

Prof.dr. A.A.B. Lycklama à Nijeholt

Vertrouwen is goed,



**Universiteit
Leiden**

Bij ons leer je de wereld kennen

Vertrouwen is goed,

Rede uitgesproken door

Prof.dr. A.A.B. Lycklama à Nijeholt

ter gelegenheid van zijn afscheid als hoogleraar in de
Urologie, in het bijzonder Functiestoornissen van de Lagere Urinewegen
aan de Universiteit Leiden
op vrijdag 2 september 2016



**Universiteit
Leiden**

Leden van de Raad van Bestuur, geachte collegae, vrienden en familieleden, dames en heren,

De titel van mijn oratie is afgeleid van “Vertrouwen is goed, controle is beter”. Deze uitspraak wordt toegeschreven aan Lenin: “Doveryai, No Proveryai”.

Deze Russische partijleider zei dit in 1921 toen hij de voorloper van de KGB oprichtte om strijd te voeren tegen zijn tegenstanders. Lenin hechtte weinig waarde aan vertrouwen; hij vertrouwde niemand meer, hij was erg achterdochtig en dacht alles te kunnen regelen door een overdreven vorm van controleren. Impliciet creëerde hij hiermee een cultuur van verdachtmakingen en argwaan.

“Vertrouwen is goed, controle is beter” was in mijn beginjaren als uroloog nog één van mijn tegeltjeswijsheden. En je zou ook zeggen: wat valt daar eigenlijk op af te dingen. Echter, als ik denk aan een ander spreekwoord, namelijk “beter is de vijand van het goede”, dan moge het duidelijk zijn dat deze materie toch wat complexer is. Waarom zou “beter” in deze context “de vijand van het goede” kunnen zijn. Wel: als in een systeem controleren als overheersende factor wordt ingebouwd, dan wordt hiermee impliciet het belang van vertrouwen kleiner gemaakt en ondermijnd. Waarom zou je nog met vertrouwen rekening houden als toch aan controle meer waarde wordt gehecht?

Waarom heb ik dit onderwerp, vertrouwen, gekozen voor mijn afscheidscollege?

Het heeft mij al die jaren in mijn contacten met patiënten zo vaak getroffen en ook ontroerd, hoeveel vertrouwen een patiënt in mij, als zijn of haar dokter, kan hebben. Maar juist ook daarom heeft het me zo vaak verbaasd en ook geërgerd dat, in een ruimer verband, dat vertrouwen in de gezondheidszorg en in het bijzonder de behandelaars, zoveel verder weg lijkt te zijn. Er is een cultuur ontstaan van “low trust”, weinig vertrou-

wen. Juist deze “low trust”, gevoed door de media, heeft geleid tot een overdaad aan controlesystemen die verstikkend werkt voor de motivatie van behandelaars in de gezondheidszorg.

Met deze inleiding in gedachten zal ik reflecteren op mijn werk als uroloog, in de één-op-één contacten met patiënten, op mijn werk als één van de vele behandelaars in de gezondheidszorg, en op het werken als opleider en als wetenschapper.

“Het is kwetsbaarheid die vertrouwen haar waarde geeft”.
Pierro Ferrucci, Italiaanse psychotherapeut en filosoof

Vertrouwen en veiligheid

Als uroloog, in een één-op-één behandelrelatie met een patiënt, heb ik het vertrouwen dat een patiënt in mij heeft, een essentiële basis gevonden voor goed kunnen functioneren. Als dat vertrouwen er niet of nog niet was, voelde dat als een gebrek, maar ook als een falen van mijn kant. Maar wat brengt een patiënt er toe die dokter vertrouwen te schenken. Een sleutelwoord hierbij is betrokkenheid: de patiënt moet voelen dat de dokter betrokken is bij zijn situatie, en hiervoor is nodig dat de dokter die betrokkenheid kan uitstralen. Het begrip empathie ofwel inlevingsvermogen is hierbij op zijn plaats.

Praktisch gezien moet een dokter in staat zijn een patiënt te overtuigen van zijn visie op de medische situatie. Hierbij spelen dezelfde drie essenties een rol die Aristoteles noemde m.b.t. retorica ofwel de kunst van het overtuigen, te weten:

- logos, overtuigen door middel van logische argumenten;
- pathos, het tonen van emotie en het inspelen op de emotie van de ander (denk aan Martin Luther King met zijn I have a Dream speech); en
- ethos, vertrouwen. Volgens Aristoteles was ethos, de kunst om vertrouwen te wekken, het sterkste overtuigingsmiddel.

Ofwel: een patiënt die vertrouwen heeft in zijn dokter en wat die zegt, zal geneigd zijn diens standpunt te aanvaarden. Maar laten we niet vergeten: het vertrouwen van een patiënt moet verdiend worden, en dat proces kan moeizaam en tijdrovend zijn. Maar vrijwel altijd blijkt dit een goede investering in verdere contacten met een patiënt.

Als vertrouwen geschaad wordt en verloren gaat, kost het veel meer tijd en inspanning om dat weer te herstellen

Maar, kunt u zeggen, hoe kan ik nou beweren dat ik moeite heb met het gezegde vertrouwen is goed maar controle is beter als we denken aan de misstanden in de medische wereld waar bijvoorbeeld het programma Zembla ons graag over informeert.

Je zou dan juist zeggen: het is maar goed dat zo'n programma dat soort zaken onderzoekt en naar buiten brengt. En zeker, als ik denk aan de affaires die het afgelopen jaar naar buiten zijn gebracht, dan zijn hiermee zwaarwegende problemen boven water gekomen.

Wat mij bij deze affaires opvalt, is dat op de werkvloer, in de onderlinge verhoudingen, geen vertrouwensbasis bestond. Op de werkvloer moet een cultuur bestaan dat men elkaar mag aanspreken op zaken die niet in orde zijn.

Bij deze aanspreekcultuur moeten hiërarchische verschillen, als het er op aankomt, ondergeschikt zijn aan het recht en de mogelijkheid een ander aan te spreken op onjuist gedrag.

Zo gaat het in één van de Zembla uitzendingen over het hoofd van een afdeling van een ander academisch ziekenhuis die de artsen van zijn afdeling onder tijdsdruk zette, waardoor deze medewerkers er niet toe kwamen om op een vertrouwde wijze hun operaties te doen, met als gevolg het ontstaan van complicaties. M.i. terecht wordt in dit programma door een aantal deskundigen gesteld dat hierbij vooral de schuld gezocht moet worden in een structuur die niet klopt en die proble-

men in de hand kan werken. Prof. Jan Klein, anesthesioloog en hoogleraar zorgveiligheid, stelt dat bij de analyse van dit soort gevallen vooral de wat-vraag gesteld moet worden: wat is er nou precies gebeurd? Dan is de wie-vraag daarbij vaak ondergeschikt. Of zoals een geïnterviewd hoogleraar zei: als de structuur niet juist is, dan gaan mensen fouten maken, maar primair is de structuur fout.

Een veilig werkklimaat, en dat zou ik graag willen onderstrepen, is één van de belangrijkste basiscondities voor het goed functioneren van een werkeenheid, waar iedereen, ongeacht hiërarchische verhoudingen, elkaar kan aanspreken op onjuist gedrag. Daarmee is een veilig werkklimaat de beste basis voor patiëntveiligheid.

In dat verband is het maar goed dat een Nederlander er bekend om staat dat hij vindt dat hij zijn zegje moet kunnen zeggen, ongeacht de hiërarchie. Toch zie ik, misschien als reactie hierop, in allerlei organisaties ook gebeuren dat leidinggevend liever coöperatieve dan creatieve mensen om zich heen aanstellen; immers, zij kunnen hun beleidsbeslissingen, zeker op korte termijn, sneller realiseren met jaknikkers dan met mensen die ruimte willen voor afwijkende, creatieve gedachten. Dat in zo'n systeem leidinggevend een valkuil kunnen graven waar ze zelf, of wat kwalijker is, medewerkers, of in de gezondheidszorg: patiënten, in kunnen vallen, is evident en zal Zembla werk blijven verschaffen*.

* Terugkomend op een kernpunt bij vertrouwen: vertrouwen is essentieel in situaties waarbij sprake is van bovenliggende en onderliggende partijen. In geval van ziekte is de patiënt wat mij betreft per definitie de onderliggende partij en deze patiënt heeft dus recht op vertrouwen in en van alle bovenliggende partijen. Er zijn ook andere voorbeelden: in de opleidingssituatie is een assistent in opleiding de onderliggende partij, want die assistent verkeert in een afhankelijke positie ten opzichte van zijn opleiders. Maar als ik terug ga naar het macroplaatje van de gezondheidszorg dan kunnen we vier partijen herkennen: de patiënt, de behandelaar, de verzekeraar en de overheid. Het moge duidelijk

zijn dat de patiënt in alle gevallen de onderliggende partij is en fysiek, psychisch en/of financieel gedupeerd kan worden door onjuist gedrag van de drie andere partijen; daarmee heeft die patiënt als potentieel slachtoffer, als potentieel victim, recht op vertrouwen. Maar er zijn ook situaties waarbij sprake is van een tweede gedupeerde, van een *Second Victim*. In Nederland krijgt naar schatting één tot twee op de honderd patiënten gedurende zijn leven te maken met een al dan niet vermijdbaar medisch incident dat leidt tot tijdelijke of blijvende beperking, of zelfs voortijdig overlijden. 50% Van alle hulpverleners raakt tijdens zijn of haar carrière betrokken bij een medisch incident. Misschien is het niet goed te bevatten voor mensen die niet werkzaam zijn in de gezondheidszorg, maar die behandelaar kan daar ook zeer onder gebukt gaan. Na een medisch incident zijn niet alleen de patiënt en diens naasten slachtoffer, ook de betrokken hulpverlener kan psychische en lichamelijke klachten ontwikkelen. Deze hulpverlener wordt in dat geval *Second Victim* genoemd. De impact van een medisch incident op het persoonlijke en professionele leven van de betrokken hulpverlener wordt nog te vaak onderschat. De hulpverlener kan zich persoonlijk verantwoordelijk voelen, denken dat hij heeft gefaald, en hij kan gaan twijfelen aan zijn klinische kennis en kunde. Wanneer deze verschijnselen onvoldoende aandacht krijgen, kan de hulpverlener het second victim syndrome ontwikkelen, wat lijkt op een burn-out of posttraumatisch stress-syndroom. Waarom noem ik dit: ik heb gesteld dat de patiënt als onderliggende partij recht op vertrouwen heeft in en van alle bovenliggende partijen, te weten de behandelaars, de zorgverzekeraars en de overheid. Maar ik wil ook stellen dat wie in tweede instantie *Second Victim* kan zijn, en dat is de behandelaar en niet de verzekeraar of de overheid, ook recht heeft op vertrouwen. De resterende bovenliggende partijen, de zorgverzekeraars en de overheid, lopen feitelijk geen enkel risico bij de behandeling van individuele patiënten. Dus: zorgverzekeraars en overheid: schenk behandelaars vertrouwen en bombardeer ze niet voortdurend met allerlei controlemechanismen die hun intrinsieke motivatie ondermijnen en die afleiden van het werk wat ze het beste kunnen en het liefste doen.

Dat controlesystemen nodig zijn, daar zijn filosofen sinds de Oudheid het over eens, want, stellen zij: de mens is van nature meer geneigd tot het kwade dan tot het goede. Zij zien twee

manieren om mensen ordelijk te laten samenleven: doordat ze elkaar in de gaten houden en doordat de mens zichzelf in de gaten houdt en beheerst. Elkaar in de gaten houden betekent externe controle; maar dit systeem loopt spaak als sprake is van inadequate controle: bijv. door te weinig kennis of gezag, of door corruptie; in dat geval moet een extra controlelaag die controleurs weer controleren.

De andere pijler voor een ordelijke samenleving is de controle van de mens over zichzelf of, preciezer, over zijn eigen zwakheden. Je zou dit interne controle kunnen noemen. De 'morele kwaliteiten' ofwel deugden van het individu zijn hierbij van essentieel belang, zoals moed, zelfbeheersing en integriteit.

Als variant hierop spreekt Kiki Lombarts, hoogleraar professional performance, ook denkend aan artsen, over extrinsieke en intrinsieke motivaties. Zij hamert op het belang van intrinsieke motivatie, de bevlogenheid, en noemt het gevaar dat extrinsieke motiverende zaken als financiële prikkels en carrièrebelangen de intrinsieke motivatie kunnen ondermijnen. Hierbij noemt zij als voorbeeld de bonuscultuur in de bankwereld.

Terug naar de eerste van de twee voorwaarden voor een ordelijke samenleving: de externe controle, en met controleurs die de controleurs controleren. Bij deze controleladder ontstaat vaak een probleem: controleurs staan te ver van de werkvloer af, waardoor inzicht ontbreekt in hoe de praktijk werkt. Kortom, en iets wat we in de medische wereld steeds meer zien: toenemende controle, steeds meer managementlagen, met helaas steeds minder kennis van core business en minder transparantie.

DBC

Een voorbeeld: een diagnose is niet altijd vlot te stellen. Meestal zijn daar meerdere onderzoeken voor nodig. Tot tien jaar geleden kon een patiënt veel rekeningen verwachten: er werd per onderzoek, en ook per behandeling, gedeclareerd. Mede

omdat dit stelsel financieel moeilijk te beheersen was en gevoelig kon zijn voor perverse financiële prikkels, werd in 2005 een nieuw declaratie systeem in het leven geroepen: de DBC: de Diagnose Behandel Combinatie. Hierbij wordt niet meer per apart uitgevoerd onderzoek of verrichting gedeclareerd, maar per diagnose-behandel-combinatie. Eén DBC is de prijs voor het complete gebruikelijke pakket van onderzoek en behandeling van één diagnose. Na de introductie bleek al snel dat ruim 30.000 DBC's waren beschreven en dat menigeen door de bomen het bos niet meer zag.

Daarom is dit concept in 2012 vervangen door DOT, ofwel DBC's op weg naar transparantie; hierbij werd het aantal DBC's teruggebracht van 30.000 naar 4.400. Sinds 2013 moeten ziekenhuizen, mede namens de specialisten, met zorgverzekeraars o.b.v. vrije onderhandelingen afspraken maken over prijs en volume en is de omzet van een ziekenhuis gebaseerd op deze DBC declaraties.

Begrijpt de patiënt de kosten van de specialistische zorg nu beter? Is de argwaan naar het declareren van specialisten hiermee nu verminderd? Zeker niet. Ik denk dat het onbegrip alleen maar groter is geworden. CZ maakte begin augustus als eerste zorgverzekeraar de ziekenhuistarieven openbaar voor diverse behandelingen. Hierin is terug te vinden dat het tarief voor declaratiecode 15c924, een operatie vanwege plasklachten bij de man, varieert van € 243 ergens in Zeeland tot € 1.062 ergens in Brabant. Dergelijke verschillen, tot meer dan het viervoudige, duiden er vooral op dat de totstandkoming van deze tarieven, en dan nog wel bij één verzekeraar, zeer duister verloopt. Het is belangrijk dat patiënten zich realiseren dat deze onderhandelingen via het financiële management van ziekenhuizen verlopen en dat de medisch specialist, ook al zou hij willen, daarin geen rol van betekenis speelt.

Medisch specialisten kunnen met een zeker recht klagen dat zij door de toegenomen macht van verzekeraars en het financiële management van ziekenhuizen buitenspel zijn gezet. Dat het

omgekeerde, namelijk het gevoel dat je vanwege de uitwassen van de marktwerking vermorzeld wordt door verzekeraars en andere machtige partijen in de gezondheidszorg, nog veel frustrerender kan zijn, kan blijken als we naar bijv. huisartsen kijken.

Manifest “het roer moet om”

Op 11 maart 2015 spijkerde een handjevol huisartsen op het ministerie van VWS een manifest op de deur met een noodkreet: “de uitwassen in het huidige zorgstelsel ondergraven de positie van de huisarts en slurpen tijd, energie en aandacht weg bij de patiëntenzorg”. De noodkreet trok veel aandacht. Binnen enkele weken ondertekenden 7.800 van de circa 9.000 huisartsen het Manifest. De media-aandacht opende deuren bij zorgverzekeraars en de minister.

De huisartsen stelden dat zij duurzame zorg bieden, op basis van vertrouwen, professionaliteit en het principe “samenhang door samenwerking”. Hun klachten waren volledig invoelbaar: “Ik moet als een marktkoopman concurreren met mijn collega's, in plaats van samen te werken”.

In hun manifest stelden zij aan de politiek en de verzekeraars drie eisen:

- 1 Haal de huisarts uit de greep van de Mededingingswet en herstel “samenhang door samenwerking” als leidend principe in de eerstelijnszorg.

De huisartsen klagen dat de ACM, de Autoriteit Consument en Markt, ze verbiedt om samen met collega's contact te hebben met zorgverzekeraars. Iedere huisarts staat alleen tegenover een kartel van vier grote zorgverzekeraars.

- 2 Samenwerken en onderhandelen alleen op gelijkwaardige basis.
Dus geen schijnonderhandelingen meer met de zorgverzekeraar.

Met als toelichting: een duidelijke behoefte aan meerjarige contracten waarbij het primair moet gaan om duurzame zorgontwikkeling en gezondheidswinst en niet primair om besparingen.

- 3 Toon vertrouwen in de deskundigheid van de beroepsgroep. Stop dan ook de grenzeloze verzameldrift van nutteloze data.

Met als toelichting: 'Ik weiger verder te verzanden in het georganiseerde wantrouwen van de exploderende zorgbureaucratie, de rek is er uit! Kwaliteit wordt niet verhoogd door administratieve overbelasting, ongebreidelde dataverzameling en cijferfetisjisme. Het gaat er allereerst om dat verzekeraars vertrouwen hebben in mijn medische deskundigheid. Hierover wil ik graag verantwoording afleggen'.

In een interview zegt Toosje Valkenburg, één van de initiatiefnemers: "kwaliteit is natuurlijk heel belangrijk, maar de zorg lijdt aan "transparantitus" waarbij van alles aangevinkt en aangetoond moeten worden. Dat lijkt misschien op kwaliteit maar eigenlijk gaat het alleen maar over controle. Je moet de huisarts vertrouwen geven en zijn werk laten doen, in plaats van hem te dwingen steeds maar weer iets aan te tonen".

Als afgeleide van het manifest "het roer moet om" vond juni 2016 een congres plaats, getiteld: "zelf aan het roer", met als belangrijkste thema: vertrouwen. Ik citeer een aantal uitspraken van betrokkenen: "we zijn nu in een afrekening cultuur beland die uitgaat van controle in plaats van vertrouwen". Een citaat van een apotheker: "van de vragen aan de balie gaat 90% over vergoedingen, geld en verzekeringen. Daar ben ik geen apotheker voor geworden".

*"Als je iemand vertrouwt, maak je hem betrouwbaar".
Seneca, romeins schrijver en filosoof*

Tot zover deze cri de coeur van huisartsen. Het is frappant dat dit manifest, begrijpelijk, zoveel weerklank heeft gevonden in de eerste lijn, maar relatief weinig bekendheid kreeg bij medisch specialisten, terwijl er voldoende smart te delen is.

Opleiden

"Educating the mind without educating the heart is no education at all".

Aristoteles

Met plezier wil ik stilstaan bij opleiden. Opleiden van assistenten, maar ook van studenten in de geneeskunde studie, is tegenwoordig gebaseerd op CanMEDS competenties. CanMEDS staat voor "Canadian Medical Education Directives for Specialists". Om de impact daarvan op de opleiding te begrijpen, en wat belangrijker is: op de artsen die in de geest hiervan opgeleid worden, is het goed te kijken naar het ontstaan van de CanMEDS competenties. Hiervoor put ik uit de oratie van de helaas in 2014 overleden gynaecoloog Joep Dörr. Ik heb Joep Dörr, die hoogleraar medische vervolgoopleidingen in het LUMC was, intensief meegemaakt in zijn hoedanigheid als voorzitter van de Raad Opleiding.

Deze Raad Opleiding wil ik nader toelichten, omdat het illustreert hoe in medische gremia tegenwoordig samengewerkt wordt: tot 2015 konden medisch specialisten op individuele basis lid zijn van hun koepelorganisatie, de OMS (Orde Medisch Specialisten). Lang niet alle specialisten waren lid, m.n. dienstverbanders niet. In 2015 is daar een wezenlijk andere koepelorganisatie voor in de plaats gekomen, de Federatie Medisch Specialisten, de FMS. Hier zijn alle medisch specialisten via hun wetenschappelijke vereniging lid van. Speerpunten binnen deze FMS zijn kwaliteit, opleiding, beroepsbelangen en wetenschap. De oude Orde werd er in het verleden nog al eens van beschuldigd zich vooral bezig te houden met beroepsbelangen, met geld. Binnen de FMS waait een andere wind, daar

staat het speerpunt kwaliteit bovenaan. De activiteiten van het speerpunt opleiding zijn geconcentreerd in de al veel langer bestaande Raad Opleiding, waar ik juist al over sprak. Deze Raad was zijn tijd ver vooruit. Als voorzitter van het concilium urologicum ben ik tien jaar lid geweest van deze Raad en heb ik mogen meemaken dat alle wetenschappelijke verenigingen constructief met elkaar samenwerken, met als doel het zo goed mogelijk afstemmen van opleidingszaken onderling, maar ook richting VWS.

Terug naar de CanMEDS: aan het ontstaan hiervan in de jaren '90 van de vorige eeuw ligt een staking van dokters in Ontario ten grondslag, omdat ze vonden dat ze te weinig verdienden voor wat ze deden. De staking leverde nauwelijks publieke steun op. Geconcludeerd werd dat het inzicht van deze dokters in hun eigen functioneren bepaald niet overeenkwam met de verwachtingen van de bevolking. Als reactie hierop werd een project gestart met als doel de medische opleidingen beter af te stemmen op de wensen van het publiek. De focus moest van aanbodgericht naar vraaggericht. Aan de bevolking, studenten, artsen en andere medewerkers in de gezondheidszorg werd gevraagd naar wat toekomstige dokters dienen te kennen en kunnen en wat dus van belang is bij hun opleiding.

Uiteindelijk zijn zeven rollen ofwel competenties gedefinieerd, nl: medisch handelen, communicatie, maatschappelijk handelen, organisatie, professionaliteit, kennis & wetenschap en samenwerken. Op al deze gebieden moet de dokter een expert zijn.

Deze competenties zijn het afgelopen decennium geïntegreerd in de medische opleidingen, met het besef dat het opleiden van een dokter meer dimensies moet kennen dan medisch handelen alleen en dat hiermee tegemoet gekomen wordt aan de eisen die de huidige maatschappij aan de gezondheidszorg stelt.

Met andere woorden, dachten we één generatie terug dat opleiden alleen maar ging over het bijbrengen van medische

kennis en vaardigheden, tegenwoordig zijn deze belangrijke elementen ingebed in de zeven competenties en worden jongere artsen bewust gemaakt van hun meer diverse verantwoordelijkheden. Omdat met het CANMEDS systeem haast meer wordt gelet op hoe iemand als persoon is dan hoe iemand als arts handelt, krijgen in de nieuwere versies van de opleidingscurricula, de EPA's een belangrijke rol. EPA staat voor Entrustable Professional Activities. m.a.w. een professionele medische handeling die je aan een arts durft toe te vertrouwen. Hiermee wordt het accent verschoven van hoe en wat de dokter is naar hoe bekwaam en verantwoord hij medisch handelt, onder zeer diverse omstandigheden. In een update in 2015 van CANMEDS zijn in het kader van het CanBetter project een aantal zaken toegevoegd: aandacht voor ouderenzorg, patiëntveiligheid, doelmatigheid en medisch leiderschap. Interessant is in dit verband de visie van Jan Borleffs wat betreft leiderschap. Hij stelt dat de jonge dokter kwaliteiten moet bezitten op het gebied van leiderschap om daarmee een rol te kunnen spelen in het veranderproces dat nodig is om de zorg te kunnen aanpassen aan de voortdurend veranderende zorgvraag. Zo wordt de dokter een "change manager" ofwel verandermanager genoemd. Hij noemt medisch leiderschap, evenals professionaliteit, een tweede orde competentie die tot uiting moet komen in de beheersing van alle andere competenties.

Wat mij betreft een terechte oproep aan artsen: loop niet aan de leiband, als volgzame uitvoerder, maar neem de handschoen op en toon als professional verantwoord leiderschap bij de ontwikkelingen in de gezondheidszorg.

Ik heb mij vooral in de laatste decade van mijn carrière in meerdere opzichten intensief bezig gehouden met opleiden, zowel in Leiden als landelijk.

Ik heb het als een voorrecht beschouwd dat ik, met het voortschrijden van mijn eigen senioriteit, hopelijk als positief rolmodel, steeds opnieuw met enthousiaste, intrinsiek gemotiveerde, gewetensvolle jonge assistenten in opleiding heb mogen samenwerken.

“Iedereen vertrouwen is dwaas, niemand vertrouwen is nog dwazer”.

Onbekend

Terugkomend op mijn rode draad vertrouwen: ik hoop dat mijn betoog over de brede bereidheid die er is om jonge dokters op te leiden op de wijze zoals de maatschappij dat zo graag ziet, meehelpt het vertrouwen te versterken in de artsen van nu en de toekomst.

Wetenschap: EBM

Wat zou een afscheidscollege zijn zonder aandacht voor wetenschap. Toen ik begon als arts was de status van de dokter nog behoorlijk onomstreden. Je mocht je voegen in het beeld van de alleswetende en alleskunnende dokter. En die status mocht ook voor iedereen herkenbaar zijn. Een arts reed rond met een esculaap op zijn auto. Je autoriteit stond buiten twijfel en er werd waarde gehecht aan je expert opinion. Dit is geheel veranderd. Expert Based Medicine werd vervangen door Evidence Based Medicine, ofwel EBM. De EBM methode, voor het eerst beschreven in 1992, bestaat uit vijf opeenvolgende stappen: 1: een beantwoordbare medische vraag stellen, 2: zoeken naar bewijsmateriaal, 3: het wegen van gevonden bewijs, 4: het nemen van een beslissing o.b.v. het gevonden bewijs, en 5: evalueren. In de eerste jaren werd bij EBM vooral aandacht geschonken aan de eerste drie stappen, eindigend met het wegen van het gevonden bewijs. Pas met stap 4, het nemen van een beslissing, wordt ruimte geboden, voor het maken van afwegingen door de dokter en voor de voorkeur van de patiënt. Pas in 2000 werden in de 2e druk van het handboek over EBM de drie pijlers gelijkwaardig benoemd: “EBM is the integration of best research evidence with clinical expertise and patiënt values”. Hoewel deze derde pijler, de wens van de patiënt, nu niet meer weg te denken is, schuilt er wel een probleem in, want hoe komt die patiënt aan zijn informatie?

Hoe komt de patiënt aan betrouwbare informatie?

In een tijd waarin het vertrouwen in behandelaars nogal eens via de media wordt ondermijnd, zowel vanwege medische misers van enkelingen als door negatiefkritische beeldvorming, bijv. uit de kokers van verzekeraars en overheid, zoekt de patiënt steeds vaker zijn informatie op buiten zijn behandelaar om, via deze media. Maar in een tijd waarin de waan van de dag steeds meer de boventoon voert in de media, biedt dat weinig vertrouwen in de betrouwbaarheid hiervan.

Helaas kunnen ook medische groeperingen, die belang kunnen hebben bij bijv. het verwerven van naamsbekendheid of financiering voor onderzoek, hier zelf een negatieve bijdrage aan leveren. In een Brits artikel in BMJ, in 2014, werden 462 persberichten afkomstig van twintig medische faculteiten, enerzijds vergeleken met daarvan afgeleide nieuwsberichten in de media, en anderzijds, terugblikkend, met de “peer reviewed” artikelen waar deze persberichten op gebaseerd waren. In vergelijking met de “peer reviewed” artikelen bevatte 33 tot 40% van deze persberichten onjuistheden: conclusies werden overdreven, gevonden relaties werden ten onrechte causaal genoemd, en uit dierenstudies werden ongefundeerde consequenties voor de mens geponeerd. Nieuwsberichten in de media, die van deze persberichten waren afgeleid, gingen nog een stap verder en bevatten in 58-86% van de gevallen ook duidelijke overdrijvingen en dus onwaarheden. Persberichten die in vergelijking met het oorspronkelijke wetenschappelijke artikel geen overdrijvingen bevatten, leverden “maar” in 10-17% van de gevallen overdrijvingen in hiervan afgeleide nieuwsberichten in de media op. M.a.w. wetenschappers hebben een belangrijke verantwoordelijkheid om correct hun nieuws naar buiten te brengen.

De Volkskrant bevat een rubriek “klopt dit wel”, waarin nieuwsfeiten en media-uitspraken worden beoordeeld op betrouwbaarheid, door brononderzoek te doen. Recente voorbeelden zijn “Maakt alleen aan sport denken je al fitter?” en “Worden obesitaspatiënten net zo oud als mensen met een

gezond gewicht?” Brononderzoek betekent dat je letterlijk moet teruggaan naar de oorsprong van een verhaal, zoals je ook terug kan gaan naar de bron van een rivier, waar deze ontspringt. Dit lijkt een overbodige opmerking, maar in een tijd waarin de verleiding voor o.a. studenten groot is om bij het opzoeken van basale gegevens eerder te grijpen naar Google dan naar PubMed, wil ik dit toch gezegd hebben.

Terugkomend op de rubriek “klopt dit wel”: in één op de drie gevallen moest het predicaat “onzin” worden gegeven en in ongeveer de helft van de gevallen het oordeel “twijfelachtig” of “niet te controleren”. Het predicaat “klopt wel” kon in hooguit 10% van de gevallen worden gegeven.

Hoe zit het met de betrouwbaarheid van de bron van deze informatie, met de betrouwbaarheid van de wetenschap zelf. Toch een sector die bevolkt wordt door veel intelligente mensen, met hopelijk gezond verstand.

“Een statisticus waadde vol vertrouwen door een rivier die gemiddeld één meter diep was. Hij verdronk”.
Godfried Bomans, 1913-1971

Gelukkig leent de geneeskunde, als natuurwetenschappelijk vak, zich zeer goed voor betrouwbaar wetenschappelijk onderzoek. Dat kan met andere disciplines best anders zijn.

Als we bijv. kijken naar de psychologie: in 2015 werd in Science een studie gepubliceerd (Nosek et al.) waaraan 270 psychologen hadden meegewerkt: voor deze studie werden honderd psychologische onderzoeken die in 2008 waren gepubliceerd in drie vooraanstaande tijdschriften, herhaald. Slechts van 39% van deze gepubliceerde studies konden de belangrijkste resultaten met succes worden gereproduceerd. Kortom, allerlei redenen waardoor het voor een patiënt niet mee valt om zelf via de media aan betrouwbare informatie te komen.

En daarom mijn oproep aan patiënten: doe voor uw specifieke situatie, op basis van vertrouwen, vooral primair een beroep op uw behandelaar, in de wetenschap dat er een behandelrelatie bestaat met bijbehorende verantwoordelijkheden.

Terug naar EBM: is EBM nuttig? Ja. Ben ik een fan van EBM? Nee. En niet vanwege de uitgangspunten, alswel vanwege de wijze waarop EBM door *principiteers* gehanteerd wordt, met weinig ruimte voor de cirkels “clinical expertise” en “patient values”.

Wat mij betreft is één van de belangrijkste kenmerken van een wetenschappelijke instelling, dat je kritisch bent. Kritisch naar andermans beweringen, en kritisch naar je eigen functioneren. Een expert moet kritisch en met gezond verstand een goede balans weten te vinden tussen aangedragen evidence en eigen experience.

Professor Van der Bom was vorig jaar in haar oratie vanwege haar benoeming tot klinisch epidemioloog, hier in Leiden, kritisch m.b.t. EBM. Vanwege het nastreven van onbereikbare idealen noemde zij de EBM-aanhangers utopisten.

Deze utopisten redeneren volgens haar als volgt: als iets niet met gerandomiseerd onderzoek is aangetoond, weten we niet of het waar is. En zolang we niet weten of het waar is kunnen we niets concluderen.

Zij bepleit sterk om onderzoeksresultaten verstandig en tijdig te interpreteren, waarmee ze bedoelt dat we ons niet moeten doodstaren op de onderzoeksopzet, maar dat we vooral moeten kijken naar de meest waarschijnlijke verklaring voor de resultaten.

Zij bepleit “learning based medicine”, wat betekent dat we, veel breder, als leergierigen zoveel mogelijk kennis destilleren, o.a. uit routinematig verzamelde data, dus ook data uit de dagelijkse medisch praktijk.

Dus: meer pragmatisme en minder dogmatisme. Ik ben het hier zeker mee eens.

Onlangs stond in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde een interessant commentaar n.a.v. een onderzoek naar placebo-effect van goede communicatie met patiënten; placebo betekent: ik zal behagen. In tegenstelling tot nocebo effect, wat betekent: ik zal schaden.

Terecht stelden de auteurs dat artsen onbedoeld meer doen aan nocebo dan aan placebo: wij nemen de plicht onze patiënten te informeren over nadelen, risico's en bijwerkingen uiterst serieus. Dat dat het behandelresultaat en de kans op bijwerkingen nadelig kan beïnvloeden, is aangetoond. Om dicht bij huis te blijven, halen zij een studie aan over Finasteride, een medicijn voor prostaatvergroting. Als bij het voorschrijven hiervan al dan niet wordt gewaarschuwd dat als bijwerking seksuele disfunctie mogelijk is, blijkt dit bij wel waarschuwen drie keer vaker op te treden. Een ander voorbeeld, bij migrainebehandeling: het effect van een placebo, maar aangeduid als het werkzame middel bleek even groot als het effect van het migrainemiddel, maar dan aangeduid als placebo. Voor placebo-effecten, feitelijk het manipuleren van verwachtingen, zijn meerdere verklaringen mogelijk, namelijk het induceren van positieve neurobiologische reacties, reductie van angst en stress en ook de vergroting van het vertrouwen in wat gaat komen. Al deze processen spelen ook een rol bij het volgende: als je wel eens hoofdpijn hebt en je weet dat pilletje A altijd wel werkt dan heb je de volgende keer dat je bij hoofdpijn dat pilletje inneemt, vast weer succes.

Waarom noem ik dit alles. Goede communicatie met de patiënt kan dus placebo effect opleveren. Het zou zomaar kunnen dat een behandeling die volgens EBM-criteria tweede keus is, met goede empathische communicatie, en wellicht het verzwijgen van een aantal mogelijke bijwerkingen, effectiever is dan de eerste keus behandeling die neutraal en serieus, dus met het

benoemen van de nodige bijwerkingen, wordt toegepast. Hoe vinden we de goede balans tussen geneeskunde en geneeskunst?

Wat hebben wezenlijke vernieuwingen als EBM, DBC en, in een zekere mate, competentiegericht opleiden gemeen: ons behandelen en ons declareren moest transparanter worden en we moesten betere dokters worden, daarom zijn, met hele goede redenen, wetenschap, het declaratiesysteem en de opleiding fundamenteel veranderd. Maar vervolgens zie je dat de nieuwe systemen zo stevig gestructureerd en opgetuigd worden dat middelen inmiddels doelen zijn geworden. We vergeten bij deze veranderprocessen te veel om voortdurend gezond kritisch te blijven kijken naar waar we mee bezig zijn.

De urologie

Tot slot de urologie. U bent tijdens mijn afscheidssymposium vanmiddag al bijgepraat over de prachtige ontwikkelingen op het gebied van de twee belangrijkste pijlers binnen de urologie, nl. de oncologie en de functiestoornissen. De ontwikkelingen op het gebied van de oncologie zijn bijzonder boeiend, omdat steeds meer biologische processen, op allerlei niveaus, over het ontstaan van kanker ontrafeld worden en dit resulteert in steeds meer sophisticated behandelingen. Doelgerichte behandeling ofwel *targeted therapy* met één van de vele “mab”jes (de monoklonale antilichamen) of “nib”jes, (de kinaseremmers) hebben de toekomst. Helaas wel tegen een steeds hogere prijs. Ook de behandelingsmogelijkheden voor prostaatkanker zijn met de komst van middelen als docetaxel, abiraterone en enzalutamide duidelijk verbeterd. Deze ontwikkelingen maken duidelijk dat het multidisciplinair behandelen van kanker steeds belangrijker is. De consequentie hiervan is dat we steeds meer tijd moeten vrij maken voor ons wekelijkse oncologisch multidisciplinair overleg met radiotherapeuten, oncologen en pathologen en onze urologische collega's uit omliggende ziekenhuizen.

De functionele urologie is altijd een duidelijke rode draad in mijn werk geweest.

Bij mijn oratie in 2000 noemde ik de bekkenbodempiegel van de ziel. Ik heb sindsdien vaak genoeg hier de bevestiging van gezien. Dus denk bij een blaasfunctiestoornis aan een mogelijke bekkenbodempunctiestoornis en besteed ook aandacht aan het functioneren van de andere organen in het kleine bekken, ofwel: hoe is het met de ontlasting, met de seksualiteit en zijn er opvallende pijnklachten in dat gebied. Een holistische kijk op de mens als geheel, kan juist bij deze patiënten een essentiële voorwaarde zijn voor een succesvolle behandeling. Dat de rol van de bekkenfysiotherapie hierbij in de afgelopen jaren steeds meer is geaccepteerd, heeft mij veel deugd gedaan.

Slot

12 Ik kom tot mijn slot: het moge duidelijk zijn dat ik veel kanttekeningen heb geplaatst bij het gezegde: vertrouwen is goed maar controle is beter. De basis van ons patiëntencontact, maar ook hoe wij bejegend willen worden, o.a. door verzekeraars en overheid, moet weer vertrouwen zijn. Ik bepleit, net als de huisartsen, dat het roer in deze om moet. De intrinsieke motivatie die ik zie bij vele, vaak jonge artsen, moet gerespecteerd en gekoesterd worden. In het ondoorzichtige oerwoud vol controlelijstjes en bureaucratie, moet flink gekapt worden, zodat we dan door de bomen weer een gezond bos kunnen zien. Middelen moeten middelen blijven en geen doel worden. Wij artsen moeten met professionaliteit en leiderschap de taak van “change manager” in de gezondheidszorg inhoud geven. Ik sluit af met een laatste tegeltjeswijsheid, en nog wel een primeur, van mij afkomstig: **“Controle is goed, vertrouwen is beter”**.

Dankwoorden

Tot slot wil ik nog een aantal mensen bedanken.

Veertig jaar geleden werd de urologie mijn werkterrein, toen ik met mijn opleiding begon. De polikliniek urologie is vele jaren mijn belangrijkste thuisbasis geweest, een ideale werkplek omdat onze spreekkamers, behandelkamers, stafkamers en ook de kamers voor de onderzoekers op één locatie zijn. Daarom heb ik al deze jaren juist op onze poli met heel veel mensen intensief samengewerkt en daar wil ik iedereen hartelijk voor danken: mijn collega-urologen, alle assistenten in opleiding door alle jaren heen, de poliverpleegkundigen, de administratieve medewerkers en ook de onderzoekers.

Ook wil ik binnen het LUMC iedereen: artsen, verpleegkundigen, secretaresses, met wie ik in de afgelopen jaren heb samengewerkt vanwege mijn patiëntenzorg, hartelijk danken voor de steun daarbij.

Vele jaren is ook de Nederlandse Vereniging voor Urologie een belangrijke en dankbare werkplek geweest. Ik heb in veel commissies heel prettig met zeer gemotiveerde collega's mogen samenwerken en ook de medewerkers van het bureau van de NVU wil ik hartelijk danken voor vele jaren prima ondersteuning.

Ik dank de vele patiënten die ik heb mogen behandelen voor het in mij gestelde vertrouwen; zij hebben daarmee een belangrijke bijdrage geleverd aan de voldoening die ik nu, aan het eind van mijn carrière, mag voelen.

Een aantal mensen wil ik speciaal bedanken.

Jaap Zwartendijk: vanaf het begin van mijn opleiding hebben wij met elkaar mogen samenwerken. 27 Jaar lang, tot jouw afscheid zeven jaar geleden, zaten we samen in de staf. Daarmee waren wij samen vele jaren de permanente factor en hebben we de afdeling door lastige bezuinigingsperioden moeten loodsen, maar hebben we ook samen aan de basis mogen staan van wat nu deze stabiele en succesvolle afdeling is; we deden dat met een unieke collegialiteit en wederzijds respect. Jij hebt

een essentiële bijdrage geleverd aan de rijping van de cultuur zoals we deze nu al vele jaren kennen en graag in stand willen houden: een cultuur van eerlijkheid, openheid en discipline.

Rob Pelger: opgeleid in Rotterdam dus van het type no-nonsense: ook jij past geheel in deze cultuur en daarmee lever je een belangrijke bijdrage aan de stabiliteit en het werkklimaat op onze afdeling. Het doet mij genoegen dat mijn interesse in nierstenen in de jaren '80 en mijn contacten met de "balansafdeling", via het botmetabolisme bij prostaatkanker, zo'n mooie wetenschappelijke spin-off voor jou heeft opgeleverd, en, vooral na de komst van Gabri van der Pluijm met zijn onderzoeksteam, voor de afdeling.

Ik ben het stafsecretariaat zeer dankbaar voor de prima en toegewijde ondersteuning die ik al deze jaren heb gehad. Hen-nemieke Könings en Leonoor van Gelder: heel hartelijk dank.

De poli administratie noemde ik al, maar in het bijzonder, vanwege de vele jaren samenwerking, wil ik Anne-Marie van der Werf, en vanwege het bekkenbodemcentrum, Annelies Leenhouts, hartelijk danken.

Viviane Akkermans: jou bedank ik voor de vele jaren dat de aansturing op de polikliniek bij jou in goede handen is.

Ik wil ook Petra Voorham speciaal bedanken, mijn bondgenoot op het gebied van de bekkenbodem: ik vond onze samenwerking in meerdere opzichten bijzonder waardevol. Je hebt op een indrukwekkende wijze gebouwd aan het wetenschappelijk fundament van de bekkenfysiotherapie. Ik wens jou het allerbeste.

Ik wil de sprekers van het symposium van vanmiddag hartelijk danken:

Eric Meuleman: ik denk met veel plezier aan de samenwerking tijdens de vele afgelopen jaren; wij delen mooie herinneringen,

o.a. aan het wereldcongres dat wij in 1998 organiseerden, het jaar dat Viagra op de markt kwam.

Philip van Kerrebroeck: ook wij kennen elkaar al vele jaren, waarin wij o.a. onze gemeenschappelijke interesse in de functionele urologie hebben mogen delen.

Gabri van der Pluijm: jij bent de man geweest die de basale wetenschap binnen onze afdeling een duidelijk gezicht heeft gegeven. Ik heb daar veel respect voor en ik ben je daar ook zeer dankbaar voor.

Lieve Lisette, Fleur en Foppe, en Peter en Michiel: ik prijs me al die jaren bijzonder gelukkig en bevoorrecht met zo'n warm gezin om me heen; en mijn liefste Clien, het hart van dat gezin, dat ben jij.

Ik heb gezegd.

P.S.: deze printversie bevat een aantal teksten (gearceerd) van getoonde dia's en een voetnoot (second victim) die om tijdswille was weggelaten uit de uitgesproken tekst.

Referenties

- <http://www.visionair.nl/analyses/retorica-de-logos-ethos-en-pathos-van-het-overtuigen/>
- http://www.sociosite.org/colleges/vertrouwen_in_citaten.php
- <http://www.trouw.nl/tr/nl/5009/Archief/article/detail/3072149/2011/12/10/De-mens-is-geen-engel.dhtml>
- http://www.tegeltjeswijsheid.nl/productdesigner/?product_id=97
- <http://www.hetroermoetom.nu/>
- <https://www.vvaa.nl/voor-leden/zelf-aan-het-roer>
- <http://archive.ahrq.gov/news/newsroom/commentaries/second-victim-syndrome.html>
- P Sumner et al.: The association between exaggeration in health related science news and academic press releases: retrospective observational study;: *BMJ* 2014;349:g7015 doi: 10.1136/bmj.g7015 (Published 9 December 2014)
- S Abd Elwahab, Doherty E: What about doctors? The impact of medical errors. *Surgeon* 2014; 12: 297-300
- CG Schoemaker, Van der Weijden T: patiënt voorkeur versus evidencebased medicine; *Ned Tijdschr geneesk* 2016; 160: 39-42
- <http://www.volkskrant.nl/klopt-dat-wel--storystream/>
- Nosek et all: <http://science.sciencemag.org/content/sci/349/6251/aac4716.full.pdf>
- AAB Lycklama à Nijeholt: oratie: recht op kwaliteit, LUMC, 23 juni 2000: <https://openaccess.leidenuniv.nl/bitstream/handle/1887/5332/OR123.pdf?sequence=1>
- PJ Dörr: oratie: Opleiden in het medisch ambacht, LUMC, 5 nov 2012: <https://www.lumc.nl/over-het-lumc/hoo/oraties-redes/2012/12110610080046/>
- JG van der Bom: oratie: Waar is de beste dokter? LUMC, 23 januari 2015: <https://www.lumc.nl/over-het-lumc/hoo/oraties-redes/2015/bom-prof-dr-j-g-van-der/>
- <http://www.medischevervolgopleidingen.nl/wp-content/uploads/2015/12/MMV-magazine-totaal.pdf>
- http://www.medischevervolgopleidingen.nl/wp-content/uploads/2015/12/VanCanMEDSnaarCanBetter_2015.pdf
- P van Eijsden, Smulders, Y: 'Primum non nocebo' en de plicht tot placebo. *Hoe kunnen we de patiënt beter behagen.* *Ned Tijdschr Geneesk*. 2016; 160: D662
- JCC Borleffs, Mourits MJE, Scheele F: *CanMEDS 2015: nog betere dokters?* *Ned Tijdschr Geneesk*. 2016; 160: D406
- <https://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/-kiki-lombarts-topdokters-kun-je-maken.htm>

PROF.DR. A.A.B. LYCKLAMA À NIJEHOLT



1975 artsexamen R.U. Leiden
1975-1976 militaire dienst
1976-1982 opleiding urologie Leiden
1982-2016 staf lid afd. Urologie AZL/LUMC
1986 dissertatie Coagulumpyelolithotomie: een onderzoek naar de condities voor de vorming van een optimaal stolsel

Funcities LUMC:

1986-1999 UHD
1987-1999 chef de clinique
1990-2009 plaatsvervangend opleider
1992-2016 waarnemend hoofd afd. Urologie
1995-2016 medisch hoofd Bekkenbodencentrum
1999 hoogleraar urologie met als leeropdracht: functiestoornissen lagere urinewegen
2009-2016 opleider

Verder vele bestuurlijke activiteiten, o.a.:

1993-1997 secretaris Nederlandse Vereniging voor Urologie (NVU)
1995-2005 voorzitter Commissie Herregistratie NVU
1998-2002 voorzitter Nederlands-Vlaamse Ver. voor Impotentie-onderzoek (NVIO)
2002-2003 voorzitter Wetenschappelijke Ver. voor Seksuele Disfunctie (WVSD)
2002-2016 lid Plenaire Visitatie Commissie NVU
2002-2016 bestuurslid Urologisch Opleidings Instituut (UOI) NVU
2005-2015 voorzitter Concilium Urologicum NVU
2005-2015 lid Raad Opleiding



Universiteit
Leiden