

Doen en Laten

prof.dr M.H.H. Kramer

Rede uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van
hoogleraar Algemene Inwendige Geneeskunde aan de faculteit
der Geneeskunde van de Vrije Universiteit Amsterdam /
VU Medisch Centrum op 4 september 2008

Doen en Laten

prof.dr M.H.H. Kramer

Mijnheer de Rector,
Dames en Heren,

5 *'De mens bestaat uit een lichaam en een ziel, die in verbondenheid verschillen van elkaar. De ziel wordt gevormd door het begrip, de herinnering, de wil, de emotie en de door Hippocrates beschreven mentale kracht in combinatie met een onbegrensde fantasie. Het lichaam bestaat uit een gestructureerd raamwerk, de vloeistoffen en de handelingen van zowel vaste als bewegende delen. Wanneer het lichaam gezond is, bloeit de geest, bij ziekte zal zij echter delen in de klachten en het lijden. Niemand zou een theorie over gezondheid moeten steunen die gebaseerd is op het concept van één enkele oorzaak; we moeten vasthouden aan het primaat dat de natuur het lichaam als geheel geschapen heeft. Hoe anders kan iemand de unieke kwaliteit van het leven in gezondheid, of de verstoring daarvan, begrijpen?'*

Deze woorden werden door Herman Boerhaave op 8 februari 1730 in Leiden uitgesproken toen hij ten tweede male werd benoemd tot rector magnificus¹. In deze oratie, getiteld *'De Honore Medici, servitute'* stond de fysiologie en de geneeskunde van het menselijk leven centraal. De opvattingen van deze grootste Nederlandse medicus zijn ontegenzeggelijk beïnvloed door de denkbeelden van Descartes die een eeuw eerder een scherp onderscheid maakte tussen lichaam en ziel, als ware het lichaam een ingewikkelde natuur- en scheikundige machine. De arts kreeg hierbij de rol van mechaniker van het zieke lichaam. In de lage landen was de basis van dit concept reeds eerder verwoord door Erasmus die omstreeks 1500 in zijn verhandeling *'Lof der Geneeskunde'* schrijft:

*'Nu strekt de medische zorg zich niet alleen over het lichaam uit, het lagere bestanddeel van de mens, maar vooral over de mens als geheel, ook al neemt de arts zijn vertrekpunt bij het lichaam zoals een theoloog dat doet bij de geest.'*²

Dit humanistisch gedachtegoed mag worden beschouwd als de basis van de interne geneeskunde in Nederland, die in

navolging hiervan zich ontwikkeld heeft tot een natuurwetenschap, die het zieke lichaam in maat en getal vastlegt. Begin 1700 gaf Boerhaave al een aardige definitie van een academische internist: *'Nu eens opent hij, ten einde ze te onderzoeken, lijken, waaraan hij pathologische afwijkingen ontdekt heeft, dan weer neemt hij bij dieren ziekten waar, die hij kunstmatig bij deze heeft verwekt; nu eens verzamelt hij uit eigen ervaring allerlei gegevens omtrent de uitwerkingen van ziekten en geneesmiddelen, dan weer vult hij de aldus opgedane kennis aan door het raadplegen van de beste schrijvers op dat gebied; eindelijk schikt hij al deze gegevens samen, terwijl hij ze regelt en nauwkeurig overweegt, en vergelijkt de aldus gevonden resultaten met wat de Theorie hem geleerd heeft, zodat hij ten slotte een degelijk inzicht krijgt in den loop en de geneeswijze der verschillende ziekten. En hiermede heb ik de laatste hand gelegd aan het voor u geschetste beeld van de volmaakte geneesheer!'*³

Ik begin mijn openbare les met deze citaten van Boerhaave om daarmee ook de eerste leerstoelhouder interne geneeskunde aan de Vrije Universiteit te eren, te weten professor Gerrit Arie Lindeboom, één van de grootste kenners van Boerhaave's werken. Zelf ben ik met Boerhaave verbonden door de universiteit waar ik gestudeerd heb en door het toeval. Boerhaave was in zijn tijd de beroemdste arts op aarde. Die positie heeft hij bereikt zonder dat hij daarvoor de Lage Landen heeft verlaten. Naar verluid bracht zijn langste reis hem naar Harderwijk om daar te promoveren, omdat het een stuk goedkoper was dan in Leiden⁴. In Harderwijk ben ik geboren.

7 Tot in de 19de eeuw werd de interne geneeskunde in ons land beoefend door Doctores Medicinae. Deze geneesheren van de eerste stand werden opgeleid aan één van de drie medische faculteiten in Leiden, Utrecht of Groningen. Deze internisten 'avant la lettre' hadden vanaf de 17de eeuw een hoog aanzien mede als gevolg van hun unieke recht tot het voorschrijven van medicijnen. De meest bekende onder hen is Nicolaas Tulp, gepromoveerd in Leiden en onsterfelijk gemaakt door Rembrandt, die hem vereeuwigde als prae-lector in de anatomie benoemd door het Amsterdams Chirurgijns gilde. De historische concepten van Hippocrates en Galenus werden afgelost door de resultaten van waarneming en onderzoek van o.a. Boerhaave, een eeuw later verder uitgewerkt in de geneeskundefaculteiten van Parijs, Wenen en Berlijn. De liberale politicus Thorbecke zou een beslissende invloed uitoefenen op de ontwikkeling van de interne geneeskunde in ons land. Hij hield de benoeming van een lokale grootheid tot hoogleraar in Groningen tegen en wenste een Europese topper op deze positie. Samuel Rosenstein, leerling van Traube en Virchow te Berlijn, werd in 1866 op 34-jarige leeftijd benoemd tot hoogleraar interne geneeskunde te Groningen. Hij kwam op het goede moment om de verworvenheden van de Duitse kliniek in Nederland te introduceren en werd daardoor de aartsvader van alle moderne Nederlandse internisten. Ook hij baseerde zijn handelen op het humanistisch gedachtegoed, bijvoorbeeld blijkend uit zijn initiatief tot het behoud van het Spinoza huis in Rijnsburg toen hij was benoemd in Leiden. Rosenstein was de leermeester van vrijwel alle later benoemde hoogleraren, zoals Nolen in Leiden, Hijmans in Utrecht, Polak Daniëls in Groningen en Snapper en Pel in Amsterdam. Van deze laatste kunnen we leren hoe om te gaan met psycho-somatische klachten. Een ingenieur met een te drukke baan voelde zich geruime tijd ziek

en diep rampzalig. Hij vroeg consult bij de grote Pel met als resultaat:

8 *'Na al mijn talloze klachten aangehoord te hebben ondervroeg en onderzocht professor Pel mij nauwkeurig. Daarna zette hij zich aan het bureau en schreef een lange brief die ik pas thuis open mocht maken. Ik hoefde niet terug te komen. Met een gemoedelijk tikje werd ik de deur uitgeloodst en daar stond ik op straat met tientallen vragen. Ik liep de Heerengracht op en daarna de Blauwburgwal en opende de brief: Waarde Heer, wanneer u lopende op de Blauwburgwal en mijn huis uit het oog verlorende hebbende, dezen brief opent loopt u in de goede richting. U kruist dan de N.Z. Voorburgwal en even voor de Nieuwe Kerk gaat u een straatje in. Hier, het derde huis naar links, is een winkeltje voor visserijbenodigdheden. U gaat naar binnen, zeggende dat professor Pel u heeft gezonden en u bestelt een gehele hengeluitrusting en gaat hiermede morgenvroeg bij het ochtendgloren naar Wilnis om met ome Jaap te gaan vissen.'*⁵

- 9 Dames en heren, ik zal aan de hand van twee ziektegeschiedenissen trachten het doen en laten van de interne geneeskunde voor u te schetsen. Op de polikliniek maakt de internist-hematoloog kennis met een 48-jarige vrouw, die sinds een jaar op en af vergrote lymfeklieren heeft gevoeld in de hals. Ze had laatst griep gehad, waarop de klieren weer duidelijk groter waren geworden en het wilde nu niet weggaan. Ze had verder geen klachten. Bij het lichamelijk onderzoek vond de hematoloog de opgezette klieren te fors en te vast aanvoelen. Het bloedonderzoek was volstrekt normaal, maar beenmergonderzoek liet een kleine populatie afwijkende lymfkliercellen zien, die vastplakten aan de botbalkjes. CT-onderzoek toonde vergrote lymfeklieren in de hals en mogelijk in de liezen. De hematoloog dacht aan de mogelijkheid van een kwaadaardige ziekte en legde patiënte uit dat de chirurg een lymfklier moest verwijderen voor weefselonderzoek. Aldus geschiedde en de patholoog kwam snel met zijn conclusie, er was sprake van een in eerste instantie niet-agressieve vorm van lymfklierkanker, te weten een folliculair Non-Hodgkin lymfoom. De internist-hematoloog vatte samen dat behandeling op dit moment nog niet noodzakelijk was, en dat hij een *'wait-and-see'* oftewel een afwachtend beleid wilde voorstellen. Hij boekte voor zijn patiënte een dubbele afspraak op de polikliniek, omdat hij reeds voorzag dat zij met vele vragen zou komen. Uit ervaring wist hij dat 'kijk en luistergeld' die in het begin in het contact met patiënt wordt geïnvesteerd, zich later dubbel uitbetaalt. Ze kwam inderdaad met vele vragen mede gevoed door een zoektocht op het internet. Ze was ontdaan, ze had kanker en dan had toch eigenlijk gisteren de behandeling al gestart moeten zijn! Geduldig werd het advies uitgelegd, gesteund door een aanvullend bezoek bij de nurse-practioner hematologie.

Ook haar gesprek met de vrijwilliger van de hulplijn van de Lymfklierkankervereniging Nederland had haar geweldig geholpen, ze bezocht een voorlichtingsavond van deze patiëntenvereniging, waarbij o.a. het 'wait-and-see' beleid nader werd toegelicht. De internist-hematoloog werd al veel langer geboeid door deze wonderlijke en uiteindelijk fatale ziekte. In het begin vaak een rustig beloop, waardoor hij in eerste instantie niet moet doen maar moet laten.

Een 31-jarige man bezoekt de polikliniek op verzoek van de huisarts omdat het suiker- en het vetgehalte in het bloed te hoog is. Hij is naar de huisarts gegaan vanwege malaise en hoofdpijn. Volgens een ex-vriendin werd het snurken steeds erger. Naar eigen zeggen zou hij gezonder kunnen leven. Hij is te dik met een gewicht boven de 100 kg en een lengte van 182 cm, hij rookt fors en als verwoed gamer in de onmetelijke cyberspace zit hij tot in de vroege uren achter het computerscherm om de boze buitenwereld digitaal te verslaan. Helaas heeft hij sinds 7 maanden geen vaste werkring meer, en aan sporten komt hij vanwege zijn klachten niet meer toe, alhoewel hij met grote bewondering de Olympische Spelen heeft gevolgd. Bij lichamelijk onderzoek stelt de internist een fors overgewicht en hypertensie vast. Uit bloedonderzoek blijkt er bij herhaling een te hoog suikergehalte en een sterk verstoord lipidenprofiel. De internist concludeert dat de problemen van deze patiënt voor een belangrijk deel zijn terug te voeren op zijn ongezonde leefgedrag met als uitkomst een fors overgewicht, suikerziekte en hypertensie mede als gevolg van een slaap-apnoe syndroom. Omstandig wordt aan patiënt uitgelegd dat de enige structurele oplossing op langere termijn een radicale verandering van zijn levensstijl zou zijn. Zij zien dit beiden somber in, de eerste heeft het al te vaak zonder blijvend succes geprobeerd en de tweede realiseert zich dat de geneeskunde bij dit soort patiënten al veel eerder iets had moeten doen i.p.v. het jarenlang op zijn beloop te laten. Dat overgewicht een genetische component heeft zal geen verrassing zijn. Onderzoekers en leken weten al veel langer dat het familiair voorkomt, door mijn eigen grootmoeder verwoord als *'de ene familie heeft nu eenmaal zwaardere botten dan de andere.'* Recent is er een zeer interessante studie gepubliceerd,

waarin Christakis en Fowler aannemelijk maken dat vrienden een belangrijker effect op het individueel risico op overgewicht hebben dan de genetische factor⁶. De auteurs reconstrueerden een sociaal netwerk, als onderdeel van de beroemde Framingham Heart Study, waarin de verbindingen tussen vrienden, burens, broers, zussen en andere familieleden zichtbaar werd gemaakt. Ze maakten daarbij gebruik van het feit dat aan de participanten gevraagd was de namen en adressen van vrienden te vermelden zodat ze later eventueel makkelijker op te sporen zouden zijn. Deze fascinerende studie laat zien dat als twee personen elkaar ervaren als vrienden en als één van de twee te dik is of wordt er een gerede kans bestaat dat ook de vriend zijn voorbeeld volgt, met een stijging van dit risico van 171%. Bij volwassen broers en zussen stijgt ditzelfde risico slechts met 40%, waarbij dus wordt aangetoond dat niet alleen de genen maar vooral de omgeving een cruciale rol spelen in het ontstaan van in dit geval obesitas. In de afgelopen 7 jaar zijn we de rol van netwerken veel beter gaan begrijpen. Netwerken in technische, sociale en biologische systemen vertonen veel overeenkomsten door vaak simpele en te kwantificeren organisatie principes. Netwerken raken alle aspecten van de gezondheid, zoals beide ziektegeschiedenissen u laten zien. Bij de patiënt met het Non-Hodgkin lymfoom is het beloop van de ziekte niet te begrijpen als we alleen de lijst van zieke genen zouden kennen. Veel belangrijker is het verwerven van inzicht op welke wijze deze genen en genproducten elkaar beïnvloeden op moleculair en cellulair niveau van zowel het tumorweefsel als haar gezonde omgeving. Het denken in netwerken heeft het pathofysiologisch inzicht in lymfklierkanker en vele andere ziektes blijvend veranderd. Bij het reeds eerder besproken folliculair Non-Hodgkin lymfoom lijkt het erop dat de kwaadaardige lymfkliercellen hun normale functie in het afweersysteem kunnen blijven uitoefenen in nauw contact met normale T-lymfocyten en andere afweercellen⁷. Het afwijkende gedrag van deze tumor cellen wordt dus niet alleen bepaald door een intrinsiek genetisch probleem, maar het groeivoordeel wordt ook bepaald door de fysiologische functie die ze in hun netwerk vervullen. In de toekomst zullen behandelingen niet alleen gericht zijn op de tumorcel zelf,

maar zal het hele web van ziek weefsel, haar omgeving en eventuele regelsystemen op afstand moeten worden beïnvloed. Op basis van netwerkonderzoek wordt steeds duidelijker dat ziektes niet zo onafhankelijk ten opzichte van elkaar staan als nu nog door ons wordt gepercipieerd. Zou het zo kunnen zijn dat een genetische factor bepalend is voor het feit dat overgewicht een risico is voor het krijgen van diabetes? Een snelle beschouwing van de lijst van genen die bij beide aandoeningen zijn betrokken laat overigens voor de hand liggende overeenkomsten zien. Het wordt anders als we overgewicht plaatsen in een netwerk, waarin twee ziektes met elkaar verbonden zijn door het delen van tenminste één afwijkend gen. In zo'n netwerk heeft overgewicht relaties met 7 andere aandoeningen, waaronder asthma, lipodystrofie en glioblastoom⁸. Dit netwerkconcept openbaart een aantal verrassende connecties tussen heel verschillende aandoeningen, waardoor we mogelijk in de toekomst het onderscheiden en classificeren van ziektes zullen moeten aanpassen. Op termijn zal onderzoek naar netwerk structuren op het niveau van moleculen tot aan sociale relaties binnen grote populaties, invloed hebben op alle aspecten van gezondheid en ziekte, medische research en de klinische praktijk. De internist van de 21e eeuw moet op al deze velden mee kunnen schaken. Hij moet zich voor het heil van zijn patiënten blijven scholen op het gebied van de pathofysiologie, de moleculen, genen, transcriptiefactoren, RNA's en enzymen. Op dit niveau moet hij uitmaken of de verzamelde gegevens aanleiding geeft om te laten in plaats van te doen zoals bij de patiënt met het Non-Hodgkin lymfoom waar een afwachtend beleid werd gevoerd. Op een heel ander niveau moet hij interferen bij de problemen van de patiënt met ernstig overgewicht. In feite lopen we hier al achter de feiten aan en zou de internist in een maatschappelijk debat beleidsmakers al hebben moeten overtuigen dat creatieve maatregelen op populatieniveau de epidemie van overgewicht en daaraan gerelateerde diabetes mellitus moeten terugdringen. Onderzoek op de VU door de sociale geneeskunde onder leiding van Willem van Mechelen laat zien dat door een andere inrichting van gebouwen of zelfs hele woonwijken het bewegingsgedrag van mensen positief kan worden beïnvloed.

13 Het is mijn stellige overtuiging dat de internist van de 21ste eeuw niet meer solitair, maar alleen in goed georganiseerde netwerken succesvol kan functioneren. Vraagt de huidige tijd de interne geneeskunde nu om meer specialisatie of juist om een versterking van de holistische benadering van de patiënt? Deze discussie is binnen de interne geneeskunde van alle tijden en was bijvoorbeeld ook het belangrijkste onderwerp van het afscheidscollege van Lindeboom op 8 november 1975. Hij greep terug naar het oude Griekenland.

*'In Hellas stonden de scholen van het eiland Kos, waar Hippocrates eens leefde en werkte, en die van de nabij op het vasteland van Klein-Azië gelegen stad Knidos min of meer tegenover elkaar. De school van Kos, die volle nadruk legde op de benadering van de gehele zieke mens, en de eigen geneeskraft van de natuur (de vis medicatrix naturae) hoog aansloeg, achtte, dat die van Knidos teveel in bijzonderheden afdaalde en het geheel uit het oog verloor. Terecht of ten onrechte, staan Kos en Knidos nog heden ten dage als symbolen van twee richtingen in de geneeskunde, die zich in het verleden telkens weer hebben afgetekend, die van een integratieve en die van een sterk gedifferentieerde geneeskunst. Het is moeilijk te ontkennen, dat, met name in academische ziekenhuizen, waar de geneeskunst ook in de voorhoede strijdt tegen ziekte en dood, vrijwel alles naar Knidos trekt. Meer dan op de deelgebieden rust op de interne geneeskunde de plicht de wacht te betrekken bij het oude Koische, Hippocratische ideaal. Het ligt voor de hand de verhouding van de interne geneeskunde tot haar onderdelen te zien naar die van de organen in en tot het organisme. De wederzijdse beïnvloeding en afhankelijkheid van de organen in hun functioneren, die in gezondheid min of meer schuil gaan, treedt onder ziekelijke omstandigheden niet zelden duidelijker naar voren.'*⁹ Systeemziekten kunnen zich tegelijk in meerdere

organen manifesteren, kwaadaardige tumoren kunnen in het hele lichaam zijn uitgezaaid. De oudere mens lijdt niet zelden aan meerdere aandoeningen, b.v. suikerziekte, een aandoening aan het hart en plotseling daar de vaak verbijsterende diagnose van kanker. Oncologie en geriatrie moeten zich dus ontwikkelen als interdisciplinaire, of zo men wil horizontale, deelgebieden, die mede het onderling verband en dwarsverbindingen in het oog houden en zo een zekere integratie naast de differentiatie beogen. Naarmate de analyse voortschrijdt, wordt de behoefte aan synthese groter. Voortgezette specialisatie maakt de integratieve taak van de interne geneeskunde duidelijker en zwaarder. Dit wordt door Eric Cassell, hoogleraar interne geneeskunde aan Cornell University in New York, in zijn boek *'Doctoring: The Nature of Primary Care Medicine'* als volgt verwoord: *'iedereen weet dat weten wat je niet weet veel toegepaste kennis en ervaring vraagt. Vanuit de optiek van het opleiden van jonge internisten en de kennis die daarvoor noodzakelijk is, geldt dat hoe hoger we gaan op de schaal van specialistische training, des te minder complex de medische problemen zullen worden ervaren.'*¹⁰ Met andere woorden, de subspecialist is pas goed in zijn vak als hij zijn pars pro toto kan beschouwen en omgekeerd de jonge arts-assistent interne geneeskunde zal een substantiële periode van zijn opleiding de kans moeten krijgen de diepte in te gaan, waarbij hij de complexiteit opzoekt en met hulp van zijn mentoren op basis van de aanwezige klinische en wetenschappelijke kennis de patiënt terzijde staat en zijn probleem weet op te lossen. Ik kom voort vanuit de hematologie, een prachtig vak met verbindingen die de gehele interne geneeskunde bestrijken. Een goed hematoloog heeft dus niet alleen kennis van bloed, beenmerg en lymfklieren, maar heeft zich ook bekwaamd in de infectieziekten, vasculaire geneeskunde, endocrinologie etc. of anders gezegd: hij oefent de interne geneeskunde volwaardig uit met een duidelijke en gewaardeerde verdieping in een mooi aandachtsgebied. Hoe ziet nu de ideale structuur van een interne maatschap of vakgroep eruit? Uiteraard vraagt een algemeen ziekenhuis om een andere invulling dan een academische kliniek. Ik heb het grote voorrecht om over beide te kunnen oordelen, immers na 14 perifere jaren in een fantastische

maatschap in het Meander Medisch Centrum te Amersfoort mag ik nu leiding geven aan een academische opleiding en interne kliniek. Ik concludeer dat de invulling anders is, maar dat in essentie het vak op beide plaatsen op dezelfde wijze wordt uitgeoefend. Ik zou het willen benoemen als de oerkracht van de interne geneeskunde, de drang om naar aanleiding van een zieke patiënt met anamnese, lichamenlijk onderzoek en aanvullende diagnostiek tot een goede diagnose en behandeling te komen. Daarbij dient de patiënt als mens in zijn geheel beschouwd te worden en past niet de veel te vaak gebruikte uitdrukking *'op mijn terrein kan ik geen afwijkingen vinden'*. Jonge mensen kiezen vooral voor de interne geneeskunde vanwege de oneindige mogelijkheden die deze rijke bron hen te bieden heeft. Vaak zijn zij op de werkvloer geïnspireerd geraakt door directe betrokkenheid bij het klinische werk van een ervaren internist. Slechts een handvol internisten heeft daarbij eeuwig roem verworven, vanwege hun uitzonderlijke gaven om alle facetten van de interne geneeskunde te verenigen en te integreren. Hijmans van de Bergh was zo iemand. De Nederlandsche Internisten Vereeniging heeft niet voor niets de hoogste onderscheiding, die een internist in Nederland kan ontvangen, naar hem vernoemd. In zijn tijd gold hij als de pater familias en stond hij bekend als een groot clinicus en begenadigd onderzoeker. Zijn leerling Snapper kenschetste hem als volgt en definieert daarmee in feite het ideaalbeeld van een internist:

*'De rust waarmee Hijmans van den Bergh zich steeds weer aan het ziekbed neerzet, de zorg waarmee hij de anamnese opneemt en het onderzoek verricht, de diep menselijke toon die hij steeds in zijn nooit verflauwende belangstelling voor de persoonlijkheid van de patiënt weet te leggen, vormen elementen voor het onderwijs, die niet hoog genoeg kunnen worden aangeslagen. Aan het ziekbed kan zijn scherpe blik, zijn originele gedachtegang zich ten volle ontplooien. Bij een patiënt met een duistere ziekte kan hij dikwijls diagnostische problemen ontwarren, waar anderen zich onmachtig moeten bekennen.'*¹¹

De ideale meester waar alle competenties van onze moderne opleiding in lijken samen te komen. Het is een illusie te denken dat een ieder ons vak op dezelfde wijze in de volle breedte kan

beoefenen als Hijmans van den Bergh. Ik gun dus elke internist verdieping in een onderdeel of onderdelen van de interne geneeskunde, maar merk daarbij op dat van elke internist mag worden gevraagd de gemeenschappelijke waarden te koesteren en dezelfde taal te blijven spreken, de taal die ons handelen definieert, die bepalend is voor ons doen en laten. In de periferie is de maatschap idealiter opgebouwd uit internisten die de generalistische basis koesteren, maar zich gewaardeerd weten vanwege hun surplus in een deelspecialisme. In de academie moet er ruimte zijn voor nog verdergaande specialisatie maar met instandhouding van de kernwaarden, die worden geborgd en uitgedragen in de opleiding van co-assistenten en jonge artsen tot internist. Het ochtendrapport, de gemeenschappelijke onderwijs- en opleidingsmomenten, klinische demonstraties en alle andere zaken die met onderwijs en opleiding hebben te maken dienen het cement te zijn waarop in een academische kliniek het huis van de interne geneeskunde door alle interne specialismen voor studenten en AIOs wordt opgebouwd. Ik verbaas me dan ook over de discussie die thans gaande is binnen de NIV, waarbij heil en zegen wordt verwacht van zogenaamde meervoudige profielen in de laatste 2 jaar van de opleiding, waarbij de arts-assistent na de gemeenschappelijke 4 basisjaren aanvullend 3 stages van 8 maanden loopt in verschillende deelgebieden van de interne geneeskunde. Hiermee zou de holistische basis van ons prachtige vak worden gered, mede omdat door sommigen wordt gesteld dat de periferie helemaal niet op verder gespecialiseerde internisten zit te wachten. Dames en heren, internisten moeten ook in de toekomst bereid zijn dezelfde taal te blijven spreken en dat geldt zowel voor enkel- als voor meervoudige profielers. Een tweedeling tussen zogenaamde alleskunnners en zogenaamde superspecialisten kan leiden tot een breuk en in ieder geval tot afbreuk van de interne geneeskunde.

Zoals eerder gezegd is interne geneeskunde teamwork en moet er in de opleiding veel aandacht zijn voor een op zichzelf kwetsbare opstelling, waarbij het als vanzelfsprekend wordt ervaren dat de individuele internist open staat voor de kennis en kunde van anderen. Daarbij dient de patiënt verzekerd te zijn van een vast baken die hem door het onzekere proces van diagnosestelling en behandeling loodst. Hij moet er echter wel van op aan kunnen dat alle expertise rondom hem is verzameld. De tijd dat een dokter of een specialisme autonoom het gezag over bepaalde patiënten of patiëntencategorieën opeist dient mijns inziens achter ons te liggen, alhoewel er nog steeds specialismen of specialisten zijn die hun identiteit scherp ten opzichte van anderen menen te moeten profileren. In een modern gestructureerd ziekenhuis zullen de meest complexe patiënten door de meest ervaren artsen moeten worden getrieerd en verder geleid. Een netwerk van specialisten dient 24 uur per dag voor hen klaar te staan, waarbij naar gelang de situatie een bepaalde mate van hiërarchie en urgentie door ieder moet worden geaccepteerd. Daarbij moet het sequentieel doorverwijzen van patiënt van het ene naar het andere specialisme tot het verleden gaan behoren en mag het in consult vragen van een collega niet leiden tot een situatie, zoals mijzelf is overkomen als arts-assistent in het holst van de nacht. Ik stond aan de zijde van een doodzieke patiënt en zocht contact met mijn achterwacht, inmiddels een gerespecteerd hooggeleerde. Het medische probleem ging hem telefonisch ook boven de pet, waarop hij mij de opdracht gaf: *'Kramer bel de consulenten, spreid de verantwoordelijkheid!'* De interne geneeskunde zal in de triage en acute opvang van zieke patiënten met vaak complexe problemen mede het voortouw moeten nemen. Ik waarschuw voor een ontwikkeling zoals die nu elders in Europa gaande is, waarbij de opvang op

de eerste hulp en de zorg voor de eerste 48 tot 72 uur wordt opgeknipt en toegewezen aan verschillende behandelteams. In het Verenigd Koninkrijk geeft dit aanleiding tot sterke fragmentering van deze acute zorg. Het eerste team, de 'emergency physicians', mogen op de eerste hulp maximaal vier uur naar patiënt kijken, mede ingegeven door een door de overheid opgelegde kwaliteitsindicator, waarbij alle patiënten binnen dit tijdsbestek op deze afdeling op één of andere manier moeten zijn geholpen. Het tweede team, de 'acute medicine physicians' zijn de volgende 48 tot 72 uur verantwoordelijk. Als patiënt langer opgenomen moet blijven vindt overname plaats door b.v. een klinische afdeling interne geneeskunde, heelkunde of neurologie. Eén van de belangrijkste redenen van deze fragmentering wordt veroorzaakt door een tekortschietende superviserende taak van de meest ervaren Britse specialisten, de zogenaamde 'consultants', die zich ten opzichte van het ziekenhuis vaak letterlijk als consultant opstellen. Ik heb het al eerder gezegd, bij acute problematiek dienen de meest ervaren artsen met name bij de eerste opvang van een ernstig zieke patiënt een leidende rol te spelen. Fragmentering van deze zorg dient met alle kracht vermeden te worden en ook hier geldt dat teamwork leidend moet zijn. Ik geloof daarom sterk in de oplossing die thans in het VUmc door de interne geneeskunde en heelkunde wordt omarmd: de belangrijkste poortspecialismen, waaronder heelkunde, neurologie en interne geneeskunde, dragen gezamenlijk de verantwoordelijkheid voor de integrale opvang van acuut zieke patiënten. Daarbij is er ook een significante rol weggelegd voor eerste hulpartsen, die een vast onderdeel van het team zullen zijn, maar zonder hinderlijke interferentie met b.v. belangrijke opleidingsmomenten voor arts-assistenten neurologie, chirurgie of interne.

Van oudsher vervult het poliklinisch werk een belangrijke plaats in het palet van werkzaamheden van de internist. Patiënten met allerlei klachten worden geanalyseerd, gerustgesteld of behandeld want ook daar besluit de internist continu tussen doen en laten. Van oudsher wordt een deel van de patiënten voor langere tijd en soms levenslang op de polikliniek gecontroleerd en behandeld. Daarbij hadden patiënt en internist

vaak een autonome relatie, waarbij de huisarts wel werd geïnformeerd maar niet geïnvolveerd in de begeleiding. Maatschappelijk gezien bestaat er een sterke drang om begeleiding van patiënten met chronische ziekten zoveel mogelijk in de eerste lijn te laten plaatsvinden, met korte lijnen voor de patiënt en lagere kosten. Niet complexe chronische zorg zoveel mogelijk bij de huisarts en complexe problematiek voor de internist, en bij voorkeur niet langer dan noodzakelijk door b.v. een succesvolle interventie. Ook hier kan dus één beroepsgroep geen claim leggen op één bepaalde patiëntencategorie en lijkt samenwerking voor de patiënt een duidelijke meerwaarde op te leveren. Dit netwerk wordt ook wel ketenzorg genoemd, waarbij b.v. huisartsen en internisten gezamenlijk eindverantwoordelijk zijn voor de begeleiding van patiënten met diabetes mellitus, maar waar ook een belangrijke rol is weggelegd voor praktijkondersteuners en diabetesverpleegkundigen. Het model lijkt gemakkelijk, niet complexe diabeteszorg in principe via het team van de huisarts, complexe diabetesproblematiek via het team van de internist. Het wordt allemaal nog gemakkelijker gemaakt als zo'n proces kan worden ondersteund door een digitaal patiëntendossier, dat altijd door patiënt of zijn hulpverleners via het internet kan worden geraadpleegd. Dit is precies het model wat ik mede heb mogen vormgeven in de regio Eemland, waar eerste en tweede lijn via de stichting Diamuraal¹² integrale diabeteszorg regionaal hebben georganiseerd en er een innoverend internet patiëntendossier m.b.v. Portavita is ontwikkeld. Voor hetzelfde werk krijgen eerste en tweede lijn hetzelfde betaald, voor het complexe meerwerk worden aparte prijsafspraken gemaakt. In Nederland zijn er nog een aantal van dit soort initiatieven, waarvan ik er één noem, n.l. het Hoorn project onder leiding van Giel Nijpels, verbonden aan het EMGO instituut van de VU, en pionier op dit gebied. Zijn aanpak als huisarts in Hoorn heeft niet alleen geleid tot een aantoonbare verbetering van de diabeteszorg op individueel patiënteniveau, maar is ook een rijke voedingsbron gebleken voor een groot aantal wereldvermaarde wetenschappelijke publicaties. Waarom duurt het dan zolang voordat dit soort initiatieven breed ingang vinden? Dit heeft alles te maken met de stroperige

overleg- en financieringsstructuur van de Nederlandse gezondheidszorg, waarbij bestaande financiële belangen worden afgeschermd en nieuwe initiatieven vaak slechts projectmatig worden gehonoreerd zonder bonus of structurele financiering voor de langere termijn. Routine- en basiszorg betaalt uit in ons gezondheidszorgsysteem, vandaar dat de bewierookte marktwerking vooral heilzaam is voor de zelfstandige ondernemer die deze makkelijke vormen van zorg op een gelikte manier weet aan te bieden. De tweede en derde lijns gezondheidszorg moeten veel meer op basis van zwaarte van zorg, kwaliteit en doelmatigheid worden gefinancierd. Ondanks deze belemmeringen zullen we in het VUmc verder blijven werken aan de ontwikkeling van het Amsterdams Diabetescentrum¹³ onder leiding van Michaela Diamant. We zetten in op topreferente diabeteszorg, waarbij er geschakeld zal worden met de reeds eerder genoemde eerste lijns- en keten initiatieven van het EMGO instituut. Wetenschappelijk onderzoek naar diabetes is een hoeksteen van onze afdeling interne geneeskunde en richt zich op de oorzaken van β -cel disfunctie, de gevolgen van diabetes op de functie van de hartspier en onderzoek naar hersenfunctie en cognitie bij mensen met diabetes. Uiteraard is er een directe relatie met het onderzoek naar de verstoring van de microcirculatie, uitgevoerd door de groep van Yvo Smulders.

In de nabije toekomst zal er in toenemende mate een beroep op de interne geneeskunde worden gedaan met betrekking tot de ouderenzorg, ook wel geriatrie genoemd. Gemiddeld gaat het de Nederlander redelijk goed af tot zijn 70e levensjaar, maar een decennium later kunnen de gezondheidsproblemen zich snel ophopen en kan het moeizaam overeind gehouden kaartenhuis gemakkelijk ineen storten door een acute gebeurtenis, zoals een val, een TIA, een forse griep of de in de volksmond bekende 'dubbele' longontsteking, vroeger ook wel 'the old men's friend' genoemd. Ik nodig u allen uit eens te gast te zijn op ons dagelijks ochtendrapport. De gemiddelde leeftijd van de daar besproken acuut opgenomen patiënten ligt niet zelden rond de 80 jaar, met regelmatig uitschieters tot ver in de 90 levensjaren. De problematiek van deze kwetsbare patiënten wordt mijns inziens kernachtig weergegeven in een

noodkreet van een 93-jarige die ik onlangs samen met een arts-assistent in de weekend dienst zag. Het ging thuis niet meer vanwege een blaasontsteking. Ze woonde nog zelfstandig in Buitenveldert en de liefdevolle thuiszorgers hielden drie maal per dag haar kaartenhuis overeind. Bij binnenkomst vertelde zij ons: *'Dokter, ik heb niemand meer behalve een zus in het zuiden, maar ik weet niet of ze nog leeft.'* Juist bij haar is een wijs klinisch oordeel van een ervaren internist van het allergrootste belang, omdat in de geneeskunde veel kan en b.v. allerlei lichaamsfuncties tijdelijk door machines kunnen worden overgenomen. Vele, ook vaak oudere mensen hechten sterk aan het leven, daarbij gesteund door b.v. een dierbaar familieverband. Op die momenten kan het doen of het laten van een internist van levensbelang zijn. Het vraagt om, zoals het onlangs door de New York Times is benoemd, *'slow medicine'*¹⁴ in de laatste fase van het leven met als basis *'nil nocere'*, geen onnodige schade toebrengen aan de patiënt. Het domweg toepassen van rijtjeskennis of opgelegde richtlijnbehandelingen bij deze kwetsbare oudere mensen kan grote schade geven. Of zoals één van de pioniers van de sociale geneeskunde professor Piet Muntendam het verwoordde: *'gezond zijn is veel meer dan niet ziek.'*¹⁵ Vooral ouderen hebben behoefte aan een éénvormige en geïntegreerde benadering, waarbij niet teveel dokters betrokken moeten zijn. Ik zal dit adstrueren n.a.v. een recent verhaal van een patiënt op onze polikliniek. Ik wil daar overigens niet mee benadrukken dat op het VUmc alles van een leien dakje gaat en dat alleen onze burens deze fouten maken. Ik vertel deze patiëntengeschiedenis, omdat het dagelijks bij ons en bij anderen zomaar kan gebeuren. Het betreft een 78-jarige vrouw die twee weken eerder elders was ontslagen na een acute behandeling van een hartinfarct met o.a. het plaatsen van een pacemaker vanwege hartritmestoornissen. Daarnaast werd ze al jaren behandeld voor suikerziekte, te hoge bloeddruk en botontkalking. Voor de opname gebruikte ze als medicijnen: insuline injecties en een tablet voor de suiker, een pil van de trombosedienst, 2 bloeddrukpillen (een zgn ACE-remmer en een β -blokker), een plaspil, al 10 jaar een botversterkende pil, een maagtablet en een cholesterolpil. Op zichzelf is het een wonder dat een mens dit medisch

experiment overleeft, want er is nog nooit onderzoek uitgevoerd die de werking van deze bonte verzameling medicijnen op een fatsoenlijke manier bij patiënten heeft onderzocht. Tijdens en na de opname is het aantal pillen verdubbeld! Aspirine en clopidogrel werden toegevoegd, evenals 2 medicijnen die hartritmestoornissen moeten voorkomen, een extra plaspil en een extra bloeddrukpil en omdat mevrouw wartaal begon uit te slaan een pil om haar weer normaal te laten denken. Bij thuiskomst had ze last van verwardheid, misselijkheid, braken, trillende handen en voeten en kon ze niet meer op de benen staan. Haar familie legde direct een mogelijke relatie met de ontzagwekkende hoeveelheid medicijnen, die wel trouw werden toegediend want je weet nooit welke je nu echt nodig hebt om te kunnen blijven leven. Er werd contact gezocht met de behandelend arts, die echter alleen via zijn poli-assistente wenste te communiceren. Een extra polibezoek werd niet zinvol geacht, immers de medische problemen waren adequaat behandeld. De assistente vertelde verder dat haar baas de verdubbeling van het aantal medicijnen niet kon voorkomen, omdat behandelrichtlijnen hem dwongen deze bonte verzameling voor te schrijven. Samenvattend, mevrouw had pech! Daar nam de familie geen genoegen mee en om die reden werd ons om een second opinion gevraagd. Door een arts-assistent en zijn supervisor werd de medicatie kritisch beschouwd en gesaneerd met een snel en fraai resultaat. Er is niets mooiers voor een afdelingshoofd om dankbare familie aan de telefoon te krijgen die je expliciet willen bedanken voor de professionele inzet van leden van je team. Binnen mijn afdeling zijn met name Sven Danner en Oscar de Vries actief om in het kader van het Nationaal Programma Ouderennetwerk het Centrum voor Ouderengeneeskunde Amsterdam (COGA) vorm te geven, waarbij de geriatrische patiënt vooral thuis behandeld en verzorgd wordt door het team van de huisarts in samenspraak met professionele geriatrische nurse-practitioners. Korte, integrale tweede lijns diagnostiek en behandeling met inzet van neuroloog, psychiater en internist-geriater is op afroep beschikbaar. Ook met deze kwetsbare groep patiënten doet het VUmc en de afdeling interne geneeskunde internationaal erkend onderzoek. Onder leiding van Paul Lips wordt

er op het gebied van osteoporose en veroudering onderzoek gedaan van bench to bedside. In samenwerking met het emco instituut heeft de 'Longitudinal Aging Study Amsterdam' (LASA studie) al vele waardevolle gegevens opgeleverd waarom ouderen zo vaak vallen en waarom het frequenter gebeurt bij botontkalking of veelvuldig medicijn gebruik.

Ik beschouw als laatste de rol die de tijd vervult in het contact tussen patiënt en internist. In het ziekenhuis leer je dat de twee gedaanten van tijd, door de filosoof Bergson onderscheiden in *temps* en *durée*, voortdurend met elkaar botsen¹⁶. *Temps*, dat is het dienstrooster, de ploegenwisseling, het bezettingsschema van 1c en 0k, dat is eten als je geen trek hebt, wassen bij nacht en ontij, klaarliggen voor het bezoekuur en opgelucht zijn als het voorbij is. Dat zijn de gemiddeld 18 seconden waarna een dokter het verhaal van de patiënt onderbreekt om een volgende vraag te kunnen stellen¹⁷. Dat meet je met de stopwatch. De vraag is dus wat er gebeurt met de cultuur van een ziekenhuis, als een door de technologie opgehitste stopwatch de maat van de ziel wordt. Tot op heden bestaat de kunst van het genezen en verplegen hieruit dat je telkens opnieuw een evenwicht vindt tussen *temps* en *durée*. De eerste tijd, de *temps*, is die van het horloge en van het protocol. De kwalitatieve tijd, de *durée*, wordt anders gemeten en heeft vele gedaanten. Deze tijd wordt ontdekt waar de communicatie tussen verzorgende en verzorgde opeens optimaal is. Ze wordt aan het bed gebracht door de dokter die de moeite neemt uit te leggen waarom het anders gaat dan door de patiënt wordt verwacht. De *durée* dient leidend te zijn in ons doen en laten. De interne geneeskunde schiet tekort bij gebrek aan tijd. *Durée* vraagt om aandacht voor elke patiënt, *durée* vraagt om aandacht voor elkaar.

Aan het eind gekomen van deze openbare les roep ik de studenten geneeskunde en arts-assistenten interne geneeskunde op om zich dagelijks te laten verrassen door de fascinerende wereld van de geneeskunde en de geneeskunst. Handel steeds in verwondering, blijf uw vragen stellen en ga op zoek naar het ogenschijnlijk onzichtbare. Boerhaave vroeg het

reeds lang geleden aan uw voorgangers: ontwikkel u tot een homo academicus en bestudeer de kunsten, lees boeken en maak muziek.

Verder wil ik gaarne enige woorden van dank uitspreken.

Allereerst aan het college van Bestuur van de Vrije Universiteit en de Raad van Bestuur van het VUmc voor het door hun getoonde vertrouwen.

25

Ik wil mijn opleiders in de Interne geneeskunde niet ongenoemd laten. Dr Nol Sitalsingh en professor Alejandro Saleh op dushi Korsow, professor Edo Meinders die tot op de dag van vandaag een leidsman voor mij is en professor Roel Willemze, die mij volop de gelegenheid heeft gegeven de Hematologie in de meest brede zin te exploreren.

Eén van de meest integere personen die ik mijn leven heb leren kennen is mijn promotor professor Philip Kluin. Boerhaave's lijfspreuk, '*Simplex veri sigillum*' (eenvoud is het kenmerk van het ware) gaat volledig voor jou op.

Hooggeleerde Huijgens, beste Peter, jij bent tientallen jaren geleden door het Vaticaan als mol in het VUmc geplant. Jij hebt nu zelf de Zwitserse Garde binnen gehaald. Dank voor je vriendschap en collegialiteit.

Stafleden van de Interne geneeskunde, zeer veel dank voor jullie warme onthaal en collegialiteit.

Hooggeleerde Danner, beste Sven, Willem Elsschot heeft het lot van een afdelingshoofd in zijn roman *Kaas* als volgt verwoord, ik citeer: '*Laarmans is gekozen tot plaatsvervangend voorzitter van de Association Professionnelle des Négociants en Fromage. Hij moet verschijnen op het Departement van Handel met een deputatie onder zijn voorzitterschap. Men wil de verhoging van de invoerrechten ongedaan krijgen. Laarmans wil niet want hij is bang voor publiciteit. Als Laarmans daar zit met vier andere mensen in kaas nemen zij het woord. Op een gegeven staat Laarmans op en zegt met luide stem: 'Ik heb er genoeg van'. De directeur-generaal, geschrokken, verlaagt de invoerrechten met vijf procent en hetzelfde voor het volgende jaar. Daarna treedt Laarmans af.'* Ruim een jaar geleden zijn we beiden een spannend avontuur aangegaan en jij hebt daarin een grootse houding getoond. Ik ervaar het als een

voorrecht om door jou Laarmans steeds beter te kunnen begrijpen.

Ik dank mijn dierbare vrienden Jeremy Deacon en Bert Cohen voor hun wijs advies.

...persoonlijke dankwoorden aan familie en gezin...

Bibliografie

- 1 Hermanus Boerhaave. *Sermo academicus de honore medici, servitute*, quem habuit in auditorio magno VIII Februarii anii MDCCCXXXI. Quum iterum poneret rectoratum Academiae (Leyden: I. Severinus, 1731)
- 2 Desiderius Erasmus. *De lof der geneeskunde*. Uitgeverij Ad. Donker (ISBN 9081004470)
- 3 Hermanus Boerhaave. *De usu ratiocinii mechanici in medicina oratio*. Habita in auditorio magno XXIV septembris a 1703. Cum tertii suae stationis anni labores auspecaretur (Leyden: Joh. Verbessel, 1703)
- 4 G.A. Lindeboom, second edition edited by M.J. van Lieburg. *Herman Boerhaave, the man and his work*. Erasmus publishing, 2007 (ISBN 9789052351377)
- 5 www.home.planet.nl/~pelpk/levenpel.htm
- 6 N.A. Christakis, J.H. Fowler. *The spread of obesity in a large social network over 32 years*. *New Engl J Med* 2007;357:370-379
- 7 D. de Jong. *Molecular pathogenesis of follicular lymphoma: a cross talk of genetic and immunologic factors*. *J Clin Onc* 2005;23: 6358-6363
- 8 Goh K-I, Cusick M.E., Valle D. et al. *The human disease network*. *Proc Natl Acad Sci USA* 2007;104:8685-8690
- 9 Prof. Dr G.A. Lindeboom F.R.C.P. *Sensorium Commune*. Rede uitgesproken op 8 november 1975 bij het neerleggen van het ambt van hoogleraar in de inwendige geneeskunde in de faculteit der geneeskunde van de Vrije Universiteit te Amsterdam.
- 10 Eric J. Cassell. *Doctoring: the nature of primary care medicine*. Oxford University Press, 2002 (ISBN 9780195158625)
- 11 J. Wagenaar. *Abraham Albert Hijmans van den Bergh, internist*. In *Erflaters van de geneeskunde*, onder redactie van C.J.E. Kaandorp, J.J.E. van Everdingen, A. Mooij. *Belvédère/Medidact*, 2002 (ISBN 9071736261)
- 12 www.diamuraal.nl
- 13 www.diabetescentrum.nl
- 14 New York Times. *For the Elderly, Being Heard About Life's End*, 5 mei 2008
- 15 Prof. Dr P. Muntendam. *60 jaar in de gezondheidszorg*. Van Gorcum, 1984 (ISBN 9023229722)
- 16 Henri Bergson. *L'evolution creatrice*, 1907
- 17 Jerome E. Groopman. *How doctors think*. Houghton Mifflin Company, 2007 (ISBN 9780618610037)

