

Luc Bonneux is arts en epidemioloog. Hij werkt momenteel in een verpleeghuis.

## Luc Bonneux

‘Ik ben graag arts, bezorgd om echte mensen’



VINCENT BOON

## Machtsmisbruik

In 2011 besloot ik de schijnwereld van het moderne epidemiologische onderzoek te verlaten. Er waren pushfactoren. Ik walgde van het moderne epidemiologische bedrijf: het onbenullige statistische dreggen om van niets iets te maken, het leugenachtige gezwets over ongezond leven en gezond aftakelen (*healthy aging*), de normloze promotie van overbehandeling door screening, massaprofylaxe en onbenullige vaccinaties. Maar er was ook een pullfactor. Ik ben graag arts, bezorgd om echte mensen. Toen ik besloot weer arts te worden, na vijfentwintig jaar onderzoek, was ik bepaald niet over een nachtje ijs gegaan. Dankzij Samenwerkende Opleidingen tot specialist Ouderengeneeskunde Nederland (SOON), kreeg ik een erg mooie plek als basisarts in de ouderengeneeskunde – daar ben ik SOON zeer dankbaar voor. Toen ik naar het intakegesprek bij de opleiding ging – oorspronkelijk wilde ik een jaartje opleiding volgen – werd ik ‘voorlopig’ afgewezen omdat er te veel vragen over mijn motivatie bestonden. Ik had de NHG-Standaard geblokt over medisch handelen bij urgenties (de rest kan je opzoeken, en met mijn expertise snel en efficiënt): ik wilde bewijzen dat ik wel oud, maar toch bekwam was. Er is me geen vraag over medische competenties gesteld. Toen vervolgens die cursusjaargang niet doorging wegens gebrek aan kandidaten, betekende dat het einde van mijn motivatie om een jaar opleiding te volgen. Het kan erger. Een jonge Slavische arts, die zoals velen van haar taalgroep snel en uitstekend Nederlands had geleerd, werd aanvankelijk ook afgewezen. Dit na een jaar praktijk in de ouderenzorg bij een bekwame arts-opleider, die tevreden was over haar functioneren. Dat kostte haar een jaar wachten.

Een dergelijk intakegesprek is een prognostische diagnostische test, met valspositieven (mensen die onterecht worden aangenomen) en valsnegatieven (mensen die onterecht worden afgewezen). Aan die foutenlast hangt een prijs: mensen die hun broek verslijten op een ongepaste schoolbank (valspositieven) en mensen die een jaar verliezen, wachtend op de volgende ronde, of die de motivatie verliezen om de opleiding te volgen (valsnegatieven). Als diagnostische test worden de kansen bepaald door de voorafkans dat de kandidaat de juiste beslissing neemt met de juiste motieven en de validiteit van de test, hier het intakegesprek. Hoe waarschijnlijk is het dat het intakegesprek valide is en de uitkomst verbetert – dat de prognose ‘geschikt of ongeschikt’ na gesprek beter is dan de prognose zonder gesprek? Bijvoorbeeld in het geval van de Slavische arts: hoe waarschijnlijk is het dat een trio, voorgezeten door een gedragswetenschapper met onbekende competentie in de geneeskunde, een betere beslissing neemt dan de jonge arts in kwestie, bijgestaan door een ervaren en bekwame opleider/arts in de ouderengeneeskunde? De juiste vraag stellen is ze beantwoorden. Daar is evidence over. Als methode om kandidaten te selecteren is een interview ongeveer waardeloos. Wat betekent dat zowat alle afgewezen kandidaten voor de opleiding tot specialist, die aan de wettelijke criteria voldoen, onterecht worden afgewezen. Dergelijke intakegesprekken zijn dan ook meer initiatierite en machtsmisbruik dan ‘zuinig omspringen met collectieve middelen’, een daad waarvan ik de universiteit voordien nog nooit heb verdacht. De ouderen zijn de klos van dit dichtknijpen van de opleiding. Die hebben te weinig artsen en helaas nog minder degelijk opgeleide artsen. ■