

NIEUWE HOOFDREDACTEUR BERTHO NIEBOER WIL ERTOE DOEN

‘Ik rijd rustig rechts op de snelweg en dan komt links mijn ambitie voorbij’

De nieuwe hoofdredacteur van Medisch Contact is Bertho Nieboer. Artsen hebben ook een maatschappelijke functie, vindt hij. ‘Ik probeer mijn vak heel serieus te nemen, maar mezelf niet al te zeer. Je moet altijd kritisch blijven op je eigen handelen.’

Gynaecoloog Bertho Nieboer houdt veel ballen in de lucht: praktiserend arts, onderzoeker, docent. Maar een paar van die ballen zal hij vanaf deze week wat minder hoog opgooien, want hij is nu ook hoofdredacteur van Medisch Contact. ‘Ik ga me focussen op patiëntenzorg’, zegt hij. ‘Drie dagdelen spreekuur, een dagdeel opereren en twee avonden wetenschap.’ Hij omschrijft zichzelf graag als ‘een doener’. Dat hij aanvankelijk kinderarts wilde worden, maar daarvan afzag, kan het bewijzen. Een persoonlijke ervaring was de bron van zijn voornemen: als kind werd hij ziek vanwege een enzymdeficiëntie. Maar tijdens het coschap ontdekte hij dat kindergeneeskunde een nogal beschouwend vak is. ‘Dat ligt mij minder. In de gynaecologie gingen mijn ogen open: diagnostiek, consulteren, operatieve ingrepen, nazorg – alles heb je in eigen hand.’ ‘Bovendien’, bekent hij voorzichtig, ‘is de combinatie van mijzelf en zieke mannen niet optimaal. Ik heb gemerkt dat ik de neiging heb te veel op mezelf te betrekken.’ In zijn vakgebied heeft hij zich gespecialiseerd in menstruatiefproblemen, endometriose en cystes. Hij ziet veel bijzondere ziektebeelden en doet betrekkelijk veel second opinions. Bui-

ten zijn vakgebied heeft hij een brede kijk op de geneeskunde en de gezondheidszorg. ‘Ik heb een groot netwerk, en daardoor inzicht in wat collega’s bezighoudt. Ik weet waar huisartsen of specialisten ouderengeneeskunde tegenaan lopen; ik ken – bijvoorbeeld – de werkdruk van de verzekeringsartsen die bij het UWV soms met het mes op de keel moeten werken.’ Dat maakt hem – vindt hij ook zelf – geschikt om leiding te geven aan Medisch Contact. ‘Bovendien’, zegt hij, ‘ben ik ervan overtuigd dat artsen een maatschappelijke functie hebben.’ Dat begint al in zijn eigen specialisme: ‘Als ik de remedie ken voor een relatief eenvoudig menstruatieprobleem waarmee tienduizenden vrouwen rondlopen, dan vind ik niet dat ik rustig in mijn spreekkamer kan blijven zitten en wachten tot ze met die klacht komen.’ Hij wil zoiets graag wereldkundig maken, via de traditionele (radio, tv) én de moderne media: op Twitter heeft hij bijna 14 duizend volgers. ‘Omdat ik zie dat niet heel veel artsen die handschoenen oppakken en ik het leuk vind om te doen.’

Van lieverlee heb je zo een bekende naam gekregen. Je bent ‘Dokter Bertho’. Interfereert die bekendheid niet met je andere werk? ‘Ik zorg ervoor dat werk en privé niet door elkaar gaan lopen. Ik bedoel: ik zet geen kinderfoto’s online; je ziet mij daar niet in zwembroek. Maar het komt uiteraard voor dat patiënten mij hebben gezien of gehoord over een bepaald onderwerp. Dat leidt er soms toe dat mijn consulten met hen wat langer zijn. Ik realiseer me dat zichtbaarheid betekent dat je afbreukrisico groter is. Je moet voorzichtig zijn, je moet je grenzen kennen. Jaren geleden heb ik eens geroepen dat artsen onvoldoende transparant zijn over hun fouten en complicaties, en dat ik daarom per maand zou gaan bijhouden hoeveel complicaties zich voordeden in mijn praktijk. Dat getal wilde ik via Twitter bekendmaken. Een afdelingshoofd floot mij terug.



'Zichtbaarheid
betekent dat je
afbreukrisico
groter is'

Dat kon ik als individu niet doen, vond zij, zoiets moest je afdelingsbreed of ziekenhuisbreed naar buiten brengen. Daar had ze gelijk in, en dus heb ik het uiteindelijk niet gedaan.’

Wat zijn volgens jou de meest urgente kwesties in de zorg?

‘Ten eerste de betaalbaarheid. De vorige eeuw was de eeuw van de onbehandelbare ziektes, dit wordt de eeuw van de onbetaalbare ziektes. Ik denk dat we kritisch moeten zijn op wat we op termijn nog gaan behandelen. Er zijn hoogleraren die roepen dat we straks 100 jaar gaan worden. Maar als we maar oud genoeg worden, krijgen we allemaal een keer kanker. Om de zorg betaalbaar te houden moeten we nu volledig inzetten op primaire preventie. McDonald’s twee keer zo duur maken, de Ekoplaza twee keer zo goedkoop, sigaretten tien euro per pakje – dat soort maatregelen. Ik ben zo’n neurotische arts die in ieder gesprek met een patiënt over roken begint. Maar ik weet ook: als je spreekuur een halfuur uitloopt, is dat een van de eerste dingen die achterwege blijft. Daarmee zijn we meteen bij het tweede punt: de werkdruk. Als zoveel collega’s loopbaanbegeleiding, coaching, vitaliteitstraining of mindfulness nodig hebben, klopt het systeem dan nog wel? Zonder vitaal personeel kun je patiënten niet goed helpen. Dit is een zeer urgent probleem. Verder noem ik de jeugdzorg. Ik denk vaak aan mijn eigen kinderen (8 en 10 jaar, *red.*). Stel, er is iets met ze aan de hand waardoor ik een beroep op die zorg moet doen: dan wil je toch geen vier maanden wachten voordat je hulp krijgt? Het lukt ons maar niet om dat goed te organiseren. Dan het personeelstekort in de zorg, en uiteraard de vergrijzing. Vroeger waren er voor elke gepensioneerde vier werkenden, straks nog maar twee. Ten slotte het zorgsysteem zelf. Marktwerking volg ik kritisch. Elk jaar weer geven zorgverzekeraars in december tientallen miljoenen uit aan reclame. Is dat nou goed besteed? Ik zou weleens willen weten wat de vier grootste zorgverzekeraars kosten in termen van gebouwen en personeel. Kortom: wat het kost om het zorgstelsel zoals we dat nu kennen in stand te houden. Ik denk dat we daar erg van zouden schrikken. Tegelijkertijd besef ik ook wel dat we niet zomaar terug naar af kunnen. Ik ben weliswaar gecharmeerd van een nationaal zorgfonds, maar of het een goed alternatief is, weet ik niet.’

Je bent behalve praktiserend arts, ook wetenschapper. Het lijkt alsof het steeds meer schuurt tussen de uitkomsten van onderzoek – evidencebased handelen – en de praktijk van alledag. Hoe zie jij dat?

‘De strikte definitie van evidencebased heeft niet alleen betrekking op de uitkomsten van wetenschappelijk onderzoek. Het gaat om wetenschappelijke literatuur aangevuld met de beste beschikbare praktijkkennis. Maar er zijn zeker spanningen. In Nederland gaan we daar anders mee om dan in de landen om ons heen. Bij een nieuwe therapie wachten wij eerder de grote trials af, terwijl men elders minder afwachting is als er een indicatie is dat patiënten baat kunnen heb-

ben bij een nieuwe interventie. Zeker als het gaat over nieuwe operatietechnieken zijn wij misschien weleens wat te voorzichtig.

Ik denk in dit verband ook aan alternatieve en complementaire geneeswijzen, waarvan ruim een miljoen mensen in Nederland gebruikmaken. Sommige collega’s zijn zeer verontwaardigd als een patiënte naar een orthomoleculair geneeskundige gaat om te zien of die nog iets voor haar endometriose kan betekenen. Ik vraag mij dan af: heb ik iets laten liggen? Het antwoord is soms bevestigend en betekent dan meestal dat ik de patiënt te weinig aandacht heb gegeven.’

‘We moeten als dokters niet te arrogant zijn; we hebben de waarheid niet in pacht’

Sommige alternatieve genezers zijn onzinnig bezig, vindt Nieboer: ‘Maar neem nu voeding; ik heb sommige patiënten met endometriose sterk zien opknappen van een dieet. We moeten als dokters niet te arrogant zijn; we hebben de waarheid niet in pacht. Als je alles al een keer gezien hebt en goed bent in je vak, moet je oppassen dat je je zelf te serieus gaat nemen. Ik probeer mijn vak heel serieus te nemen, maar mezelf niet al te zeer. Je moet altijd kritisch blijven op je eigen handelen.’

Veluwe

Bertho Nieboer is geboren in Beiroet. Toen hij een paar maanden oud was, werd hij geadopteerd door een Nederlands stel. Hij groeide op in Renswoude op de Veluwe. Zoeken naar zijn wortels zit er niet in: ‘Anderen hebben het geprobeerd, maar het is niet gelukt. Ik heb mij erbij neergelegd dat ik mijn biologische ouders niet ken. Vorig jaar ben ik twee keer in Beiroet geweest. Een moderne stad, een stad ook van uitersten, waar duizenden Syrische vluchtelingen leven. Wat ik mooi vond, is dat ik daar rondwandelen merkte dat de mensen er meer op mij leken dan de gemiddelde Veluwenaar.’

Zijn ouders hebben hem religieus – Nederlands-hervormd – opgevoed. Die religie is gebleven. ‘Wel in een wat vrijere vorm dan mijn ouders. Maar ik ga nog steeds naar de kerk.’

Speelt je religieuze overtuiging een rol in je praktijk als arts?

‘In zoverre dat ik tijdens mijn opleiding geen abortussen heb gedaan, anders dan voor een levensbedreigende indicatie. Maar dat betekent niet dat ik me niet kan inleven in vrouwen

die bijvoorbeeld besluiten tot een abortus als ze een kind met trisomie 21 verwachten. Maar in dat geval ben ik niet de meest aangewezen hulpverlener. Overigens heb ik daar maar hooguit vijf keer in mijn loopbaan mee te maken gehad. We zijn allemaal op zoek naar iets dat houvast geeft. Heel veel mensen gaan – zeker als ze ziek worden – op zoek naar de zin van het leven. Noem het spiritualiteit. Ik ben in mijn vakgebied niet veel bezig met het levenseinde, meer met de kwaliteit van leven, maar in een vak als de oncologie is dat uiteraard heel anders. Spiritualiteit heeft een plek in de geneeskunde: wij artsen zijn er om lijden te verhelpen maar ook om het te verzachten. Voor mijzelf is een bijbelboek als *Prediker* belangrijk: hij heeft alles meegemaakt, de grootste rijkdom gekend en komt uiteindelijk tot de slotsom dat alles ijdelheid is, vluchtig, vergeefts, het najagen van wind. Drink je wijn met een lach, leef intens, het kan zomaar morgen afgelopen zijn. Dat inzicht geeft mij rust en stabiliteit. Ook dat is wat ik bedoel met jezelf niet al te serieus nemen. Het behoedt me voor te veel egocentrisme.’

Niettemin ben je behoorlijk ambitieus.

‘Ik zeg wel eens gekscherend: ik rijd rustig rechts op de snelweg en dan komt links mijn ambitie voorbij. Ten diepste denk ik dat het voortkomt uit een gevoel dat ik ertoe wil doen. Een steen in de rivier gooien, waardoor de stroming iets verandert. Toen ik een boek schreef over bevallingen – samen met een journaliste – had ik twee heel jonge kinderen, werkte de hele week en crosten zij en ik op zaterdag het land door om vrouwen te interviewen. Nu zou ik dat toch wat meer doseren. Ik probeer maximaal vijftig uur per week aan werk te besteden en minimaal vijftig uur te slapen. Als ik die balans handhaaf, weet ik uit ervaring dat het goed komt.’ ■

BERTHO NIEBOER (1977)

Bertho Nieboer studeerde geneeskunde in Nijmegen en is verbonden aan Radboudumc. Hij is daar staflid Obstetrie en Gynaecologie. Hij promoveerde in 2012 op het onderwerp minimaal invasieve chirurgische ingrepen. Verder is hij auteur van *Geboren! 30 bijzondere bevallingsverhalen*, diverse opiniestukken en columns en bestuurslid van de stichting Mulago Mama, waarin hij zich inzet voor het terugdringen van de baby- en moedersterfte in Kampala (Oeganda).

Hij is op Twitter te volgen via @DokterBertho en op [facebook.com/dokterbertho](https://www.facebook.com/dokterbertho).

Bertho Nieboer is getrouwd met concertpianiste Cathelijne Maat; zij hebben twee zoons.

VELDWERK

DE CHIRURG



MARTIJN MÖLLERS is werkzaam in ziekenhuis Nij Smellinghe, Drachten

Kleur bekennen

Op een inspiratieavond voor medewerkers van de lokale supermarkt mag ik als eerste spreken over hoe ik in mijn werk sta. Na mij is het aan de directeur van een groot bouwbedrijf, die gepassioneerd vertelt over de manier waarop hij successen boekt: durven innoveren en verantwoordelijkheid geven aan de teams op de werkplaatsen. Die teams blijken zorgvuldig samengesteld om de samenwerking daar te optimaliseren. Daarvoor gebruiken zij het DISC-model, ontwikkeld door psycholoog dr. William Moulton Marston. Het model deelt voorkeursgedrag in vier hoofdgroepen in: dominant (rood), interactief (geel), stabiel (groen) en consciëntieus (blauw). Ieder mens heeft binnen dit systeem zijn unieke kleurencombinatie. Ken je je eigen kleuren en weet je wat voor kleurencombinatie je collega heeft, dan geeft dat een aardig handvat om elkaars sterke

punten en valkuilen te (her)kennen.

Terwijl ik de Jumbo-geelgekleurde zaal inkijk, denk ik terug aan de avond daarvoor die vooral (bloed)rood gekleurd was. Bij een acute relaparotomie konden we de nabloeding pas na uren stelpen. Nog vol adrenaline deed ik thuis mijn verhaal, waarbij ik ook aangaf me geërgerd

KEN JE EIGEN KLEUREN EN DIE VAN JE COLLEGA

te hebben aan de anesthesioloog. Waar ik in stress-situaties juist veel ga praten, leek hij wel steeds stiller en norser te worden. ‘Misschien is dat wel zijn manier van zich concentreren in een situatie onder hoge druk’, relativeerde mijn vrouw. ‘En hoe kan hij nu weten hoe jij in zulke situaties reageert?’ En dat klopt, realiseer ik me. In de (wisselende) teams in de operatiekamers doen we nog niet veel met deze wetenschap. Maar als bij het bouwen van een huis gedragspsychologie al zo gewoon is, waarom zouden we op de ok dan ook geen kleur bekennen?