

Augustijn

Erasmus MC
Universitair Medisch Centrum Rotterdam



50 jaar

afdeling Huisarts-
geneeskunde

Het tijdschrift van de afdeling Huisartsgeneeskunde • Erasmus MC

Halve eeuw onderzoek,
onderwijs, opleiding
en praktijk

Als scheepsarts
naar de Zuidpool

Corona:
'Alles moest opeens anders'

Klinisch redeneren
van krappe
voldoende naar 8+

Trots op ons vak

Toen we de inhoud van deze Augustijn aan het samenstellen waren, was corona nog een woord uit een ver land. Inmiddels weten we beter!

Voor in de praktijken in Noord-Brabant en Limburg is de druk op de zorg door de coronapandemie groot. Op het moment dat ik dit voorwoord schrijf, begin mei, bepaalt het virus al wekenlang de indeling van de spreekuren en het ritme van de dag. Het vraagt veel van ieders energie. Ook in de omringende praktijken heeft men zich voorbereid op wat kon gaan komen en in wisselende mate is gekomen. Gelukkig lijkt er nu meer lucht te komen en wordt nagedacht over het opstarten van de reguliere zorg. Bij het verschijnen van deze Augustijn zijn we alweer vijf weken verder. Ik hoop dat we dan niet midden in een tweede piek zitten en dat de maatschappij weer langzaam tot een buitenleven is gekomen.

Ondanks onze aanvankelijke onbekendheid met covid-19 en de gevolgen ervan, kunt u erover lezen in dit nummer. We berichten over de impact van de coronacrisis op opleiders en aios. Daarnaast besteden we uitgebreid aandacht aan een heugelijk feit: het 50-jarig bestaan van de afdeling Huisartsgeneeskunde. Wat voor een ontwikkeling hebben onderzoek, onderwijs en opleiding doorgemaakt in een halve eeuw... We blikken terug met twee voormalige hoofden van de afdeling – Heert Dokter (inmiddels 94 jaar!) en Siep Thomas – en andere oudgedienden.

De coronacrisis heeft wederom aangetoond hoe belangrijk het is dat we in Nederland een (veer)krachtige huisartsgeneeskunde hebben. We kunnen trots zijn op ons vak. In het verleden, nu en zeker ook in de toekomst.

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.

Hoofredacteur:

Patrick Bindels

Redactieraad:

Patrick Bindels, Thérèse Brans, Gijs Elshout en Bart Koes

Redactie:

Annemarie van der Eem, Masja de Ree, Gerben Stolk (eindredactie) en Mirjam Vissers (cartoon)

Fotografie en beeldredactie:

Levien Willemse

Vormgeving:

BS Producties, Monnickendam

Redactieadres:

Redactie Augustijn, Nannette Groenendal, afdeling Huisartsgeneeskunde
Postbus 2040
3000 CA Rotterdam
010-70 44014
<https://www.erasmusmc.nl/nl-nl/onderwijs/onderwijsaanbod/huisartsgeneeskunde>

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 In tijden van corona

En toen veranderde opeens alles door corona... Huisarts Dick Groot uit besmettingshaard Tilburg vertelt over de eerste, verwarrende dagen. En aios Gabriëlle Kranenburg kijkt terug op de nieuwe wending in haar derde opleidingsjaar.



16 Hardloopleblessures

Algemene online begeleiding van hardlopers levert geen daling in het aantal blessures op. Maar niet te lang getreurd: deze conclusie uit Tryntsje Fokkema's proefschrift was het startsein voor nieuwe, meer geïndividualiseerde voorlichting.



8-13 50 jaar afdeling

Een halve eeuw geleden werd de afdeling Huisartsgeneeskunde opgericht. We werpen een blik in de achteruitkijkspiegel. Hoe ontwikkelden zich het onderzoek, het onderwijs, de leiding en de praktijk?



14 'Vernieuwd onderwijs

Het onderwijs in klinisch redeneren aan de Rotterdamse huisartsopleiding werd in 2016 gewaardeerd met een krappe voldoende. Vier jaar later geven aios een 8+. Wat is er veranderd? En vooral: hoe zorgt het vernieuwde onderwijs voor betere huisartsen?



18 Monitoren kwaliteit

Tot vorig jaar werd de kwaliteit van opleiderspraktijken gemonitord door de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS). Sinds 1 januari ligt die verantwoordelijkheid bij de afdeling Huisartsgeneeskunde.



17 Scheepsarts naar Zuidpool

Annemarie Wuister (31) houdt van avontuur. Daarom combineert ze het vak van huisarts met expedities als scheepsarts. "Op volle zee moet je als dokter stevig in je schoenen staan."



VERDER...

4 Kort Nieuws

Ander curriculum Geneeskundestudie op komst
* Congres Ontwikkelingen in de Geneeskunde
* Corona: aios springen bij * Nieuwe onderzoeken dysplasie en artrose * Gevraagd: huisartsopleiders en opleiders coassistenten

19 Lichttherapie

Lichttherapie vermindert depressieve klachten bij volwassenen met een verstandelijke beperking. Dit resultaat uit het promotieonderzoek van Pauline Hamers heeft ertoe geleid dat zij nu samen met een collega een handreiking schrijft voor deze interventie.

20 De ultieme kick

In zijn vrije tijd doet aios Chris Nijdam (33) aan parachutespringen. "Ik hou van spanning, ook in mijn werk."



Gevraagd: huisartsopleiders

Voelt u iets voor de rol van huisartsopleider? De Rotterdamse huisartsopleiding gaat graag de samenwerking aan met enthousiaste huisartsen. U heeft minimaal drie jaar voltijdservaring in de praktijk of minstens vijf jaar ervaring op deeltijdbasis. Verder kunt u minstens twee dagen per week een aios opleiden.



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: <https://www.erasmusmc.nl/nl-nl/onderwijs/onderwijsaanbod/huisartsopleiding>.

Opleiders coassistenten



Jaarlijks volgen 350 studenten van het Erasmus MC het coschap huisarts-geneeskunde. 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).

Congres Ontwikkelingen in de Geneeskunde

Huisartsen zijn van harte uitgenodigd voor het congres 'Ontwikkelingen in de Geneeskunde' op donderdag 5 november en vrijdag 6 november 2020 in De Doelen in Rotterdam. U krijgt een gevarieerd programma aangeboden van maar liefst twintig onderwerpen die een raakvlak hebben met de dagelijkse huisartspraktijk.

Het congres is een gewaardeerde traditie van de afdeling Huisartsgeneeskunde. Ruim 300 huisartsen zijn jaarlijks van de partij. Deskundige sprekers leiden elk onderwerp in, waarna er ruimte is om vragen te stellen. Het congres is geaccrediteerd voor tien uur.

Inschrijven? Ga naar www.hetcongresbureau.nl en zoek via de agenda het congres op. Hier vindt u de link naar het online registratieformulier en krijgt u - zodra het programma bekend is - meer informatie over het congres. Huisartsen betalen 415 euro voor deelname, aios 265 euro. Na maandag 7 september is dit respectievelijk 435 en 285 euro. Meer informatie kunt u krijgen via Marie Louise Bot: m.bot@erasmusmc.nl.

Het al dan niet doorgaan van het congres (wellicht in aangepaste vorm) hangt vanzelfsprekend af van

eventuele overheidsmaatregelen tegen corona in het najaar. Houd www.hetcongresbureau.nl in de gaten voor actuele informatie.



Ander curriculum Geneeskundestudie op komst

De geneeskundeopleiding van het Erasmus MC wordt herzien en over een aantal jaar komt er een vernieuwde opleiding: ErasmusArts 2030. Momenteel zijn werkgroepen al drukdoende met dit nieuwe curriculum.

Huisartsgeneeskunde heeft een grote rol in deze werkgroepen: meerdere groepen worden vergezeten door huisarts-docenten en de afdeling is in bijna alle werkgroepen vertegenwoordigd. Hiermee hopen wij veel huisartsgeneeskundig perspectief in het nieuwe curriculum te kunnen brengen en basisartsen met een generalistische blik op te leiden.

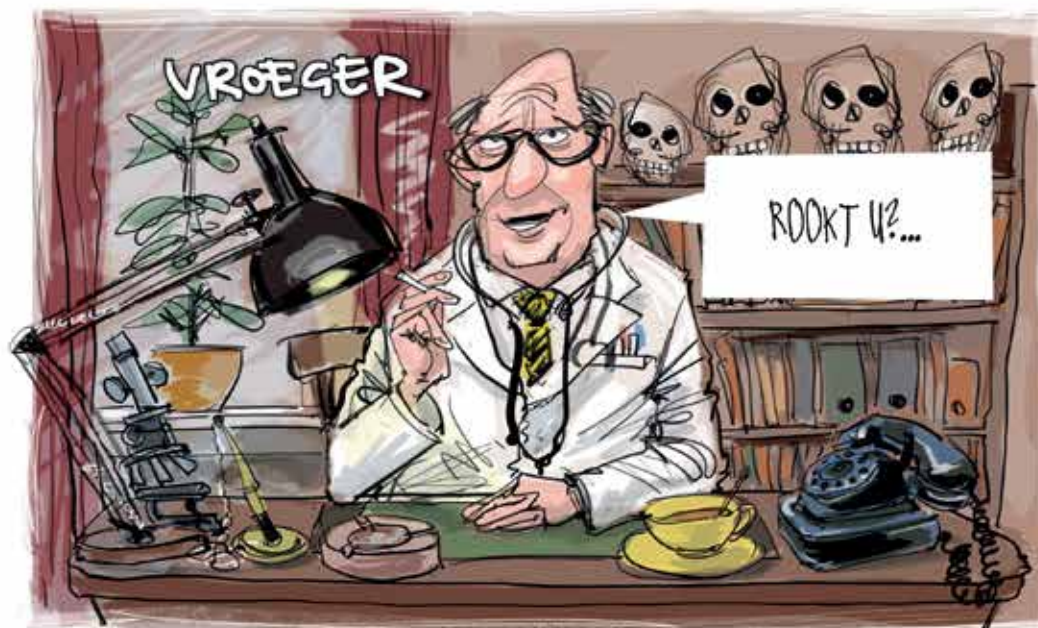
Nieuwe onderzoeken dysplasie en artrose

Een kwart van de Rotterdamse 9-jarigen heeft een licht dysplastische heup, en zes procent een meer markante dysplasie.

Hoeveel kinderen volgroeien met een dysplastische heup? Bij wie ontwikkelt deze dysplasie zich pas na de screeningsleeftijd of wordt deze pas dan duidelijk? En met welke factoren tijdens de groei hangt dit samen? Antwoorden op deze vragen kunnen leiden tot programma's ter voorkoming van deze dysplasie, die de sterkste risicofactor is voor heupartrose.

In een notendop zijn dit de belangrijkste uitgangspunten van een onderzoek dat onlangs is opgezet door de afdelingen Huisartsgeneeskunde en Orthopedie. Het tweejarige project wordt financieel mogelijk gemaakt door ReumaNederland en maakt gebruik van metingen in Generation R.

De afdelingen zijn ook begonnen aan een onderzoek naar biomechanische precisiediagnostiek bij artrose. Bij deze aandoening spelen zowel biochemische processen (ontstekingen en weefselschade/aanmaak) als biomechanische processen (ongunstige krachten in het gewricht) een belangrijke rol. Onderzoek naar behandelingen om de ziekte te stoppen, heeft zich tot dusver vooral gericht op de biochemische processen. Het is vooralsnog niet succesvol. Het Erasmus MC gaat nu met precieze biomechanische diagnostiek vaststellen of er al dan niet een ongunstige biomechanische component aanwezig is die behandeld zou moeten/kunnen worden. Dit vijfjarige project is toegekend door ZonMw.



Corona:aios springen bij

Vele Rotterdamse aios maakten zich tijdens de covid-19-pandemie verdienstelijk op een SEH, IC of coronapost. Medio april hadden 70 van de 311 toekomstige huisartsen zich aangemeld om calamiteitenzorg te verlenen naast of in plaats van hun reguliere werkzaamheden.

De huisartsopleiding van het Erasmus MC is trots op hun inzet. Ook van de opleiding werd improvisatievermogen gevraagd nadat in maart de ernst en omvang van de situatie aan het licht kwamen. Zo richtte de huisartsopleiding een proces in om zorgvraag en aios-aanbod bij elkaar te brengen en af te stemmen. De opleiding hield zich hierbij ook aan de landelijke richtlijnen, zodat de aios onder voldoende supervisie konden gaan werken. Verder was het zaak calamiteitencontracten af te sluiten met de instellingen waar aios aan de slag gingen. De Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten

(RGS) toonde coulance: de door het hoofd huisartsopleiding goedgekeurde inspanningen konden in deze periode als opleiding meetellen.

In de eerste weken van de pandemie werd vooral om hulp gevraagd door SEH's waar aios hebben gewerkt vóór hun opleiding. Daarna waren aios hoofdzakelijk actief op coronaposten voor patiënten met luchtwegklachten die met het oog op de veiligheid niet meer terechtkonden in huisartspraktijken. Op de posten leerden de aankomende huisartsen snel belangrijke huisartsgeneeskundige parameters te hanteren bij deze van corona verdachte patiënten, zodat ze konden beslissen of iemand moest worden ingestuurd naar het ziekenhuis of niet.

Op pagina 6/7 vertellen een huisarts en een aios over hun ervaringen met coronazorg.





De covid-19-post in de Schiedamse Margriethal

In tijden van corona

En toen veranderde opeens alles door corona... Huisarts Dick Groot uit besmettingshaard Tilburg vertelt over de eerste, verwarrende dagen. En aios Gabriëlle Kranenburg kijkt terug op de nieuwe wending in haar derde opleidingsjaar.

Snel vertrouwd met zorg op afstand

“Ik hoop dat de coronacrisis een *gamechanger* blijkt te zijn. Dat we over vijf jaar zeggen: dát was de periode waarin essentiële stappen zijn gezet met bijvoorbeeld eHealth en ook met telefonische triage op de huisartsenpost.” Hieronder: een monoloog van Dick Groot.

“Op 27 februari werd de eerste Nederlandse coronabesmetting vastgesteld. De dag erna belden mensen uit mijn patiëntenpopulatie mij. Zij hadden carnaval gevierd met ‘patiënt 0’. Moesten ze zich zorgen maken? Destijds was nog weinig bekend over het virus, dus ik zocht contact met GGD Hart voor Brabant. De boodschap: ‘Dick, je kunt de mensen geruststellen, mits ze geen koorts of luchtwegklachten hebben.’ Maar een week later belden zij weer: ze hadden klachten ontwikkeld. Ik besloot ze te laten testen door beschermde GGD-medewerkers. De ernst van het virus was inmiddels tot me doorgedrongen; het leek me geen goed idee zelf de test af te nemen. Ik had nog geen persoonlijke beschermingsmiddelen. En wat bleek? Sommige patiënten waren positief. Daarna hebben we onze drukke stadspraktijk snel omgevormd tot een bijna leegstaande praktijk. Onmiddellijk werd het contact met patiënten aangepast: veel consulten verliepen telefonisch of via FaceTime, mensen konden niet meer zomaar de praktijk binnenwandelen. Wie hier echt moesten worden gezien, bijvoorbeeld vanwege druk op de borst, konden ’s morgens langskomen. En ’s middags zagen we de mensen met verdenking van corona. Via de achteringang kwam er om de twintig minuten één binnen.

Uit ritme

De eerste weken na de corona-uitbraak waren naar mijn gevoel heel druk. Terwijl: als ik terugkijk, dan waren de aantallen patiënten even groot als voor de crisis, misschien zelfs kleiner. De verklaring? Alles moest opeens anders, waardoor ik uit mijn ritme raakte. Ga maar na: het spreekuur anders organiseren, persoonlijke beschermingsmiddelen zoeken op internet, deze vervolgens inkopen, regelmatig op de website informatie plaatsen over bijvoorbeeld klachten die bij de ziekte horen. Op 31 maart brak weer een nieuwe fase aan. Tien praktijken uit de Tilburgse binnenstad kregen een gezamenlijke coronastraat, ingericht in een van de praktijken. Daar worden nu (het interview is op 9 april, red.) namens mijn praktijk wekelijks twee dagdelen gedraaid. Al tien jaar heb ik aios in mijn praktijk. Nu is dat Maaïke van Koppen. Ik vind het belangrijk dat een aios zoveel mogelijk patiënten te zien krijgt. Ook in deze tijd, waarin het hier vaak rustig is door de strenge triage. Hoe we toch aan voldoende leermomenten komen? Vanzelfsprekend ziet de aios spoedgevallen; de man met een winkelhaak in zijn elleboog moet ook in deze tijd worden geholpen. Daarnaast is er meer gelegenheid om casussen te bespreken. Met Maaïke zit ik meer op de inhoud dan normaal gesproken met een aios. Ook doet zij een dagdeel in de coronastraat.

Innovatief

Voorheen is het me niet gelukt collega's en patiënten warm te maken voor innovatieve huisartsgeneeskunde, zoals eHealth. De meesten vonden het toch een beetje spannend. En kijk nu eens: na een paar dagen crisis was iedereen vertrouwd met consult via beeld, telefoon en e-mail. Veel klachten zijn uitstekend op afstand af te handelen. Ik hoop dat de crisis in dat opzicht straks een *gamechanger* blijkt te zijn geweest. En ook dat de druk op de ANW-zorg structureel lager wordt, dat zich net als nu dankzij triage op afstand minder mensen onnodig melden op de huisartsenpost." •



Onvermoede opleiding

Iedere aios gaat met bepaalde verwachtingen zijn of haar opleidingsjaar in. Maar dit? Toen Gabriëlle Kranenburg in december begon bij de Schiedamse huisarts Ineke den Exter, kon ze onmogelijk bevroeden zó vaak telefonische triage te gaan doen, laat staan dat ze gehuld in beschermende kleding diensten zou draaien op een coronapost.

“**Q**ua opleiding heeft deze periode twee gezichten”, zegt Kranenburg in de eerste week van april. “Het is enerzijds een superinteressante tijd. Zo deed ik in maart op de HOED waar ik werk elke ochtend mee aan het huisartsenoverleg over veiligheidsmaatregelen in de praktijk. Verder was het indrukwekkend om te zien dat zorgverleners, Gemeente, politie, brandweer en vrijwilligers van het Rode Kruis binnen een paar dagen een uitgebreide professionele corona-

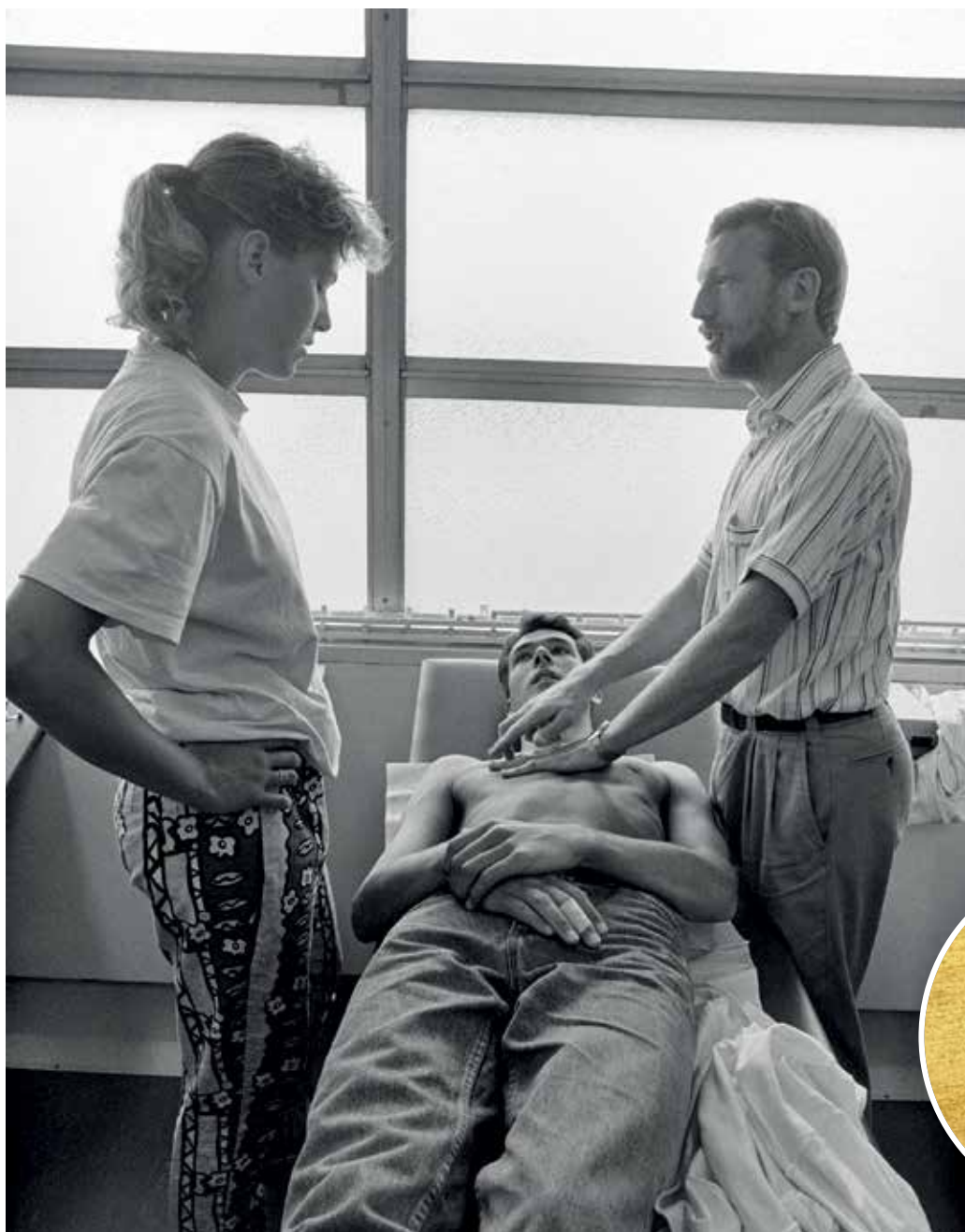
‘De noodgedwongen telefonische triages waren leerzaam’

post opzetten in de Margriethal, een sporthal in Schiedam. Een van de huisartsen uit de HOED is lid van het crisisteam, zodat ik informatie uit de eerste hand kreeg.

Op de coronapost worden alle mensen uit de regio gezien die luchtwegklachten hebben en van wie de huisarts wil laten beoordelen of ze eventueel naar het ziekenhuis moeten worden doorgestuurd. Vorige week heb ik er voor het eerst fysieke triage gedaan: pols, saturatie, temperatuur en ademhalingsfrequentie meten. Op basis daarvan beslis je of de patiënt naar een groene of de rode tent gaat. Groen is voor matig zieke mensen en rood voor acuut zieke mensen die snel grondiger moeten worden beoordeeld. Aios mogen ook diensten draaien in de groene tent, en dat ga ik volgende week voor het eerst doen.

Telefonische triage

Zeker in de eerste periode van de corona-uitbraak belden veel ongeruste mensen met de praktijk. Het inloopsprekuur in de ochtend is toen vervangen door een dagdeel waarin niet alleen de doktersassistenten, maar ook de huisartsen en aios telefoontjes gingen beantwoorden. Hoewel het lastig blijft op basis van een telefoongesprek in te schatten hoe luchtwegklachten moeten worden geduid, ergaaf ik dit als heel leerzaam. Zoals ook de noodgedwongen telefonische triage bij andere klachten nuttig is. Een minpuntje voor de leerervaring is dat er minder reguliere zorg is in deze periode. Over het algemeen is het rustiger in de praktijk, maar ik zie natuurlijk wel spoed- en semi-spoedgevallen.” •



De beginjaren

Groeiende status na lastige start

Heert Dokter trad in 1973 aan als hoofd van de nog jonge afdeling Huisartsgeneeskunde. Met veel genoegen blik de inmiddels 94-jarige Dokter terug op de beginjaren. “We kregen steeds meer waardering, ook van de specialisten.”

Blik in de achteruitkijkspiegel

In de geschiedenis van Rotterdam is 1970 een memorabel jaar. Feyenoord won de Europacup I, het Kralingse Bos was het decor van een legendarisch popfestival en in het academisch ziekenhuis werd de afdeling Huisartsgeneeskunde opgericht.

Op deze en de volgende pagina's werpen we een blik in de achteruitkijkspiegel. Hoe ontwikkelden zich het onderzoek, het onderwijs, de opleiding en de praktijk?



Op 30-jarige leeftijd ging Heert Dokter in de Amsterdamse wijk Betondorp aan de slag als huisarts. “Een prachtig vak. Het mooie is dat het generalistisch is. Je moet van alles en nog wat iets afweten. En je bent niet alleen met ziektes bezig, maar ook met sociale omstandigheden. Ik kwam regelmatig in achterstandswijken. Daar speelt zoveel meer mee.”

Van 1956 tot 1972 werkte hij als huisarts. “Met een ouderwetse praktijk aan huis.” Daarnaast was hij drie jaar voorzitter van het NHG (1968-1971). In 1973 besloot Dokter zijn praktijk in te ruilen voor de universiteit. “Ik wilde graag hoogleraar worden in de Huisartsgeneeskunde. De Vrije Universiteit wilde me niet hebben, omdat ik niet gereformeerd was, maar vrijmetselaar. Gelukkig was ik wel van harte welkom in Rotterdam. Daar keken ze niet naar je religieuze achtergrond, maar naar je prestaties. Ik werd de opvolger van de heer Den Haan, het eerste afdelingshoofd, die directeur werd van het ziekenhuis.”

Poortwachter

Maar liefst achttien jaar leidde Dokter de afdeling Huisartsgeneeskunde. “De start van de beroeps-



afdeling was niet makkelijk. We werden namelijk niet met open armen ontvangen binnen de medische faculteit”, blikt Dokter terug. “In die tijd hadden de specialisten het voor het zeggen binnen de faculteit. Dat had vooral te maken met status. De huisarts werd gezien als de boer op klompen. En de specialist als een herenboer, met meer aanzien. Maar door de jaren heen kregen we steeds meer waardering, ook van de specialisten. Daarbij speelde een financieel aspect mee, doordat ziekenfondspatiënten niet meer rechtstreeks naar de specialist konden. Hiervoor was een verwijzing van de huisarts nodig. Zo werd de huisarts ineens de poortwachter: gaat een patiënt wel of niet naar de specialist?”

Relatie arts en patiënt

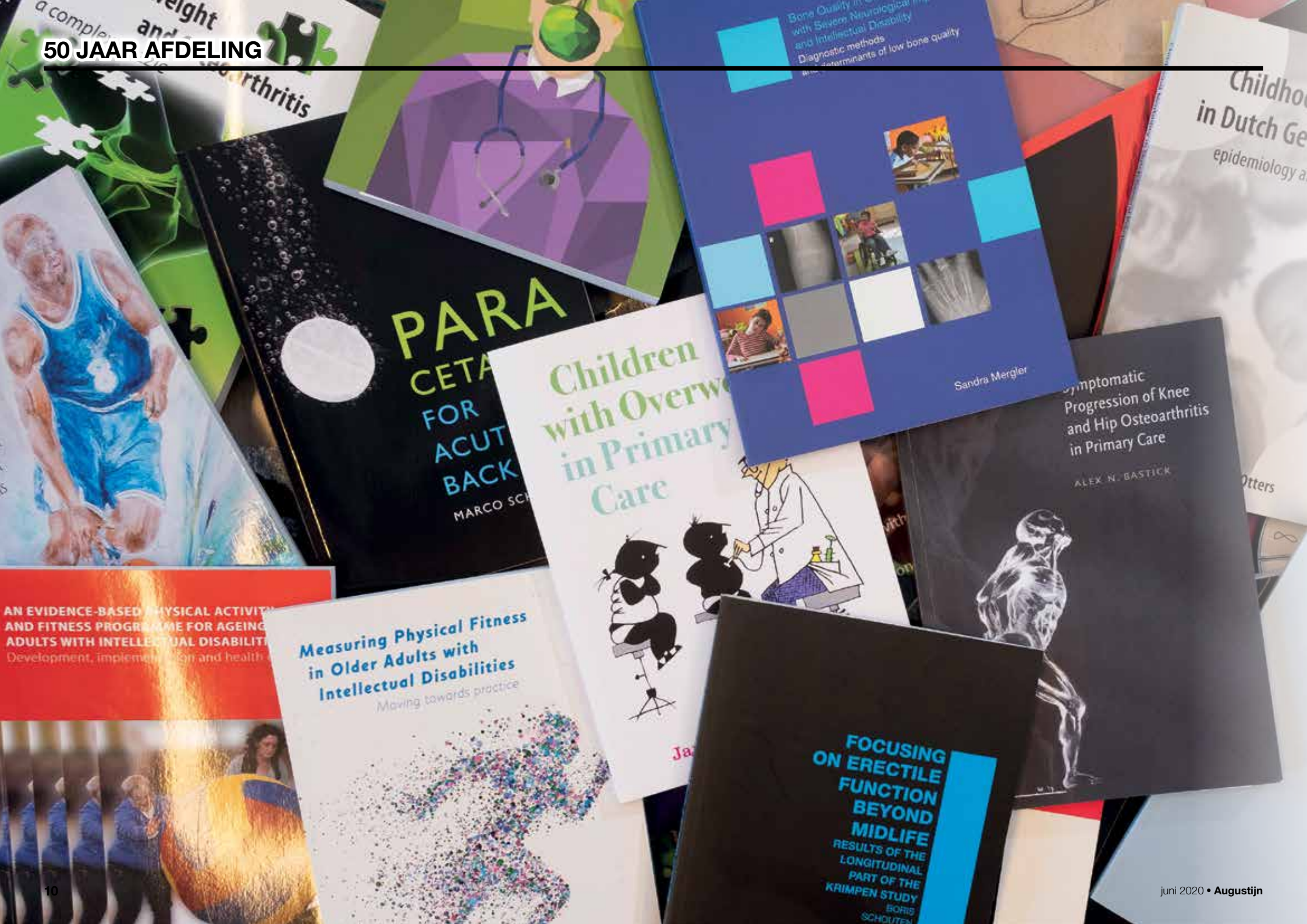
Er waren meer redenen voor de groeiende status, stelt Dokter. Stap voor stap ontwikkelde huisartsgeneeskunde zich tot een echt vak, met eigen des-

kundigheid. Huisartsgeneeskunde had niet alleen een eigen beroepsopleiding, maar werd ook een examenvak voor alle geneeskundestudenten. “Om zulke dingen te bereiken hebben we veel contacten gelegd met specialisten en veel gelobbyd binnen de medische faculteit”, vertelt Dokter. “Een andere ontwikkeling was dat er internationaal gezien steeds meer onderzoek werd gedaan. Die wetenschappelijke ontwikkeling van de huisartsgeneeskunde kreeg navolging in Nederland. Ook op onze afdeling werd onderzoek steeds belangrijker. Er waren veel collega’s met een grote wetenschappelijke interesse.” Zijn eigen interesse lag op een ander vlak. “Ik had vooral belangstelling voor de menselijke kant. Andere medische afdelingen focussen voornamelijk op geneeskundige zaken. Op onze afdeling wilde ik ook veel aandacht besteden aan het relationele aspect. Meer inzicht in de relatie tussen arts en patiënt is van groot belang.”

Op afstand volgen

Na achttien mooie jaren ging Heert Dokter in 1991 met pensioen. “Ik ben er trots op dat ik de afdeling in goede staat heb achtergelaten. Mijn opvolgers hebben het ook goed gedaan. Nog altijd volg ik de afdeling op afstand. Ik vind het leuk om in Augustijn te lezen hoe het gaat. Volgens mij worden de jongelui goed opgeleid – en niet alleen medisch-inhoudelijk. Er is ook aandacht voor medische psychologie en de sociale kant van het vak.” Is het vak erg veranderd, ten opzichte van zijn tijd? Dokter schudt het hoofd. “Volgens mij niet. Je moet nog steeds generalist zijn en oog hebben voor de relatie met de patiënt. Dat was in mijn tijd zo – en nu nog steeds. Het is nog altijd een prachtig vak.” •

‘Je moet nog steeds generalist zijn en oog hebben voor de relatie met de patiënt. Het is nog altijd een prachtig vak.’



Geoliede onderzoeksmachine

‘Hoge vlucht’

De meest in het oog springende momenten en ontwikkelingen tijdens vijftig jaar onderzoek: voormalig afdelingshoofd prof. dr. Siep Thomas en universitair hoofddocent Hans van der Wouden kijken terug.

Het onderzoek van de afdeling Huisarts-geneeskunde richt zich tegenwoordig vooral op problemen van het bewegingsapparaat en daarnaast op de zorg voor kinderen in de huisartspraktijk. Toen Hans van der Wouden in 1984 op de afdeling begon – hij zou in 2012 overstappen naar VUmc – waren er ook andere aandachtsgebieden. Zo werd onder leiding van prof. dr. Emiel van der Does gewerkt aan onderzoek op het gebied van hart- en vaatziekten.

Van der Wouden stond aan de wieg van een onderzoekslijn in samenwerking met de afdeling Kindergeneeskunde en tegelijkertijd was het thema ‘bewegingsapparaat’ in opkomst. Lex de Jongh deed onderzoek naar schouderklachten en de latere hoogleraar Sita Bierma-Zeinstra richtte zich op heupklachten.

Meer output en kwaliteit

Het onderzoek kreeg een impuls toen Siep Thomas in 1998 afdelingshoofd werd – hij bleef dat tot zijn emeritaat in 2008. Thomas stelde bij zijn komst de voorwaarde dat naast hem een hoogleraar werd aangesteld als speerpuntenleider voor het onderzoek. “Achteraf was dat een gouden greep”, zegt hij. “Bart Koes kwam en bracht veel ervaring mee op het gebied van aandoeningen van het bewegingsapparaat in de eerste lijn. Daarnaast werd de onderzoekslijn rond aandoeningen bij kinderen verder uitgebouwd. De afdeling creëerde een geoliede onderzoekswerkplaats, met meer mede-

werkers, meer promovendi, meer kwaliteit en met een continue output.”

Het onderzoek van de afdeling werd steeds serieuzer genomen binnen de Faculteit der Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen van de Erasmus Universiteit Rotterdam. Hierdoor kwam ook meer geld beschikbaar. “Zo konden we bijvoorbeeld een eigen statisticus binnenhalen”, herinnert Thomas zich. “Een belangrijk moment. Daarmee konden we ons onderzoek verder professionaliseren.”

‘Bijdragen aan NHG-standaarden’

Bij het verrichten van onderzoek is het gebruik van zorgdata van groot belang. Een waardevolle basis daarvoor vormden de databases van de twee Nationale Studies naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk (1987-1988 en 2000-2001) van onderzoeks- en kennisinstituut Nivel. Daar registreerden huisartsen patiëntgegevens over anamnese, diagnose en behandeling. Van der Wouden: “Ons nieuwe afdelingshoofd Thomas kwam van het NHG en had evidence based medicine hoog in het vaandel staan. Hij heeft het doen van degelijk opgezette klinische trials erg gestimuleerd.”

Een mijlpaal was de introductie van de randomized controlled trials bij het huisartsgeneeskundig

onderzoek in Rotterdam. Van der Wouden vertelt over de eerste: “Dat was ons onderzoek naar ‘piepende peuters’, waarbij we de ene groep peuters met een piepende ademhaling het astmamedicijn cromoglycaat aanboden en de andere groep een placebo.” Het medicijn bleek geen effect te hebben en dat leidde tot een publicatie in The Lancet in 1997.

Griepvaccinaties kinderen

Een persoonlijk hoogtepunt voor Van der Wouden was het onderzoek naar het nut van griepvaccinaties bij kinderen met astma. “Zo’n vaccinatie werd al jaren geadviseerd, maar het effect was niet bewezen. Het was gewaagd om dit te onderzoeken in een placebo-gecontroleerde klinische trial – een deel van de kinderen zou immers geen vaccinatie krijgen. Maar de Medisch Ethische Toetsingscommissie keurde het goed, we hebben het gedaan en ontdekten dat de vaccinatie geen verschil opleverde in het aantal astmakinclachten gedurende het griepseizoen of in het aantal ziekenhuisopnamen.” De kinderen die het vaccin kregen, hadden wel meer last van de injectie dan de kinderen die een injectie kregen zonder het vaccin. “Het was een mooi en uitdagend onderzoek”, blik Van der Wouden terug. “Met de bijbehorende frustratie dat het in Nederland niet heeft geleid tot het aanpassen van de richtlijnen. Op andere plaatsen in de wereld, bijvoorbeeld in Australië, overigens wel.”

Het onderzoek van de afdeling Huisartsgeneeskunde had regelmatig wél impact op de Nederlandse praktijk. Van der Wouden noemt als voorbeeld het onderzoek naar preventie van hart- en vaatziekten in de jaren negentig. “We deden, samen met collega’s uit Nijmegen, een experiment waarbij een groot aantal praktijken anderhalf jaar ondersteuning kreeg van een praktijkconsulent bij de preventie van hart- en vaatziekten.” Dat bleek goed te werken en inmiddels is preventie een vast onderdeel van de huisartspraktijk, overigens mede doordat die zorg tegenwoordig wordt vergoed door de zorgverzekeraar.

Door te zijn vertegenwoordigd in richtlijnencommissies heeft de afdeling Huisartsgeneeskunde ook

bijgedragen aan NHG-standaarden. Voorbeelden zijn standaarden op het gebied van het bewegingsapparaat, de standaarden kind met koorts, kind met astma en buikpijn bij kinderen en de standaard voor mictieklachten bij de man. Deze laatste is mede gebaseerd op enkele promoties uit de ‘Krimpenstudie’, over plasklachten bij oudere mannen in de huisartspraktijk in samenwerking met de afdeling Urologie van het Erasmus MC.

Aiotho’s

Een belangrijke ontwikkeling was de integratie van het onderzoek in de opleiding tot huisarts. Thomas: “Aanvankelijk stond het onderzoek los van de opleiding. Maar we gingen mee in de landelijke ontwikkeling en gaven deelnemers aan de huisartsopleiding de gelegenheid om daar een tweejarige onderzoeksopleiding aan vast te knopen, met een promotietraject. De zogeheten aiotho’s. Dat was succesvol, met weinig uitval en tientallen promoties als resultaat.” De integratie van het onderzoek en de opleiding creëerde een academisch kader. “Het is een mooi model, waarbij artsen vroeg in hun carrière de kans krijgen om ervaring op te doen met onderzoek. Een investering in de toekomst ook: sommige van de latere senior-onderzoekers en profs in ons land zijn afkomstig uit de eigen opleiding.” De onderzoeksafdeling van Huisartsgeneeskunde in Rotterdam behoort inmiddels tot de top in haar vakgebied. “Met name dankzij de onderzoekslijn van Bart Koes en Sita Bierma-Zeinstra naar aandoeningen van het bewegingsapparaat heeft onze output in de afgelopen decennia een hoge vlucht genomen”, zegt Thomas. “Zó hoog dat we als volwaardige partner zijn binnengehaald bij landelijke onderzoeksscholen. Daardoor kunnen we meer bereiken. Ik ben een zeer tevreden mens dat ik deze ontwikkeling heb mogen meemaken.” •

Opleiding

Steeds professioneler

Van aankomende huisartsen die tijdens de opleiding vaak zelf bepaalden welke onderwerpen aan bod kwamen tot aios' die een keurig afgetimmerd curriculum krijgen voorgeschoteld. Bavo van der Poel zag van nabij hoe de Rotterdamse huisartsopleiding professionaliseerde in de loop der jaren.

Kunt u het zich in deze tijd van huisartsentekorten voorstellen? Toen Bavo van der Poel medio jaren tachtig begon als begeleider van huisartsen in opleiding (haio's), zoals ze toen nog heetten, hadden velen aan het eind van de rit geen zicht op een baan. Dat kwam deels door de

vele grote praktijken; de meeste eigenaren wilden niet inkrimpen. Het was ook de tijd waarin nog slechts dertig procent van de huisartsen in opleiding vrouw was.

"Een ander groot verschil met nu was de duur van de opleiding", zegt Van der Poel. "Al na een jaar was

die afgerond. De haio ging eerst zes maanden aan de slag bij een huisarts, daarna vier maanden in een verpleeghuis en tot slot was er een stage, vaak in de alternatieve hoek, zoals homeopathie en antroposofie. We leidden ook op tot verpleeghuisarts; per groep waren er altijd wel twee of drie aankomende verpleeghuisartsen."

Uniek

Van der Poel, destijds praktijkhouder in Oostvoorne, heeft zich vanaf begin jaren negentig voornamelijk ingezet als begeleider van huisartsopleiders. In 2009 zou hij stoppen met deze activiteiten. De belangrijkste ontwikkeling binnen de Rotterdamse opleiding in al die jaren? "De verbetering en professionalisering", zegt hij. "Niet alleen aios' hadden daar voordeel van, maar ook de huisartsopleiders. Ons uitgangspunt was: hoe beter een huisartsopleider op zijn taak is berekend, hoe groter de kans dat hij bijdraagt aan de aflevering van een bekwame dokter. Rotterdam was in de jaren tachtig en negentig in die zin uniek, dat wij als enige huisartsopleiding fors investeerden in de kwaliteit van huisartsopleiders. Zo werden ervaren stafleden in plaats van groepsbegeleiders ingezet voor de bijeenkomsten en scholingscursussen voor opleiders."

Prettig

Landelijk zag Van der Poel zich ook een professionalisering voltrekken. "In het begin waren er aanzienlijke verschillen tussen de acht huisartsopleidingen. Maar we wisten elkaar steeds beter te vinden en gingen bijvoorbeeld de zogeheten Beekbergencursussen organiseren. Tijdens deze vierdaagse cursussen kregen opleiders van alle huisartsopleidingen onderwijskundige vaardigheden en huisartsgeneeskundige kennis aangeboden. Deze prettige samenwerking tussen de opleidingen heeft mijns inziens als katalysator gediend voor steeds meer samenwerking."

Harmonie ontstond eveneens binnen het UMC in Rotterdam zelf. Van der Poel: "Ik doel op de verhouding tussen huisartsen en medisch specialisten. Die was aanvankelijk niet gelijkwaardig. Maar zelden kwam bijvoorbeeld een medisch specialist onze

Klein en praktisch

Wat zijn voor de afdeling Huisartsgeneeskunde verschillen tussen toen en nu binnen het studentenonderwijs? Gijs Elshout, hoofd van de sectie, noemt verbeteringen.

"Van oudsher woonden 300 à 400 studenten colleges bij. Nu en in de nabije toekomst bieden we steeds vaker kleinschalig onderwijs aan. De rol van digitale leermiddelen groeit daarbij. Eerst doen studenten in hun eigen omgeving kennis op via bijvoorbeeld e-learning of webcolleges, waarna tijdens de contactmomenten op de universiteit een verdiepingslag volgt voor groepen van ongeveer vijftien studenten.

Een andere goede ontwikkeling is dat tegenwoordig vanaf de eerste week in het eerste jaar basale en praktische kennis worden gemengd. Vroeger was de geneeskundeopleiding vooral opgebouwd vanuit basale vakken. In het begin kreeg je veel celbiologie, anatomie en fysiologie. Pas later in de studie maakte je de koppeling met de vraag: hoe gebruik ik die kennis om een patiënt beter te maken? Nu zien studenten eerder wat het nut van basale kennis is in de praktijk. Wat onze ambities zijn voor het studentenonderwijs? Dat huisartsgeneeskunde een nog grotere rol krijgt binnen de opleiding. De meeste studenten worden arts in de eerste of tweede lijn. Hoe meer huisartsgeneeskunde in het basiscurriculum zit, hoe beter de toekomstige artsen hierop voorbereid zijn."

haio's bijpraten over zijn expertise. En omgekeerd was de inbreng van huisartsgeneeskunde in het medisch curriculum zeer beperkt. Het kan niet genoeg worden benadrukt dat Emiel van der Does, destijds lector en later hoogleraar, een heel belangrijke rol heeft gespeeld in de groeiende wederzijdse waardering van huisarts en medisch specialist." •



Toen 'het huisartseninstituut' nog was gevestigd aan de Mathenesserlaan...



Centrale plek binnen gezondheidszorg

Geloof in eigen kracht

Hoe heeft het vak van huisarts zich ontwikkeld in de halve eeuw die achter ons ligt? En hoe ziet de toekomst eruit? “Ik heb nog steeds volop vertrouwen in de kracht en positie van de huisarts”, zegt Patrick Bindels, afdelingshoofd Huisartsgeneeskunde. Een monoloog.

“Eén praktijkassistente en de groene kaart. Zo ben ik ruim dertig jaar geleden begonnen als huisarts. Hoe anders was de situatie bij mijn afscheid van het dokterswerk in 2019. Samen met vijftien anderen was ik actief in een gezondheidscentrum waar volledig papierloos werd gewerkt.

Doe je een stap verder terug in de tijd, dan zijn de verschillen nog groter. In de jaren zeventig draaide de huisarts meestal samen met zijn echtgenote de praktijk. Later nam steeds vaker een assistente de positie van de echtgenote in de praktijk over, maar speelde de partner nog wel een belangrijke rol als achterwacht. Zij – het was meestal een zij – beantwoordde de telefoon wanneer haar man op huisbezoek was en wist hem in dringende gevallen te traceren. Je kunt je dit bijna niet meer voorstellen in een tijd waarin huisartspraktijken zijn uitgegroeid tot complete bedrijven en de huisarts als manager te maken heeft met verschillende assistenten, praktijkondersteuners somatiek en ggz en collega-huisartsen. De diensten doen we vanuit de huisartsenpost.

Intact

Hoe groot het contrast tussen toen en nu ook mag zijn, de in 1959 geformuleerde kernwaarden voor de huisarts zijn gedurende al die jaren in grote lijnen intact gebleven. Zo zijn we nog altijd persoonsgericht: huisartsen kijken naar de patiënt in diens totale context. Daarnaast, en dat is misschien wel onze meest krachtige kernwaarde, bieden we onveranderd een continue vorm van zorg. Als iemand niet verhuist, zien we hem door de jaren heen en leren we hem en zijn omgeving steeds beter kennen. Verder zijn we generalistisch: je kunt met alle gezondheidsklachten bij de huisarts terecht. Vorig jaar is aan deze kernwaarde het woord ‘medisch’ toegevoegd: we zijn medisch-generalistisch, omdat we zijn opgeleid als medicus en daar duidelijker een grens wilden leggen.

Gezamenlijk

In 2019 is er een vierde kernwaarde bijgekomen: gezamenlijk. Deze is geïntroduceerd op een

moment dat de huisarts meer dan ooit diagnostiek en behandelingen doet die voorheen waren voorbehouden aan het ziekenhuis. Waar je vijftig jaar geleden al snel verwees naar de medisch specialist, is de huisarts nu een belangrijke behandelaar in het gezondheidszorgsysteem. We hebben een centrale positie. Dit is een enorme ontwikkeling geweest die heeft geleid tot zorgsubstitutie van tweede naar eerste lijn.

‘Samen met tweede lijn en sociaal domein’

Maar deze ontwikkeling neemt niet weg dat we ons bewust zijn van het belang zorg te verlenen in samenwerking met anderen, zoals de tweede lijn en partijen uit het sociale domein. Niemand kan het alleen; we hebben elkaar hard nodig. Die gezamenlijkheid is een essentieel uitgangspunt voor de toekomst.

Spannende tijd

We zullen eveneens samen moeten zoeken naar oplossingen voor de werkdruk van huisartsen. Die is in de afgelopen jaren flink toegenomen. We moeten met z’n allen gaan kijken: hoe kunnen we de taken zó verdelen, dat iedereen in de huisartsenzorg zijn werk leuk blijft vinden en op een goede manier kan uitvoeren? Verder is het zaak zelfmanagement van de patiënt te stimuleren. We moeten technologieën invoeren die zowel de huisarts als de patiënt ontlasten.

Het mag duidelijk zijn dat we een spannende tijd tegemoet gaan. We gaan samen zoeken naar manieren om huisartsenzorg werkbaar te houden. Ik heb hierbij nog steeds volop vertrouwen in de kracht en positie van de huisarts. In de afgelopen vijftig jaar heeft ons beroep zich zodanig ontwikkeld en hebben we zoveel innovaties opgezet, dat we niet met angst naar de toekomst moeten kijken. We gaan juist door met ontwikkelen en blijven geloven in onze kracht.” •



*‘Deze vaardigheid kun je je
hele carrière inzetten’*

Vernieuwd onderwijs in klinisch redeneren

Corebusiness voor elke arts

Het onderwijs in klinisch redeneren aan de Rotterdamse huisartsopleiding werd in 2016 gewaardeerd met een krappe voldoende. Vier jaar later geven aios een 8+. Wat is er veranderd? En vooral: hoe zorgt het vernieuwde onderwijs voor betere huisartsen?

Het was een mooie uitdaging, die huisartsdocent Alex Verhof vier jaar geleden aanging. “Als nieuwe coördinator kreeg ik de taak het onderwijs in klinisch redeneren te verbeteren. Dat werd op dat moment slecht gewaardeerd door de aios.”

“Aios werden onvoldoende uitgedaagd om na te denken”, vult huisartsdocent Charlotte Sijbom aan. “Neem bijvoorbeeld een casus over hoofdpijn. Daarbij werd gevraagd: welke gegevens uit de anamnese gebruik je om een patiënt met hoofdpijn te bevragen? Dat is informatie uit de NHG-standaard, die aios bijna letterlijk konden *copy-pasten*. Maar waaróm wil je die gegevens? Wat zegt het als de klachten langer dan twee weken aanhouden? Of als de patiënt met name in de ochtend hoofdpijn heeft? Waarom zijn dat relevante gegevens? En wat dragen deze bij aan je uiteindelijke diagnose?” Zulke vragen komen aan bod in het vernieuwde onderwijs, stelt Verhof. “Aios leren nu echt nadenken als een dokter. Dat is waar het om draait bij klinisch redeneren.” Als voorbeeld noemt hij een casus hoofdpijn ‘nieuwe stijl’. “Hierbij presenteert de patiënt zich met hoofdpijnklachten. Als de aios goed uitvragen en onderzoeken, komen ze tot de diagnose spanningshoofdpijn, een goedaardige vorm van hoofdpijn. In de loop van de casus komt de patiënt terug met andere klachten. Niet heel alarmerend, maar het is anders dan voorheen. Het is de uitdaging voor de aios om een aantal *cues and clues* te halen uit het verhaal en het lichamelijke

onderzoek, om uiteindelijk de diagnose te stellen dat de patiënt een veel ernstiger ziektebeeld heeft. Dit is een prachtig voorbeeld uit de praktijk hoe je – door bepaalde stappen te doorlopen – uiteindelijk tot de juiste diagnose komt.”

Virtual reality

Het vormgeven van de vernieuwingen was de verantwoordelijkheid van een vijf koppige werkgroep. “Waar ik vooral trots op ben, is dat de hele docentengroep enthousiast is; iedereen komt steeds met nieuwe ideeën”, zegt Verhof. “Onze beroepsgroep staat nooit stil, dus het onderwijs moet je ook blijven vernieuwen. Daar zijn we samen continu mee bezig.”

Feedback van alle betrokkenen is hierbij van groot belang. Niet alleen van docenten, maar vooral ook van aios en huisartsopleiders. “We horen terug waar behoefte aan is. Daaraan proberen we ons onderwijs continu aan te passen”, meldt Sijbom, die voor de toekomst genoeg kansen ziet. “We passen al verschillende werkvormen toe; van een quiz tot het groepsgewijs oplossen van een casus. Een grote wens van de werkgroep is om in de toekomst aan de slag te gaan met virtual reality. Daarmee kun je op een realistische manier bepaalde vaardigheden aanleren. Bijvoorbeeld door een hologram te projecteren van een acuut benauwde patiënt, waarbij de aios de longen kunnen beluisteren. Ook kun je prachtig de anatomie in beeld brengen. Hoe zien de bloedvaten eruit bij een hartinfarct? Je zou

zelfs een visite-setting kunnen maken, waarbij je als aios een huisbezoek aflegt bij een patiënt in bed. Met alle ruis van de thuissituatie, zoals bezorgde familieleden.”

Dwaalsporen

Genoeg plannen voor de toekomst dus. En ook in de afgelopen periode is al veel bereikt. “Het onderwijs is inhoudelijk een stuk sterker geworden”, aldus Verhof. “Aios zeggen: ‘Dit is onderwijs dat boeit, we verheugen ons op de volgende sessie.’ Dat is wat we willen: onderwijs dat leuk en boeiend is en bovendien leerrendement heeft. We zien dat het niveau de laatste jaren is gestegen. Bepaalde casuïstiek werd in 2017 nog als moeilijk beschouwd door de aios. Nu horen we: het mag nog prikkelender en spannender. ‘Laat ons maar struikelen’, zei een aios laatst.”

Sijbom: “Van fouten kun je leren. Daarom bieden we in sessies de gelegenheid om fouten te maken en dwaalsporen te bewandelen. Een berucht dwaalspoor is dat een hartinfarct zich op verschillende manieren kan presenteren. Het gevoel van een steen op borst, met uitstraling naar de linkerarm: dat is een klachtenpresentatie uit het boekje. Maar een patiënt met een hartinfarct kan ook benauwdheidsklachten of maagpijn hebben, waarbij je niet meteen aan een hartinfarct denkt. Tijdens de sessies maken we aios bewust van het feit dat ziektebeelden zich ook atypisch kunnen presenteren. Door zulke ervaringen komen de aios in de praktijk beter beslagen ten ijs.”

“Ook huisartsopleiders geven we mee dat het maken van fouten door aios heel belangrijk is voor hun leerproces”, stelt Verhof. “Vertel jij als opleider ook open over jouw fouten? Dan is dat een gratis les voor jouw aios, die waarschijnlijk niet dezelfde fout hoeft te begaan.”

Integraal onderwijs

Klinisch redeneren speelt vooral een belangrijke rol in het eerste jaar van de huisartsopleiding.

“We starten met een theoretische basisles voor de aios”, licht Alex Verhof toe. “Daarna behandelen we in zeven bijeenkomsten verschillende medisch inhoudelijk onderwerpen. Denk bijvoorbeeld aan hoofdpijn, buikpijn, spoed en kinderen met koorts.” Een achtste bijeenkomst – over beroertes – is in ontwikkeling. Daarnaast volgen de aios twee themadagen over het hart, waarbij ook klinisch redeneren aan bod komt.

Het tweede jaar brengen aios hoofdzakelijk door in de kliniek. “Voor het derde jaar zijn we aan het kijken of we klinisch redeneren kunnen integreren in de praktijkopdrachten”, aldus Verhof. “Ook willen we klinisch redeneren meer integreren in de andere onderwijslijnen, zoals vaardigheden en evidence-based medicine.”

“We passen klinisch redeneren ook in binnen ons onderwijs aan huisartsopleiders”, vult Charlotte Sijbom aan. “Daarbij krijgen de huisartsopleiders dezelfde onderdelen als de aios. Daarnaast geven we hun praktische handvatten hoe ze de aios bewust kunnen maken van hun denkproces.”

Doel bereikt

“Klinisch redeneren is de corebusiness voor elke dokter. Dus ook voor de huisarts”, besluit Sijbom. “We proberen de aios bewust te maken: welke stappen doorloop je in je hoofd?” Verhof knikt: “Leer je in een vroeg stadium denken als dokter? Dan is dat een vaardigheid die je de rest van je carrière kunt inzetten. Haalt de aios straks als dokter óók dat ingewikkelde hartinfarct eruit? Dan hebben we ons doel bereikt.” •

Hardloopblessures

Andere online aanpak

Algemene online begeleiding van hardlopers levert geen daling in het aantal blessures op. Maar niet te lang getreurd: deze conclusie uit Tryntsje Fokkema's proefschrift was het startsein voor nieuwe, meer geïndividualiseerde voorlichting, waarnaar óók promotieonderzoek gaat worden verricht.

Wat was je belangrijkste onderzoeksvraag?

"Uit andere studies is bekend dat veel hardlopers geblesseerd raken. Wij hebben de effectiviteit van een online blessurepreventieprogramma getest."

Wat was de aanleiding voor de studie?

"Een achtste van de Nederlandse bevolking loopt regelmatig hard. Het is een activiteit die relatief tot

meer kwetsuren leidt dan de meeste andere sporten. Zo weten we dat ons land in 2014 2,1 miljoen hardlopers telde en dat 710.000 van hen ooit geblesseerd waren geweest. De knie en het onderbeen, vooral scheenbeen en achillespees, zijn de grootste problemen."

Bij wie is het onderzoek verricht?

"Bij 2378 volwassenen die in 2017 meededen aan

de Marathon Rotterdam, de Ladiesrun Rotterdam of de City-Pier-City Loop in Den Haag. De ene helft kreeg met een persoonlijke inlogcode toegang tot een online platform over blessurepreventie, de andere niet. Dat gebeurde zodra zij zich hadden ingeschreven voor het evenement en dus in voorbereiding waren op hun loop."

Wat was op het platform te vinden?

"Deelnemers ontvingen algemene informatie. Bijvoorbeeld: hoe hoger de leeftijd, hoe groter de kans op een blessure. Ze kregen ook voorlichting over training, zoals dat meer dan vijf keer per week trainen een risico is, maar één keer eveneens, omdat het lichaam dan minder snel gewend raakt aan de inspanning. Verder was er informatie over ondergrond, bijvoorbeeld dat veel blessures samenhangen met hard asfalt. Deelnemers konden ook lezen over looptechniek en schoeisel."

Hoe zijn de onderzoeksresultaten verkregen?

"We hebben beide groepen drie keer verzocht een vragenlijst in te vullen: twee weken voor het hardloopevenement, een dag erna en een maand later. De belangrijkste vraag: heb je een blessure opgelopen?"

Wat zijn de belangrijkste bevindingen?

"Het programma heeft geen effect. Onder de hardlopers die hadden meegedaan aan het online programma was het aantal blessures even hoog, rond de 37,1 procent, als bij de deelnemers uit de controlegroep. De knie was het vaakst getroffen."

Waarom had het programma geen positieve gevolgen?

"Wij denken dat gevoeligheid voor hardloopblessures té zeer individueel bepaald is, om problemen te voorkomen met een vrij algemeen programma. Het is nu eenmaal zo dat sommige vijftigers probleemloos zestig kilometer per week rennen, terwijl er dertigers zijn die al een blessure oplopen na een kort stukje."

Naam: Tryntsje Fokkema

Functie: tot voor kort onderzoeker afdeling Huisartsgeneeskunde Erasmus MC; per 1 mei onderzoeker afdeling Huisartsgeneeskunde & Ouderengeneeskunde UMCG.

Gepromoveerd: 12 februari 2020

Promotor: hoogleraar Artrose en gerelateerde aandoeningen Sita Bierma-Zeinstra.

Copromotors: associate professor afdeling Huisartsgeneeskunde dr. Marienke van Middelkoop en sportarts dr. Robert-Jan de Vos.

Wat nu?

"We hebben een persoonlijker online programma ontwikkeld. Het is gefinancierd door ZonMw en wordt uitgevoerd in samenwerking met de Rotterdam Marathon Study Group van Golazo Sport. Een voorbeeld van het persoonlijke karakter van het programma: een deelnemer vult het aantal kilometers in dat hij de afgelopen weken heeft gelopen. Vervolgens leest hij online met welk kilometeraantal deze week hij het laagste risico heeft op een blessure. We verzamelen de data van deelnemers aan de Bruggenloop in december 2019 en van hardlopers die meedoen aan een aantal evenementen dit jaar (het interview is kort voor de coronacrisis afgenomen, red.). Hieruit vloeit weer een promotieonderzoek voort; onderzoeker Kyra Cloosterman is op 1 maart begonnen."

Wat is je advies aan huisartsen?

"Bij de geblesseerde deelnemers aan mijn onderzoek duurde het herstel gemiddeld acht weken. Het is belangrijk dat huisartsen hun patiënten daarvan bewustmaken, zodat mensen weten waar ze aan toe zijn en ook niet te snel weer gaan hardlopen. Verder bleek een eerdere kwetsuur een risicofactor te zijn voor een blessure. Raad mensen dus aan niet te fanatiek de draad op te pakken na een blessure. Het is in het begin beter bijvoorbeeld afwisselend een minuut te wandelen en hard te lopen." •





Als scheepsarts naar de Zuidpool

Op expeditie!

Annemarie Wuister (31) houdt van avontuur. Daarom combineert ze het vak van huisarts met expedities als scheepsarts. “Op volle zee moet je als dokter stevig in je schoenen staan.”

Haar eerste expeditie was in 2017, naar Antarctica. “Een heel bijzondere ervaring. Als mens ben je te gast in een woest en prachtig natuurgebied, tussen de pinguïns en zeehonden. Aan alles voelde ik: dit is een plek waar

mensen niet goed kunnen overleven. Soms scheen de zon, waarna we vijf minuten later in een enorme sneeuwstorm belandden.”

Zo’n expeditie past bij de avontuurlijke Wuister, die afgelopen maart haar opleiding tot huisarts afrondde binnen het Erasmus MC. “Ik heb coschapen gedaan in het buitenland en gewerkt als arts in vluchtelingenkampen in Griekenland. Ik ben altijd op zoek naar een extra uitdaging. Toen ik van een vriend hoorde dat hij als scheepsarts naar Antarctica ging, dacht ik: dat is interessant.”

Creatief met ducttape

Ter voorbereiding volgde ze de driedaagse cursus Advanced Wilderness Life Support, waar ze inmiddels zelf instructeur is. “Daar leer je meer over expeditie-geneeskunde. Het is geen officiële specialisatie, maar je leert hoe je als arts onder extreme omstandigheden kunt handelen met beperkte middelen. Niet alleen op een schip, maar bijvoorbeeld ook in de bergen of als je een marathon begeleidt. Je leert op een bepaalde manier denken, zoals ze ook in het leger doen. *Treat first what kills first*. Ook leer je improviseren. Hoe maak ik een brancard met touwen en een zeil? Hoe stabiliseer ik een nek met een rugtas?” Met een lach: “En ik kan nu honderd dingen doen met ducttape. Van een enkel fixeren tot een wond dichtmaken.”

Rare positie

“Als arts heb je een rare positie aan boord”, stelt Wuister. “Je zit de hele dag samen op de boot, waarbij jouw medepassagiers tevens jouw potentiële patiënten zijn. Dat vraagt andere sociale skills. En negen van de tien keer heb je niets te doen, maar je moet wel continu alert en beschikbaar zijn.” Aan boord is ze vooral veel bezig met preventie. “Dat mensen zich goed vasthouden. Of dat ze hun handen schoon houden met alcohol, want zo’n schip is een grote bron van infectieziektes.” Ook het bewegen van het schip levert het nodige werk op. “Zeeziekte is klacht nummer één. Daarnaast behandel ik veel kneuzingen, schaafwonden en snijwondjes, doordat je op zee makkelijk uit balans raakt.” De crew is vaak langere tijd aan boord, soms

maanden achtereen. “Voor hen ben je een soort huisarts, die ook chronische klachten behandelt en medicijnen bestelt.”

Dilemma

Aan boord heeft Wuister soms te maken met heftige casussen. “Tijdens mijn tweede reis viel een passagier van de trap, op zijn hoofd. In Nederland had ik hem ingestuurd voor een CT-scan, maar we zaten op volle zee. Er kon geen helikopter komen en het was een dag varen naar Antarctica. Als we zouden omkeren, waren we anderhalve dag onderweg. Op dat moment was ik heel blij dat ik de huisartsopleiding deed. Als huisarts leer je pragmatisch nadenken en goed communiceren. Ik heb uitgebreid met de man en zijn familie de scenario’s en de risico’s besproken. In overleg hebben we samen besloten om door te varen en het aan te kijken. Ik heb hem elk uur gecontroleerd en uiteindelijk is het goed gekomen. Maar het was best spannend. Op volle zee moet je als dokter stevig in je schoenen staan, want je moet belangrijke beslissingen nemen – zonder dat je met collega’s kunt overleggen.”

‘Zeeziekte is klacht nummer één’

Inmiddels is Wuister drie keer naar Antarctica geweest en in het Noordpoolgebied op zoek gegaan naar het noorderlicht. “Soms ben ik een week weg, soms drie weken. Tijdens mijn opleiding ging ik op expeditie tijdens de vakantie. Ook heb ik een keer drie maanden onbetaald verlof genomen. Nu ik klaar ben met de huisartsopleiding wil ik het werken als waarnemer graag combineren met de expedities. Het is een mooi avontuur en aan boord ontmoet ik interessante mensen van over de hele wereld. Van biologen tot fotografen en documentairemakers. Ik ben de scheepsarts, maar aan boord geniet ik even hard als de andere passagiers.” •



Taak RGS overgenomen door afdeling Monitoren kwaliteit huisartsopleiders

Tot vorig jaar werd de kwaliteit van opleiderspraktijken gemonitord door de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS). Sinds 1 januari ligt die verantwoordelijkheid bij de afdeling Huisartsgeneeskunde. “Dat zorgt voor meer betrokkenheid.”

De erkenning en monitoring van geneeskundige vervolgoopleidingen is vanaf dit jaar veranderd. Dat geldt dus ook voor de huisartsopleiding. “Voorheen was het de taak van de

RGS om huisartsopleiders te toetsen en een erkenning te geven voor vijf jaar”, vertelt Robert Zegers. Als opleiderscoördinator van de Rotterdamse Huisartsopleiding is hij onder meer verantwoordelijk

voor de scholing en kwaliteit van huisartsopleiders. “Onder het mom van ‘vertrouwen in het veld’ is deze overheidstaak overgedragen aan het werkveld zelf.”

Een logische ontwikkeling, meent Marloes Jacobs, die bij de huisartsopleiding verantwoordelijk is voor het werven van nieuwe huisartsopleiders. “Wij hebben veel te maken met de opleiders. Dat begint bij de werving. We hadden al een groep van ervaren opleiders die op verkennend praktijkbezoek gingen bij aspirant-opleiders, waarna de RGS de officiële goedkeuring deed. Nu geven onze eigen visiteurs het stempel van goedkeuring als we denken: hier heerst een goed opleidingsklimaat voor de aios.”

Feedback aios

Niet alleen nieuwe opleiders worden getoetst op geschiktheid. De afdeling Huisartsgeneeskunde monitort ook de kwaliteit van huidige opleiders. “Er zijn opleiders die misschien net vorig jaar een vijfjarige erkenning hebben ontvangen van het RGS. Als die erkenning afloopt, gaat het volgens de nieuwe methode”, stelt Jacobs.

“We houden iedere twee jaar een evaluatiegesprek met de opleider, liefst op locatie”, vult Zegers aan. “Daarbij bespreekt een groepsdocent het functioneren van de opleider. We vragen ook om feedback van de opleider. *Hoe vind je dat wij het doen?*” Behalve het tweejaarlijkse evaluatiegesprek zijn er meer informatiebronnen die iets zeggen over de kwaliteit. “Ook de feedback die aios geven – bijvoorbeeld op de terugkomdagen en het landelijke evaluatieformulier – is belangrijk.”

Kern van het vak

En dan is er natuurlijk die belangrijke vraag: wat is een goede opleider? “Nu wij de opleiders zelf moeten toetsen, zijn we nog beter gaan nadenken: wat verstaan wij onder kwaliteit? En wat verstaan wij onder verminderde kwaliteit?”, aldus Zegers. “We hebben er veel tijd en energie in gestoken om ook bij de opleiders zelf uit te vragen: wat vinden jullie goed opleiderschap? Wat is voor jullie de kern van het vak? Het belangrijkste is dat je als opleider echt intrinsiek gemotiveerd bent om dusdanige

Oproep feedback

De ruim 300 huisartsopleiders spelen een grote rol binnen de huisartsopleiding. “We horen graag wat opleiders vinden van de manier waarop we aios opleiden en wat de aios op het instituut leren”, stelt Robert Zegers. “We vinden het belangrijk dat dit aansluit op de praktijk.” Feedback is welkom via huisartsopleiders@erasmusmc.nl.

omstandigheden in je praktijk te creëren, dat de aios zich optimaal kan ontwikkelen.”

Jacobs: “We kunnen bij de werving nu duidelijker aangeven wat het opleiderschap inhoudt en wat we van een opleider verwachten. Bijvoorbeeld dat je scholing volgt, dat je de terugkomdag bezoekt, dat je reflecteert op je eigen handelen, dat je de aios coacht en beoordeelt en dat je zorgt dat je praktijk een goede leerwerkkplek is.”

Meer betrokkenheid

Behalve meer duidelijkheid biedt het nieuwe systeem nog een groot voordeel. “Meer betrokkenheid”, stelt Jacobs. “Veel opleiders vinden het leuk om intensief samen te werken en cursussen te volgen om zichzelf te verbeteren.”

Zegers: “Wij bieden scholing, coaching en ondersteuning, zodat jij een goede opleider bent en blijft. We doen het echt samen. We vinden het ook belangrijk dat het nieuwe systeem breed gedragen wordt en dat de opleiders zich herkennen in de gestelde eisen. In de huidige RGS-eisen staat bijvoorbeeld: als je opleider wilt worden, moet je een gediplomeerde doktersassistente hebben. Maar veel praktijken hebben misschien een goede verpleegkundige die al vijftien jaar meedraait. Dus wellicht is deze eis niet conform de praktijk – en ook niet nodig voor goed opleiderschap. Vinden wij dat allemaal in het veld? Dan kan de eis in goed overleg met de RGS worden aangepast.” Jacobs knikt. “Dat is écht samenwerking.” •

Volwassenen met verstandelijke beperking

Lichttherapie

Lichttherapie vermindert depressieve klachten bij volwassenen met een verstandelijke beperking. Dit resultaat uit het promotie-onderzoek van Pauline Hamers heeft ertoe geleid dat zij nu samen met een collega een handreiking schrijft voor deze interventie.



Wat waren je belangrijkste onderzoeksvragen?

“Een van de doelen van mijn proefschrift was om beter depressieve klachten te kunnen herkennen bij volwassenen met een verstandelijke beperking. Ik wilde ook meer weten over niet-farmacologische behandelmogelijkheden.”

Wat was de aanleiding voor de studie?

“Veel volwassenen met een verstandelijke beperking hebben depressieve klachten. Dit weten we onder meer uit ‘Gezond Ouder met een verstandelijke beperking’ (GOUD), een al jaren lopend onderzoek van het Erasmus MC en zorgorganisaties Amarant, Abrona en Ipse de Bruggen. De eerste fase van GOUD, toen alleen nog werd gekeken naar 50-plussers, maakte duidelijk dat bij bijna zeventien procent sprake was van depressieve klachten. Bijna zeven procent had een depressieve stoornis. In de zorgpraktijk is het vaak lastig dergelijke klachten te herkennen bij deze groep. Menigeen kan er niet over praten, kan niet duidelijk maken wat in het hoofd omgaat. Het gevolg is dat mensen niet adequaat worden behandeld en hun kwaliteit van leven daalt. En wordt de diagnose wél gesteld, dan kunnen we, vooral bij de groep met een matige of ernstige verstandelijke beperking, eigenlijk alleen behandelen met medicatie. Reguliere behandelingen, zoals psychotherapie en cognitieve gedragstherapie, zijn doorgaans niet toepasbaar bij mensen

met een verstandelijke beperking, met uitzondering van de mensen met een lichte verstandelijke beperking en voldoende verbale capaciteiten. Daarom willen we meer handvatten krijgen voor behandeling.”

Bij wie is het onderzoek verricht?

“Eerst hebben we bij volwassen bewoners van Amarant, Abrona en Ipse de Bruggen gekeken of er depressieve klachten waren. Dit deden wij met de Angst, Depressie en Stemming Schaal (ADESS). Een score van 14 of hoger op de depressieve stemming-subschaal is een indicatie voor de eventuele aanwezigheid van een depressieve stoornis. Uiteindelijk hebben we 41 cliënten kunnen includeren in onze randomized controlled trial. Twaalf kregen lichttherapie: we plaatsen ze veertien ochtenden achter elkaar een half uur lang voor een 10.000 lux-lamp op twintig centimeter afstand, net na het ontwaken. Bij de tweede onderzoeksgroep, die bestond uit vijftien deelnemers, maakten we gebruik van een 300 lux-lamp, te vergelijken met een kamerlamp. Tot slot kregen veertien bewoners reguliere zorg zonder lichttherapie.”

Wat zijn de belangrijkste resultaten?

“Bij bewoners die lichttherapie kregen met 10.000 lux, namen de depressieve klachten af. Hun score kwam onder de klinische afkappa-waarde van 14 op de ADESS. Bij de groep van de 300 lux-lamp zagen we ook een daling, maar die kwam niet onder de afkappa-waarde. We vermoeden dat de klachten bij de groep met de 300 lux verminderden, omdat de bewoners blij waren met de extra aandacht rond het onderzoek of dat ze bijvoorbeeld geloven in de effectiviteit van de lamp. In de groep met reguliere zorg was geen significante afname van depressieve klachten zichtbaar. We moeten vooralsnog voorzichtig zijn met de interpretatie van de resultaten; er waren geen significante verschillen tussen de groepen en de onderzoeksgroep was klein.”

Wat nu?

“Samen met Heidi Hermans, een van mijn copromotoren, werk ik aan een handreiking voor

Naam: Pauline Hamers

Functie: postdoc onderzoeker GOUD-studie Erasmus MC en Amarant

Promotie: vanwege corona uitgesteld van 27 mei naar 4 november 2020

Promotor: hoogleraar Huisartsgeneeskunde Patrick Bindels. Copromotor: AVG en universitair docent Dederieke Festen van de afdeling Huisartsgeneeskunde en GZ-psycholoog Heidi Hermans van Amarant.

lichttherapie bij volwassenen met een verstandelijke beperking en depressieve klachten. Met hoeveel dagen lichttherapie bereik je bijvoorbeeld het beste effect? En wat zijn contra-indicaties? De handreiking, financieel mogelijk gemaakt door zorgverzekeraar VGZ, is bedoeld voor zorgorganisaties die werken met deze groep. Verder is het wenselijk dat de onderzoeksopzet wordt herhaald binnen een grotere populatie om meer statistische kracht te krijgen.”

Wat is je advies aan huisartsen?

“De meeste huisartsen hebben niet regelmatig te maken met deze doelgroep. Gebeurt dit toch en willen ze zeker weten dat het wel of niet om depressieve klachten gaat, dan is het raadzaam een arts voor verstandelijk gehandicapten te raadplegen.”

Nog meer?

“Via cortisol in hoofdhaar kun je terugkijken hoe het stressniveau is geweest op bepaalde momenten in de afgelopen maanden. Een centimeter haar staat voor een maand. In mijn onderzoek hadden we een primeur: niet eerder was cortisolonderzoek in hoofdhaar gedaan bij volwassenen met een verstandelijke beperking. De uitkomst? Net als eerder was aangetoond in de algemene populatie, bleek bij deze groep een verband te bestaan tussen het cortisolniveau en depressieve klachten. Deze marker is zeer welkom in de zorg voor mensen die niet kunnen vertellen of ze stress ervaren.” •

De passie van Chris Nijdam

In zijn vrije tijd doet aios Chris Nijdam (33) aan parachutespringen. "Ik hou van spanning, ook in mijn werk." Over adrenaline, gebroken enkels en stressvolle visites.

Het idee ontstond acht jaar geleden in de kroeg. "Ik zou met een vriend op vakantie gaan. Na een paar bier zeiden we, nogal overmoedig: *We gaan op Texel een cursus parachutespringen doen.* Toen we voor onze eerste sprong in het vliegtuig stapten, waren we niet meer zo stoer. Op het moment dat de deur openging, voelde ik pure doodsangst. En die angst bleef. Pas na 25 sprongen wordt het echt leuk." Waarom hij – ondanks de knik-kende knieën – toch doorging? "Het is verslavend, juist omdat het zo spannend is. Elke keer krijg je een adrenaline-rush. Ook in mijn werk krijg ik energie van stressvolle situaties."

Nijdam werkte twee jaar fulltime op de spoedeisende hulp van het Franciscus Gasthuis & Vlietland. Momenteel is hij als derdejaars aios werkzaam in huisartsenpraktijk Jansen in Rotterdam-Zuid. "Soms kom je tijdens een visite bij een patiënt die heel ziek blijkt te zijn. Dan moet je snel handelen om te zorgen dat iemand niet overlijdt. In zo'n situatie moet je onder grote spanning nadenken over wat je geleerd hebt en op je kennis en kunde vertrouwen. Dat geldt ook voor parachutespringen."

Volgens Nijdam gebeuren er weinig ongevallen bij parachutespringen. "Het grootste risico is de landing. Zelf heb ik een keer mijn stuitje gebroken. En ik heb weleens iemand gestabiliseerd tot de ambulance kwam en een gebroken enkel rechtgezet. Maar eigenlijk gebeurt er weinig."

Inmiddels heeft Nijdam 300 sprongen op zijn naam staan. "Veel op Texel, maar ook in Los Angeles, Italië, Portugal en Spanje. En ik zou ooit nog een sprong willen maken boven de Blue Hole, een krater in de zee bij Belize. Dat schijnt geweldig te zijn."

Door zijn drukke bestaan als aios komt Nijdam minder aan zijn hobby toe. "Ik ben minder fanatiek dan vroeger. Maar juist als ik het druk heb, is parachutespringen heerlijk om te doen. Als de deur opengaat op ruim vier kilometer hoogte, ben je alleen bezig met die ene sprong. Je kunt niet denken aan wat er gisteren in de praktijk is gebeurd of wat je morgen moet doen. Je leeft puur in het moment. En dan spring je, waarna je valt en versnelt, om met 200 kilometer per uur naar de grond te razen. Dat gevoel is met niets te vergelijken." •



De ultieme kick