

Arie Nieuwenhuijzen Kruseman, komend voorzitter KNMG

# ‘Polariseren leidt tot niets’

Ben V.M. Crul

beeld: De Beeldredactie,  
Evelyn Jacq

In januari wordt internist-endocrinoloog Arie Nieuwenhuijzen Kruseman de nieuwe voorzitter van de KNMG. Een slagvaardige diplomaat met veel bestuurservaring: ‘Ik kan goed besluiten nemen. Daar heb ik geen ingehuurde adviseurs voor nodig.’

**O**ndanks zijn 59 jaar straalt hij iets jongensachtigs, iets ondeugends uit: Arie Nieuwenhuijzen Kruseman, vanaf 1 januari 2009 de nieuwe voorzitter van de KNMG. ‘Kruseman’ is voor hem voldoende. Lachend: ‘Dat “Nieuwenhuijzen” is alleen voor het officiële en daar heb ik niet zoveel mee. Status doet mij niets.’ Een bevlogen man met een opmerkelijke loopbaan. Praktiserend arts, opleider, topbestuurder bij de Universiteit Maastricht en in 2004 als internist-endocrinoloog, zijn oude liefde, weer terug op de werkvloer. Citaat uit *Observant*, het blad van de Universiteit Maastricht, uit die tijd: ‘Na dertien jaar bestuur droog je intellectueel toch op. Ik wil meer tijd voor mijn gezin en mezelf. En terug naar de patiënten en de studenten, naar onderwijs, onderzoek en de zorg.’

## **Maar dan nu toch weer bestuur?**

Kruseman lacht betrapt: ‘Daar worstelde ik zelf ook mee. Maar na een aantal jaren begint het toch weer te kriebelen. Je bent weer toe aan een uitdaging. Als je terugkeert in je oude vak, zit je veel sneller in de routine dan de eerste keer. Na twee jaar draai je weer gewoon mee.’ Nadrukkelijker: ‘Maar als het voorzitterschap fulltime was geweest, had ik het nooit gedaan. Ik blijf twee dagen praktiseren. Poli, college geven, coassistenten onderwijzen, promovendi begeleiden et cetera. Die combi is leuk en daarmee

houd ik voeling met de praktijk. Dat zal mij in mijn nieuwe functie van pas komen. Je wordt bij de stakeholders en de achterban toch serieuzer genomen. Je hebt een voorbeeldfunctie.’

***Anderen karakteriseren u als betrokken, enthousiasmerend, intelligent, rijk aan ideeën, ongeduldig, opvliegend, een gevoelsmens, aima-bel, solidair met medewerkers, een doordouwer, een angry young man, met het hart op de tong.***

Kruseman kijkt peinzend uit het raam: ‘Ja, dat klopt wel zo’n beetje, al ben ik een stuk rustiger geworden. Van polariseren ben ik inmiddels een verklaard tegenstander. Het leidt meestal tot niets. En ongeduldig voor de troepen uitlopen, heeft geen zin. Als bestuurder moet je inzien waar je even moet wachten en waar je ruimte moet geven. Zonder draagvlak kom je niet ver. Mensen die daarbij spelletjes spelen, zijn bij mij aan het verkeerde adres.’

‘Ik zeg wel eerlijk wat ik denk, neem geen blad voor de mond. Het maakt niet uit tegen wie. Als ik ergens enthousiast of verontwaardigd over ben, hou ik dat niet voor mij. Ik zal als voorzitter dus zeker aanwezig zijn. Ik heb ambitie en zal echt niet alleen op de winkel passen. Ik zal mensen uitdagen om over de rand van hun schuttersputje heen te kijken. Als het moet, kan ik goed besluiten nemen. Daar heb ik geen ingehuurde externe adviseurs voor nodig. Meestal zonde van het geld. Met gezond verstand en durf kom je een heel eind. Dat heb ik wel geleerd. Soms moet je ook juist geen besluit durven nemen, maar eerst draagvlak zoeken.’

***‘Ik zal echt niet alleen op de winkel passen’***

***Altijd al voorzitter van die overbekende KNMG willen worden?***

Verontschuldigend: ‘Totdat Orde-voorzitter Willem van der Ham mij tipte, had ik er geen moment over nagedacht. In mijn tijd als decaan en rector magnificus was ik zelfs geen lid. Al dat geruzie in de tachtiger jaren tussen de LSV en NSF, daar werd ik niet vrolijk van. Vóór die tijd kwam ik onder meer als voorzitter van de Landelijke Vereniging voor Assistent Geneeskundigen vaak in de “tempel van de geneeskunde”, Domus Medica. Dat bleek overigens een heel toegankelijke tempel te zijn. Recentelijk ben ik natuurlijk weer de KNMG beleidsnota’s gaan lezen. Ik las hoe intensief de KNMG zich bezighoudt met de algemene aspecten van de gezondheidszorg. Ouderenzorg, positie van de arts in de samenleving, ketenzorg, solidariteit, ICT, continuïteit in zorg, opleiding, tuchtrecht-spraak. Allemaal zaken die je als koepel van artsenverenigingen moet oppakken.’

***Het gekissebis tussen federatiepartners lijkt soms de overhand te hebben.***

Kruseman spreidt zijn armen. ‘Ik wil over mijn eerste indrukken een “verwondernota”

schrijven. Mijn streven is eenheid in verscheidenheid, met een duidelijk gezicht naar buiten. Ik heb de indruk dat dat soms ontbreekt, dat er sprake is van een verdeeld gezicht. Als dat overheerst, dreigt onzichtbaarheid én kwetsbaarheid. Ook federatiepartners kunnen over een groot aantal onderwerpen een gezamenlijk standpunt bereiken en bestuurlijke daadkracht tonen. Het gaat mij in bestuurlijke aangelegenheden sowieso meer om inhoud dan om structuur. Natuurlijk is er in een federatie een spanningsveld. De federatiepartners moeten enerzijds de belangen van hun eigen achterban verdedigen, maar anderzijds ook naar het algemene belang kijken. In de gesprekken die ik heb gehad, is mij gebleken dat men zich dat ook realiseert. Van belang lijkt mij dan ook om af te spreken in welke onderwerpen wij gezamenlijk optrekken en welke wij aan de federatiepartners overlaten. Daarbij moet je prioriteiten stellen. Je moet niet willen wat niet kan. Zo simpel is dat.’

***En de prioriteit van Kruseman zou zijn?***

Gedecideerd: ‘De oudere patiënt met meervoudige chronische problematiek. Daar heeft één

Arie Kruseman, KNMG-voorzitter met ingang van 2009: ‘Mijn streven is eenheid in verscheidenheid, met een duidelijk gezicht.’



zorgketen of één beroepsgroep echt niet de oplossing voor. Dat moet je gezamenlijk doen. Je kunt wel taken uit handen geven, maar dat is wat anders dan over de schutting gooien. Vanuit de artsenorganisatie moet je bijvoorbeeld blijven meedenken over de opleidingseisen voor nurse practitioners. Als je werk delegeert, moet je wel weten aan wie.'

'Verder natuurlijk de automatisering; de politiek onderschat de problemen daarvan enorm. En van de kwaliteitsborging en de verantwoordelijkheid voor automatisering. Kijk je naar nascholing, dan moet niet de omvang maar de aard en de inhoud ervan centraal staan. Als er wordt gevraagd of er een dokter in de zaal is, moet die ook wat kunnen. Elke praktise-

rende arts zou daarom voor zijn herregistratie ook moeten kunnen aantonen dat hij de basiscompetenties van een praktiserend arts nog beheerst. Elke arts moet de vitale functies van een patiënt toch kunnen beoordelen en daarop adequaat kunnen reageren, een syncope kunnen herkennen, bloeddruk kunnen meten en interpreteren. Fragmentatie in de zorg en vergaande specialisatie mogen niet ten koste gaan van algemene vaardigheden.'

Rondlopend in zijn tempel van de geneeskunde wijst Kruseman naar de eed van Hippocrates op de muur in de hal: 'We beloven in die tekst dat we de patiënt centraal stellen. Diens zorgvraag moet leidend zijn. Dat is momenteel

De oudere patiënt met meerdere chronische aandoeningen is vaak niet gebaat bij verschillende artsen, aldus Kruseman.

### **'De balans tussen generalisatie en specialisatie moet worden hersteld.'**

ook het politiek correcte antwoord. Maar in de uitvoering valt daar nogal wat op af te dingen. Het aanbod aan technische mogelijkheden bepaalt vaak het gebruik. De oudere patiënt met een aantal chronische aandoeningen is vaak niet gebaat bij verschillende artsen die elk vanuit een eigen deelgebied opereren. Voor veel klachten is ook geen hooggespecialiseerde arts nodig. Niettemin wordt er in veel opleidingen meer en meer gestreefd naar subspecialisatie. Mijns inziens dient op basis van de zorgvraag in de opleiding van artsen de balans tussen generalisatie en specialisatie te worden hersteld. Bij de internisten gaan we dat nu ook doen. De KNMG kan - juist omdat zij geen financiële belangen behartigt - daarin een belangrijke rol vervullen. Zo ook bij het vaststellen van de verantwoordelijkheden van de verschillende professionals in complexe zorg. In onderzoek dat ik heb gedaan bij patiënten met diabetes mellitus bleek dat zij niet in één categorie zijn onder te brengen. Het gaat er dus niet om of de eerste of de tweede lijn primair verantwoordelijk moet zijn voor deze patiënten, maar hoe de taakverdeling is op basis van complexiteit en expertise en betrokkenheid van de behandelaar. Het betreft een omvangrijke patiëntengroep, er is dus werk genoeg. De focus moet dus meer liggen op coördinatie van het zorgcontinuüm dan op competitie in de zorgverantwoordelijkheid.

***Het strategisch plan 2008-2012 van de Nederlandse Internisten Vereniging is totstandgekomen dankzij prof. dr. A.C. Nieuwenhuijzen Kruseman. De vertaalslag naar de artsenbrede KNMG is makkelijk te maken. Bijvoorbeeld de passage over wanneer je ophoudt met behandelen.***

De lach verdwijnt even van zijn gezicht: 'Moet alles wat kan? Je zult als arts een mening moeten hebben over stoppen met behandelen. Dat is heel triviaal en het gebeurt onvoldoende. Wat is de toegevoegde waarde van wat ik nu doe? In Maastricht stellen wij aios steeds vaker de vraag: 'Waarom heb je dit gedaan; had je het niet beter kunnen nalaten?' De leeftijd van de patiënt is daarbij geen beperking, de vitaliteit wel. Op basis waarvan kun je dat bepalen? Sowieso vind ik leeftijd geen goed criterium voor medische beslissingen. Recentelijk bleek dat in een verzorgingshuis bewoners ouder dan 70 jaar bij een hartstilstand niet worden gereanimeerd, tenzij ze tevoren aangeven dat wel te willen. Ik zet daar vraagtekens bij. Iemand die in een verzorgingshuis woont, moet zich te allen tijde veilig voelen.'



## Arie Nieuwenhuijzen Kruseman

1966-'75	artsopleiding te Leiden
1975-'80	opleiding internist te Leiden
1976	promotie tot doctor in de geneeskunde te Leiden
1980-'87	internist-endocrinoloog academisch ziekenhuis Leiden
1982	senior registrar St Bartholomew's Hospital te Londen
1987-'95	hoofd afdeling Endocrinologie academisch ziekenhuis Maastricht
1989-'97	vice-decaan (portefeuille onderwijs), vanaf 1995 decaan faculteit der geneeskunde Universiteit Maastricht
1990-heden	hoogleraar interne geneeskunde Universiteit Maastricht
1993-'95	opleider interne geneeskunde
1998-2003	rector magnificus Universiteit Maastricht
2004	sabbatical leave Massachusetts General Hospital te Boston
2005-heden	internist-endocrinoloog, chef de policlinique academisch ziekenhuis Maastricht
2009-'13	voorzitter KNMG

### *Neemt de KNMG overal de gewenste positie in?*

Wat behoedzamer: 'Soms wel, soms niet. Sinds ik weet van mijn komend voorzitterschap, lees ik de krant met andere ogen. De veelheid van onderwerpen waarover artsen gezaghebbend iets zouden kunnen zeggen, valt mij op. De KNMG mag dat geluid van artsen proactiever laten horen. Gevraagd en ongevraagd. Ook in zaken rond public health, primaire preventie, milieu, commercialisering et cetera. Prima dat de KNMG nu zo'n duidelijk standpunt inneemt over het melden van kindermishandeling. Daar moet je als dokter niet te lang omheen blijven lopen. Het kenschetst ook de maatschappelijke verantwoordelijkheid die artsen hebben.'

### *Tot slot graag een paar korte reacties*

*Ab Klink:* 'Een heel intelligente en vriendelijke man die nog verder kan groeien in het onderwerp. Ik heb de indruk dat hij nog erg afhankelijk is van zijn omgeving. Hij heeft nog niet de totale reikwijdte van zijn portefeuille in beeld.'  
*Medisch Contact:* 'Goed en leuk blad. Essentieel dat het redactioneel onafhankelijk is; dat moet ook zo blijven. Controle op inhoud vanuit het bestuur, zoals sommige universiteiten dat bij

hun bladen lijken na te streven, heeft niet mijn steun. Er moet een natuurlijke spanning zijn tussen bestuur en redactie. Soms kan er bewust iets uitlekken, soms staat er iets in dat een bestuurder helemaal niet leuk vindt. Dat alles maakt het extra leesbaar.'

*Arts n.p.:* 'Niet meer praktiserend betekent ook "niet meer praktiseren". Dus ook geen receptjes meer uitschrijven, geen diagnostiek bij bekenden, niet opstaan als er een dokter wordt gevraagd. Gewoon stoppen.'

*Alternatieve geneeswijzen:* 'Niet-evidentie-geneeskunde moet je als arts niet aanbieden. Alternatieve geneeskunde is geen alternatief en kan dus ook niet interfereren met reguliere geneeskunde. Die suggestie moet je ook niet wekken door het te verbieden. Als additief heb ik er geen probleem mee, maar als alternatief voor reguliere geneeskunde zeker wel. Soms, zoals bij Sylvia Millemcam, is het zelfs misdadig.'

*Managers:* 'Ik heb beide rollen meegemaakt en ook gehad. Managers worden door artsen vaak gekarikaturiseerd omdat ze hun eigen inhoudelijke professionele autonomie niet los kunnen of willen zien van de organisatie waarin ze werken. Iemand moet verantwoordelijk zijn voor budgetbeheersing, gebouw en personeel. Een arts moet behalve dienstbaar aan de patiënt ook dienstbaar aan de organisatie kunnen zijn. Tijdens mijn rectoraat heb ik ervaren dat artsen vaak minder professioneel zijn in organisatievraagstukken dan andere beroepsgroepen. Bij juristen of economen bijvoorbeeld is het debat klaar zodra er een besluit is genomen. Artsen willen het debat nog wel eens reanimeren als de uitkomst hen niet bevalt, alsof het om een patiënt met een circulatiestilstand gaat.'

*Werktijden:* 'Overal wordt hard gewerkt. Heus niet alleen door dokters.'

*Studenten en aios:* 'Prima komende generatie artsen. Zeer gemotiveerd en inhoudelijk geïnteresseerd. Ze zoeken meer dan wij vroeger naar de kwaliteit van leven in een goede verhouding tussen werk en privéleven. De toename van het aantal vrouwen heeft het vak goed gedaan. De menselijke artsen zijn in aantal gegroeid ten opzichte van de machoartsen.'

*Zélf patient:* 'Leerzaam. Je bent je als arts onvoldoende bewust van de impact en soms verkeerde timing van je woorden. In de patiëntenrol merk je hoe kwetsbaar, hoe overgeleverd, je kunt zijn, maar ook hoe belangrijk het is om vertrouwen in je dokter te kunnen hebben.'

**'De toename van het aantal vrouwen heeft het vak goed gedaan.'**