

Augustijn

Het tijdschrift van de afdeling Huisartsgeneeskunde • Erasmus MC

Arts in Grieks
vluchtelingenkamp

Andere gewoonten en nieuwe
kansen ten tijde van corona

Vertrouwenspersonen voor
aios en huisartsopleider

Coassistenten maken
nuttige wijkscans

Creatieve invulling

Het blijven voorlopig nog andere (corona)tijden. Helaas. De tweede golf heeft het land te pakken gekregen. De impact op onze samenleving is groot. Er zijn gelukkig lichtpunten aan de horizon. Het aantal infecties daalt gestaag en de berichtgeving over effectieve vaccins is hoopvol. Toch zal dat nog niet genoeg verlichting geven voor de donkere dagen aan het eind van dit jaar. De feestdagen deze maand vragen om een creatieve invulling.

De coronatijd vraagt ook om een creatieve invulling bij het onderwijs, de opleidingen en het onderzoek. Veel van ons onderwijs gaat momenteel online en dat biedt ook weer nieuwe mogelijkheden. Toegegeven, studenten, ai's en de docenten missen de interactie die bij fysieke aanwezigheid meer vanzelfsprekend gaat. Is al het onderwijs online? Nee, zeker niet. Probeer maar eens het lichamelijke onderzoek of acute zorg via het beeldscherm aan te leren. In deze Augustijn berichten wij hier uitgebreid over.

Stel, in 2021 mag er weer meer. Hoe gaan we dan de goede aspecten van online lesgeven integreren met het 'oude' normaal? Wat kan prima via het scherm en waarbij is aanwezigheid het beste? Het zou zomaar kunnen dat het beter en efficiënter gaat worden.

De onderzoeksgroep is nauw betrokken bij het onderzoek naar het coronavirus in het rioolwater. Hoe verhoudt dit zich tot het aantal geïnfecteerde mensen in een wijk? Een mooi voorbeeld van hoe 'onderwereld en bovenwereld' samenkomen. Evelien de Schepper vertelt erover.

Wie had vorig jaar om deze tijd gedacht dat wij foto's met mondkapjes in de Augustijn als heel normaal zouden zien?

Ondanks alle beperkingen wens ik u heel prettige feestdagen.

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, Hilversum

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 Dashboard voor aios

Het aios-dashboard is een platform dat inzichtelijk maakt welke patiënten en ziektebeelden een aios ziet en niet ziet tijdens zijn opleidingsperiode in de huisartspraktijk en welke verrichtingen hij daarbij uitvoert.



9 Scan van de wijk

Wilt u me voor een interview in contact brengen met een patiënt die representatief is voor deze wijk en praktijk? Iedere opleider van coassistenten heeft de vraag al van een student gekregen of kan deze verwachten. Het levert een nuttige wijkscan op.



10-14 Inspelen op coronatijd

Wat betekent coronatijd voor de opleiding, het onderwijs en onderzoek van de afdeling Huisartsgeneeskunde? Lees onder meer over studies naar rioolwater en zorgmijding.



16 Vertrouwenspersonen

De afdeling Huisartsgeneeskunde heeft sinds dit jaar twee nieuwe vertrouwenspersonen: Nelly de Ruijter-van Sighem en Niek Wisse. "We zijn er voor alle aios en huisartsopleiders die vertrouwelijk over een probleem willen praten."



18 Kaderhuisartsen bewegingsapparaat



Hardnekkige problemen aan bijvoorbeeld schouder, pols of knie: huisartsen in de regio Rotterdam-Rijnmond kunnen patiënten met klachten aan het bewegingsapparaat voortaan insturen voor een consult bij Eerstelijnsplus.

19 Kinderziekten

Een van de onderzoekslijnen binnen de afdeling Huisartsgeneeskunde is 'Kinderziekten in de huisartspraktijk'. Een verhaal over studies naar hooikoorts, astma en eczeem.



VERDER...

4 Kort Nieuws

Gevolgen zorg op afstand * Nieuw: Artrose Gezond * Patiëntenstroom spreiden * Beste behandeling aanhoudende schouderklachten * Huisartsentekort Zeeland * Gevraagd: huisartsopleiders en opleiders coassistenten

8 Onder de loep

Soms is het nuttig uit de waan van de dag te stappen en de balans op te maken. De onderzoekstak van de afdeling Huisartsgeneeskunde heeft dit gedaan met het oog op de visitatie door een SEP-commissie eind oktober.

15 Vluchtelingen

Ruim twee maanden werkte Brigitte Augustijn (33) op Lesbos als arts van vluchtelingen. Een intense en bijzondere periode. "Een patiënt zei: u maakt dat ik me weer mens voel."

20 Volg de steen

Maandagavond is beeldhouwavond voor huisarts Claasje van der Zwet. "Ik laat me leiden door de steen." Over marmer, veel geduld en risico's nemen.



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 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).

Nieuw: Artrose Gezond



Bijna een op de tien inwoners van de regio Rijnmond heeft artrose. Zij kunnen sinds kort terecht op www.artrosegezond.nl.

artrosegezond.nl. Artrose Gezond, een initiatief van de afdeling Huisartsgeneeskunde, is een platform waar mensen met artrose centraal staan.

Artrose Gezond brengt mensen met artrose, onderzoekers en behandelaren met elkaar in contact en deelt behandelmogelijkheden, adviezen en oefeningen. Via het platform kunnen patiënten:

- informatie en adviezen vinden op basis van wetenschappelijk onderzoek;
- thuis aan de slag gaan met de oefeningen;
- tijdens bijeenkomsten meedenken en -beslissen over onderzoek;



- andere mensen met artrose, onderzoekers en behandelaren ontmoeten en ervaringen uitwisselen tijdens bijeenkomsten;
- meedoen aan onderzoek.

Artrose Gezond is een idee van Sita Bierma-Zeinstra, hoogleraar artrose en aanverwante aandoeningen. Zij zegt: "De onderzoekssectie van de afdeling Huisartsgeneeskunde van het Erasmus MC doet al ruim vijftien jaar wetenschappelijk onderzoek om de artrosezorg te verbeteren. Via Artrose Gezond willen wij nog beter in contact staan met mensen met artrose. Zo kunnen wij hen op de hoogte brengen van behandelmogelijkheden, adviezen en oefeningen op basis van onderzoek én zo kunnen wij ons onderzoek beter afstemmen op hun behoeften."

In een mediakit vindt u middelen om patiënten te attenderen op de kansen: <https://artrosegezond.nl/wp-content/uploads/2020/05/Mediakit.zip>. Meer informatie: Dieuwke Schiphof, d.schiphof@erasmusmc.nl.

Gevolgen zorg op afstand



Zorg op afstand heeft een hoge vlucht genomen na de uitbraak van de coronapandemie. Ineens waren huisartsen en patiënten bijvoorbeeld volop met elkaar aan het beeldbellen in plaats van dat ze elkaar ontmoetten in de spreekkamer.

Welke invloed heeft virtuele gezondheidszorg op de gezondheid en zelfredzaamheid van kwetsbare groepen in Rotterdamse achterstandswijken? Dat is de belangrijkste onderzoeksvraag die de afdeling Huisartsgeneeskunde samen met onder meer Erasmus School of Social and Behavioural Sciences probeert te beantwoorden. De onderzoekers interviewen huisartsen en patiënten. Ze baseren zich ook op de Rijnmond Gezond database. De studie is mogelijk dankzij subsidie van ZonMw.

Huisartsentekort Zeeland



De huisartsopleiding van het Erasmus MC wil een belangrijke rol spelen bij het tegengaan van het dreigende huisartsentekort in de provincie Zeeland. Berichtgeving vanuit het ministerie van VWS en een aantal media eerder dit jaar heeft wellicht de indruk gewekt dat meteen een huisartsopleiding of dependance gestart kan worden. Op dit moment zijn we nog niet zo ver.

De afdeling Huisartsgeneeskunde juicht het toe dat de landelijke overheid het huisartsentekort in Zeeland serieus neemt. De huisartsopleiding Rotterdam zal zich inspannen om meer huisartsen in Zeeland op te leiden, maar kan momenteel nog geen volledige groep van tien tot twaalf aios laten beginnen in de provincie. De belangrijkste redenen: het beperkte aantal beschikbare eerste- en derdejaars-opleiders en tweedejaarsstageplaatsen en de selectievoorkeur van de nieuwe huisartsen in opleiding.

Wel doet het Erasmus MC in samenwerking met Huisartsopleiding Nederland een tweejarige pilot waarbinnen twee keer per jaar vier aios hun volledige opleiding in Zeeland kunnen volgen. De eerste groep is van start gegaan in september. Deze aios krijgen hun terugkomdagonderwijs overwegend in Rotterdam, maar ook incidenteel in Zeeland. De Zeeuwse huisartsenorganisaties en het management van de Rotterdamse opleiding stemmen ook andere mogelijkheden af en bekijken welke voorwaarden nodig zijn om meer opleidingsplaatsen in Zeeland te verwezenlijken.

Patiëntenstroom spreiden



Spreid in de huisartsenpraktijk de verschillende soorten contactmomenten van de verschillende zorgverleners over de dag. Ontvang op die manier een constanter, maar kleiner aantal patiënten.

Dit is een aanbeveling van twee studenten Industrieel Ontwerpen van de TU Delft, Emma Clarijs en Nina van der Klauw. Zij hebben gedurende de zomervakantieperiode een kort onderzoek gedaan om mee te denken over hoe huisartsenpraktijken optimaal kunnen blijven functioneren in de anderhalvemetersamenleving.

In de indeling van veel huisartsenpraktijken zijn er twee perioden per dag waarop veel patiënten de praktijk bezoeken en één periode waarop er niemand is. Het onderzoeksrapport geeft opties om flexibeler om te gaan met de indeling van spreekuren van zowel huisartsen als assistentes. Een voorbeeld is om de spreekuren beter over de dag te spreiden dan nu gebeurt of tussendoor vaker telefonische afspraken in te plannen. Ook een schema waarin de ene huisarts fysieke consulten doet en een collega op hetzelfde moment huisbezoeken aflegt, kan eraan bijdragen dat minder patiënten tegelijk in de praktijk zijn.

De afdeling Huisartsgeneeskunde heeft voor dit onderzoek samengewerkt met het specialisme Medisign van TU Delft, de studenten en hun begeleider: Armagan Albayrak.

Beste behandeling aanhoudende schouderklachten

De afdeling Huisartsgeneeskunde zoekt huisartsen die willen meedoen aan de SIX Schouder Studie. In dit onderzoek wordt de (kosten)-effectiviteit van een corticosteroïdinjectie vergeleken met oefentherapie voor de behandeling van aanhoudende schouderklachten.

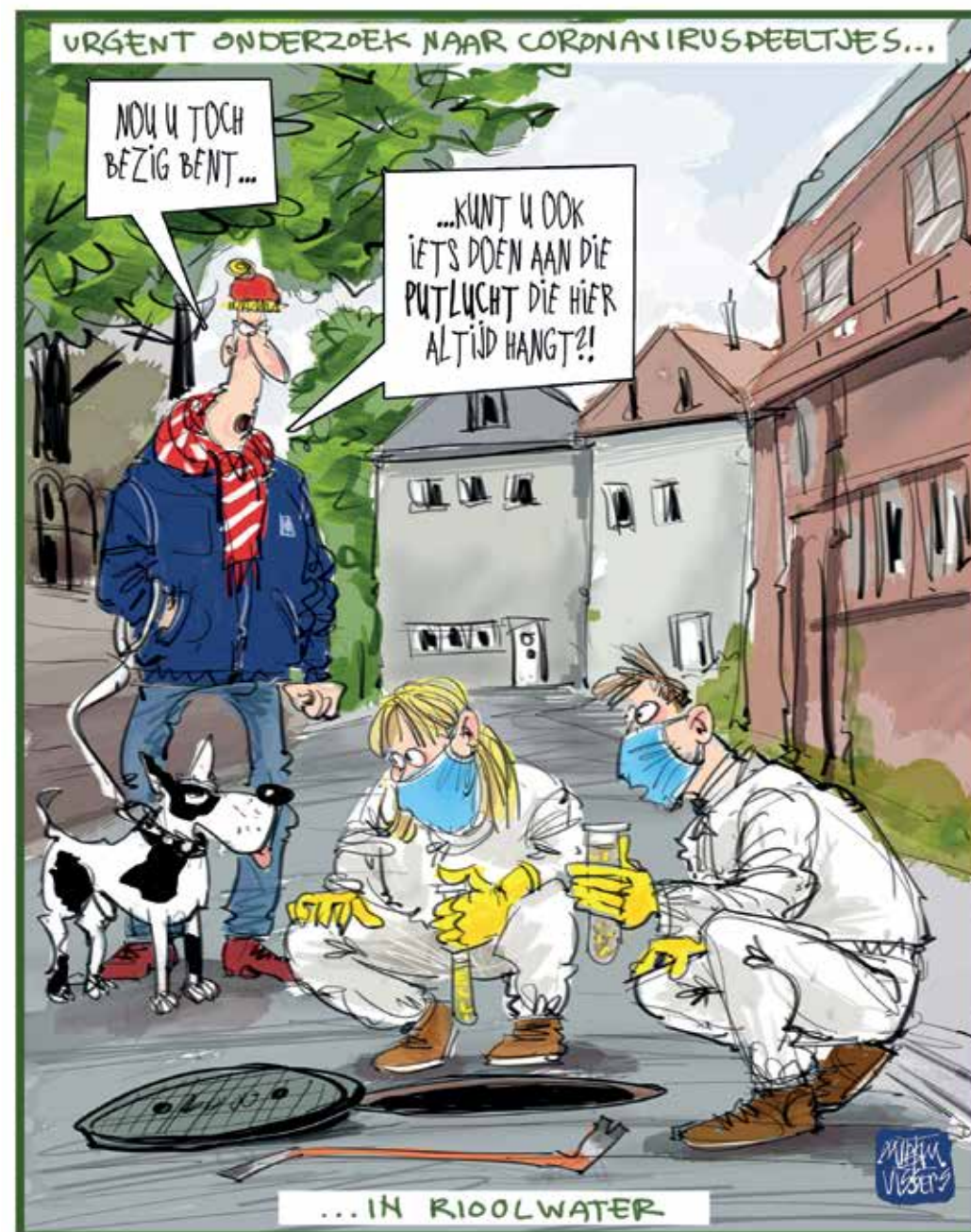
De NHG-standaard Schouderklachten raadt beide behandelingen aan, maar het is nog onbekend welke het best werkt en wat de effecten zijn op de lange termijn. De SIX Schouder Studie heeft als insteek hierin meer inzicht te geven, zodat u als huisarts een wetenschappelijk onderbouwde keuze kunt maken.



Schouder Studie

www.sixstudie.nl

Bent u huisarts in de regio Rotterdam en omstreken en wilt u meedoen aan dit onderzoek of meer informatie ontvangen? Neem dan contact op via sixstudie@erasmusmc.nl of kijk op www.sixstudie.nl.



Dashboard voor aios

Zicht op geleverde zorg

Het aios-dashboard is een platform dat inzichtelijk maakt welke patiënten en ziektebeelden een aios ziet en niet ziet tijdens zijn opleidingsperiode in de huisartspraktijk en welke verrichtingen hij daarbij uitvoert. Het is zowel voor de opleider als de aios een goed hulpmiddel om lacunes vast te stellen.

In maart is een pilotgroep van huisartsopleiders in de regio Rotterdam gestart met het aios-dashboard. Sinds september is het beschikbaar voor alle huisartsopleiders van het Erasmus MC. Met het aios-dashboard kunnen opleider en aios onder meer op ICPC-code zoeken en kijken naar de top-twintig van diagnoses die het meest gezien zijn. Geert Lagerwerf, huisarts en docent bij de afdeling Huisartsgeneeskunde van het Erasmus MC: “Het dashboard levert veel informatie op. Het maakt inzichtelijk welke patiëntenstroom een aios ziet. Je kunt bijvoorbeeld constateren dat een aios maar weinig patiënten met hart- en vaatziekten op zijn spreekuur krijgt. Of dat deze aios helemaal geen kinderen beoordeeld heeft. De exposure is dan scheef en de assistent van de praktijk kan hier rekening mee houden bij het inplannen van toekomstige consulten bij de aios.”

Juist in tijden van corona kan het dashboard handig zijn, omdat bezoeken aan de huisarts anders verlopen dan normaal en aios mogelijk een minder gevarieerd aanbod krijgen.

Doelen verfijnen

Het aios-dashboard geeft een mooi overzicht, waarbij ook vergelijkingen mogelijk zijn. Lagerwerf: “Je kunt zien welke diagnoses jouw aios stelt en welke patiënten hij ziet in vergelijking met jezelf als opleider en met andere aios in dezelfde opleidingsfase – lokaal én landelijk. Het is leerzaam om die

informatie te bestuderen. Ik zag bijvoorbeeld laatst dat bij één aios relatief vaak de ICPC-code ‘geen diagnose gesteld’ voorkwam. Dan kun je samen nagaan: hoe komt dat? Mist hij misschien bepaalde basiskennis in het registreren of in het stellen van diagnoses? En als je als opleider merkt dat een aios een bepaalde diagnose niet goed stelt, dan kun je in het dashboard terugzoeken of hij patiënten met die diagnose eigenlijk wel vaak genoeg gezien heeft.” De aios kan het dashboard zelfstandig raadplegen, maar het kan ook ingezet worden bij leer- of voortgangsgesprekken.

Het dashboard is niet bedoeld om aios op af te rekenen, benadrukt Lisette Dijkink, onderwijscoördinator bij de afdeling Huisartsgeneeskunde. “Het is een hulpmiddel om het leren gemakkelijker te maken en je doelen te verfijnen. Het is geen beoordelingstool.”

Gekoppeld aan HIS

Het aios-dashboard is gekoppeld aan het informatiesysteem van de huisarts en gebruikt de technologie (VIPlive van Calculus) die ook wordt toegepast voor benchmarking in de ketenzorg. Je kunt op het platform niet alleen zoeken op diagnose, maar ook op verrichtingen als injecties of kleine chirurgie. Of op hoofdstuk, zoals hart- en vaatziekten. Tot slot is de informatie in het dashboard gegroepeerd in landelijke opleidingsthema's, bijvoorbeeld spoedzorg of zorg voor het jonge kind. Onlangs is ook het thema COVID-19 toegevoegd. “De techno-

logie achter het dashboard biedt gelukkig ruimte om in te spelen op de actualiteit”, zegt Lagerwerf. Alle gegevens uit het huisartsinformatiesysteem worden geanonimiseerd in het dashboard weergegeven. Lagerwerf: “Ikzelf leer als huisarts veel van de benchmarking die we doen met de zorggroep: we vergelijken de zorg die we leveren en leren zo van elkaar. Idealiter staat een aios daar ook voor open.”

‘Je kunt jezelf vergelijken met je opleider en andere aios’

Verbinden met onderwijs

“We willen met het aios-dashboard graag een verbinding maken tussen de leerwerkplek en de terugkomdag voor aios”, zegt Dijkink. “We denken er nu over na hoe we dat het best kunnen vormgeven. Het idee is dat aios van tevoren in het aios-dashboard bekijken waar ze staan en zo leervragen formuleren voor tijdens de terugkomdag. Dat maakt de verbinding tussen praktijk en onderwijs sterker in de toekomst.”

“Het dashboard kan ook van nut zijn bij het plannen van de opleiding en het kiezen van de volgende opleidingsperiode in de huisartspraktijk”, zegt Lagerwerf. “De aios kan aan het eind van het eerste jaar in het aios-dashboard terugzien welke thema's of patiëntengroepen hij eventueel gemist heeft. Wellicht zat hij in een praktijk met veel ouderen en weinig jonge gezinnen. Hij kan dan helder maken waarmee in de volgende periode rekening gehouden kan worden. Je kunt een leerplan voor jezelf maken en je opleider kan daarbij helpen.”

Meer deelnemers

Hoe bevalt het aios-dashboard tot nu toe? “We staan nog aan het begin”, zegt Dijkink. “Het gaat pas echt goed werken als veel aios en opleiders ermee werken en de database gevuld raakt met vergelijkingsmateriaal. Samen met de docenten is het nu onze taak om de opleiders enthousiast te maken en te laten aansluiten. Want het is nu eenmaal zo: als je iets niet kent, dan weet je niet wat je mist! Als opleiders dat willen, melden zij zich bij het opleiderssecretariaat aan en dan zorgen wij ervoor dat ze toegang tot het dashboard krijgen. Ze moeten daarvoor wel toestemming geven. We proberen het ze zo gemakkelijk mogelijk te maken.”

Aios zijn het dashboard nog niet vaak tegengekomen. “Het moet nog landen”, aldus Lagerwerf. “We gaan ze er nu vanaf hun eerste jaar mee confronteren. Zo hopen we ze mee te krijgen.”

Het Amsterdam UMC (locatie AMC) en het Radboudumc gebruiken het aios-dashboard al langer. “Met hen overleggen we regelmatig”, vertelt Dijkink. “We leren van elkaar. Met steun van Huisartsopleiding Nederland, die het aios-dashboard heeft geïnitieerd.”

Het aios-dashboard kan van aios betere huisartsen maken. Dijkink: “Omdat het inzicht geeft in de zorg die je geleverd hebt en omdat het je gemakkelijker maakt om te reflecteren op wat je doet. Dat geeft verdieping aan je opleiding.” Lagerwerf: “Daarbij kun je jezelf vergelijken met je opleider en met anderen. Dat is een verrijking.”

Interesse? Stuur een e-mail naar huisartsopleiders@erasmusmc.nl en vraag naar het aios-dashboard. De projectgroep zorgt er dan voor dat de aansluiting wordt geregeld. •





Balans opgemaakt

Terugblik met trots

Samenwerking met 92 dokters in het academisch huisartsennetwerk Primeur. 108 publicaties in wetenschappelijke tijdschriften in 2018. 36 proefschriften in de periode 2012-2018. De recente evaluatie van de onderzoeksactiviteiten binnen de afdeling Huisartsgeneeskunde staat bol van dit soort feitjes.

Soms is het nuttig even uit de waan van de dag te stappen en de balans op te maken. De onderzoekstak van de afdeling Huisartsgeneeskunde heeft dit gedaan met het oog op de visitatie door een SEP-commissie eind oktober.

“Ik moet zeggen dat de evaluatie ons een gevoel van trots gaf”, zegt hoogleraar Onderzoek Bart Koes. “Wat een productie hebben we sinds 2012 weten te realiseren. Wat een hoeveelheid werk is er verzet. Dat is ook voor een belangrijk deel te danken aan huisartsen en hun patiënten. Aan sommige onderzoekstrajecten hebben ruim honderd dokters meegedaan. Het heeft mooie resultaten opgeleverd, resultaten die van belang zijn voor de gezondheidszorg.”

Wat doet een SEP-commissie?

Koes: “Al het universitair-medisch onderzoek in ons land hoort eens in de zes à zeven jaar te worden beoordeeld volgens het Standard Evaluation Protocol (SEP). Bijvoorbeeld: wat is de kwantiteit, wat is de kwaliteit en hoe is de afdeling georganiseerd? De gevisiteerde onderzoeksafdelingen formeren zelf de SEP-commissie, een internationaal gezelschap. In het najaar was het Erasmus MC-thema Gezondheidswetenschappen aan de beurt. Dit bestaat uit de afdelingen Epidemiologie, Medische Informatica, Maatschappelijke Gezondheidszorg en Huisartsgeneeskunde. Gezien corona is de visitatie digitaal verlopen. De commissie rapporteert aan het eind van het jaar aan de decaan.”

Hoe komt de commissie tot haar bevindingen over het huisartsgeneeskundig onderzoek?

“Voor een flink deel op basis van onze zelfevaluatie. Die liep eerst van 2013 tot 2018, maar toen de visitatie in maart 2020 werd uitgesteld vanwege corona, hebben we een addendum over 2019 geschreven. Verder hebben de commissieleden eind oktober gesproken met het management, presentaties over onderzoekslijnen gekregen van projectleiders en over projecten van gedachten gewisseld met promovendi.”

Hoe zou je het onderzoek van de afdeling in een notendop weergeven?

“We hebben drie onderzoekslijnen: bewegingsapparaat, kinderen en geneeskunde voor verstandelijk gehandicapten. Wij zijn heel trots op Primeur, ons academisch netwerk van huisartsenpraktijken,

waarbij dient te worden aangetekend dat we via nog veel meer huisartsen patiënten includeren en data verzamelen. Verder hebben we relatief veel aiotho's: aios die de huisartsenopleiding combineren met een promotietraject. Daarvan zijn er nu ongeveer twintig. Opvallend is ook onze internationale profilering. Niet alleen werken we samen met buitenlandse onderzoeksinstituten en worden we gevraagd om mee te doen aan internationale projecten, ook hebben steeds meer onderzoekers en arts-onderzoekers uit andere landen ons weten te vinden in de afgelopen jaren. Dat geeft extra dynamiek: deze onderzoekers hebben vaak net een wat ander zicht op bepaalde problematiek dan wij en verrichten net weer iets anders onderzoek. Dat leidt tot een bredere oriëntatie op het onderzoeksveld.”

Wat is jouw eerste associatie bij de visitatie?

“Nuttig en leerzaam. Als afdeling maken wij keuzes en hebben we een overtuiging: dit zijn onze onderzoekslijnen, we zijn van mening dat het goed loopt en willen dan ook doorgaan op deze weg. De visitatie is een moment om dit te laten toetsen door een extern en deskundig panel. Wat vinden buitenstaanders van onze werkzaamheden en resultaten? Zijn er verbeterpunten? En wat zijn de argumenten van de commissie? We zijn dan ook benieuwd naar de feedback.” •

Eerste reactie positief

Bij het ter perse gaan van Augustijn was het officiële rapport van de SEP-commissie nog niet gereed. Wel gaven de leden kort na de visitatie mondelinge feedback aan de vier betrokken afdelingen. Die was veelal lovend. Voor de afdeling Huisartsgeneeskunde werden onder meer expliciet genoemd: het academisch huisartsennetwerk Primeur, het nieuwe initiatief Artrose Gezond (zie pagina 4) en de sterke resultaten van de relatief jonge onderzoeksgroep ‘Mensen met een verstandelijke beperking (GVG)’.

Nuttige opdracht coassistenten

Scan van de wijk

Wilt u me voor een interview in contact brengen met een patiënt die representatief is voor deze wijk en praktijk? Iedere opleider van coassistenten heeft de vraag al van een student gekregen of kan deze verwachten. Het levert een nuttige wijkscan op.

In Lekkerkerk beweegt de jeugd onvoldoende. In de wijk Feijenoord roken bovengemiddeld veel bewoners. En in de binnenstad van Gouda is eenzaamheid onder ouderen een probleem. Zie hier voorbeelden van resultaten die zijn voortgevloeid uit zogeheten wijkscans. Zo'n scan is een

opdracht aan studenten die hun coschappen huisartsgeneeskunde en sociale geneeskunde lopen. Het is een samenwerking met de afdeling Maatschappelijke Gezondheidszorg (MGZ). De voordelen? "De huisarts krijgt na gedegen uitzoekwerk een goede beschrijving van zijn wijk",

zegt Gijs Elshout, hoofd studentenonderwijs van de afdeling Huisartsgeneeskunde. "Wat zijn de problemen, wat zijn de voorzieningen en hoe kan ik die eventueel verder optimaliseren en benutten?" Ed van Beeck, universitair hoofddocent van de afdeling MGZ, vult aan: "Het pluspunt voor studenten is dat zij leren hoe belangrijk het is om de context van de patiënt mee te nemen wanneer ze kijken naar ziekte, behandeling en preventie." Elshout: "En voor patiënten is op korte termijn het voordeel dat interventies kunnen worden ingevoerd nadat de situatie in een wijk in kaart is gebracht. Bijvoorbeeld: u heeft nog geen schuld-hulpverlening, laten we die erbij betrekken. Voor de langere termijn leveren de wijkscans informatie op voor beleidsverandering." Van Beeck: "Denk aan Feijenoord, waar de hoge prevalentie van COPD niet alleen samenhangt met roken, maar ook met de slechte luchtkwaliteit."

duur kunnen bijdragen aan betere zorg. "Het is fijn als je meer gedetailleerd weet hoe een wijk in elkaar zit en wat veelvoorkomende problematiek is. Ikzelf weet soms van iemand niet welke van de vele thuiszorginstanties in de wijk erbij betrokken is, welke indicatie het CIZ heeft gegeven en of de begeleiding volledig aansluit bij deze indicatie én de behoeften van de patiënt."

'Sommige problemen zijn niet op te lossen op individueel niveau'

Van Beeck: "De studenten krijgen ook de opdracht de sociale kaart van de wijk in beeld te brengen. Dat is nuttig voor de huisarts, want de sociale kaart verschilt per wijk of gemeente. Soms is er veel overlap, soms zijn er lacunes. Een huisarts komt er in praktijk meestal niet aan toe dit beeld volledig te creëren. Naar wie in het sociale domein kun je bijvoorbeeld een patiënt verwijzen van wie de klachten mede worden veroorzaakt door eenzaamheid?"

Milieuzones afgeschaft

Veel studenten tonen zich enthousiast, zegt Van Beeck. "Natuurlijk, tijdens de extramurale coschappen in het kader van huisartsgeneeskunde en sociale geneeskunde leren ze al om breder te kijken dan naar de patiënt en ziekte alléén. Maar door een wijk te bestuderen, ervaren ze ook dat er groepsproblemen bestaan die je vaak niet individueel kunt oplossen. COPD-zorg blijft bij wijze van spreken pappen en nathouden zolang die luchtkwaliteit niet verbetert. Daarover ontstaan interessante discussies, zoals: waarom heeft de gemeente Rotterdam de milieuzones voor dieselauto's afgeschaft? En wat is nodig om deze maatregel ongedaan te maken?" En de patiënten? Hoe denken zij over de interviews? Van Beeck: "Zij vinden het leuk om te vertellen over hun ervaringen in de wijk, of die nu positief zijn of negatief." •

Afval op straat

Sinds de zomer van 2019 maken groepen van zes geneeskundestudenten een scan van een wijk. Eén of twee vragen er aan een opleider van coassistenten een inwoner aan te wijzen die exemplarisch is voor de wijk en praktijk. Zij gaan deze patiënt interviewen. Andere studenten verdiepen zich bijvoorbeeld in de sociaal-demografische gegevens van de wijk. Of ze laten zich bijpraten door een huisarts of praktijkondersteuner die er al decennia werkzaam is. Directe observaties maken soms ook deel uit van de scan: ligt er in de wijk bijvoorbeeld veel afval op straat? Elshout, zelf huisarts in Vlaardingen, zegt dat dokters dankzij de wijkscan op den





PKV-onderwijs & corona

Inspirerende tijd

Hoe ga je geneeskundestudenten coronaproof aanleren op welke manier ze lichamelijk onderzoek moeten uitvoeren? Dat was een van de grote uitdagingen binnen het PKV-onderwijs in coronatijd. “We hebben vooral gekeken wat wél mogelijk is.”

Binnen de bachelor- en masterfase van de opleiding Geneeskunde verzorgt de afdeling Huisartsgeneeskunde het Practicum Klinische Vaardigheden (PKV). Dit is gericht op het aanleren van het medisch consult bestaande uit anamnese, lichamelijk onderzoek en verslaglegging. “Bij al ons onderwijs zijn studenten normaal gesproken fysiek aanwezig. Door de lockdown in maart moesten we in korte tijd een alternatief verzinnen”, aldus Jurgen Damen, hoofd Practicum Klinische Vaardigheden. “Er was direct een enorme saamhorigheid. Studenten, docenten, simulatiepatiënten, onderwijskundigen, roosteraars, de examencommissie: iedereen was flexibel en gemotiveerd om het onderwijs voor elkaar te krijgen. We hebben vooral gekeken wat wél mogelijk is. Ik heb het als een heel inspirerende tijd ervaren.”

Beeldconsult

De anamneselessen konden binnen tweeënhalve week volledig online worden aangeboden. “Voor docenten was het in het begin even zoeken. Hoe houd je de hele groep online betrokken? En hoe kun je jouw onderwijsstijl digitaliseren, zodat je dezelfde lesopbrengst hebt?”, aldus Damen, die ook een voordeel ontdekte. “Online kun je in sommige werkvormen meer individuele aandacht besteden aan studenten. Als docent kun je studenten na elkaar een oefening laten doen, waarbij je indivi-

duële feedback geeft. Intussen kunnen de overige studenten zelf door met hun andere taken. Zulk één-op-één-onderwijs zou normaal gesproken heel inefficiënt en logistiek lastig zijn, maar online is het eenvoudiger te organiseren.” Ook het oefenen met simulatiepatiënten werd omgebouwd naar een online setting. “Daar hebben we een e-consult of een belconsult van gemaakt”, blikt Damen terug. “In sommige gevallen was het nog best een uitdaging, maar zelfs onze meest seniore simulatiepatiënten zijn online aangesloten. En met plezier. Ik kan me voorstellen dat we in de toekomst tijdens een fysieke les vaker een simulatiepatiënt voor een kortere periode online laten meedoen. Een e-consult kan heel efficiënt zijn.” Bovendien sluit het aan bij de e-health-ontwikkelingen binnen de geneeskunde. “Een beeldconsult is een goede aanvulling op de praktijk. Daarom is het goed dat studenten hier in de opleiding al mee te maken krijgen. Dankzij corona lopen we ineens een enorme stap voor in de ontwikkeling van e-health.”

Onderzoek met masker

Een ander belangrijk PKV-onderdeel is het onderzoek in lichamelijk onderzoek. “Dit kun je niet online doen, dus tijdens de lockdown lag dit onderwijs tijdelijk stil.” Die tijd werd door de onderwijsstaf nuttig gebruikt, aldus Damen. “We waren al bezig met de ontwikkeling van e-learnings. Door corona is

dit in een stroomversnelling geraakt, zodat de e-learnings inmiddels klaar zijn. Mocht er een nieuwe lockdown komen, dan hebben we die als back-up achter de hand.”

Het onderwijs in lichamelijk onderzoek werd in juni hervat. “Om te zorgen voor zo min mogelijk contactmomenten hebben we gekeken: hoe delen we het zo efficiënt mogelijk in? Voorheen startten we de les altijd met een introductie, bijvoorbeeld over het hart en hoe je het hartonderzoek uitvoert. Al die informatie delen we nu vooraf online, zodat studenten in de les meteen kunnen beginnen met het oefenen van het lichamelijk onderzoek. Dat is waar de tijd voor bedoeld is. Dat gaan we er zeker in houden, ook als corona achter de rug is.”

‘We lopen ineens een enorme stap voor’

Ook de leslocatie is gewijzigd. “Normaal gaven we dit onderwijs in één grote ruimte, waar studenten in tweetallen oefenen. Nu zijn de studenten verdeeld over meerdere ruimtes. Daardoor is er meer privacy, wat veel studenten prettig vinden. Lichamelijk onderzoek oefenen doe je namelijk meestal in je ondergoed.” Doordat het onderwijs in meerdere ruimtes plaatsvindt, heeft de docent niet één maar veelal twee student-assistenten. Dit betekent dat er meer onderwijs door studenten wordt gegeven. “Een mooie ontwikkeling”, vindt Damen. “Uit onderzoek blijkt namelijk dat er een grotere kennisoverdracht is tussen studenten onderling. Dat is een meerwaarde voor het leerproces.” Tijdens het lichamelijk onderzoek is het dragen van een mondneusmasker verplicht. Vooral omdat de

anderhalvemeterrichtlijn niet volledig te waarborgen is. “Als je een patiënt onderzoekt met een mondneusmasker, kun je niet veel zeggen over neus of gebit. Ook kun je bepaalde handelingen niet uitvoeren die – net als in de kliniek – als risicovol worden gezien met het oog op een coronabesmetting. In de keel kijken met een keel spatel, dat doen we bijvoorbeeld niet zolang het virus nog niet onder controle is.”

Aandacht voor hiaten

Damen signaleert dat er meer zaken zijn die studenten op dit moment minder (goed) meekrijgen. “Bij het oefenen van de anamnese via een beeldconsult missen studenten de non-verbale communicatie; dat is lastig via een beeldscherm. En neem de derdejaarsstudenten, die normaal gesproken lichamelijk onderzoek oefenen op simulatiepatiënten. Deze patiënten, die voor een groot deel tot de risicogroep behoren voor COVID-19, laten we nu niet langskomen. In plaats daarvan oefenen studenten op elkaar, maar dat zijn veelal jonge, fitte mensen. Daardoor missen ze de variatie in lichamen en leeftijd. Het is belangrijk om in de gaten te houden: wat zijn door de coronamaatregelen de hiaten in ons onderwijs? En zijn bepaalde onderdelen belangrijk genoeg om later in te halen? Of zeggen we tegen studenten: dit hebben jullie gemist, zorg dat je in de praktijk ervaring opdoet. Daar denken we nu over na.” Tot slot: hoe zit het met de studievertraging? “Dat valt enorm mee”, aldus Damen. “Dat merkten we bij de verplichte anamnese-toets aan het eind van het eerste en derde jaar. Deze toets hebben we in juli volledig digitaal afgenomen en de docenten waren zeer te spreken over het niveau. Ja, met deze studenten gaat het goedkomen.” •

Nieuwe vragen in coronatijd

Uiterst urgent

Zelden zag de medische wetenschap zich voor zulke urgente onderzoeksvragen geplaatst als in coronatijd. De afdeling Huisartsgeneeskunde is ook de uitdaging aangegaan. Een interview over onder meer rioolwater en zorgmijding.

“Natuurlijk, we leven in een vervelende tijd. Maar voor onderzoekers is het ook een bijzondere tijd: een periode vol studies waarin bij wijze van spreken de hele maatschappij geïnteresseerd is en waarvan de uitkomst

sten direct nodig zijn.” Dat zegt Evelien de Schepper. Als coördinator van de [Rijnmond Gezond database](#), een project van de afdeling Huisartsgeneeskunde, is zij betrokken bij onderzoeken die in september van start zijn gegaan als reactie op COVID-19. De



Onderzoekersmedewerkers Toke Mulder (links) en Eline Hoogteijling (midden) halen ontlastingsmonsters op bij patiënten thuis. Rechts: Evelien de Schepper.

initiatiefnemers prijzen zich gelukkig met de – onontbeerlijke – deelname van huisartsen. In het oog springt bijvoorbeeld het onderzoek waarbinnen drie waarschuwingssystemen voor het virus worden gevalideerd. Dit gebeurt in Rotterdam-Ommoord, -Rozenburg en -Zuid, in de wijken Katendrecht en Feijenoord. De Schepper: “Wij hopen dat de uitkomsten bijdragen aan meer maatwerk rondom vroeg-detectie van COVID-19. Het is belangrijk om zo snel mogelijk te kunnen signaleren dat het aantal besmette mensen in een stad of wijk stijgt, zodat de overheid eventueel kan besluiten tot strengere maatregelen in een specifiek gebied.”

Rioolwater

Om welke waarschuwingssystemen gaat het? De Schepper, tevens universitair docent, zegt: “Wekelijks wordt drie keer het aantal COVID-19-deeltjes in het rioolwater gemeten. In elk onderzoeksgebied heeft KWR Water Research Institute hiervoor ondergronds een kastje geplaatst op de plek waar de stromen ontlastingswater samenkomen. De andere leidende partij in dit onderzoek, de afdeling Viroscience van het Erasmus MC, richt zich op het tweede waarschuwingssysteem: het testen van ontlastingsmonsters van inwoners die bij de GGD te horen hebben gekregen dat de uitslag van hun coronatest positief was. Op basis van de keel/neus-swab en ontlastingsmonsters kan worden vastgesteld hoeveel virusdeeltjes mensen uitscheiden via de ontlasting als ze besmet zijn met het coronavirus. Ook kan worden bepaald of de genetische informatie van de gevonden COVID-virussen overeenkomt met de virussen die in het riool gevonden worden. De grote huisartsencentra in de drie gebieden doen mee aan de studie: Gezondheidscentrum Ommoord, Huisartsenpraktijk Blankenburg in Rozenburg en de huisartsen van Stichting Gezond Op Zuid.”

De Rijnmond Gezond database is het derde waarschuwingssysteem waarvan de waarde wordt bestudeerd in dit door de Erasmus MC Foundation gefinancierde onderzoek. “We gaan terugkijken in de gegevens”, zegt de Schepper: “Hebben mensen in een bepaalde periode bijvoorbeeld vaker met

koorts- of hoestklachten de huisarts gebeld dan voorheen?” De onderzoekers hopen ook dat ze verbanden kunnen leggen tussen bevindingen uit de drie systemen. Dat moet helpen een verfijnder beeld te krijgen in een vroeg stadium van een corona-uitbraak in een gebied. De Schepper: “Nu weten we bijvoorbeeld bij een stijging van het aantal SARS-cov-2-virusdeeltjes in het rioolwater niet of dit wordt veroorzaakt door twee of twintig besmette personen. Het is nog onvoldoende bekend hoeveel SARS-cov-2 iemand in zijn ontlasting heeft.”

Zorgmijding

Wat is het effect van de coronapandemie op de huisartsenzorg? Heeft COVID-19 geleid tot minder bezoeken aan de huisarts, bijvoorbeeld door mensen die oncologische of cardiovasculaire zorg nodig hebben? De afdelingen Huisartsgeneeskunde en Epidemiologie gaan dit na in een onderzoek dat mogelijk is dankzij een ZonMw-subsidie. “We hebben drie gezichtspunten”, vertelt de Schepper. “Eén: in de Rijnmond Gezond database vergelijken we de geleverde zorg in de huisartspraktijk tijdens de pandemie met de geleverde zorg in de afgelopen jaren. Dezelfde analyses worden uitgevoerd in databases in Groningen, Nijmegen, Utrecht, Amsterdam en Maastricht. Twee: de afdeling Epidemiologie vraagt deelnemers aan het ERGO-bevolkingsonderzoek in Ommoord al sinds de lockdown vragenlijsten in te vullen. Zo komen we er bijvoorbeeld achter of een patiënt of de dokter de afspraak heeft afgezegd. Tot slot nemen we interviews af bij patiënten om nog dieper op de zaken in te gaan. Bijvoorbeeld waarom heeft u afgezegd? Was u bang om besmet te raken of voelde u zich niet welkom bij de dokter?” Het doel van dit onderzoek is “aangrijpingspunten vinden om patiëntgroepen beter te informeren”, zegt de Schepper. “Zijn er bijvoorbeeld risicogroepen die in coronatijd zorg mijden, terwijl ze dat niet zouden moeten doen? En hoe kunnen we hen het best benaderen? Moeten we uitleggen met welke klachten je niet moet thuisblijven? Of speelt er iets anders en moeten we werken aan een betere bereikbaarheid van zorg?” •



Unieke ervaringen aios

Nieuwe kansen

Corona brengt niet alleen kommer en kwel, maar ook bijzondere kansen. Zo hebben sommige aios tijdens de eerste piek beeldbellen geïmplementeerd in de praktijk waar zij worden opgeleid.

Stel je voor: je bent verantwoordelijk voor de opleiding van ruim 300 toekomstige huisartsen. De eerste- en derdejaars zijn vier dagen per week actief in een huisartsenpraktijk, terwijl de tweedejaars een klinische, chronische zorg- of ggz-stage lopen. Een dag in de week komen de aios naar het Erasmus MC voor terugkomdagonderwijs. Op

dit instituut ontvang je bovendien eens per maand hun huisartsopleiders voor workshops en om ervaringen uit te wisselen. Kortom, direct fysiek contact is een pijler onder je opleiding. En dan ineens wordt een lockdown afgekondigd. Daar sta je dan.

Veilig en verantwoord

“Net als iedereen werden we in maart overvallen door de nieuwe situatie”, zegt Ester Wesseling, plaatsvervangend hoofd van de huisartsopleiding. “We hebben een week de tijd genomen om het onderwijs te resetten. Daarna kon vrijwel alles naadloos doorgaan: digitaal. Ja, dat is een belangrijke les van deze tijd, dat digitaal onderwijs zo slecht nog niet is. Aios hebben ons gecompimenteerd met de continuïteit én de kwaliteit die we op deze wijze weten te bieden. Ons uitgangspunt is vanaf het begin geweest: fysiek als het veilig en verantwoord is en digitaal als het niet anders kan. Om veilig, op anderhalve meter afstand, fysiek onderwijs te kunnen geven, hebben wij het Podium aan de Maas erbij gehuurd als onderwijsruimte. De reden: in het Erasmus MC zijn niet altijd grote en dus veilige ruimten beschikbaar voor groepen van twaalf. Bovendien was tijdens de eerste golf een coronacoördinatiecentrum gevestigd in het Erasmus MC.” Wesseling glimlacht om een redenering in die beginperiode: “Wij hebben vakdocenten, werkzaam in alle delen van het land, die normaal gesproken naar Rotterdam komen om hun expertise met aios te delen tijdens het terugkomdagonderwijs. Een aantal van hen zei: ‘Ach, met een beetje geluk duurt deze situatie een maandje en kunnen we het fysieke onderwijs daarna oppakken. Ik zie daarom af van die paar weken digitaal onderwijs.’ Dat is uiteindelijk toch iets anders gelopen... Inmiddels verzorgen ze allemaal digitaal onderwijs. In de tussentijd hebben huisartsdocenten de honneurs waargenomen.”

Meteen verder

En de maandelijkse digitale bijeenkomst van de huisartsopleiders? Hoe bevalt die? Wesseling: “Velen vinden het fijn dat dat ze geen tijd kwijt zijn aan reizen. De opkomst bij de workshops is dan ook hoger dan voorheen. Huisartsopleiders loggen in

vanaf hun praktijk, en na anderhalf uur kunnen ze meteen verder met hun spreekuur. We zijn dan ook aan het nadenken of sommige tijdelijke oplossingen een structureel karakter gaan krijgen. Onderwijs aan aios over wetenschap of praktijkmanagement bijvoorbeeld blijken online prima te gaan. Maar we zien digitaal onderwijs vooral als aanvulling op fysiek onderwijs. In het reflectieonderwijs mis je nu toch het werkelijke persoonlijke contact. Ik kan me voorstellen dat we elkaar in de toekomst maandelijks minstens een of twee keer blijven ontmoeten in plaats van vier keer.”

Uitzendbureau

Hebben aios kennishiaten opgelopen tijdens hun werk in de zorgpraktijk? Wesseling: “Ik zou willen zeggen: er zijn nieuwe kansen ontstaan en benut. Zo heeft de afdeling Huisartsgeneeskunde een soort uitzendbureau opgezet voor aios. Een goed initiatief, want in de huisartsenpraktijken waren er tijdelijk minder patiëntcontacten. Via het uitzendbureau gingen bijvoorbeeld aios aan de slag op een SEH. Zij vervingen SEH-artsen die werden ingezet voor coronazorg op de IC. En in de aios-groep die ik heb gedraaid in het afgelopen jaar, hebben aios digitalisering geïmplementeerd in de praktijken waar ze werkten. Ze schoolden bijvoorbeeld doktersassistenten in beeldbellen en stelden samen met de praktijkmanager een protocol hiervoor op. Het zijn unieke ervaringen: *dit* is zorg in Nederland tijdens een pandemie en *dit* is nodig.”

Opschalen

Het interview met Wesseling wordt medio oktober afgenomen. Ze zegt: “Ik ga ervan uit dat de huidige situatie nog steeds actueel zal zijn aan het eind van het jaar. Wij hebben in elk geval het onderwijs tot eind november georganiseerd op de huidige wijze: vrijwel alles digitaal. Aios komen nu, tijdens de tweede COVID-19-golf, alleen bij elkaar voor het vaardighedenonderwijs. Op het moment dat we mogen opschalen, zullen het communicatie- en persoonsvormend onderwijs en Leren van ervaringen als eerste geleidelijk worden uitgebreid naar fysiek onderwijs.” •



Online ook goede optie

Van Teams tot talkshow

De coronacrisis heeft grote impact op het hoger onderwijs. Dat geldt ook voor het onderwijs huisartsgeneeskunde in het geneeskundecurriculum. Welke vernieuwingen zijn daar inmiddels doorgevoerd? “Onze talkshows voor bachelor-studenten worden goed gewaardeerd.”

“In maart volgden de maatregelen om het coronavirus in te dammen elkaar in hoog tempo op”, zegt Wendy Enthoven, plaatsvervangend hoofd studentenonderwijs bij de afdeling Huisartsgeneeskunde. “Binnen enkele dagen

werd duidelijk dat we al het fysieke onderwijs én de coschappen direct moesten stoppen.”

In de bachelor moest razendsnel worden geschaakt. Er werd direct overgestapt op online colleges en werkgroepen via Microsoft Teams. “Dat was aanpotten”, aldus Enthoven. “Maar we hebben nauwelijks een les gemist.” In de masterfase hadden de docenten iets langer de tijd om het online onderwijs goed vorm te geven.

Het online onderwijs is goed van de grond gekomen. “Alleen het online vaardighedenonderwijs bleek heel lastig. We zetten in het online acute onderwijs de Mentimeter in Teams in om studenten actief te betrekken bij de praktische opdrachten – daarmee konden wij studenten bijvoorbeeld vragen wat ze dachten dat de volgende stap in een verrichting was. Maar we waren blij dat we in juni weer op kleine schaal fysiek bijeen mochten komen.” Het blok acute zorg, waar veel verrichtingen bij horen, en het blok palliatieve zorg, vanwege de benodigde diepgang in de gesprekken, vinden nu weer plaats binnen de universiteit.

Gezamenlijke energie

Het meeste online onderwijs wordt gegeven aan kleine groepjes van ongeveer twaalf studenten. Enthoven: “Zo proberen we het onderwijs persoonlijk te houden en een goede interactie te stimuleren.” Alle docenten kregen via Teams instructies. Online lesgeven, hoe doe je dat? Wat is het alternatief voor een whiteboard of een flipover? “Zij hebben dat goed opgepakt”, zegt Enthoven. “Natuurlijk waren er hiccupps: microfoons die niet werkten, traag internet. Maar bijna alle docenten zijn positief over het online onderwijs, ook degenen die van tevoren huiverig waren. Dat geeft veel energie om het samen op te pakken.”

Anders dan live

“Studenten zijn blij dat ze het openbaar vervoer niet in hoeven”, weet Enthoven. “Maar zowel studenten als docenten missen de interactie. We doen ons best, met de Mentimeter en via de chat in Teams. Maar het is toch anders dan live. Vooral de bachelor-studenten zitten al lang alleen. We merken dat ze

eraan toe zijn om erop uit te gaan en elkaar te zien.” Daarom hebben sinds het begin van dit collegejaar ook de bachelor-studenten af en toe fysiek les – in elk geval de eerste les Klinisch Redeneren in een reeks. “Zo kunnen we ze beter op weg helpen. Zeker in het eerste jaar is dat belangrijk.”

‘Studenten en docenten missen de interactie wel’

Hebben de vernieuwingen die nodig waren door de virusuitbraak ook iets moois opgeleverd? “Zeker”, denkt Enthoven. “We merken dat masterstudenten de online lessen soms prettig vinden. Ze missen het fysieke contact minder omdat ze ook coschappen lopen en dus niet thuis zitten. Het scheelt hen reistijd. Casuïstiek bespreken werkt goed online. Dat doen we in kleine groepjes, waarna we weer bijeenkomen om de uitkomsten te vergelijken en te bespreken. Wellicht kunnen we in de toekomst een deel van het programma online organiseren.” Voor de colleges in het eerste jaar is inmiddels ook een succesvolle formule ontwikkeld. Die vinden nu plaats in de vorm van een talkshow waar deskundigen aanschuiven. “Dan zit de docent bijvoorbeeld samen met een huisarts en internist aan tafel. Dat kost ons wat meer moeite, maar het maakt de colleges voor de studenten – die vanuit huis vragen kunnen aandragen – een stuk interessanter.”

Geen studievertraging

Enthoven verwacht dat de masterstudenten weinig vertraging oplopen door de coronacrisis. “De coschappen konden al op 25 mei weer van start gaan – als eerste van Nederland. Voor de bachelor geldt: de leerdoelen zullen worden gehaald, maar het gebrek aan interactie en discussie vormt een gemis. We hopen dus hard op een vaccin en de mogelijkheid weer vaker bij elkaar te komen.” •

De chaos van Moria Huisarts & idealist



Ruim twee maanden werkte Brigitte Augustijn (33) op Lesbos als arts van vluchtelingen. Een intense en bijzondere periode. "Een patiënt zei: u maakt dat ik me weer mens voel."

"Ik ben een idealist. Ik heb de mogelijkheid om mij te ontwikkelen als dokter, wat veel mensen in de wereld niet hebben. Als dokter wil ik zorg leveren op plekken waar mensen niet of nauwelijks toegang hebben tot goede gezondheidszorg." Dit idealisme bracht Brigitte Augustijn als AIGT (Arts Internationale Gezondheidszorg en Tropengeneeskunde) in Congo en Zuid-Soedan. "Dat waren twee pittige missies met Artsen zonder Grenzen. Ook heb ik gewerkt op de grens van Myanmar en Thailand en op Samos." Tijdens haar huisartsopleiding aan het Erasmus MC vertrok ze voor ruim twee maanden naar Lesbos. "In 2019 heb ik onbetaald verlof genomen om te werken in de kliniek van een NGO, vlak bij het vluchtelingenkamp Moria. Ik werkte in een houten gebouwtje met drie kamers, een stoel en een houten bank waarop ik patiënten kon onderzoeken. Ook hadden we een kleine apotheek, maar regelmatig waren de medicijnen op."

Van hooikoorts tot PTSS

In de kliniek behandelde Augustijn alledaagse klachten als hooikoorts en keelpijn. "Dingen die ik ook in de praktijk in Nederland zie. Daarnaast zag ik veel huidinfecties en schurft, als gevolg van de slechte hygiëne in het kamp. En tijdens hun reis naar Lesbos hebben veel vluchtelingen te maken gehad met seksueel geweld en ander geweld. Daardoor zag ik regelmatig abdominale en gynaecologische klachten. Of benen die gebroken waren geweest en niet goed waren genezen. Daarnaast waren er veel patiënten met psychische problemen, zoals PTSS, depressies en psychoses. Helaas was er een maandenlange wachtlijst voor psychische en psychiatrische zorg, heel frustrerend. Ik voelde me vaak machteloos. Ik ben geen psychiater, maar we probeerden de patiënten zo stabiel mogelijk te houden door hen elke dag te zien en een rustige, veilige omgeving te bieden. Vaak zei ik: ga rustig in de tuin van de kliniek zitten. Het deed mensen zo goed om even in het groen te zijn, weg van de chaos van Moria."

Wil om vooruit te gaan

Sommige patiënten zullen Augustijn altijd bijblijven. "Zo had ik een patiënt die zelf enorm veel had meegemaakt. Hoewel hij het zwaar had, ontfermde hij zich over een andere vluchteling die vaak psychoses had. Deze jongeman was geen familie van hem; ze waren toevallig tentgenoten. Toch kwam de man elke dag met de jongeman mee naar de kliniek, omdat hij wilde zorgen voor zijn medemens. Zo'n sterke man!" Of neem die vluchteling uit Afghanistan die ze ontmoette in de kliniek. "Een superslimme vrouw die in haar thuisland chirurg was. Hier waste ze de handdoeken van de fysiotherapeuten. Het zijn mensen als jij en ik, die in een uitzichtloze situatie belanden. Je hoort en leest veel over de situatie daar, maar als hulpverlener gaan de verhalen echt onder je huid zitten. Gruwelijk wat mensen elkaar kunnen aandoen. Vaak dacht ik als ik het verhaal van een patiënt hoorde: wauw, jij hebt zoveel meegemaakt. Maar toch sta je hier rechtop voor me, met de wil om vooruit te gaan."

Zorg en aandacht

"Heb je als huisarts de mogelijkheid om een maand als vluchtelingenarts te werken? Dan kan ik het zeker aanraden", vervolgt Augustijn. "Als arts kun je een groot verschil maken door als individu te laten zien: ik ben er voor jou. Ik had een patiënt die na aankomst in Griekenland meteen drie maanden in de gevangenis was gezet. Hij zei: 'Daar werd ik behandeld als minder dan een beest. U maakt dat ik me weer mens voel.' Zorg en aandacht zijn zo belangrijk." Sinds kort werkt Augustijn, die in augustus haar opleiding afrondde, als waarnemend huisarts in Den Haag en bij asielzoekerscentra. Haar buitenlandse ervaringen zijn van grote waarde. "In een vluchtelingenkamp heb je niet alle middelen om meteen diagnostiek in te zetten. Dat verbreedt je klinische blik; je wordt beter in klinisch redeneren. En doordat er vaak een taalbarrière is, ben ik me bewuster geworden van mijn non-verbale communicatie. Daarnaast heb ik nog meer respect gekregen voor andere culturen en achtergronden." •



Nieuwe vertrouwenspersonen

Vriendelijk & vertrouwelijk

De afdeling Huisartsgeneeskunde heeft sinds dit jaar twee nieuwe vertrouwenspersonen: Nelly de Ruijter-van Sighem (67) en Niek Wisse (65). “We zijn er voor alle aios en huisartsopleiders die vertrouwelijk over een probleem willen praten.”

De Ruijter: “Sinds 1 april ben ik gepensioneerd, na 35 jaar fulltime als huisarts te hebben gewerkt. Ook heb ik vijftien jaar lang aios opgeleid in mijn praktijk. Dat vond ik fantastisch om te doen. Ik vind het mooi dat ik nu als vertrouwenspersoon een bijdrage kan leveren aan een fijne en goede huisartsopleiding voor aios en opleider, waarbij vertrouwelijke problemen bespreekbaar zijn.”

Wisse: “Ik ben nu een jaar met pensioen. Ik heb ruim dertig jaar als huisarts gewerkt en 12,5 jaar als docent en groepsbegeleider bij de Huisartsopleiding. Daarna ben ik nog twee jaar opleider geweest. Ik heb de aios vooral op het instituut meegemaakt, terwijl Nelly veel ervaring heeft als huisartsopleider. Dat is een verschil tussen ons. Ook zijn we andere types – en er is uiteraard een sekseverschil.”

De Ruijter: “Maar we hebben vooral een gemeenschappelijke deler. Ik denk dat we vriendelijk en open zijn.”

Wisse: “En samen hebben we ruim 65 jaar ervaring in het vak.”

De Ruijter: “Een vertrouwenspersoon is een ervaringsdeskundige voor vertrouwelijke problemen van aios en huisartsopleiders binnen de Huisartsopleiding. Het gaat dan om problemen die niet bespreekbaar of oplosbaar zijn op het instituut. In dat geval kunnen wij behulpzaam zijn.”

Wisse: “Het beste is natuurlijk als je het probleem

eerst bespreekt met de betrokken persoon. Kom je daar niet uit? Dan kun je de groepsbegeleider of opleiderscoach om hulp vragen. Kom je er dan nog niet uit of wil je liever iemand van buiten het instituut spreken? Schroom dan niet om ons te raadplegen. We zijn makkelijk bereikbaar en we weten wat de opleiding en het vak inhouden. Bovendien zijn we volledig onafhankelijk; we zijn niet in dienst van het Huisartsinstituut.”

‘We zijn volledig onafhankelijk’

De Ruijter: “Misschien heb je twijfels die je liever niet bespreekt met iemand binnen de opleiding. Bijvoorbeeld als de eisen die het beroep aan je stelt anders zijn dan je had verwacht. Ook zijn we er voor hulp bij seksueel getinte problemen, al komen die gelukkig vrijwel nooit voor. Maar als er zoiets speelt, kun je bij ons terecht. Want dat is heel ernstig.”

Wisse: “Als vertrouwenspersoon heb ik dit jaar een paar keer bemiddeld tussen een aios en een opleider die het vertrouwen in elkaar kwijt waren. Daarbij zijn ze weer tot elkaar gekomen, waarna de samenwerking een stuk beter ging. Maar het kan ook zijn dat je tot de conclusie komt dat het beter is om uit elkaar te gaan.”

De Ruijter: “Ontkoppelingen komen regelmatig voor. Als opleider heb ik het ook een keer meegemaakt, dus ik kan me goed inleven in de situatie. Ik ben blij als wij een bijdrage kunnen leveren om het goed te laten verlopen, wanneer de betrokkenen er niet uitkomen met de opleiderscoach.”

Wisse: “Als groepsbegeleider heb ik gemerkt dat een ontkoppeling voor aios en opleider heel beladen is. Dat negatieve stempel moet er echt af. Het kan nou eenmaal gebeuren dat twee mensen niet door één deur kunnen. Dat is ook een van de conclusies van een onlangs verschenen rapport van onze voorgangers Bavo van der Poel en Ton Janssen. Zij hebben zich gebaseerd op vragenlijsten die twee jaar lang zijn ingevuld door aios en opleiders na een ontkoppeling.”

De Ruijter: “De eerste regel van het rapport luidt: gelukkig gaat er heel veel goed. Dat is een mooie constatering. Verder vind ik het een goede zaak dat de drempel van het veto is verlaagd naar ‘ernstig opleidingsbezwaar’. Voorheen moest je als opleider een veto uitspreken als je een aios liever niet wilde. Nu kun je bij het instituut aangeven als je een ernstig opleidingsbezwaar hebt. Daardoor is de drempel lager, wat voorkomt dat je iemand in opleiding in je huisartspraktijk krijgt die je liever niet hebt.”

Wisse: “Uit het rapport komt naar voren dat bij een groot deel van de ontkoppelingen de opleider of aios – of soms allebei – bij het begin al dacht: ik heb het gevoel dat het niet klikt. Omdat het veto een te grote drempel was, zijn ze toch met elkaar aan de slag gegaan. Dan sta je al met 3-0 achter.”

De Ruijter: “Aan de voorkant kun je al veel voorkomen. Bespreek bij de eerste kennismaking heel open de mogelijke problemen. Bijvoorbeeld

als je van tevoren al weet dat je moeilijk zit met je gezin, ziekte of het werk van je partner. Overigens hoeven het niet altijd negatieve dingen te zijn. Bij de kennismaking met een aios vroeg ik ooit: ‘Wat zijn je problemen?’ Hij zei: ‘Ik wil graag huisarts worden, maar ik ben ook fotograaf en moet daarvoor regelmatig naar het buitenland.’ Dat hebben we helemaal weten in te passen. Leuk toch, om een ander te faciliteren! Maar dan moet je het wel vooraf weten.”

Wisse: “Absoluut. Dat kwam ook uit het rapport naar voren: kijk kritisch naar wat je als aios en opleider meeneemt wat de opleiding kan beïnvloeden. Het is een intensieve opleiding die veel van je vraagt. Als aios moet je vooraf voor jezelf bedenken: past deze opleiding in mijn leven? En bij de opleider moet er voldoende begrip en ruimte zijn. En mocht het toch mislopen? Dan kunnen wij meedenken hoe je als aios en opleider tot een oplossing kunt komen. Dat is een mooie uitdaging.”

De Ruijter: “En voor ons een mooie manier om betrokken te blijven bij ons vak.” •

Contact

Heeft u als aios of huisartsopleider een probleem waar u vertrouwelijk over wilt spreken? Neem dan contact op met Nelly de Ruijter-van Sighem (nderuijtervansighem@gmail.com) of met Niek Wisse (ncjwisse@ziggo.nl). Telefonisch kunt u contact zoeken via het secretariaat van de huisartsopleiding: 010-703 00 04.

Verwijzen naar kaderhuisartsen bewegingsapparaat

‘Meer tijd voor de patiënt’

Hardnekkige problemen aan bijvoorbeeld schouder, pols of knie: huisartsen in de regio Rotterdam-Rijnmond kunnen patiënten met klachten aan het bewegingsapparaat voortaan insturen voor een consult bij Eerstelijnsplus. “Verwijzing naar het ziekenhuis is lang niet altijd nodig.”

In Eerstelijnsplus bundelen vier kaderhuisartsen bewegingsapparaat hun krachten binnen een gezamenlijke praktijkruimte in het centrum voor Sportgeneeskunde Rotterdam. Collega-huisartsen kunnen patiënten insturen die lastig te beoordelen zijn of bij wie de behandeling onvoldoende resultaat geeft. Kaderhuisarts Patrick

Krastman: “Wij zijn een toegevoegde waarde omdat we – vanuit onze gespecialiseerde opleiding – de patiënt holistisch benaderen, met een huisartsenblik. In het ziekenhuis krijgt een patiënt standaard een röntgenfoto. Wij proberen te voorkomen dat patiënten naar het ziekenhuis worden verwezen als dat niet nodig is.”

Zien en voelen

Een kaderhuisarts hart- en vaatziekten of ouderengeneeskunde kan een collega vaak op afstand, in een meekijkconsult, goed advies geven. Bij klachten van het bewegingsapparaat ligt dat anders. “Zelf het gewricht zien en voelen is erg belangrijk. Vandaar de keuze voor deze gezamenlijke locatie”, legt Krastman uit. In de praktijkruimte is een echoapparaat beschikbaar. “De patiënt gaat met een diagnose en een behandeladvies terug naar de eigen huisarts.” Daarnaast kunnen huisartsen patiënten zo nodig

verwijzen voor behandelingen met corticosteroïden. “In dat geval hebben ze wel een diagnose gesteld.” Alle volwassen patiënten met klachten van het bewegingsapparaat zijn welkom, met uitzondering van patiënten met rugklachten. “Daar zijn andere gespecialiseerde centra voor met veel expertise.”

Gedachten en gevoelens

“Onze kracht is de anamnese”, zegt kaderhuisarts Frans van der Kooij. “Goed naar de patiënt luisteren. Dat kan omdat we dertig minuten per patiënt kunnen uittrekken, dat is veel langer dan tijdens een regulier spreekuur. We kunnen dus ook naar de gedachten en gevoelens kijken. Hoe gaat de patiënt met de pijn om? Wat zijn de verwachtingen van de patiënt ten aanzien van de klachten? En onderhouden die gedachten en gevoelens van de patiënt zijn of haar klachten? Als een patiënt bijvoorbeeld altijd direct stopt met bewegen bij pijn – als een soort bewegingsangst optreedt – kan dit effect hebben op het beloop van de klachten. Patiënten krijgen bij ons adequate zorg op de juiste plek en omdat het om eerstelijnszorg gaat, gaat een consult niet ten koste van het eigen risico van de patiënt.”

De eigen huisarts blijft hoofdbehandelaar. “We merken veel interesse bij onze collega’s. Het idee is heel positief ontvangen.”

De kaderopleiding Bewegingsapparaat wordt georganiseerd door de afdeling Huisartsgeneeskunde van het Erasmus MC. Alle kaderhuisartsen van Eerstelijnsplus volgden hun opleiding daar. Krastman: “Tijdens onze opleiding en tijdens de landelijke bijeenkomsten van het Beweegkader (de landelijke expertgroep van kaderhuisartsen bewegingsapparaat, red.) zagen wij succesvolle initiatieven elders in het land, waarmee zeventig tot tachtig procent van de verwijzingen naar de tweede lijn voorkomen

Pilot

Eerstelijnsplus is een pilot van drie jaar, die is opgericht met ondersteuning van Zorggroep IZER en het Franciscus Gasthuis & Vlietland. Eens in de twee tot drie maanden vindt een casusbespreking plaats met de orthopeden van het Franciscus.

Patrick Krastman: “Na drie jaar evalueren we. Zijn de huisartsen in de regio tevreden? Zijn de patiënten tevreden? Dan hopen we dit zorgaanbod regulier te gaan aanbieden. Twintig procent van de klachten op het spreekuur is gerelateerd aan het bewegingsapparaat. Je kunt als huisarts niet alles meer zelf doen.”

Huisartsen of aios die een keer willen meekijken bij Eerstelijnsplus, kunnen contact zoeken met Frans van der Kooij via info@eerstelinplus.nl.

worden, terwijl de tevredenheid bij de patiënten en verwijzende huisartsen toeneemt.”

Van der Kooij: “Uniek is dat wij het met zijn vieren doen. We hebben allemaal ook nog onze eigen praktijk als huisarts en we beslaan een groot gebied. We denken dat er veel potentie is. Door samen te werken staan we sterker: we ondersteunen elkaar en leren van elkaar. Samen weten we meer.” Binnen het centrum Sportgeneeskunde zoeken de kaderhuisartsen ook samenwerking met de sportartsen en fysiotherapeuten die daar werken.

Onderzoek en opleiding

De kaderhuisartsen hebben korte lijnen met het Erasmus MC. Ze zijn als opleider verbonden aan de Huisartsopleiding. Krastman doet daar bovendien promotieonderzoek naar hand- en polsclachten. “De data die wij bij Eerstelijnsplus verzamelen kunnen wellicht ook ander onderzoek aan het Erasmus MC verder helpen.” De kaderhuisartsen verzorgen ook nascholingen voor collega-huisartsen. •



Twee van de vier kaderhuisartsen: Frans van der Kooij (staand) en Patrick Krastman. De andere kaderhuisartsen zijn Wouter Boswinkel en Hans Postema.

Kinderziekten in de huisartspraktijk

Hooikoorts,
astma en eczeem

Het maakt weinig verschil of kinderen met hooikoorts continu een corticosteroïdenneusspray gebruiken, dit alleen doen bij klachten of dat ze antihistaminica-tabletjes innemen. Evenals andere onderzoeksresultaten van de afdeling Huisartsgeneeskunde dienen deze bevindingen om een NHG-standaard van deugdelijk bewijs te voorzien.

Arthur Bohnen is het type onderzoeker dat niet alleen kan genieten van fonkelende uitkomsten. Het schenkt hem bijvoorbeeld ook voldoening als in een eerder stadium de inclusie van onderzoeksdeelnemers rondkomt. Zeker wanneer dit best veel moeite heeft gekost. “Neem de HATSJOE-studie”, vertelt de projectleider van de lijn ‘Kinderziekten in de huisartspraktijk’. “Het oorspronkelijke idee van deze de studie naar allergische rhinitis was om 231 jongens en meisjes van zes tot achttien jaar te includeren. In overleg met huisartsen hebben we via 61 huisartsen 6575 kinderen en ouders aangeschreven. Sommigen bleken toch geen hooikoorts te hebben of kwamen om een andere reden niet in aanmerking. Anderen zagen af van deelname. Uiteindelijk kwamen we uit op 150 deelnemers, wat ook toereikend was om iets te zeggen over de effecten van behandeling. En ja, dan ben ik er trots op dat het tóch is gelukt. Bovendien waren er leuke onderzoeksuitkomsten.”

Geen ruzie

Dat laatste mag een understatement heten. Al langere tijd leefde er een best wel prangende vraag onder huisartsen: wat is de beste behandeling voor kinderen

met allergische rhinitis? Bohnen: “De producent stelde dat gedurende het hooikoortsseizoen voortdurend een corticosteroïdenneusspray moet worden gebruikt.

Maar in de praktijk doen veel kinderen dit slechts wanneer ze klachten hebben. Wij hebben in 2018 vastgesteld dat er geen significante verschillen waren in klachten tussen kinderen die consequent een neusspray gebruikten en degenen die die alleen ‘zo nodig’ deden. De klachten waren ook min of meer hetzelfde bij kinderen die antihistaminica-tabletjes slikten. Het leuke van deze uitkomsten is dat je een kind in hoge mate zelf kunt laten beslissen over de behandeling. Ouders hoeven geen ruzie te maken met hun kind als het zegt: ik heb nergens last meer van, waarom zou ik elke dag die neusspray gebruiken?”

Sterker, het heeft de voorkeur dat een kind de spray onberoerd laat als het geen klachten heeft. Bohnen: “We zijn altijd een beetje huiverig voor de gevolgen van langdurig corticosteroïdengebruik. Bij volwassenen bespoedigt het bijvoorbeeld botontkalking. En hoewel onderzoek heeft uitgewezen dat de consequenties bij kinderen meevallen – een centimeter minder lengtegroei bij gebruik gedurende de hele jeugd – moet je medicatie vermijden als het niet nodig is. Dat is het standpunt van de NHG en dat onderschrijven wij.”

**Eczeem**

‘Kinderziekten in de huisartspraktijk’ is een van de drie onderzoekslijnen binnen de afdeling Huisartsgeneeskunde (zie ook pagina 8). Een nieuwe studie binnen dit thema gaat over eczeem bij kinderen tussen drie maanden en achttien jaar.

Bohnen: “De NHG-standaard zegt dat we bij eczeemopvlammingen moeten beginnen met een zwak werkend corticosteroïd. Sorteert het geen effect, dan bouw je de sterkte op. Dit is mede ingegeven door angst voor de gevolgen van corticosteroïden. Maar ik schat in dat zeker dertig procent van de huisartsen *meteen* kiest voor een sterk werkend corticosteroïd. Hun argumentatie: met een zwakke variant bereik je doorgaans weinig, dus kun je beter direct sterk inzetten om het eczeem de kop in te drukken. Zij stellen zelfs dat, door erger te voorkomen, de patiënt uiteindelijk minder corticosteroïden hoeft te smeren. Aiotho Karlijn van Halewijn doet een vergelijkend onderzoek tussen kinderen die beginnen met een klasse-1-corticosteroïd en leeftijdsgenoten die onmiddellijk een klasse-3-corticosteroïd krijgen. Zijn er verschillende uitkomsten qua klachten en hoeveelheid gesmeerde corticosteroïden?”

Astma

Een ander lopend onderzoek gaat over de waarde van praktijkondersteuners in de zorg voor kinderen tussen zes en twaalf jaar met astma. Bohnen: “De huisarts heeft onvoldoende tijd om kinderen zonder ernstige astmatische klachten jaarlijks een paar keer te zien. Maar het liefst zou je op gezette tijden willen beoordelen of ze het medicijn nog tijdig en op de juiste manier gebruiken en of het kan worden afgebouwd of juist moet worden opgevoerd. Aiotho Sara Bousema verricht een vergelijkend onderzoek tussen praktijken waar kinderen zonder ernstige astmatische klachten reguliere zorg krijgen en praktijken waar zij regelmatig op controle gaan bij een door ons getrainde praktijkondersteuner. We zijn benieuwd of de groepen verschillen laten zien in astmaklachten en corticosteroïdengebruik.” •

De passie van Claasje van der Zwet

Maandagavond is beeldhouwavond voor huisarts Claasje van der Zwet. "Ik laat me leiden door de steen." Over marmer, veel geduld en risico's nemen.

Drie jaar geleden was het een hectische tijd voor Claasje van der Zwet. Zowel privé als op werkvlak. "Ik wilde meer uit mijn hoofd en in mijn handen, om het zo te zeggen. Ik ben toen begonnen met beeldhouwen. Dat brengt rust in mijn hoofd. Tijdens het beeldhouwen ben ik alleen maar met die steen bezig, met volledige focus. Voor mij werkt het absoluut meditatief. Het is ook een soort sport; je bent fysiek bezig door met een hamer op de beitel te slaan. Stukje voor stukje gaat er wat marmer af. Na afloop heb ik echt vermoeide armen."

Elke maandagavond gaat Van der Zwet met een groep aan de slag, onder leiding van een beeldhouwer. Maakt ze – als huisarts – anatomisch correcte torso's? "Nee, mijn beelden zijn abstract. Ik werk op gevoel en laat me leiden door de steen. Dan zie ik wel wat het wordt. Organische ronde vormen liggen mij het best. Ik heb nu twee beelden gemaakt van zo'n dertig bij veertig centimeter. Ik zou ook graag een groot werk willen maken, van minstens een meter."

Zijn er overeenkomsten tussen het beeldhouwen en het huisartsenvak? "Ik denk het wel", zegt de 54-jarige huisarts, die werkt bij de Bredase praktijk Julianalaan en als huisarts-opleider bij het Erasmus MC. "Beeldhouwen is een langzaam proces, dus je moet geduld hebben. Als huisarts moet je ook geduldig zijn. En tijdens het beeldhouwen moet ik me aanpassen aan de steen, als ik bijvoorbeeld op een ader in het marmer stuit. Als huisarts pas ik me aan de patiënt aan. De autonomie van de patiënt vind ik heel belangrijk. En in beide gevallen moet je kunnen omgaan met onzekerheden en risico's. Zal ik een gat in het beeld maken, met het risico dat het breekt? Of: hoe groot is de kans dat deze ziekte voorkomt bij de patiënt? Neem ik het risico om het af te wachten? Je weet vooraf nooit wat de uitkomst is. Dat weet ik niet als ik begin aan een beeld, en ook niet als ik 's ochtends de praktijk binnenloop." •

