindelijk heeft een en ander geleid tot het vormgeven van de meervoudige differentiaties. Als ik kijk naar wat er gaat gebeuren met de gezondheidszorg – meer oude-

ren, meer multiproblematiek en polyfarmacie – dan zie ik hier een groeiend zorgdomein voor de internist met een meervoudige differentiatie. Ook voor de patiënt met ongedifferentieerde klachten is juist de breed opgeleide internist van grote betekenis. Want waar zijn wij als internisten nu goed in? Wij kijken naar de patiënt in zijn geheel, we zien wat al die verschillende aandoeningen doen met een mens en wij weten als geen ander alles over pillen. Dus, op de SEH, de consulten, de zaal en in samenwerking met de eerste lijn heeft de internist een belangrijke netwerken regiefunctie, ter voorkoming van verdere versnippering van de zorg.

Is het nu een volwaardige keus om een meervoudige differentiatie te doen?

Absoluut! Vergeleken met vijf jaar geleden is er een duidelijke verandering zichtbaar. Niet iedereen was altijd enthousiast over de meervoudige differentiaties. Maar steeds meer collega’s zien en ervaren nu dat het binnen een MSB goed is om een internist te hebben die brede expertise heeft in meerdere vakgebieden en die multi-inzetbaar is en de verbinding zoekt. Wij hebben inmiddels aios met een meervoudige differentiatie opgeleid en zij vinden soms sneller een baan dan de aios met een eenvoudige differentiatie. Heel langzaam zie ik de ommekeer. Ik ben bijvoorbeeld heel trots dat de Isala Klinieken in Zwolle een aios uit het Radboudumc met een meervoudige differentiatie proactief hebben benaderd. Zij gaat daar nu ook werken. Ik hoop dat meer MSB’s zichzelf openstellen om het te proberen. We moeten het gaan ervaren.

Is het een vooruitgang of gaan we terug naar de ouderwetse internist?

Het is een vooruitgang, het is meegaan met en inspelen op wat er in de maatschappij gebeurt. Dankzij de explosie aan kennis en kunde zijn we ons steeds verder gaan specialiseren in de diverse enkelvoudige differentiaties en dat is ook goed. Veel patiënten hebben de zorg van internisten met een enkelvoudige differentiatie hard nodig. Maar wat gebeurt er in de maatschappij? De zorg rondom de patiënt is enorm versnipperd, veel patiënten met multimorbiditeit en polyfarmacie zien meerdere medisch specialisten en zelfs meerdere internisten. Wie neemt de regie? Waar het volgens mij om gaat is dat we de juiste verhouding weer terugvinden: ik schat dat 80-85% van de internisten een enkelvoudige differentiatie blijft kiezen. Maar om de maatschappij te dienen is er behoefte aan minimaal 10-15% breed opgeleide internisten. Wij zijn degenen die via regiefuncties en het faciliteren van netwerken voor de patiënt de verbinding kunnen maken tussen alle verschillende afdelingen in het ziekenhuis en de eerste lijn. We zijn niet alleen maar internist om te doen waar wij voor willen kiezen. We zijn er om de patiënten te helpen. En let wel, de internisten met een enkelvoudige differentiatie hebben we hard nodig. Het gaat mij erom dat we de verhouding terugvinden, gebaseerd op de behoefte van de patiënt in de maatschappij.

Wat betreft die instroom naar verschillende differentiaties: pleit u ervoor om landelijk op te leggen hoeveel differentianten er worden opgeleid?

Transparantie is het allerbelangrijkst. De aios moeten weten wat de toekomstmogelijkheden zijn. We moeten ervoor waken dat je alleen maar doet wat je hart je ingeeft, zonder rekening te houden met wat de maatschappij van je/ons vraagt. Ik zeg altijd: gun jezelf de kans om te kijken naar vakgebieden die niet direct je aandacht hebben. Ik wilde altijd oncoloog worden, ik ben nu vasculair geneeskundige en ik had nooit verwacht dat ik opleider zou worden. Je bent internist en daarmee kun je heel veel. Gun jezelf de kans om daar ontwikkelingen in door te maken.

Wat bedoelt u concreet met transparantie?

Simpele vragen: Hoeveel internisten zijn er in Nederland? Welke differentiaties hebben zij? Wanneer gaan zij met pensioen? Een helder overzicht: dit is de verdeling nu, dit is wat er vertrekt, dit is wat de maatschappij vraagt op basis van populatieontwikkelingen. Hier zijn cijfers over bekend. Natuurlijk is het deels in een glazen bol kijken, maar ik denk wel dat een vooruitblik mogelijk is. Samen met de JNIV is duidelijk besloten dat hierin gestuurd kan worden. Dit betekent bijvoorbeeld dat we meer internist-oudergeneeskundigen moeten opleiden. Maar ja, vooralsnog zijn weinig aios hier enthousiast over; het is geen 'sexy' vakgebied. Net als over het doen van consulten, doen we hierover vaak denigrerend.

“Om de maatschappij te dienen is er behoefte aan **minimaal 10-15% breed opgeleide internisten**”

Maar als je als dokter iets wilt betekenen voor een patiënt, dan is juist het doen van consulten zeer waardevol. Denk bijvoorbeeld aan alle goede zaken die je kunt regelen voor de patiënt op een afdeling chirurgie.

De onzekerheid legt veel druk op de aios. Het zijn tegenwoordig echte millennials: sterk individualistisch, geven zichzelf de schuld als iets niet loopt en zijn erg gevoelig voor een burn-out.

Klopt! Ik heb niet voor niets ons regionale opleidingsplan genoemd: individualiseren in saamhorigheid. Jij en je collega's werken met meerdere mensen binnen een systeem waarin je wordt opgeleid. Ik kies voor een positieve benadering van individualisering: laat zien waar je talenten liggen en waar je deze kunt integreren in je opleiding en in het systeem. Als je dat los van elkaar wilt doen is je eigen opleiding niet meer te realiseren. Ik denk dat we elkaar en onszelf soms te veel opjagen. Je moet

de perfecte ouder zijn, je baan moet perfect zijn en je moet ook zeker één keer per maand al je vrienden zien. Anders werk je te hard en dat kan ook weer niet. En dan voel ik me ook nog schuldig dat ik niet sport!

Hoe ziet die toekomst eruit met balans tussen werk en privé?

Binnen een generatie zijn de werktijden drastisch veranderd. Het is nu ondenkbaar dat je als aios het hele weekend dienst hebt en op maandag na de visite pas naar huis kan. Dat heb ik nog meegemaakt, maar zo oud ben ik toch niet! Mind my words: over tien jaar ben je gewoon in huis als internist tijdens de avonddienst en misschien ook wel nachtdienst. Ik denk echt dat dit gaat gebeuren. We moeten zichtbaar zijn en een bepaalde kwaliteit van opleiding en zorg garanderen. Houd er

maar rekening mee dat je in een MSB komt te werken waarbij je tot middernacht gewoon in huis bent. En dan zul je nog eens terugdenken aan vroeger: toen moesten we de internist bellen en die kon misschien het lab meekijken als de computer het deed.

Merkt u dan ook dat de aios gevoeliger zijn voor uitval?

Ik merk dat het aantal aios dat tegenwoordig een coach heeft flink is toegenomen. Men zou kunnen zeggen: het gaat slechter, zoveel mensen hebben ondersteuning nodig. Ik zie het omgekeerd. Ik zie juist dat aios durven toe te geven dat ze kwetsbaar zijn. Ze zien het als een mooi instrument om sterker in hun schoenen te staan en een beter mens en internist te worden. Een manier om zich beter te ontwikkelen en ook op langere termijn goed te functioneren. Ik zeg niet dat alle internisten een coach nodig hebben, maar ik probeer het wederom positief te benaderen. Internist zijn blijft het mooiste vak dat er is. ■

Search less, and...



read more | ➔

➔ | medidact.com/Infectieziekten

Medidact Infectieziekten houdt u op de hoogte
van belangrijk vak- en congresnieuws

Registreer nu en Medidact doneert
€5,- aan een fonds naar keuze



LUMC wil artsen en patiënten vertrouwd maken met patiëntportaal

Het LUMC heeft sinds enkele jaren een patiëntportaal: een digitale omgeving voor patiënten met onder andere onderzoeksuitslagen en correspondentie van hun behandelaars. Digitalisering kan bijdragen aan een meer gelijkwaardige arts-patiëntrelatie, gezamenlijke besluitvorming en meer efficiënte zorg. Maar zowel artsen als patiënten moeten er nog vertrouwd mee raken.

Het portaal bestaat inmiddels enkele jaren, vertelt internist-endocrinoloog Mariëlle Schroijen. Patiënten kunnen thuis inloggen en onder andere uitslagen van bloedbepalingen zien en de conclusies en het beleid van behandelaars lezen. "Groot voordeel is dat patiënten beter voorbereid zijn voor een spreekuur. Het portaal bevat ook vragenlijsten, bijvoorbeeld voor de jaarlijkse controle van diabetespatiënten. De vragen gaan over onder meer problemen en kwaliteit van leven. Dat geeft de arts vooraf al handvatten voor het gesprek met de patiënt."

Nog vele vragen

Het patiëntportaal is volop in ontwikkeling. Het zou volgens Schroijen bijvoorbeeld handig zijn als patiënten in het portaal vragen kunnen opschrijven die zij willen bespreken in het consult. "Dan kan de behandelaar daar meteen mee beginnen. Dat verhoogt de efficiëntie van het consult. Verder zouden thuismetingen van bijvoorbeeld de bloeddruk kunnen worden geïntegreerd."

Het huidige portaal heeft de mogelijkheid van een e-consult, bedoeld voor concrete vragen van patiën-



V.l.n.r.: Paul van der Boog, Mariëlle Schroijen en Marjolein Elderhorst

ten. De behandelaar krijgt daarover een bericht en kan erop reageren. Eenvoudige vragen kunnen zo snel worden afgehandeld. Bij complexere vragen wordt vaak alsnog een telefonisch consult afgesproken. Van het e-consult wordt nu nog weinig gebruikgemaakt.

Digitalisering gaat gepaard met veel vragen waarop niet meteen een antwoord te geven is. Mogen patiënten alle gegevens en uitslagen zien? Zo nee, waarom niet? En welke wel en welke niet? Begrijpen patiënten alle informatie? En als zij een uitslag een paar dagen voor een consult zien, zitten zij misschien al die tijd in spanning. Hoe gaan behandelaars daar mee om? Schroijen onderschrijft deze punten. "Gebruik van het portaal vraagt om goede begeleiding van de patiënt en begrijpelijke uitleg.

Overigens tonen wij niet alle uitslagen. Tumormarkers worden bijvoorbeeld niet getoond, hoewel het een discussiepunt is in hoeverre dat wel zou moeten. Er zijn ziekenhuizen die wél alle informatie tonen. Sommige patiënten vinden dat zij daar ook recht op hebben."

Het portaal is niet voor iedereen geschikt: inloggen moet met DigiD en voor sommigen is dat al een drempel. Het portaal is bovendien niet geschikt voor spoedeisende zaken. Voor patiënten die het portaal wel gebruiken, ziet Schroijen dat zij meer betrokken zijn bij hun behandeling en meer gerichte vragen hebben tijdens het spreekuur.

In het hele zorgproces

Het doel van het Leidse patiëntportaal is uiteindelijk dat patiënten

proactief consulten kunnen voorbereiden door medicatie te controleren, thuismetingen van bijvoorbeeld bloeddruk te verwerken en relevante informatie in te voeren. “We willen dat het portaal wordt geïmplementeerd in het hele zorgproces”, stelt projectleider eHealth Marjolein Elderhorst. “De eerste kennis en ervaringen worden nu opgedaan. Het portaal toont ook de correspondentie van de behandelaar aan zorgmedewerkers buiten het ziekenhuis. Dat is belangrijk voor de transparantie. Voorheen zag de patiënt deze correspondentie niet.”

De medicatiegegevens (alle medicatie die door het LUMC is geregistreerd) zijn eveneens zichtbaar. Internist-nefroloog dr. Paul van der Boog vertelt: “Medicatie kan snel veranderen, bijvoorbeeld bij niertransplantatiepatiënten die gemiddeld zo’n acht middelen gebruiken. Elke policonrole bevat daarom een medicatiecheck. Als patiënten het zelf thuis kunnen nakijken, worden zij zich bewust van wat zij gebruiken. Het kan tevens bijdragen aan medicatieveiligheid en de behandelaar hoeft niet iedere keer een uitgebreide check te doen.”

Analyse van werkprocessen

Verdere ontwikkeling van het portaal vraagt om analyse van werkprocessen in het ziekenhuis, met inbreng van zorgverleners en patiënten. Aan de hand daarvan kunnen ICT-tools worden ingebouwd. Zo heeft het portaal al de mogelijkheid om een afspraak zelf te plannen, maar dat is ingewikkelder dan het in eerste instantie lijkt. “Vaak is een afspraak gekoppeld aan bijvoorbeeld bloedafname of echo-onderzoek vooraf. Dat

VIPP-PROGRAMMA

Voor de ontwikkeling van patiëntportalen bestaat het VIPP-programma (versnellingsprogramma informatie-uitwisseling patiënt en professional) van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen. Uitgangspunt van het programma is dat alle Nederlanders in 2020 digitaal toegang hebben tot hun medische gegevens. “Voor perifere ziekenhuizen is er budget om dit te realiseren”, vertelt Paul van der Boog. “Academische ziekenhuizen hebben een voortrekkersrol om nieuwe zorgprocessen te ontwikkelen, inclusief actieve participatie via patiëntportalen. Maar het huidige financieringssysteem van de zorg, met onder meer beloning voor de aantallen consulten, is daar niet op berekend. Er zijn daarom nieuwe businessmodellen nodig waarin de meerwaarde van e-health is verwerkt. Als de patiënt beter is geïnformeerd en als e-health bijdraagt aan efficiëntie van de zorg, is dat dubbele winst.”

moet ook ingepland worden”, vertelt Van der Boog. En Elderhorst vult aan: “Daarom gaan we nu met artsen en poliassistenten het afspraken traject bekijken. En dit is heel relevant: maar liefst de helft van de telefoontjes naar het ziekenhuis gaat over het wijzigen van afspraken. Als dat digitaal zou kunnen, ontlast dat de poliassistenten. De patiënt die dit niet kan of wil, kan het uiteraard telefonisch blijven doen. Maar steeds meer mensen, ook ouderen, raken vertrouwd met de digitalisering.”

Het idee is dat patiënten op termijn meer vragenlijsten kunnen invullen via het portaal. Bijvoorbeeld een vragenlijst over hun klachten, voorafgaand aan een consult. Ook dat maakt het consult efficiënter. “Vragenlijsten zijn ook te gebruiken om thuismetingen in te vullen, bijvoorbeeld voor gewicht en bloeddruk”, vult Van der Boog aan. “Voor transplantatiepatiënten bestaat al een apart portaaltje waar zij gegevens kunnen invullen. Voorheen hielden zij gegevens bij in een schrift, maar nu is een groot deel daarvan digi-

taal. In de toekomst zullen gegevens vanuit de meetapparaten automatisch worden verwerkt in het portaal.”

Pilotprojecten

Uiteraard is beveiliging een belangrijk aspect. De toegang tot het portaal is alleen mogelijk via dubbele identificatie met DigiD. Ook het e-consult verloopt via deze beveiligde omgeving. “Momenteel wordt circa 2000 keer per maand ingelogd in het portaal”, laat Elderhorst weten. “Dat is al een stijging van 20% ten opzichte van vorig jaar.”

Het LUMC wil het portaal verder verbeteren, intuïtiever maken en zorgen dat artsen en patiënten er vertrouwd mee raken. Ontwikkelingen worden afgestemd met een klankbordgroep van patiënten. De plannen zijn om de komende tijd pilotprojecten te doen die met artsen en patiënten zullen worden geëvalueerd. “Het uiteindelijke doel van e-health is ‘patient empowerment’”, besluit Elderhorst. “Wellicht leidt dat tot minder ziekenhuisopnamen en betere therapietrouw. De arts blijft de medisch deskundige, maar wordt hiermee meer een coach van de patiënt.” Dat laatste vraagt wel dat de arts vertrouwen heeft in de patiënt, voegt Van der Boog toe. “Zo zijn veel artsen nog huiverig voor het real-time beschikbaar stellen van labuitslagen. Ze zijn bang dat veel patiënten ze moeilijk kunnen interpreteren en dan direct gaan bellen. Maar onze nierpatiënten zien uitslagen direct, en we horen van hen eigenlijk alleen maar positieve reacties. En het is al gebleken dat zij niet méér gaan bellen.” ■

**Digitalisering kan bijdragen
aan een meer gelijkwaardige
arts-patiëntrelatie,
gezamenlijke besluitvorming
en meer efficiënte zorg**

Dr. C.J. Roosprijs 2018

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

De hoofdprijs van 2000 euro wordt sinds 2005 jaarlijks uitgereikt tijdens de Internistendagen in Maastricht. Ook in 2018 zal dit het geval zijn, waarbij de auteurs van de drie beste proefschriften ook nu de gelegenheid krijgen hun werk te presenteren tijdens de speciaal hieraan gewijde sessie Topproefschriften. De drie laureaten ontvangen een gekalligrafeerde oorkonde en voor de op de tweede en derde plaats eindigende laureaten heeft de Stichting een bedrag van € 500,- ter beschikking gesteld.

Om in aanmerking te komen voor de prijs dient het proefschrift een klinisch, patiëntgebonden onderzoek te zijn dat het inzicht in de pathogenese, diagnostiek en/of de behandeling van ziektes vergroot, waarbij cellulair, moleculair, genetisch, zuiver epidemiologisch of ander basaal wetenschappelijk onderzoek additioneel kan zijn, maar niet de hoofdzaak vormt. Niet in aanmerking komen proefschriften waarvan de aard en opzet van het onderzoek is bepaald door de farmaceutische industrie.

Meedingen

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

- een afgerond proefschrift handelend over een klinisch, patiëntgebonden onderwerp verschenen in 2017, of begin 2018;
- de auteur is internist, assistent in opleiding of heeft in de nabije toekomst uitzicht op een opleidingsplaats.

Om mee te dingen dient u:

- een digitale versie van het proefschrift te sturen aan info@congresscompany.com onder vermelding van: Dr. C. J. Roosprijs 2018.
- een gedrukt exemplaar van het proefschrift te sturen aan de juryvoorzitter dr. J.C. Roos, J.W. Brouwersstraat 22, 1071 LK Amsterdam.
- als bijlage bij de digitale versie zowel als bij het gedrukte exemplaar een curriculum vitae mee te zenden en een korte motivatie waarom u meent voor de prijs in aanmerking te komen, benevens een kort overzicht van de aard van de financiële steun waarmee het onderzoek tot stand is gekomen.

Jury

De jury wordt samengesteld uit de vaste leden: prof. dr. H.A.H. Kaasjager, prof. dr. M.M. Levi, prof. dr. A.E. Meinders, dr. J.C. Roos (voorzitter), prof. dr. J.W.A. Smit, aangevuld met de voorzitter van de NIV, de voorzitter van de commissie Internistendagen en de eerste prijswinnaar van een van de voorgaande jaren.

De uiterste inzendingsdatum is 1 februari 2018

Oproep JNIV Innovatieprijs 2018

Op 8 februari 2018 zal tijdens de Landelijke Opleidingsdag Interne Geneeskunde (LOIG) in de Reehorst te Ede de JNIV Innovatieprijs worden uitgereikt voor de beste technologische innovatie en/of de beste e-healthtoepassing binnen de interne geneeskunde. Graag nodigen wij u uit mee te dingen naar deze prestigieuze prijs.

In 2018 is het voor de internist tijd om zijn/haar beste beentje voor te zetten op het gebied van technologie en innovatie. De internist van nu heeft niet alleen alle protocollen up-to-date, maar dient ook klaar te staan met apps die de vitale kenmerken van iedere patiënt uiterst nauwkeurig bijhouden, en natuurlijk ook met glimmende echo's als verlengstuk van de iPad. Doet dit al een belletje bij u rinkelen?

Een voorbeeld is DiagnostiGO, een 'serious gaming app' die aios interne geneeskunde Paula van Ooik ontwikkelde. (*Meer hierover vindt u elders in het tijdschrift*) Hiermee kunnen aios virtueel waarheidsgetrouwe patiënten diagnosticeren en behandelen, om zo veilig klinisch redeneren te trainen.

SAMENVATTEND

- Wij zijn op zoek naar innovatieve en originele toepassingen van technologie en e-health binnen de interne geneeskunde.
- De toepassingen worden beoordeeld op originaliteit, toepasbaarheid in de kliniek, mate van efficiëntie en gebruiksgemak.
- Hoewel de innovatieve toepassingen wel al opgezet dienen te zijn voor inzending, kan het prijzengeld worden aangewend om de innovatie verder uit te rollen.

De nominaties kunnen worden ingestuurd op maximaal 1 A4-tje door de aios (of opleider). Er zal vervolgens vanuit de jury een top 3 worden samengesteld van genomineerden die tijdens de LOIG-dag met een korte pitch de zaal mogen overrompelen met het beste voorbeeld van technologische innovatie. De winnaar ontvangt de JNIV Innovatieprijs van 1000 euro! Ideeën kunnen vóór 5 januari 2018 worden gemaild naar knapen@internisten.nl.



“Wij halen onze motivatie uit het enthousiasme en de dankbaarheid van de studenten”

Het is een afdaling met een schitterend uitzicht over het estuarium van de rivier de Púnguè en het op een schiereiland gelegen en door de Indische Oceaan omgeven Beira, de tweede stad van Mozambique. Beira is warm en vochtig. De rit naar de stad voert over een hobbelige weg langs luxe panden, vele nog in aanbouw, op een terrein dat voor kort nog een moeras was. In de verte ligt een Chinees strandresort. De oorspronkelijk Portugese wijken liggen net achter de kustlijn, als een slang met als kop het levendige, rommelige centrum en de haven, en verder kronkelend langs de kust, de staart eindigend bij de vuurtoren.

Veel oude, vervallen, Portugese huizen met prachtige architectuur zijn recent opgeknapt. De economische groei uit zich in nieuwe luxe hotels en steeds meer auto's, veelal terreinwagens, maar de extreme armoede van het merendeel van de Mozambikanen wordt er niet minder om. Meer landinwaarts zijn er de uitgestrekte, onbestrate wijken met armzalige huisjes. Die snelgroeiende wijken worden in de regentijd vaak modderpoelen of lopen onder. Er ligt nu een veelbelovend 'Beira Master Plan', met een Nederlands aandeel in de watervoorziening en afwatering.

Samenwerking

Na enkele oriënterende bezoeken hebben mijn vrouw en ik besloten ons werk in Nederland medio 2013 te verruilen voor een aanstelling aan de Faculteit der Gezondheidswetenschappen (FCS) van de Katholieke Universiteit van Mozambique

(UCM): zij als arts-docent aan de verpleegkundeopleiding en ik als internist-infectioloogdocent aan de medische opleiding. Haar hoofdtaak was de curriculumherziening en de bijscholing van docenten; die van mij de begeleiding van de co-assistenten van FCS tijdens hun stage interne geneeskunde in het Hospital Central da Beira (HCB), in afwachting van de start van de lokale internistenopleiding. FCS gebruikt het Maastrichtse onderwijsmodel van 'Problem-Based Learning' (PBL) en is gevestigd in een prachtig, ruim en open gebouw van 3 verdiepingen met roodbetegelde galerijen en roze muren op 200 meter van de Indische Oceaan.

In 2006 startte de samenwerking met FCS/UCM in Beira door de detachering van internist-infectioloog Jeannet Bos vanuit het AMC in Amsterdam en het Amsterdam Institute for Global Health and Development (AIGHD). Het onder-

wijs over hiv-infectie en de complicaties werd verbeterd en getracht werd een opleiding tot internist te creëren. Dat laatste is helaas om onduidelijke redenen nog niet gelukt. Met een lokaal salaris van UCM en een onkostenvergoeding uit een externe bron hebben we tot eind 2015 continu in Beira gewerkt, daarna tweemaal per jaar drie maanden als vrijwilligers. Verder dan een gedoogstatus met een tijdelijk visum, maar zonder werkvergunning of diploma-erkenning, hebben we het in de Mozambikaanse bureaucratie niet gebracht.

Tutor

In het HCB begint mijn werkdag om 7 uur. De co's hebben zowel in het 5e als het 6e jaar een stage van 6 weken op de interne afdeling, die ongeveer 150 bedden telt. Na enkele korte presentaties of anamnesetraining middels een rollenspel, is er 4 keer per week een gezamenlijke bespreking met de artsen. Daarin wordt gerefereerd, een patiënt gepresenteerd of een protocol besproken, beurtelings door een arts en een student. Een goed idee van de 2 recent aangestelde Mozambikaanse internisten. Helaas zijn alle gezamenlijke besprekingen aan het versloffen sinds 1 van hen ziekenhuisdirecteur in Chimoio is geworden, de hoofdstad van de pro-

vincie Manica. Er is nog steeds geen ochtendrapport, laat staan een middagoverdracht. De studenten functioneren als assistenten van de artsen op de afdelingen. De tutores doen de meeste supervisie: naast mijzelf achtereenvolgens: Jeannet Bos, Brian Meyers, een Amerikaanse arts acute geneeskunde – tevens zendeling – en later een jonge internist die nu weer weg is. Er zijn Mozambikaanse basisartsen en Cubaanse specialisten, maar niet van Nederlands niveau. Van 12-14 uur houden de co's onderling presentaties of geef ik interactief onderwijs, alles in het Portugees. Zij werken hard en sommigen zijn excellent. Zakken voor een examen heeft financiële consequenties en beurzen dekken vaak alleen het collegegeld. Sommige studenten lijden zelfs honger. 's Middags zijn er tutorials, waarin de leerstof groepsgewijs wordt doorgenomen. 's Morgens doe ik individuele of groepsgewijze 'bedside teaching' en zie dan vaak dat er inadequaat wordt behandeld. De meeste artsen nemen mijn voorzichtig geopperde therapeutische suggesties wel over, maar het heeft even geduurd voordat dit voldoende werd geaccepteerd. Aanvankelijk vond ik het jammer zelf geen patiënten te behandelen, maar nu ben ik tevreden met mijn rol van tutor.

Schrijnende situaties

De situatie op de afdelingen is bedroevend. Vaak is er uren geen water. De stroom valt nogal eens uit. Maar toch is er wel progressie. 's Morgens is er groeiende aandacht voor patiënten, vooral van de talloze leerlingen van diverse opleidingen. Er wordt redelijk schoongemaakt, maar dat vereist nogal wat motivatie omdat het gebouw in erbarmelijke staat verkeert, ondanks dat de buitenkant dit jaar is geschilderd. Er is een groot tekort aan alles wegens onvoldoende budget, een zwak management en diefstal. Een antibioticabeleid zou je wel kunnen maken, maar zolang dat afhangt van wat er toevallig die dag beschikbaar is, heeft het weinig nut. De familie wordt geacht de patiënt te verzorgen tijdens de beperkte bezoektijden. Dat leidt tot schrijnende situaties. Er is veel decubitus door onvoldoende



V.l.n.r.: Brian Meyers, Jeannet Bos en Frans Claessen



De coassistenten



Straatbeeld in Beira

wisselliging. Ontbrekende aandacht leidt tot parafimose of ernstige flebitis. Sociale ellende treft je recht in je gezicht bij een door de familie achtergelaten jonge vrouw met niets dan haar naakte lijf en een cryptokokkenmeningitis. Zieke gedetineerden liggen met een handboei aan het bed gekluisterd. Er is een rigoreus beleid om zieken zonder therapeutische opties, zoals CVA-patiënten, snel te ontslaan, mede om de ziekenhuismortaliteit te verminderen. Een wonderlijk fenomeen is de gebrekkige pijnstilling: morfine wordt zelden toegediend vanwege vermeende associaties met levensverkorting, verslaving en diefstal. Dit alles zien ook de jonge studenten. Zij moeten ermee om zien te gaan. Ik probeer met hen over hun emoties te praten.

Hoge mortaliteit

Er is een voortdurende stroom van (pre)terminale patiënten met in 70-80% hiv-gerelateerde pathologie. Vaak is falende antiretrovirale therapie de oorzaak. Het ziekenhuis verstrekt geen hiv-medicatie, die

moet de familie thuis gaan ophalen. Vervolgmedicatie loopt uitsluitend via de gezondheidspost in de eigen wijk of woonplaats. Voor de bedside teaching kan ik dagelijks kiezen tussen pneumonie, pleura-exsudaat, hartfalen, pericarditis, icterus, ascites, levertumoren, kaposisarcroom, meningitis, hemiplegie, dwarslaesie en meer. Tuberculose is met stip diagnose nummer één. Iedere student krijgt miliaire tb te zien. De zwakste schakel in de diagnostische keten is de sputumcollectie, en dus is de opbrengst van ZN-kleuring en moleculaire test laag. De hoge mortaliteit is echter nog meer te wijten aan de dramatisch slechte conditie van patiënten bij opname, dan aan de kwaliteit van het ziekenhuis. De armoede na decennia van oorlog wrekt zich op vele terreinen, en de zorg is er daar slechts één van. Wij halen onze motivatie uit het enthousiasme en de dankbaarheid van de studenten, die recht hebben op een zo goed mogelijke opleiding zodat zij zich optimaal kunnen inzetten voor de toekomst van hun land. ■



De NA-AAP-studie:

Nodeloze Acroniemen, Afkortingen en Anglicismen in medische Publicaties

Taal is het middel bij uitstek om te communiceren, om eenvoudige boodschappen, maar ook om een moeilijk en ingewikkeld betoog over te brengen op een ander zodat hij (goed) begrijpt wat er gezegd of geschreven wordt. Dat de taal daarbij zorgvuldig gebruikt moet worden om misverstaan te voorkomen, spreekt vanzelf.

Vakjargon ontstaat zodra een professionele groep zo gespecialiseerd is dat er behoefte ontstaat aan verkort taalgebruik, dat alleen begrijpelijk is voor leden van die groep. Dat is niet verwerpelijk, zolang dat binnen de groep gebeurt. Moet echter een groter publiek worden bediend dan moet men ervoor waken geen geheimtaal en onbegrijpelijke afkortingen te gebruiken. Ik zie in de afgelopen 40 jaar het medisch taalgebruik in publicaties en voordrachten afzakken naar een soms bedenkelijk niveau. Goed nadenken

en goed formuleren zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden. Slordig taalgebruik wijst op slordig denken en slordig denken leidt tot slordig handelen. Ik geef wat voorbeelden.

Acroniemen

Taalgebruik is aan mode onderhevig en na-apen is de mens aangeboren. Politici zijn er kampioen in, maar ook wij medici zijn er niet vrij van. Enigszins ridicul zijn de moeizaam

bedachte en gekunstelde acroniemen die haast verplicht lijken bij de grote gerandomiseerde (mooi voorbeeld van een goed in het Nederlands geïntegreerd Engels woord) studies. Neem als voorbeeld de recente Fourier-studie: Further cardiovascular Outcomes Research with PCSK-9 Inhibition in subjects with Elevated Risk. 'Fourier' is een Franse eigenaam, en refereert in het Nederlands aan de sergeant die je bij de inlijving

Slordig taalgebruik wijst
op slordig denken en
**slordig denken leidt tot
slordig handelen**

in het leger je plunjezak met persoonlijke standaarduitrusting uitrekt, en heeft helemaal niets te maken met het onderzoek. 'Fourire' is wel een Frans woord en betekent onbedwingbare schaterlach. Misschien hadden de auteurs dat als acroniem moeten gebruiken, want dat wekt ten minste iets op. De titel van het onderzoek waaruit duidelijk moet worden waar het artikel over gaat, wordt doordat hij gedwongen wordt in het keurslijf van het acroniem, een omslachtige mondvol die het zicht op de essentie van het artikel ontnemt en die zijn betekenis pas prijsgeeft na een paar keer herlezen. Nodeloze gewichtigdoenerij dus en vooral na-aperij.

Verkeerde woordkeuze

Nummer 22 van het *NTvG* 2017 komt met een verkorte titel op de titelpagina van een artikel met als volledige titel *Verhoogde mortaliteit bij patiënten met een metaal-op-metaal heupprothese*. Die verkorte titel luidt: *Sneller dood bij metaal-op-metaal heup*. Als klachtenvrije bezitter van twee metaal-op-metaalheupprothesen sinds 12 jaar was mijn eerste gedachte dat mensen zoals ik een sneller stervensproces te wachten staat, mooi meegenomen dus, want als het toch moet gebeuren, dan maar liever snel. De correcte titel van het artikel nam die gedachte snel weg, want het blijkt dat patiënten met dit type prothese een iets kortere levensverwachting hebben, mogelijk gerelateerd aan de grotere behoefte aan heuprevisies. Zij gaan dus eerder dood en niet sneller. Sneller is niet eerder, dat dacht de schildpad al te weten toen hij een hardloophwedstrijd moest houden met Achilles.

Anglicismen

Het Engels is wereldwijd de 'lingua franca' en in het medisch taalgebruik zo sterk dominant dat veel onderzoekers gewend zijn in het Engels te communiceren. Dat daardoor veel woorden en begrippen vanuit het Engels in het Nederlands terechtkomen, is begrijpelijk. Taal is nu eenmaal continu in beweging en nieuwe woorden zijn een verrijking. Wel is het storend als woorden zonder enige noodzaak vervan-

gen worden, want dan is er sprake van verarming van de eigen taal. Zo wordt zowel in de medische literatuur als in de lekenpers het woord hersenen te pas en te onpas en tamelijk hersenloos vervangen door 'brein', een letterlijke vertaling van het Engelse 'brain'. Wij hebben in onze taal in tegenstelling tot het Engels, de luxe twee woorden met een iets verschillende betekenis te hebben voor de grijze massa die zich in onze schedel bevindt. 'Brein' gebruiken we meestal als abstract begrip voor datgene waarmee wij denken, dromen en fantaseren, terwijl de hersenen de anatomische en fysiologische eenheid vormen. De oorsprong van deze vervlakking ligt bij de radiologen met de invoering van de CT-scan, toen zij – hun Engelstalige collega's volgend – begonnen te spreken over ruimte innemende processen in het brein in plaats van de hersenen. En vervolgens heeft de gewoonte zich helaas ook verspreid onder neurologen en neurowetenschappers, die beter moesten weten. Voorts kent het Nederlands twee meervoudsvormen, hersens en hersenen, en ook daar is een subtiel betekenisverschil te zien, zoals uit de volgende voorbeeldzin is op te maken: 'Dick (de keuze van de naam is willekeurig) heeft zijn hersens goed gebruikt, want wat uit zijn brein is voortgesproten, heeft ons inzicht in de anatomie en fysiologie van de menselijke hersenen vooruitgebracht'.

Een ander voorbeeld van een tamelijk recent en nodeloos anglicisme is het begrip 'adresseren' waar men 'aanpakken' of 'aandacht schenken aan' bedoelt. Een 'probleem' adresseren komt van politici die graag modieuze begrippen gebruiken en is gelekt naar

De verengelsing van de spelling is wijdverbreid en beperkt zich niet tot de medische literatuur



het medisch taalgebruik. Behalve het schrijven van een adres op een envelop wordt adresseren (ook in het Engels trouwens) vrijwel uitsluitend gebruikt wanneer men zich tot een persoon, of tot personen wendt.

In tegenstelling tot het Engels dat alle zelfstandige naamwoorden die bij elkaar horen los van elkaar schrijft, schrijven wij die substantieven aan elkaar, zoals bijvoorbeeld 'bloedbezinkingssnelheid' versus 'blood sedimentation rate'. Dit is misschien wel het meest voorkomende anglicisme. De oorzaak berust deels op het onnadenkend overnemen van de Engelse schrijfwijze, deels op een



In ons vak zijn goed denken en goed handelen **innig verbonden met wat wij zeggen en schrijven**

te groot vertrouwen in het spellingscontroleapparaat van Word: dit kan immers de los van elkaar geschreven substantieven niet herkennen als samen één woord vormend omdat de woorden afzonderlijk wel correct zijn. Deze verengelsing van de spelling is wijdverbreid en beperkt zich niet tot de medische literatuur.

Proefschriften

Bij het lezen van 20 tot 25 proefschriften per jaar als jurylid voor de Dr. C.J. Roosprijs valt mij op hoe erbarmelijk slecht soms het Nederlands in de samenvatting is, waarbij bovengenoemde fout het meest voorkomt, naast het vervangen van het voorzetsel 'bij' door 'in'. Waar de Engelstaligen onderzoek doen en verschijnselen bestuderen 'in patients' doen wij dat 'bij patiënten'. Soms is de Nederlandse samenvatting een letterlijke vertaling van de Engelse summary. Daarbij wordt de Engelse syntaxis toegepast op het Nederlands, met als gevolg woordvolgordes die pijn doen aan de ogen. Dit mag men de promovendus aanrekenen, maar de promotor is in die gevallen medeschuldig, en heeft de samenvatting óf niet gelezen, óf beheerst zelf het Nederlands niet meer.

Afkortingsdwang/-drang

Veel namen van ziektes en syndromen zijn vervangen door de Engelse verta-

ling of het Engels zelf. Een venerische infectie heet nu een seksueel overdraagbare aandoening, een mondvul, vandaar de afkorting tot soa. Nergens voor nodig, want venerisch, afkomstig van venus (zonder hoofdletter), staat al sinds de oudheid voor de erotische liefde. Celsus, schrijver van het eerste medische leerboek in het Latijn in de eerste eeuw n.C. en de man van 'rubor, calor, tumor, dolor', de vier ontstekingskenmerken, spreekt systematisch van venus, als hij het over geslachtsverkeer heeft. Venerisch en seksueel overdraagbaar is dus synoniem, maar venerisch is korter en heeft als bijkomstig voordeel dat het met de godin Venus als symbool van schoonheid en liefde te maken heeft. Een schrale troost voor de patiënt, dat wel.

Ik hoorde ooit een Nederlandse cardioloog spreken over het dubbeljoeppedubbeljoesyndroom, zoals de Amerikanen het WPW-syndroom graag noemen, wanneer zij spreken over het wolff-parkinson-whitesyndroom. Hier zie je hoe de drang tot afkorting het tegendeel bereikt: Wolff-Parkinson-white telt vijf lettergrepen, dubbeljoeppedubbeljoe zeven, en weepewe drie. Pre-excitatiesyndroom is overigens nog niet eens zo gek.

Lelijk taalgebruik

Dan is er nog een categorie woorden die niet fout is op zichzelf, maar lelijk. In de psychiatrie spreekt men stevast

van cliënten in plaats van patiënten. Advocaten hebben cliënten, winkels hebben een clientèle, wij artsen hebben patiënten. Zien de psychiaters zich niet meer als artsen? Freud heeft het alleen over 'Patienten' en 'Kranken', nooit over 'Kunden'.

Lelijk is ook de 'agressieve' behandeling van aandoeningen, ooit geïntroduceerd door de gastro-enterologen om *Helicobacter pylori* te 'eradicieren'. Je kunt deze bacterie ook intensief of krachtig bestrijden. In de geneeskunde is geen plaats voor agressie. Eradicieren, ofwel met wortel en tak uitroeien, roept bij mij ook onaangename associaties op, afgezien van het eeuwige gestuntel over de uitspraak van de c, als k- of als s-klank. Ooit hoorde ik een gastro-enteroloog in een voordracht zeggen dat hij en zijn team de patiënt succesvol hadden 'geëradiceerd'. Niemand keek ervan op. Dit zijn zo maar wat voorbeelden die illustreren dat taal als communicatiemiddel te belangrijk is om te laten versloffen. Wij als medici moeten vooral zorgvuldig taalgebruik koesteren, omdat in ons vak goed denken en goed handelen innig verbonden zijn met wat wij zeggen en schrijven. ■

Een vingerwijzing naar het lichamelijk onderzoek

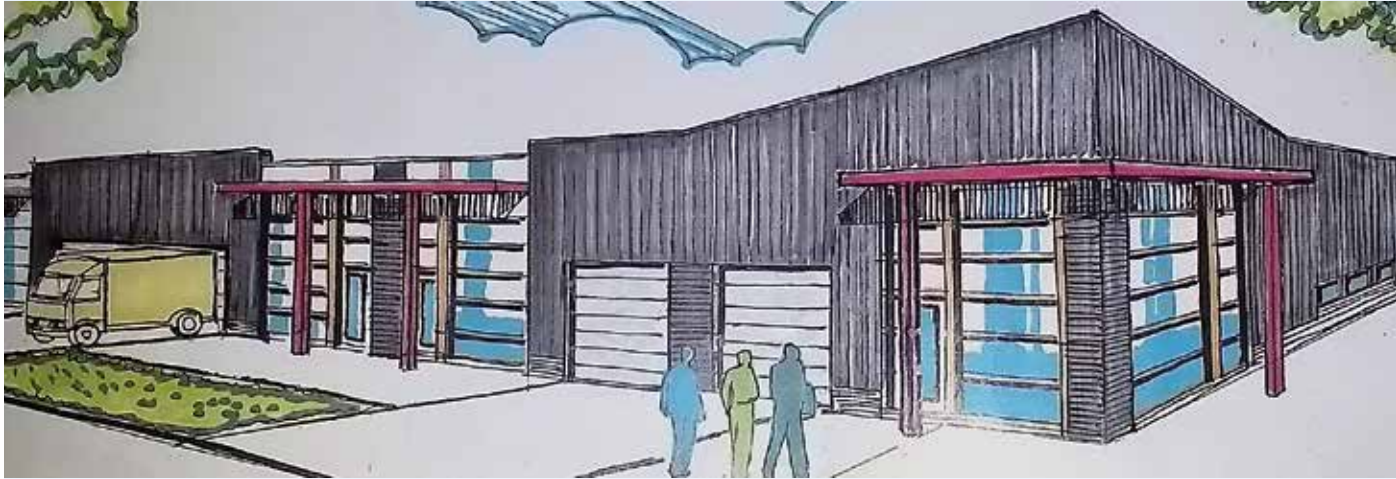
Ik heb met sommige collega's in het recente verleden een enkele keer een discussie gehad over het vaginaal toucher. Er is nog weleens een reden om dat uit te voeren, vinden ze. Ik heb het tijdens mijn algemene coschappen moeten oefenen op een vrijwilligster (ze kregen wel enige onkostenvergoeding en misschien nog wel iets extra's, denk ik). Na wat anatomische instructies gingen er achter elkaar 12 coassistenten het vaginaal toucher oefenen, terwijl de vrouw in kwestie aanwijzingen gaf om de fijne kneepjes onder (of beter: boven) de knie te krijgen. Een van mijn collega's vond het erg nobel dat deze vrouwen zich daaraan blootstelden. Ik vond er eigenlijk niks nobels aan. De wereld is er namelijk geen spat beter van geworden. Wat dan wel de reden is geweest om je als vrouw door een stel leergierige adolescenten vaginaal te laten toucheren zal me altijd wel een raadsel blijven. Ik kan me niet meer herinneren wanneer ik voor het laatst in mijn praktijk een vaginaal toucher heb uitgevoerd, gelukkig maar. Ik vind het vaginaal toucher namelijk obsoleet. En dat sommigen – gelukkig nog maar heel weinig – beweren dat het bij het 'normale' lichamelijk onderzoek hoort, vind ik absurd. Een vaginaal toucher heeft namelijk toch echt een andere lading dan een stethoscoop op de borst. En nog veel belangrijker: het quotiënt van de opbrengst en het uitvoeren van het vaginaal toucher is nagenoeg nul. Bij vermoeden van pathologie in deze regio verwijs je de patiënt naar de gynaecoloog. Maar dan het rectaal toucher. Dat is wat lastiger. De keren dat het rectaal toucher echt wat heeft opgeleverd, is bij een anamnese die heel duidelijk aangeeft dat er zich rond de anus of ietsje daarboven wat loos is. Dus loze aan- drang, pijn of helderrood bloedverlies. Alle andere keren heeft mijn stekeblinde vinger tot 6 cm – en 8 cm als de patiënt héél goed meewerkt en ik enorm mijn best doe – niets opgeleverd in een colon die nog wel zo'n meter- tje doorloopt. Ook bij een ijzerebreksanemie die geen duidelijke er-is-wat-loos-rond-de-anus-anamnese heeft, is het rectaal toucher wat mij betreft zinloos. Hetzelfde geldt voor onderbuisklachten: levert niets op. Behoort een rectaal toucher dan wel tot het algehele 'normale' lichamelijk onderzoek? Met andere woorden: heeft een

rectaal toucher ook een bepaalde lading, waardoor je een afweging moet maken om het wel of vooral niet te doen? Wat mij betreft wel. Natuurlijk, de patiënt zal zeggen "dat het nu eenmaal moet, dokter", als hij ligt bij te komen van de digitale maltraitatie en soms een doekje krijgt om de overvloedige gel te verwijderen. Om maar te zwijgen over het schaamtegevoel dat bij de patiënt synchroon opkomt met de geur in de onderzoekskamer, omdat de dokter zo nodig de kleur van de ontlasting wil kwalificeren. Lichtbruin of donkerbruin ...? Weet de patiënt veel, die denkt dat we daar een majeure beslisboom mee afgaan. En voor melaena hoeft je het al helemaal niet te doen, want dat ruik je al als je de lift uitstapt op weg naar de afdeling. Menig patiënt vindt het inwendige onderzoek ronduit ver- velend en soms zelfs zeer pijnlijk, hoe voorzichtig je het ook doet. Ik heb dan echt spijt dat ik het heb gedaan. En steeds vaker denk ik, als er echt geen anamnestiche reden voor is: waar ben ik mee bezig, waarom doe ik dit? Vooruit, bij een patiënt met een verdenking op een prostatitis zal een pijnlijke prostaat de lengte van de behandeling met antibiotica bepalen, daar ga ik nog enigszins in mee. Maar een prostaatacarcinoom diagnosticeren met een rectaal toucher bij een 80-plusser is een open deur intrappen. Behalve het laatste zal mijn pleidooi om het toucheren te minimaliseren wel niet evidencebased zijn. Maar mijn onderbuiksgevoel verplicht mij dat ik alleen nog maar een rectaal toucher mag doen als de anamnese dat duidelijk aan- geeft: 'er is daar wat loos dokter, kunt u even checken?' ■

REAGEREN?

Wilt u (anoniem) reageren op de tekst van Hans Ablj? Dat kan door een e-mail te sturen aan de redactie van Interne Geneeskunde via info@internisten.nl. In de volgende uitgave van Interne Geneeskunde worden de meest prikkelende reacties gepubliceerd. Of wilt u zelf de knuppel in het internistenhok gooien? U kunt uw bijdrage van maximaal 550 woorden via hetzelfde e-mailadres aanleveren. Wij zijn benieuwd wat u bezighoudt!

Een dagje **Urk**



Op zaterdag 29 juli 2017 bezocht een delegatie van het JNIV-bestuur bestaande uit Wendy van der Wekken (VUmc), Tanja Oostergo (AvL) en Robert van den Broek (HagaZiekenhuis) het Trefpunt Medische Geschiedenis op Urk. Het gezelschap werd ontvangen door enkele leden van de historische commissie van de NIV: Mark Kramer (VUmc), Anneke van den Beukel (Maasstad ziekenhuis) en Arie Berghout (Rotterdam).

Gastheer was Mart van Lieburg, emeritus hoogleraar medische geschiedenis en oprichter en beheerder van het Trefpunt. Deze gaf een exposé over de achtergrond van 'Urk'. In het Trefpunt is een enorme collectie medische boeken en tijdschriften bijeenbracht, vanaf de 19e eeuw tot heden. Deze omvat niet alleen vakinhoudelijke literatuur, maar ook

overzichtswerken over de geschiedenis van de geneeskunde, biografieën, geneeskunde in andere culturen en complete verzamelingen van proefschriften en oraties. Te veel om op te noemen!

Collectie

De basis van de collectie is de collectie van Mart van Lieburg, daarna

– en nog steeds – aangevuld met particuliere schenkingen en complete bibliotheken, zoals die van het Tropeninstituut in Amsterdam, de Rutgers Stichting, maar ook van medische faculteiten die delen van hun collecties afgestoten hebben. Het voldoet hiermee aan een duidelijke behoefte, omdat niet al het geschreven materiaal te digitaliseren is en anders verloren zal gaan. Het aanbod van waardevolle historische boeken is enorm groot. Het Trefpunt is begonnen in 2003 met als thema medische geschiedenis. In 2011 kwam de farmacie erbij, in 2013 gevolgd door medisch erfgoed; en ten slotte werd het Trefpunt in 2016 verrijkt met de collecties van verpleegkundig en fysiotherapeutisch erfgoed. Fysiek beslaat het Trefpunt nu vier loodsen waarin ook accommodatie is gevestigd voor bijeenkomsten. Er worden onder andere cursussen medische geschiedenis aangeboden, 'witness seminars' georganiseerd (zoals een seminar van nefrologen die de ontwikkeling van de hemodialyse in Nederland hebben meegemaakt) en er wordt onderwijs gegeven aan studenten en artsen in

“Iedere aios heeft weleens van Borst, Snapper of Boerhaave gehoord, maar **door een middag in het archief leer je de verhalen achter deze historische internisten kennen**”

opleiding die willen kennismaken met de achtergrond van hun specialisme. 'Urk' draait op vrijwilligers van alle specialisaties, die ervoor zorgen dat de collectie gesorteerd wordt en weer terug te vinden is. U vraag zich misschien af waarom dit waardevolle ontmoetingspunt zich in Urk bevindt? Het Trefpunt heeft zijn zetel in Urk simpelweg omdat daar geschikte en betaalbare ruimte gevonden werd.

Historisch perspectief

Al meteen na kennismaking met de leden van het JNIV-bestuur bleek hoe het heden is verweven met het verleden: er ontstond een levendige discussie over het actuele debat, zoals het antibioticabeleid en de behandeling van diabetes mellitus in Nederland. Dit alles werd door de gastheer in historisch perspectief geplaatst. Van Lieburg gaf een voorbeeld van de invloed van de geschiedenis op wetenschappelijk onderzoek. Bij het onderzoek naar het hiv-virus werd in Frankrijk – geheel in lijn met Pasteur – de immunologische weg gevolgd, terwijl in de Verenigde Staten de virologische benadering was gevolgd, in lijn met de Angelsaksische traditie.

Kortom, het gesprek ging over de inbedding van de geschiedenis in



Het eerste klyasma (Bron: archief Trefpunt Medische Geschiedenis)



“Als aios begrijp je na een bezoek aan Urk **hoe de interne geneeskunde zich heeft ontwikkeld tot haar huidige vorm**”

het functioneren als internist en het inzicht en overzicht dat de geschiedenis kan bieden aan datgene waarmee men vakinhoudelijk bezig is. Met name (historisch) overzicht is belangrijk en zo sterk in tegenstelling tot de fragmentarische kennis die op dit moment digitaal beschikbaar zijn. Vanuit de JNIV kwamen vragen op als: Wat is 'de' internist? Hoe is de algemene internist ontstaan? Wat zijn de verschillen in stijlen van de opleidingen in Nederland? De geschiedenis biedt verdieping, context, en – afhankelijk van de fase van de carrière – informatie en inspiratie.

Onderwijsdag

Het Trefpunt zou heel goed een rol kunnen spelen in de opleiding interne geneeskunde door bijvoor-

beeld een onderwijsdag voor aios te organiseren. Het programma kan dan bestaan uit voordrachten over de sociale en culturele aspecten van de interne geneeskunde vanuit historisch perspectief, gevolgd door onderwijs in groepjes door internisten die hebben bijgedragen aan de ontwikkeling van het vak. Hierbij kan ingegaan worden op specifieke aspecten van de historische ontwikkeling in het algemeen en van de deelspecialismen. Van Lieburg kwam ten slotte met het idee om een boekje samen te stellen over wat een internist van de geschiedenis van zijn vak zou moeten weten. Kortom, ideeën genoeg waarbij zowel de senior als de junior internist betrokken is en kan bijdragen aan de vorming van de nieuwe generatie internisten. ■

“**De verhalen van Van Lieburg over de ontwikkeling van het vak** zijn inspirerend, inzichtgevend en prikkelend”



De medicus in de literatuur

“O gij, die sneller schrijft dan God kan lezen!”

Simon Vestdijk, scheepsarts, huisarts en vooral schrijver

Zowel op onze redactie als ver daarbuiten dromen we allemaal wel eens van een leven vol literaire hoogtepunten. In deze nieuwe rubriek aandacht voor de medicus in de literatuur, bij wie op een bijzondere wijze het schrijversleven en artsensbestaan is samengekomen, zowel in werk als persoonlijk leven.

Simon Vestdijk (1889-1971) is bij velen bekend als een van de meest productieve schrijvers uit de geschiedenis van de Nederlandse literatuur. Menno ter Braak gaf hem de bijnaam ‘duivelskunstenaar’: hij schreef niet alleen romans, maar ook poëzie, essays en novellen. En zo veel zelfs dat de dichter Adriaan Roland Holst over hem zei dat hij sneller schreef dan God kan lezen. Wellicht minder bekend is dat hij pas vrij laat debuteerde en aanvankelijk na een studie medicijnen enkele jaren als waarnemend huisarts en scheepsarts werkte. Tevens kampte hij met depressies (met mogelijk ook manische episoden) en bleek hij een gretig vrouwenverslinder. Ook schreef hij een proefschrift *Het wezen van de angst*, waarop hij echter nooit promoveerde.

Mensenkennis

Vestdijk studeerde van 1917 tot 1927 medicijnen in Amsterdam, samen met Jan Jacob Slauerhoff (1898-1936), die eveneens schrijver en scheepsarts werd. Ook studeerde hij na zijn artsexamen korte tijd psychologie en filosofie in Leiden, waar hij ook een bijzondere interesse voor de astrologie ontwikkelde. Gedurende de 10 jaar van zijn studie geneeskunde die hij in Amsterdam doorbracht, stortte hij zich vol overgave

op de vrouwen en de muziek. Hij bracht dan ook vele avonden door in De IJsbreker op de Weesperzijde, nu nog voor vele Amsterdamse geneeskundestudenten en artsen een bekende plek voor een vrijdagmiddagborrel. Al tijdens zijn studententijd publiceerde hij gedichten, maar hij zou zich uiteindelijk pas in 1932 geheel aan de literatuur wijden.

Tijdens zijn vijf jaar durende artsensbestaan werkte hij als scheepsarts en waarnemend huisarts, de jaren waarin hij, naar eigen zeggen, zijn mensenkennis opdeed. In 1929 voer hij tussen de havens Tjandjung Priok, Batavia (het huidige Jakarta, Indonesië) en Mekka. In 1930 besloot hij echter nooit meer scheepsarts te zijn, niet in de laatste plaats omdat hij zo vaak zeeziek was tijdens deze reizen. Ook Slauerhoff werd scheepsarts, maar zou, in tegenstelling tot Vestdijk, zijn hele leven de wereldzeeën bevaren. Wel nam Vestdijk nog af en toe waar als huisarts om in zijn onderhoud te voorzien.

Nobelprijs voor Literatuur

Via Slauerhoff kwam Vestdijk aan het begin van de jaren 30 van de vorige eeuw in contact met het literaire tijdschrift *Forum*. Hij had al vele gedichten geschreven, maar werd pas in deze periode ‘ontdekt’ door Menno ter Braak (1902-1940) en E. du Perron (1899-1940), beiden redacteurs van het tijdschrift. Zij waren zeer onder de indruk van zijn dichtkunst. Meestal werden zijn manuscripten ongezien geplaatst en werd Vestdijk door de redactie gezien als de grootste ontdekking van *Forum*. Aangemoedigd door de beide heren begon Vestdijk aan een autobiografische roman over zijn jeugd, maar deze werd door Ter

Braak en Du Perron niet goed ontvangen en “jammerlijk mislukt” genoemd. De romanfragmenten werden dan ook nooit gepubliceerd in het tijdschrift. Geen enkele uitgever durfde het zelfs aan om de roman van duizend pagina’s uit te geven. Uiteindelijk vormde de roman de basis voor de eerste vier delen van zijn bekende en onvolprezen *Anton Wachter*-cyclus. Hierna zou hij langzaamaan steeds meer bekendheid verwerven: hij werd redacteur van het tijdschrift *Groot Nederland* en later redacteur letteren bij de *Nieuwe Rotterdamse Courant*. Met *De nadagen van Pilatus* verscheen in 1938 zijn eerste historische roman, waarin Maria Magdalena en Pontius Pilatus de hoofdpersonages vormen. Hij zou uiteindelijk ongeveer 200 boeken schrijven en was in 1965 een van de genomineerden voor de Nobelprijs voor Literatuur, samen met grote namen als Jorge Luis Borges en Vladimir Nabokov. “Vanwege zijn meesterlijke romankunst, zeer intelligente essays, veelzijdige kennis van de moderne cultuur en oorspronkelijke visie op het leven”, ontving hij in 1964 het eredoctoraat in de letteren aan de Rijksuniversiteit Groningen.

Depressies

Voor Vestdijk was schrijven niets anders dan hard werken. Vestdijk leed aan vitale depressies die afgewisseld werden door perioden van bijna manisch schrijven; drie tot vier boeken per jaar waren geen uitzondering. Hij zei zelf “tegen de depressie” te schrijven en zag de sombere episodes als een biochemische verstoring van zijn leven. In 1924 ging hij op doktersadvies werken op een boerderij in Wolfheze, want lichamelijke arbeid zou een helende werking hebben op de geest. Even overwoog hij zelfs om boer te worden en zijn medicijnenstudie te staken. Hij werd behandeld met antidepressiva, werd enkele malen opgenomen en onderging elektroconvulsie therapie. Psychiater H.C. Rümke (1893-1967), die hem behandelde, had Vestdijk geadviseerd om als therapie over zijn angsten te schrijven. Dit werd een omvangrijk manuscript waarop Vestdijk zelfs wilde promoveren: *Het wezen van de angst*. Het beschrijft vooral zijn eigen angsten uit zijn jeugd die betrekking hadden op vrouwen en depressies. Rümke vond het manuscript te persoonlijk en meer van literaire aard. Daar bleek hij geen ongelijk in te hebben, want uiteindelijk werd het manuscript in 1968 als boek uitgebracht.

Op 4 mei 1942 werd Vestdijk samen met honderden ‘prominente’ Nederlanders door de Duitsers gegijzeld in het seminarie Beekvliet in Sint Michielsgestel. De gijzelaars werden vastgehouden om, na een vermeende terroristische aanslag van het Nederlandse verzet op de bezetter, als vergelding gedood te worden. Na een aanslag in 1942 werden vijf gijzelaars ook daadwerkelijk doodgeschoten. In de gedichtenreeks *De uiterste seconde* blijkt dat Vestdijk zeer onder de indruk was van deze gebeurtenissen. Door te dichten probeerde hij zichzelf te wapenen en niet door “woedend te zijn op die schoften”.

Stof tot nadenken

In 1964 schreef Vestdijk de essaybundel *De zieke mens in de romanliteratuur*, waarin hij stelt dat de belangstelling voor ziekte en zieken een romantisch fenomeen is. In



Simon Vestdijk omstreeks 1940, onbekende fotograaf (Elsevier Photo Collection)

dit essay koppelt hij de manier waarop mensen omgaan met ziekte aan bekende personages uit de literatuur, zoals in *De Toverberg* van Thomas Mann en *King Lear* van Shakespeare. In zijn romans schreef hij over de psychiatrie dat gestoord gedrag vaak wordt geromantiseerd en te schilderachtig neergezet. Volgens Vestdijk hoeft het gebrek aan fantasie bij psychiaters niet altijd een nadeel te zijn: deze zijn immers getraind in de precieze beschrijving van de verschijnselen en moeten juist worden behoed om te veel hun eigen interpretatie te geven. Ook beschrijft hij in zijn essay dat door de ontwikkeling van de geneeskunde ziekten een andere plaats hebben gekregen in de roman. En tegelijk kreeg de zieke zelf, door de opkomst van de romantiek, meer en meer aandacht. Ziekte leek minder alleen maar het gevolg te zijn van het lot of de zonde. Deze stelling maakte het een interessanter onderwerp om over te schrijven.

Vestdijk heeft ook enkele gedichten over de dood geschreven: “en wanneer men eerlijk tegenover zichzelf blijft, wordt men er zich allengs van bewust, dat de dood geen geheim is dat wij behoren te eerbiedigen, doch een anti-geheim, waartegen wij behoren te protesteren, – een brutale misgreep, een brute manifestatie van het overwicht van de stof op de geest.” Zijn gedichten zijn in deze tijd, waarin de discussie over voltooid leven en een (zelfgekozen) moment van sterven volop aan de gang is, weer stof tot nadenken. Een reden temeer om Vestdijk weer uit de boekenkast te halen.

Vestdijk stierf in 1971, waarschijnlijk aan de gevolgen van multipel myeloom. ■

Yvo Smulders



Gewoon lekker werken

Beste aios,

Degenen onder jullie die afgelopen jaren voortgangsgesprekken met mij hebben gehad, weten dat ik zo mijn manieren had om te proberen wat druk van jullie ketel te halen. Als opleider voel ik me immers verantwoordelijk voor jullie geestelijk welbevinden en hoewel het heus een vrolijke bedoening is bij ons, zijn er ook aios die het minder gemakkelijk hebben of zelfs burn-outverschijnselen vertonen. Een deel daarvan heeft naar mijn overtuiging te maken met wat je 'spiegeldruk' kunt noemen: jezelf voortdurend vergelijken met andere mensen: collega's die zelfstandiger zijn of zich continu manifesteren, omgevallen boekenkasten onder de supervisors enzovoort. Dat is niet gemakkelijk, zeker in aanmerking genomen dat de klassieke interne-aios voorheen zélf altijd het beste meisje van de klas was. En tja, als die samenkomen ...

Mijn maniertje was als volgt: "het is onbelangrijk hoe goed je precies bent ten opzichte van anderen, als je maar zorgt dat je het beste uit jezelf haalt". Ik was altijd reuze content met die interventie omdat ik oprecht meen, in generieke zin zelfs, dat in de focus op jezelf meer muziek zit dan in de continue vergelijking met anderen. Heel veel concrete aanwijzingen dat het nou zo effectief was waren er niet, maar de meesten van jullie leken er tenminste een beetje door aan het denken te worden gezet en als ik alleen dat al bereikte was ik tevreden.

Een recent opiniestukje in *NRC Handelsblad* heeft me aan het denken gezet. Econoom en filosoof Francisca Wals schreef eind september het artikel *Je hoeft niet telkens je ziel en zaligheid mee te nemen naar kantoor* (<https://www.nrc.nl/nieuws/2017/09/30/je-hoeft-je-ziel-en-zaligheid-niet-mee-te-slepen-naar-kantoor-13234886-a1575460>). Hoewel het artikel vooral de economische branche als voorbeeld neemt, is de boodschap op allerlei sectoren toepasbaar. 'Bv-iks' zijn voortdurend hun unieke talenten aan het ontplooiën, schrijft ze, maar 'zelfontplooiing op de werkvloer werkt averechts zodra je niet elke dag het gevoel hebt dat je weer een stukje van je menselijke kapitaal ontgonnen hebt.'

De boodschap van dit artikel sijpelt nu al enkele weken naar binnen en begint tot de overtuiging te leiden dat 'het beste uit jezelf halen' helemaal niet je verplichte dagelijkse motto moet zijn, laat staan dat het de probate anti-burn-outstrategie is die ik voor ogen had. Wals heeft gelijk: zeker in tijden dat je wat meer gestrest bent, het thuis erg druk is, of wat dan ook, zou ook voor aios 'gewoon naar je werk gaan' een optie moeten kunnen zijn. De tegenwerping van sommigen dat je dan niet het maximale rendement uit je opleiding haalt is onzinnig. Verreweg het meeste leren we immers door diffusie van kennis en ervaring tijdens wat we dagelijks doen en daarvoor is een beetje toewijding en opmerkzaamheid gedurende de dag al ruim voldoende.

Hoewel ik nog niet 100% twijfelvrij ben of ik nu niet te véél druk van jullie keteltje haal, durf ik het wel aan om alle aios die deze column lezen een advies te geven, hopende dat ik niet al te veel tegen de overtuiging van jullie opleiders in ga:

Je hoeft niet elke dag het beste uit jezelf te halen, feedback te verzamelen, ieder leermoment te benutten enzovoort. Ga maar wat vaker 'gewoon lekker naar je werk'.

Alarmerende toename van de ziekte van Parkinson



Connie, 54 jaar

Meer dan 55.000 Nederlanders lijden al aan deze ingrijpende ziekte. Met de alarmerende toename van de ziekte van Parkinson is investeren in onderzoek de enige weg.

Steun baanbrekend onderzoek
Ga naar www.parkinsonfonds.nl

IBAN: NL10ABNA0504201530



ParkinsonFonds

De grootste financier van wetenschappelijk onderzoek naar de ziekte van Parkinson.

Verkorte productinformatie Eliquis 2,5 en 5 mg filmomhulde tabletten

Samenstelling: elke filmomhulde tablet bevat 2,5 mg of 5 mg apixaban. **Farmacotherapeutische categorie:** Antithrombotica, direct factor Xa-inhibitoren ATC-code: B01AF02. **Indicaties 2,5 mg:** Preventie van veneuze trombo-embolische voorvallen (VTE) bij volwassen patiënten die een electieve heup- of knievervangingsoperatie hebben ondergaan. **Indicaties 2,5 en 5 mg:** Preventie van beroerte en systemische embolie bij volwassen patiënten met niet-valvulair atriumfibrilleren (nvAF), met een of meer risicofactoren, zoals een eerdere beroerte of transiënte ischemische aanval (TIA); leeftijd ≥ 75 jaar; hypertensie; diabetes mellitus; symptomatisch hartfalen (NYHA-klasse $\geq$ II). Behandeling van diepveneuze trombose (DVT) en pulmonaire embolie (PE) en preventie van herhaalde DVT en PE bij volwassenen (zie rubriek 4.4 voor hemodynamisch instabiele PE-patiënten). **Dosering en toediening** *Preventie van VTE (VTEp):* electieve heup- of knievervangingsoperatie: De aanbevolen dosis apixaban is tweemaal daags 2,5 mg, oraal in te nemen. De aanvangsdosis dient 12 tot 24 uur na de operatie te worden ingenomen. Artsen kunnen de mogelijke voordelen van eerdere antistolling voor VTE-profylaxe en het postoperatieve bloedsrisico in overweging nemen bij het besluit inzake toediening binnen dit tijdsinterval. De aanbevolen duur van de behandeling is 32 tot 38 dagen bij heupvervangings- en 10 tot 14 dagen bij knievervangingsoperatie. *Preventie van beroerte en systemische embolie bij volwassen patiënten met niet-valvulair atriumfibrilleren (nvAF):* De aanbevolen dosis van apixaban is tweemaal daags 5 mg oraal. Bij patiënten met nvAF en minstens twee van de volgende eigenschappen: leeftijd ≥ 80 jaar, lichaamsgewicht ≤ 60 kg, of serumcreatinine $\geq 1,5$ mg/dl (133 micromol/l) is de aanbevolen dosis van apixaban tweemaal daags 2,5 mg oraal. *Behandeling van DVT, behandeling van PE en preventie van herhaalde DVT en PE (VTEt):* De aanbevolen dosis van apixaban voor de behandeling van acute DVT en behandeling van PE is tweemaal daags 10 mg oraal genomen gedurende de eerste 7 dagen, gevolgd door tweemaal daags 5 mg oraal genomen. Zoals volgens de beschikbare medische richtlijnen dient een korte behandelingsduur (minstens 3 maanden) gebaseerd te zijn op transiënte risicofactoren (bijvoorbeeld operatie, trauma, immobilisatie). De aanbevolen dosis van apixaban voor de preventie van herhaalde DVT en PE is tweemaal daags 2,5 mg oraal genomen. Als preventie van herhaalde DVT is geïndiceerd, dient met tweemaal daags 2,5 mg te worden gestart na het afronden van de 6 maanden behandeling met apixaban 5 mg tweemaal daags of met een andere anticoagulant, zoals hieronder weergegeven: - Behandeling van DVT of PE: doseringsschema 10 mg tweemaal daags gedurende de eerste 7 dagen (maximale dagelijkse dosering 20 mg) gevolgd door 5 mg tweemaal daags; - Preventie van herhaalde DVT en/of PE na afronden van 6 maanden behandeling van DVT of PE: doseringsschema 2,5 mg tweemaal daags (maximale dagelijkse dosering 5 mg). De duur van de totale behandeling dient per individu te worden bepaald na zorgvuldig afwegen van het behandelvoordeel tegen het risico op bloedingen. **Contra-indicaties:** overgevoeligheid voor het werkzame bestanddeel of voor een van de hulpstoffen. Klinisch significante actieve bloedingen. Leverziekte die gepaard gaat met coagulopathie en een klinisch relevant bloedsrisico. Laesie of aandoening met een verhoogd risico op ernstige bloedingen zoals huidige of recente gastro-intestinale ulceratie, aanwezigheid van maligne neoplasmata met een hoog risico op bloedingen, recent letsel aan hersenen of ruggenmerg, recente operatie aan hersenen, ruggenmerg of ogen, recente intracraniale bloeding, aanwezigheid van of verdenking van oesofageale varices, arterioveneuze malformaties, vasculaire aneurysma's of ernstige vasculaire afwijkingen in de hersenen of in het ruggenmerg. Gelijktijdige behandeling met andere antistollingsmiddelen (ongefractioneerde heparine, laag molecuulair gewicht heparine, heparinderivaten, orale antistollingsmiddelen), behalve in het specifieke geval van veranderingen van veranderingen van anticoagulant of indien ongefractioneerde heparine bij een centraal veneuze of arteriële katheter. Patiënten met zeldzame erfelijke problemen met galactose-intolerantie, lapp-lactasedeficiëntie of glucose-galactosemalabsorptie dienen dit geneesmiddel niet te gebruiken. **Waarschuwingen en voorzorgsmaatregelen:** Eliquis-patiënten dienen nauwlettend te worden gecontroleerd op tekenen van bloedingen. Het wordt aangeraden het middel met voorzichtigheid te gebruiken bij aandoeningen met een verhoogd risico op bloeding. Toediening dient te worden stopgezet als ernstige bloeding optreedt. Het gelijktijdig gebruik van Eliquis met plaatjesaggregatiemiddelen verhoogt het risico op bloedingen. Voorzichtigheid moet worden betracht als patiënten gelijktijdig behandeld worden met NSAID's, waaronder acetylsalicylzuur. De veiligheid en werkzaamheid van Eliquis zijn niet onderzocht bij patiënten met een prothetische hartklep, met of zonder atriumfibrilleren. Het gebruik van Eliquis wordt daarom niet aanbevolen onder deze omstandigheden. Behandeling met Eliquis dient minstens 48 uur gestaakt te worden voorafgaand aan een electieve operatie of invasieve procedures met een matig of hoog bloedsrisico en 24 uur in het geval van een laag bloedsrisico. Behandeling met apixaban dient zo snel mogelijk opnieuw te worden gestart na de invasieve procedure of operatieve interventie (zodra de klinische situatie dit toelaat en adequate hemostase bereikt is). Wanneer neuraxiale anesthesie of spinale/epidurale punctie wordt toegepast, lopen patiënten die ter preventie van trombo-embolische complicaties met antithrombotica worden behandeld, het risico op een epiduraal of spinaal hematoom dat kan resulteren in langdurige of permanente paralyse. Eliquis wordt niet aanbevolen als een alternatief voor ongefractioneerde heparines bij patiënten met pulmonaire embolie die hemodynamisch instabiel zijn of die trombolysen of pulmonale embolectomie ondergaan, omdat de veiligheid en werkzaamheid van apixaban niet zijn vastgesteld in deze klinische situaties. De werkzaamheid en veiligheid van apixaban in de behandeling van DVT, behandeling van PE en de preventie van herhaalde DVT en PE (VTEt) bij patiënten met actieve kanker zijn niet vastgesteld. Beperkte klinische gegevens bij patiënten met ernstige nierinsufficiëntie (creatinineklaring 15–29 ml/min) toont aan dat apixabanplasmaconcentraties zijn verhoogd bij deze patiënten en dit kan leiden tot een verhoogd bloedsrisico. Voor de preventie van VTE bij electieve knie- of heupvervangingsoperatie (VTEp), voor de behandeling van DVT, behandeling van PE en preventie van herhaalde DVT en PE (VTEt), dient apixaban met voorzichtigheid te worden gebruikt bij patiënten met ernstige nierinsufficiëntie (creatinineklaring 15–29 ml/min) (zie rubriek 4.2 en 5.2). Voor de preventie van beroerte en systemische embolie bij patiënten met nvAF dienen patiënten met ernstige nierinsufficiëntie (creatinineklaring 15–29 ml/min) en patiënten met serumcreatinine $\geq 1,5$ mg/dl (133 micromol/l), in combinatie met een leeftijd ≥ 80 jaar of een lichaamsgewicht ≤ 60 kg, ook de lagere dosis apixaban 2,5 mg tweemaal daags te krijgen (zie rubriek 4.2). Omdat er geen klinische ervaring is bij patiënten met een creatinineklaring < 15 ml/min of bij patiënten die dialyse ondergaan, wordt apixaban niet aangeraden bij deze patiënten (zie rubrieken 4.2 en 5.2). Een laag lichaamsgewicht (< 60 kg) kan het risico op bloedingen doen toenemen. Eliquis is contra-indiceerd bij patiënten met leverziekte die gepaard gaat met coagulopathie en een klinisch relevant bloedsrisico. Het middel wordt niet aangeraden bij patiënten met ernstige leverinsufficiëntie. Het dient met voorzichtigheid te worden gebruikt bij patiënten met lichte of matige leverinsufficiëntie (Child Pugh A of B) en bij patiënten met verhoogde leverenzymen ALAT/ASAT $\geq 2 \times$ ULN of totaal bilirubine $\geq 1,5 \times$ ULN. Voordat de behandeling met Eliquis wordt gestart, dient een leverfunctietest te worden uitgevoerd. Bij patiënten die gelijktijdige systemische behandeling met sterke inductoren van zowel CYP3A4 als P-gp krijgen, zijn de volgende aanbevelingen van toepassing: - voor de preventie van VTE bij electieve heup- of knievervangingsoperatie, voor de preventie van beroerte en systemische embolie bij patiënten met nvAF en voor de preventie van herhaalde DVT en PE dient apixaban met voorzichtigheid te worden gebruikt; - voor de behandeling van DVT en PE dient apixaban niet te worden gebruikt omdat de werkzaamheid verminderd kan zijn. Apixaban wordt niet aangeraden tijdens zwangerschap of borstvoeding. **Bijwerkingen:** Vaak voorkomende bijwerkingen waren bloedingen, contusie, epistaxis en hematoom (zie tabel 2 van de SPC voor het bijwerkingsprofiel en frequenties per indicatie). Het gebruik van Eliquis kan gepaard gaan met een verhoogd risico op occulte of met het blote oog zichtbare bloedingen vanuit een weefsel of orgaan, wat kan resulteren in posthemorragische anemie. **Afleverstatus:** UR. **Vergoeding en prijs:** Volledig vergoed. **Voor volledige productinformatie, zie geregistreerde Samenvatting van de Productkenmerken (SPC) op www.b-ms.nl. Bristol-Myers Squibb BV, Oorteluislaan 1000, 3528 BD Utrecht, versie februari 2017 (SPC februari 2017).**

Eliquis® (apixaban): een orale, directe factor Xa-remmer, geïndiceerd voor:

- Preventie van CVA en systemische embolie bij volwassen patiënten met niet-valvulair atriumfibrilleren (nvAF) met een of meer risicofactoren, zoals een eerder doorgemaakt(e) CVA of transient ischaemic attack (TIA), leeftijd ≥ 75 jaar, hypertensie, diabetes mellitus, symptomatisch hartfalen (NYHA-klasse $\geq$ II).⁶
- Behandeling van diepe veneuze trombose (DVT) en pulmonaire embolie (PE), en preventie van recidiverende DVT en PE bij volwassenen.⁶
- Preventie van veneuze trombo-embolie (VTE) bij volwassen patiënten die een electieve heup- of knievervangende operatie hebben ondergaan.

Goedgekeurd in alle lidstaten van de Europese Unie (EU), IJsland en Noorwegen.

Referenties: 1. Granger et al. N Engl J Med 2011; 365:981-92 2. Halvorsen S, et al. Eur Heart J 2014; 35(28):1864-72 3. Hohnloser SH, et al. Eur Heart J 2012; 33(22):2821-30 4. Easton JD et al. Lancet Neurol 2012; 11: 503-11 5. De Catinina et al. Am Heart J 2016; 175:175-83 6. SPC Eliquis. Februari 2017 7. Frost C et al. Br J Clin Pharmacol 2013; 76: 776-786 8. Frost C et al. Clin Pharmacol 2014; 6: 179-87 9. Lassen MR et al. J Thromb Haemost 2007; 5(12):2368-75 10. IMS Market data NOAC's Nederland March 2017 11. Agnelli G et al. N Engl J Med 2013; 369: 799-808

Mocht u m.b.t. Eliquis® (apixaban) medische vragen hebben of een bijwerking of productklacht willen melden, gelieve te bellen naar 030 - 300 22 22 of mail naar medischeafdeling@bms.com. Wilt u meer informatie over de mogelijkheden van Eliquis® (apixaban) in de behandeling van uw patiënten? Bezoek dan de website www.eliquis.nl. U vindt er een schat aan informatie.

Aanmaakdatum: oktober 2017 Job code: PP-ELI-EUR-1046
www.eliquis.nl PP-ELI-NLD-0385



Eliquis®
apixaban

WAT ZOU U VOOR UZÉLF KIEZEN?



Bij de behandeling van een nieuw VTE:

- Even effectief t.o.v. injectie LMWH/VKA¹¹
- Superieur bloedingsprofiel bij zowel ernstige en niet ernstige klinisch relevante bloedingen t.o.v. combinatie LMWH/VKA¹¹
- Geen toename GI-bloedingen t.o.v. placebo^{1,11}

**De brede bescherming van ELIQUIS®:
eenvoudig en voorspelbaar^{1-9,11}**

Eliquis®
apixaban