

Augustijn

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

**Nóg meer tevredenheid
bij het Leren van Ervaringen**

**Recordopleider
Wim Loth**

**Richtlijnen betere
zorg verstandelijk beperkten**

**HAP met team van
palliatieve zorgartsen**

Nieuw, innovatie en inspiratie

In deze Augustijn aandacht voor het wetenschappelijk onderzoek van onderwijs op onze afdeling. Eigenlijk is het best vreemd dat er zo weinig onderzoek wordt gedaan naar onderwijs. Wij probeerden daar in de afgelopen jaren verandering in aan te brengen, en doen dit zeker ook in de komende jaren. Zowel bij het geneeskundeonderwijs als de huisartsopleiding lopen promotietrajecten.

Ik denk nog steeds met plezier terug aan het 'spuien' tijdens mijn eigen opleiding. Het was het begin van elke terugkomdag. We noemen dat nu netjes het Leren van Ervaringen. Waarom wordt dat door velen als zo waardevol ervaren en hoe zouden we het nog beter kunnen maken? Marije van Braak vertelt over haar onderzoek en brengt u op de hoogte.

Leest u ook vooral het artikel over de kunst van het kijken. Een zeer gewaardeerd en innovatief onderdeel van het onderwijs dat wij aan de studenten geneeskunde geven. Nieuw wordt ook de master geneeskunde. Terecht is hierin meer aandacht voor huisartsgeneeskunde gekomen. Een langer coschap en een meer voorbereidend onderwijs, zodat de coassistent nog beter beslagen uw praktijk inkomt.

Verder wijs ik u graag op onze nieuwe internationale samenwerking met de University of Southern Denmark in Odense. Hoogleraar Bart Koes vertoeft daar met enige regelmaat en legt het belang hiervan voor onze afdeling uit.

Nieuw, innovatie en inspiratie zijn de woorden die goed bij deze uitgave van de Augustijn passen. Wat 'nieuw' betreft: voor het eerst verzorgt Mirjam Vissers de cartoon in ons blad. Ron Alma, die in de afgelopen jaren negentien prachtige prenten leverde, heeft afscheid genomen van de afdeling Huisartsgeneeskunde. Wij danken Ron voor zijn mooie bijdragen.

Patrick Bindels
Hoofd afdeling Huisartsgeneeskunde Erasmus MC



Colofon

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

De bladtitel symboliseert de relatie tussen de naamgever van het Erasmus MC en de boekdrukkunst. Desiderius Erasmus werd geboren in Rotterdam, maar verbleef als jongvolwassene in het Augustijner klooster van Steyn, in de buurt van Gouda. Behalve een kloosterling is de augustijn (zonder hoofdletter) een typografische maat, gebruikt om de grootte van een lettertype aan te duiden.

Hoofdredacteur:
Patrick Bindels

Redactieraad:
Patrick Bindels, Thérèse Brans,
Gijs Elshout en Bart Koes

Redactie:
Gert-Jan van den Bemd (beeldredactie),
Annemarie van der Eem, Masja de Ree,
Gerben Stolk (eindredactie) en Mirjam
Vissers (cartoon)

Fotografie:
Levien Willemse

Vormgeving:
BS Producties, Monnickendam

Redactieadres:
Redactie Augustijn, Nannette Groenendal,
afdeling Huisartsgeneeskunde
Postbus 2040
3000 CA Rotterdam
010-70 44014
augustijn@erasmusmc.nl
[www.erasmusmc.nl/
huisartsgeneeskunde/Augustijn/](http://www.erasmusmc.nl/huisartsgeneeskunde/Augustijn/)

Gebeurt er iets nieuws-
waardigs 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? Mail
naar augustijn@erasmusmc.nl



6 Palliatieve zorgartsen

Twaalf huisartsen van Huisartsenpost Nieuwe Waterweg Noord hebben een aantal weekeinden per jaar dienst als palliatieve zorgarts. Van acht uur 's ochtends tot elf uur 's avonds zijn ze dan helemaal beschikbaar voor terminale patiënten en hun familie.



13 Ooglidcorrecties

Al meer dan tien jaar voert huisarts Alex Poppelaars ooglidcorrecties en vascotomieën uit in zijn praktijk. "Ik draag breed uit dat dit verrichtingen zijn die we prima in de eerste lijn kunnen uitvoeren. Het levert voor de patiënt bovendien een aanzienlijke kostenbesparing op."



9 33 aios opgeleid

Wim Loth begon in 1985 als huisartsopleider. In de komende maanden begeleidt de 64-jarige bij Huisartsenpraktijk Beljaard Rood in Dongen zijn 33e en laatste aios. "Soms denk ik: kijk eens wat een mooie collega dat is geworden."



14 Biografie patiënt

Als kaderhuisarts palliatieve zorg in een hospice verdiept Alex van der Male zich zowel in de somatische als in de sociale, psychologische en spirituele kant van zijn patiënt. "Echte interesse en verbinding leiden tot goede zorg en helderheid bij vragen rond het levenseinde."



10 Schouderklachten

Een patiënt met schouderklachten? Marloes Thoomes-de Graffen Yasmayne Karel hebben onderzoek verricht naar de zorg in de fysiotherapiepraktijk. Huisartsen kunnen ook hun voordeel doen met een aantal resultaten.



16 Daling gebruik opioïden

De afdeling Huisartsgeriatrie heeft de handen ineengeslagen met een Deens instituut op het gebied van het bewegingsapparaat. Samen verrichten ze wetenschappelijk onderzoek. Hoe kan bijvoorbeeld het gebruik van opioïden dalen in de eerste lijn?



VERDER...

4 Kort Nieuws

Zorgstraat voor (dreigend) ontregelde ouderen * Robert Zegers beste docent * Hardlooplessures voorkomen * Het hoe en waarom van claims * Ziek terug uit de tropen, en dan...? * Gevraagd: nieuwe huisartsopleiders! * Coassistent in de praktijk?

8 Nieuwe master

Huisartsopleiders krijgen in mei 2019 beter voorbereide coassistenten in hun praktijk.

12 Verstandelijk beperkten

Binnenkort beschikbaar: twee richtlijnen voor zorg aan patiënten met een verstandelijke beperking.

18 Het Leren van Ervaringen

Onderzoek naar het Leren van Ervaringen binnen alle Nederlandse huisartsopleidingen.

19 De kunst van het kijken

Waarom bezoeken tweedejaarsstudenten geneeskunde Museum Boijmans van Beuningen?

20 Theater

Marjolein Krul is coördinator van het HoutenBeenTheater.

Gevraagd: Huisartsopleiders

Voelt u iets voor de rol van huisartsopleider? Bent u een enthousiaste huisarts met minimaal vijf jaar ervaring die minstens twee dagen per week werkzaam is in de praktijk? Dan gaat de Rotterdamse huisartsopleiding graag de samenwerking met u aan.



Als u vragen heeft en/of geïnteresseerd bent, zoek dan contact met het opleiderssecretariaat: huisartsopleiders@erasmusmc.nl. Op de foto: Marloes Jacobs, huisarts en coördinator werving opleiders. Meer informatie: www.erasmusmc.nl/huisartsgeneeskunde/onderwijs/huisartsopleiding.

Opleiders coassistenten



Jaarlijks volgen 350 studenten van het Erasmus MC het coschap huisartsgeneeskunde. Huisartsen die coassistenten opleiden, laten hen opbloeien tot arts en mogelijk tot huisarts in spe.

Het coschap duurt zes weken. Er staat een vergoeding tegenover.

Neem voor meer informatie contact op met de sectie Studentenonderwijs: Murat Coskunsu (secretariaat, tel. 010 704 36 21, hag@erasmusmc.nl) of (foto) Sander Koning (huisarts, coördinator coschappen, s.koning@erasmusmc.nl).

Het hoe en waarom van claims

De Rotterdamse huisartsopleiding legt situaties onder de loep die hebben geleid tot een claim. Het onderzoek moet bijdragen aan verbeteringen binnen alle Nederlandse huisartsopleidingen.

Blijken huisartsen en aios op bepaalde vlakken relatief vaak de plank mis te slaan? Dan kan worden nagegaan of hun opleiding lacunes vertoont. Is het mogelijk diagnostisch ingewikkelde casus te identificeren? Dan kan het onderdeel 'Klinisch Redeneren' in de huisartsopleidingen hiermee worden verrijkt.

In een notendop zijn dit de doelen van een 6-jarig onderzoek waaraan huisarts en promovenda Charlotte van Sassen in de zomer is begonnen. Deze studie is een samenwerking tussen de huisartsopleiding van het Erasmus MC, het institute of Medical Education Research Rotterdam (iMERR) en de VvVA.

Pieter van den Berg is coördinator onderzoek van de Rotterdamse huisartsopleiding. Hij zegt: "Charlotte

inventariseert ruim 800 claims die patiënten in de afgelopen vijf jaar bij de VvAA hebben ingediend na het werk van aios en ook van huisartsen. Het gaat om claims uit het hele land. De claims zijn geanonimiseerd."

Niet alleen de opleidingen en toekomstige aios moeten baat hebben bij de onderzoeksresultaten. "We verwachten dat huisartsen er ook hun voordeel mee doen", zegt Van den Berg. "We hopen dat publicaties over situaties die hebben geleid tot een claim de huisarts helpen het handelen verder aan te scherpen. Vrijwel iedere huisarts zal bijvoorbeeld erkennen dat je de diagnose 'longembolie' kan missen, omdat de symptomen ook kunnen duiden op een longontsteking of hartproblemen. Niemand wil zo'n fout maken."

Het onderzoek wordt mogelijk gemaakt door het HGOG-fonds, ingesteld door SBOH, werkgever van onder meer artsen in opleiding tot huisarts.



Robert Zegers beste docent

Voor de tweede achtereenvolgende keer is Robert Zegers in de herfst verkozen tot beste docent van het jaar binnen de Rotterdamse huisartsopleiding. Aios bleken andermaal enthousiast te zijn over de huisartsdocent en opleiderscoördinator.

Hun motivatie: "Ruime kennis en de gave om kennis goed en met passie over te brengen". En: "Didactisch en verdiepend, met afstand de beste docent". De andere finalisten waren SEH-arts Ineke Dekker, gedragswetenschappelijke docent Marcel Doornbosch en huisartsdocenten Pieter van den Berg en Alex van der Male. Laatstgenoemde drong vorig jaar ook door tot de eindronde. De prijs is in 2017 ingesteld.

Zorgstraat voor (dreigend) ontregelde ouderen

Werkt u als huisarts in Rotterdam en ziet u ouderen die ontregeld zijn of dat dreigen te raken? Vanaf 1 januari kunnen deze patiënten worden verwezen naar Oud Haven, gevestigd in het gebouw van het voormalige Havenziekenhuis Rotterdam.

De zorgverleners gaan hier te werk volgens een breed en vernieuwend concept: zowel de medische, sociale als psychische situatie van de oudere wordt in kaart gebracht. Oud Haven is een polikliniek; de patiënt verblijft er uiterlijk tot het einde van de werkdag.

De initiatiefnemers zijn het Erasmus MC, Maasstad Ziekenhuis, Ikazia Ziekenhuis en Franciscus Gasthuis & Vlietland. Zij willen de zorgcontinuïteit voor deze patiëntengroep waarborgen na de sluiting van het Havenziekenhuis. Dat gebeurt nu in elk geval tot eind 2020: tot dan is Oud Haven geopend op deze locatie.



Hardloopplessures voorkomen

Iedere huisarts buigt zich er regelmatig over: hardloopplessures. De afdeling Huisartsgeneeskunde en Golazo, organisator van sportevenementen, hebben een onderzoek opgezet dat dokters in de eerste lijn moet helpen deze kwetsuren te voorkomen.

Deelnemers aan onder meer de NN Marathon Rotterdam in 2020 en de DSW Bruggenloop Rotterdam in 2019 worden uitgenodigd mee te doen aan de studie. Wie bij inschrijving voor een evenement ook 'ja' zegt tegen het onderzoek, krijgt een preventieprogramma aangeboden. Of juist niet. Dat biedt onderzoekers de kans achteraf vast te stellen of inderdaad minder hardloopplessures zijn ontstaan in de eerste groep.

Marienke van Middelkoop is de projectleider. Zij zegt: "Het preventieprogramma bestaat uit adviezen op een website en via een app. We weten dat veertig procent van de deelnemers aan hardloopevenementen al een blessure krijgt in de voorbereiding. Daarom sturen we iedereen een vragenlijst over eventuele blessures toe direct na aanmelding, later in de voorbereiding en vlak voor de race. Die vierde lijst volgt een week na het evenement."

De studie is een nieuwe versie van het INSPIRE-onderzoek, waarvan de resultaten binnenkort worden gepubliceerd. Het preventieprogramma is verbeterd. Bovendien zal het aantal deelnemers groter zijn. De studie ging van start op 1 december en duurt twee jaar. Van Middelkoop: "Als het preventieprogramma succesvol blijkt te zijn, kunnen we huisartsen wijzen op bijvoorbeeld de meest

effectieve tips. Het kan zowel bijdragen aan primaire als secundaire preventie in de spreekkamer. Wat betreft dat laatste: veel hardlopers die zijn hersteld van een blessure, krijgen er later weer een. Door na een eerste kwetsuur aandacht te besteden aan preventie, kan dikwijls herhaling worden voorkomen."

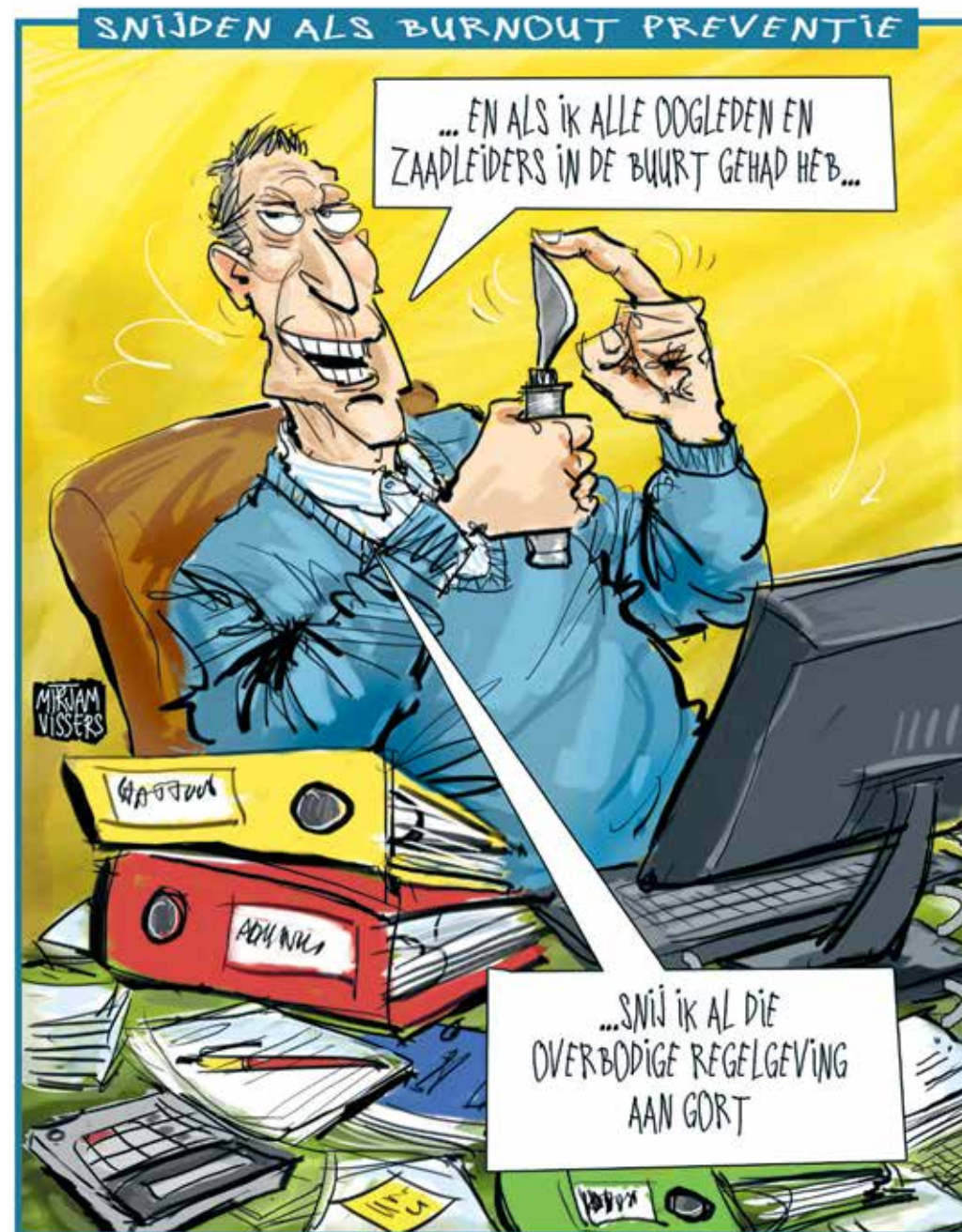
Het onderzoek wordt financieel mogelijk gemaakt door ZonMw. Het preventieprogramma is ontwikkeld door Van Middelkoop, de medische commissie van Golazo, de Koninklijke Nederlandse Atletiek Unie en de Vereniging voor Sportgeneeskunde. Er waren onder meer sportartsen en -fysiotherapeuten bij betrokken.

Ziek terug uit de tropen, en dan...?

Nu het Havenziekenhuis Rotterdam er niet meer is, leeft de vraag waar artsen hun patiënten met een tropische ziekte naar kunnen verwijzen. Op 1 december is de Tropenpolikliniek van het voormalige Havenziekenhuis verhuisd naar het Erasmus MC.

Daarmee heeft honderd jaar tropenervaring zich gevestigd in Nederlands meest innovatieve ziekenhuis. Huisartsen kunnen regulier verwijzen via ZorgDomein <tropen>. Voor spoedgevallen en intercollegiaal overleg zijn 24-uur per dag tropenspecialisten beschikbaar via de Tropentelefoon: 06-34 95 12 56.

Meer informatie:
www.erasmusmc.nl/tropen.





Ineke den Exter (links) en Connie Slob-de Bruin

Huisartsenpost Nieuwe Waterweg Noord

Betere palliatieve zorg in weekeinde

Pal naast ziekenhuis Franciscus Vlietland in Schiedam ligt Huisartsenpost Nieuwe Waterweg Noord. De HAP bedient circa 200.000 inwoners in de regio Vlaardingen, Schiedam en Maassluis. Bijzondere aandacht is er voor palliatieve zorg.

Directeur Connie Slob-de Bruin: “We hebben in 2012 een team van palliatieve zorgartsen in het leven geroepen, omdat we merkten dat de zorg voor patiënten in de laatste fase van hun leven in het gedrang kwam door de drukte op de huisartsenpost. Bovendien hadden de patiënt en hun naasten in een weekend soms met wel vijf artsen te maken, ieder met zijn eigen inzichten. Dat wilden we niet meer. Het is fantastisch om te zien hoe een vaste groep van onze huisartsen dat opgepakt heeft. Twee keer per jaar houden we interview. Van de verhalen die ik dan hoor, word ik blij. Er is veel betrokkenheid. En het levert patiënten en familieleden veel op.”

‘Meer begrip huisarts en triage-assistent’

Meer tijd voor patiënt

Huisarts Ineke den Exter behoort tot het team van palliatieve zorgartsen. Dat betekent dat ze een aantal weekeinden per jaar dienst heeft en van acht uur 's ochtends tot elf uur 's avonds helemaal beschikbaar is voor terminale patiënten en hun familie. Den Exter: “De werkwijze heeft geleid tot betere zorg en meer continuïteit. Het mooiste is dat je de tijd hebt. Je zit bij de patiënt, je luistert, er is ruimte om angsten te bespreken. Voor de patiënt is dit heel prettig en het voorkomt ook onnodige opnames. Na-

tuurlijk maak je ook lastige situaties mee, waarbij de emoties oplopen. Het is dan fijn dat je de tijd hebt om die heftige emoties in goede banen te leiden.”

Binnen half uur contact

Het palliatieve zorgteam bestaat uit twaalf huisartsen die elkaar gedurende het jaar afwisselen. Slob-de Bruin: “Bij de start hebben we gekeken naar een pilot in Nijmegen. Die is gestopt omdat het voor de artsen te zwaar was. Daarom hebben wij ervoor gekozen om de nachten niet te doen. Maar omdat we de tijd hebben en 's avonds goede afspraken kunnen maken voor de volgende ochtend, komen patiënten de nacht vaak goed door.”

Den Exter benadrukt: “Palliatieve zorg hoort bij de eigen huisarts. Maar die kan niet altijd beschikbaar zijn. Daarom is dit een goede oplossing. Wij vragen alle huisartsen in het gebied om terminale patiënten bij onze huisartsenpost aan te melden en te zorgen voor een goede overdracht. Hierdoor is de triage op de hoogte en hoeven deze patiënten niet steeds opnieuw hun verhaal te vertellen. De triagist kijkt eerst of de eigen huisarts beschikbaar is. Als dat niet zo is, neemt onze palliatieve zorgarts binnen een half uur contact op met de patiënt, waarna meestal een visite volgt.”

Bevlogen artsen

Uit spiegelgesprekken met nabestaanden blijkt dat zij de zorg waarderen. Ze geven aan zich gehoord te voelen. De palliatieve zorgartsen van Huisartsen-

24-uurseconomie

Druk is het altijd bij Huisartsenpost Nieuwe Waterweg Noord. “Zoals op iedere HAP”, zegt directeur Connie Slob-de Bruin.

“We zijn verantwoordelijk voor 85 normpraktijken in de regio, plus passanten en mensen zonder huisarts. En net als elders in het land hebben we te maken met de gevolgen van de 24-uurseconomie - mensen verwachten op elk moment van de dag hulp - en met veeleisende patiënten, waardoor consulten langer duren.” Dat maakt de huisartsen die de post bemanen niet minder enthousiast en bereid om zich in te zetten voor verbetering van de zorg, zo bewijzen de initiatieven met goede palliatieve zorg en samenwerking met triage-assistenten.

post Nieuwe Waterweg Noord worden ook regelmatig gevraagd hun verhaal te delen bij andere posten. Slob-de Bruin: “Er is veel interesse. Gek genoeg heeft dat nog niet tot navolging geleid. Deze zorg valt en staat bij bevlogen huisartsen.”

Den Exter: “Het kost tijd, het zijn extra diensten. Maar het zijn ook rustige en waardevolle diensten. Ik doe er drie per half jaar. Minder wil ik niet. Mijn aios neem ik vaak mee, zij vinden het heel leerzaam.”

Inzicht in triage

Opmerkelijk binnen Huisartsenpost Nieuwe Waterweg Noord is ook de aandacht voor de relatie tussen huisarts en triage-assistent. Bij de HAP zijn twaalf opleiders betrokken die twaalf aios begelei-

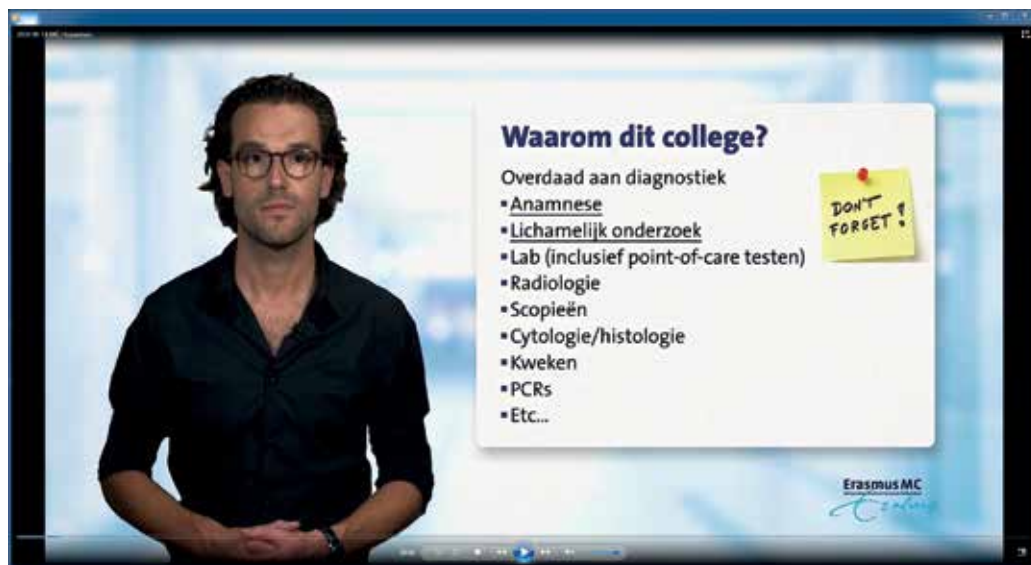
den, zowel eerste als derdejaars. Die krijgen hier alle facetten van het vak onder ogen. Sinds kort hoort daar ook kennis bij van het specialisme van triage-assistent. Slob-de Bruin: “We hebben een project opgezet om meer begrip te kweken tussen huisarts en triage-assistent. Daar zijn de aios direct bij betrokken.”

Betere samenwerking

“Triage-assistenten denken anders dan huisartsen: namelijk in termen van spoed in plaats van in diagnoses”, zegt Den Exter, die tevens opleidingscoördinator is. “We merkten dat huisartsen niet altijd begrepen waarom een patiënt was uitgenodigd voor een consult. Daarom wilden we graag weten hoe de triage tot stand komt en hebben we besloten in duo's van opleider en aios een aantal diensten mee te luisteren. Dit heeft de samenwerking tussen huisartsen en triagisten op de huisartsenpost verbeterd.”

Slob-de Bruin: “Ik hoor van aios hoe groot het verschil kan zijn tussen hoe een patiënt overkomt aan de telefoon en hoe hij zich in de spreekkamer presenteert. Dat maakt duidelijk dat het niet altijd eenvoudig is om als triagist een goede inschatting te maken. Aios profiteren nog hun hele loopbaan van deze ervaring.”

Huisartsen en aios deden ook een triagecursus, waarmee ze in de schoenen van de triagist stapten en leerden hoe het is om te werken volgens een protocol. Die cursus werd positief beoordeeld. •



Nieuwe master Geneeskunde

Beter voorbereid de praktijk in

Bent u coassistentopleider? Dan krijgt u in mei 2019 beter voorbereide coassistenten in uw praktijk. Met dank aan de vernieuwde master Geneeskunde, waarin meer tijd en aandacht is voor huisartsgeneeskunde.

“Binnen het Erasmus MC hebben we ons hard gemaakt om het huisartsenvak meer op de kaart te zetten. Daar draagt deze nieuwe master aan bij”, stelt universitair docent Wendy Enthoven, tevens coördinator van het onder-

wijs Huisartsgeneeskunde binnen de vernieuwde master Geneeskunde.

In de gehele master komt meer nadruk te liggen op onderwijsblokken voor de start van de coschappen. Voor Huisartsgeneeskunde geldt dat studenten voortaan twee onderwijsweken krijgen voorafgaand aan het coschap. Een noviteit. “Medisch inhoudelijk weten studenten al heel wat. Ook hebben ze de nodige ervaring opgedaan in het ziekenhuis. Maar het huisartsenvak is iets totaal anders”, aldus de 32-jarige Enthoven, tevens waarnemend huisarts. “In het ziekenhuis zien ze vaak specialistische pathologie, zoals een blindedarmontsteking. Maar in de eerste lijn is buikpijn meestal geen blinde darm, maar bijvoorbeeld obstipatie. Of er is geen verklaring voor de buikpijn. In die twee weken kunnen we studenten alvast trainen in huisartsgeneeskundig denken, zodat ze met meer bagage aan het coschap beginnen.”

Webcollege en e-learnings

In de onderwijsweken worden onderwerpen behandeld die vaak voorkomen bij de huisarts, zoals astma, COPD, suikerziekte en palliatieve zorg. Enthoven: “Hier zijn studenten al mee bezig geweest bij het coschap Interne Geneeskunde en Longgeneeskunde. Maar hoe ga je daar in de eerste lijn mee om?” Ook kleine kwalen komen aan bod. “Studenten weten meer van bijzondere diagnoses dan van veelvoorkomende kleine kwalen, zoals krentenbaard, gordelroos of een ingegroeide teennagel.”

Om hier meer over te leren gaan studenten in groepjes video's maken over uiteenlopende kleine kwalen. “Wat is deze kwaal? Wat kun je eraan doen, of moet je er juist niets aan doen? De studenten geven vervolgens feedback op elkaars filmpjes”, aldus Enthoven. “Wellicht dat we de filmpjes op een YouTube-kanaal plaatsen, zodat studenten - en in de toekomst wellicht ook patiënten - ze kunnen bekijken.”

Ook andere moderne onderwijsvormen komen terug in de vernieuwde master. Enthoven: “We hebben als pilot nu één college opgenomen, dat studenten kunnen bekijken op een moment dat het

hen uitkomt - ergens in die twee weken. We hebben er vragen aan toegevoegd, zodat het webcollege interactief wordt. Daarnaast kunnen studenten zelfstandig opdrachten doen in de vorm van e-learning. Dit bespreken we vervolgens in kleinschalig onderwijs, waar ze ook vragen kunnen stellen.”

‘Studenten starten met meer bagage aan coschap’

Langer coschap

Behalve de invoering van de twee onderwijsweken is er nog een belangrijke wijziging. Zo is het coschap verlengd van vijf naar zes weken. Het aantal terugkomdagen is teruggebracht tot drie voor het gehele coschap. Enthoven: “Opleiders hebben de coassistent dus een week langer in de praktijk. En de coassistent hoeft niet meer elke vrijdag naar het instituut, zoals in de oude master. Dat zorgt voor meer continuïteit in de praktijk, zowel voor de coassistent als de huisartsopleider.”

Bredere blik

In 2019 begint de eerste groep studenten van de vernieuwde master aan het coschap Huisartsgeneeskunde. “Het aantal aanmeldingen bij de huisartsopleiding in Nederland is de laatste jaren wat afgenomen. In 2017 zijn 720 van de 750 beschikbare plekken vervuld. Hopelijk kunnen we in de nieuwe master meer studenten enthousiasmeren voor het huisartsenvak”, stelt Enthoven. “Dankzij de twee onderwijsweken vooraf maken ze sneller kennis met de blik van de huisarts. We hopen dat ze daardoor het coschap makkelijker doorlopen en ook leuker vinden. Dat is goed voor de aanwas van nieuwe huisartsen.”

Het nieuwe coschap Huisartsgeneeskunde is eveneens waardevol voor studenten die kiezen voor een ander specialisme. “Je krijgt een bredere blik, wat bijdraagt aan betere zorg”, besluit Enthoven. “Als je snapt waarom een huisarts bepaalde dingen doet - bijvoorbeeld wel of juist niet een patiënt insturen - dan komt dat de samenwerking tussen specialisten en huisartsen ten goede.” •

Huisartsopleider sinds 1985

De 33e en laatste aios

Wim Loth begon in 1985 als huisartsopleider. In de komende maanden begeleidt de 64-jarige bij Huisartsenpraktijk Beljaard Rood in Dongen zijn 33e en laatste aios. "Soms denk ik: kijk eens wat een mooie collega dat is geworden."

Er worden geen slechte huisartsen meer afgeleverd"

DE EERSTE AIOS "Ik was 31 en werkte vijf jaar als huisarts in 's Gravenmoer, met een solopraktijk aan huis. Als solist voelde ik me beroepsmatig wat eenzaam; ik miste het sparren met collega's. Daarom ben ik bewust gaan opleiden. Een aios in de praktijk is niet alleen gezellig, maar

het houdt je ook scherp. Als je moet uitleggen wat je doet - en waarom - word je kritischer op je eigen functioneren. Aios kunnen soms haarfijn je eigen zwaktes blootleggen."

SAMEN OPLEIDEN "Zeven jaar geleden heb ik mijn solopraktijk ingeruild voor een HOED in een gezondheidscentrum. De maatschapgenoten en waarnemers nemen ook een stukje van de opleiding voor hun rekening. Die doen bijvoorbeeld een leergesprek als ik op vakantie ben."

NOOIT SAAI "De eerste aios waren leeftijdgenoten. Inmiddels hebben de aios de leeftijd van mijn kinderen. Toch wordt opleiden nooit saai, ook niet na al die jaren. Het is elke keer een ontdekkingstocht: hoe kan ik deze aios het best helpen in zijn of haar ontwikkeling? Ik heb geleerd om steeds beter rekening te houden met de verschillen op het gebied van competenties, karakters en leerstijlen. Daardoor kan ik individueel maatwerk leveren."

TWIJFEL ZAAIEN "De grootste verandering in het vak is de ontwikkeling van standaarden door het NHG. Daar zijn de aios beter van op de hoogte dan ik; die standaarden worden er in de opleiding echt ingeramd. Ik probeer soms beredeneerd twijfel te zaaien bij aios. Bijzondere casuïstiek uit de praktijk kan een ander licht werpen op een standaard."

GOEDE HUISARTSEN "In mijn tijd was de huisartsopleiding slechts één jaar. Inmiddels is de opleiding uitgebreid en zoveel professioneler. Er worden geen slechte huisartsen meer afgeleverd. Aios komen ook beter opgeleid en getraind de praktijk in. Vaak zijn ze al anios (arts niet in opleiding tot specialist, red.) geweest, met werkervaring in het ziekenhuis. Daardoor ben ik minder schoolmeester en meer coach. Dat ligt me wel. Ik kan met de aios ingaan op vragen als: hoe ontwikkel jij jezelf als arts op moeilijke thema's, bijvoorbeeld euthanasie?"

BIJZONDERE AIOS "Er schiet me als eerste een aios te binnen van jaren geleden. In mijn solopraktijk aan huis trof ik haar na een nachtdienst in onze



keuken, waar ze onze hond zat te aaien. Ze had me niet gebeld na een dramatisch sterfgeval van een jonge patiënt. 'Je had er toch niets aan kunnen doen,' zei ze. Dit was een aios met een grote mate van zelfredzaamheid."

GOEDE CONTACTEN "Met veel aios heb ik nog altijd contact. Een handvol zie ik vriendschappelijk en sommige aios zijn teruggekomen als waarnemer. Bijna allemaal zijn ze werkzaam in het vak; een enkeling als specialist ouderengeneeskunde."

TROTS "Ik ben trots als ik van aios hoor dat ze veel van me hebben geleerd, of als ze zelf opleider worden. Dan heb ik dat enthousiasme blijkbaar kunnen overbrengen. Ik ben ook trots als ik 'mijn' aios tegenkom in de vakpers. Dan denk ik: kijk eens wat een mooie collega dat geworden is."

BOTSENDE KARAKTERS "In al die 33 jaar heb ik geen ontkoppelingen gehad. Als er sprake was van botsende karakters, hebben we dat altijd professioneel kunnen oplossen."

DE LAATSTE AIOS "Ik leid in de komende periode mijn laatste aios op. Ik ben nu 64 jaar en van plan om binnen een paar jaar te stoppen. Daarom wil ik me nu meer gaan richten op mijn opvolging. Vanuit voormalige aios is er eventuele interesse. Dat is zeker bijzonder." •



Meekijken over de schouder

Patiënten met schouderklachten van wie een echo wordt gemaakt bij de fysiotherapeut, worden twee keer zo vaak naar de huisarts gestuurd als degenen zonder zo'n beeldopname. Die verwijzing is niet altijd nodig. De diagnostische waarde van echo's in een fysiotherapiepraktijk is een stuk minder groot dan bij een radioloog.



Marloes Thoomes-de Graaf

Deze conclusies komen voort uit onderzoeken binnen de afdeling Huisarts-geneeskunde. De fysiotherapeuten Marloes Thoomes-de Graaf en Yasmine Karel promoveerden hierop in de zomer. Hun studies maken deel uit van ShoCoDip: *Shoulder Complaints and Diagnostic ultrasound in physiotherapy practice*. Karel is tevens voorzitter wetenschapscommissie Europese Vereniging voor Schouder- en Elleboogrevalidatie

Onderdeel curriculum?

Thoomes: "Steeds meer fysiotherapeuten schaffen echoapparatuur aan, bijvoorbeeld voor diagnostiek van schouderklachten. Maar er is geen wetenschappelijk bewijs voor de waarde hiervan. Fysiotherapeuten hebben een andere opleiding

genoten dan radiologen. Ook de echoapparatuur verschilt. Apparatuur gemaakt voor de eerste lijn is veel minder duur; dit heeft mogelijk impact op de kwaliteit ten opzichte van tweede- en derde lijnsapparatuur. Opleidingen Fysiotherapie twijfelen dan ook of 'echografie' onderdeel moet worden van hun curriculum. Ik wilde onder meer de diagnostische waarde bij schouderklachten onderzoeken."

Binnen ShoCoDip is ook in kaart gebracht hoe fysiotherapeuten te werk gaan bij diagnostiek en behandeling van schouderklachten. Karel: "Ik heb observationeel onderzoek verricht. Dat was niet eerder gebeurd. Ik stelde bijvoorbeeld vast dat na anamnese bij 48% van de patiënten in de fysiotherapiepraktijk het Sub Acromiale Pijn Syndroom

Goede relatie

Als een patiënt een goede relatie heeft met zijn fysiotherapeut, maakt hij een grotere kans na zes maanden verlost te zijn van de schouderklachten. Een andere voorspellende factor hiervoor is dat hij niet kampt met gevoelens van angst of depressie.

"Op beide punten kan een zorgverlener invloed hebben", vertelt Yasmine Karel. "Stel, iemand met een partieel ruptuur is bang of somber vanwege functieverlies. Dan is het aan de zorgverlener dit te signaleren en te zoeken naar manieren om hierop in te spelen."

Voor zowel patiënt als zorgverlener is het fijn als de laatste kan voorspellen hoe lang het herstel zal vergen. Yasmine Karel bouwde een model. De drie andere factoren voor een positieve prognose:

- Korte duur klacht bij het eerste bezoek aan de fysiotherapeut.
- Goede functiescore bij het eerste bezoek.
- De patiënt heeft een baan.

Het model maakt het mogelijk bij 69% van de patiënten het herstel na een halfjaar te voorspellen. Karel: "Dat is 1% te weinig om te spreken van *fair discrimination*, althans als je de afkapwaarden hanteert van Hosmer D, Lemeshow S, Sturdivant R. *Applied Logistic Regression* uit New York, NY: John Wiley & Sons Inc; 2013. Voor *good discrimination* is zelfs 80% nodig. Ik hoop dat mijn model aan voorspellende waarde kan winnen door andere factoren toe te voegen, bijvoorbeeld sociaal-psychische."

31% echo

- Bij 31% van de patiënten besluit de fysiotherapeut tot een echo. Waarom? Het leidt volgens de fysiotherapeut tot een specifiekere behandeling (34%), helpt bij de keuze voor de beste behandeling (13%), bevestigt de klinische diagnose (12%) of geeft de patiënt betere informatie (11%).
- De meest gevonden pathologie na een echo: tendinopathie (57%), calcificatie rotator cuff (38%) en partieel ruptuur (20%).
- Fysiotherapeuten sturen patiënten na een echo twee keer zo vaak naar de huisarts als patiënten zonder echo: 16 tegenover 8%.

Dit concludeerde Yasmine Karel.

Andere conclusies radioloog

Fysiotherapeuten moeten voorzichtig zijn met de interpretatie van schouderecho's. Afgezet tegen radiologen, op dit vlak 'de gouden standaard', is hun betrouwbaarheid laag.

Dat concludeerde Marloes Thoomes. Ze nuanceert: "Ik heb een vergelijking gemaakt aan de hand van diagnostische categorieën. Die viel niet goed uit voor fysiotherapeuten. Waar zij bijvoorbeeld een totaalruptuur, partieel ruptuur, bursitis of calcificatie diagnosticeerden, bleken radiologen regelmatig tot een andere conclusie te komen. Daarna besloot ik een vergelijking te maken op basis van behandelcategorieën. Met behulp van wetenschappelijke literatuur hebben

we een nieuwe indeling gemaakt: wat is de meest effectieve behandeling per traditionele diagnostische categorie?"

Ze legt uit: "Een tendinopathie, calcificatie en een partieel ruptuur van de cuff behoren bijvoorbeeld tot de behandelcategorie 'fysiotherapie als eerste behandeloptie', omdat fysiotherapie hier effectief is. We hebben toen de betrouwbaarheid bekeken tussen radiologen en fysiotherapeuten wanneer de behandelcategorieën worden gebruikt in plaats van de traditionele diagnostische categorieën. De betrouwbaarheid steeg. De les: misschien is het beter te kijken naar 'Wat gaan we met onze bevindingen doen?' dan 'Welk label plakken we precies op?'"

Snel duidelijkheid

"Geef aan in welke mate u beperkt bent in uw dagelijks functioneren vanwege uw schouderklacht. '0' staat voor geen enkele beperking, en '10' voor volledig beperkt."

Met deze vraag kunnen fysiotherapeuten de mate van beperkingen als gevolg van een schouderklacht in kaart brengen. Marloes Thoomes: "De SPADI (Shoulder Pain and Disability Index) is de meest gebruikte vragenlijst om beperkingen in activiteiten te objectiveren. Uit onze systematische review bleek het tevens internationaal gezien de beste te zijn op dit gebied. De Nederlandse SPADI was niet eerder onderzocht, maar uit de ShoCoDiP-studie kwam naar voren dat ook deze het goed doet. Nadeel is dat de lijst dertien vragen behelst en dus tijdrovend is. Ik heb onderzocht of de vragen konden worden teruggebracht tot één afgeleide vraag. Het antwoord is positief. Deze vraag is valide en responsief: na drie maanden kun je meten of iemands beperkingen zijn afgenomen. Voor huisartsen is dit ook waardevol."



Yasmine Karel

wordt gediagnosticeerd. Daarnaast heb ik een prognostisch model ontwikkeld. Het doel was dat fysiotherapeuten aan de hand van belangrijke patiëntkarakteristieken kunnen voorspellen of de patiënt na een half jaar is hersteld."

Ook nuttig voor huisartsen

De onderzoeksresultaten zijn niet één-op-één te vertalen naar de huisartsenpraktijk. Toch stellen Thoomes en Karel dat uitkomsten soms evenzeer nuttig zijn voor huisartsen. Ook die zien patiënten met schouderklachten, beschikken steeds vaker over echoapparatuur en willen beschikken over efficiënte meetinstrumenten. Op deze pagina's wordt een selectie uit de resultaten belicht.

ShoCoDiP is mede gebaseerd op het werk van 125 fysiotherapeuten en 389 patiënten uit hun praktijken. Het onderzoek werd financieel mogelijk gemaakt door een RAAK-subsidie van het Nationaal Regieorgaan Praktijkgericht Onderzoek SIA. •

Vergelijking huisartsen

Zes op de tien patiënten die een fysiotherapeut bezoeken met schouderklachten, zijn zes maanden na hun eerste bezoek hersteld. Yasmine Karel: "Uit de literatuur weten we dat de score bij huisartsen vijf op de tien is. Maar dit zijn resultaten uit verschillende studies. Huisartsen en fysiotherapeuten zijn nog nooit met elkaar vergeleken in hetzelfde onderzoek."

Richtlijnen probleemgedrag en visuele beperkingen

Betere zorg verstandelijk beperkten

Wat te doen bij een patiënt met een verstandelijke beperking die probleemgedrag vertoont? Voor vele artsen is dit geen gesneden koek. Goed nieuws: er verschijnen richtlijnen over dit thema én over visuele beperkingen bij deze groep.



Hij is tegen een deur of muur aangelopen; het zal wel te maken hebben met zijn verstandelijke beperking. Niet zelden wordt dit door een zorgverlener gezegd, terwijl de werkelijke oorzaak van het ongeluk een visuele beperking is. “Eerder onderzoek toonde tot wel zestig procent onderdiagnostiek aan bij deze groep”, zegt dr. Marieke Kroezen. Een nieuwe richtlijn moet dit helpen veranderen, kondigt zij aan. “Ook huisartsen kunnen een rol spelen. In de richtlijn zullen standaardmomenten voor screening staan vermeld; op gezette leeftijden moet bij mensen met een verstandelijke beperking worden getest op visuele beperkingen. We hopen dat dit leidt tot verbetering. Visuele beperkingen zijn vaak goed te behandelen, dus het is een gemiste kans als ze niet worden gediagnosticeerd.”

Beschikbaar in 2019

Kroezen leidt sinds 2017 het project ‘Richtlijn-ontwikkeling VG-sector’. Het moet in 2019 eerst leiden tot een richtlijn met aanbevelingen voor zorg rondom probleemgedrag bij volwassenen met een verstandelijke beperking. Later in het jaar volgt de richtlijn voor visuele beperkingen. De initiatiefnemer is de Nederlandse Vereniging van Artsen voor Verstandelijk Gehandicapten (NVAVG) en de subsidieverstrekker het ministerie van VWS. De richtlijn rond visuele beperkingen wordt medegefinancierd door de expertisecentra Koninklijke Visio en Stichting Bartiméus.

Kroezen: “De richtlijnen zijn breed inzetbaar in de gezondheidszorg. Niet alleen artsen voor verstandelijk gehandicapten kunnen er hun voordeel mee doen, maar bijvoorbeeld ook huisartsen, vooral bij mensen met een lichte verstandelijke beperking. Personen met een zware verstandelijke beperking, die doorgaans in instellingen wonen, worden niet gezien door de meeste huisartsen.”

Afbouw psychofarmaca

Menige arts is onzeker over wat hij moet doen bij probleemgedrag bij mensen met een verstandelijke beperking. Bovendien streeft de rijksoverheid - waar mogelijk - naar afbouw van psychofarmaca bij probleemgedrag. Dit zijn de twee belangrijkste redenen voor de eerste richtlijn.

Kroezen: “Probleemgedrag heeft vele varianten: van zelfverwonding tot een teruggetrokken houding. Probleemgedrag kan ook vele oorzaken hebben. De ene keer is het een gevolg van fysieke pijn, de andere keer is iemand uit zijn doen omdat een vertrouwde begeleider is vertrokken. Voor bijvoorbeeld huisartsen is het vaak lastig de reden van probleemgedrag te achterhalen. Zij hebben nu eenmaal niet zo vaak te maken met verstandelijk beperkten met eventueel probleemgedrag. De huisarts kan in elk geval proberen somatische oorzaken uit te sluiten. Als er geen lichamelijke oorzaak is voor het probleem, kan de richtlijn handvatten bieden. Soms is de huisarts dan in staat zelf stappen te zetten en soms is het goed om bijvoorbeeld een GZ-psycholoog of arts voor verstandelijk gehandicapten te benaderen. De

Ondersteuning

De afdeling Huisartsgeneeskunde van het Erasmus MC ondersteunt de projectgroep ‘Richtlijnontwikkeling VG-sector’. Marieke Kroezen en haar collega's hebben er hun werkplek en andere benodigde faciliteiten, zoals de Medische Bibliotheek. Na afronding van de twee richtlijnen vervolgt de groep de activiteiten op een andere locatie.

Zorg voor mensen met een verstandelijke beperking is een belangrijk onderdeel binnen de afdeling Huisartsgeneeskunde. Hier wordt de landelijke en postacademische opleiding tot arts voor verstandelijk gehandicapten (AVG) verzorgd. Bovendien is er volop wetenschappelijk onderzoek naar en voor deze groep. De leerstoel Geneeskunde voor Verstandelijk Gehandicapten heeft hierbij een prominente positie. Deze werd tot 2015 bekleed door Heleen Evenhuis, pleitbezorger van de richtlijnen die nu in ontwikkeling zijn.

richtlijn adviseert ook scholing en ondersteuning op dit vlak aan te bieden aan huisartsen.”

Wat zijn relatief veelvoorkomende oorzaken van probleemgedrag bij mensen met een lichte verstandelijke beperking? Kroezen: “Verslavingsproblematiek, psychische stoornissen, problemen met interpersoonlijke interacties en traumatische life events, zoals seksueel misbruik in de jeugd. Hierop kun je alert zijn als huisarts. Je hebt het over een kwetsbare groep, met alle mogelijke problemen die daarbij horen.”

Behoeft praktijk

De richtlijnen zullen aansluiten bij de dagelijkse praktijk en breed worden gedragen binnen de gezondheidszorg. Kroezen: “In de werkgroepen zijn cliëntorganisaties en de meest uiteenlopende beroepsgroepen vertegenwoordigd: van oogartsen tot GZ-psychologen tot huisartsen. Aan huisartsen hebben we gevraagd: waar lopen jullie tegenaan in de praktijk en waaraan hebben jullie behoefte?” •



Ooglidcorrecties en vasectomieën

Aan de slag met de scalpel

Al meer dan tien jaar voert de Bredase huisarts Alex Poppelaars ooglidcorrecties en vasectomieën uit in zijn praktijk. “Het is geen rocket science; iedereen kan het leren.”

Het begon met de invoering van de basiszorg in 2006. “Ineens vielen mensen tussen wal en schip. Patiënten bij wie de ooglidcorrectie niet werd vergoed, terwijl de ingreep in het ziekenhuis richting de tweeduizend euro ging”, vertelt de 57-jarige Poppelaars van Huisartsteam Dudok in Breda. “Een patiënt kwam op het spreekuur zijn nood klagen toen daar toevallig een collega bij zat die overwoog de huisartsopleiding te gaan doen. Hij had enkele jaren ervaring als anios (arts niet in opleiding tot specialist, red.) plastische chirurgie en zei: wij kunnen deze patiënt samen wel helpen.” Na deze geslaagde ooglidcorrectie volgden al snel meer aanvragen. “Een deel is cosmetisch, maar we - dermatoloog Leon Wijne en ik - helpen ook patiënten die echt last hebben van zware oogleden. En nog altijd doen we de ooglidcorrecties samen, op één à twee donderdagavonden in de maand. Ik doe vooral de intakes en de controles na afloop. Tijdens de ingreep treed ik vaak op als assistent en omloop.”

Laagdrempelig

Sinds 2007 voert Poppelaars ook vasectomieën uit. “Daarmee is ons aanbod aan anticonceptiezorg in de eerste lijn vrijwel compleet. Alleen sterilisatie van de vrouw doen we niet, waarvoor trouwens steeds minder animo lijkt te zijn”, stelt Poppelaars. “Regelmatig heb ik mannen op het spreekuur die aangeven dat hun partner klaar is met anticonceptie. En vrouwen met een voltooide kindervens die willen stoppen met anticonceptiepillen en spiraal, nodig ik uit hun man eens langs te sturen. Sterilisatie in het ziekenhuis is voor een man vaak ver van zijn bed. De huisartspraktijk is toch wat laagdrempeliger.” Een vasectomie voert Poppelaars uit in zo’n twintig minuten, tegen een lager tarief dan in het ziekenhuis. “Wij kunnen het snel, veilig en voordelig doen voor de patiënt. Dus waarom niet?”

De drie V's

Wil je als huisarts kleine chirurgische ingrepen uitvoeren? Dan zijn er volgens Poppelaars belangrijke voorwaarden. “De drie V's: vaardigheid, volume en veiligheid. Allereerst moet je je vaardigheid ontwikkelen met behulp van een goede opleider. Zelf heb

ik eerst zo’n dertig vasectomieën gedaan met een ervaren collega-opleider uit Geertruidenberg. Je moet er tijd en energie in steken, maar het is geen rocket science; iedereen kan het leren.”

De tweede voorwaarde: volume. “Je hebt een populatie nodig van minstens 10.000 à 15.000 mensen. Dan heb je voldoende aanbod om je vaardigheid te behouden. Onze zorggroep zorgt voor 100.000 mensen hier in West-Brabant. Samen met een collega doen we ieder tussen de 50 en 80 vasectomieën per jaar. Daarnaast doe ik nog tussen de 30 en 50 ooglidcorrecties per jaar.”

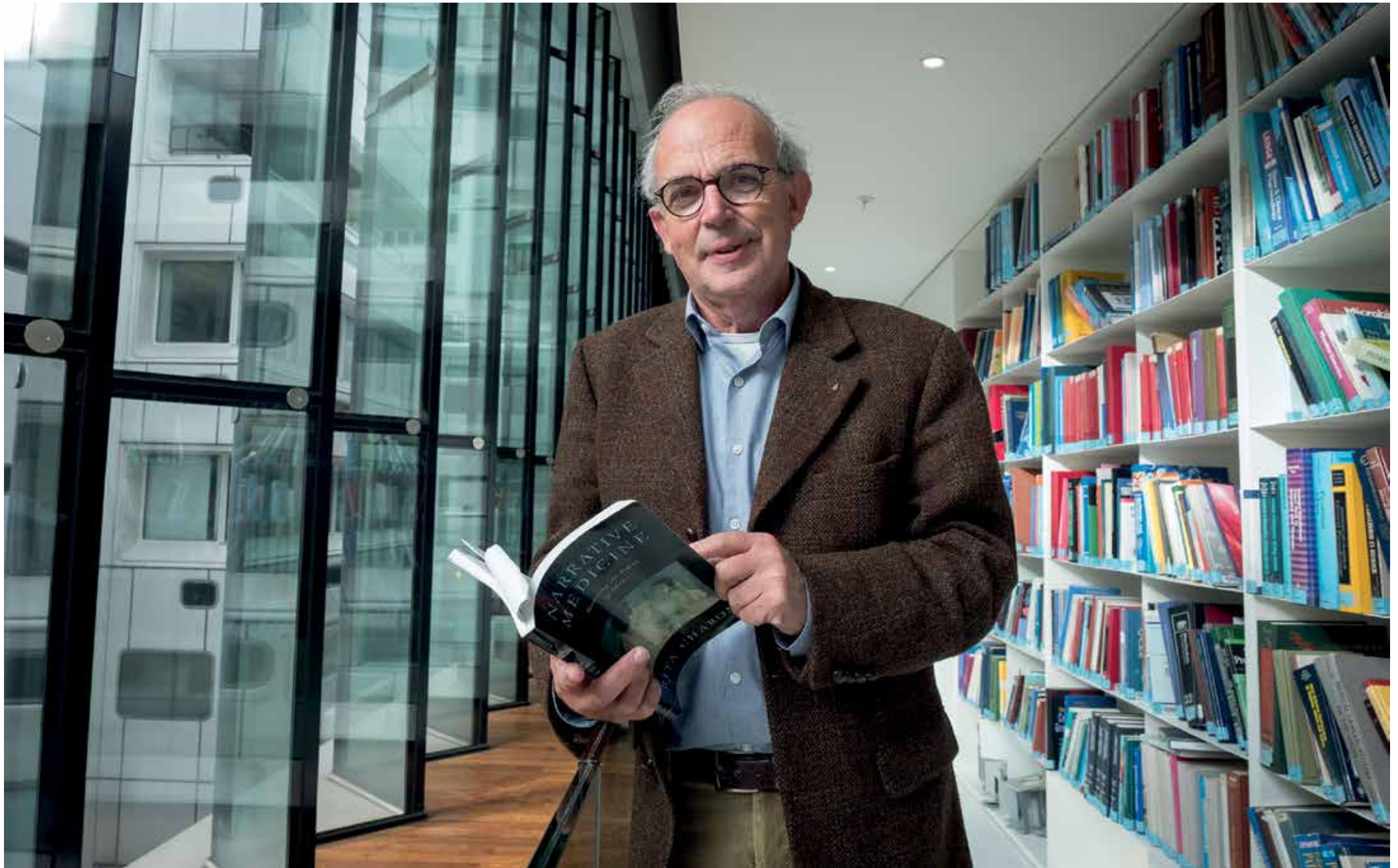
Een vorm van burn-out preventie'

Veiligheid is eveneens van groot belang. “Uit de cijfers blijkt dat complicaties in onze praktijk lager liggen dan in het ziekenhuis. Dat komt niet omdat ik beter opereer, maar omdat ik selecteer. Patiënten met enig risico stuur ik door naar de tweede lijn. Wil je veiligheid creëren, dan heb je een goede intake nodig.”

Handen uit de mouwen

Om de ingrepen te kunnen uitvoeren, heeft zijn praktijk geïnvesteerd in apparatuur en instrumentarium. Met de vergoeding voor de ingrepen kan de investering op termijn worden terugverdiend. “Maar je moet het niet voor het geld doen. Alleen als je het leuk vindt om de handen uit de mouwen te steken”, stelt Poppelaars, die een aantal aios en collega's uit de regio heeft opgeleid in het uitvoeren van een vasectomie. “Ik draag breed uit dat dit verrichtingen zijn die we prima in de eerste lijn kunnen uitvoeren. Het levert voor de patiënt bovendien een aanzienlijke kostenbesparing op.”

Gaat Poppelaars, die inmiddels 23 jaar als huisarts werkt, zijn aanbod verder uitbreiden? “Nee, ik ben 57, ik vind het mooi zo. Ik ben een tevreden arts, mede dankzij deze verrichtingen. Ik vind snijden gewoon leuk. Het voelt dan ook niet als werk, maar als hobby. Voor mij is dit een vorm van burn-out preventie.” •



‘Overstap naar hospice mijn beste keus’

Wie is je vader, wie is je moeder?

Als kaderhuisarts palliatieve zorg in een hospice verdiept Alex van der Male zich zowel in de somatische als in de sociale, psychologische en spirituele kant van zijn patiënt. “Echte interesse en verbinding leiden tot goede zorg en helderheid bij vragen rond het levenseinde.”

Tijdens zijn opleiding tot huisarts, nu 39 jaar geleden, ontmoette hij een patiënt met mesothelioom, asbestkanker. Die maakte grote indruk op Van der Male. “Elke ademhaling deed hem pijn. Mijn opleider en ik waren nauw bij hem betrokken, maar we kregen hem niet pijnvrij. We beschikten nog niet over de middelen van nu en ook euthanasie was nog niet aan de orde. Hij wilde na zijn dood een obductie en wij moesten erbij zijn. Om te zien hoe pijn eruitziet. Mijn interesse voor palliatieve zorg is toen begonnen.”

Gedichten en muziek

Van der Male werkte al jaren als huisarts en huisartsdocent binnen de huisartsopleiding van het Erasmus MC, toen hij in 2011 de opleiding tot kaderhuisarts palliatieve zorg afrondde. Sindsdien werkt hij in een hospice in Veldhoven en geeft hij veelvuldig les in palliatieve zorg. “Mijn overstap naar het hospice was de beste keus die ik had kunnen maken”, zegt hij. “Omdat de palliatieve zorg zo’n breed gebied omvat.”

Van der Male probeert zo goed mogelijk voor de patiënt en diens familie te zorgen. Het boek *Narrative Medicine* van de Amerikaanse internist Rita Charon is daarbij een grote inspiratiebron. Zij heeft onderzocht hoe je mensen in de laatste fase van hun leven kunt helpen verdieping te vinden. “Dat kan bijvoorbeeld door een gedicht voor te lezen, waarvan je denkt dat het toepasselijk is voor de persoon. Of een boek of een muziekstuk. Ik heb van Charon

geleerd hoe belangrijk het is om je te verdiepen in iemands biografie. Dat helpt je om goede zorg te bieden en ook om de antwoorden helder te krijgen op vragen rond het levenseinde.”

Eenzaamheid bestrijden

Verbinding krijgen met je patiënt, je verdiepen in de persoon, dat kan op vele manieren, zegt Van der Male. “Ik gebruik de technieken uit de *narrative medicine*, maar bijvoorbeeld ook de theorie van Carlo Leget, die een moderne versie van de Ars Moriendi, de Kunst van het Sterven, schreef. Daarin staan de schijnbare tegenstellingen doen en laten, vergeten en vergeven en geloven en weten centraal.”

Vaak staat in het dossier van een patiënt die in het hospice arriveert weinig over wie die persoon is. “Dan ga ik vragen stellen. Ken je die vragen die presentator Jörgen Raymann altijd als eerste aan zijn gasten stelt? Wie is je vader, wie is je moeder? Ik vind het belangrijk om te weten uit wat voor gezin iemand komt, hoe hij of zij was op zijn werk. Pijn bestrijden is belangrijk in de palliatieve zorg, maar een gevoel van eenzaamheid kan ook pijn doen. Daarom is het zo belangrijk om verbinding te leggen.”

Er is veel aandacht voor palliatieve zorg, vindt Van der Male. “Ook bij huisartsen. Wat ik ze graag nog meegeef, is om ervoor te zorgen altijd in een éérder stadium van het leven - in overleg met de patiënt - iets op te schrijven over zijn leven. Een echtscheiding, kinderen die verloren zijn, een moeilijke peri-

ode op het werk. Juist in de laatste levensfase willen mensen daarover praten. Het is een investering - dat realiseer ik me - maar wel een die je terugkrijgt in de laatste periode van het leven van de patiënt.”

Boterham

Dat Van der Male met zijn 65 jaar geen piepjonge arts meer is, kan helpen bij het voeren van betekenisvolle gesprekken met patiënten, denkt hij. “Toch probeer ik het belang hiervan ook aan onze aios uit te leggen. We laten ze bijvoorbeeld reflectieverslagen schrijven over hoe hun gesprekken met patiënten verliepen, die we gezamenlijk bespreken. Je kunt daar veel uithalen. Ik vergeet nooit de aios die heel moeilijk contact kreeg met een palliatieve patiënt. Tot ze op een avond aanbood een boterham voor haar te smeren omdat de thuiszorg er nog niet was. Door op die simpele manier empathie te tonen, verbeterde het contact direct.”

‘Palliatieve zorg: verdiep je in iemands biografie’

Van der Male is als modulecoördinator en docent vooral betrokken bij het blok chronische zorg in het tweede jaar. “Hierbij lopen de aios drie maanden stage in een verpleeghuis. Tijdens de wekelijkse terugkomdag besteden mijn collega Michaël Kevenaar en ik veel aandacht aan palliatieve zorg.” Dan komen met name medisch inhoudelijke onderwerpen aan bod, zoals pijn, misselijkheid en delier, maar ook zaken als familiegesprekken en de ethische facetten rond het levenseinde, palliatieve sedatie en euthanasie.”

De vraag naar de dood

Als je je patiënt kent en verbinding hebt gelegd, is het gemakkelijker om die patiënt te helpen bij een euthanasieverzoek, ervaart Van der Male. “Euthanasie kies je voor jezelf. Als ik een patiënt daarbij help, wil ik weten wie de ander is en of de beslissing authentiek is. Soms twijfel ik en dan praten we verder. Dit praten helpt mij en de patiënt, bij wie dan soms onderwerpen boven komen die nog verborgen waren. Bijvoorbeeld het ongemak bij iemand die altijd heel dienend is geweest aan anderen en nu toch de vraag om de dood voor zichzelf stelt. Dit onderwerp komt ook aan bod tijdens het onderwijs. We bespreken waarom iemand kiest voor de dood en ook welke vragen daaruit voortkomen bij de aios. Mag ik dit doen als arts? En wat betekent de vraag van de patiënt voor mijzelf?”

Hospice als kennisloket

Wat kan er nog beter aan de palliatieve zorg in Nederland? Van der Male: “De plaats die het hospice inneemt. Het is nu een instituut dat op zichzelf staat. Het zou veel meer naar buiten kunnen treden als lokaal kennisloket voor huisartsen en verpleegkundigen. In Veldhoven proberen we dat te doen. Mijn wens is ook dat we als hospice bij mensen thuis kunnen komen om te kijken of we daar nog iets aan kunnen passen waardoor de patiënt langer thuis kan blijven. Je huis achterlaten is een heel grote stap, ook voor de familie die dat vaak ziet als falen. Toch kan het uiteindelijk nodig zijn. Ik haal dan vaak een uitspraak van mijn opleider van 39 jaar geleden aan: het hospice is er voor je als de ruimte die de ziekte inneemt in huis te groot wordt.” •

Betere eerstelijnszorg bewegingsapparaat

Duetten met Denen

Hoe kan het gebruik van opioïden dalen onder patiënten met artrose en rugklachten in de eerste lijn? Dit is een van de onderzoeksvragen die mogelijk worden beantwoord dankzij de veelbelovende samenwerking tussen de afdeling Huisartsgeneeskunde en een Deens instituut op het gebied van het bewegingsapparaat.

‘Effecten NSAID’s en paracetamol vergelijken bij acute lage-rugpijn’

“Ik voel me er als een kind in de snoepwinkel.” Dat zegt Bart Koes over de twee weken die hij tegenwoordig vier keer per jaar doorbrengt in Odense. De hoogleraar Onderzoek van de Rotterdamse afdeling Huisartsgeneeskunde bekleedt sinds 1 april 2018 ook een leerstoel aan het Center for Muscle and Joint Health van de University of Southern Denmark. De naam van het professoraat: aandoeningen van het bewegingsapparaat in de eerste lijn. Op 14 november sprak hij zijn oratie uit: *evidence-based management of low back pain - any progress?*

Te veel diagnostiek en behandeling

Bij lage-rugpijn in de eerste lijn is vaak sprake van overdiagnostiek en -behandeling. Dat is een conclusie uit een serie artikelen die onderzoekers van de Rotterdamse afdeling Huisartsgeneeskunde en het Deense Center for Muscle and Joint Health afgelopen zomer samen met andere buitenlandse collega's publiceerden in The Lancet. De uitkomsten moeten een voorbode zijn van nog veel meer gezamenlijke studieresultaten.

Bart Koes: “Bij slechts vijf tot zeven procent van de patiënten met acute lage-rugpijn krijgt de klacht een chronisch karakter. Meestal gaat het vanzelf over. Richtlijnen schrijven dan ook voor terughoudend te zijn met diagnostiek en behandeling. Toch wordt in de eerste lijn vaak besloten tot beeldvorming en - medicamenteuze - behandeling. Een gevolg hiervan is de verslaving aan opioïden. Dit is een enorm probleem in Amerika, maar je ziet het ook steeds meer in Europa.”

Nieuwe kennis

“Waarom ik me als een kind in de snoepwinkel voel? Omdat ik me volledig kan focussen op de inhoudelijke kant van het onderzoek. Ik zie in Denemarken allemaal mooie, interessante studies en mag vervolgens voorstellen doen, bijvoorbeeld voor samenwerking of analyses. Een van mijn taken is het opzetten van gezamenlijk onderzoek door Rotterdam en Odense.”

Koes' Deense aanstelling - voor vijf jaar - vloeit voort uit de officiële samenwerking tussen Rotterdam en Odense sinds de lente. Hun doel: nieuwe kennis opdoen over aandoeningen van het bewegingsapparaat in de eerste lijn. De organisaties combineren hun expertises, maken gebruik van elkaars onderzoeksdata en bieden ook plaats aan onderzoekers en promovendi van de ander.

Sportwetenschappers

“De University of Southern Denmark heeft net als wij een afdeling Huisartsgeneeskunde, maar we werken vooral samen met hun Center for Muscle and Joint Health”, vertelt Koes. “Het is een centrum waar het draait om het bewegingsapparaat. Er werken bijvoorbeeld bewegingswetenschappers, sportwetenschappers, fysiotherapeuten en oefen-therapeuten. Alles ademt er sport en beweging. Je hebt er bijvoorbeeld een atletiekbaan en 50-meter zwembad. De Olympische triatleten van Denemarken trainen er ook.”

Gemeenten helpen

Wat ligt er zoal op de schappen in de snoepwinkel? Koes: “In Denemarken worden mensen met langdurige lage-rugpijn in de eerste lijn gezien door verschillende hulpverleners, zoals huisartsen, fysiotherapeuten, chiropractoren en arbeidsdes-

kundigen. We hebben een grootschalig project opgezet om deze zorg te verbeteren. De aanleiding? Gemeenten hebben grotendeels de verantwoorde-lijkheid gekregen voor deze zorg, maar weten lang niet altijd hoe ze hieraan goed invulling kunnen geven. Met behulp van patiëntdata uit de gemeente-lijke setting gaan we een evidence-based onderzoek uitvoeren.”

Mogelijk leiden Nederlandse data tot een nuttige studie door een Deense onderzoeker. Koes: “Het gebruik van opioïden bij patiënten met artrose en rugklachten is een groeiend probleem (zie kader-tekst ‘Te veel diagnostiek en behandeling’, red.). Een van de onderzoekers wil zoeken naar goede alternatieven. Is het bijvoorbeeld raadzaam voor deze patiënten in de eerste lijn meer te kijken naar fysiotherapie en oefentherapie? Op dit moment is een Europese subsidieaanvraag in de maak. Als die wordt gehonoreerd, gaat de onderzoeker putten uit IPCI (Integrated Primary Care Information), het Erasmus MC-systeem van de afdeling Medische Informatica waaruit geheel anoniem gegevens kunnen worden ontsloten uit het elektronisch patiëntendossier van Nederlandse huisartsen.”

Verslaving

In het verlengde hiervan gaat misschien een andere Deense onderzoeker een kwalitatieve studie verrichten bij patiënten met klachten van het bewe-gingsapparaat die veel pijnstillers gebruiken. Koes: “Waarom slikken ze deze middelen? Zouden ze ermee willen stoppen? Wat is daar eventueel voor nodig? We hopen dan uiteindelijk een programma te kunnen ontwikkelen om mensen van hun verslaving af te helpen. Ik ben ervan overtuigd dat hiermee veel winst is te behalen.”

Een ander onderzoek is een herkansing. Het gaat om een studie waarin de effecten van paracetamol en NSAID's met elkaar worden vergeleken bij patiënten met acute lage-rugpijn in de eerste lijn. Koes: “Een aantal jaren geleden zijn we er niet in geslaagd dit project van de grond te krijgen in Rot-terdam. Achteraf zeggen we: het was te ambitieus en voor huisartsen en patiënten misschien ook te omslachtig. Nu bekijk ik of we het onderzoek

Van papier naar praktijk

Resultaten van onderzoek daadwerkelijk toepassen in de eerstelijnszorg. Bart Koes noemt dit een sterk punt van de Deense partner.

“In Nederland bestaat weleens de neiging de publicatie in een wetenschappelijk tijdschrift te zien als het eindpunt van een onderzoeksproject. Het Center for Muscle and Joint Health gaat dan verder: onderzoekers maken werk van de implementatie van de resultaten in de praktijk. Zij trainen bijvoorbeeld huisartsen en fysiotherapeuten om interventies uit te voeren. In dat opzicht hopen wij te leren van Denemarken, met alle voordelen van dien voor Nederlandse huisartsen.”

in een vereenvoudigde vorm kunnen opzetten in Denemarken.”

Kansrijke databases

Koes verheugt zich ook op andere initiatieven.

“In Scandinavië is men traditioneel heel goed en nauwkeurig met de registratie van relevante patiëntgegevens in databases. Dat is daar min of meer uitgevonden. Deense databases bieden ons de kans mooi onderzoek te verrichten.” •

*‘Alles ademt sport
en beweging’*





Onderzoek naar het Leren van Ervaringen

Een leven lang profijt

“Ontwikkel je als aios goede reflectievaardigheden? Dan heb je daar een leven lang profijt van”, aldus Marije van Braak. Zij onderzoekt hoe deze vaardigheid kan worden aangeleerd tijdens het Leren van Ervaringen.

Sinds de jaren zeventig van de vorige eeuw is het Leren van Ervaringen onderdeel van de Nederlandse Huisartsopleiding. “Op terugkomdagen reflecteren aios in kleine groepjes op ervaringen uit de praktijk, onder begeleiding van een huisartsdocent en/of gedragswetenschapper. Daarbij wordt de link gelegd tussen wat ze meemaken in de praktijk en wat ze leren op het instituut”, vertelt de 24-jarige Marije van Braak, onderzoeksmedewerker bij de afdeling Huisartsgeneeskunde van het Erasmus MC. In september 2017 is ze als promovenda begonnen aan een vierjarig onderzoek naar deze onderwijsvorm binnen alle Nederlandse huisartsopleidingen. “Het is een gezamenlijk onderzoek met Maastricht en Groningen, waarbij het initiatief en de uitvoering van het onderzoek bij ons in Rotterdam liggen.”

Aanleiding

Het Leren van Ervaringen wordt volgens Van Braak al jarenlang goed gewaardeerd. “Docenten, aios, afgestudeerd huisartsen; bijna iedereen is positief over deze onderwijsvorm. Wel gaven - vooral beginnende - docenten aan dat ze meer structuur en handvatten willen. Wat zijn mogelijke strategieën om dit onderwijs optimaal te begeleiden? Op dat vlak is nu weinig beschreven, zodat docenten veel op intuïtie doen. Daardoor zijn er grote verschillen in aanpak. De ene docent brengt bijvoorbeeld zijn of haar eigen ervaringen als arts bewust niet in, terwijl een ander denkt: daar kunnen de aios juist van leren. In het onderzoek willen we vastleggen wat de voor- en nadelen zijn van verschillende strategieën en wat de gevolgen van een bepaalde aanpak zijn voor de interactie en het leren van aios.”

Taalanalyse

Het onderzoek, dat nu ruim een jaar loopt, bestaat uit vier studies. Van Braak: “Allereerst verzamel ik op de acht huisartsopleidingen al het onderwijsmateriaal. Daarnaast interview ik docenten over hun doelen en strategieën bij dit onderwijs. Bij de tweede studie bekijk ik opnames van het Leren van Ervaringen, om te analyseren wat er tijdens het onderwijs daadwerkelijk gebeurt. Bij de derde

studie interview ik aios aan de hand van de beelden, om te ontdekken wat zij goed en minder goed vinden gaan. In de vierde studie vat ik de eerste drie studies samen in een beschrijving hoe docenten het Leren van Ervaringen optimaal kunnen begeleiden.” Van Braak houdt zich momenteel bezig met de eerste twee studies. “Bij de analyse van het onderwijsmateriaal vallen de grote onderlinge verschillen op. De ene opleiding heeft een heel boekwerk met specifieke aanwijzingen voor docenten, bij de andere opleiding zijn het slechts drie A4'tjes. Ook inhoudelijk zien we grote verschillen. Bijvoorbeeld in de omschrijving van de doelen.”

Bij het bekijken van de opnames maakt Van Braak, afgestudeerd onderwijs- en taalkundige, gebruik van een taalkundige analyse. “Ik kijk naar de interactie tussen docent en aios, en hoe die interactie is gestructureerd. Wanneer komt een discussie juist wel of niet op gang? Hoe en wanneer de docent bijdraagt aan de interactie speelt daarbij een grote rol. Zo kan de discussie bijvoorbeeld ‘doodbloeden’ als de docent heel vroeg in de discussie aangeeft ‘Ik los dat altijd op door dit of dat te doen’, terwijl het heel nuttig kan zijn als de docent na een aantal door aios geformuleerde oplossingen aangeeft: ‘Mijn ervaring leert mij dat...’”

Videoclips uit de praktijk

Uiteindelijk levert het onderzoek een uniforme docentenhandleiding op voor alle instituten. “Daaraan koppelen we een training, op basis van videoclips met wat we op de verschillende instituten in de onderwijspraktijk zien gebeuren. Inderdaad, ook een vorm van leren van ervaringen.” Dit alles moet docenten de handvatten bieden waar nu behoefte aan is, stelt Van Braak. “Hoe beter de docent, hoe beter je onderwijs wordt. En ontwikkel je als aios goede reflectieve vaardigheden? Dan heb je daar een leven lang profijt van. Tijdens de opleiding, waar de inbreng van aios de waarde van het Leren van Ervaringen mede bepaalt, maar zeker ook na je opleiding, waar reflectie een belangrijke tool is in complexe praktijksituaties.” •

De kunst van het kijken

Kunst kijken in Museum Boijmans van Beuningen. Wat kun je daar als toekomstig arts van leren? Veel, zo meent de opleiding Huisartsgeneeskunde, die hiervoor het onderwijs 'De kunst van het kijken' ontwikkelde.



Wie zien we op de foto?
"Tweedejaarsstudenten geneeskunde", vertelt David Pols, coördinator van het Studentenonderwijs Huisartsgeneeskunde in de bachelorfase.

Wat doen ze?

"Eén student kijkt naar een kunstwerk, waar andere studenten met hun rug naartoe zitten. De eerste student moet het kunstwerk beschrijven; eerst objectief en later ook subjectief. Op basis daarvan moeten de overige studenten zich een beeld vormen van het kunstwerk en dit proberen te tekenen."

Wat is het doel?

"Bewustwording; wat is het effect van overdracht? En welke rol speelt interpretatie daarbij? Zo zei een student over een schilderij: 'De mevrouw kijkt naar links'. Drie van de vier studenten tekenden een vrouw die naar links keek. De vierde liet, redenerend vanuit de patiënt, de vrouw naar rechts kijken. Dat was een eyeopener."

Lastig dus?

"Het is heel moeilijk om objectief te beschrijven. Als arts ben je geneigd te zeggen: 'Ik zie een kind met koorts. Nee, wat je ziet is een kind met rode wangen dat bijvoorbeeld sneller ademt. Dit onderwijs is een oefening in objectief beschrijven. Dat is een essentiële vaardigheid voor een arts."

Wat is de rol van de afdeling Huisartsgeneeskunde?

"We coördineren 'De kunst van het kijken' en zorgen samen met docenten voor de vertaling naar de medische praktijk. We hebben ook net een pilot georganiseerd, waarbij geneeskundestudenten het museum bezoeken met studenten van de Willem de Kooning Academie. Bij een schilderij denkt een geneeskundestudent bijvoorbeeld: de man heeft grote ogen, zou hij een schildklierziekte hebben? Terwijl de kunststudent vooral let op compositie en lichtval. Probeer ruim te denken en voorkom een tunnelvisie; dat willen we de studenten meegeven." •

De passie van Marjolein Krul

Wat hebben theater en de huisartspraktijk gemeen? Emotie en mooie verhalen, aldus Marjolein Krul, huisarts en theatermaker bij het HoutenBeenTheater. Over een goede beslissing, improviseren en theatrale workshops.

“S uperleuk”, vond Marjolein Krul (40) haar baan als huisartsdocent. Toch heeft ze per 1 september opgezegd in het Erasmus MC. “Wel gek hoor, na hier twintig jaar te hebben rondgelopen. Eerst als student Geneeskunde, daarna als aiotho (arts in opleiding tot huisarts en onderzoeker, red.) bij de Huisartsopleiding en de laatste zeven jaar als huisartsdocent. Maar het is een goede beslissing.”

Krul is namelijk aan de slag gegaan als coördinator van het HoutenBeenTheater. Dit theatergezelschap, waarin ze zelf ook speelt, verzorgt theatrale workshops voor huisartsen en andere zorgprofessionals. Onder meer tijdens bijscholing en congressen. “Daarbij komen drie van mijn passies samen: het huisartsenvak, onderwijs geven en theater.”

De liefde voor theater ontstond in haar studententijd. “Toen ik geneeskunde ging studeren, merkte ik al snel: ik vind dit vak enorm interessant, maar ook serieus. Voor wat luchtigheid daarnaast ben ik theatersport gaan doen, een soort improvisatietheater vol hilariteit. Inmiddels ben ik al zo’n twintig jaar bezig met theater. In de huisartspraktijk kom je zoveel emoties, zoveel verhalen tegen. Die ervaringen kan ik gebruiken in mijn spel. Want ook bij theater draait het om emoties.”

In november verzorgde het HoutenBeenTheater, dat voor een groot deel bestaat uit acterende (oud-)huisartsen, een workshop tijdens een NHG-congres. “Het thema van het congres was GGZ. Wij speelden korte scènes, waarin we moeilijke patiënten uitbeeldden. Onder andere een narcist en een borderliner.” Na uitleg van een expert kwamen congresdeelnemers zelf in actie. “Ze oefenden om een moeilijk gesprek met een borderliner in goede banen te leiden”, vertelt Krul. “Theater is een perfecte manier om écht te laten zien en voelen wat er aan de hand is. Bij theater kun je het zelf ervaren en beleven.”

Naast het HoutenBeenTheater werkt Krul drie dagen in de week bij Huisartsenpraktijk Händellaan in Delft. “Ik wil zeker nog een jaar of 25 doorgaan als huisarts, om een generatie mee te maken. Ik wil mensen oud zien worden en zien opgroeien.” En als ze als huisarts moet improviseren? “Ha, geen probleem. Dat ben ik wel gewend dankzij het theater.” •

Leren en beleven in het theater

