

PETER KAPITEIN

**HOE HEEFT HET ZOVER
KUNNEN KOMEN? EEN
FRISSE BLIK OP DE
GEZONDHEIDSZORG**

WATER

INLEIDING

'Wie was het dan, wentelde het Pierre door het hoofd, die hem terechtstelde, hem vermoordde, hem van het leven beroofde, hem, Pierre, met al zijn herinneringen, al zijn verlangens, al zijn gedachten, al zijn hoop? Wie, wie deed het toch? Pierre voelde dat het niemand was. Alleen een systeem, een samenloop van omstandigheden. Een onpersoonlijk stelsel doodde hem, Pierre, ontnam hem het leven, beroofde hem van alles.'

Oorlog en Vrede, Lev Tolstoj (1828-1910)

Peter als kankerpatiënt

Tot 7 januari 2005 leefde ik een redelijk normaal leven en was ik vrij argeloos als het om mijn gezondheid ging. Ik lette er wel op, maar vooral omdat ik intensief aan sport (triatlon) deed en een goede gezondheid daartoe bijdroeg. Plotseling werd ik, na een telefoontje van mijn huisarts, kankerpatiënt. Ik bleek een ongeneeslijke vorm van lymfeklierkanker te hebben, die met behandelingen wel onder controle zou kunnen worden gehouden. Dat jaar kreeg ik vele chemokuren, en in 2006, nadat bleek dat de ziekte weer terug was, gevolgd door nog een serie. Tevergeefs, want in 2007 kwam de kanker weer terug. In dat jaar heb ik deelgenomen aan een trial (dit is een onderzoek naar een nieuwe vorm van behandelen), waarbij ik acht immunotherapieën kreeg toegediend. Ook die bleken niet goed te werken en daarom heb ik, als laatste redmiddel, in 2008 twee stamceltransplantaties moeten ondergaan. Een op 18 juni 2008 met mijn eigen stamcellen, en een tweede op 3 september 2008 met stamcellen van een onverwante donor – dit was een onbekende donor die niet tot de familie behoort. Deze behandeling met dubbele stamceltransplantatie bleek gelukkig de oplossing. Hiermee kregen we de ziekte onder controle en ik leef sindsdien een goed, gelukkig en gezond leven, met kanker. Nu, acht jaar na mijn twee stamceltransplantaties, kan ik zeggen dat ik mijn leven te danken heb aan de wetenschap, die dit mogelijk heeft gemaakt, en aan de sport, die mij de vereiste conditie verschafte om de behandelingen te kunnen doorstaan.

Eind 2006 kwam ik in contact met Bas Mulder, die op dat moment nog maar vierentwintig jaar oud was, met precies dezelfde ziekte als ik. Tenminste, dat dachten we. Onze variant van lymfeklierkanker heet ‘folliculair lymfoom’. Bas heeft dezelfde chemotherapieën als ik gehad en daarnaast twee stamceltransplantaties. Een met zijn eigen stamcellen en een

met de stamcellen van zijn broer Steph. We hebben dezelfde ziekte en hetzelfde behandelpatroon gehad en zelfs dezelfde arts. Toch bestaat er tussen Bas en mij een wezenlijk verschil: Bas is dood en ik leef.

Het deed me realiseren dat we niet zomaar dezelfde ziekte hadden: Bas had het Bas-lymfoom en ik heb het Peter-lymfoom. Ik begreep dat de wetenschap een belangrijke, maar geen makkelijke opdracht heeft om het probleem kanker op te lossen: ‘Zoek uit waarom Bas dood is en Peter leeft. Zoek de verschillen tussen het Bas-lymfoom en het Peter-lymfoom en hoe je deze verschillende ziekten behandelt.’

De wetenschap is nog niet klaar, we hebben een klus te klaren. Ik zeg ‘we’, want ik was en ben ervan overtuigd dat niemand dit probleem alleen kan oplossen. Daarvoor is samenwerking nodig tussen patiënten, artsen en wetenschappers, in een juiste samenstelling van het team. En ik heb besloten mijn steentje bij te dragen.

Als kankerpatiënt heb ik sinds januari 2005 te maken met de gezondheidszorg in Nederland. En hoe positief ik persoonlijk ook ben, in de periode volgend op mijn behandelingen kreeg ik van andere patiënten en dierbaren van patiënten steeds meer andere geluiden te horen. Dat er ook behoorlijk wat patiënten zijn die zich niet goed geholpen voelen. En dat de kwaliteit van behandelingen verschilt per ziekenhuis; al naargelang waar je binnenloopt, hoe de diagnose gesteld wordt en welke behandeling je krijgt.

Zo vertelde een patiënte me dat er bij haar heel zorgvuldig was vastgesteld dat haar vorm van borstkanker geen chemotherapie nodig had. De misselijkheid en het kaal worden zijn haar bespaard gebleven. Een andere patiënte, in een ander ziekenhuis, vertelde me daarentegen dat zij direct op chemotherapie gezet is en dat er nooit gekeken is naar de DNA-mutatie. Er is simpelweg niet gecontroleerd of deze

Off-labelmedicijnen. In veel gevallen kunnen medicijnen off-label, gebruikt worden. Dit betekent dat ze volgens richtlijnen ingezet mogen worden, en soms ook vergoed worden, voor kankertype a en nu gebruikt gaan worden voor kankertype b omdat onderzoek aantoonde (of omdat de arts op grond van diens kennis en ervaring inschat) dat het hier (ook) voor geschikt is. Veelal in de vorm van een combinatie van medicijn a en b. Het probleem met off-label voorschrijven is dat het soms niet en soms wel vergoed wordt door de zorgverzekeraars en daarmee maar beperkt ingezet wordt. Het probleem voor de patiënt is dat een arts op deze wijze een medicijn soms niet kan geven omdat het niet vergoed wordt, terwijl er wel een sterk vermoeden is dat het kan werken. Door het aan de arts over te laten om een geregistreerd medicijn te mogen voorschrijven, komen er makkelijker medicijnen beschikbaar voor patiënten en dit verhoogt de kans op een langer leven of overleven. De vergoeding dient hierop aangepast te worden en consequent te zijn. Nu lijkt het nog te veel op willekeur: soms wordt het wel vergoed, maar meestal niet.

Chirurgie

Een stukje historie

Kanker is lange tijd louter bestreden met chirurgisch ingrijpen. En zelfs dat is lange tijd niet toegestaan geweest. Kanker stond in de Middeleeuwen bekend als ‘de zwarte gal’. Als je daarin sneed, zou het openbarsten en zich door het hele lichaam verspreiden. Verboden! Dit staat heel mooi beschreven in Mukerjee’s *The Emperor of All Maladies*. Niettemin is er een doorbraak gerealiseerd omdat een chirurg zich eens niet aan deze afspraak hield. Feitelijk hield hij zich niet aan het protocol

– een woord dat toen natuurlijk nog niet gebruikt werd – en sneed er toch maar eens in. De tumor liep niet leeg, maar liet zich wegsnijden. Hoelang de patiënt hierna bleef leven is niet bekend. Goede ontsmetting bestond namelijk nog niet. Je was van je tumor af, maar kon nog steeds een ellendige dood sterven door allerlei infecties. Pas na de ontdekking van ontsmetting kwam daar verbetering in. Aanvankelijk werd er ontsmet met gewoon schoonmaakmiddel (op chloorbasis), nadat een chirurg dit eens gebruikt zag worden om de operatiekamer te ontsmetten. Als het hielp voor het schoonmaken van tegeltjes, dan wellicht ook voor de wond. Helse pijnen voor de patiënt, maar er was vooruitgang.

Orgaansparende ingrepen

Chirurgie is nog steeds de belangrijkste en meest succesvolle vorm van behandelen bij het bestrijden van kanker en kent de beste overlevingspercentages. Zo is bij rectumkanker de totale overleving vooral verbeterd door chirurgie in combinatie met (chemo)radiotherapie. De reden: we kunnen nu veel beter zien waar we mee bezig zijn en wat we moeten wegsnijden. Dat is met name te danken aan de ontwikkeling van beeldtechnieken zoals de CT- en MRI-scan. Dit heeft de zorg echt verder gebracht. Door het rectum te verwijderen, alsmede vetweefsel en klieren, is de vijfjaarsoverleving met 10 procent gestegen. Het verwijderen van het rectum is echter een sterk invaliderende ingreep met verminderde kwaliteit van het leven; het zou daarom mooi zijn als men zou behandelen zonder dat het rectum hoeft te worden verwijderd. Sinds enkele jaren is daarom, met name op initiatief van chirurg Geerard Beets en radioloog Regina Beets-Tan van het Antoni van Leeuwenhoek-ziekenhuis een ‘Wait and See’-beleid ontwikkeld, voor patiënten die zijn behandeld met bestraling en bij wie het rectum niet hoeft te worden verwijderd. De resultaten van deze behandeling zijn aansprekend en daarom zou dit vaker moeten worden

3 WAT NEGEREN WE?

Dat kanker een ziekte is die medisch behandeld moet worden is duidelijk en begriipt iedereen. Daarvoor heb je dokters nodig en behandelingen en, als die nog niet leiden tot het juiste resultaat, meer onderzoek dat tot betere behandelingen leidt. Dit is vanzelfsprekend, en met alle beperkingen die tot nu toe genoemd zijn, gaan hier veel aandacht, tijd en geld naartoe. Er zijn echter blinde vlekken, waarvan ik er twee niet onvermeld wil laten: de nazorg en de preventie.

Wanneer de patiënt behandeld is, volgt een periode van controles, maar in feite wordt de patiënt dan aan zijn of haar lot overgelaten. Zeker in de perioden tussen de controles. En die controles zijn ook nog louter op het medische vlak. Natuurlijk zijn er ook goede voorbeelden, maar de meeste patiënten staan toch min of meer alleen en op straat.

Hiernaast is er nog veel te realiseren in de kankerpreventie; van alle kankerpatiënten had 50 procent dit namelijk niet hoeven zijn. Wat kunnen we voorkomen en hoe?

De nazorg: het fysieke en mentale herstel

Toen ik op 24 januari 2005 mijn eerste chemotherapie kreeg, vroeg ik me af hoe ik hiervan kon herstellen. Navraag leerde dat er niet echt een nazorgmethode voorhanden was. In mijn geval was er alleen het initiatief 'Herstel en Balans', waarbij je op voorzichtige wijze in groepsverband in beweging komt. Geen kwaad woord over dit programma, maar voor iemand als ik – die ten tijde van de diagnose gemiddeld 100 kilometer per week hardliep en nog eens 200 kilometer fietste – is dit geen optie voor herstel. Er bestond voor mij en veel andere patiënten gewoon niets op het gebied van revalidatie. In 2005 bestond er ook nog amper onderzoek op dit gebied, waardoor een wetenschappelijk onderbouwd revalidatieprogramma ontbrak.

We kunnen en willen beter

Dean Kamen en zijn nerds

Ingenieur Dean Kamen, de uitvinder van onder meer de Segway (het vervoermiddel met twee wielen dat voor jou je evenwicht bewaart en waar je op staat), kreeg eens de vraag een kunstarm te maken voor een Vietnamveteraan, die in de oorlog zijn rechterarm had verloren. De opdracht was een kunstarm te ontwikkelen waarmee de (rechtshandige) veteraan met zijn rechterhand, tussen duim en wijsvinger, een druif zou kunnen oppakken en deze in één vloeiende beweging van de fruitschaal naar zijn mond kon brengen. Dean gaf aan hier zes jaar voor nodig te hebben, hij kreeg er twee.

Hij ging aan de slag met een groep veteranen en sprak vele uren en dagen met ze. Op een bepaald moment zei een van de veteranen: ‘Ik heb geluk. Ik ben rechtshandig en mis mijn linkerarm.’ Even later gingen ze naar huis en zag Dean dat deze ‘gelukkige’ ook nog eens beide benen miste. Hoe is het in vredesnaam mogelijk dat je jezelf als gelukkig kan beschouwen met één arm en zonder benen? Hij besloot de opdracht samen met zijn team in een jaar te volbrengen. Hij kwam tot dat besluit vanwege de confrontatie met deze veteranen, die zouden profiteren van zijn briljante geest en denkvermogen.

Wat in het bovenstaande voorbeeld gebeurt, is het verbinden van patiënten, artsen en wetenschappers (en in dit geval ook ingenieurs). Zet eens een (ex)-patiënt in een groep artsen en wetenschappers die met een bepaald probleem bezig zijn. Dat is geen morele chantage, het motiveert de artsen en wetenschappers om net dat stapje extra te zetten. Het effect van het eigen handelen van deze artsen en wetenschappers is direct zichtbaar, net zoals direct zichtbaar is wat er gebeurt als ze dralen of zich verschuilen achter regels en procedures. In zo’n situatie kan degene die te langzaam te werk gaat direct door de patiënt worden aangesproken.

Targeted therapy, personalized medicine of precision medicine – het zijn termen die zowel in de vakliteratuur als in populaire literatuur steeds vaker gebruikt worden voor een en dezelfde behandelingsvorm, waarvan we in een aantal ziekenhuizen al de eerste toepassingen zien. Deze nieuwe vorm van behandelen of wellicht zelfs een nieuwe benadering van de kankerpatiënt biedt hoop op een betere kwaliteit van leven en langere levensverwachting. Wanneer een nieuwe behandeling succesvol is, luidt steeds de vraag: ‘Hoe kan deze nieuwe behandeling zo snel mogelijk beschikbaar komen voor alle patiënten?’ Opdat het niet blijft steken in enkele (veelal academische) centra en alleen beschikbaar is voor mensen met geld of degenen die toevallig zo’n centrum binnenlopen.

Willekeur mag niet bepalend zijn bij de behandeling van patiënten, maar dat is het nu wel. We zien verschillen tussen het ene ziekenhuis en het andere. Zo is de nieuwste vorm van borstkankerbehandeling in het Antoni van Leeuwenhoek wel beschikbaar, maar in de meeste lokale ziekenhuizen (nog lang) niet. Het lijkt erop dat we vastlopen bij deze broodnodige innovatie; in de geneeskunde is veel meer mogelijk dan op dit moment gedaan wordt. Dit is bekend en de frustratie loopt op, bij wetenschappers en artsen, maar in nog veel grotere mate bij patiënten.

De oorzaken van deze vertraging bij innovaties zijn gelegen in de wet- en regelgeving, het beschikbaar krijgen van patiëntendata (weefsel, klinische data, bloed en DNA-gegevens) en privacy, culturele aspecten, angst voor vernieuwing en verlies van werk. Dit speelt allemaal een rol, maar ik vermoed toch een ondergeschikte rol. Ik zie dat de wet- en regelgeving beperkend kan werken, maar ze wordt in een aantal gevallen ook opgevoerd om de regels van de eigen instituten te verbloemen. Privacybescherming bijvoorbeeld, kan makkelijk geregeld worden wanneer de patiënt zelf mag bepalen of die zijn of haar data beschikbaar wil stellen voor onderzoek. Nu

Medisch Industrieel Complex: de dokter

‘In ieder huis waar ik binnentreed, zal ik slechts komen in het belang van mijn patiënten.’

Eed van Hippocrates (400 v.Chr.)

De eed die iedere afgestudeerde arts aflegt is aangepast aan de tijd, maar de essentie ervan is nog steeds dat alles in het belang van de patiënt dient te staan:

Ik zweer/beloof dat ik de geneeskunst zo goed als ik kan zal uitoefenen ten dienste van mijn medemens. Ik zal zorgen voor zieken, gezondheid bevorderen en lijden verlichten.

Ik stel het belang van de patiënt voorop en eerbiedig zijn opvattingen. Ik zal aan de patiënt geen schade doen. Ik luister en zal hem goed inlichten. Ik zal geheimhouden wat mij is toevertrouwd.

Ik zal de geneeskundige kennis van mijzelf en anderen bevorderen. Ik erken de grenzen van mijn mogelijkheden. Ik zal mij open en toetsbaar opstellen.

Ik ken mijn verantwoordelijkheid voor de samenleving. Ik zal de beschikbaarheid en toegankelijkheid van de gezondheidszorg bevorderen. Ik maak geen misbruik van mijn medische kennis, ook niet onder druk.

Ik zal zo het beroep van arts in ere houden.

Dat beloof ik, of zo waarlijk helpe mij God almachtig.

Tussen de patiënt en zijn of haar arts bestaat een bijzondere relatie, die plaatsvindt op basis van vertrouwen en

afhankelijkheid. De patiënt moet de arts blind kunnen vertrouwen en ook de arts moet hiervan uit kunnen gaan. Tegelijk is de patiënt afhankelijk van de arts, die zich hiervan bewust dient te zijn bij de behandeling. Alleen als de patiënt goed geïnformeerd is, kan hij of zij een beslissing nemen over de beste behandeling – al kan dit ook betekenen dat de patiënt het aan de arts overlaat om te beslissen. Wordt dit goed toegepast, dan werkt de arts conform de eed van Hippocrates.

In de praktijk laten artsen soms ander gedrag zien. Wanneer een arts een stervende patiënt een bepaald medicijn niet wil geven omdat de langetermijneffecten onbekend zijn, wordt de eed minder strak nageleefd dan de patiënt wenst. In mijn optiek is de arts dan deels afgedreven van zijn eed. Hoewel je de regel ‘Ik zal aan de patiënt geen schade doen’ ook anders zou kunnen opvatten: dat de arts zijn of haar patiënt behoedt voor ernstige bijwerkingen. Mijn idee is dat het zelfbeschikkingsrecht van de patiënt altijd prevaleert en dat het de patiënt is die, mits goed geïnformeerd over de mogelijke schadelijke effecten, uiteindelijk beslist. Goed geïnformeerd zal hij of zij ook de arts niet aansprakelijk stellen, maar de consequenties ervan aanvaarden. Dat is de dagelijkse praktijk van patiënten; aanvaarden dat iets mogelijk geen effect heeft of zelfs schade berokkent. Ik bekijk deze eed vanuit het patiëntenbelang, een arts vanuit haar artsenbelang. Dat is een wezenlijk verschil. Artsen zijn door de omstandigheden wellicht gedwongen de eed anders toe te passen en zakelijker op te vatten: dien ik de patiënt, mijzelf of het ziekenhuis? Dien ik de patiënt of houd ik me aan de regels en het protocol? Die vragen dienen voorop te staan bij de relatie tussen dokter en patiënt.

De protocollen en de regels

Als arts mag je geen ziekte behandelen, je behoort een patiënt te behandelen. En dan is behandelen maatwerk. De moderne behandelingsvorm ‘personalized medicine’, ofwel ‘precision

elkaar hebben we de afgelopen jaren bepaald dat dit goed is, dat dit de te bewandelen weg is. Dit hebben we ten onrechte gedaan zonder de patiënt te raadplegen; we zijn voorbijgegaan aan het zelfbeschikkingsrecht van deze patiënten.

En uiteindelijk zal ook deze ontwikkeling van buitenaf gestopt dienen te worden. We gaan ons in het verdere betoog met name op dit complex richten en op zoek naar het antwoord: wie moet deze ontwikkeling stoppen en hoe?

De moraliteit en de wet

Is het niet-verstrekken van een experimenteel medicijn, dat mogelijk nog niet veilig is, verantwoord handelen? In juridische zin én in morele zin? En wie oordeelt hierover? Wie mag en moet hierover oordelen? Tegenwoordig benaderen we dit primair juridisch, terwijl een combinatie en juiste afweging van de vraag naar goed en fout (de moraliteit), de voorkeur verdient. Hierbij dient de morele benadering voorop te staan en de juridische benadering dient hier een afgeleide van te zijn. Nu wordt de juridische benadering als uitgangspunt genomen en zijn onze morele opvattingen daarvan een afgeleide geworden. Hiermee bieden we tegelijkertijd ons eventuele schuldgevoel een uitweg. Als de wet immers het uitgangspunt is, zitten we goed en zullen eventuele negatieve gevolgen niet tot aansprakelijkheid van ons gedrag leiden. Het is een situatie die heeft kunnen ontstaan omdat de burger, spaarder en patiënt niet betrokken zijn bij de discussies en daardoor ook genegeerd kunnen worden in de besluitvorming.

Het gaat bij de hierboven beschreven situaties om verantwoordelijkheid en oordeel. Er dient een herijking plaats te vinden van de wijze waarop we degene voor wie we het

doen, benaderen. Hoe gaan we om met de patiënt? Wat mag of moet de patiënt zelf beslissen? Eerst benaderen we in dit hoofdstuk het onderwerp in filosofische zin, waarna we in het volgende hoofdstuk de gehele problematiek en de verklaring hiervan vertalen naar de best mogelijke oplossing voor de patiënt. Hoe kunnen we de situatie zo veranderen dat de patiënt maximaal profiteert van de gezondheidszorg, zodat deze er weer is voor de patiënt (en dan voor alle patiënten) en niet louter de stakeholders dient? Het gaat hierbij niet alleen om het bewustzijn en besef dat het zo moet, maar ook om het doorleven, het voelen dat het zo moet. Weten is één ding, maar doorleven is het belangrijkste, want dat zet aan tot bewustzijn en handelen. Het uitgangspunt dat ik hierbij hanteer, is dat moreel besef en het hiernaar handelen ontstaan in het ontmoeten van en het samenleven met 'de ander'. Zonder aanwezigheid van 'de ander' ontstaat er geen moreel besef en het biedt een uitweg naar amoreel handelen (niet immoreel). Zoals Levinas, een Frans filosoof van de ethiek, het in zijn standaardwerk *Totaliteit en oneindigheid* beschrijft: 'Ethiek ontstaat in de ontmoeting met de ander.' Ter verduidelijking: amoreel betekent 'zonder ideeën over goed en fout', immoreel betekent 'dat iets niet fatsoenlijk is volgens de algemene norm'.

Ik heb gekozen voor de vergelijking met het Militair Industrieel Complex en het Financieel Industrieel Complex. Hiermee heb ik drie complexen beschreven en driemaal is de oorzaak van het buiten het complex geraken, van respectievelijk de burger, de spaarder en de patiënt, beschreven langs dezelfde lijnen. Ik breng het nu samen tot één beschrijving en volg daarbij de lijn van de patiënt. Niettemin zal ik zo nu en dan voor de verduidelijking en leesbaarheid nog wel een voorbeeld uit 'de andere wereld' gebruiken. De beschrijving en verklaring rond de patiënt zijn nodig om te komen tot een oplossing die de patiënt weer centraal stelt en waardoor de gezondheidszorg aan kwaliteit wint.

‘Nu pas beseftte Pierre ten volle wat de menselijke levenskracht vermag, wat zijn zeldzaam aanpassingsvermogen en de gave die hij had, om zijn gedachten welbewust op iets anders te richten, hem schonken. Die gave is de mens een redmiddel, zoals de veiligheidsklep van een stoomketel de overtollige druk laat ontsnappen.’

Oorlog en vrede, Lev Tolstoj (1828–1910)

Wat hebben we tot nu toe gedaan?

Ik heb in de voorgaande hoofdstukken uitgebreid stilgestaan bij de zorg die kankerpatiënten krijgen, kunnen krijgen en moeten krijgen. De gezondheidszorg is er vanwege hen; omdat er patiënten zijn is er werkgelegenheid, industrie, omzet, winst en nog veel meer. Vanwege hen ook is het Medisch Industrieel Complex mogelijk. Er zit een vreemde spanning in de gezondheidszorg. Eigenlijk zou je willen dat er helemaal geen patiënten zijn, maar dan zouden diezelfde werkgelegenheid, industrie, omzet en winst er ook niet meer zijn. De gezondheidszorg is er vanwege ons.

Op congressen wordt dan ook voortdurend over patiënten, behandelingen en patiëntenparticipatie gesproken. Maar het frappante is: geen patiënt wordt gevraagd om hieraan deel te nemen en te spreken. Er worden jaarlijks honderden miljoenen euro's aan onderzoek uitgegeven in Nederland. Maar geen patiënt wordt gevraagd om mee te werken en te beslissen welk onderzoek er gefinancierd moet worden. Natuurlijk wordt er wel degelijk om hun mening gevraagd. Ziekenhuizen hebben een patiënten-adviesraad. Op congressen openen we veelal met een ervaringsverhaal en ook bij de wetenschappelijke raden wordt naar de mening van de patiënt gevraagd.

Maar wat nou als de patiënt het niet eens is met een besluit? Als er over de patiënt wordt besloten, zou het toch goed zijn als die niet alleen gehoord wordt, maar het er ook mee eens is? Of beter: het besluit zelf heeft genomen? De patiënt zou zelf moeten aangeven wat de wetenschap dient te onderzoeken. Niet alleen een kort praatje over wat we interessant en belangrijk vinden en dat de heren (vaak wel) zich dan terugtrekken en beslissen wat er onderzocht gaat worden. Nee, de patiënt bepaalt wat er onderzocht wordt. En vervolgens zorgen de wetenschappers ervoor dat de kwaliteit van het uitgevoerde onderzoek van hoog niveau is. Ieder heeft zijn of