

Augustijn

Erasmus MC
Universitair Medisch Centrum Rotterdam



Tijdschrift van de afdeling Huisartsgeneeskunde • Erasmus MC en huisartsen: bijzonder verbonden



Huisarts in de cel

‘Wetenschap is de
onderbouwing van ons vak’

Praktijk als schatkamer

Flinke groei
academisch netwerk

Kansen

In het zesde nummer van Augustijn, het blad van de afdeling Huisartsgeneeskunde van het Erasmus MC, brengen wij u weer op de hoogte van belangrijke activiteiten binnen en buiten onze afdeling.

Het verzorgen van onderwijs aan studenten Geneeskunde is een belangrijke academische taak van onze afdeling. De docenten Huisartsgeneeskunde Frans Groeneveld en Bèr Pleumeekers zijn al jaren de enthousiaste ambassadeurs van ons vak binnen het studentenonderwijs. Vol vuur vertellen zij in dit nummer over het klinisch redeneren. Onderwijs waarbij de klacht van de patiënt centraal staat en dat een visitekaartje van de afdeling is.

Daarnaast wederom aandacht voor het academisch huisartsennetwerk PRIMEUR. Het netwerk is inmiddels bijna op volle sterkte. In dit nummer leest u over de academische huisartsennetwerk praktijk Pallion uit Hulst. Een innoverende praktijk, niet in het minst door de aanwezigheid van een huisartsenkliniek. Alle netwerkpraktijken zijn aangesloten bij IPCI. Wat dit is en welke kansen zo'n grote database biedt zowel voor de praktijk als voor het wetenschappelijk onderzoek, komt uitgebreid ter sprake in dit nummer.

De Moerdijkbrand begin dit jaar is niemand ontgaan. Maar wat betekent zo' n ramp voor de huisartsen in de regio? Nicole Zengerink uit Strijen blikt met ons terug en mijmert over de invloed van de media op de drukte in uw spreekkamer.

Er zijn dus weer volop ontwikkelingen en activiteiten. Ik wens u veel lees plezier toe.

Patrick Bindels
Hoofd afdeling Huisartsgeneeskunde Erasmus MC



Colofon

Augustijn is een uitgave van de afdeling Huisartsgeneeskunde van het Erasmus MC en verschijnt twee tot drie keer per jaar. Het tijdschrift wordt geproduceerd door Communicatie van het Erasmus MC.

Hoofdredacteur:
Patrick Bindels

Redactieraad:
Patrick Bindels, Thérèse Brans, Frans Groeneveld en Hans van der Wouden

Redactie:
Ron Alma (cartoon), Gert-Jan van den Bermd (beeldredactie), Annemarie van der Eem, Gerben Stolk (eindredactie) en Chréttienne Vuijst

Fotografie:
Levien Willemsse

Vormgeving:
Ditems Media, Monnickendam

Redactieadres:
Redactie Augustijn, Thérèse Brans,
afdeling Huisartsgeneeskunde
Postbus 2040
3000 CA Rotterdam
010-70 44014
augustijn@erasmusmc.nl

Gebeurt er iets nieuwswaardigs op het vlak van huisartsenzorg dat aandacht verdient in Augustijn? Heeft u suggesties of vragen? Wilt u een adreswijziging doorgeven of stelt u geen prijs op dit magazine?

AUGUST



6 Injectie corticosteroiden

Een injectie met corticosteroiden vermindert op de korte termijn de pijn die hoort bij slijmbeursontsteking van de heup, maar heeft geen langdurig effect. Dat blijkt uit promotieonderzoek van Tineke Brinks.



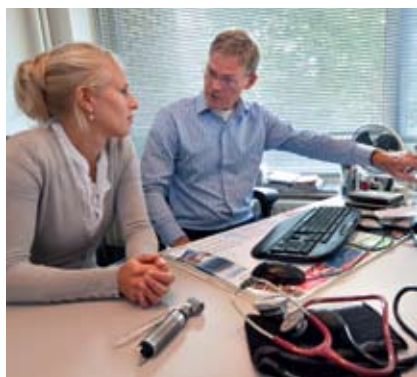
8 Klacht patiënt centraal



Geneeskundestudenten weten veel. Ze hebben bij wijze van spreke veel hamers en schroevendraaiers, maar kunnen ze er ook een kast mee maken? Die vaardigheid - praktisch toepassen van kennis - leren studenten tijdens het onderdeel klinisch redeneren.

12 Praktijk schatkist data

Huisartsen die hulp krijgen wanneer ze een jaarverslag maken, NHG-accreditatie nastreven of scores op prestatie-indicatoren aanleveren bij een zorgverzekeraar. Het Erasmus MC dat bijvoorbeeld medicatieveiligheid onderzoekt. Het mes snijdt aan twee kanten bij IPCI.



14 Groei academisch netwerk

Samenwerken. Dat is waar het om draait in het begin dit jaar door het Erasmus MC gelanceerde academisch huisartsennetwerk Primeur. Het is ook al jaren het credo van Huisartspraktijk Pallion in Hulst. "Concurreren is nonsens."



16 Uitdagende masterclass

Wetenschappelijke vorming speelt een belangrijke rol binnen de Huisartsopleiding van het Erasmus MC. Terecht, zo stellen ook de aios. "Dit is echt een aanvulling op de vorming van de huisarts die ik wil zijn."



18 Brand Moerdijk

De Moerdijkbrand kreeg begin dit jaar veel media-aandacht en bracht onrust in de Hoeksche Waard. Vanuit gezondheidsperspectief was er geen ramp. Toch hadden huisartsen het er druk mee. Huisarts Nicole Zengerink uit Strijen blikt terug



VERDER...

4 Kort Nieuws

Ontwikkelingen in de geneeskunde * Moeizaam verwijzen obesitas * Meer last van enkels en voeten * HAGPORT van start in 2012 * Gezondere oudere verstandelijk beperkten *

11 Arts in de cel

"Never a dull moment", zegt Ton Zijtregtop over zijn werk als gevangenisarts in de Rotterdamse Penitentiaire Inrichting aan de Noordsingel. Over psychiatrie, teamwork en Albanese maffiabazen. "Toen was ik wel even bang."

20 Levende kip cadeau

Als 18-jarige verliet Athumani Athumani zijn vaderland Tanzania, om in China een opleiding tot basisarts en acupuncturist te volgen. Na negen jaar verkaste hij naar Nederland, waar hij tegenwoordig als huisarts werkt in de Rotterdamse Tarwewijk.

Meer last van enkels en voeten

Nederlandse kinderen van twee tot zeventien jaar die te veel wegen, hebben meer last van hun enkels en voeten dan kinderen met een normaal gewicht. De tieners onder hen gaan hiervoor vaker naar de huisarts.

Dit vermoeden bestond al, maar is onlangs voor het eerst aangetoond. Marjolein Krul promoveerde erop aan het Erasmus MC. De huisarts is ook onderzoeker bij de afdeling Huisartsgeneeskunde. Haar resultaten moeten kinderen helpen hun gewicht beter te leren beheersen.

Krul concludeert dat kinderen met overgewicht in een vicieuze cirkel terecht dreigen te komen. Het overgewicht leidt tot problemen aan gewrichten en spieren, waarna de kinderen minder willen of kunnen bewegen en het overgewicht verder toeneemt.

De onderzoekster: "Met deze wetenschap in ons achterhoofd kunnen we te dikke kinderen helpen bij het managen van de problemen met hun gewicht en kunnen we ze proactief tips geven om gezonder te leven. We moeten ze extra stimuleren om meer te bewegen, ook door de pijn van hun spieren en gewrichten heen."



HAGPORT van start in 2012

Aios, opleiders, ondersteuners en stafleden van de opleidingen Huisartsgeneeskunde in ons land hebben vanaf begin volgend jaar via internet toegang tot de voor de opleiding benodigde gegevens.

Dat is mogelijk dankzij HAGPORT, de opvolger van HAGsys, tot voor kort het administratiesysteem van de huisartsopleidingen. Na de opleiders en aios volgen de SBOH, de HVRC en Huisartsopleiding Nederland. De secties Studentopleiding en Onderzoek van de afdelingen Huisartsgeneeskunde zijn ook van plan HAGPORT te gebruiken. Ze kunnen dan bijvoorbeeld inzichtelijk maken welke huisarts deelneemt aan

welke opleidings- en onderzoeksactiviteiten. Vanaf 2012 begint ook een pilotgroep van vier opleidingen met de invoering van het E-portfolio. Het gaat om het Erasmus MC, de Radboud Universiteit Nijmegen en de Vrije Universiteit en het Academisch Medisch Centrum-Universiteit van Amsterdam. Aios, maar later ook opleiders, kunnen hun ontwikkelingsdossier opnemen in het E-portfolio. Een jaar lang testen de vier opleidingen het E-portfolio op haalbaarheid van de implementatie en voeren zij het systeem geleidelijk in voor hun aios. Daarna komt het E-portfolio beschikbaar voor alle opleidingen en aios.

Moeizaam verwijzen obesitas

Huisartsen ervaren barrières wanneer zij kinderen met obesitas willen verwijzen om hun gewicht aan te pakken. Dat is vooral het geval als een kind de huisarts consulteert voor klachten die niet zijn gerelateerd aan overgewicht.

Dat blijkt uit een telefonische enquête van de afdeling Huisartsgeneeskunde onder 55 huisartsen in de regio Rotterdam-Rijnmond. De meest gerapporteerde hindernis? Huisartsen hebben het idee hebben dat kinderen en ouders eenvoudigweg niet *willen* worden verwezen. Verder hebben huisartsen zelf onvoldoende vertrouwen in het effect van bestaande interventies die zijn gericht op behandeling van overgewicht.

De achtergrond van de enquête: onlangs is de NHG-standaard Obesitas uitgekomen, die stelt dat huisartsen kinderen met obesitas zelf moeten behandelen of dienen te verwijzen.

Uit het onderzoek bleek eveneens dat huisartsen behoefte hebben aan een overzicht van verwijsmogelijkheden. Een inventarisatie daarvan in de regio Rotterdam-Rijnmond leverde vijf multidisciplinaire programma's op: Kids4Fit, ClubXtraNRG, De dikke vrienden club, HAYkids en ONS.

Meer informatie over de programma's? Zoek contact met onderzoeker Winifred Paulis van het Erasmus MC via w.paulis@erasmusmc.nl.

Ontwikkelingen in de geneeskunde

De overeenkomst tussen medicamenteuze behandeling van ritmestoornis en diagnostiek van duizeligheid bij ouderen? Beide onderwerpen komen aan de orde tijdens de jaarlijkse cursus 'Ontwikkelingen in de geneeskunde' van de afdeling Huisartsgeneeskunde op donderdag 3 en vrijdag 4 november.

In het Rotterdamse Concert- en Congresgebouw De Doelen krijgen 350 huisartsen, huisartsen in opleiding en andere belangstellende specialisten twintig lezingen voorgeschoteld. Een aantal wordt verzorgd door deskundigen uit het Erasmus MC. De deelnemers frissen oude kennis op en krijgen zicht

op nieuwe ontwikkelingen die relevant zijn voor huisartsen.

Bij het ter perse gaan van dit nummer was niet bekend of er nog deelnemers konden worden verwelkomd. Inschrijven was tot dat moment mogelijk via www.hetcongresbureau.nl. Deelnamekosten: 395 euro. Aios betalen 250 euro.





Gezondere oudere verstandelijk beperkten

Verstandelijk gehandicapten boven de vijftig jaar zijn kwetsbaarder dan leeftijdsgenoten, maar hun problemen zijn deels te voorkomen als de zorg rigoureuze veranderingen ondergaat.

Dat is de overkoepelende conclusie van de GOUD-studie. De naam staat voor: Gezond ouder met een verstandelijke beperking. Onder leiding van Heleen Evenhuis, hoogleraar Geneeskunde voor verstandelijk gehandicapten in het Erasmus MC, worden dit en volgend jaar zeven deelonderzoeken afgerond. Haar discipline maakt deel uit van de afdeling Huisartsgeneeskunde.

Evenhuis: "Wereldwijd is altijd min of meer geaccepteerd dat mensen een verstandelijke beperking oud zijn op hun vijftigste. Ik heb de overtuiging dat het vaak te voorkomen is. Uit fitheidsmetingen blijkt bijvoorbeeld dat de prestaties van de gemiddelde 50-plus deelnemer met een verstandelijke beperking gelijk is aan die van een 'normale' 70- of 80-plusser. Maar hoe komt dat? Omdat deze groep niet of nauwelijks wordt gestimuleerd te bewegen." Wat hebben huisartsen aan de GOUD-studie? Evenhuis: "We zien onder meer dat 46% van de ruim duizend onderzochte mensen centrale obesitas heeft. Dikwijls gaat het gepaard met het metabool syndroom, een risicofactor voor hart- en vaatziekten. Als huisarts moet je het metabool syndroom proactief diagnosticeren en behandelen."



Promotie en publicatie Tineke Brinks

Kortdurende werking injectie corticosteroiden

Een injectie met corticosteroiden vermindert op de korte termijn de pijn die hoort bij slijmbeursontsteking van de heup, maar heeft geen langdurig effect. Dat blijkt uit promotieonderzoek van Tineke Brinks.

Zelf had ze altijd al wat twijfels. Als huisarts had Tineke Brinks een aantal keer een corticosteroïdeninjectie toegediend aan 55-plussers met *bursitis trochanterica*, ofwel slijmbeursontsteking van de heup. *Heeft dat nou echt wel resultaat?*

In 2006 kreeg ze het aanbod voor de afdeling Huisartsgeneeskunde wetenschappelijk onderzoek te verrichten naar de effecten. Op dinsdag 1 november promoveert ze aan het Erasmus MC. Haar belangrijkste aanbeveling aan huisartsen: je kunt overwegen een injectie te geven, want na drie maanden heeft de patiënt gemiddeld minder pijn, maar een jaar na de prik is er geen verschil tussen degenen die wel en niet corticosteroïden hebben gekregen.

Praktijk

Brinks studeerde Geneeskunde aan de Universiteit van Amsterdam. In die stad hield ze daarna ook elf jaar praktijk als huisarts. Totdat zij en haar echtgenoot aan het begin van het nieuwe millennium verhuisden naar Rotterdam, waar laatstgenoemde als allergoloog al jaren aan de slag was in het Erasmus MC. Brinks kwam daar zelf ook terecht.

“Ik las een advertentie waarin stond dat er iemand werd gezocht die geneeskundestudenten praktische klinische vaardigheden kon bijbrengen. Ervaren huisartsen kwamen er ook voor in aanmerking, en dat was ik. Ik heb het met plezier gedaan en ging het op een gegeven moment combineren met huisartsenwerk in Rotterdam-Hillegersberg. Dat laatste doe ik nog steeds. Twee dagen per week ben ik in een praktijk actief als een soort zzzp'er, laten we het een zelfstandig huisarts zonder personeel noemen.” Ze bleef al die tijd ook werkzaam in het Erasmus MC, maar bouwde haar rol bij het practicum klinische vaardigheden in de loop der tijd af ten faveure van het wetenschappelijk docentschap binnen de afdeling Huisartsgeneeskunde. Daar verzorgt ze nog altijd basisonderwijs aan toekomstige huisartsen.

Mooie voorzet

“Al sinds de Universiteit van Amsterdam had ik het verlangen ook eens wetenschappelijk onderzoek te verrichten”, vertelt Brinks. “Maar hoe begin je

aan zoiets? Hoe raak je erbij betrokken? Vijf jaar geleden gaf Frans Groeneveld van de afdeling Huisartsgeneeskunde een mooie voorzet. Er was een panklare onderzoeksvraag en er was subsidie van ZonMw, maar het ontbrak nog aan een onderzoeker. Of dat niet iets voor mij was?”

‘Na een jaar is het effect verdwenen’

Al gauw toog Brinks elke maandag naar de dependance van de afdeling aan de Westzeedijk om zich aan haar taak te wijden. “Drie op de duizend 55-plussers in ons land kampen met bursitis trochanterica. Bij vrouwen komt het meer voor dan bij mannen. Het is pijnlijk. Traplopen is bijvoorbeeld moeilijk en tijdens het slapen word je vaak wakker, omdat je op het betreffende stuk van het bovenbeen ligt. Kortom, het belemmert je in het dagelijks leven. Veel huisartsen dienen corticosteroïdeninjecties toe om de pijn tegen te gaan. ZonMw wilde graag weten, of het daadwerkelijk helpt. Dat was nog nooit onderzocht.”

Ervaring

Brinks leerde in de afgelopen jaren niet alleen over de effecten van corticosteroïden, maar deed in zijn algemeenheid ook ervaring op met wetenschappelijk onderzoek.

“Hoe krijg je een onderzoekspopulatie? Hoe verleid je huisartsen patiënten aan te dragen en hoe krijg je de patiënten zover om trouw en enthousiast mee te doen? Hoe kun je een trial managen? Hoe ga je statistisch te werk bij de inventarisatie en beoordeling van de data? Ja, ik durf te zeggen dat ik me nu bekwaam voel in onderzoeksland. Ik heb het trouwens best wel als een zware tijd ervaren. Je bent twee dagen per week huisarts, je bent een dag docent en je bent een dag onderzoeker, maar op alle terreinen wordt het maximale van je verlangd.”

Onderzoeksgroep

Ze vertelt hoe ze te werk ging. “Het ging om een gerandomiseerde studie. We wilden patiënten

vergelijken die een injectie kregen met patiënten die ervan verstoken bleven. In eerste instantie was het zaak een onderzoeksgroep samen te stellen. Dat was moeilijker dan gedacht. Gelukkig is het gerealiseerd dankzij ongeveer tachtig huisartsen die samenwerken met het Erasmus MC en patiënten aanmeldden voor dit wetenschappelijke onderzoek. We kwamen tot 120 patiënten. Ze waren afkomstig uit vele gemeenten, van Rotterdam tot Vlaardingen en Etten-Leur.”

Met het oog op de uniformiteit nodigde Brinks de betrokken huisartsen uit naar Rotterdam te komen. Of ze bezocht hen in de eigen praktijk. “Je wilt bijvoorbeeld dat iedereen precies op dezelfde plek van het lichaam injecteert en dezelfde dosis corticosteroïden gebruikt. De volgende stap was dat zestig patiënten een injectie kregen en zestig niet.”

Fietsen

Leidde het tot verschil in pijn tussen de twee groepen? Brinks onderzocht het aan de hand van vragenlijsten voor de deelnemers - zie tekst ‘Pijnscores’. Lachend: “Ik heb bewondering voor de trouw en nauwkeurigheid waarmee de deelnemers telkens de lijst invulden. Ze kregen een enorme hoeveel-

heid vragen te beantwoorden. Waren ze in staat te werken? Konden ze fietsen? Hoe ging het met slapen? Hadden ze medicatie tegen de pijn gebruikt? In hoeverre had de pijn hun leven beïnvloed?” Brinks nam een min of meer identieke curve waar in de tijd. Er kwamen verschillen naar boven, maar de meeste waren, zoals wetenschappers zeggen, *statistisch niet significant*. “Het grootste verschil is na drie maanden. Dan hebben mensen met een injectie gemiddeld een stuk minder pijn. Na twaalf maanden is het resultaat bijna gelijk. Bij beide groepen zie je soortgelijke pijn aan het begin en soortgelijke pijn aan het eind. Bij het laatste meetmoment is de pijn altijd flink verminderd. Dat komt omdat het een kwaal is die vanzelf minder vervelend wordt met het verstrijken van de tijd. De belangrijkste conclusie: corticosteroïdeninjecties verlagen de pijn in de eerste drie maanden, maar hebben geen genezend effect.”

De resultaten werden afgelopen zomer gepubliceerd in een belangrijk Amerikaanse tijdschrift voor huisartsen: *Annals of Family Medicine*. Brinks: “Ook dát was leerzaam: de hele gang van zaken rondom zo'n publicatie. Het heeft een aanloop van twee jaar gevegd.” •

Pijnscores

De deelnemers aan Tineke Brinks' onderzoek hielden pijnscores bij op een schaal van 1 tot 10. Zij deden dat zes keer: kort voor de injectie en zes weken, drie maanden, zes maanden, negen maanden en twaalf maanden erna. De belangrijkste resultaten:

In rust

Deelnemers zonder corticosteroïdeninjectie

Begin	5,3
Na 3 maanden	3,7
Na 12 maanden	2,3

Deelnemers met corticosteroïdeninjectie

5,1
2,4
2,1

In beweging

Deelnemers zonder corticosteroïdeninjectie

Begin	6,6
Na 3 maanden	4,8
Na 12 maanden	3,2

Deelnemers met corticosteroïdeninjectie

6,7
3,6
2,8

Klacht patiënt centraal bij klinisch redeneren

Van abstractie naar beelden

Geneeskundestudenten weten veel, stelt Frans Groeneveld. “Ze hebben veel tools; ze hebben hamers en schroevendraaiers. Maar de vraag is: kunnen ze er ook een kast mee maken?”

Die vaardigheid - praktisch toepassen van kennis - leren studenten tijdens het onderdeel klinisch redeneren.



Frans Groeneveld

Laten we beginnen met een casus. Een vijftigjarige vrouw van Griekse afkomst meldt zich bij haar huisarts, nadat de bedrijfsarts haar heeft verwezen met een verlaagd Hb-gehalte van 5,5 millimol. Als huisarts kun je een link leggen met de overgang en denken: ik schrijf wat ijzer voor en dan kijken we het even aan.

“Negen van de tien keer zal dit ook zo zijn, maar die ene uitzondering mis je, omdat je niet *out of the box* denkt”, stelt Bèr Pleumeekers, docent Huisartsgeneeskunde. “Als je het daarentegen breed bekijkt, houd je je ogen open voor alternatieven. Zo voorkom je een tunnelvisie, die een valkuil kan zijn als je diagnostiek bedrijft.”

Out of the box denken. Een brede blik houden. Kritisch zijn. Dat is wat de sectie Studentenonderwijs Huisartsgeneeskunde studenten geneeskunde wil bijbrengen met behulp van het onderdeel klinisch redeneren. “Daarbij gaat het om het leren toepassen van kennis in concrete situaties”, aldus Frans Groeneveld, hoofd Studentenonderwijs van de afdeling Huisartsgeneeskunde.

‘Studenten eerder trainen in het oplossen van problemen’

Natuurlijk, de kennis van ziektebeelden is nog altijd de basis, benadrukt Groeneveld. “Je kunt immers niet klinisch redeneren als je de tools niet hebt.” Deze abstracte kennis moeten studenten vervolgens wel op de juiste manier naar de praktijk kunnen vertalen. Pleumeekers: “Studenten met een goed geheugen konden bij tentamens moeiteloos differentiaaldiagnoses oplepelen. Maar als je vroeg ‘een patiënt heeft een irregulaire pols, maak maar een plan’, dan stonden ze met hun mond vol tanden. Terwijl dat juist is waar ze straks mee geconfronteerd worden: met patiënten die zich presenteren met klachten.”

Beter voorbereid

Uitgaan van de klacht en niet van het ziektebeeld of de diagnose. Dat is de kern van klinisch redeneren, dat vanaf het eerste studiejaar deel uitmaakt van het curriculum. In kleine groepjes gaan studenten aan de slag met uiteenlopende casussen. Daarbij worden jaarlijks de moeilijkheidsgraad en het tempo opgevoerd. In het vierde jaar, de master, zijn de casussen gekoppeld aan de twintig themaweken. Hierin komen ruim honderd diagnoses binnen een breed scala van ziektepresentaties aan bod. “We spelen dan in hoog tempo na hoe het in de praktijk gaat”, legt Groeneveld uit. Zo stapt de student beter voorbereid de klinische wereld in.

Hij vervolgt: “Ik ben zelf in 1974 afgestudeerd en deze probleemoplossende denkwijze werd ons in die tijd niet geleerd. Die moest je jezelf - met vallen en opstaan - eigen maken tijdens een coschap. Wij willen studenten nu eerder trainen in klinisch redeneren en het oplossen van problemen. Op die manier kunnen studenten in hun vervolgopleiding sneller een goede dokter worden. Want dat is het uiteindelijke doel: binnen een optimale tijd goede, efficiënte dokters opleiden.”

Stapsgewijs

Terug naar de vijftigjarige patiënte met anemie. Een casus die studenten stapsgewijs doorlopen, waarbij achtereenvolgens anamnese, lichamelijk onderzoek, aanvullend onderzoek, (differentiaal) diagnose en beleid/therapie aan de orde komen. De studenten moeten duidelijk gestructureerde vragen beantwoorden, die vervolgens worden besproken in kleine groepjes.

Groeneveld: “Bij deze casus is de eerste vraag bijvoorbeeld: waardoor kan anemie worden veroorzaakt? De studenten moeten weten dat dit kan komen door een verminderde aanmaak, verhoogde afbraak of bloedverlies.”

Vervolgens moeten ze dan bij elk van deze pathofysiologische mechanismen weer een aantal mogelijke ziektebeelden benoemen. De volgende opdracht luidt: formuleer vijf vragen om erachter te komen wat de oorzaak kan zijn van de anemie bij deze patiënt en om welk type anemie het gaat.

Daarbij moet de student steeds aangeven hoe het antwoord van de patiënt hem of haar differentiaaldiagnostisch verder helpt en hoe aanvullend onderzoek kan worden ingezet. Vervolgens krijgen de studenten meer achtergrondinformatie over de patiënt, waarna ze zes mogelijke oorzaken van anemie moeten aangeven, op basis van het klachtenprofiel. De casus wordt afgesloten met het vaststellen van de (differentiaal)diagnose en het aangewezen beleid.

Denkproces centraal

Wat de vrouw in de - waar gebeurde - casus mankeerde? “Dat doet eigenlijk niet ter zake”, stelt Groeneveld. “Het gaat immers vooral om het proces. Ik heb in een groep eerstejaars bij het begin van een casus weleens gezegd: ‘Deze mevrouw heeft eierstokkanker.’ Zeiden die studenten: ‘Hè jammer, nu verklapt u het.’ Maar zoals gezegd: het gaat om het denkproces, hoe je tot iets komt.”

Het grote voordeel van de casuïstiek is volgens Pleumeekers dat je ziektebeelden uit de abstractie haalt. “Bij de casus roepen we beelden en associaties op, die later kunnen worden gecorrigeerd aan klinische situaties. Deze beelden herkennen ze als ze bijvoorbeeld een patiënt onderzoeken met een onregelmatige pols.” Groeneveld knikt. “Door middel van klinisch redeneren proberen we ziektescripts in te bouwen, zodat studenten later - zonder de patiënt te verwaarlozen - effectief en snel kunnen werken. Je kunt immers niet over elke patiënt vijf uur nadenken.”

Tot slot: wat vinden de studenten eigenlijk van deze vorm van onderwijs? “We gaan het klinisch redeneren nog officieel evalueren”, zegt Frans Groeneveld. “Maar we horen positieve geluiden als ‘dit is waarvoor we komen studeren’. De studenten vinden dit stuk voor stuk goed onderwijs. Dat geldt ook voor ons.” •

‘De beste nascholing is onderwijzen’

Bij klinisch redeneren worden de casussen besproken in kleine groepen. Deze onderwijsvorm vereist veel docenten. Nieuwe aanwas van huisartsen met onderwijsaspiraties is dan ook welkom.

“Sommige huisartsen hebben nog wat koudwatervrees als het gaat om onderwijs geven”, stelt docent Huisartsgeneeskunde Bèr Pleumeekers. “Door de gestructureerde vorm van het klinisch redeneren-onderwijs is dit bij uitstek geschikt om kennis te maken met het geven van onderwijs. Bovendien is het een leuk vak, met enthousiaste studenten die gemotiveerd zijn om een probleem op te lossen en hierover te discussiëren.”

Volgens Pleumeekers is voor huisartsen het geven van onderwijs een nuttige aanvulling op het klinische werk in de eigen praktijk. “Voor je een vak echt beheerst, moet je hebben gezien hoe het moet, moet je het zelf gedaan hebben én moet je het onderwezen hebben. *See one, do one, teach one*. De meeste huisartsen komen niet toe aan die laatste stap. Terwijl je zoveel leert van aan een student uitleggen hoe je omgaat met een patiënt met pijn aan zijn oor. De beste nascholing is onderwijs geven.” Pleumeekers: “Ervaren artsen weten niet hoeveel kennis ze hebben en hoe enthousiast ze studenten kunnen maken voor hun vak. Ik zou dan ook willen zeggen: wees je bewust van je leermeesterfunctie en wat je hiermee kunt doen.” Daar sluit hoofd Studentenonderwijs van de afdeling Huisartsgeneeskunde Frans Groeneveld zich bij aan. “We kunnen nog zulke mooie leermiddelen en -doelstellingen hebben; zonder bevlogen docenten zijn we nergens.”

Interesse in het geven van onderwijs? Neem contact op met Frans Groeneveld of Bèr Pleumeekers via 010-4087747 of kijk op www.erasmusmc.nl/huisartsgeneeskunde.



Het boeiende vak van gevangenisarts

Blik verruimen in cel

“Never a dull moment”, zegt Ton Zijtregtop over zijn werk als gevangenisarts in de Rotterdamse Penitentiare Inrichting aan de Noordsingel. Over psychiatrie, teamwork en Albanese maffiabazen. “Toen was ik wel even bang.”

Nee, het animo voor het vak van gevangenisarts is niet groot onder huisartsen. “Onbegrijpelijk”, vindt Zijtregtop, al 27 jaar werkzaam bij de Penitentiare Inrichting (PI) Rotterdam. “Het zijn boeven en verslaafden, hoor je dan. De charme voor mij is juist dat ik hier in aanraking kom met de rand van de samenleving. Het verruimt mijn blik.”

De Rotterdamse Zijtregtop heeft naast zijn reguliere ‘buitenpraktijk’ een aanstelling van twintig uur in het huis van bewaring. Zijn piketdiensten - om de zes weken is hij een week lang dag en nacht bereikbaar - neemt hij op de koop toe. Het werk als gevangenisarts vindt Zijtregtop immers meer dan bevredigend.

“Ik ben huisarts geworden omdat ik me interesseer in de mensen, niet zozeer in hun ziektes. Hier kom ik dagelijks bijzondere figuren tegen, met heel aparte persoonlijkheidsstoornissen. Als huisarts vallen die vaak buiten je gezichtsveld, omdat zulke patiënten chronisch gevolgd worden door het Riagg.”

Extra kussen

Een ander verschil met de reguliere praktijk is dat de medische consumptie in een huis van bewaring gemiddeld acht keer zo groot is als ‘buiten’. “Ze zit-

ten de hele dag in hun cel en sommigen maken zich zorgen om alles wat ze voelen. Anderen denken: dan kan ik er even uit. Er zijn ook patiënten die via mij privileges proberen te krijgen. Dan zeggen ze: *dokter, ik heb last van mijn rug*, om maar een extra kussen of een betere matras te krijgen. Of: *ik moet extra douchen, want ik heb een infectie*. Een andere keer gaat het om wel of geen benzodiazepine, of om meer methadon. Het is veel onderhandelen, waarbij ik regelmatig nee moet verkopen. Al moet je ook weer niet de stoere jongen gaan uithangen, van: *je bent een boef en krijgt niet in alles je zin*. Mijn patiënten moeten het gevoel hebben dat ze bij de dokter terecht kunnen.”

Wat is volgens Zijtregtop het belangrijkste in het werk van een gevangenisarts? “Dat je bereid bent als team op te treden. Eén keer per week komen de psycholoog, psychiater, verpleegkundigen en ik bij elkaar. Dan bespreken we de psychiatrische patiënten en stemmen we het beleid op elkaar af. Verder is het belangrijk dat je accepteert dat je te maken hebt met de gevangenisregels. Je kunt niet zomaar zeggen: *ga maar naar het ziekenhuis*. Dat heeft namelijk de nodige consequenties.”

Glas eten

In 27 jaar heeft Zijtregtop, die tijdens zijn spreekuur een alarmknop binnen handbereik heeft, veel memorabele patiënten zien langskomen. Zoals een asielzoeker uit Syrië, die constant glas at in een poging zijn uitzetting te verhinderen. Of een pedofiel die kinderen had vermoord. “Ik werkte toen ook nog als politiearts. In die hoedanigheid heb ik deze kinderen geschouwd. Een week later zat de kerel die het gedaan had op mijn spreekuur te klagen over hoofdpijn. Op dat moment dacht ik: ik haak even af. Een collega heeft het overgenomen.”



“Eén keer ben ik bang geweest”, herinnert Zijtregtop zich. “Dat was toen ik een grote Albanese crimineel, een van de maffiahoofden, buiten tegenkwam. In een snackbar, twee uur ‘s nachts. Ik wist dat hij het land was uitgezet en dat hij daar dus illegaal zat. Ik dacht: die moet mij niet zien, want als hij gepakt wordt denkt hij dat het mijn schuld is. Bovendien had ik binnen conflicten met hem gehad. Maar ik ben zelden zo hartelijk onthaald. Hij heeft de reke-

ning betaald en zelfs nog extra sateetjes besteld.” Want, zo heeft Ton Zijtregtop ervaren, de grootste criminelen kunnen de aardigste mensen zijn. “Ook mensen die een moord hebben gepleegd. Sommige gedetineerden hebben een enorme flair, bijvoorbeeld oplichters die in een deftig pak en Van Bommel-schoenen hele verhalen ophangen. Ik vind dat prachtig om naar te kijken. Ik zie er elke dag weer naar uit om naar het gevang te gaan.” •

Johan van der Lei en
Miriam Sturkenboom

Immense onderzoeksgroep via de huisarts

De praktijk als schatkist

Huisartsen die hulp krijgen wanneer ze een jaarverslag maken, NHG-accreditatie nastreven of scores op prestatie-indicatoren aanleveren bij een zorgverzekeraar. Het Erasmus MC dat bijvoorbeeld medicatieveiligheid onderzoekt. Het mes snijdt aan twee kanten bij IPCI.

Hoezo schat aan informatie? Ruim 700 Nederlandse huisartsen voorzien het Erasmus MC van gegevens over meer dan een miljoen patiënten. Dat is niet alleen gunstig voor de initiatiefnemer, de afdeling Medische Informatica, maar ook voor de dokters zelf en op termijn mogelijk evenzeer voor de afdeling Huisartsgeneeskunde. Die zou onder meer kunnen nagaan of huisartsen in opleiding daadwerkelijk het volledige patiëntenspectrum onder ogen krijgen in de praktijk. Het draait allemaal om IPCI, de afkorting van Integrated Primary Care Information. Dat is een project dat ruim twintig jaar geleden werd opgezet door de afdeling Medische Informatica van het Erasmus MC. Het aantal deelnemende huisartsen en patiënten is gestaag gestegen en voorziet inmiddels in een niet aflatende informatiestroom vanuit de praktijken. Op basis daarvan brengt een door Miriam Sturkenboom geleide onderzoeksgroep effecten in kaart van medicatie die beschikbaar is op de markt en wordt voorgeschreven door huisartsen. De focus ligt op veiligheid van geneesmiddelen. “Maar het helpt ons bijvoorbeeld ook te kijken naar de werking van medicatie en de incidentie en prevalentie van ziekten”, zegt de hoogleraar Analyse van Observationele Data.

Leren

Johan van der Lei is afdelingshoofd en hoogleraar Medische Informatica. Hij ontvouwt de filosofie achter IPCI. “Ik ben van mening dat elke keer dat in de gezondheidszorg een therapie wordt uitgevoerd, we

de morele plicht hebben daar iets van te leren. Dat geldt ook voor de huisarts. Telkens als hij medicatie voorschrijft, is dat in essentie een experiment. Daar zouden we telkens van moeten willen leren. Met IPCI is daarvoor een infrastructuur opgebouwd.” Sturkenboom vult aan: “Over het algemeen geldt dat we in de gezondheidszorg in principe heel veel weten, maar niet goed kijken. Neem de vaak-gehoorde opmerking dat er zo weinig bekend is over de veiligheid van geneesmiddelen voor kinderen. Dan zeg ik: dagelijks worden miljoenen kinderen behandeld. De data zijn er dus gewoon.” Van der Lei: “Wil je werkelijk iets te weten komen, dan moet je de gezondheidszorg daar op inrichten.”

Gemakkelijk

IPCI is daar dus een voorbeeld van. Het werkt gemakkelijk, de huisarts hoeft niet meer en ook geen andere handelingen te verrichten dan gebruikelijk - behalve dat af en toe een aan/uitknopje moet worden ingedrukt. Op zijn computer wordt software geïnstalleerd die het voor de onderzoekers onmogelijk maakt patiënten te herkennen. De huisarts zelf is ook anoniem in de studies. De door hem ingeklopte gegevens komen automatisch terecht in het Erasmus MC. Van der Lei: “Wij zien de deelnemende huisartsen niet puur als leverancier van data. Hij of zij is partner in onderzoek. Het komt soms bijvoorbeeld voor dat we iets extra's willen bestuderen. Dan vragen we de huisarts intermediair te zijn, tegen een vergoeding.”

Benchmarking

Wat krijgt de huisarts terug voor zijn deelname? Van der Lei: “Op basis van de door hem aangeleverde data leveren wij praktijkrapportages. Die zijn nuttig als je bijvoorbeeld een jaarverslag maakt, een NHG-accreditatie aanvraagt of scores op prestatie-indicatoren wilt aanleveren bij een zorgverzekeraar. Deelnemers aan IPCI kunnen zo ook aan benchmarking doen.”

Van der Lei voegt er aan toe dat huisartsen ook een verantwoordelijkheid hebben. Hij zegt: “De huisarts blijft verantwoordelijk voor het gebruik dat we maken van zijn of haar data. Wij informeren hem of

haar over alle studies die we doen. De huisarts levert dus data, wij rapporteren aan hem wat we ermee doen en de huisarts heeft de gelegenheid bezwaar te maken en ergens niet aan mee te doen. Maar dan moet hij ons dat wel laten weten.”

Scepsis

In schrill contrast met de huidige status van IPCI staat het aanzien in de beginjaren. Van der Lei denkt nog weleens terug aan de scepsis waarmee menigeen aanvankelijk aankeek tegen gegevens uit huisartsenpraktijken.

Focus op veiligheid voor-geschreven geneesmiddelen

“Laat ik het voorzichtig zeggen: die data werden niet bepaald op waarde geschat. In de beginjaren heb ik bij de overheid en andere potentiële financiers bij wijze van spreken op mijn knieën gezeten. Lange tijd zonder resultaat. De argumentatie? Data uit huisartsenpraktijken zijn niet volledig, zijn oncontroleerbaar en zijn daarom niet betrouwbaar.” Sturkenboom: “Dat klopt deels ook wel, maar toch kun je veel zinnige informatie halen uit data binnen de routinezorg.”

Vaccin

Een willekeurige opsomming van onderzoeken uit Sturkenbooms mond maakt veel duidelijk. “Voor het Europees Geneesmiddelen Agentschap kijken we nu naar de veiligheid van NSAID's die zijn voorgeschreven door huisartsen. We bestuderen ook de veiligheid van het pandemisch influenzavaccin. Is er bijvoorbeeld een verband tussen het H1N1-vaccin en narcolepsie, vooral bij kinderen? We richten de blik ook op eventuele nadelige gevolgen van geneesmiddelen voor het hartritme. Een ander onderzoek spitst zich toe op de veiligheid van orale antidiabetica. We kijken eveneens naar gebruik van antibiotica in Nederland en andere landen. Kunnen we een link leggen met resistentiepatronen, opnieuw vooral bij kinderen?”

Sturkenboom vertelt ook dat eventuele nieuwe bijwerkingen van geneesmiddelen worden achterhaald via databestanden van huisartsen en ook zorgverzekeraars. “Dan ga je dus verder dan alleen signaleren op basis van spontane meldingen van bijwerkingen.” Ze noemt verder een onderzoek dat mogelijk wordt gemaakt door het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). “Vijf procent van de acute ziekenhuisopnamen is gerelateerd aan geneesmiddelen. De overheid wil dat halveren. Samen met de Radboud Universiteit Nijmegen en het PHARMO instituut onderzoeken we, of dit percentage is veranderd nadat er aanbevelingen zijn uitgegeven door VWS.”

Nog meer

De onderzoekers hebben nog meer noten op hun zang. Sturkenboom: “Het is overduidelijk dat huisartsendata waardevol zijn. We willen nog meer doen met de beschikbare data. Verder is het zo dat steeds meer zorgorganisaties automatiseren. We proberen het bestaande databestand te verrijken door koppelingen te maken met nieuwe databronnen, bijvoorbeeld over vaccinaties.” IPCI wordt financieel mogelijk gemaakt door externe financiers. Voorbeelden zijn de EU, ZonMW, het ministerie van VWS, de farmaceutische industrie en het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen.

Ook deelnemen aan IPCI? Zoek contact via Secretariaat IPCI, ter attentie van Tineke de Ben, Afdeling Medische Informatica, Erasmus MC, Postbus 2040, 3000 CA Rotterdam, email: c.deben@erasmusmc.nl. Voor de volledigheid: IPCI past niet bij de software van iedere huisarts. •

Ragfijne combinaties Huisartspraktijk Pallion

Forse groei academisch netwerk

Samenwerken. Dat is waar het om draait in het begin dit jaar door het Erasmus MC gelanceerde academisch huisartsennetwerk Primeur. Het is ook al jaren het credo van Huisartspraktijk Pallion in Hulst. “Concurreren is nonsens.”

Met het academisch *Primeur* netwerk wil de afdeling Huisartsgeneeskunde een academische werkplaats creëren. Een werkplaats waar onderwijs, onderzoek en patiëntenzorg worden geïntegreerd. Het moet ook een broedplaats zijn voor ideeënuitswisseling en innovaties. Het streven: een betere kwaliteit van de patiëntenzorg.

Stond de teller bij de publicatie van de vorige Augustijn in april nog op twee aangesloten huisartspraktijken, inmiddels telt het Primeur netwerk er al tien. Het netwerk strekt zich uit over een wijde regio: van Schiedam tot Etten-Leur en van Maassluis tot Oost-Zeeuws Vlaanderen. Het is de bedoeling dat eind dit jaar elf huisartspraktijken aan boord zijn.

Afgelopen juni maakten de coördinatoren vanuit de huisartspraktijken kennis met elkaar tijdens het eerste tweemaandelijks coördinatorenoverleg in Rotterdam. Een van de nieuwe aanwinsten is de huisartspraktijk Pallion uit Hulst, Oost-Zeeuws-Vlaanderen. Bijzonder aan deze praktijk is de intensieve samenwerking die de huisartsen hebben gecreëerd met een verpleeghuis en ziekenhuisspecialisten.

“Wij zijn heel blij met het academisch netwerk”, vertelt huisarts en coördinator Vincent Voorbrood. “Het past goed bij de al jarenlange succesvolle samenwerking van onze praktijk met andere partijen. We hopen onze ervaring te delen dat je veel kan bereiken als je samenwerkt.”

Kliniek

Pallion maakt goed gebruik van een handige logistiek. Boven de huisartsenpraktijk bevinden zich een huisartsenkliniek en een low cure afdeling. Samen vormen de bovenburen de ZorgSaam Kliniek. Die beschikt over twintig bedden voor patiënten die maximaal drie weken zorg nodig hebben. Verder bevindt de huisartsenpraktijk zich op het terrein van het verpleeghuis Stichting Curamus.

Voorbrood: “Het verpleeghuis staat op zichzelf, maar we werken nauw samen. Zo verzorgen ze het eten voor onze opgenomen patiënten. Ook de ergo- en fysiotherapie delen we met het verpleeghuis, dus altijd dichtbij.”





Pallion beschikt over zes huisartsen, maar heeft ook een breed scala aan andere specialismen in huis: een psycholoog, kinderpsycholoog, diabetesverpleegkundige, longverpleegkundige, preventieverpleegkundige, podotherapeute en diëtiste. De praktijk telt eveneens een verpleeghuisarts, die parttime in dienst is.

‘Als je jarenlang koning bent, is de kans op navelstaren groot’

“Voor zover we weten, zijn we de enige huisartsenpraktijk in Nederland die op zo’n directe manier beschikt over een verpleeghuisarts”, vertelt Voorbrood. “In Hulst hebben we veel te maken met vergrijzing: 18% van onze patiënten is 65 jaar of ouder. Tegelijkertijd zie je dat Oost Zeeuws-Vlaanderen steeds aantrekkelijk wordt voor ouderen die zelfstandig willen blijven wonen. Dat moet je stimuleren. En dat lukt ons ook. Normaal gesproken worden mensen door de huisarts verwezen naar een geriater met lange wachttijden, maar met onze aanpak kunnen we echt snel wat betekenen voor onze patiënten. Een patiënt met meerdere gezondheidsproblemen kan met inzet van de verpleeghuisarts langer thuis blijven wonen.”

Gezinspsycholoog

De samenwerkingsaanpak van Pallion werpt niet alleen vruchten af bij ouderenzorg, maar werkt ook goed voor jonge gezinnen. Voorbrood illustreert: “Denk aan ouders met een kind met lichte gedragsproblemen. Die laten we begeleiden door een pedagoog. We koppelen er ook een gezinspsycholoog aan. Deze twee kunnen de ouders begeleiden in de opvoeding”.

Voor de ZorgSaam Kliniek wordt ook expertise gehaald uit het ZorgSaam Ziekenhuis, het ziekenhuis in Terneuzen twintig kilometer verderop. De medisch specialisten doen consulten op verzoek

Aangesloten praktijken Primeur

- Gezondheidscentrum Levinas, Rotterdam
- Gezondheidscentrum Ommoord, Rotterdam
- Gezondheidscentrum Tarwezigt, Rotterdam
- Gezondheidscentrum Randweg, Rotterdam
- Gezondheidscentra Afrikaanderwijk en Katendrecht, Rotterdam
- Centrum Huisartsen, Schiedam
- Huisartsencentrum Maassluis, Maassluis
- Helius MC, Hellevoetsluis
- Huisartsenteam de Keen, Etten-Leur
- Gezondheidscentrum Pallion, Hulst

A
A
A
A
A
A
B
C
D
E
F



van Voorbrood en zijn collega’s. Ook die samenwerking is vruchtbaar gebleken. “Concurreren is nonsens. In het begin waren de specialisten uit het ziekenhuis wel wat sceptisch, omdat het vanwege de huisartsenkliniek leek of we aan hun terrein aan het knabbelen waren. Maar inmiddels zien ze dat het werkt. Als we ze nodig hebben, zijn ze binnen een paar dagen bij ons. Wekelijks zijn hier verschillende specialisten voor consulten. Zij zien dat wat we doen, adequaat is en zich afspeelt op hoog niveau. Ze voelen zich betrokken. Dat vind ik heel bijzonder. Dit bewijst dat ook in de periferie een hoogwaardig niveau van zorg mogelijk is door goede samenwerking.”

Bijna altijd gelijk

Voorbrood, die twintig jaar in het vak zit, vindt het academisch netwerk Primeur bij uitstek waardevol voor huisartsen. “Vooral huisartsen lopen het risico om zichzelf heel goed te vinden”, stelt hij. “Dat is niet zo vreemd, want ze werken in een één op één situatie met hun patiënten, waarbij ze bijna altijd gelijk krijgen. Als je al jarenlang koning bent, is de kans groot dat je gaat navelstaren. Dat moet je voorkomen. Laat anderen maar gewoon in je keuken kijken en kritiek geven. Je moet jezelf continu prikkelen om de dynamiek en het plezier in je werk te behouden. Anders doe je ook je patiënten te kort.” •

Wetenschappelijke vorming prikkelt de geest

Wetenschappelijke vorming speelt een belangrijke rol binnen de Huisartsopleiding van het Erasmus MC. Terecht, zo stellen ook de aios. “Dit is echt een aanvulling op de vorming van de huisarts die ik wil zijn.”



De 31-jarige Marloes Rietmeijer-Mentink rondde in 2006 in Maastricht haar opleiding als basisarts af, nadat ze eerder was afgestudeerd in de bewegingswetenschappen. Vervolgens werkte Rietmeijer in verschillende ziekenhuizen als arts-assistent kindergeneeskunde en op de spoedeisende hulp. In 2009 begon ze in het Erasmus MC aan de opleiding tot huisarts, die ze voltooide op 1 september. Rietmeijer werkt momenteel als waarnemend huisarts in Maasland en Maassluis. De 29-jarige Marjolein van der Ent-Willemsen koos na haar studie geneeskunde in Rotterdam direct voor de huisartsopleiding bij het Erasmus MC.

Van der Ent: “Ik ben gelijk uit de collegebanken begonnen met de huisartsopleiding. Het vak van huisarts sprak me al snel aan vanwege de diversiteit. Je bent de spil in de gezondheidszorg, de poortwachter.”

Rietmeijer: “De opleiding tot huisarts heb ik als heel leuk en leerzaam ervaren. Doordat je één op één aan een opleider bent gekoppeld, is er iemand die echt jouw ontwikkeling ziet.”

Van der Ent: “Wat mij betreft mag er nog wat meer verdieping in de opleiding komen. Soms denk ik: dit kan ik ook in de NHG-standaard lezen. Maar de constructie van de opleiding vind ik erg goed. Je

leert het vak in de praktijk en kan daarnaast tijdens de terugkomdagen wekelijks reflecteren met je opleidingsgenoten. Dat is in mijn ogen de kracht van de huisartsopleiding.”

Rietmeijer: “Tijdens je opleiding krijg je stapsgewijs wetenschappelijk onderwijs. Daarbij leer je zaken als: hoe zoek ik een goed artikel? Hoe beoordeel ik de validiteit en de bewijskracht van een artikel? Past het artikel bij mijn populatie als huisarts? Ieder jaar moet je CAT-opdrachten doen, waarbij je een gerichte klinische vraag moet bedenken. Vervolgens moet je hier artikelen bij zoeken en je conclusie presenteren. Als je dit een aantal keer doet, merk je dat het steeds makkelijker gaat en minder tijd kost.”

Van der Ent: “De opleiding biedt genoeg mogelijkheden om je wetenschappelijk verder te vormen. Er is een aantal verplichte onderdelen, zoals de CATs, maar er is nog zoveel meer. Daar moet je wel voor openstaan. Je kunt als aios door je opleiding rollen zonder heel wetenschappelijk-kritisch te kijken, maar ik vind het belangrijk om mezelf op dit gebied verder te ontwikkelen. Zo heb ik een paar jaar geleden gesolliciteerd voor het AIOTHO-traject (Arts In Opleiding Tot Huisarts-Onderzoeker, zie kader), omdat de combinatie van wetenschap en opleiding mij aanspreekt. Achteraf zonde dat ik dit niet heb doorgezet, want de wetenschap blijft trekken. Het is daarom ook leuk dat ik gevraagd ben voor de masterclass wetenschappelijke vorming. Dat is echt een aanvulling op de vorming van de huisarts die ik wil zijn.”

Rietmeijer: “Ook ik ben aan het einde van mijn eerste jaar gevraagd voor de masterclass. Eens per zes weken kom je met een klein groepje en twee

Weg vinden in literatuur

Patrick Bindels is als afdelingshoofd Huisartsgeneeskunde een groot pleitbezorger van wetenschappelijke vorming binnen de opleiding.

“Voor huisartsen is *evidence based medicine* het uitgangspunt. Dat betekent dat je handelt naar de nieuwste richtlijnen en de nieuwste wetenschappelijke onderzoeken en inzichten. Daarvoor moet je wel in staat zijn je weg te vinden binnen de grote hoeveelheid literatuur. Bovendien moet je de aangeboden wetenschappelijke artikelen en onderzoeken kritisch kunnen beoordelen. Kloppen de resultaten? En zijn deze toepasbaar voor jouw praktijk? Voor het vinden van de juiste literatuur en een goede interpretatie hiervan is wetenschappelijke vorming essentieel.”

In de opleiding Huisartsgeneeskunde speelt de wetenschappelijke ontwikkeling van de aios dan ook een grote rol. “Denk bijvoorbeeld aan de CATs”, aldus het afdelingshoofd. Het neusje van de zalm op dit vlak is de masterclass, onder leiding van Bindels en universitair hoofddocent Hans van der Wouden. “Hiervoor nodigen we jaarlijks enkele aios uit die meer kunnen én meer uitgedaagd willen worden op het gebied van wetenschappelijk onderzoek.”

Een ander initiatief is het AIOTHO-traject (Arts In Opleiding Tot Huisarts-Onderzoeker), dat momenteel tien deelnemers kent. “Daarbij word je in zo’n vijf tot zes jaar opgeleid tot zowel huisarts als wetenschapper”, vertelt Bindels, die vindt dat ook praktiserend huisartsen open moeten blijven staan voor de wetenschap. “Dat is een voorwaarde om op een verantwoorde manier je vak uit te oefenen. De wetenschap is immers de onderbouwing van ons vak.”

docenten bij elkaar. Daarbij wordt de theorie van de wetenschap behandeld, evenals de artikelen die we aan het schrijven zijn. Want dat is het uiteindelijke doel: een artikel schrijven. Zo ben ik bezig met een systematische review over het verschil tussen de echte gewichtsstatus van een kind en hoe ouders dat zien.”

Van der Ent: “Ik ben voor een internationaal huisartsenblad bezig met een systematische review over de behandeling van middelengeïnduceerde hoofdpijn. De artikelen die ik goed vind, cluster ik en probeer ik naar de eerste lijn terug te halen, om te kijken hoe je het als huisarts kunt behandelen. Tijdens je basisopleiding neem je een interessant artikel al snel voor waarheid aan. Bij de masterclass leer je meer kritisch kijken naar wat er nu eigenlijk staat en hoe het onderzocht is en of de getallen kloppen. Ik ben daardoor kritischer geworden en begrijp ook beter of een artikel voor de tweede lijn bedoeld is of ook voor je eigen praktijk zinvol is. Als deelnemer van de masterclass was ik overigens ook uitgenodigd voor het WONCA-congres in Warschau, afgelopen

september. Het was leuk en leerzaam om huisartsen uit verschillende landen te spreken.”

Rietmeijer: “Naast de masterclass maakte ik tijdens mijn opleiding ook deel uit van de DOERAK-studie. Dat is een onderzoek naar de vraag: als je huisartsen in opleiding meer wetenschappelijk onderwijs aanbiedt, of in een andere vorm, gaan ze het dan leuker vinden, worden ze er beter in en gaan ze het dan vaker gebruiken? Ik zat gelukkig in de groep die meer wetenschappelijk onderwijs kreeg, in de vorm van een onderzoek dat je gezamenlijk moet opzetten en uitvoeren. De meeste mensen in de groep zijn heel enthousiast geworden over wetenschappelijk onderzoek.”

Van der Ent: “Het valt mij op dat bij sommige huisartsen weinig wetenschap in de praktijk doorvloeit. De jonge generatie maakt veel gebruik van de NHG-standaarden, maar ik zie ook oudere huisartsen die het doen zoals ze het altijd al deden. Misschien heb ik dat over twintig jaar ook wel, maar ik hoop dat het blijft zoals ik er nu inste. Als je in je opleiding

actief bezig bent geweest met wetenschap, denk ik dat je hier als praktiserend huisarts meer voor openstaat.”

Rietmeijer: “Ook ik denk dat ik inmiddels zoveel wetenschappelijke ervaring heb opgedaan, dat ik het mijn hele carrière blijf gebruiken. Dat betekent niet perse dat ik zelf onderzoek moet doen; ik kan ook meewerken aan een bestaand onderzoek door data te leveren uit mijn praktijk. Dat kost wat extra moeite, maar ik ben me bewust van het feit dat we vooruitgaan dankzij wetenschappelijk onderzoek. Daardoor kunnen we nieuwe behandelmethoden, medicijnen en standaarden ontwikkelen. Als huisarts kan ik hieraan bijdragen.” •

‘Bijdragen aan nieuwe medicijnen en behandelmethoden’



Verdubbeling patiënten na media-aandacht

Mythe Moerdijk

De Moerdijkbrand kreeg begin dit jaar veel media-aandacht en bracht onrust in de Hoeksche Waard. Vanuit gezondheidsperspectief was er geen ramp. Toch hadden huisartsen het er druk mee. Huisarts Nicole Zengerink uit Strijen blikte terug.

Het is 5 januari 2011, de eerste woensdag na oud en nieuw. Vanuit Moerdijk waaien giftige rookwolken van het brandende bedrijf Chemie-Pack over het Hollandsch Diep de Hoeksche Waard in. Huisarts Nicole Zengerink is met vakantie in Oostenrijk. Hoewel ze ver weg is van haar praktijk in Strijen, wordt ze meteen op de hoogte gebracht. Dankzij een sms van het rampen sms-waarschuwingssysteem voor hulpverleners en burgers.

In de eerste dagen na de brand loopt het in Strijen niet storm bij de huisartsenpraktijken. Er meldt zich een handvol patiënten met een paar klachten. Ze hebben vooral last van hoofdpijn, prikkelende ogen en misselijkheid. De klachten spelen ook in de andere drie gemeenten ten noorden en noordoosten van Moerdijk, zo blijkt drie maanden later uit een GGD-rapport. Het document maakt duidelijk dat de gezondheidsklachten van tijdelijke aard zijn geweest.

“Toen ik een week na de brand terugkwam van vakantie, kreeg ik de indruk van mijn collega dat het allemaal reuze meeviel”, vertelt Zengerink. “Als ik achteraf naar de cijfers kijk, valt me op dat de meeste klachten niet in de eerste dagen lagen, maar een week later ontzettend toenamen. De piek lag op woensdag 12 januari. Toen verdubbelde het aantal klachten, precies nadat er ontzettend veel media-aandacht was geweest voor de brand. Naarmate de media zich ermee bemoeiden, kreeg ik er als

huisarts steeds meer mee te maken. Ik ben echt geschrokken van de grote impact van een mediahype. Toen ik een week na de brand de bewonersvoorlichtingsbijeenkomst bezocht in ons gemeentehuis, merkte ik veel boosheid en angst onder de mensen. Dat was echt indrukwekkend.”

‘De piek in de spreekkamer kwam pas een week later’

Kweekjes

Zengerink vervolgt: “Die ongerustheid van mensen zag ik terugkomen in het aantal klachten in onze praktijk. We hebben alle klachten serieus genomen en goed gedocumenteerd. Veel klachten waren medisch goed te verklaren en hadden te maken met seizoensgebonden luchtweginfecties. In mijn praktijk hebben we geprobeerd dit aan te tonen, door kweekjes op te sturen naar het lab. Dit doen we normaal gesproken niet, maar we vonden het belangrijk om de zorgen van mensen weg te nemen.” Zengerinks beleving als huisarts stond haaks op de angstaanjagende berichtgeving in de media. “In die dagen zag ik een aantal ernstig zieke mensen als gevolg van het H1N1 griepvirus, waarover ik zelf eerlijk gezegd veel ongeruster was. De Moerdijkbrand was voor mij een kwestie van nuchterheid en gezond verstand. Op grond van windrichtinginformatie was

het bijvoorbeeld heel logisch te concluderen dat de gifwolken geen gevaar voor Strijen zouden vormen. Maar ik moet bekennen dat de berichtgeving zo verontrustend was, dat dit ook aan mijn boerenverstand ging knagen.”

Sirene

Haar conclusie: “Ik denk dat de ongerustheid bij de mensen direct met de mediahype te maken had en niet kwam door het handelen van hulporganen en lokale overheid. Ik verbaas me erover waarom mensen denken dat ze niet betrouwbaar geïnformeerd zijn. Als hulpverlener heb ik juist de indruk dat de lokale overheid echt heeft gedaan wat nodig was. Ze waren er ook snel bij. De sms die meteen op mijn mobiele telefoon binnenkwam is daar een voorbeeld van. De gemeente heeft er ook lering uit getrokken. Zo is nu bekend dat mensen de sirene niet horen als die één keer afgaat. De gemeente gaat extra stroomvoorziening regelen om de sirene elke tien minuten te laten afgaan.”

Eerder samenwerken

Haar les? Dat ze als huisarts de media-invloed niet moet onderschatten. “Toen ik werd geïnterviewd voor NRC Handelsblad, leverde dat wel een stukje

relativering op van de angstaanjagende berichtgeving. Een volgende keer zal ik waarschijnlijk proactief en eerder met de media gaan samenwerken, om te zorgen dat het niet uit de klauwen loopt.” De Moerdijkbrand had weliswaar de dreiging van een ramp, maar een echte ramp was het dus niet.

“Er is weinig gezondheidszorg aan te pas gekomen”, verklaart Zengerink. “Bij een echte ramp zijn er natuurlijk protocollen, je weet dan als huisarts dat triage en een rampencentrum moeten worden opgezet. Maar bij een ramp van het kaliber van de overstroming van 1953 heb je te maken met een noodsituatie, waarin je ook creatief zal moeten zijn. Dan doe je als hulpverlener en als mens ontzettend je best, maar je kunt dan alleen roeien met de riemen die je hebt.’ •

Huisarts de continue factor

“Bij rampen zijn huisartsen de spil in de nazorg”, zegt dr. Joris IJzermans. Hij is programmaleider Acute zorg en rampen bij het NIVEL, het Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg.

IJzermans onderzocht onder meer de gezondheidseffecten van de Enschederamp en Volendam-brand. “Het meest opvallende resultaat is dat slachtoffers altijd goed de huisarts weten te vinden. De eerste drie maanden is het contact met de gezondheidszorg vooral dat met de huisarts. Dat vind ik heel goed. Hulpverlening heeft namelijk bij een ramp de neiging om alles onder het kopje *psychisch* te schuiven. Maar mensen hebben vaak een normale reactie op een abnormale gebeurtenis. Natuurlijk is er vaak angst, maar er zijn ook lichamelijke klachten, zoals moeheid en concentratiestoornissen. Juist de huisarts kan goed het samenspel tussen lichaam en geest zien. Bovendien kent de huisarts de context en geschiedenis van een slachtoffer. Hij of zij is de continue factor in het geheel. Geografie speelt daarbij ook een rol: huisartsen wonen zelf vaak in de buurt van de ramp. Zij ervaren zelf dus ook de rampsituatie en staan daardoor dicht bij de patiënt.”

De passie van Athumani Athumani

‘De tamtam werkt sneller dan internet’

Waar menig huisarts in de vakantie - pakweg - aan een Frans zwembad ligt, bezoekt Athumani Athumani jaarlijks zijn geboortedorp Mnyuzi in Tanzania. “Ik ging weg als typisch Afrikaanse jongen en kwam terug als arts.”

Op achttienjarige leeftijd verliet Athumani zijn vaderland, om in China een opleiding tot basisarts en acupuncturist te volgen. Na negen jaar verkaste hij naar Nederland, waar de Tanzaniaan tegenwoordig als huisarts werkt in de Rotterdamse Tarwewijk. En eens per jaar houdt hij vijf weken praktijk in zijn stamddorp.

“De eerste dag komen alleen mensen uit mijn eigen dorp op spreekuur, maar de tamtam gaat sneller dan internet. Dus de volgende dag zit het helemaal vol, ook met mensen die veertig kilometer verderop wonen en te voet zijn gekomen. De kliniek is klein en heeft zeer beperkte middelen. Daarom neem ik uit Nederland medicijnen mee en zoveel mogelijk medische spullen, van een stethoscoop tot een bloeddrukmeter.”

Ook Athumani’s mogelijkheden zijn beperkt. “Soms zou ik bijvoorbeeld een hartpatiënt willen verwijzen voor een echografie, maar de meeste mensen hebben daar geen geld voor. Het enige wat je zo’n patiënt dan kunt zeggen is: doe rustig aan. Soms schrijf ik een verwijsbriefje voor het ziekenhuis, maar als ik een jaar later terugkom hebben ze dat briefje nog steeds.”

Afgelopen zomer hield Athumani (49) voor de achtste keer een werkvakantie in zijn geboortedorp. “Sommige mensen kennen mij nog als jongetje. Ik was een typisch Afrikaans kind, zonder schoenen en met blote buik, en kwam terug als arts. Ja, ze zijn trots op me.” En dankbaar, zoals blijkt uit de geschenken die zijn patiënten meebrengen. “Zoals een levende kip”, lacht Athumani. “Dat zijn trouwens wel momenten dat ik de Albert Heijn mis, met kant-en-klaar verpakte kippen.”

Athumani op zijn beurt heeft voor de dorpsbewoners een volle container uit Nederland meegenomen. “Ik sponsor de school waar ik zelf als kind van vijf jaar ben begonnen. Ik neem veel boeken mee en dit keer had de Huisartsenpost Zuid in Rotterdam negentien oude computers meegegeven.” Ook doneren collega’s en patiënten kleding, waarbij zelfs mutsen en truitjes worden gebreid voor de Tanzaniaanse kinderen. Heel de praktijk leeft mee met de Afrikaanse avonturen van Athumani Athumani. “Het is leuk om te doen en je bereikt echt iets. Al is het maar iets kleins; ik probeer een verschil te maken.” •

