

INTERNE GENEESKUNDE

NUMMER 2
JAARGANG 9
JUNI 2018

Magazine voor de internist

Jeanine Roeters van Lennep

Meer aandacht voor gender en gezondheid

**Reacties op strategische
NIV-visie 2018-2022**
Interview met drie deskundigen
over de NIV-visie

Aios-tekort
Een inventarisatie van de
omvang en de gevolgen voor de
opleiding tot internist

**Het SchildklierNetwerk in de
regio Rotterdam**
Caroline van Kinschot

Column Yvo Smulders
Behaagzuchtig dokters voor
laag number-needed-to-treat



INTERVIEW 6

De NIV heeft de Strategische visie 2018-2022 gepresenteerd. Hoe kijken mensen uit 'het veld' daarnaar? We peilden de reactie van drie deskundigen.



Meer aandacht voor gender en gezondheid 10
Interview met Jeanine Roeters van Lennep over gender en gezondheid



Behandeling hiv-patienten 14
Marc van der Valk over de samenwerking tussen het AMC en DC Klinieken



Scopiërende internisten 24
Interview met Sander van der Beek over scopie-stages voor internisten

Less is more. Reactie op het artikel "Minder en betere zorg" 12

De omvang en gevolgen van **het aios-tekort** 16

Het SchildklierNetwerk in de regio Rotterdam 20

In de **spotlight** 22

Verslag **internistendagen** 30

RUBRIEKEN

Cartoon 9

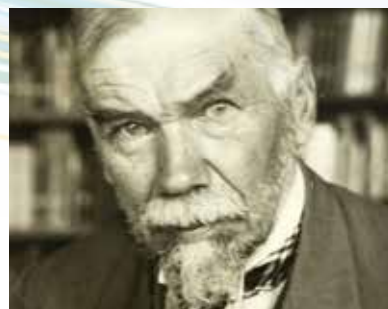
Bericht uit het buitenland 18
Raph Hamers, Indonesië

Historie 26
De geschiedenis van immuunsuppressiva

De knuppel in het internistenhok 29
#ikvoelmeonveilig

De medicus in de literatuur 32
Frederik van Eeden, Homo universalis

Column Yvo Smulders 34
Behaagzuchtig dokters voor laag number-needed-to-treat





Kracht in diversiteit

Binnenkort ga ik van ziekenhuis veranderen. Met weemoed vanwege de leuke collega's en geweldige patiënten die ik achterlaat, maar met veel zin in een nieuwe uitdaging midden in mijn carrière. En deze keer naar een ziekenhuis waar ik wél met de fiets naar toe kan. Het zal even wennen worden: van middelgroot naar groot, van vrijgevestigd naar loondienst en van veel anios naar heel veel aios. Wat hopelijk niet verandert, is dat ik naast vooral veel patiëntenzorg binnen mijn differentiatie (hematologie) nog steeds algemene interne geneeskunde blijf doen. Ik vertrouw erop dat 'acute weken' en achterwachtdiensten daar wel zorg voor dragen.

Want dat hybride model blijft naar mijn mening de kracht van ons vak: de 'T-shaped professional' (daar is-ie weer) die zowel de breedte als de diepte van het vak beheerst. Vanzelfsprekend levert zo'n model ook spanning op. En dat betekent dat we ook steeds kritisch moeten kijken hoe we die spanning kunnen opvangen, om te voorkomen dat er iets breekt.

Een voorbeeld hiervan is de wens van de Nederlandse Vereniging voor Intensive Care (NVIC), die afgelopen jaar liet weten zich als zelfstandig specialisme, inclusief eigen opleiding, te willen afsplitsen van de 'moederspecialismen'. Dat betreft in dit geval vooral anesthesiologie en interne geneeskunde. Hier is in de afgelopen maanden veel over gesproken met het bestuur van de NVIC, de sectie IC binnen de NIV en individuele leden. Daarnaast zijn er ook gesprekken met het bestuur van de FMS geweest. Een belangrijke wens van de NVIC is namelijk om meer zeggenschap te krijgen binnen Federatie-verband.

De laatste stand van zaken is dat de NVIC inziet dat de stap naar een zelfstandig specialisme op dit moment een stap te ver is. De FMS heeft het aanbod gedaan om te kijken hoe de NVIC kan aanschuiven als lid bij de Federatie, waardoor aan een belangrijk onderdeel van de wensen tegemoet wordt gekomen. Vanuit dat lidmaatschap zal in samenspraak met de overige wetenschappelijke verenigingen worden onderzocht hoe de verdere punten van de NVIC aangepakt kunnen worden. Heel belangrijk is dat dit in samenspraak met de NIV gebeurt.

'Kracht in diversiteit' blijft immers nog steeds ons motto. Niet alleen binnen de NIV, maar ook in mijn nieuwe baan ga ik dat in ieder geval proberen waar te maken.

Evert-Jan de Kruijf
Voorzitter NIV

COLOFON

Interne Geneeskunde, magazine voor de internist
9e jaargang, nummer 2, juni 2018

Redactie

Hans Ablij, Caroline Canté, Gysèle Bleumink (hoofdredacteur),
Charlotte Krol, Lianne van der Meer, Bas Oude Elberink, Hein Visser

Redactie-adres

MacChain
E-mail: info@macchain.nl

Vormgeving en DTP

HGPDESIGN, Alphen aan den Rijn

Uitgever

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

ISSN 2211-100X

© NIV, 2018

Website NIV: www.internisten.nl

Reacties

op strategische NIV-visie 2018-2022

De NIV heeft haar Strategische visie 2018-2022 gepresenteerd. In deze visie wordt aangegeven welke rol de NIV voor de internist weggelegd ziet en waar de NIV zich de komende jaren extra op wil gaan richten. Het motto: samen kunnen we er voor zorgen dat de internist de cruciale schakel in de zorg is en blijft en hierdoor de patiënt de beste zorg ontvangt. Hoe kijken mensen uit 'het veld' naar de visie? We peilden de reactie van drie deskundigen.

“Holistische visie van grote waarde”



Paulus Lips, bestuurslid van de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), kan zich goed vinden in de holistische blik in de NIV-visie. “Ook vanuit de huisartsenzorg is dat gewenst. Huisartsen zijn al gewend om niet alleen te kijken naar een gezondheidsprobleem, maar naar de patiënt als geheel. Ook voor internisten in het ziekenhuis is een holistische visie van grote waarde. Zij hebben vaak te maken met een oudere populatie met verschillende problemen, waarbij niet alles meer hoeft of kan. Dat vraagt om over de eigen grenzen heen te kijken.” Ook de centrale regiefunctie van internisten vindt Lips waardevol. Volgens hem merken huisartsen regelmatig dat patiënten ‘verdwalen’ in het ziekenhuis doordat ze verschillende specialisten bezoeken naar aanleiding van hun klachten. “Maar soms vraag ik me af of iemand in het ziekenhuis de regie houdt en of de hulpvraag van de patiënt wel goed wordt beantwoord. De patiënt wordt soms een ‘speelbal’, en ik vind het daarom goed als een specialist de verantwoordelijkheid op zich wil nemen als centraal aanspreekpunt voor de beschouwende vakken. Ik

vind de internist daarvoor bij uitstek het geschikte specialisme.”

Lips plaatst hierbij wel de kanttekening dat regie door een internist niet altijd nodig is. Bij specifieke klachten wordt de patiënt immers doorverwezen naar bijvoorbeeld de cardioloog of neuroloog. “Centrale regie is met name nodig bij grensoverschrijdende problemen, waarbij dus meerdere specialisten betrokken zijn. Dan kan de internist een rol spelen. In de praktijk gebeurt dat ook wel, maar nog niet altijd. Het is daarom goed dat de rol van regisseur in de NIV-visie staat beschreven. Maar het zou denk ik nog iets meer kunnen worden toegespitst.”

Vervagende grenzen

Lips heeft als punt van kritiek dat de NIV-visie niet ingaat op de vervagende grenzen tussen eerste-, tweede- en derdelijns zorg. Hij werkt als huisarts samen met de tweedelijns, en ziet dat daar daadwerkelijk dingen veranderen. “Er is recent een nieuw akkoord gesloten tussen specialisten, ziekenhuizen, VWS en zorgverzekeraars.

“Men moet over de eigen grenzen heen kijken”

Daarin wordt beschreven dat zorg zich gaat verplaatsen van ziekenhuizen naar de eerste lijn. In de NIV-visie worden de veranderingen wel kort beschreven, maar ik ben benieuwd hoe de NIV die ziet. Hoe gaan ze daarmee om? Wat wordt hun rol? Hoe gaan zij dit uitwerken? De begrippen eerste, tweede en derde lijn zijn achterhaald, we gaan steeds meer toe naar netwerkgeneskunde. Dat vraagt een andere invulling van de zorg. Het gaat er om dat dokters elkaar weten te vinden om gezamenlijk de benodigde zorg te leveren. Maar daarover wordt niets gezegd in de Visie.”

Nu verwijst Lips patiënten nog naar het ziekenhuis als dat nodig

is. Maar hoe zal dat in de toekomst gaan? “Misschien moet ik de internist voor consult vragen, of komt die af en toe bij mij in de praktijk. Of misschien komen er meer digitale vormen van samenwerking tussen eerste en tweede lijn. Ik zou het interessant vinden om te lezen hoe de NIV daarover denkt. Ik vind het een gemis dat dat niet in de Visie staat. De veranderingen zijn al enige tijd gaande en zullen de komende jaren een nog grotere vlucht nemen. Beroepsgroepen moeten zich daar op voorbereiden en er invulling aan geven.”

“Visie is vertrekpunt voor verdere discussie”

Marcel Daniëls, voorzitter Federatie Medisch Specialisten, ziet “met genoegen” dat de NIV-visie aansluit bij het visiedocument De Medisch Specialist 2020-2025. Dat is ook de verwachting, want de wetenschappelijke verenigingen onderschrijven dat document. “Ik vind het krachtig om ons visiedocument als uitgangspunt te nemen voor de visie

van de eigen wetenschappelijke vereniging, en daar handen en voeten aan te geven. Daar is de NIV goed in geslaagd. Zo vind ik de visie op de netwerkgeneskunde goed uitgewerkt. Er ligt een uitdaging voor de NIV, en ook de andere wetenschappelijke verenigingen en de Federatie, om dat punt nog meer uit te werken en vorm te geven. Ook op het punt

van administratieve taken en lasten zet de NIV goed in.”

Wat betreft het onderwerp netwerkgeneskunde adviseert Daniëls de NIV wel om oog te houden voor verschillende mogelijkheden. “Ik lees dat de rol van regisseur vooral bij internisten zou moeten liggen. Maar die rol zou ook kunnen wisselen tussen zorgverleners. Er zijn immers veel mogelijke vormen van netwerken. Ook buiten het ziekenhuis, met bijvoorbeeld huisartsen en verpleegkundigen. Zorgverleners kunnen gezamenlijk afspreken wie op enig moment de regie zou kunnen voeren. Dat kan een aanvullende invulling zijn in de huidige NIV-visie. Maar het lijkt me dat de visie een vertrek-

“Houd oog voor de verschillende mogelijkheden”

punt is voor verdere discussie over netwerkgeneeskunde en hoe dat moet worden ingevuld. Ik hoop dat die discussie ook binnen de NIV nu gevoerd gaat worden.”

Lastig vraagstuk

Hetzelfde geldt voor het punt van medische innovaties, stelt Daniëls. Ook daarover hoopt hij dat de NIV-visie een discussie op gang brengt.



SUZANNE VAN DE KERK

“Bijvoorbeeld over hoe medische innovaties worden beoordeeld. Hoe pak je dat aan? En op welk niveau? Dat is een lastig vraagstuk. Het is bijvoorbeeld onmogelijk om iedere app in de zorg te beoordelen. Dit punt kan niet in detail worden uitgewerkt in een visie. Maar de visie is wel aanzet tot discussie.”

Ook de arbeidsmarkt wordt in de NIV-visie aangehaald. Hoe kun je als internist na de opleiding een goede werkplek vinden? Uiteraard is het goed als een wetenschappelijke vereniging zich met die vraag bezighoudt, vindt Daniëls. “Ook op dat punt zal vanuit de visie discussie ontstaan.”

De FMS en NIV delen de ambitie om in 2025 de beste zorg ter wereld te leveren. Beide strategische visies beschrijven de belangrijkste punten die de komende jaren spelen in de zorg. De strategische visie van de NIV is voor een periode van 4 jaar. “Als de discussies in deze tijd volgens de lijnen van de visie gevoerd gaan worden, zijn de medisch specialisten over 4 jaar een heel eind verder.”

“Regie niet bij één domein leggen”

Jeroen Crasborn (senior adviseur zorgstrategie bij het Zilveren Kruis Kenniscentrum) vindt het, met name bij complexe patiënten, noodzakelijk dat er coördinatie en regie van de zorg is. De strategische visie van het NIV beschrijft het grote belang van regie bij deze patiënten. Maar de vraag wie wat moet doen, moet volgens Crasborn niet vanuit een domein besproken worden. “De functionele noodzaak en de behoefte

van de patiënt moeten centraal staan. Dat is niet per se het domein van internisten. De startvragen bij goede zorg zijn: wat heeft de patiënt nodig? En wie heeft de skills om dat op te pakken en goed te laten verlopen? Vervolgens kan worden nagegaan wie dat het best kan gaan doen. De NIV-visie gaat hier te weinig op in. Ik vind het geweldig dat het interne specialisme de holistische visie als belangrijk punt benoemt.

Maar ik ben er niet voor dat internisten dit claimen. De startvragen lijken me in de praktijk meestal een vraagstuk voor een individuele specialist, en niet automatisch voor een specialisme.”

Complexe vraagstukken

De vragen van met name oudere en complexe patiënten gaan in eerste instantie vaak over wel of niet (door) behandelen en over voor- en nazorg. Dat zijn fundamentele vragen binnen de holistische geneeskunde, stelt Crasborn. “Dat gaat verder dan brede orgaankennis. De specialistische mogelijkheden komen pas na die fundamentele vragen aan de orde.”

Die fundamentele vragen zijn vaak complexe vraagstukken, waar in

“De vraag van de patiënt moet het uitgangspunt zijn”

medisch-specialistische opleidingen volgens Crasborn nog onvoldoende aandacht voor is. “Vanuit holistisch oogpunt zou ik veel meer willen kijken naar de consequenties van die vragen. Bijvoorbeeld met een goede triage over wel of niet behandelen, of over communicatie met mensen rond de patiënt. Wat hebben we nodig om tot juiste keuzes te komen? Dat lijkt me niet vanzelfsprekend het veld van de interne geneeskunde.”

Communicatie

Crasborn pleit er dus voor om bij een patiënt eerst een triage te doen over de noodzaak en mogelijkheden voor behandelingen. In de praktijk gebeurt dat vaak al bij oudere patiënten. Goede communicatie met een patiënt en diens familie leidt tot betere aansluiting bij de wensen van de patiënt, met soms de vaststelling dat geen behandeling de voorkeur heeft. “Maar de vraag is of dat bij uitstek een internistische vaardigheid is. Er is kennis voor nodig die verder gaat dan alleen het medische vlak. Het gaat om een benadering van de patiënt in diens hele context. In de praktijk zal dit weliswaar vaak gebeuren door bijvoorbeeld een geriater, maar dat hoeft zéker niet altijd. In de NIV-

visie mis ik een praktisch antwoord op het werkelijke perspectief van de patiënt. Wat dat betreft vind ik de visie onvolledig.”

Crasborn vindt het belangrijk dat patiënten worden gezien in wat zij willen en nodig hebben. “In de zorg spelen allerlei belangen. Als verzeke-

raar vinden wij dat de belangen van de patiënt richtinggevend moeten zijn. Zo staat het ook omschreven in de Eed van Hippocrates. Ik vind het dan ook niet vanzelfsprekend dat internisten de regie nemen. De vraag van de patiënt moet het uitgangspunt zijn om te bepalen wie wat kan doen.” ■



Cartoon

Dr Punthoofd... had het zich ALLEMAAL heel ANDERS voorgesteld



Meer aandacht voor gender en gezondheid

In vrijwel elke medische discipline zijn er verschillen tussen mannelijke en vrouwelijke patiënten. Dr. Jeanine Roeters van Lennep (internist vasculaire geneeskunde, Erasmus MC Rotterdam) is daar erg in geïnteresseerd. “Voor zowel onderzoek als onderwijs is het zeer relevant wat die verschillen zijn. Waar je ook kijkt, je vindt altijd wel iets.”

De interesse voor verschillen tussen mannen en vrouwen stamt al uit haar studententijd. In 2001 is Roeters van Lennep gepromoveerd op *Gender and Cardiovascular Disease: risk factors, diagnosis and treatment*; een onderwerp wat toen nog nauwelijks aandacht kreeg. “Maar er zijn duidelijke verschillen in de symptomen, risicofactoren, diagnostiek en behandeling. Bij een hartinfarct hebben vrouwen minder vaak het klassieke gevoel van pijn op de borst, maar wel pijn in hun kaken of in hun rug. Er zijn risicofactoren die bij alleen mannen of alleen vrouwen voorkomen. Bijvoorbeeld vrouwen die tijdens de zwangerschap ernstige preeclampsie hebben gehad, hebben op termijn tot acht keer meer risico op hart- en vaatziekten. Voor deze vrouwen hebben we, samen met gynaecologen, een speciale poli opgezet met een nazorgprogramma voor de preventie van hart- en vaatziekten.”

Geneesmiddelen

Ook wat betreft medicatie zijn er verschillen tussen mannen en vrouwen. De ontwikkeling van geneesmiddelen begint in proefdieren, maar dat zijn met name mannelijke dieren. Het idee is dat de menstru-



ele cyclus de resultaten van studies kan verstoren. “Maar het is inmiddels gebleken dat de resultaten met vrouwtjesdieren niet meer variatie vertonen. Sterker nog, mannetjes bij elkaar kennen een hiërarchie met dominantie en onderdrukking. Dat kan juist zorgen voor variatie in studieresultaten.”

Aandoeningen zoals schildklierziekten, depressie en hoofdpijn komen vaker voor bij vrouwen. Dan is het vreemd dat studies vooral bij mannetjesdieren worden gedaan, vindt Roeters van Lennep. “Ook vroege humane studies gebeuren met name met mannen. Aan cardiovasculair onderzoek doet gemiddeld 75% mannen en 25% vrouwen mee. Maar de prevalentie van deze ziekten in *real life* is heel anders. En als vrouwen meedoen aan een studie, worden de resultaten qua effectiviteit en veiligheid niet apart weergegeven. Terwijl verschillende nieuwe middelen in het verleden van de markt zijn gehaald vanwege bijwerkingen specifiek bij vrouwen. Vrouwen belanden bijvoorbeeld vaker in het ziekenhuis vanwege bijwerkingen van bloeddrukmedicatie. Met de Hartstichting zijn we nu bezig om die verschillen wat betreft effectiviteit en bijwerkingen in kaart te brengen voor cardiovasculaire medicatie.”

‘Genderbril’

Verschillen tussen mannen en vrouwen zijn er niet alleen bij hart- en vaatziekten, maar in de hele medische wereld. Roeters van Lennep praat er regelmatig over met behandelaren in andere disciplines, en vrijwel iedereen heeft voorbeelden. “Om met Johan Cruijff te spreken: je gaat het pas zien als je het doorhebt. Als je eenmaal door de ‘genderbril’ kijkt, zie je de verschillen overal. Zo hebben vrouwen drie keer zo veel kans op een voorste kruisbandletsel en een hoger risico op knie-artrose.

Ook komen bijvoorbeeld schildklierziekten vaker voor bij vrouwen. Maar het is meestal niet bekend wat de oorzaak is van die verschillen.”

In de VS heeft de Food and Drug Administration inmiddels een Womens Health Office, speciaal bedoeld voor meer deelname van vrouwen aan studies en het beschikbaar maken van studiedata over vrouwen. In Nederland is in 2012 de Alliantie Gender & Gezondheid opgericht (inmiddels voortgezet als Nederlandse Vereniging Gender en Gezondheid; zie kader) voor meer aandacht voor verschillen tussen mannen en vrouwen. Analyses van die verschillen zijn nog een braakliggend terrein, aldus Roeters van Lennep. “Misschien kan er een checklist komen voor onderzoekers, als geheugensteun om data voor vrouwen en mannen apart weer te geven. Ook in richtlijnen zijn de verschillen nog onderbelicht. Het gaat overigens niet alleen om meer aandacht voor vrouwen. Zo wordt onderzoek naar osteoporose gedaan bij postmenopauzale vrouwen. Maar er zijn ook mannen met osteoporose. Dus daar is juist meer onderzoek met mannen nodig.”

Betere zorg

Inmiddels staat het onderwerp meer in de belangstelling, merkt Roeters van Lennep. Momenteel heeft ZonMw het onderzoeksprogramma Gender en Gezondheid, waarop al veel onderzoeksaanvragen zijn binnengekomen. “We hoeven niet meer op de barricades voor meer aandacht voor het onderwerp. In studies gaan onderzoekers meer analyses doen. Zij vinden genetische of andere interessante verschillen tussen mannen en vrouwen. Dat nodigt weer uit tot verder onderzoek, en de kennis kan ook worden ingebouwd in het medisch onderwijs. Dat alles kan op den duur leiden tot betere zorg voor zowel mannen als vrouwen.”

VERENIGING GENDER EN GEZONDHEID

Dr. Jeanine Roeters van Lennep is lid van de Nederlandse Vereniging Gender en Gezondheid, het vervolg op de Alliantie Gender & Gezondheid. Die is in 2012 in het leven geroepen op initiatief van WOMEN Inc. en het ministerie van OCW. De Alliantie was een samenwerkingsverband van onder andere medisch specialisten, psychologen, kennisinstituten, wetenschappers, genderexperts en beleidsmakers. Zij pleitten voor erkenning van de verschillen tussen mannen en vrouwen in de gezondheidszorg en meer onderzoek naar relevante verschillen. De Alliantie heeft in 2015 een kennisagenda uitgebracht en aangeboden aan VWS. In 2016 resulteerde dit in het kennisprogramma Gender & Gezondheid, ondergebracht bij ZonMW en gefinancierd met 12 miljoen euro voor de eerste 4 jaar. Eind 2017 is de Alliantie overgegaan in de Nederlandse Vereniging Gender & Gezondheid (genderengezondheid.nl). Op 23 mei was het 1e congres van de Vereniging, getiteld Sex, Drugs & Science.

Overigens zijn sekseverschillen ook op een andere manier van invloed: het maakt voor patiënten uit of de behandelaar man of vrouw is. Zo hebben veel patiënten voorkeur voor een vrouwelijke huisarts, en is bekend dat patiënten hun consult bij de huisarts soms uitstellen als zij weten dat de arts een man of vrouw is. “Uit Amerikaans onderzoek is zelfs gebleken dat de overleving beter is als de hoofdbehandelaar een vrouw is”, weet Roeters van Lennep. “Kennelijk is er iets bij vrouwelijke artsen wat patiënten meer vertrouwen geeft en wat daadwerkelijk klinisch relevant is. Het is interessant om te onderzoeken wat dat is. En ook zeer relevant voor het onderwijs.”

Roeters van Lennep is blij dat er meer bewustzijn is over het onderwerp en dat meer onderzoek gaat plaatsvinden. “Verschillen tussen mannen en vrouwen zijn zeer relevant voor de gezondheidszorg. In welke discipline je ook kijkt, je vindt altijd wel iets.” ■

Posters over sekseverschillen in verschillende vakgebieden:

www.erasmusage.com/posters-womens-health/

Projecten en publicaties over gender en gezondheid:

www.zonmw.nl/nl/over-zonmw/diversiteit/programmas/programma-detail/gender-en-gezondheid/

“**Er zijn duidelijke verschillen** in de symptomen, risicofactoren, diagnostiek en behandeling”



Het krimp^{ende} ziekenhuis

Less is more, dat is de conclusie van het artikel ‘Minder en betere zorg’, gepubliceerd in de vorige editie van dit blad. Ziekenhuis Bernhoven heeft een missie die naar alle waarschijnlijkheid een structurele productiedaling van de medisch specialistische zorg tot gevolg zal hebben. Een krimp^{ende} productie van medisch specialistische zorg in het ziekenhuis lijkt één van de oplossingen te zijn voor de almaar stijgende kosten in de gezondheidszorg. Dat zou best eens waar kunnen zijn. Een afname van productie in een ziekenhuis klinkt als vloeken in de kerk, maar dat is het niet. We moeten alleen wennen aan het idee.

Verandering van zorg in de regio

Ziekenhuizen zullen er steeds meer rekening mee moeten houden dat het zorgaanbod binnen het ziekenhuis zal veranderen met de verandering van het zorgland^{schap} in de regio. De komst van zelfstandige behandelcentra, privéklinieken en anderhalvelijnszorg zal een gedeelte van de medisch specialistische zorg die altijd binnen de muren van het ziekenhuis werd geleverd, laten weg diffunderen naar de periferie van eerder genoemde instellingen. Anticiperen op deze veranderingen zal nood-

zakelijk zijn en gepaard moeten gaan met reorganisaties die voorzien in een nieuw portfolio van het ziekenhuis. Adherentiebepalingen zullen in de toekomst onhoudbaar zijn. Patiënten zullen uiteindelijk de vrije keuze hebben om de zorgin-

stelling te kiezen waar ze behandeld willen worden en hebben geen boodschap aan adherentie^{bepalingen} van instellingen en dokters. Wat de patiënt wil is korte toegangstijden, goede service en een snelle en goede behandeling.

Remmende risico's

Er zijn twee belangrijke aspecten die de krimp binnen het ziekenhuis zouden kunnen remmen. Als gevolg van de toenemende vergrijzing zal de chronische zorg voor ouderen met multimorbiditeit een steeds belangrijker rol gaan spelen. Oud nieuws, maar steeds actueler en urgenter. De

“Anticiperen op deze veranderingen zal noodzakelijk zijn”

SEH's en klinische afdelingen worden regelmatig (over)belast met 'zieke', oudere patiënten die meer een chronisch zorgprobleem hebben dan een (interne) aandoening die behandeling behoeft in het ziekenhuis. Opvallend is dat er in de landelijke discussie over dit probleem de belangrijke taak voor de eerste lijn in deze problematiek grotendeels buiten beschouwing wordt gelaten. Niet zelden wordt er door de huisartsen te weinig geanticipeerd op wat komen gaat bij de bejaarde en hoogbejaarde patiënt bij wie al lange tijd – soms meer dan een jaar – de dalende lijn van lichamelijk en geestelijk functioneren is ingezet. Ik geef toe, het kan lastig zijn om patiënt en familie ervan te overtuigen dat er een tijd kan komen – en misschien sneller dan iedereen denkt – dat opname in het ziekenhuis geen zin heeft en dat een procedure gestart moet worden voor een permanent verblijf in een verzorgings- of verpleeghuis. Maar niettemin valt hier nog een hoop winst te behalen. De doorstroom van cliënten van eigen huis en haard naar een verzorgings- of verpleeghuis staat of valt bij de capaciteit van plekken, maar regeren is vooruitzien en vice versa. En dat laatste geldt dus niet alleen voor de politiek, maar ook voor de medische professionals in de eerste lijn.

Voor het tweede aspect ligt er een belangrijke taak bij de eerste én tweede lijn, namelijk het terugdringen van het aantal onnodige verwijzingen naar de poli's. Dat zal geen sinecure zijn. Een groot gedeelte van de jonge patiënten die kampen met een scala aan klachten heeft gelukkig geen somatisch lijden. Maar de patiënt wil graag 100% zekerheid krijgen dat er geen (ernstige) ziekte is die de oorzaak is van hun klacht. Een begrijpelijke wens, maar het grote probleem is dat niemand die 100% kan geven. Een verwijzing naar de tweede lijn lijkt dan de oplossing. En dat is het meestal ook, want een bezoek aan de specialist die geruststellende uitslagen meedeelt geeft de patiënt het comfort dat een onderliggende ziekte vrijwel uitgesloten is. De vraag is dus hoe we dit comfort ook kunnen bieden zonder een fysiek bezoek aan de specialist. Dat kan anno 2019 nooit moeilijk zijn: E-health, teleconsulta-

“Het aantal medisch specialisten zal waarschijnlijk mee moeten krimpen”

tie, zorgnetwerken en andere internet-oplossingen, de communicatiemogelijkheden via de ether vallen als rijp fruit in onze schoot.

Substitutie in brede zin

Ook substitutie zal effectief ingezet moeten worden om de zorg in de ziekenhuizen te laten afnemen. Dit kan substitutie zijn op projectbasis bij bepaalde aandoeningen: diabetes mellitus, COPD, vaatlijden, enz. Maar de medisch specialist heeft ook de plicht om zijn poli niet te laten dichtslippen met patiënten die eigenlijk in de eerste lijn gecontroleerd kunnen en moeten worden. Dus substitutie in brede zin. En soms mag dat voor de patiënt ongemakkelijk zijn omdat hij of zij zo gewend was om voor de schildkliercontrole twee keer per jaar bij de internist te komen, maar daar kom je met een goede uitleg aan de patiënt vast wel uit.

Kostenreductie en een krimpende formatie

Bij een krimpende zorgvraag binnen het ziekenhuis zal gestuit worden op enkele overkomelijke problemen. Hoe ga je effectief zorgen dat de kosten op zijn slechtst in harmonie dalen met de productie? Op korte termijn kan er in personeel gesnoeid worden, op lange termijn kun je kiezen om bepaalde apparatuur niet te vervangen, of vervanging uit te stellen. De organisatie en medisch specialisten kunnen ook kiezen om bepaalde dure behandelingen niet in het portfolio op te nemen. En dan komen we meteen op een ander heikel punt: het aantal medisch specialisten zal waarschijnlijk mee moeten krimpen. We zijn in de laatste decennia steeds gewend geweest dat de formaties van vakgroepen en maatschappen óf gelijk bleven, óf toenamen. Bij een vertrekkende collega was er minimaal een één-op-éénvervanging. Dat zou in

de toekomst best eens heel anders kunnen worden. Bij bepaalde keuzes van zorgaanbod, noodgedwongen of door strategisch beleid, is het mogelijk dat de ene vakgroep groeit en de andere krimpt, of zelfs helemaal verdwijnt. Ook taakherschikking kan hier nog een rol in spelen. Bepaalde taken in het zorgproces kunnen uitstekend verricht worden door een Physician Assistant of een Verpleegkundig Specialist.

Doelmatigheid

Doelmatigheid binnen de vakgroepen zal op bedrijfsresultaat een positief effect hebben. Enkele voorbeelden. Het streven naar een optimaal ontslagbeleid – door bijvoorbeeld gepland ontslag – leidt tot kortere ligduren. Door het verlagen van de herhaalfactor op de poli's kunnen meer plekken voor nieuwe patiënten gegeneerd worden. Een kritische blik op het aanvraaggedrag (laboratoriumonderzoek, microbiologisch onderzoek, radiologisch onderzoek) zal leiden tot een afname van onnodig aanvullend onderzoek en resulteert in kostenreductie. Doelmatigheid in deze efficiency-parameters moet een continu streven zijn binnen vakgroepen en bij de medisch specialist als individueel opererend professional, en dit streven moeten we ook steeds onze assistenten en arts-assistenten bijbrengen. Het moet een gewoonte worden om bij elke aanvraag te denken: waarom? Dit vraagt wel om de juiste stuurinformatie, maar ook openheid binnen vakgroepen om met elkaar de knelpunten in een stagnerende doelmatigheid op te lossen. Welnu, gegevens om te sturen zijn ruim voorhanden en openheid binnen vakgroepen is een kleine hobbel die met gemak genomen kan worden. Linksom of rechtsom kunnen we zonder twijfel ons steentje bijdragen aan kwalitatief hoogstaande, maar betaalbare zorg. ■



“Cliënten nu wandelend of op de fiets **naar ‘hun’ hiv-kliniek**”

Internist-infectioloog dr. Marc van der Valk is hoofd van de hiv-poli van het AMC in Amsterdam. Daarnaast werkt hij een dag per week in de vestiging van DC Klinieken aan het Valeriusplein in Amsterdam. Waarom en hoe is die samenwerking tot stand gekomen? En hoe bevalt het? “De afwisseling is erg leuk.”

In 1998 startte Van der Valk een promotieonderzoek bij onder anderen Joep Lange en Peter Reiss. Hij deed onderzoek naar de bijwerkingen van

medicatie voor hiv, in de tijd dat de antiretrovirale therapie net beschikbaar was gekomen. “Na 1996 is hiv een chronische aandoening geworden, die wel specialistische expertise in gespecialiseerde centra vereist. De levensverwachting van iemand met hiv-infectie die tijdig wordt gediagnosticeerd, is nu praktisch gelijk aan die van iemand zonder hiv.”

Ver weg

Het AMC, gelegen in Amsterdam-Zuidoost, is het oudste hiv-behandelcentrum in Nederland. De cliënten

komen grotendeels uit Amsterdam-centrum, -Zuid en -West. En zij worden steeds ouder. “Daarom hebben we hen gevraagd hoe zij de zorg het liefst zouden willen”, vertelt Van der Valk. “Ze lieten weten dat ze het AMC best ver weg vonden. Daarom hebben wij gezocht naar een samenwerkingspartner in de stad. Dat is DC Klinieken geworden. Een collega van mij, internist-infectioloog Arne van Eeden, werkte daar al jaren als behandelaar met ook een team van verpleegkundig consultants. Hij zocht verbreding en aansluiting bij

de academie, vooral om de continuïteit van de zorg te waarborgen. We waren er dan ook vrij snel uit.”

De samenwerking ging ruim een jaar geleden van start. Als mooi aspect ervan noemt Van der Valk dat de zorg aan het Valeriusplein heel laagdrempelig en persoonlijk is, en dat het AMC altijd als ‘achterland’ aanwezig is als het nodig is.

“Door de kleinschaligheid kennen patiënten vrij snel alle gezichten in de DC Klinieken. Er is een apotheek die altijd hiv-medicatie op voorraad heeft en ook de soa-zorg is zo veel mogelijk geïntegreerd. Onze patiënten komen nu wandelend of op de fiets naar ‘hun’ kliniek. We horen van hen dat zij dat heel prettig vinden. De specialistische kennis is aanwezig, maar de setting is veel laagdrempeliger. En als een situatie ingewikkelder wordt en academische zorg vraagt, dan gaat de cliënt mee naar het AMC.”

Zwangere patiënt

Van der Valk noemt als voorbeeld een vrouw met hiv en een kinderwens. Als zij zwanger is, heeft zij specialistische medische zorg nodig. “De patiënte maakt in de DC Klinieken kennis met dr. Nellen, die zowel in het AMC als in de DC Klinieken werkt. De vrouw gaat dan gedurende de periode van zwangerschap en bevalling naar het AMC, waar dr. Nellen al vele jaren vanuit de afdeling infectieziekten in het multidisciplinair hiv-zwangerenteam zit. Na een succesvolle bevalling kan patiënte terug naar de DC Klinieken. Voor haar is geborgd dat zij de beste zorg krijgt, en die wordt ‘dicht bij huis’ voortgezet als dat weer kan.”

Er komen zo’n 900 cliënten in de hiv-kliniek aan het Valeriusplein. Ongeveer een derde van hen werd aanvankelijk gezien in het AMC maar heeft de overstap gemaakt. Van der Valk doet er een dag per week poli en is medisch eindverantwoordelijk. De andere dagen werkt hij in het AMC. Die afwisseling tussen academie en kleinschaligheid bevalt uitstekend. “Het is superleuk! Zowel voor cliënten als dokters zijn het twee verschillende werelden. Voor cliënten is het prettig dat zij niet naar dat grote

ziekenhuis hoeven waar ze zich misshien vooral patiënt voelen.”

Voorafgaand aan de samenwerking zijn interviews gedaan met hiv-patiënten uit beide centra en ook mensen met hoog risico op hiv. Hen is onder meer gevraagd wat zij van belang vonden wat betreft een behandelcentrum. “Daar kwam uit dat men heel tevreden was over de zorg in het AMC. Op dat punt scoorden we een 8,7. En toch horen we nu van mensen die zijn overgestapt dat ze het heel fijn vinden in de kliniek. Kennelijk heeft dit voor hen echt een meerwaarde. We zijn nu nogmaals de tevredenheid aan het onderzoeken.”

Kwaliteit

Voor buitenstaanders heeft een zelfstandige kliniek soms een commercieel imago. Maar Van der Valk benadrukt dat kwaliteit het uitgangspunt is. “Dat staat bij ons hoog in het vaandel, evenals patiënttevredenheid. Recent heeft de kliniek succesvol het HKZ-keurmerk verkregen.” DC Klinieken maakt soms ‘reclame’ om nieuwe cliënten te werven. Dat gebeurt bijvoorbeeld via een campagne in lokale kranten of online. “Maar we moeten het vooral hebben van mond-tot-mondreclame”, laat Van der Valk weten. “En dat werkt

goed. De opzet van de zorg en de sfeer in de kliniek spreekt mensen aan.”

Een verschil met het AMC is dat de organisatie platter is. Het AMC kent verschillende lagen met vele managers, maar dat is in de kliniek niet zo. “Ik zit aan tafel met de locatiemanager en de directie. Dat schakelt heel snel. Mocht iemand een idee hebben voor bijvoorbeeld een campagne of een nieuw medisch instrument, dan kan dat snel worden uitgevoerd. Dat maakt het mogelijk om te innoveren.”

Goed geborgd

De kwaliteit in de kliniek wordt gewaarborgd met veel *standard operating procedures* en protocollen. Maar het belangrijkste is dat het AMC altijd op de achtergrond aanwezig is. “De kwetsbaarheid bij veel zelfstandige klinieken is het achterland: waar gaat de patiënt naar toe als de situatie complex of acuut wordt? Dat is in dit geval goed geborgd door de samenwerking met het AMC, waarbij de 24/7-zorg goed geregeld is.”

De kleinschaligheid, de persoonlijke sfeer en de korte lijnen zijn voor Van der Valk grote pluspunten van de kliniek. En er is tijd voor de cliënten: “Consulten duren een half uur. Dat wordt enorm gewaardeerd. En leidt ook tot rust in de wachtkamer.” ■



DC Klinieken Valeriusplein

OVERLEG

In de kliniek vindt regulier overleg plaats met het hele team, waarbij ook de GGZ aanschuift. Tevens is er structureel overleg met de apotheker. Over complexe patiënten vindt wekelijks in het AMC overleg plaats met het hiv-team, met ook de collega's uit de kliniek. Vlak bij de kliniek is een diagnostisch centrum waar alle beeldvorming plaatsvindt. De kliniek heeft HKZ-certificering en heeft in verband daarmee afgelopen jaar een succesvolle visitatie gehad.

Aios-tekort

Een inventarisatie van de omvang en de gevolgen voor de opleiding tot internist

De afgelopen jaren is het aantal opleidingsplekken interne geneeskunde geleidelijk afgenomen van 156 in 2012 naar 96 in 2018. Dit leidt in combinatie met de opleidingsduurverkorting tot een aanzienlijke vermindering van het aantal aios per opleidingsziekenhuis. De JNIV heeft middels een landelijke inventarisatie in kaart gebracht welke gevolgen dit heeft voor de aios en de kwaliteit van de opleiding.

Aanpak

Namens de voorzitters van het Concilium Medicinae Internae en de JNIV is een brief verstuurd naar alle opleiders interne geneeskunde met het verzoek om te reageren op bovenstaande ontwikkelingen en mogelijke oplossingen te benoemen. Vervolgens zijn alle opleiders per e-mail en telefonisch benaderd met als doel zoveel mogelijk respons te genereren. Dit heeft geresulteerd in een respons van 36 van de 51 opleiders (73%), waarvan 7 van de 8 (88%) academische ziekenhuizen, 15 van de 26 (58%) Samenwerkende Topklinische Ziekenhuizen (STZ) en 14 van de 17 (83%) algemene ziekenhuizen.

Resultaten

Van alle opleiders geeft 60% aan roosterkrapte te ervaren in hun ziekenhuis. Van de academische opleiders geeft 43% aan hier last van te hebben. Opleiders in STZ-ziekenhuizen ervaren roosterkrapte

in 53% van de gevallen en voor algemene ziekenhuizen is dit 79%. Vier van de negen opleiders van STZ-ziekenhuizen die (nog) geen roosterkrapte ervaren geven aan dat een deel van dit probleem nog wordt ondervangen door de toename van aios in vooropleiding.

Invloed voor aios

De reductie van het aantal aios heeft invloed op de kwaliteit van opleiding. In diverse opleidingsziekenhuizen leidt de terugloop van het aantal aios tot toename van de hoeveelheid diensten. Daarnaast zijn er veranderingen merkbaar in de mogelijkheid tot het volgen van keuzestages. In STZ-ziekenhuizen en algemene ziekenhuizen neemt de mogelijkheid tot het doorlopen van keuzestages vaak toe doordat de bezetting op deze stages minder is. In de academische centra nemen de mogelijkheden tot het volgen van een keuzestage juist af doordat aios nodig zijn om de verpleegafdelingen te beman-

nen en dit de ruimte beperkt voor niet-klinische stages.

Mogelijke oplossingen

Door opleiders worden verschillende oplossingen aangedragen, waarbij er vier categorieën te onderscheiden zijn: herinrichting van de bedrijfsvoering, taakherschikking, efficiëntie en het aantrekken van meer vooropleiders door het aantrekkelijker maken van de opleiding. Voor de laatste oplossing geldt echter dat dit altijd ten koste gaat van een ander opleidingsziekenhuis. Dit zal netto dus geen effect hebben.

Voorbeelden van herinrichting van de bedrijfsvoering zijn centrale roostering en het loskoppelen van de opleiding en de bedrijfsvoering. Taakherschikking is de meest genoemde oplossing. Dit kan op diverse niveaus plaatsvinden. Er kan verschuiving van taken plaatsvinden van aios naar stafleden, onder andere door de specialist meer taken in de dienst te laten verrichten of door de acute internist overdag gedeeltelijk patiënten op de spoedeisende hulp te laten zien. Daarnaast kunnen taken door een SEH-arts overgenomen worden. Deze taakverschuiving heeft echter als nadeel dat er leermomenten voor de aios verloren gaan en dat een essentieel onderdeel van de interne geneeskunde overgenomen wordt door een ander specialisme. Een tussenoplossing kan zijn om SEH-artsen tijdens de daluren op de spoedeisende hulp te laten waarnemen. Hierdoor kan een aios op het moment dat er nauwelijks patiënten

“De reductie van het aantal aios heeft **invloed op de kwaliteit van opleiding**”

zijn, ingezet worden om op andere plaatsen leerdoelen te behalen. De meest genoemde vorm van taakherschikking is de verschuiving van taken naar anios, verpleegkundig specialisten, physician assistants en ziekenhuisartsen. Verpleegkundig specialisten en physician assistants kunnen geprotocolleerde en standaardzorg overnemen, maar zijn minder geschikt voor behandeling van patiënten met complexe interne pathologie of multimorbiditeit. Voor ziekenhuisartsen geldt dat er op dit moment nog te weinig zijn opgeleid om de grote reductie in het aantal aios op te vangen. Daarnaast zijn het breed opgeleide artsen die in het hele ziekenhuis kunnen worden ingezet maar daarmee de verdieping in de interne geneeskunde missen.

Bij efficiëntie als oplossing kan gedacht worden aan het inzetten van STUARTS, een student geneeskunde die op de spoedeisende hulp ondersteunt in administratieve taken zoals het opvragen van medicatie of gegevens uit andere ziekenhuizen en het aannemen van de telefoon. Dit zal voor de aios meer tijd creëren voor direct patiëntencontact. Verder kan efficiëntie gezocht worden in het verminderen van de administratie en oneigenlijke taken zoals het zoeken naar een opnamebed. De verwachting van maatregelen ter vergroting van efficiëntie is echter dat het niet voldoende kan compenseren voor het aios-tekort.

Ingezette acties

In veel ziekenhuizen wordt nagedacht over de problemen die (kunnen) ontstaan door het teruglopende aantal aios. Er zijn voornamelijk echter weinig grote veranderingen doorgevoerd en de problemen worden op dit moment met name met taakherschikking opgelost. Er worden vooral meer anios aangenomen om de roosterproblemen op te lossen. Deze anios worden vaak betaald door de vakgroep waarbij financiële ondersteuning vanuit de Raad van Bestuur ontbreekt. Een aantal academische en grote perifere ziekenhuizen is bezig om de optimale formatie te bepalen met behulp van het TOKIO Optimum Model. Het TOKIO Optimum Model is een online reken-



“Inhoudelijk is een aios niet een-op-een vervangbaar door een anios, physician assistant, verpleegkundig specialist of ziekenhuisarts”

model dat vakgroepen kan helpen om keuzes te maken in het samenstellen van de formatie van een of meerdere afdelingen (zie www.medischevervolgopleidingen.nl/tokio-trajecten-model). Het uitgangspunt wordt hierbij gevormd door de kwaliteitseisen die aan de zorg en de opleiding worden gesteld. Met het model worden formaties, bestaande uit verschillende combinaties van functionarissen, met elkaar vergeleken in relatie tot de gestelde kwaliteitseisen en de kosten. Op deze manier kan bepaald worden welke functionarissen en bezetting nodig zijn voor een optimale situatie.

Aanbevelingen

De JNIV raadt aan om gebruik te maken van het TOKIO Optimum Model. Dit kan helpen om inzicht te krijgen in de benodigde capaciteit per ziekenhuis. Daarnaast is het advies om het Medisch Specialistisch Bedrijf en de Raad van Bestuur te betrekken bij het zoeken naar een oplos-

sing. Aangezien het aios-tekort ook andere vakgebieden zal raken, ligt een ziekenhuisbrede oplossing voor de hand. De JNIV adviseert om de aios te betrekken bij het zoeken naar een geschikte oplossing, het betreft tenslotte hun opleiding. Inhoudelijk is een aios niet een-op-een vervangbaar door een anios, die over het algemeen korter in een ziekenhuis blijft, of een physician assistant, verpleegkundig specialist of ziekenhuisarts. Daarom is het belangrijk om per taak en complexiteit van de taak te beoordelen wat de beste oplossing is. Het is goed om hierbij in de gaten te houden dat leerdoelen voor aios niet verloren gaan en dat zij de mogelijkheid houden om binnen de gehele interne geneeskunde opgeleid te kunnen worden. Tot slot zal tijdens opleidingsvisitaties extra aandacht worden besteed aan de gevolgen van het aios-tekort op de kwaliteit van de opleiding, de ervaren werkdruk en mogelijkheden tot individualisering van de opleiding. ■

“Indonesië is een nieuw avontuur”

Na het afronden van mijn opleiding tot internist-infectioloog in het AMC ben ik in juni 2017 begonnen als *senior clinician scientist* bij de Eijkman-Oxford Clinical Research Unit (EOCRU) in Jakarta. Mijn echtgenote Marlous en dochters Lieve (6) en Lotje (4) volgden eind december, nadat Marlous haar opleiding tot dermatoloog had afgerond in het LUMC. Na een zware periode met vaak op en neer reizen en gescheiden levens, zijn we sinds januari met het gezin begonnen aan een nieuw avontuur.

Naast mijn klinische werkzaamheden heb ik de laatste 10 jaar onderzoek gedaan als promovendus en daarna als Veni post-doctorand bij het Amsterdam Institute for Global Health and Development naar hiv-behandeling in sub-Sahara Afrika. In 2016 hebben we met het gezin een periode in Tanzania gewoond, waar Marlous en ik beiden een buitenlandstage hebben gedaan als onderdeel van onze klinische opleiding. We hebben toen een heel intense tijd samen gehad met veel enthousiasme voor het werk in het ziekenhuis, maar vooral ook veel aan-

dacht voor elkaar. Dat smaakte naar meer. Toen de vacature voor deze baan voorbij kwam, dacht ik: deze baan is mij op het lijf geschreven! Maar we moesten allebei wel wennen aan het idee dat we Afrika gingen verruilen voor Zuidoost-Azië. Voor Marlous is het een déjà-vu, als kind heeft zij enkele jaren in Bandung gewoond.

Indrukwekkend

Indonesië is een prachtig, groot en divers land: een archipel van meer dan 17.000 eilanden, uitgestrekt over meer dan 5.000 km, meer dan 300 verschillende etniciteiten en een bevolking van 261 miljoen. De overheid heeft in 2014 een nationale zorgverzekering ingevoerd en worstelt nu met de implementatie. Het zorgsysteem staat voor de immense uitdaging om kwalitatief goede zorg toegankelijk te maken voor alle bevolkingsgroepen op vaak afgelegen plekken. Daarnaast is er de snelle verstedelijking: 65% van de bevolking woont in een stedelijke

“Ik besteed veel aandacht aan **het vinden en opleiden van jonge onderzoekstalenten**”



omgeving en een kwart van de stadsbewoners woont in een krottenwijk, vaak onder erbarmelijke leefomstandigheden. De inwoners van Jakarta, met 30 miljoen inwoners een van 's werelds grootste metropolen, staan bloot aan luchtvervuiling, overbevolking, overstromingen, slechte hygiëne, beperkte aansluiting op leidingwater en riole-ring, et cetera. Het wonen in deze betonnen jungle heeft zo zijn beperkingen. Vooral de verkeersdruk is zo extreem dat het je levensgeluk mede bepaalt. Ik heb het nog niet aangedurfd om me op mijn fiets op de drukke verkeersaders te begeven. En infectieziekten? Nationale jaarlijkse schattingen: 1,3 miljoen nieuwe tbc-gevallen, 1 miljoen malariagevallen en 48.000 nieuwe hiv-infecties; heel veel dengue, en ook regelmatig uitbraken van *vaccine preventable diseases* zoals mazelen en difterie. Indrukwekkende cijfers. Desondanks hoor en lees je in de medisch-wetenschappelijke literatuur relatief weinig over Indonesië.

Uitdagingen

EOCRU, gelegen in het hart van Jakarta, is in 2008 opgericht als een samenwerking tussen de Universiteit van Oxford en het Eijkman Instituut voor Moleculaire Biologie. Eijkman, opgericht in 1888, ademt historie en traditie. Het is fantastisch om te werken op de plek waar Christiaan Eijkman zijn befaamde onderzoek heeft verricht naar de oorzaak van beriberi, waarvoor hij in 1929 de Nobelprijs ontving. Ik heb ook een aanstelling bij de burens: de medische faculteit van Universitas Indonesia (UI), de oudste en meest prestigieuze van het land. We hebben samen met de medische faculteit in oktober jl. een nieuw laboratorium geopend om het patiëntgebonden infectieziektenonderzoek verder te versterken. In mijn dagelijkse werk ben ik in deze fase druk bezig met het creëren van nieuwe mogelijkheden voor onderzoek. Dat is een geweldige opgave. Het kost tijd en inspanning om relaties op te bouwen, vertrouwen te winnen en vooral ook prioriteiten te stellen. Ik ben betrokken bij diverse typen onderzoek naar uiteenlopende onderwerpen: meningitis, onder meer een klinische trial naar de behandeling van tuberculeuze meningitis bij hiv-patiënten; malaria, klinische trials naar preventie en behandeling in bataljons soldaten die worden uitgezonden naar malaria-endemische gebieden, inclusief een malaria-sporozoitevaccin; en verder projecten naar scrubtyfus, hand-voet-mondziekte, en antibioticagebruik en -resistentie. Ik besteed veel aandacht aan het vinden en opleiden van jonge onderzoekstalenten, in de hoop dat zij de toekomstige onderzoeksleiders zullen worden.

Ziekenhuisfrustraties

De omvang en drukte van het Cipto Mangunkusumo ziekenhuis, het nationale referentieziekenhuis, is overweldigend. Elke dag weer ontdek ik een nieuwe afdeling of gebouw en leer ik nieuwe mensen kennen. Ik neem zo veel mogelijk deel aan klinische activiteiten om coassistenten en jonge artsen het klinisch redeneren bij te brengen en natuurlijk om zelf te leren van de indrukwekkende casuïstiek. Ik doe mee aan bedsideconsulten met de immunologen, hiv-besprekingen, zaalrondes op de infectieziekten



De ingang van het Eijkman Instituut in Jakarta



Het team van het Universities of Indonesia and Oxford Clinical Research Laboratory



Raph Hamers voor zijn lab in de binnentuin van het Eijkman instituut

en neurologie, en het antibioticateam. Het is frustrerend om te zien hoe onverantwoord veel artsen omgaan met antibiotica. Microbiologische diagnostiek is helaas een ondergeschoven kindje: er wordt weinig gekweekt en labuitslagen laten lang op zich wachten. Bij een geprotraheerd ziektebeloop wordt er vaak voor gekozen om de empirische behandeling verder te escaleren, zonder diagnose. Zuidoost-Azië is een hotspot voor antimicrobiële resistentie, omdat antibioticagebruik er evenredig met de economische groei stijgt. En dat in een gebied waar meer dan de helft van de wereldbevolking woont. Er is een wereld te winnen op het gebied van *antibiotic stewardship*, maar de praktijk is weerbarstig. Er zijn veel gemotiveerde dokters en onderzoekers op de campus, maar helaas zijn de instituties log en bureaucratisch. De effectiviteit als buitenlander groeit als mensen je vertrouwen. Dat behoeft investeringen en geduld. Hopelijk blijven we dus nog enkele jaren op deze post! ■

SchildklierNetwerk Rotterdam

Netwerkgeneeskunde, waarbij medisch specialisten het voortouw nemen bij de ontwikkeling van zorgnetwerken van zorgprofessionals, is een van de pijlers van het visiedocument Medisch Specialist 2025. Sinds 2016 wordt in de regio Rotterdam intensief samengewerkt in de zorg rondom schildklierpatiënten. Deze samenwerking is bereikt vanuit het zogeheten SchildklierNetwerk. In dit Netwerk werken verschillende medisch specialisten van tien ziekenhuizen uit de regio nauw met elkaar samen. Het doel van de samenwerking is excellente, uniforme en doelmatige zorg te leveren aan patiënten met een schildklieraandoening. Uitgangspunt hierbij is om de patiënt te voorzien van de beste zorg op de beste plek.

TEKST: CAROLINE VAN KINSCHOT (ARTS-ONDERZOEKER IN HET MAASSTAD ZIEKENHUIS) EN ROBIN PEETERS (INTERNIST-ENDOCRINOLOOG IN HET ERASMUS MC) IN SAMENWERKING MET: MANUEL CASTRO CABEZAS (INTERNIST-ENDOCRINOLOOG IN HET SINT-FRANCISCUS GASTHUIS & VLIETLAND), CHARLOTTE VAN NOORD (INTERNIST-ENDOCRINOLOOG IN HET MAASSTAD ZIEKENHUIS) EN TESSA VAN GINHOVEN (ENDOCRIEN-CHIRURG IN HET ERASMUS MC)

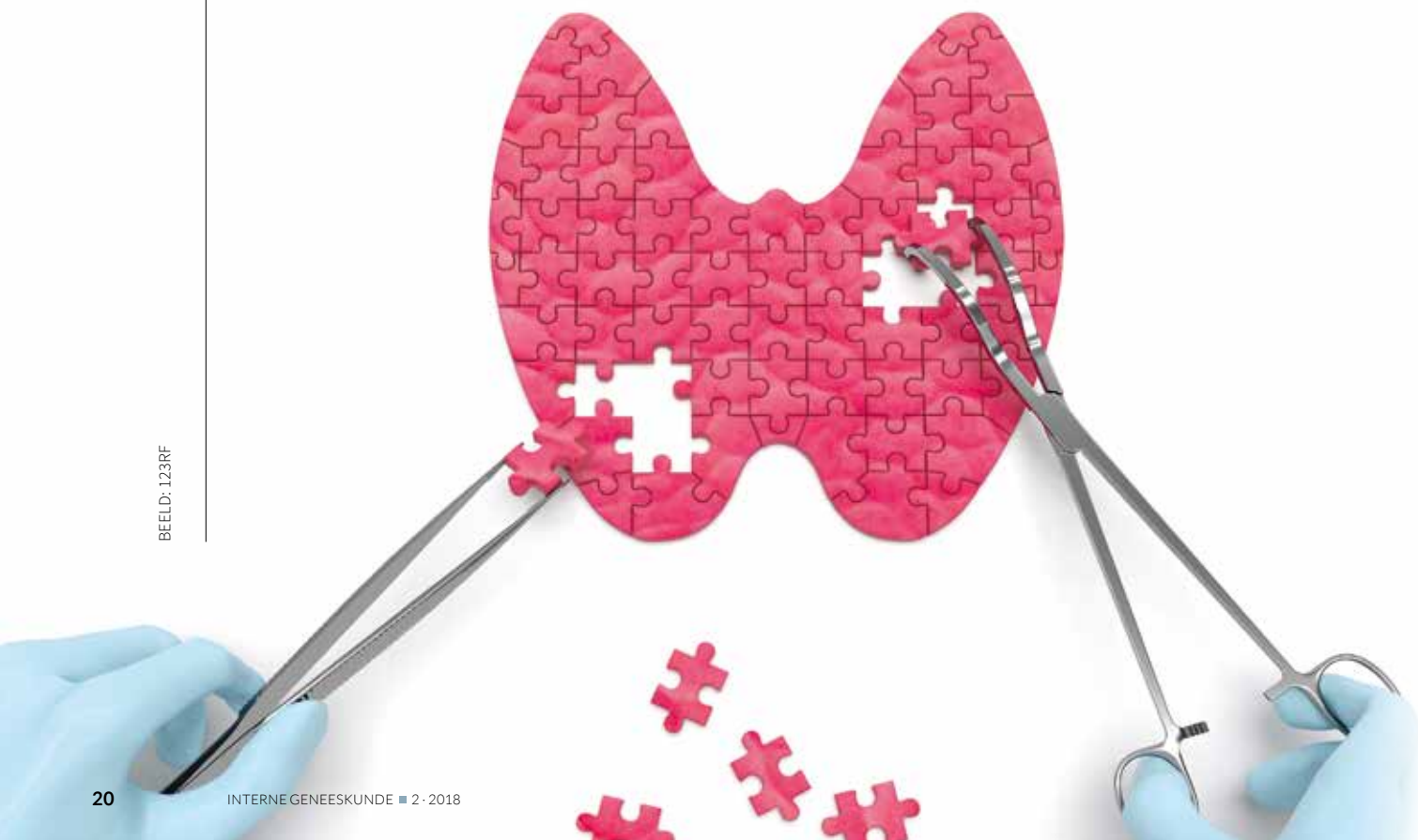
Oprichting van het Netwerk

In 2011 werd in het Erasmus MC het Schildkliercentrum Rotterdam geopend, het eerste centrum voor behandeling van complexe schildklieraandoeningen. Het centrum richt zich met name op de behandeling van schildklierkanker, Graves ophtalmopathie en zeldzame afwijkingen in het schildklierhormoonmetabolisme. Expertise vanuit het schildkliercentrum werd, tot aan de oprichting van het Netwerk in 2016, via informeel overleg gedeeld met ziekenhuizen uit de regio. Een formele overleg-

structuur was er niet. In de loop der jaren ontstond in toenemende mate behoefte aan intensievere samenwerking rondom de zorg van patiënten met schildklierziekten. De organisatie van de multidisciplinaire zorgpaden en spreekuren van het Schildkliercentrum was erg gericht op de tertiaire zorg. Toch ontstond er ook een aanzuigende werking op patiënten met minder complexe aandoeningen, die wellicht beter behandeld konden worden in een regionaal expertisecentrum. Toen specialisten uit drie perifere ziekenhuizen beslo-

ten de krachten te bundelen, ontstond de basis voor de oprichting van het SchildklierNetwerk. De oprichting werd ondersteund door de stichting BeterKeten, een organisatie met als doel de samenwerking tussen ziekenhuizen in de regio Rijnmond te bevorderen. In april 2016 werd het SchildklierNetwerk officieel geopend. Inmiddels zijn tien perifere en een academisch ziekenhuis aangesloten bij het Netwerk: het Admiraal de Ruyter Ziekenhuis, Albert Schweitzer Ziekenhuis, Erasmus MC, Franciscus Gasthuis

BEELD: 123RF



& Vlietland, IJsselland Ziekenhuis, Ikazia Ziekenhuis, Maasstad Ziekenhuis, Spijkenisse Medisch Centrum, Het van Weel Bethesda Ziekenhuis, ZorgSaam. Daarnaast is recent ook het Oogziekenhuis Rotterdam toegetreten.

Voordeel voor de patiënt

In alle ziekenhuizen die aangesloten zijn bij het Netwerk wordt gewerkt met regionale transmurale zorgpaden, zodat patiënten overal op dezelfde manier worden behandeld. In het zorgpad staat bovendien beschreven wanneer een patiënt besproken dient te worden in het multidisciplinair overleg (MDO) en wanneer verwijzing naar een tertiair centrum geïndiceerd is. Tweewekelijks vinden er parallel drie 'lokale' MDO's plaats, waarin alle ziekenhuizen met elkaar patiënten bespreken via een videoconferentie. Aansluitend volgt er een 'regionaal' MDO, waarin de complexe casuïstiek uit de lokale MDO's en tertiaire verwijzingen, zoals vastgelegd in het zorgpad, met het gehele netwerk worden besproken. Dit regionale MDO wordt voorgezeten door het Erasmus MC. Op deze manier wordt de kwaliteit van zorg in de regio gewaarborgd. Patiënten kunnen indien nodig zonder vertraging worden doorverwezen. Door gebruik te maken van uniforme zorgpaden en het regionale MDO zijn patiënten verzekerd van de best passende zorg, onafhankelijk van het ziekenhuis waar de diagnose gesteld wordt. Dit maakt een second opinion binnen het netwerk overbodig, omdat een patiënt weet dat zijn behandeling reeds met meerdere experts is afgestemd.

Om patiënten beter te kunnen informeren over hun ziekte en de behandeling worden op dit moment informatiefolders ontwikkeld die in alle ziekenhuizen gebruikt gaan worden. Voor aanvullende informatie kunnen

patiënten ook terecht op de website van het SchildklierNetwerk (www.schildkliernetwerk.nl).

Wetenschappelijk onderzoek

De intensieve samenwerking binnen het SchildklierNetwerk biedt naast voordeel voor de patiënt ook mogelijkheden voor het doen van wetenschappelijk onderzoek. De wetenschapsraad is zo samengesteld dat er een afgevaardigde in zit van ieder ziekenhuis. Initiatieven voor wetenschappelijk onderzoek kunnen via de wetenschapsraad worden ingebracht en lopende onderzoeken worden door de raad geëvalueerd. In 2016 is, dankzij een subsidie van de stichting BeterKeten, vanuit het Maasstad Ziekenhuis de eerste promovendus gestart binnen het netwerk. Het doel van het promotietraject is om de kwaliteit van zorg voor – en voorlichting aan – schildklierpatiënten te verbeteren. Het onderzoek bestaat onder andere uit onderzoek naar de behandeling van hypocalciëmie na totale schildklier verwijdering. Aanleiding hiervoor is het ontbreken van een wetenschappelijk onderbouwd behandelprotocol. Er is daarom een nieuw behandelprotocol ontwikkeld dat nu onderzocht wordt in een multicenter onderzoek waaraan alle bij het netwerk aangesloten ziekenhuizen deelnemen. De verwachting is dat met het nieuwe behandelprotocol minder patiënten onnodig behandeld zullen worden. Dit bespaart patiënten niet alleen de inname van onnodige medicatie, maar ook frequente bloedcontroles en contacten met de polikliniek. Patiënten die postoperatief wel behandeling nodig hebben krijgen bovendien een afbouwschema mee naar huis zodat, indien mogelijk, de medicatie snel afgebouwd kan worden. In een tweede prospectieve studie wordt binnen het Netwerk

gezocht naar voorspellers van het optreden van een hypothyreoïdie na een hemithyreoïdectomie. De kans op een hypothyreoïdie na deze operatie is ongeveer 20%. Het is voornog niet mogelijk om een meer nauwkeurige voorspelling te doen voor de individuele patiënt. Met de resultaten van deze studie verwacht men in de toekomst de voorlichting over de kans op een hypothyreoïdie na operatie beter toe te kunnen spitsen op de individuele patiënt.

Daarnaast wordt binnen het netwerk ook samengewerkt op het gebied van het verzamelen van data om enerzijds de kwaliteit van de gegeven behandeling te kunnen evalueren en anderzijds nieuwe onderzoeksvragen te kunnen beantwoorden. Deze gegevens worden verzameld in een gemeenschappelijke database. De database zal in de toekomst gekoppeld gaan worden aan een Biobank. Inmiddels zijn drie promovendi aangesteld die wetenschappelijk onderzoek doen binnen het SchildklierNetwerk.

Ambities voor de toekomst

Hoewel er sinds de oprichting van het Netwerk veel bereikt is door samenwerking zijn er nog voldoende plannen voor de toekomst. Het verder standaardiseren van zorgprocessen en verslaglegging is één van de ambities. Dit vereenvoudigt het evalueren van de kwaliteit van de behandeling. Ook wordt samenwerking met de eerste lijn op het gebied van schildklierziekten nagestreefd. De mogelijkheden hiervoor worden momenteel geïnventariseerd.

Conclusie

Netwerkgeneeskunde met optimale afstemming rondom de zorg van de individuele patiënt wordt steeds belangrijker. Het SchildklierNetwerk is een mooi voorbeeld van efficiënte samenwerking tussen de academie en perifere ziekenhuizen, waarbij diverse medisch specialisten hun kennis en expertise rondom zorg, wetenschappelijk onderzoek en opleiding bundelen. Samen wordt zo een belangrijke bijdrage geleverd aan innovatie van de schildklierzorg, waarbij de kwaliteit van zorg wordt gewaarborgd en de patiënt profiteert. ■

“Een second opinion is overbodig, omdat een behandeling reeds met meerdere experts is afgestemd”

Dr. C. J. Roosprijs 2018

Voor de veertiende keer in successie zijn na afloop van de drukbezochte sessie Topproefschriften de prijzen voor de drie beste klinische, patiëntgebonden proefschriften namens de dr. C. J. Roosstichting uitgereikt.

De leden van de jury waren prof. dr. M. M. Levi, prof. dr. A.E. Meinders, dr. J. C. Roos (voorzitter), prof. dr. J. W. A. Smit, dr. P. M. Stassen en dr. D. van Twist (eerste prijs 2017). Uit twintig proefschriften van gemiddeld hoge kwaliteit werden de drie winnaars geselecteerd.

Eerste prijs

De jury heeft unaniem besloten de eerste prijs toe te kennen aan **dr. Dirk Jan Stenvers** voor zijn proefschrift *Light, the circadian timing system and type 2 diabetes*.

De centrale klok in de nucleus suprachiasmaticus (NSC) wordt via neuronale verbindingen met de retina gesynchroniseerd met licht en donker, en synchroniseert op zijn beurt alle perifere klokken in de organen, direct (bijvoorbeeld via waak/slaapritme) en indirect via het autonome zenuwstelsel en hormonen. Het proefschrift onderzoekt of stoornissen in het 24-uurs tijdregelsysteem van invloed zijn op metabole aandoeningen als diabetes mellitus type 2. Bij ratten bleek blootstelling aan gedimd licht tijdens de nacht de interne regulatie van dit systeem te ontregelen door het in gang zetten van een ca. 25-uurs ritme los van de centrale klok in de NSC. Bij patiënten met obesitas en diabetes mellitus type 2, had blootstelling aan helder licht (4000 lux) verhoging van de bloedsuikerspiegels en trigly-



Winnaar van de eerste prijs, dr. Dirk Jan Stenvers

ceriden, vooral na een maaltijd, tot gevolg, in vergelijking met gezonde proefpersonen, die alleen een stijging van de triglyceridespiegel, zowel nuchter als na een maaltijd, vertoonden. De patiënten vertoonden een sterk gestoord ritme van de postprandiale schommelingen van de glucosespiegels. In subcutaan vetweefsel van deze patiënten kon Stenvers als eerste aantonen dat de klokgen-expressie bij deze patiënten een verminderd 24-uurs ritme vertoont. Vervolgens werd gekeken of de verlaagde insulinegevoeligheid in de ochtend onder invloed van het 24-uurs ritme te beïnvloeden is. In een gerandomiseerde cross-overstudie kregen 20 patiënten met diabetes mellitus type 2 gedurende drie maanden een gestandaardiseerd ontbijt met een lage glycaemische respons maar calorisch gelijk aan wat ze gewend waren. De rest van de dag konden zij gewoon eten zoals ze gewend waren. De bloedsuikerspiegels waren volgens verwachting lager dan in de controleperiode, maar een effect op het HbA1c-gehalte was niet aantoonbaar, vermoedelijk omdat de patiënten goed waren ingesteld blijkens een gemiddeld HbA1C-gehalte van 6,5%. Dit proefschrift voldoet in hoge mate aan de criteria voor een klinisch, patiëntgebonden onderzoek, waarbij fundamentele fysiologische mechanismen onderzocht werden bij proefdieren, gezonde proefpersonen en patiënten met diabetes mellitus type 2. Dit onderzoek opent de weg naar verdere studies om meer inzicht te krijgen in de werking van onze fascinerende 24-uurs klok en de jury kijkt met belangstelling uit naar vervolgstudies, met name naar het effect van een ontbijt

met lage glycaemische respons bij patiënten die slecht zijn ingesteld.

Tweede prijs

De tweede prijs gaat naar **dr. Cornelia D. Andela** voor haar proefschrift *Understanding clinical outcome in patients with pituitary disease; a biopsychosocial approach*. Dit proefschrift gaat in op een probleem dat iedere internist kent: patiënten met bepaalde endocriene aandoeningen houden vaak klachten ondanks in de ogen van de arts adequate suppletie. Patiënten in langdurige remissie van de ziekte van Cushing hadden bij MRI-onderzoek afwijkingen in de cortex cingulatus anterior en de lobus posterior cerebelli, maar zonder correlatie met de psychische problemen die de patiënten significant vaker hadden dan de controlegroep. Patiënten die gesuppleerd werden met hydrocortison wegens bijnierinsufficiëntie hadden hogere cortisolspiegels in hun haar dan een controlegroep, maar de klachten over kwaliteit van leven en de psychologische morbiditeit correleerden beter met de dosis hydrocortison dan met de gemeten spiegels in hun haar. Bij acromegaliepatiënten in remissie was een interessante bevinding dat de kwaliteit van leven minder was bij hen die medicatie moesten gebruiken in vergelijking met patiënten zonder medicatie. Wanneer patiëntengroepen afzonderlijk bekeken worden (ziekte van Cushing, acromegalie, prolactinoom en niet-functionerend macroadeenoom) wat betreft fysieke en psychologische belemmeringen, blijken sommige symptomen in alle groepen vertegenwoordigd, maar andere meer specifiek gebonden te zijn aan

een specifieke hypofyse-aandoening. Dit heeft geleid tot het ontwikkelen van een speciaal op de ziekte afgestemde vragenlijst die klinisch bruikbaar bleek. Dit proefschrift laat zien dat de kruisbestuiving tussen verschillende disciplines, i.c. tussen geneeskunde en psychologie, voor de patiënt en zijn welbevinden nuttige vruchten kan afwerpen.

Derde prijs

De derde prijs gaat naar **dr. Rob J.W Arts** voor zijn proefschrift getiteld *Immunometabolic pathways regulating innate immune adaptation*. Dit proefschrift is een fraaie combinatie van in-vitro-onderzoek waarvan de resultaten vervolgens bij patiënten werden onderzocht. Het aangeboren immuunsysteem kan gestimuleerd worden, en het niet specifieke effect van BCG-vaccinatie op andere infectieziekten dan tuberculose berust deels hierop. Deze getrainde immuniteit bleek in vitro aantoonbaar, maar blijkt gebonden te zijn aan levend BCG-vaccin, want bij proefpersonen die bestraald – dus dood – vaccin kregen, bleek geen immuunrespons op te treden. Gezonde mensen daarentegen, gevaccineerd met gele koortsvaccin, hadden door een beter getraind immuunsysteem na voorafgaande vaccinatie met (levend maar verzwakt) BCG een geringere viremie. Voorts bleek in vitro dat de glucose- en cholesterolstofwisseling in macrofagen belangrijk zijn voor het verschijnen van de gestimuleerde immuniteit en dat deze gestoord is bij immuuntolerantie, zoals die zich bij sepsis voordoet. Al met al is dit een proefschrift dat inzicht verschaft in fundamentele cellulaire processen met klinische consequenties. ■

Nieuwe scopie-stage voor internisten i.o.

Het kan voor met name internisten in de periferie van meerwaarde zijn om zelf scopiëren te kunnen doen. Daarom is vanuit de NIV een nieuwe scopie-stage opgezet. “Scopiëren is een leuke afwisseling met het vele denkwerk op de poli”, vindt internist Sander van der Beek van Ziekenhuis Rivierenland in Tiel.

In het verleden konden internisten tijdens hun opleiding de techniek van endoscopie leren. Dat gebeurde meestal met een scopie-stage aan het eind van de opleiding. “Want dan heeft de aankomend internist vaak wel een idee waar hij of zij wil werken”, zegt Van der Beek. “Scopiërende internisten werken meestal in de kleinere tot middelgrote perifere ziekenhuizen. De endoscopiestage werd verzorgd door MDL-artsen.”

Overgenomen

De MDL-zorg heeft zich sterk ontwikkeld en het aantal MDL-artsen is de afgelopen jaren sterk gestegen. Mede hierdoor worden werkzaamheden overgenomen van de internisten. “Zo is ook het idee gegroeid dat scopiëren bij MDL-artsen horen”, weet Van der Beek. “Dat heeft ertoe geleid dat de NVMDL aankomend internisten niet meer opleidt om te scopiëren. De internisten die nog wel scopiëren, zien daardoor geen nieuwe aanwas meer. Terwijl een deel van de MDL-zorg ook behoort tot het domein van de interne geneeskunde. In Tiel zijn drie scopiërende internisten. We willen er graag iemand bij. Dat kan ook een MDL-arts zijn. Maar omdat veel MDL-artsen in de academie of een groter perifeer ziekenhuis willen werken en de stage voor inter-



“**Scopiëren** is een doe-moment”

nisten is vervallen, kunnen wij niemand vinden voor het verrichten van scopiëren. Ook voor andere kleinere ziekenhuizen is dat een probleem.”

De hele breedte

Dat knelpunt werd door zowel de NVMDL als de NIV erkend. De

NVMDL wilde daarom scopiëren in de kleinere ziekenhuizen laten doen door mobiele scopieteams. Die zouden alleen voor scopiëren naar een ziekenhuis komen. Maar internisten vonden dat geen goed plan, legt Van der Beek uit. “De behandelend arts van een patiënt moet diens klach-

ten analyseren en behandelen, met endoscopie als optie als dat nodig is. Het werkt niet als een dokter alleen komt voor een onderdeelje van het hele traject. Daarom vonden wij een klein perifeer ziekenhuis een goede werkplek voor een scopiërend internist. Die kan de hele breedte van het vak uitoefenen met ook endoscopische technieken.”

Het NIV-bestuur heeft dit overlegd met de Samenwerkende Algemene Ziekenhuizen, de organisatie van de kleinere ziekenhuizen. Daarbij is met een enquête ook de behoefte aan scopiërende internisten gepeild. “Het gaat niet om grote aantallen. Misschien 10 of 20 voor de komende jaren. Maar de behoefte is er wel bij de kleinere ziekenhuizen”, verklaart Van der Beek.

Momenteel zijn er in Nederland circa 100 internisten die scopiëren. Vroeger waren dat er meer, maar veel werk is overgenomen door MDL-artsen. Het is wel een divers en groeiend werkterrein, weet Van der Beek. “Scopiërende internisten kunnen daar een goede rol in spelen, ook in samenwerking met andere specialisten.”

Adviescommissie

De NIV heeft enige tijd geleden de adviescommissie gastro-enterologie in het leven geroepen en aan Van der Beek gevraagd om daar invulling aan te geven. Met de NVMDL lukte het niet om afspraken te maken over een scopie-opleiding voor internisten. “Daarom heeft de adviescommissie zelf een stage beschreven, die door het Concilium is goedgekeurd. Sinds vorig jaar zomer kunnen internisten in opleiding de stage volgen, die 8 maanden duurt. Bijzonder is dat die moet plaatsvinden in perifere ziekenhuizen waar geen opleiding is tot internist. Er moeten dus afspraken worden gemaakt tussen het ziekenhuis waar de stage plaatsvindt en een academisch centrum.”

Dat laatste is in de praktijk nog niet gebeurd. Er is tot nu toe nog 1 aanmelding voor de stage: een ‘herintredende’ internist die in het verleden het endoscopie-certificaat had en in het ziekenhuis in Hardenberg onder supervisie weer scopiëren

heeft gedaan. Voor de vacature in Tiel wordt nu een van de al aanwezige internisten met de stage opgeleid voor scopiëren. Mede in verband daarmee is een chef de clinique aangenomen.

De drie scopiërende internisten van Ziekenhuis Rivierenland zijn de eersten die gaan opleiden. Van der Beek verwacht de komende tijd wel meer aanmeldingen voor de scopiestage, maar deze is nu nog te weinig bekend bij internisten in opleiding. Tijdens de meest recente Internistendagen was er een stand met scopiemateriaal, en ook via de opleiders zal de stage meer worden gepromoot. “Maar het kan ook zijn dat er toch geen belangstelling voor is. Dan leggen we ons daar bij neer en hebben we het in ieder geval geprobeerd.”

Mooie afwisseling

Scopiëren is een doe-moment. Zeker voor internisten is dat aantrekkelijk, denkt Van der Beek. “Je bent met je handen bezig om een techniek toe te passen. Het is een soort training van oog-handcoördinatie. En tegelijk ben je diagnostisch bezig doordat je in de maag of de darmen kijkt. Je kunt zo

tot een diagnose komen, of de handelingen uitbreiden om bijvoorbeeld een bloeding te stoppen of een poliep weg te halen. Dat zijn variabele technieken, die een mooie afwisseling vormen met het vele denkwerk op de poli. Voor mijzelf maakt dat het werk extra aantrekkelijk.”

Er zijn veel situaties waarin een scopie gewenst is. Veel patiënten worden immers naar de internist verwezen vanwege buikpijn of bloedarmoede. Daarnaast zullen scopiëren de komende jaren fors toenemen vanwege het bevolkingsonderzoek naar darmkanker. “Ook de regelmatige nacontroles van deze patiënten zullen veel scopiëren met zich meebrengen. Met name in de periferie kunnen internisten daar een steentje aan bijdragen.”

Internisten i.o. die belangstelling hebben voor de stage kunnen meer informatie vinden op de website van de NIV. Ook kunnen ze dit kenbaar maken aan hun opleider en contact opnemen met het NIV-bureau, die de vraag voorleggen aan de adviescommissie gastro-enterologie. “Wij kunnen dan bemiddelen waar de stage kan plaatsvinden en wanneer die kan starten”, besluit Van der Beek. ■

“Er zijn in Nederland
circa **100 internisten**
die scopiëren”



De geschiedenis van immuunsuppressiva

deel 1

Veel artsen hebben uitgebreide praktische kennis over immuunsuppressiva, maar over de geschiedenis van deze middelen is vaak weinig bekend. In twee delen zal ik daarom de geschiedenis bespreken van de meest gebruikte middelen, met in deel 1 corticosteroïden, azathioprine en methotrexaat.

Corticosteroïden

In de jaren '20 van de vorige eeuw bestudeert Philip Hench in de Mayo Clinic patiënten met reumatoïde artritis (RA). Daarbij valt hem op dat hyperbilirubinemie en zwangerschap de gewrichtsklachten duidelijk doen verminderen. Hij vermoedt dat de oorzaak ligt in een biochemische verstoring of tekort, dat kan worden verholpen door 'antirheumatic substance X'. De gelijke verdeling van remissie door hyperbilirubinemie tussen mannen en vrouwen, doet hem vermoeden dat als 'antirheumatic substance X' een hormoon is, het in beide geslachten moet voorkomen. De overtuiging dat dit een bijnierhormoon zou kunnen zijn, wordt verder ondersteund door het tijdelijke effect van operaties en anesthesie op gewrichtsklachten en de gelijkenis in anergie tussen patiënten met RA en de ziekte van Addison.^{1,2} In dezelfde tijd dat Hench interesse toont in RA, karakteriseert Edward Kendall, ook in de Mayo Clinic, de hormonen die in de bijnier gepro-

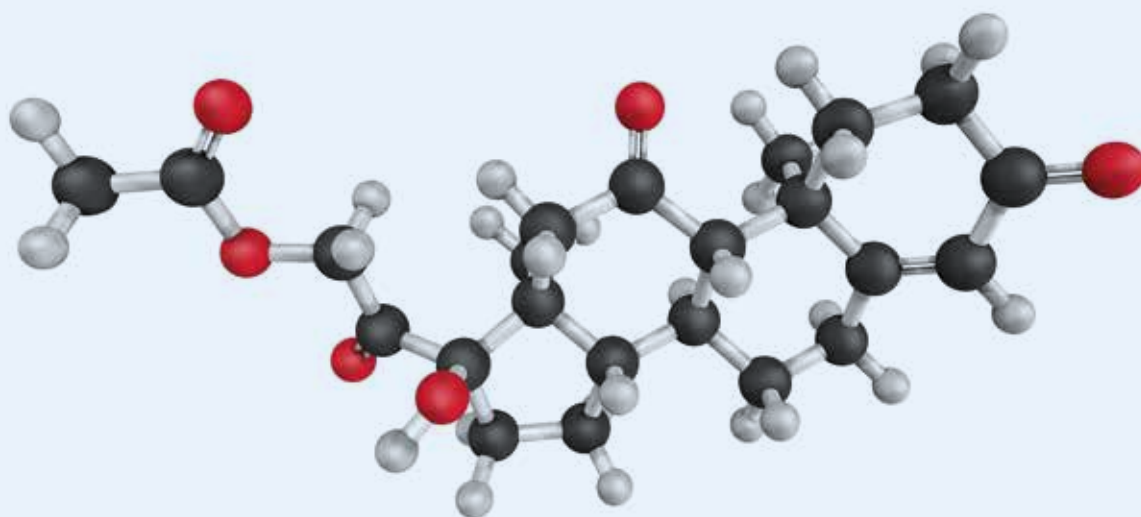
duceerd worden. In 1935 wordt cortison geïsoleerd in zijn laboratorium en tegelijkertijd in dat van Tadeusz Reichstein in Zurich. In totaal worden 28 verschillende hormonen geïsoleerd waarvan er vier in het bijzonder bestudeerd worden, te weten compound A, B, E en F. Tijdens een van de vele ontmoetingen tussen Hench en Kendall werpt Hench in 1941 de hypothese op dat Compound E wel eens het 'antirheumatic substance X' zou kunnen zijn.²

Het onderzoek naar bijnierhormonen raakt in de Tweede Wereldoorlog in een stroomversnelling, door het gerucht dat Duitse soldaten bijnierextracten ingespoten kregen om hun vechtlust te vergroten. Ondersteund door het Amerikaanse leger wordt uiteindelijk in de laboratoria van Reichstein, Kendall en Merck & Co in het voorjaar van 1948 voldoende Compound E verkregen om testen mee te doen. Op 21 sep-

tember 1948 wordt door Hench en zijn staf de eerste injectie van 100 mg Compound E gegeven aan een 29-jarige vrouw die bedlegerig is door RA (naar verluid een medewerkster van Hench), waarna snelle verbetering optreedt en zij na acht dagen drie uur lang in de binnenstad van Rochester kan winkelen. Uiteindelijk worden nog 13 andere patiënten behandeld (waarvan twee met ACTH) met vergelijkbaar spectaculair resultaat. Vanaf dan neemt Compound E een grote vlucht en wordt het, om verwarring met vitamine E te voorkomen, omgedoopt tot cortison.^{2,3}

In Nederland worden in Leiden (reumatologen Johan Goslings en Willy Hijmans) en Amsterdam (kinderartsen Simon van Creveld en Fred Kuipers) vanaf eind 1949 de eerste RA-patiënten behandeld met ACTH en later ook cortison. Hiervoor wordt onder auspiciën van TNO en met

De eerste resultaten van tests met Compound E waren spectaculair



medewerking van Organon (die de ACTH leverde) een commissie opgericht die het schaarse ACTH en cortison verdeelt over de Nederlandse centra.^{4,5}

Het is te danken aan het werk van Peter Medawar dat de immuunsuppressieve werking van cortison bekend wordt. Sinds midden jaren '40 werkt hij in het brandwondencentrum van de Glasgow Royal Infirmary in Schotland, waar hij huidtransplantaties verricht bij ernstig verbrande RAF-piloten. In een van de vele dierexperimentele onderzoeken beschrijft hij dat cortison de overleving van konijnenhuiden significant kan verlengen en dat het een lymfolytische werking heeft.⁶

In Parijs worden door de groep van Hamburger vanaf 1951 experimentele niertransplantaties verricht, waarbij cortison wordt toegepast. Nadien vinden gedurende de jaren '50 sporadisch niertransplantaties bij mensen plaats, die allen gedoemd zijn te mislukken, tenzij het een transplantatie tussen monozygote tweelingen betreft.⁷ Uiteindelijk wordt begin jaren '60 cortison ter behandeling van resectie gegeven, naast behandeling met 6-mercaptopurine. Omdat niertransplantaatontvangers toentertijd ook subletale doseringen totale lichaamsbestralingen kregen, is het niet verwonderlijk dat deze eerste experimenten met cortison als immuunsuppressivum buitenge-

De sporadische niertransplantaties bij mensen in de jaren '50 **zijn allen gedoemd te mislukken**

woon teleurstellend waren; bijna alle patiënten overleden aan de gevolgen van ernstig beenmergplasie.⁸ In 1963 komt er opnieuw aandacht voor steroïden als immuunsuppressivum wanneer de groep van Thomas Starzl in Pittsburg beschrijft dat het in hoge doseringen goed werkt tegen resectie van getransplanteerde hondenleveren en menselijke nieren (in combinatie met actinomycine C, verdubbeling van de reeds hoge dosering azathioprine, thymectomie en splenectomie).⁹

Azathioprine

De oorsprong van azathioprine ligt in de Eerste Wereldoorlog en bij het gebruik van stikstofmosterdgas. Naast de dodelijke longtoxiciteit heeft dit middel een remmend effect op leukocyten en antistofproductie.¹⁰ Deze toen al opgedane kennis wordt pas in de Tweede Wereldoorlog toegepast en uitgebreid, na dodelijke ongelukken met stikstofmosterd-

gas. Uitgebreid onderzoek bevestigt de werking tegen maligne cellen en de remming van gezond beenmerg. Het vormt de basis voor het onderzoek van Gertrude Elion en George Hitchings, die eind jaren '40 op zoek gaan naar nieuwe methoden om antikankermiddelen te ontwikkelen. Hun kennis van purines en de chemische eigenschappen van purine antimetaboliëten, leidt in 1951 tot de ontdekking van 6-mercaptopurine (6-MP).^{11,12} Uiteindelijk zou dit succesvolle tweetal ook aan de basis staan van geneesmiddelen zoals allopurinol, trimethoprim, aciclovir en pyrimethamine. Pas in 1958 ontdekken Robert Schwartz en William Dameshek dat 6-MP de productie van antistoffen remt én dat dit effect in konijnen leidt tot tolerantie tegen menselijk albumine. Voor artsen en vooral voor de pioniers in orgaantransplantatie geeft dit de mogelijkheid met geneesmiddelen in te grijpen op het immuunsysteem.¹³

In 1960 publiceert de Londense chirurg Roy Calne anderhalve pagina in de Lancet over de effecten van 6-MP bij niertransplantaties bij honden. Alhoewel rejectie niet optrad, bleek het middel zeer toxisch te zijn.¹⁴ Het gebruik bij mensen leidt ook tot extreme (beenmerg)toxiciteit, vooral vanwege de ook nog gebruikte totale lichaamsbestraling. Vanaf dat moment, begin jaren '60, verschijnen publicaties over het immuunsuppressieve effect van 6-MP bij SLE en RA. 6-MP blijkt moeilijk hanteerbaar en toxisch, waarop Elion en Hitchings een nitro-imidazool-derivaat van 6-MP maken, genaamd azathioprine. De groepen van Thomas Starzl in Pittsburgh en Roy Calne in Londen beginnen in 1962 met de eerste transplantaties met azathioprine en prednison, zonder lichaamsbestraling.^{15,16} Deze combinatie wordt ook gebruikt bij de eerste niertransplantatie in Nederland op 2 maart 1966 te Leiden. Kort hiervoor is azathioprine voor het eerst in Nederland toegepast bij het dierexperimenteel transplantatie-onderzoek van de chirurg die de eerste niertransplantatie in Nederland verricht, Maarten Vink.¹⁷ Of de eerste toepassing bij mensen ook in dat kader plaatsvindt of ter behandeling van een andere aandoening is onduidelijk.

Methotrexaat

De geboorte van methotrexaat begint bij de Indiaanse biochemicus Yellapragada Subba Rao, die net als Elion en Hitchings onderzoek doet naar nieuwe antikankermiddelen. Hij ontwikkelt verschillende foliumzuurantagonisten, waaronder aminopterine dat hij in 1947 geeft aan een jonge kinderarts, Sydney Farber, om kinderen met acute leukemie mee te behandelen. Farber had geobserveerd dat foliumzuur een groei-versnellende werking had bij leukemie en foliumzuurantagonisten zouden dus een omgekeerd effect kunnen hebben. De resultaten zijn zo mogelijk nog spectaculairder dan het effect van cortison bij RA.^{18,19} Een van de andere foliumzuurantagonisten is ametopterine (later methotrexaat) dat chemische overeen-

komst met aminopterine heeft, maar minder toxisch is. In 1951 wordt methotrexaat door Richard Gubner voor het eerst gegeven aan patiënten met RA en psoriasis.²⁰ In deze jaren, net na de ontdekking en toepassing van cortison, was het belangrijkste doel van zijn onderzoek het vinden van een verklaring voor het therapeutische effect van cortison, wat hij dacht te vinden in remming van inflammatoire en proliferatieve weefselrespons. Methotrexaat vindt in Nederland waarschijnlijk voor het eerst zijn toepassing in de reumatologie, mogelijk in Nijmegen door Leo van der Putte of in Leiden bij Gosling en Hijmans.

Conclusie

Na identificatie en productie van cortison door Kendall en Reichstein halverwege de jaren '40, wordt in september 1948 door Hench cortison gegeven om RA te bestrijden. Kort daarop worden ook in Nederland patiënten met ACTH en cortison behandeld. Het werk van Elion en Hitchings met purine antagogenisten leidt tot de ontdekking van 6-mercaptopurine, aanvankelijk bedoeld als antikankermiddel, maar ook effectief tegen afstoting van donororganen, maar zeer toxisch. Azathioprine, een minder toxische prodrug van 6-mercaptopurine, maakt vanaf 1962 orgaantransplantatie mogelijk. Ook methotrexaat ziet het licht als antikankermiddel in 1947. Vanaf begin jaren '50 wordt het voor het eerst tegen diverse reumatische aandoeningen ingezet door Gubner en in Nederland waarschijnlijk door Van der Putte in Nijmegen.

Dankwoord

Ik dank Arie Berghout, Nol Cats, Bob van Es, Mieke Hazes, Mart van Lieburg en Peter van Breda Vriesman voor hun bijdragen. ■

Referenties

- Glyn JH. The discovery of cortisone: a personal memory. *BMJ*. 1998;317(7161):822A.
- Hench PS. The Reversibility of Certain Rheumatic and Non-Rheumatic Conditions by the Use of Cortisone Or of the Pituitary Adrenocorticotrophic Hormone. Nobel Lectures, Physiology or Medicine 1942-1962: Elsevier Publishing Company; 1950. p. 311-41.

- Hench PS, Kendall EC, Slocumb CH, Polley HF. The effect of a hormone of the adrenal cortex (17-hydroxy-11-dehydrocorticosterone: compound E) and of pituitary adrenocortical hormone in arthritis: preliminary report. *Annals of the rheumatic diseases*. 1949;8(2):97-104.
- Goslings J, Hymans W, van LP. Clinische toepassing van corticosteroïden bij de behandeling van reumatoïde artritis. *Nederlands tijdschrift voor geneeskunde*. 1950;94(31):2243-54.
- van Well EB. Het gebruik van corticosteroiden en de opkomst van de Nederlandse reumatologie (1945-1950). *Nederlands tijdschrift voor geneeskunde*. 1986;130:894-6.
- Billingham RE, Krohn PL, Medawar PB. Effect of cortisone on survival of skin homografts in rabbits. *Br Med J*. 1951;1(4716):1157-63.
- Guild WR, Harrison JH, Merrill JP, Murray J. Successful homotransplantation of the kidney in an identical twin. *Trans Am Clin Climatol Assoc*. 1955;67:167-73.
- Dealy JB, Jr., Dammin GJ, Murray JE, Merrill JP. Total body irradiation in man: tissue patterns observed in attempts to increase the receptivity of renal homografts. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 1960;87:572-85.
- Marchioro TL, Axtell HK, Lavia MF, Waddell WR, Starzl TE. The Role of Adrenocortical Steroids in Reversing Established Homograft Rejection. *Surgery*. 1964;55:412-7.
- Krumbhaar EB, Krumbhaar HD. The Blood and Bone Marrow in Yellow Cross Gas (Mustard Gas) Poisoning: Changes produced in the Bone Marrow of Fatal Cases. *J Med Res*. 1919;40(3):497-508 3.
- Goodman LS, Wintrobe MM, et al. Nitrogen mustard therapy; use of methyl-bis (beta-chloroethyl) amine hydrochloride and tris (beta-chloroethyl) amine hydrochloride for Hodgkin's disease, lymphosarcoma, leukemia and certain allied and miscellaneous disorders. *J Am Med Assoc*. 1946;132:126-32.
- Hitchings GH, Elion GB, Falco EA, Russell PB, Vanderwerff H. Studies on analogs of purines and pyrimidines. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 1950;52(8):1318-35.
- Schwartz R, Dameshek W. Drug-induced immunological tolerance. *Nature*. 1959;183(4676):1682-3.
- Calne RY. The rejection of renal homografts. Inhibition in dogs by 6-mercaptopurine. *Lancet*. 1960;1(7121):417-8.
- Calne RY, Loughridge LW, Pryse-Davies J, Brown FL. Renal Transplantation in Man: A Report of Five Cases, Using Cadaveric Donors. *Br Med J*. 1963;2(5358):645-51.
- Starzl TE, Marchioro TL, Talmage DW, Waddell WR. Splenectomy and Thymectomy in Human Renal Homotransplantation. *Proc Soc Exp Biol Med*. 1963;113:929-32.
- van Breda Vriesman PJ, Vink M, Willighagen RG. Histochemical studies of canine renal homotransplants with special reference to alkaline phosphatase and its isoenzymes. *Transplantation*. 1967;5(3):420-34.
- Miller DR. A tribute to Sidney Farber-- the father of modern chemotherapy. *British journal of haematology*. 2006;134(1):20-6.
- Farber S, Diamond LK. Temporary remissions in acute leukemia in children produced by folic acid antagonist, 4-aminopteroyl-glutamic acid. *N Engl J Med*. 1948;238(23):787-93.
- Gubner R, August S, Ginsberg V. Therapeutic suppression of tissue reactivity. II. Effect of aminopterine in rheumatoid arthritis and psoriasis. *Am J Med Sci*. 1951;221(2):176-82.



#ikvoelmeonveilig

Enkele weken geleden had ik een discussie met de teamleider van een van de afdelingen interne geneeskunde. Er lag al weken een patiënt die geen enkele indicatie had om op onze afdeling opgenomen te zijn. Er was sprake van een zorgprobleem dat al jaren aan de gang was. Via onze SEH was toch een opname afgedwongen, vooral door de druk die de dochter van patiënt op een van onze arts-assistenten had uitgeoefend. Bedreigingen waren niet van de lucht en het is heel begrijpelijk dat de dienstdoende internist is gezwicht voor de oneigenlijke argumenten van de dochter. Toen de patiënt al weken lag te wachten op een plek in een verzorgingshuis vond ik het welletjes, temeer omdat hij geen enkele hinder ondervond van de goede verzorging: hij wandelde al weken door de gangen en maakte rondjes om het ziekenhuis om een sigaretje te roken. De kern van het probleem ligt natuurlijk bij de beslissing van de huisarts om patiënt – wederom – in te sturen, waarbij het anticiperend vermogen op een zorgprobleem binnen de eerste lijn nog vaak te wensen overlaat. Maar daar gaat het nu even niet om, dat is een knuppel die later nog wel een keer aan bod komt. Waar het nu om gaat is het volgende. Die bewuste dag na de visite had ik alles geregeld voor ontslag. Ik legde aan patiënt uit wat de bedoeling was en belde zijn dochter om haar te vertellen dat hij naar huis kon met uitgebreide zorg. Dat werd me met dreigende toon niet in dank afgenomen. Vervolgens had ik alles kortgesloten met de huisarts, die volledig achter deze beslissing stond. En wat bleek een paar dagen later: de teamleider had dit ontslagbeleid teruggedraaid. Het was twee weken tevoren in een MDO besproken en dit was toen zo afgesproken. Enkele dagen daarna ben ik naar de teamleider gegaan om uitleg te vragen. En jawel hoor, daar komt ie: ze voelde zich onveilig. Ik dacht door het gedrag van de dochter, want dat zou logisch en terecht zijn geweest. Nee, nee, niets van dat alles, ze voelde zich onveilig door mij. Ik

kwam namelijk haar kamer binnen en bleef staan. En zei dan ook nog dat ik het niet eens was met haar beslissing. Blijkbaar waren er genoeg ingrediënten voor een onveilig werkklimaat. Tja, en wat doe je dan. Niks dus. Je kunt hier namelijk niets mee.

Iedereen moet zich veilig voelen, natuurlijk. Maar het middel lijkt erger dan de kwaal te worden. Het beste verdedigingsmiddel tegen onenigheid of het vermijden van een lastige discussie is dus zeggen dat je je onveilig voelt. Het is een afleidingsmanoeuvre die een doodlopende weg in gaat. Je zou er haast bang van worden: #ikvoelmeonveilig. Hetzelfde geldt voor een veilig opleidingsklimaat. Zoals iemand tijdens een bespreking over dit onderwerp laatst zei: 'Syrië, daar is het onveilig'. Het gaat in een ziekenhuis uiteindelijk om een klimaat van gelijkwaardigheid. Arts-assistenten, maar ook co-assistenten en verplegend personeel, willen gelijkwaardig behandeld worden, waarbij iedereen het gevoel krijgt dat er in teamverband voor de patiënten wordt gezorgd. Het liefst met een vleugje humor en een dosis relativiseringsvermogen. Als je dat op de werkvloer bereikt is er geen vuiltje aan de lucht en voelen we ons met zijn allen hartstikke veilig en kunnen we voortaan de onveiligheids-kretologie achterwege laten. ■

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!

Internistendagen 2018



Afgelopen april bezochten ruim 1300 arts-assistenten en internisten opnieuw een enerverende editie van de internistendagen in Maastricht, alwaar hen een divers en prikkelend programma te wachten stond.

De eerste dag werden de deelnemers verrast door Armand Leroi, hoogleraar evolutiebiologie aan het Imperial College te Londen, die muziek terugbracht naar meetbare 'bits and bites', waarna hij de opkomst en ondergang van verschillende muziekstromen in kaart bracht. Welke invloed hebben de Beatles nu echt gehad? En welke grote paradigmaverschuivingen hebben de muziek tot op de dag van vandaag veranderd? Dit bleken niet de Beatles te zijn, maar het ontstaan van rapmuziek. Op eenzelfde wijze gaf hij ons ook inzicht in de trending topics van het *British Medical Journal* van de afgelopen decennia. Wat waren en zijn evoluties in de medische wetenschap? Maar misschien nog wel belangrijker: welke paradigmaverschuivingen kunnen we in de toekomst verwachten? De 'bits and bites' van Leroi gaven ons het antwoord: medische wetenschappelijk onderzoek gericht op de vrouw. Veel deelnemers zullen zich de aangrijpende plenaire sessie van de tweede dag nog herinneren: 'Zonder stem toch spreken'. Anna Roukens

en Martijn Bauer, beiden internist, namen ons mee terug naar de periode waarin zij het ziekenhuis niet als arts maar als patiënt hebben moeten ervaren. Anna Roukens werd in maart 2017 getroffen door het Guillan-Barrésyndroom waarbij ze negen weken aan de beademing op de Intensive Care lag, met haar echtgenoot aan haar zijde. Op het dieptepunt kon ze alleen nog

maar communiceren door haar ogen te bewegen. Op een inhoudelijke en toch ook luchtige manier vertelden zij over deze heftige ervaring en welke lessen wij dokters hier uit kunnen halen. Een patiënt is niet een toevallige persoon met klachten en een diagnose, maar een mens die voelt, beleeft en overdenkt. Als dokter blijft het dan ook belangrijk nieuwsgierig hiernaar te blijven en hier aandacht voor te hebben, naast de dagelijkse routine van het ziekenhuis. Dat de patiënt en zijn familie onzekerheid en angst ervaren mag niet uit het oog worden verloren, dit gebeurde zelfs ook bij de medisch goed onderlegde Anna en Martijn. Door een zo open mogelijke communicatie kun je als dokter de patiënt en familie het beste meenemen in het medische proces.

Dit jaar bleek de administratielast van jonge dokters ook een hot topic. Tijdens de TedIn-sessie, TedTalks met Internistisch thema, vertelde



Aandachtige toehoorders TedIn-sessie

De medicus in de literatuur

Frederik van Eeden

Homo universalis: schrijver, dichter, arts, psychotherapeut en sociaal hervormer

Frederik van Eeden (1860-1932) was niet alleen een vernieuwend schrijver als lid van de revolutionaire schrijversbeweging de Tachtigers, maar ook als arts koos hij voor het toen nog relatief nieuwe beroep van psychotherapeut. Zijn werken zijn duidelijk verbonden met zijn artsenbestaan, wat goed valt te lezen in de beschrijving van een psychose in *Van de koelen meeren des doods*, en in de voor elke arts herkenbare strijd tussen materialisme en zingeving, zoals beschreven in het sprookjesachtige *De kleine Johannes*.



Frederik van Eeden met zijn eerste vrouw Martha van Vloten en hun twee zonen, ca 1895

Van Eeden studeert medicijnen in Amsterdam, waar hij actief deelneemt aan het studentenleven als rector van het Amsterdamse Studenten Corps (1882), de plek waar hij veel jonge schrijvers en kunstenaars ontmoet. Opgegroeid in Haarlem, een groene en duinrijke omgeving, is de overgang naar Amsterdam voor hem groot, waarover hij zelf schrijft: 't Is of ik twee hoofden heb, een Haarlemsch en een Amsterdamsch'. In de tijd dat hij in de Amsterdamse wijk De Pijp woont maakt hij, zelf afkomstig uit een welgestelde familie van bollenkwekers, kennis met de sociale ellende in de grote stad. Hij vindt de wijk een 'voos en ziekelijk uitwas'. In het kosthuis waar hij woont is er sprake van veel verdriet en armoede. Zijn aanwezigheid is tot op de dag van vandaag nog terug te vinden op de gevel van een huis in de Amsterdamse Pijp, waar de eerste strofen van zijn gedicht *Avond in de stad* op een plaquette te lezen zijn.

Psychotherapie

In 1886 verhuist hij met zijn echtgenote Martha van Vloten naar Bussum en vestigt zich daar als huisarts. Hoewel Van Eeden veel bekender is geworden om zijn literaire werk en sociale experimenten, heeft hij op het gebied van de psychiatrie veel vernieuwende inzichten beschreven en was hij een pionier door als één van de eerste artsen een praktijk voor psychotherapie op te richten. Als hij in 1885 zijn artsdiploma haalt, wil hij dit afronden met een promotie. Zijn promotor raadt hem aan onderzoek te doen naar kunstmatige voeding bij tubercu-

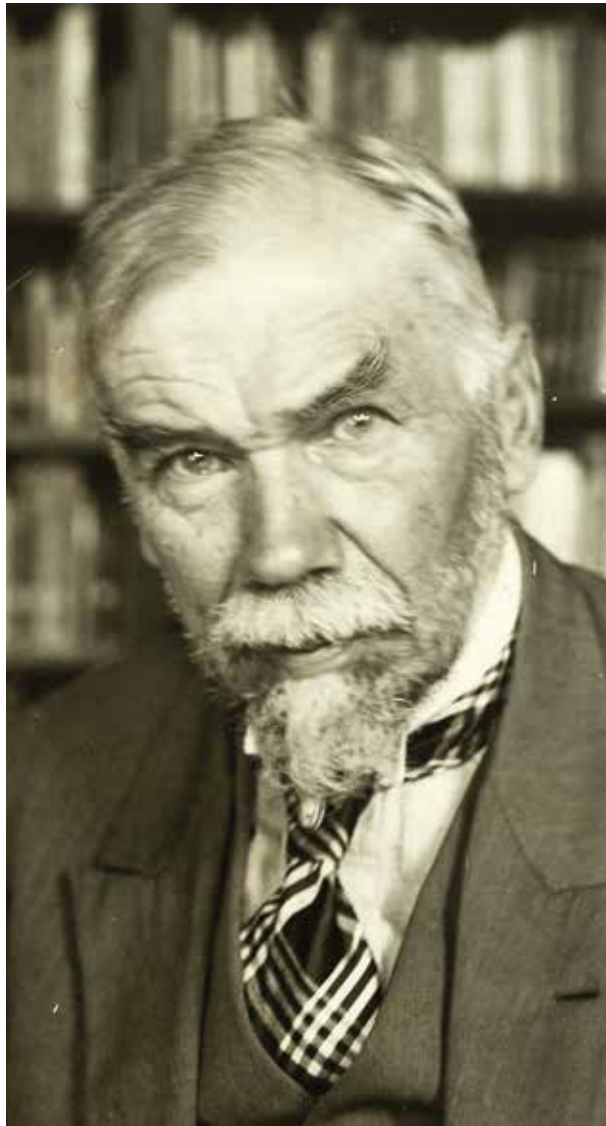
losepatiënten, een onderwerp dat hem nauwelijks boeit. Hij interesseert zich eigenlijk meer voor magnetisme en spiritisme. Hij wordt echter door zijn promotor overtuigd en vertrekt naar Parijs, waar de kliniek van professor Debove gevestigd is. Tijdens zijn onderzoek volgt hij in 1885 een klinische les van de arts Jean-Martin Charcot, een van de grondleggers van de neurologie, waarin hij hypnose-experimenten uitvoert bij patiënten met een vermeende hysterie. Samen met de jonge arts Sigmund Freud, ook aanwezig bij de patiëntendemonstraties, raakt hij zo onder de indruk dat dit een keerpunt wordt in zijn werkzame leven als arts. In plaats van de interne geneeskunde – en in het geval van Freud neurologie – kiezen beiden hierna voor het dan nog nieuwe beroep van psychotherapeut. In 1887 begint Van Eeden samen met collega Albert Willem van Renterghem een in hypnose gespecialiseerde praktijk in Amsterdam, het eerste Nederlandse instituut voor psychotherapie. De praktijk, waar twaalf patiënten verblijven, heeft veel weg van een psychiatrische inrichting. In 1893 stopt hij echter met zijn praktijk, nadat hij zich inmiddels steeds meer heeft geconcentreerd op zijn literaire werk. Hoewel hij het begrip psychotherapie in ons land heeft ingevoerd, lijkt zijn bijdrage meer van theoretische dan praktische aard. Hoewel hij vast voor veel patiënten veel heeft betekend, lag zijn roeping elders: hij beschrijft zelf dat ‘het weten van de zaak hem genoeg is’. Hierin is hij zijn tijd ver vooruit en hij schrijft, nog vóór Freud, over het onbewuste. De psychiater Rümke schreef over hem dat hij een van de eersten was die ‘de betekenis van het onbewuste zielenleven heeft beschreven’.

Idealisme

Dat Van Eeden door de ervaringen in Amsterdam en zijn studie in de ban is geraakt van idealisme en socialisme, blijkt wel als hij in 1898 de idealistische kolonie Walden opricht, op het landgoed Cruysbergen in Bussum. Hij wil met deze socialistische kolonie een nieuwe maatschappij oprichten, vrij van materialisme en persoonlijk bezit. Een vrijplaats waar de bewoners zoveel mogelijk zelfvoorzienend leven van het land, kassen en een bakkerij. Dat er helaas enige discrepantie optreedt tussen zijn geestelijke idealen en de praktijk blijkt wel in 1907, als de kolonie ten onder gaat aan financiële problemen en zijn toch wat libertijnse visie op vrouwen. Door dit laatste loopt ook zijn huwelijk met Martha stuk, waarna hij hertrouwt met de zangeres en koloniste Geertruida Everts.

De Tachtigers

De literaire carrière van Van Eeden begint al vroeg in zijn studententijd: in 1881 richt hij met leeftijdgenoten het literaire gezelschap *Flanor* op, waar voordrachten worden gehouden over moderne kunst en filosofie. Daar leert hij onder anderen Willem Kloos en Albert Verwey kennen, die elkaar vinden in hun afkeer van de ouderwetse en burgerlijke literatuur van de domineedichters uit die tijd. Ze ontwikkelen een nieuwe literaire stroming, de *Tachtigers*. Binnen deze stroming staat de esthetiek meer op de voorgrond dan de ethiek; ze introduceren het idee van *l'art*



pour l'art in Nederland. Zij richten in 1885 het tijdschrift *De Nieuwe gids* op waarin ze hun nieuwe werken publiceren. Van Eeden publiceert er essays over filosofische, sociale en psychologische onderwerpen. In het eerste nummer verschijnt het eerste deel van *De kleine Johannes*. Een opvallende keuze, omdat dit sprookjesachtige verhaal eigenlijk niet aansluit bij de oorspronkelijke ideeën van de *Tachtigers*. Het is niet alleen een ode aan de natuur en de verbeelding, maar geeft ook de symbolische strijd tussen materialisme en zingeving weer, zaken waar elke (jonge) dokter mee wordt geconfronteerd. Eind 19e eeuw breekt Van Eeden met de *Tachtigers* en gaat zich steeds meer richten op het spiritueel socialisme. Vlak voor de Eerste Wereldoorlog doet hij pogingen met politici, schrijvers en intellectuelen over de hele wereld in contact te komen in zijn zoektocht naar pacifisme en idealisme, maar als de oorlog uitbreekt is hij verbijsterd en teleurgesteld dat er zich onder hen zoveel racisten en nationalistenvinden. Na het overlijden van zijn 24-jarige zoon Paul aan tuberculose, in 1913, laten de dood en het spiritualisme hem niet meer los. Uiteindelijk bekeert hij zich in zijn zoektocht naar zingeving in 1922 zelfs tot het katholicisme, terwijl hij daar in het verleden juist zoveel kritiek op had. Door depressie en dementie wordt zijn wereld steeds kleiner en in 1932 komt hij te overlijden. ■

Yvo Smulders



Behaagzuchtig dokteren

Placebo betekent, letterlijk vertaald, 'ik zal behagen'. Op de afgelopen NIV-dagen hoorde ik een aardig praatje over functionele dyspepsie. In een tabel werden netjes de effecten van diverse medicamenten opgesomd, uiteraard vergeleken met placebo. Veel poeders en pillen deden niks, maar eentje had wel degelijk een beetje effect ten opzichte van het neppertje, waarbij het verschil zich vertaalde in een number-needed-to-treat (NNT) van ongeveer 15, meen ik. Omdat het daarbij ook nog eens om een relatief geringe verbetering ging was de portee van het verhaal: 'niet doen, het NNT is te hoog voor dit kleine effect.'

Hoewel ik niks van dit onderwerp weet en ook nog eens halverwege binnenviel, stelde ik toch een vraag: 'hoeveel mensen voelen zich in de dagelijkse praktijk, het spreekuur van komende maandag, nou substantieel beter met dat pilletje, en in welk NNT vertaalt dát percentage zich?' De spreker aarzelde nauwelijks en zei resoluut: 'ongeveer de helft voelt zich beter; dát NNT is dus ongeveer 2.' Hmm, dacht ik toen, welk NNT telt hier nu eigenlijk, 15 of 2?

Even los van de aandoening en of de getallen allemaal kloppen: bovenstaande legt een vrij fundamenteel punt bloot. Moeten wij bij het beoordelen van het praktisch nut van onze interventies het placebo-effect daar eerst van aftrekken?

Persoonlijk vind ik dat dat een onhoudbaar standpunt zou zijn, omdat placebo-effecten domweg integraal onderdeel van onze handelingen zijn, ook van de interventies die in placebo-gecontroleerd onderzoek effectief bleken. Voor bijvoorbeeld migraine middelen is in een heel grappig gerandomiseerd onderzoek aangetoond dat placebo-effecten veel effect toevoegen aan werkzame behandelingen. In dat onderzoek werd een placebo of het actieve medicijn aan migraine patiënten gegeven, maar werd elke groep nog onderverdeeld in het wel of niet scheppen van positieve verwachtingen, een goed en positief verhaal dus. De uitkomst laat zich raden: zonder positieve verwachtingen was een placebo het minst effectief van de vier opties, maar een placebo mét verwachtingen was ongeveer even effectief als het actieve medicijn zónder verwachtingen. Het actieve medicijn met een positief verhaal erbij was verreweg het meest effectief.

Dit onderzoek kun je moeiteloos vertalen naar een heleboel klachten, aandoeningen en interventies waar we dagelijks, vooral poliklinisch, mee van doen hebben. Zelf denk ik weleens aan het einde van een spreekuur: ik heb misschien weinig patiënten genezen, maar ik heb me wel helemaal onderuit behaagd, en eerlijk gezegd geeft me dat best voldoening. Is dat fout? Maakt me dat een slechte dokter? Geenszins, vind ik. Ik genees waar ik kan, behaag zoveel mogelijk en ga me alleen niet te buiten aan handelingen die echt geen enkele meerwaarde ten opzichte van placebo hebben. Met die behaagzucht probeer ik mensen niet alleen een plezieriger leven te bezorgen, maar ze ook uit handen te houden van idioten die met naalden en oneindige verdunningen aan de gang gaan.