

# De stoel van Johan

Citation for published version (APA):

Koopmans, R. (2023). *De stoel van Johan*. Maastricht University. <https://doi.org/10.26481/spe.20232010rk>

## Document status and date:

Published: 20/10/2023

## DOI:

[10.26481/spe.20232010rk](https://doi.org/10.26481/spe.20232010rk)

## Document Version:

Publisher's PDF, also known as Version of record

## Please check the document version of this publication:

- A submitted manuscript is the version of the article upon submission and before peer-review. There can be important differences between the submitted version and the official published version of record. People interested in the research are advised to contact the author for the final version of the publication, or visit the DOI to the publisher's website.
- The final author version and the galley proof are versions of the publication after peer review.
- The final published version features the final layout of the paper including the volume, issue and page numbers.

[Link to publication](#)

## General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal.

If the publication is distributed under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license above, please follow below link for the End User Agreement:

[www.umlib.nl/taverne-license](http://www.umlib.nl/taverne-license)

## Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us at:

[repository@maastrichtuniversity.nl](mailto:repository@maastrichtuniversity.nl)

providing details and we will investigate your claim.



**Prof. dr. Richard Koopmans**

Faculty of Health, Medicine and Life  
Sciences

De stoel van Johan

## De stoel van Johan

Afscheidsrede van Richard Koopmans, hoogleraar Interne Geneeskunde, ihb onderwijs en opleiding daarin, MUMC+, 20 oktober 2023.

Beste collegae, vrienden, kennissen en overige belangstellenden,

Vandaag is de dag van mijn afscheid, en ik waardeer het enorm dat jullie daarbij aanwezig willen zijn. Gedurende de afgelopen 17 jaar heb ik gewerkt als hoogleraar Interne Geneeskunde, medisch specialist Interne Geneeskunde, en als opleider van artsen en medisch specialisten in Maastricht.

Ik heb aan collegae, en aan vrienden en kennissen gevraagd wat zij vandaag van mij wilden horen. Dat was een interessante peiling. Velen wilden iets over mij persoonlijk horen: hoe is mijn loopbaan geweest, en hoe kijk ik erop terug. Verder wilde men weten welke lessen ik geleerd heb in de loop der jaren; mogelijk zou ik ook adviezen hebben voor de toekomst.

Daarom wilde ik het als volgt aanpakken. Ik schets hier het levensverhaal van Anna, een fictieve 32-jarige vrouw die de opleiding tot internist volgt, en haar eveneens fictieve partner Joeri die kortgeleden geregistreerd is als huisarts. Dat verhaal zal ik contrasteren met mijn eigen levensverhaal. Dat geeft mij de mogelijkheid iets over mijn werk te vertellen en ook een aantal van mijn inzichten met u te delen.

Wie is Anna?

Zij werd geboren in 1990. Op 18-jarige leeftijd is ze naar Maastricht gekomen voor de studie geneeskunde. Op het VWO deed ze het uitstekend. Met haar vakkenpakket VWO heeft ze zowel het profiel 'natuur en techniek' als 'natuur en gezondheid' binnen. Ze zou dus elke willekeurige studie kunnen starten. Een technisch vak trekt haar niet. Ze heeft getwijfeld tussen geneeskunde en psychologie. Op grond van het brede karakter, en haar wens in haar beroep mensen te kunnen helpen, maar ook op aanraden van haar ouders, kiest ze voor geneeskunde. Ze moet om te starten meedoen aan een selectieprocedure, waarbij studenten worden geselecteerd op motivatie en sociale eigenschappen zoals empathie. Anna wordt bij haar eerste poging aangenomen (kans is ongeveer 1:3). De studie bevalt haar goed en kost haar niet veel inspanning. Ze kan er veel naast doen, bijvoorbeeld de studentenvereniging, en ze doet vrijwilligerswerk bij een organisatie die vluchtelingen ondersteunt. Na precies 6 jaar is ze afgestudeerd, op 24-jarige leeftijd.

Wie is Joeri?

Tijdens de studie heeft Anna Joeri ontmoet die 2 jaar ouder is. Hij werd niet direct aangenomen voor de geneeskundestudie, en is in die jaren gestart met een technische studie die hem niet zo beviel, en die hij niet afmaakte. Hij is een echte sportman en steekt daar veel tijd in. Zijn motivatie voor de geneeskundestudie is eenvoudiger dan die van Anna. Zijn opa was huisarts. Hij kreeg van kind af aan mee dat arts een gerespecteerd beroep is waar je goed je geld mee kunt verdienen. Ook hij studeert na 6 jaar af en is dan 26 jaar.

Om nu het verhaal voor u wat toegankelijker te maken zal ik eerst uitleggen hoe medische opleidingen in elkaar zitten.

Er melden zich altijd veel meer studenten aan voor de studie geneeskunde dan er plaatsen zijn. En de vraag is dus hoe je studenten selecteert. Toen ik in 1976 startte met de geneeskundeopleiding was de toelating een loterij. Daar kwam in de loop der jaren veel kritiek op. Want loten betekent dat je iedere student die zich aanmeldt in principe even geschikt vindt om arts te worden. Zou het niet beter zijn om op bepaalde eigenschappen die artsen nodig hebben te selecteren? Zo is er nu sinds circa 10 jaar decentrale selectie: om toegelaten te worden tot de studie geneeskunde moet je een sollicitatie doen waarbij je motivatie wordt getest maar waarbij ook vaak gekeken wordt naar sociale eigenschappen als empathie. De vraag is nog steeds of de universiteiten hierbij wel de goede studenten aannemen.

De geneeskundestudie zelf duurt 6 jaar. Grofweg de eerste helft bestaat uit het bestuderen van theorie (vakken zoals genetica en scheikunde), terwijl de tweede helft stages in een ziekenhuis zijn, van oudsher heten die stages co-assistentenschappen. Een student roteert over een aantal belangrijke ziekenafdelingen en doet stukjes van het werk van een arts onder intensieve begeleiding. Na 6 jaar is de student basisarts. Maar die basisarts mag nog niet veel. Weliswaar is de basisarts dokter voor de Nederlandse wet (en heeft dus wettelijk vastgelegde rechten en plichten), maar de basisarts moet een verdere opleiding volgen om zelfstandig te kunnen functioneren. Die verdere opleiding duurt voor een medisch-specialist (dat is in Nederland synoniem met een dokter in een ziekenhuis) 6 jaar, en voor een huisarts 3 jaar.

Voor die vervolgopleiding moet de basisarts opnieuw gaan solliciteren. Basisartsen hebben hierbij sinds jaar en dag een heel duidelijke voorkeur: het liefst worden zij ziekenhuisspecialist, de 2<sup>e</sup> keus is huisarts, en als dat allemaal niet lukt kiezen zij voor een functie in de sociale gezondheidszorg buiten het ziekenhuis. Het is niet duidelijk waarom er zo'n duidelijke voorkeur is voor de ziekenhuisspecialisten, en waarom basisartsen niet graag werken in de sociale gezondheidszorg. Redenen hiervoor die worden genoemd zijn de beeldvorming in media (die betreft vooral ziekenhuisspecialisten als chirurgen en IC artsen), het inkomen (hoogst voor de ziekenhuisspecialist), maar ook de inhoud (ziekenhuisspecialist heeft de meeste raakvlakken met wetenschap en techniek in engere zin).

Deze voorkeur voor ziekenhuisspecialismen heeft een heel grote impact op de gezondheidszorg, maar ook op het leven van de basisartsen zelf, hetgeen zij meestal niet direct door hebben. We zullen het zien aan Anna en Joeri.

Basisartsen stromen dus na hun artsexamen niet direct door naar de vervolgopleidingen. Ze moeten immers een CV opbouwen voor een sollicitatie voor de specialistenopleiding of de huisartsenopleiding. De periode tussen basisartsexamen en start vervolgopleiding duurt circa 3 jaar. Basisartsen gaan tijdelijke functies als arts in een ziekenhuis vervullen, ze gaan wetenschappelijk onderzoek doen, en heel vaak wisselen ze een aantal keren van baan in die periode. Er is sprake van veel vrijheid blijheid, want ze zijn nog niet zo gebonden en verdienen goed. Maar er is wel een iets onzekere toekomst.

Uiteindelijk wordt 1/3 van de basisartsen medisch-specialist in een ziekenhuis, 1/3 wordt huisarts, en 1/3 komt terecht in overige functies zoals bij bijvoorbeeld GGD, bedrijfsgezondheidszorg of verzekeringsgeneeskunde. Die basisarts die uiteindelijk ziekenhuisspecialist wordt heeft dan dus een periode van 6 jaar (basisarts) plus 3 jaar (zoeken naar een vervolgopleiding) plus 6 jaar (opleiding tot medisch-specialist) is in totaal 15 jaar achter de rug. En dat is een minimum, zoals we zullen zien aan Anna.

Een medische opleiding in Nederland zit dus gedegen in elkaar, een arts kan niet zomaar gaan praktiseren, en daardoor heeft Nederland dus kundige artsen. Punt. Maar toch is dat niet het hele verhaal. Dat lange traject heeft allerlei gevolgen die Anna en Joeri niet overzien, en waar de maatschappij (wij dus) veel van merkt. Je kunt er letterlijk elke dag zorgelijke stukken over in de media lezen. Ik kom hier later op terug.

Hoe gaat het verder met Anna en Joeri.

Ze waren net afgestudeerd, Anna is 24 en Joeri is 26. Ze moeten dus op zoek naar een vervolgopleiding en dat begint met het opbouwen van een CV voor een sollicitatie.

Anna gaat eerst werken als arts niet in opleiding (anios) bij de afdeling interne geneeskunde in een ziekenhuis ergens buiten de randstad. Haar taken daar zijn het doen van eerste hulp, en het medisch begeleiden van de patiënten die zijn opgenomen op een verpleegafdeling van het ziekenhuis, in haar geval de afdeling oncologie (kankergeneeskunde). Haar supervisor is een internist die gespecialiseerd is in oncologie, waar ze het goed mee kan vinden. Na enige tijd vraagt hij haar samen met hem een artikel te schrijven over een nieuwe kankerbehandeling. Dat wil zeggen, zij doet het werk en hij begeleidt het. Vindt ze leuk om te doen, en er volgt na circa een jaar een publicatie in een vooraanstaand medisch-wetenschappelijk tijdschrift. Ze heeft er veel weekenden en avonden in gestoken, maar dat vindt ze geen probleem. De specialist vraagt haar vervolgens of ze in haar vrije tijd een proefschrift wil schrijven (betekent dat ze naast het eerste nog circa 5 andere artikelen moet schrijven). Bovendien vraagt hij haar of ze niet wil starten met de opleiding tot internist. Gezien het mogelijke proefschrift en haar uitstekende functioneren zal hij haar aanbevelen bij de eventuele sollicitatie voor de opleiding tot specialist. Anna twijfelt. Ze moet voor haar werk als arts in het ziekenhuis erg veel nachtdiensten doen, en de werkdagen zijn lang. Recent heeft een patiënt een klacht over haar medisch beleid ingediend; hoewel helemaal onterecht slaapt ze er slecht van. Kortom, ze is erg gemotiveerd, ze kan het goed, ze wordt gewaardeerd, maar of ze zoveel van haar leven in haar werk wil stoppen, en of ze de druk aan kan: daar twijfelt ze over. Uiteindelijk besluit Anna toch voor de opleiding tot specialist te gaan, ze wordt bij de eerste sollicitatie op 26-jarige leeftijd aangenomen. De opleiding zal 6 jaar duren, en begint in het ziekenhuis waar ze nu werkt. Na 3 jaar moet ze die vervolgen in een ander ziekenhuis dat 80 km van haar woonplaats verwijderd is. Zo zijn de regels van de opleiding.

Joeri wordt ook anios. In zijn geval op de eerste hulp van een ander niet-academisch ziekenhuis. Na een half jaar heeft hij het daar gezien, en wordt anios bij de afdeling chirurgie van hetzelfde ziekenhuis. Ook hij zorgt voor de opgenomen patiënten, en hij mag onder begeleiding kleine operaties doen, wat hij heel leuk vindt. Hij ziet het niet zo zitten om nog lange opleidingen te doen, wil liefst zo snel mogelijk eigen baas zijn, en kiest voor de 3-jarige

opleiding tot huisarts. Hij wordt ook aangenomen, en kan starten bij een huisarts in de buurt van zijn woonplaats.

Nu wordt het drukker voor Anna en Joeri. Want ze krijgen 2 kinderen. Ze gaan beide 80% opleiding doen, waardoor die opleidingen  $\frac{1}{4}$  langer gaan duren. De dagen van Joeri in zijn opleiding zijn overzichtelijk. Hij begint om 8 uur en kan meestal om 6 uur naar huis. Anna maakt heel lange dagen, zij kan nooit voor 7 uur 's avonds weg. Zij moet ook veel nachtdiensten doen. Door de werkdruk neemt met name bij Anna de motivatie voor het vak af. Het wordt wel een heel lange en drukke weg. Joeri is als eerste klaar met zijn opleiding, hij is dan 31 jaar. Hij kan gemakkelijk aan de slag als waarnemend huisarts in de buurt van zijn woonplaats, elke paar maanden zit hij tijdelijk in een nieuwe praktijk. In de praktijken waar hij waarnemer is ziet hij de huisarts die praktijkhouder is 's avonds veel administratie en praktijkmanagement doen; het is hem duidelijk dat hij daar later geen zin in heeft. Als waarnemer doet hij alleen administratie voor zijn directe patiëntencontacten, en helemaal geen administratie na werktijd. Na werktijd wil hij andere dingen doen, bijvoorbeeld met zijn gezin, vrienden of sporten. Anna is uiteindelijk klaar als ze 35 jaar is. Nu moeten ze beide op zoek naar een definitieve baan.

Dat wordt een hele puzzel. Joeri wil wel verhuizen naar een kleine plaats om daar een huisartsenpraktijk over te nemen. Al is dat gedoe met die administratie iets wat hem tegenstaat. Voor Anna zijn er alleen maar tijdelijke banen op dit moment, en die zijn ver weg van hun huidige woonplaats, en ook niet in de buurt van waar Joeri zijn praktijk zou kunnen beginnen. Uiteindelijk besluiten ze daarom heel centraal in Nederland op een plek met veel zorginstellingen in de buurt te gaan wonen, en dus naar de randstad te verhuizen. Daar is immers de kans het grootste dat er voor beide een passende baan op redelijke reisafstand kan worden gevonden.

Nu wil ik graag iets over mijzelf te vertellen, Richard is geboren in 1957, en hij is dus ruim 30 jaar ouder dan Anna en Joeri.

Hij is vrij toevallig in de geneeskunde terecht gekomen, hij werd gewoon ingeloot. Mijn beide ouders hadden niet gestudeerd, en hoewel intelligente mensen, bemoeiden ze zich niet heel erg met mijn keuzes. Toen ik op het VWO was waren de jaren 60 net achter de rug. Mijn generatie had daar net geen deel aan, maar maakte wel alle veranderingen mee die hierdoor in gang waren gezet, en die zich nog grotendeels moesten gaan ontwikkelen. Ik had lang haar, vond de school niet leuk, en experimenteerde met drugs. Reizen deed ik grotendeels liftend. Destijds allemaal eerder regel dan uitzondering. Ik wilde zeker studeren, maar wat dan? In ieder geval wilde ik naar Amsterdam, omdat daar alle interessante dingen leken te gebeuren. Eerst schreef ik me in voor politicologie, op het laatste moment wisselde ik naar psychologie. Dat heb ik een jaar gestudeerd, maar ik vond het te vaag. Vervolgens schreef ik me in voor de loting. Als alternatief (bij uitloting) de studie Nederlands.

Ik werd ingeloot voor Geneeskunde aan de UvA en vond de studie eigenlijk vanaf de eerste dag geweldig. Er waren allemaal senior docenten (hoogleraren) die in het eerste jaar les gaven, en die enorm hun best deden hun vak op een zo interessant mogelijke wijze te brengen. En dat bleef allemaal zo in de jaren erna. De internisten waren zeer prominent in alle studie jaren aanwezig, met hun patiëntencolleges (de patiënt vertelde haar verhaal in de

collegezaal, daarna volgde een interactieve analyse van de zieke en de ziekte samen met de studenten, meestal zo'n 100). Bijvoorbeeld prof Johan Vreeken, de man van de stoel in mijn titel, waarover later meer. Er heerste een uitnodigende sfeer. 's ochtends college en 's middags practicum. De studie gold als moeilijk, maar ouderejaars studenten lieten je weten dat het allemaal best meeviel. Eigenlijk vond ik de basisvakken veel leuker dan de medische vakken.

Ik vond de vrijheid van het studentenleven heerlijk. Behalve de practica waren er geen verplichtingen. Een zomervakantie van 3 maanden. 3 keer per jaar een tentamenperiode, waar je op je eigen manier je planning voor kon inrichten. Deze studententijd is ook de periode waarin je volwassen wordt, vriendschappen en relaties opbouwt die je vaak je hele leven onderhoudt. Hier had ik meer moeite mee. Ik wist eigenlijk niet zo goed wat ik wilde en wat en wie het beste bij mij paste. Soms voelde ik me erg eenzaam, en leek het bij anderen beter te gaan in sociaal opzicht. Maar mijn studie hield me op de been. In die tijd ben ik erg belezen geraakt, daar was veel tijd voor. Maar ik vond het ook leuk om dingen naast de studie te doen op het gebied van de basisvakken. Ik werd kandidaat-assistent bij de afdeling fysiologie, en ik ging onderzoek doen bij de afdeling farmacologie. Een tijdje wilde ik zelfs geen arts meer worden, maar verder gaan in een basisvak.

Deze jaren waren voor mijn loopbaan tot op de huidige dag heel vormend. Ik kreeg veel, wat je nu zo zou noemen, 'positieve feedback', en dat werkte op mij erg motiverend. De studie ging goed, ik vond het leuk, deed er veel naast, en die combinatie van enthousiasme en iets kunnen maakte dat ik overal graag gezien werd. Ik wist zelf eigenlijk niet zo goed wat ik wilde, en liet mij meevoeren door die positieve reacties. Daar zat wel een sterke toevalsfactor in. Achteraf denk ik dat daar ook nadelen aan zitten. Het heeft ook iets van de weg van de minste weerstand, fijn dat je zo positief wordt ontvangen, maar past die activiteit ook echt bij je?

In 1981 begon ik mijn ziekenhuisstages in het Wilhelmina Gasthuis in Amsterdam. Hier voelde ik me veel minder op mijn plaats dan in de collegebanken en bij de practica. Het begon er mee dat ik me verbaasde over de organisatie. Ik had me altijd voorgesteld dat een ziekenhuis een 24/7 continubedrijf was, maar het bleek gewoon een bedrijf met (heel lange) kantooruren te zijn, 's avonds, 's nachts en in het weekend waren er maar heel weinig artsen aanwezig. Er bleken intimiderende gezagsverhoudingen te zijn met heel veel niveaus. De co-assistent was de laagste in rang, daarna kwamen vervolgens aios, dan kwamen de stafleden, en vervolgens de professor. Als co-assistent had je vooral te maken met het niveau direct boven je, de aios. Deze persoon bleek ongeveer dezelfde positie te hebben als een strenge leraar op de middelbare school. Je was er volledig van afhankelijk. De co-assistenten onderling gedroegen zich ook als leerlingen van een schoolklas, die er veel belang bij hebben het gedrag van die 'leraren' te bestuderen, zo mogelijk te manipuleren, en bij hen als het even kan in een goed blaadje te komen. Verder bleek hier de feedback vooral negatief te zijn. Je moest ook assertief zijn om je eigen belangen te bewaken. Er heersten hier allerlei ongeschreven regels, die tot enorme repercussies leidden als je je er niet aan hield. Verder werd je geacht iedere ochtend stipt 8 uur aanwezig te zijn, en pas na een heel lange dag (vaak tot in de avond of soms met zelfs met een nacht erbij) weer naar huis te gaan.

Inmiddels was ik op eigen initiatief al enkele jaren bezig met een farmacologisch promotieonderzoek op de afdeling van prof Vreeken. Daar kreeg ik 3 jaar volledig de tijd voor en ik kreeg daarbij een salaris. Mijn theoretische kennis, en mijn enthousiasme voor dat onderzoek leidden ertoe dat ik promotie en co-schappen ging combineren en dat ik na mijn promotie kon beginnen aan mijn opleiding tot internist. Veel moeite heb ik niet moeten doen om aangenomen te worden voor deze opleiding. Het was mij vanaf het begin duidelijk dat ik mij mee had laten voeren door de positieve feedback, en dat ik de negatieve aspecten (die misschien wel veel belangrijker waren) niet liet meewegen. Wat ook meetelde was dat het perspectief om medisch specialist te worden heel aantrekkelijk leek omdat iedereen in mijn omgeving daartegen opzag. Op 1 oktober 1993 was ik dan internist. Prof Johan Vreeken was er nog steeds, inmiddels hoofd van Interne Geneeskunde in het AMC. Men wilde dat ik bleef als staflid Interne Geneeskunde, met name vanwege mijn expertise in farmacologie. Inmiddels had ik me leren aanpassen aan alle dingen die ik niet zo leuk vond, en me op die manier door de opleiding heen geworsteld.

Wat is het contrast tussen Richard en Anna en Joeri? Richard kwam min of meer bij toeval in het vak, hij wist ook nooit zo goed wat hij wilde en werd vaak verrast. Anna maakt heel gerichte keuzes op grond van haar motivatie, maar het is de vraag of zij daardoor wel ziet waarvoor ze kiest. Joeri zoekt gewoon een baan, en heeft misschien beter dan Anna en Richard een enigszins realistisch beeld van voors en tegens; hij is ook in staat zichzelf beperkingen op te leggen.

Anna en Joeri, hoewel volledig fictief, zijn artsen die ik elke dag meemaak. Hun levensschets geeft een aantal belangrijke uitdagingen van medisch Nederland met impact op de zorg in Nederland weer, waar je ook in de media veel over kunt lezen. Die uitdagingen zijn bijvoorbeeld:

- Er zijn veel artsen in de randstad, maar tekorten daarbuiten
- Er zijn weliswaar veel huisartsen, maar er zijn ook veel plaatsen waar patiënten geen huisarts meer kunnen vinden
- Er is behoefte aan generalistische en preventieve zorg, maar daar is onder artsen weinig interesse in
- Er is een toenemende mate van uitval onder artsen en medisch-specialisten in opleiding

Hoe is dit alles dan te verklaren? Ik zal proberen dit aan de hand van Anna en Joeri te verklaren.

Anna en Joeri verhuizen naar de randstad en gaan niet in de kleine stad wonen waar Joeri een huisartsenpraktijk kan overnemen. Zij doen dat niet omdat Anna in die kleine stad vrijwel zeker geen baan kan vinden. Hier is een nieuwe generatie dokters waar wij geen rekening mee hebben gehouden. De huisarts die in 1980 begon met de praktijk in die kleine stad was weliswaar ook een man als Joeri, maar hij had een partner die gewoon meeverhuisde; zij maakte zich geen zorgen over het feit of er aldaar wel een baan voor haar zou zijn. Dit probleem is ontstaan door maatschappelijke veranderingen waar de medische opleidingen niet in zijn meegegaan. Wij als opleidingen laten het immers gebeuren dat



partner Anna op 36-jarige leeftijd op zoek moet naar een baan ergens in Nederland, die ze vermoedelijk niet snel kan vinden. Waar de arts vroeger als enige een baan zocht, hebben bijna alle artsen nu partners die zich niet ondergeschikt maken aan de belangen en de baan van de ander. Zij willen ook een baan op hun niveau. Ik zal aan het eind een voorstel doen om dit beter te maken.

Joeri ziet op tegen administratie, die de huisartsen die hij tijdens zijn waarnemingen tegenkomt allemaal 's avonds en in het weekend doen. Hij kiest er voorlopig voor waar te nemen, want dan hoeft je helemaal geen administratie te doen. Zo blijkt dat jonge huisartsen veel minder dan vroeger praktijkhouder willen worden. Vanwege precies deze reden. Ook heeft de huisarts natuurlijk geen partner meer die hier een rol in kan spelen (die partner heeft immers zelf een drukke baan tegenwoordig). Ook hier zijn de maatschappelijke ontwikkelingen niet heel behulpzaam. Het is voor niemand in deze zaal een geheim dat de druk om alles te administreren in heel Nederland is toegenomen. In een medische praktijk geldt dit niet alleen voor de directe zorg (wat is er met een patiënt besproken of afgesproken), maar er is ook veel administratie door verplichte audits, verplichte eigen protocollen, verplichte reflectie op het eigen functioneren, verplichte expliciete verantwoording van het bestede geld, etc. Die dingen zijn allemaal op zich goed en begrijpelijk, maar het kost heel veel tijd.

Waarom kiezen Anna en Joeri er niet voor om arts verstandelijk gehandicapten te worden, om specialist ouderengeneeskunde, arts bij de GGD infectieziekten-bestrijding, arts verslavingszorg, of bedrijfsarts te worden? Het zijn beroepen met grote tekorten, met een korte opleiding, en goede baankansen dicht bij huis. Dit heeft vermoedelijk te maken met de beeldvorming in media, die tijdens de geneeskundestudie nog wordt versterkt. In media zijn de helden meestal medisch-specialisten in een ziekenhuis, minder vaak huisarts, en heel zelden bijvoorbeeld bedrijfsarts. De huidige studie geneeskunde is dan niet erg goed bezig, want deze focust zich tot op de huidige dag voor 95% op ziekenhuisgeneeskunde, en dan is het niet gek dat artsen daar ook massaal voor kiezen.

Gelukkig zijn Joeri en/of Anna niet gestopt met hun studie geneeskunde of hun opleiding tot internist en huisarts. Maar dat is wel wat toenemend gebeurt. Er lijkt een ware epidemie van uitval te zijn door demotivatie en burn-out. Hoe kun je dat nu weer verklaren. Voor een deel denk ik uit het lange traject dat Anna en Joeri volgen, waarbij je heel vaak moet solliciteren voor een volgende fase en waar veel druk is om aan je CV te werken. Een arts blijft tot lang na haar dertigste levensjaar een leerling, met alles wat daarbij hoort, en dat gaat knellen. Maar er speelt ook nog iets anders.

Er zijn 3 dingen die samen grotendeels bepalen of iemand zin in zijn werk heeft: waardering krijgen, zinvol werk doen, en autonomie, dus invloed hebben op arbeidstijden, roosters, en indeling van het werk. Alle 3 staan onder druk bij de specialisten in opleiding.

Het beroep van arts is uiteraard zinvol werk, maar de tegenwoordige arts zit meer achter de computer haar administratie bij te werken dan dat zij in contact is met een patiënt. Er is zeker waardering, maar die is er vooral als iemand 'levert': artikelen schrijft, initiatieven neemt, diensten overneemt bij ziekte etc. Denk ook even aan de LinkedIn-cultuur, waarin mensen vooral successen lijken te behalen. Negatieve waardering bestaat helaas ook: angst

voor klachten van patiënten, angst om fouten te maken, angst om 1 van de vele regels (die heten 'richtlijnen' in ons vak) te overtreden. Autonomie is een groot probleem tijdens medische opleidingen. Door de gezagsverhoudingen die ik geschetst heb zijn aios tot op hoge leeftijd (tot zij klaar zijn met hun opleiding ergens rond hun 35<sup>e</sup> levensjaar) niet in staat zelf hun werk in te delen. Zij hebben bijvoorbeeld heel weinig invloed op werktijden, en kunnen maar beperkt de inhoud van hun werk bepalen.

Hoe is het met het werkplezier van Anna en Joeri. Beide zijn ze gemotiveerde dokters. Anna krijgt zeker positieve feedback en waardering bijvoorbeeld voor het promotie-onderzoek dat zij grotendeels in haar vrije tijd doet. Anna is op LinkedIn maar alleen over haar promotieonderzoek post zij af en toe iets. Verder is er waardering voor haar werk in het algemeen, maar die is nooit expliciet. Zij is erg bang opnieuw een klacht te krijgen en houdt zich daardoor iets te krampachtig aan de zogenaamde richtlijnen (vindt zij zelf). Vaak logt ze 's avonds vanuit huis nog in om te kijken of ze niets vergeten is. Ze heeft een achterstand bij haar administratie, en het ziekenhuis heeft een systeem van dagelijkse automatisch reminders per email om haar hiervan op de hoogte houden. Dit systeem heeft een onvriendelijke toon. Zij werkte vaak op een afdeling waar naar haar mening de taken die ze kreeg voor haar minder leerzaam waren. Ze kon daartegen niet protesteren, vond ze, want ze was bang dat haar dat zou worden kwalijk genomen. Voor Joeri is het werk dat hij doet wel zinvol, vooral door het directe patiëntencontact. Maar hij ziet ook dat de huisarts in toenemende mate een praktijkmanager wordt, en dat ziet hij weer niet zitten. Hij twijfelt erg of hij een praktijk wil overnemen, met alle extra werk dat daaraan vastzit. Misschien blijft hij gewoon altijd waarnemer, waarom eigen niet, er is werk genoeg immers.

De meeste aios zetten tijdens de opleiding ondanks alles gewoon door, net als Anna en Joeri. Zij zijn ervan overtuigd dat het systeem toch niet kan veranderen, en dat het zonde is zo'n lange weg die je al grotendeels hebt afgelegd niet tot het einde te doorlopen. Bovendien zijn artsen geen activisten. Deze houding heeft tot gevolg dat de aios die overblijven, inmiddels dus medisch specialisten en huisartsen, een 'survivor-populatie' zijn. Het zijn mensen die in heel moeilijke situaties kunnen overleven, en met slechte omstandigheden en veel stress kunnen omgaan. Vaak zijn ze later als medisch specialist of huisarts niet zo gevoelig voor de problemen van aios (zij zeggen dan: ik heb dat ook meegemaakt, je moet erdoorheen, zo gaat het nu eenmaal). Zij hebben daar dus toch blijkbaar iets van overgehouden.

Nu zeg ik Anna en Joeri even vaarwel, ik hoop dat ze een baan vinden, en dat ze daar uiteindelijk beide happy mee worden. Hoe ging het verder met Richard toen hij een baan had.

In het AMC werd onderwijs geven hogelijk gewaardeerd, en daar was ik erg goed in. Met veel plezier was ik nu stafid en dus supervisor van aios. Ik had mezelf namelijk voorgenomen als het even kan geen hiërarchie te creëren, en eerlijk te zijn over mijn beperkingen en onzekerheden, en dat had effect. Ik werkte veel. Dat laatste kon ook omdat ik van mijn partner, Annette, daarvoor alle ruimte kreeg. Zij is ook arts, maar werkte 60% parttime als basisarts in de bedrijfsgeneeskunde, zorgde meer dan ik voor onze 2 kinderen. Wij woonden altijd dicht bij het ziekenhuis. En in de randstad.

In 2002 kreeg ik de mogelijkheid om hoofd van de AMC-onderwijsorganisatie te worden. Ik werd gekozen omdat ik zo goed onderwijs gaf. Onderwijs geven en goed geven was prestigieus in het AMC, maar onderwijs besturen en organiseren is een heel ander vak. Ik was een uitstekende docent, maar een onderwijsorganisatie leiden? Past mijn persoonlijkheid wel bij besturen en belangen verdedigen, vroeg ik mij af. Maar omdat ik het verzoek als zo vleidend ervoer ging ik het toch doen. Mijn bestuursstijl was dat ik anderen zoveel als maar kan de mogelijkheid gaf zich te profileren. En dat werkte voor een deel verrassend goed. Besturen, niet als een leider, maar als een soort coach van het groepsproces in een bestuur, bleek best aardig te kunnen werken. Ook het intensieve contact met studenten, dat mij erg deed denken aan mijn eigen studententijd, vond ik heerlijk. Vastomlijnde ideeën over 'hoe het moet' had ik niet zo veel. Ik had ze wel over mijn eigen onderwijs (vele en goede), maar niet voor een curriculum.

Wat ik leuk vond en wat ook goed ging, was de zijde van de studenten te kiezen als het maar even kon. En vaak hebben de studenten heel goede ideeën. En zo deed ik het bij studenten en later ook bij de aios in Maastricht, ik probeerde hun belang te dienen, door ze hun eigen zin te laten doen. Dat heeft ook een keerzijde. Sommige studenten weten niet zo goed wat ze willen of willen dingen die voor henzelf niet verstandig zijn. Eigenlijk heb ik die houding aangenomen tegenover iedereen die mijn 'leiding' (tussen aanhalingstekens) nodig heeft. Bedenk het vooral zelf, en ik help je denken, en wil graag barrières slechten die jou in de weg staan. Maar ik ga je niets voorschrijven.

In 2005 werd ik gevraagd door Coen Stehouwer, sinds kort hoofd Interne Geneeskunde, of ik niet naar Maastricht wilde komen als hoogleraar en een soort tweede man aldaar. Naar de mening van Coen paste mijn onderwijs CV daar goed bij, Universiteit Maastricht was immers de onderwijsuniversiteit. Ook hier telde weer de waardering die hieruit sprak. Ik vond het een heel moeilijke beslissing.

Maastricht is ver weg van de randstad (wij woonden bij Utrecht en ik werkte in Amsterdam), ik kende behoudens Coen bijna niemand in Maastricht. Het zou betekenen mijn huis verkopen, Annette moest een nieuwe baan zoeken, mijn kinderen (toen 5 en 7 jaar) naar een nieuwe school. Maar Annette ging erin mee. Zij paste zich aan door zich op haar 42<sup>ste</sup> jaar te laten omscholen tot huisarts. Met alle hiërarchie, studeren voor een heel nieuw vak, etc, erbij. Echt heel erg knap, en niet velen zullen het haar nadoen. Eigenlijk bizar dat ik dat haar gevraagd heb, maar ze deed het. Inmiddels is ze huisarts in Sittard met een eigen praktijk. Als je als koppel van 2 artsen met ook kinderen iets wilt bereiken is blijkbaar grote flexibiliteit nodig. En ook een flinke dosis geluk.

Maastricht heeft een heel erg andere opzet van de studie geneeskunde dan Amsterdam. Waar in Amsterdam nog veel 'passief' onderwijs is (colleges bijvoorbeeld), is in Maastricht alles gericht op zelf doen door de student. PGO oftewel probleem-georiënteerd onderwijs heet dit. Maastricht is er letterlijk wereldberoemd mee geworden. Ontstaan begin jaren 70 van de vorige eeuw aan de McMaster Universiteit in Canada werd het in Maastricht als 1 van de eerste universiteiten vanaf de start in 1974 overgenomen. Wat is er zo revolutionair aan? Wel, de student staat centraal, de student is actief bezig, de student leert met als uitgangspunt praktische problemen. Theoretisch studie staat altijd in dienst van praktische vragen. De docent hoeft geen les te geven maar is een begeleider.

Zo werd ik dus bij wijzen van spreken de opleider van Anna. En zo leerde ik in de loop der jaren ook Joeri kennen. Dat wil zeggen: artsen die na 6 jaar geneeskunde studie een vervolgopleiding tot internist willen doen in de regio Zuid-oost Nederland vielen onder mij. Mijn opgave werd hun opleiding op individuele basis vorm te geven. Zij zitten eigenlijk in een soort PGO-systeem, waarbij het ziekenhuis hun leer/werkplek is. Zij moeten de mogelijkheid krijgen zelf taken op zich te nemen die voor hen leerzaam zijn. Ziekenhuizen vinden het moeilijk om de aios die zelfstandigheid toe te staan. Deels is dat goed te begrijpen. De patiënt is immers geen 'ding' voor onderwijs, maar een mens die geholpen moet worden. Maar het is ook wel vreemd, waarom zouden hoogopgeleide mensen in de leeftijd van 25-35 jaar niet volledig hun eigen werk kunnen indelen? Om aan die beide dingen recht te doen heb je een opleider nodig.

Weliswaar is er een programma, voornamelijk bestaande uit medisch-inhoudelijke elementen als eerste hulp, de polikliniek, en diverse stages zoals de intensive care, maar daarnaast worden de artsen in opleiding tot specialist geacht competenties te ontwikkelen, zoals communicatie, samenwerken, organiseren etc. Sinds de afgelopen 20 jaar wordt dit gezien als misschien wel net zo belangrijk voor een medisch specialist als de medische inhoud. Want u zult dit denk ik uit eigen ervaring herkennen: je zult niet snel een medisch specialist tegenkomen die haar vak niet kent, maar iedereen is wel een medisch specialist tegengekomen die niet goed kan communiceren, die niet goed luistert, die haar praktijk slecht organiseert, etc. Dat programma moet aangepast worden aan de individuele behoefte van de aios. Althans dat is de bedoeling.

Ik werd dus wat je tegenwoordig noemt een 'HR' persoon (human resource persoon, iemand van de personeelsdienst), of een coach. Daarbij was ik verantwoordelijk voor zowel de individuele begeleiding van de aios (dat zijn artsen in opleiding tot specialist), als voor het organiseren van hun curriculum bestaande uit stages, en lessen.

Allereerst zal ik u zeggen wat mij erin heeft aangetrokken. In het begin van mijn verhaal heb ik u verteld hoe ik vanuit de collegebanken in de praktijk kwam en hoe mij van alles tegenviel: de hiërarchie, de lange werkdagen, de matige onderlinge sfeer, de assertiviteit je nodig had om te overleven, de voornamelijk negatieve feedback. Plotseling, ik kan het niet anders noemen dan dit, had ik het gevoel dat ik verantwoordelijk was voor dit alles. En dat 'for better or for worse', dat wil zeggen in alle omstandigheden. Ik zag het direct als dé uitdaging en als mijn opdracht om hier iets mee en aan te doen.

En ik kreeg daar ook alle mogelijkheden voor: ik ging plotseling over alle individuele roosters, ik mocht aios beoordelen en feedback geven, ik mocht de conflicten bemiddelen en oplossen, ik mocht wijzigingen invoeren om het beter te maken, ik kon minder assertieve aios helpen overleven, en ik kon negatieve feedback – mits onredelijk, en dat was vaak zo – buiten werking stellen. Voorwaar een heel bijzondere en eigenlijk nauwelijks voorstelbare machtspositie.

Het mooie is dat de overheid de rol van die opleider in de afgelopen jaren heeft versterkt. Dat betekent dat de opleider ervoor garant staat dat de aios de noodzakelijke competenties bezit aan het einde van de opleiding, maar dat de door de aios afgelegde weg grotendeels

kan worden geïndividualiseerd. Wat zou ik als opleider dus bijvoorbeeld voor Anna hebben kunnen doen:

- 1) Anna bij het begin wijzen op het probleem van het stapelen van taken: opleiding, promotie, gezin, partner, de stress van die lange opleiding, het probleem een baan te vinden voor haarzelf en Joeri.
- 2) De collegaspecialisten ontmoedigen om Anna naast haar werk te beginnen aan een promotieonderzoek; althans hen voor de keuze stellen daar tijd (en dus geld) voor te vinden of het niet te doen.
- 3) Anna's taken verlichten: de opleiding aanzienlijk verkorten, 60% werken wel mogelijk maken, Anna minder diensten laten doen (en aan de medisch specialisten vragen die over te nemen), zorgen dat Anna 1 jaar helemaal ongestoord aan haar promotieonderzoek kan werken (maar dat geld is niet zomaar gevonden).
- 4) Niet steeds komen met: 'regels zijn regels', 'je wist het van tevoren', maar begrijpen dat zo'n enorm lang traject door een jeugdige persoon niet kan worden overzien. En typisch voorbeeld vind ik in dit verband het bespreken dat een vrouw over enkele jaren waarschijnlijk kinderen zal hebben (al is ze nu 27 jaar en heeft geen vaste partner).
- 5) De stress die aios ervaren bij bijvoorbeeld klachten van patienten over het medisch beleid van de aios proberen te verminderen. Ermee omgaan, en hoe dan, is hier wat je kunt doen. Een ware cultuur van openheid. Ondanks alle goede wil van specialisten is die cultuur er (nog) niet.
- 6) Rekening houden met de persoonlijke omstandigheden van aios: waarom kan een aios bij grote woon-werkafstand niet beginnen om 10 uur ipv 8 uur (zodat zij haar kinderen nog ziet).

Het is nu zeker de vraag of ik deze mijzelf gestelde opdracht enigszins heb kunnen waarmaken. Ik heb er in ieder geval mijn best voor gedaan.

Maar er zijn ook structurele oplossingen nodig.

Om u deze te kunnen schetsen geef ik weer enige achtergrondinformatie. Artsen worden opgeleid tot medisch specialist in door de overheid aangewezen ziekenhuizen, de zogenaamde opleidingsziekenhuizen, zo'n 80 in Nederland. Dat wil zeggen: alleen die ziekenhuizen worden er door de overheid voor betaald. De overheid betaalt die ziekenhuizen heel erg veel geld voor elke aios: ongeveer 2,5 keer het jaarsalaris voor elke aios. De ziekenhuizen krijgen dus veel meer dan die aios kost. De motivatie hiervoor is tweeledig: dan kunnen de specialisten in dat ziekenhuis er ook tijd in stoppen (waarin ze dus geen geld kunnen verdienen met het behandelen van hun eigen patiënten), en de overheid kan eisen stellen aan de wijze waarop die aios worden opgeleid: 'wie betaalt bepaalt'. In de praktijk is er van deze idealistische organisatie wel iets maar niet veel terechtgekomen, de aios blijft grotendeels een welkome extra zorgverlener, die bijvoorbeeld alle ANW-diensten doet, en met het extra geld dat een ziekenhuis verdient aan de aios wordt de ziekenhuisbegroting kloppend gemaakt. Er zijn evaluaties van de opleidingen, maar die gebeuren door de beroepsgroep zelf. De slager die zijn eigen vlees keurt. Slechte opleidingen worden niet beter, en of een opleiding goed of slecht is kan met de huidige evaluaties niet worden vastgesteld.

Ziekenhuizen hebben op dit moment geen enkele prikkel om goed op te leiden. De reden überhaupt op te leiden is vooral het vele geld dat een aios oplevert. Op dit moment is het verdelen van aios over ziekenhuizen op grond van echte en eerlijke evaluaties door aios (op grond van de criteria die ik u noemde, met name autonomie) niet mogelijk, de ziekenhuizen verzetten zich hier hand en tand tegen.

Rapporten over de gehele sector medische beroepsopleidingen door externe onafhankelijke organisaties vallen onveranderd zeer negatief uit. De arbeidsomstandigheden van de aios in ziekenhuizen zijn niet goed. Er heerst willekeur. In 2021 heeft de voormalig Nationaal Ombudsman prof Brenninkmeijer hier een zeer kritisch artikel over gepubliceerd waarin zeer goed onderbouwd wordt gepleit om dit helemaal om te gooien. Maar daar is niets mee gedaan.

Welke structurele maatregelen zouden mijns inziens de situatie van artsen in opleiding beter maken. Ik noem er twee.

- 1) Ervoor zorgen dat het werkplezier en opleidingsklimaat daadwerkelijk beter wordt. Dit opleidingsklimaat is grof gezegd alles wat je aan wensen van aios toestaat, van 60% werken, tot om 10 uur beginnen, tot het creëren van een cultuur van openheid over klachten van patiënten over het medisch handelen van artsen. Dit sluit aan bij de opmerkingen van prof Brenninkmeijer. Ik zou de aios meer macht willen geven in het inrichten van hun opleiding.

Dat zou kunnen door de aios aan ziekenhuizen toe te wijzen op grond van evaluaties omtrent het zogenaamde 'opleidingsklimaat'.

Het zou helemaal niet moeilijk zijn zo'n systeem werkend te krijgen. Het verdelen van aios over opleidingsziekenhuizen komt niet meer in handen van de ziekenhuizen maar in handen van een regionaal bestuur, bestaande voor 1/3 uit aios, 1/3 uit opleiders, en 1/3 uit een neutrale personen. Dit bestuur verdeelt de plaatsen op grond van echte evaluaties. De ziekenhuizen krijgen dus een incentive een daadwerkelijk goed opleidingsklimaat in te richten. Anders verdwijnen de aios.

- 2) We hebben gezien dat Anna en Joeri naar de randstad zijn verhuisd omdat er anders geen baan te vinden is voor beide. Het vinden van een baan in de buurt waar de aios (met partner en gezin in een koophuis) woont, kan worden vergemakkelijkt door de opleidingsstructuur te wijzigen. Nu moet een aios het hele traject doorlopen (zoals hierboven geschetst vaak meer dan  $6+3+6 = 15$  jaar) alvorens een baan te gaan zoeken die op een heel andere plek in het land is. Veel beter zou zijn de aios na veel kortere tijd bijvoorbeeld  $6+3 = 9$  jaar als internist te registreren, en haar daarna te laten werken als generalist in het ziekenhuis waar zij werkt. In latere instantie kan zij dan eventueel de laatste 3 jaar van haar opleiding alsnog doen, maar dan met het oog om in het huidige ziekenhuis te kunnen blijven (zij moet dan kiezen voor een laatste stuk opleiding waar in haar huidige ziekenhuis behoefte aan is). Dit laatste voorstel is overigens van mijn gewaarde collega dr Wim Meijer, internist en oncoloog.

Het heeft als bijkomend voordeel dat er veel meer generalisten komen, en dat is ook gewenst.

Het zijn 2 voorstellen die u misschien triviaal in de oren klinken, maar die in opleidingsland op dit moment onbespreekbaar zijn.

Tot hier heb ik gesproken over mijn werk, hoe ik dit wilde invullen, welke uitdagingen er zijn, en hoe het vak is veranderd in de loop der jaren. Ik ga afronden.

Toen in 1995 Johan Vreeken, waar ik het al vaker over heb gehad in deze rede, en waar ik groot respect voor had, afscheid nam was hij zichtbaar onzeker over zijn 'nalatenis'. Ze hadden een opvolger gekozen waar hij niet blij mee was. Hij was al lang op allerlei gebied overvleugeld door de artsen die hij had opgeleid, zeker op zijn interessegebied de bloedstolling. De waardering voor hem was zeker niet meer uniform. Hij maakte zich denk ik zorgen over wat hij zou nalaten.

Ik kwam hem tegen terwijl hij over het stafgebied zijn bureaustoel voortschoof: wie wil die hebben. Het was ooit een hele luxe bureaustoel, ooit duur geweest. Maar nu niet meer in de mode, en zelfs was het naar mijn intuïtieve inzicht de vraag of de kringloopwinkel er interesse in zou hebben. Uiteindelijk bleek een senior collega bereid de stoel in ontvangst te nemen. Hij vond het zo zielig dat Johan zijn erfenis niet kwijtraakte. Maar die stoel kwam natuurlijk nooit in de kamer van die collega. Glunderend vertelde Harry dat hij het zo zielig vond Johan te zien leuren met die stoel en dat hij hem toen maar had genomen.

Afscheid nemen heeft iets zieligs, je zou graag iets achterlaten, maar het nieuwe team heeft niet veel aan jouw oude meuk, en wil graag verder. Je bent ook al achterhaald als je weggaat, ook al zijn de anderen te beleefd om dat letterlijk te zeggen. Ik begrijp dat, en zo mag u mijn rede ook verstaan.

Om die reden heb ik mijn eigen meubilair een jaar voor mijn vertrek geheel opnieuw laten bekleden, en toen voorzichtig aan de collegae aangeboden. Met mijn telefoon heb ik er geprobeerd aantrekkelijke foto's van te maken als in een woontijdschrift. Het was in korte tijd allemaal weg. Dat deed me goed. Ik hoop dat ik het niet binnenkort aantref bij de kringloop.

Beste aanwezigen, graag wil ik nog enkele woorden van dank uitspreken.

Veel dank aan alle aardige aiOS en studenten, door jullie heb ik mijn werk altijd leuk gevonden. De ontspannen gesprekken, jullie eerlijkheid, de enorme diversiteit in wat jullie wilden en niet wilden, dat was mijn uitdaging. Ik hoop dat ik daar iets van heb kunnen maken. Ik wens je toe dat je na je afstuderen iets behoudt van de frisse jeugdigheid.

Mijn collegae specialisten: ik heb wat nare woorden over jullie gezegd; ik wil toch een kleine nuancering aanbrengen (als dat nog mag). Als collectief heb ik geen hoge pet op van medisch specialisten, maar als individu had ik met ieder van jullie een goede band. Dat begon in de tijd dat ik aiOS was, meer dan 30 jaar geleden. Samen wat drinken midden in de nacht tijdens de nachtdienst (kon toen nog, niet schrikken, leidde niet tot ongelukken), de

anekdotes en belevenissen die we elkaar vertelden, ik vond het super. En dat is altijd zo gebleven, ik heb het persoonlijk contact met jullie allen zeer gewaardeerd. Wel was ik denk ik iemand die altijd afstand hield, zo zit ik nu eenmaal in elkaar. Ook houd ik van betrekkelijk flauwe en afgezaagde grappen, jullie hebben er altijd beleefd om gelachen. Dank! Mijn kinderen sluiten al mijn grappen overigens als volgt direct kort: 'jouw grappen worden ongeveer gewaardeerd door kinderen van maximaal 7 jaar, en bespaar ons je verdere verhaal'.

Ik ben hier gekomen via prof Coen Stehouwer. Een gigant op het gebied van medisch onderzoek, een heel eerlijk en ethisch persoon, maar ook niet de makkelijkste om mee om te gaan. Maar ik heb veel aan je gehad, heel jammer dat je hier niet bij kunt zijn. Dat het bestuur van dit ziekenhuis en deze faculteit niet in staat zijn gebleken jou te behouden, zal Maastricht nog jaren blijven achtervolgen. Maar misschien is het ook onvermijdelijk, een Cruijff of Messi moet nu eenmaal vertrekken na gedoe met de directie. Gelukkig is die directie binnenkort volledig vergeten, maar jouw prestaties hier zullen nog heel lang in deze organisatie leven, en niet alleen hier maar ook ver buiten Maastricht.

Aan mijn ouders die mij het beste wensten en het beste met mij voorhadden, maar die zich verder niet bemoeiden met mijn keuze. Zij waren hier bij mijn oratie 2007, mijn moeder viel toen flauw bij de receptie na afloop. Emotie. Zij leeft sinds 2 jaar niet meer, mijn vader is inmiddels 100 jaar maar kan hier niet meer bij zijn. Aan hen heb ik gezien hoe een lang leven met veel goede maar ook moeilijke dingen verloopt, ik heb er veel respect voor.

Annette, mijn vrouw, de huisarts. Je hebt me altijd heel erg ondersteund. Zonder jou zou ik hier niet zijn. Toen Maastricht in beeld kwam zei je direct: 'dat moet je doen', en je was bereid door je inzet en lieve steun dit tot een succes te maken. Ik heb bewondering voor datgene wat je allemaal daarvoor hebt gedaan. Mijn kinderen, Felix en Renate, ik was al 40+ toen jullie geboren werden, ik ben dol op jullie en door jullie blijf ik jong en enthousiast.

Hartelijk dank voor jullie aandacht, ik heb gezegd.