

Augustijn

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

**Wat komt er kijken bij
een overname?**

**Beloop lage-rugpijn
voorspellen**

**Twaalf maanden
huisarts in Israël**

**Tweedejaars
terugkomdagonderwijs verrijkt**

Huisartsentekort dreigt

In deze Augustijn aandacht voor het dreigende huisartsentekort in Zeeland. Het is een probleem dat voorkomt in meer dunbevolkte delen van Nederland. De Zeeuwse huisartsen zijn een promotiecampagne gestart om te laten zien dat Zeeland een aantrekkelijke vestigingsplaats is: rust, (praktijk)ruimte en recreëren in een mooie omgeving. Ook een bezoek aan de website van de Zeeuwse huisartsen (www.zhco.nl) is de moeite waard.

Dezelfde problematiek speelt in de achterstandswijken in de grote steden. Daar bestaat al een tekort aan huisartsen en wordt het invullen van vacatures steeds problematischer. Ook in Rotterdam. We zullen de handen ineen moeten slaan om deze plaatsen ook in de toekomst aantrekkelijk te houden voor jonge huisartsen. Aantrekkelijke praktijkvormen en, zeker in de grote stad, kleinere praktijken kunnen hieraan bijdragen.

Dat jonge huisartsen nog met veel enthousiasme en ambitie bereid zijn een praktijk over te nemen, laten Daan Haverkamp en Alex Bastick zien. De laatste komt zelfs tweemaal aan bod in dit nummer. Hij promoveert in december op het pijnbeloop bij mensen met artrose van de knie of heup. Alex toont aan dat het vooral klinische factoren zijn die het pijnbeloop voorspellen. Zijn onderzoek bevestigt dat het maken van een röntgenfoto hierbij geen toegevoegde waarde heeft. Niet meer doen dus.

We zijn als afdeling enorm trots op de MORE Onderwijsprijs prijs die we ontvangen hebben. Deze speciale lustrumprijs is toegekend door de studenten Geneeskunde. Docenten van de afdeling hebben zich in de afgelopen jaren ingezet om het onderwijs te vernieuwen, om het nog uitdagender te maken. De prijs is een prachtige stimulans om innovatie in het onderwijs in de komende jaren door te zetten.

Er staan veel meer mooie onderwerpen in deze Augustijn. Te veel om ze hier allemaal te noemen. Toch nog eentje? Lees over onze plannen voor de Rijnmond Gezond-database! Veel leesplezier gewenst.

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:
Ron Alma (cartoon), Gert-Jan van den Bermd (beeldredactie), Annemarie van der Eem, Masja de Ree en Gerben Stolk (eindredactie)

Fotografie:
Levien Willemse

Vormgeving:
Beeld&Storm Producties,
Monnickendam

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

Gebeurt er iets nieuws-waardigs op het vlak van huisartsenzorg dat aandacht verdient in Augustijn? Heeft u suggesties of vragen? Wilt u een adreswijziging doorgeven of stelt u geen prijs op dit magazine? Mail naar augustijn@erasmusmc.nl.



6 Overname in Oosterhout

Daan Haverkamp en Alex Bastick kennen elkaar van de middelbare school. Begin 2017 namen ze samen de huisartspraktijk over van Haverkamps ouders in Oosterhout.



9 Nieuw opleidingshoofd

De opleiding huisartsgeneeskunde van het Erasmus MC heeft een nieuw hoofd. Maar een nieuw gezicht, dat is John van Ochten niet.



10 Verdieping terugkomdagen

Er zijn drie specialisten uit de praktijk toegevoegd aan het team dat het onderwijs verzorgt tijdens de terugkomdagen van de tweedejaars aios.



13 Atopische kinderen

Huisartsen doen er goed aan kinderen met constitutioneel eczeem, astma of allergische rhinitis minstens een keer per jaar uit te nodigen voor controle. Zo kan worden voorkomen dat de levenskwaliteit onnodig afneemt.



15 Huisartsen naar Israël

Een jaar lang verbleef het echtpaar Karin Prins en Micha de Vries in Israël, waar de twee werkten als huisarts.



19 Welkom in Zeeland!

Zeeland heeft de komende jaren dringend nieuwe huisartsen nodig. Een mogelijke oplossing: minder solopraktijken.



VERDER...

4 Kort Nieuws

Nieuwe locatie SkillsPlaza * Afscheid Herman Bueving * Gevraagd: nieuwe huisartsopleiders en opleiders coassistenten!

8 Lage-rugpijn

Onnodige verwijzingen naar de fysiotherapeut voorkomen bij lage-rugpijn.

12 Farmaceuten

Huisartsen alert op mogelijke beïnvloeding vanuit de farmaceutische industrie.

14 Prijs

De afdeling Huisartsgeneeskunde heeft de MORE Onderwijsprijs ontvangen.

16 Artrose heup en knie

Pijnbeloop voorspellen bij artrose van heup of knie.

17 Coassistentopleiders

Meer zekerheid en beloning.

18 Rijnmond Gezond

Verrijking onderzoeksgegevens via huisartsen.

20 Jachthonden

Cees Verwijs is 'een hondensportman'.

Gevraagd: Huisartsopleiders

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



Als u vragen heeft en/of geïnteresseerd bent, zoek dan contact met Monique van den Bergh, secretaresse bij het opleiderssecretariaat: m.vandenbergh.1@erasmusmc.nl. Op de foto: opleidingscoördinator Marloes Jacobs. Zij werft nieuwe huisartsopleiders en doet de intake.

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 vijf weken. Er staat een vergoeding tegenover.

Neem voor meer informatie contact op met de sectie Studentenonderwijs: Melanie Sallons (secretariaat, tel. 010-7043621, hag@erasmusmc.nl) of (foto) Sander Koning (huisarts, coördinator coschappen, s.koning@erasmusmc.nl).



Nieuwe locatie SkillsPlaza

Nieuw: sinds het lopende studiejaar is SkillsPlaza ondergebracht bij het 'SkillsLab and Simulation-Center' van het Erasmus MC. In Ce-241, een ruimte aan de voet van de faculteitstoren, geeft een team van gespecialiseerde geneeskundestudenten vaardighedenonderwijs aan coassistenten, vlak voordat die de klinische fase ingaan.

Voorheen werd dit onderwijs verzorgd in een colloquiumzaal in het Gk-gebouw, maar nu gebeurt dit in een volledig geoutilleerde ruimte binnen het Erasmus MC Onderwijscentrum. De nieuwe locatie is officieel geopend op donderdag 2 november.

"We hebben hier de ruimte en faciliteiten die noodzakelijk zijn om de gevraagde grotere inbreng van SkillsPlaza in de nieuwe master te kunnen invullen. Met de nieuwe locatie zitten we nu ook vlak bij het hart van ons Onderwijscentrum, wat de band met het andere onderwijs verstevigt." Madelon Elbers,

huisarts en docent Practicum Klinische Vaardigheden (PKV) en coördinator SkillsPlaza, vat de voordelen van de nieuwe locatie samen. De afdeling Huisartsgeneeskunde is verantwoordelijk voor het PKV-onderwijs en SkillsPlaza.

In 2005 had het Erasmus MC de landelijke primeur van 'onderwijs voor en door studenten'. Chirurg Johan Lange, destijds onderwijsdirecteur, bedacht en ontwikkelde een systeem waarin studenten elkaar onderwijs geven. 'Training before the job', was het uitgangspunt, in plaats van het toen geldende 'training on the job'. De afdeling PKV gaf vervolgens praktische invulling aan de ideeën. Huisarts Wilfred de Koning, samen met Elbers coördinator van SkillsPlaza: "Het kan in dit systeem voorkomen dat masterstudenten vaardigheden krijgen bijgebracht door een specialistisch opgeleide tweedejaarsstudent, en dat is best bijzonder. Via dit soort onderwijs leren studenten wat het is om zelf



Afscheid Herman Bueving

Herman Bueving is afgelopen zomer gestopt als hoofd Huisartsopleiding in het Erasmus MC. Hij heeft deze functie vijftien jaar bekleed. Bueving is sinds 1 september secretaris bij de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS).

Op donderdag 5 oktober werd in Rotterdam afscheid van hem genomen in het Wereldmuseum. U leest op pagina 9 een interview met het nieuwe hoofd Huisartsopleiding: John van Ochten.

docent te zijn. Dat komt mooi uit, want onderwijzend vermogen is een van de speerpunten binnen het curriculum ErasmusArts 2020."

Een studententeam van 25 studentinstructeurs geeft het onderwijs op SkillsPlaza. Zij zijn in specifieke vaardigheden getraind door een medisch specialist op het betreffende gebied. Bovendien worden de instructeurs gesuperviseerd door twee huisartscoördinatoren. Vooral nog gaat het om de vaardigheden 'venapunctie en infuus prikken', 'blaaskatheterisatie' en 'hechten en knopen'. In de nieuwe master wordt hieraan een flink aantal vaardigheden toegevoegd.

Meer weten over SkillsPlaza? Elbers en De Koning geven een rondleiding in de Augustijn van juni 2018.





*'De geleidelijke overgang
was een succesfactor'*

Overname: senior stopt en junior neemt over

Rotterdamse directheid in Oosterhout

Een goed tweede huwelijk noemen ze het. Daan Haverkamp en Alex Bastick kennen elkaar van de middelbare school en namen samen begin dit jaar de huisartspraktijk van Haverkamps ouders in Oosterhout over. “Voor de patiënten voelde de overname vertrouwd.”

Alex Bastick rondde zijn opleiding tot huisarts af in 2014, kort nadat Daan Haverkamp eraan begon. Ze hadden op dezelfde middelbare school gezeten en kwamen elkaar opnieuw tegen bij de Rotterdamse afdeling van de LOVAH (Landelijke Organisatie Van Aspirant Huisartsen), waar Haverkamp Bastick opvolgde als voorzitter. Toen sprong de vonk over. “Ik ben opgegroeid in een huisartsgezin,” zegt Haverkamp. “En op het moment dat ik mijn opleiding begon, had ik al besloten dat ik de praktijk van mijn ouders wilde overnemen. Het gesprek daarover met Alex leidde al snel tot het besluit om dat samen te doen.” Bastick: “We spraken in die tijd regelmatig af in een café. Om elkaar beter te leren kennen, maar ook om te praten over hoe we het vak van huisarts wilden invullen. Daaruit ontstond een goede basis.” Bastick, die na zijn opleiding als waarnemer werkte in verschillende praktijken, werd vanaf 2015 vaste waarnemer in de praktijk in Oosterhout. Haverkamp: “Mijn ouders gingen een dag minder werken. Anderhalf jaar geleden ben ook ik drie dagen per week in de praktijk komen werken. Mijn ouders konden het zo langzaam afbouwen.”

Klucht

Op 1 januari 2017 vond de officiële praktijkoverdracht plaats. Aan de ene kant ging dat heel soepel: beide huisartsen kenden de praktijk en de patiënten inmiddels en hadden steeds kunnen overleggen met

de ‘oude’ huisartsen. Ze wisten al veel, ook hoe de administratie geregeld was. Haverkamp: “Maar dat maakte de papieren rompslomp die bij een praktijkovername hoort er niet minder om. Je belandt in een oerwoud van verzekeringen, het huisarts-informatiesysteem, contracten. Alles moet overgezet worden en het leek daarbij wel of wij het wiel steeds opnieuw moesten uitvinden. Dat heeft heel wat werk en een aantal grijze haren opgeleverd. Het beste is om steeds maar weer te bellen, maar het leek soms wel een klucht.”

Bastick: “We hebben de checklist van de LHV gebruikt. Dat hielp wel, maar het tijdspad werkt in de praktijk niet altijd. Veel organisaties verwijzen naar elkaar.” Gelukkig werd het patiëntensysteem wel meteen goed overgezet, zonder dat er patiënten ‘verdwenen’. “Dat was het belangrijkste!” En nu, na negen maanden, is bijna alles geregeld, zo klinkt het tijdens het interview in de herfst.

Vertrouwd gevoel

Eigenlijk alle patiënten reageerden enthousiast op de overname, ook al geeft het een gevoel van gemis als een huisarts na 35 jaar stopt. “Senior stopt, junior neemt over: zo hebben we dat aan de patiënten duidelijk gemaakt,” zegt Haverkamp. “Toen Alex in de praktijk kwam werken, hebben mijn ouders laten weten dat ze zich voorbereidden op hun pensioen. Ze hebben de patiënten steeds op de hoogte gehouden.” Bastick: “Veel patiënten hebben Daan zien

opgroeien in de praktijk. Dat gaf ze een vertrouwd gevoel.”

Haverkamp denkt dat de geleidelijke overgang een succesfactor was bij de overname. “Al in 2014 hebben we hiervoor samen met mijn ouders een plan gemaakt en dat ook vastgelegd. De patiënten konden Alex leren kennen, omdat hij al in 2015 ging waarnemen. Bovendien kon hij mij daardoor veel over de patiënten vertellen toen ik arriveerde.”

Chirurgische ingrepen

Haverkamp en Bastick hebben een jonge praktijk in een verstedelijkt gebied. Het is zeker geen achterstandswijk. Oosterhout heeft nog steeds een dorps karakter, ook al wonen er inmiddels 55.000 mensen in de Noord-Brabantse gemeente. Bastick is gespecialiseerd in het bewegingsapparaat en is goed in chirurgische ingrepen. Haverkamp weet veel van interne geneeskunde en is specialist op het gebied van diabetes. Palliatieve zorg krijgt in hun praktijk veel aandacht.

Beiden werken vier dagen, want ze willen ook thuis bij hun jonge gezinnen zijn. “Maar”, benadrukt Bastick, “we vinden het ook belangrijk om voor bepaalde patiëntengroepen, bijvoorbeeld terminaal zieke patiënten, altijd bereikbaar te zijn. Zij hoeven dus niet met een huisartsenpost te bellen. Bovendien leggen we nog kraamvisites af. Dat vinden we leuk. In die zin zijn we misschien ouderwetse huisartsen.”

Kenmerkend voor hun aanpak is de directheid. “Rotterdamse directheid, noemen we dat zelf,” zegt Haverkamp. “Als iemand met een verkoudheid komt om antibiotica, geven we duidelijk aan dat dat niet nodig is. Nee is in die zin echt nee.” “En we zijn eerlijk”, vult Bastick aan. “Als we iets niet weten, zeggen we: dat zoeken we even op.”

Een verandering in de praktijk sinds de overname is dat de nieuwe huisartsen meer ingrepen zelf doen: zoals wonden hechten, kleine chirurgie en spiraaltjes plaatsen. Patiënten waarderen dat; het scheelt ze een rit naar het ziekenhuis en vaak ook hun eigen bijdrage aan de zorgverzekeraar.

Humor

Zowel Haverkamp als Bastick volgde zijn opleiding tot huisarts in het Erasmus MC. Bastick promoveerde er ook in december (zie pagina 16). Behalve directheid namen ze de humor mee uit Rotterdam. “Humor is onze leidraad,” zegt Haverkamp. “Ook in de praktijk. We hebben veel lol, met de andere zorgverleners in het gezondheidscentrum waar onze praktijk gevestigd is, en met de assistentes. Het is je werkplek, het is belangrijk dat het daar gezellig is.” De samenwerking bevalt dus? Haverkamp: “De verwachtingen zijn uitgekomen. Een vriend vroeg laatst: hebben jullie nooit ruzie? Nee dus.” Bastick: “Soms zijn we het niet eens met elkaar. Maar we respecteren elkaars mening en geven elkaar ook vrijheid om zaken op een eigen manier in te vullen.” Elke vrijdag na het middagspreekuur sluiten de huisartsen hun praktijk af, drinken één glaasje en nemen samen de week door. Hun Rotterdams kwartiertje. In de komende maanden willen ze de groeiende praktijk nog steviger op de rit krijgen. Haverkamp: “Op termijn willen we graag huisartsen gaan opleiden en we hebben ook bestuurlijke ambities, bijvoorbeeld in een zorggroep. Maar voor nu is het plan om te consolideren en de patiëntengroep nog beter te leren kennen.” •

Zorgbehoefte vroeg in kaart

Effectieve behandeling lage-rugpijn

Onnodige verwijzingen naar de fysiotherapeut voorkomen. Huisartsen kunnen dit bereiken door bij patiënten met pijn in de onderrug gebruik te maken van de zogeheten STarT Back Tool. Jasper Bier bewees de voorspellende waarde van dit instrument tijdens zijn promotieonderzoek.

Wat waren je belangrijkste onderzoeksvragen?

"Ik wilde achterhalen wat de meest effectieve behandeling van nekpijn is door de Nederlandse fysiotherapeut. En ik wilde achterhalen wat de waarde is van de STarT Back Tool bij nek- en lage-rugpijn."

Wat is de STarT Back Tool?

"Een meetinstrument dat in de vroege fase het beloop van nek- en lage-rugpijn kan voorspellen en op basis daarvan een advies geeft over de behandelstrategie: gerichte zorg - ofwel targeted treatment - in een vroege fase. Bij het eerste bezoek vult de patiënt een vragenlijst in. De vragen gaan over pijn en beperkingen in activiteiten, maar ook over zaken op het psychosociale vlak. Is er bijvoorbeeld bewegingsangst? Uit de antwoorden wordt duidelijk tot welke categorie de patiënt behoort: met een laag, gemiddeld of hoog risico voor chronische klachten. Op basis hiervan krijgt de zorgverlener een advies over de best passende zorg."

Wat was de aanleiding voor je onderzoek?

"In Engeland is de STarT Back Tool in 2008 geïntroduceerd voor gebruik in de eerste lijn. Het is wetenschappelijk bewezen dat dit leidt tot sneller herstel en kostenreductie. Ondertussen is dit instrument ook opgenomen in de Engelse richtlijn. Ik denk dat



het goed is dat ook de Nederlandse zorgverleners ermee bekend raken, omdat je dan eerder de juiste zorg kunt inzetten."

Bij wie is het onderzoek verricht?

"Bij 100 patiënten met nekpijn en 184 patiënten met lage-rugpijn. Zij zijn geïnccludeerd via fysiotherapeuten, manueel therapeuten en huisartsen, doorgaans kaderhuisartsen Bewegingsapparaat. De deelnemers hebben een vragenlijst ingevuld die hoort bij de STarT Back Tool. Dat gebeurde twee keer, met een tussentijd van drie maanden. Ik heb op verschillende onderdelen gekeken naar de betrouwbaarheid en validiteit van het instrument. Wat is bijvoorbeeld de relatie van een van de losse vragen ten opzichte van de meer gebruikelijke vragenlijst binnen hetzelfde domein?"

Wat zijn de belangrijkste resultaten?

"De STarT Back Tool is gevalideerd voor lage-rugpijn. Voorbeelden van bewijzen? Patiënten die volgens het instrument tot de hoog-risicogroep behoorden, hadden een 2,7 keer zo grote kans als mensen met een laag risico om drie maanden later chronische lage-rugklachten te hebben. En wie een gemiddeld risico had, had na drie maanden een 1,8 keer zo grote kans hierop in vergelijking met de laag-risicogroep."

En voor nekpijn?

"Voor nekpijn is de STarT Back Tool weliswaar ook gevalideerd, maar de resultaten voor prognostische validiteit zijn minder goed dan bij lage-rugpijn. Hier is verder onderzoek nodig om verfijning aan te brengen."

Welk nut hebben de resultaten voor huisartsen?

"Uit ander onderzoek is bekend dat huisartsen bij lage-rugpijn geneigd zijn tot overbehandeling. Meer dan de helft van deze patiëntengroep in de huisartsenpraktijk heeft een laag risico op blijvende klachten, maar ruim 70% wordt behandeld alsof het een patiënt met een gemiddeld risico is. Dikwijls verwijst de huisarts ten onrechte naar de fysiotherapeut, terwijl de fysiotherapeut vaak ook ten onrechte overgaat tot behandeling. Goede kans dat de huisarts had kunnen volstaan met bijvoorbeeld het advies meer te bewegen en met wat pijnstillers. De STarT Back Tool kan leiden tot de juiste zorg voor de patiënt: bijvoorbeeld beweegadvies en pijnstillers bij een laag risico, de toevoeging van fysiotherapie bij een gemiddeld risico en een toevoeging van psychosomatische behandeling bij een hoog risico."

Naam: Functie:

Jasper Bier
fysio- en manueel therapeut
FS Fysio in Capelle aan den IJssel. Wetenschappelijk onderzoeker afdeling Huisartsgeneeskunde Erasmus MC.

Promotie: Proefschrift: Promotoren:

dinsdag 19 december
[Treating Spinal Pain](#)
hoogleraar Onderzoek
Bart Koes van de afdeling
Huisartsgeneeskunde en
hoogleraar Evidence-Based
Physiotherapy Raymond
Ostelo van de Vrije
Universiteit Amsterdam.
Copromotor: universitair
hoofddocent Arianne
Verhagen van de afdeling
Huisartsgeneeskunde.

Wat is je advies aan huisartsen?

"Ga de STarT Back Tool gebruiken bij met patiënten met lage-rugpijn. Deze is te vinden op www.meetinstrumentenzorg.nl. Zorg er verder voor dat je netwerk van fysiotherapeuten op orde is. Het is belangrijk dat de patiënt een eenduidige boodschap krijgt van de huisarts en fysiotherapeut, over bijvoorbeeld waarde van beeldvormend onderzoek, nut van eventuele pijnmedicatie en het belang om te blijven bewegen. En wat patiënten betreft: je kunt voor voorlichtingsmateriaal - een folder en film - verwijzen naar www.rugpijn-info.nl. Ik heb de informatie samengesteld na interviews met patiënten over hun informatiebehoefte." •



Het nieuwe opleidingshoofd voorgesteld

Verbindende teamspeler

De opleiding huisartsgeneeskunde van het Erasmus MC heeft een nieuw hoofd. Maar een nieuw gezicht, dat is John van Ochten niet. “Sinds 2001 ben ik al betrokken bij de opleiding.” Deze staat er goed voor, maar het kan natuurlijk altijd beter.

Per 1 december 2017 is Van Ochten officieel in dienst als hoofd van de huisartsopleiding. Hij volgde Herman Bueving op (zie ook pagina 4). “Toen bekend werd dat Herman ging vertrekken, zag ik het profiel van het nieuwe hoofd dat de opleiding huisartsgeneeskunde zocht. Daar herkende ik mezelf grotendeels in”, vertelt Van Ochten. “Ik denk dat ik vooral verbindend en coachend kan zijn. Hoe? Door te zorgen voor een goede afstemming tussen collega’s met verschillende taken en verantwoordelijkheden. Uiteraard heb ik de eindverantwoordelijkheid, maar als teamspeler wil ik dat we gezamenlijk de opleiding dragen. Waar is iemand goed in? En wat ambieert hij of zij? Op basis hiervan krijgt iedereen zijn eigen rol en verantwoordelijkheid. Zo komt elke collega het best tot zijn recht, op het gebied waar hij of zij zich thuis voelt.” Binnen het team is het volgens Van Ochten belangrijk om niet alleen vakinhoudelijk bezig te zijn. “Er moet ook ruimte zijn voor ontspanning, een goede sfeer, plezier en humor.”

Goede naam

Nee, het roer binnen de opleiding gaat niet rigoureus om, nu een nieuw hoofd de scepter zwaait. Van Ochten: “Ik hoef voor mezelf op mijn 62e niets meer te bewijzen. Ik zie het vooral als een mooie uitdaging om met een groep gemotiveerde mensen gezamenlijk een goede huisartsopleiding neer te zetten.” Sinds 2001 is Van Ochten al werkzaam binnen deze opleiding (zie kader). “Ik heb verschillende rollen

vervuld, waardoor ik een duidelijk beeld heb van de opleiding. De afgelopen jaren hebben we een positieve ontwikkeling doorgemaakt. Er wordt kwalitatief goed onderwijs gegeven, door gekwalificeerde docenten. We hebben een goede naam bij zowel aios als opleiders.”

‘Ervoor zorgen dat het vak van huisarts aantrekkelijk blijft’

Natuurlijk, er zijn altijd zaken voor verbetering vatbaar. “De communicatie bijvoorbeeld; niet alleen binnen onze eigen staf, maar ook met aios en opleiders. Vooral bij nieuwe ontwikkelingen, zoals recentelijk op het gebied van toetsing en beoordeling. Ook wil ik kijken hoe we voor onze aios kunnen zorgen voor nog meer samenhang en duidelijkheid in de drie onderwijsjaren.”

Opleiders

Een ander belangrijk aandachtspunt voor Van Ochten: de huisartsopleiders. “We moeten ervoor zorgen dat het vak van huisarts aantrekkelijk blijft en dat wij goede opleidingsplaatsen kunnen bieden aan onze aios. Daarvoor is een goede relatie met onze opleiders van groot belang. Een groot deel van de opleiding vindt immers niet bij ons plaats, maar in de praktijk van onze opleiders. Om de kwaliteit van

Cv in een notendop

John van Ochten, opgeleid in Nijmegen, werkt sinds 1985 als huisarts in Berkel en Rodenrijs.

Vanaf 1996 was hij vijf jaar actief als huisartsopleider bij het Erasmus MC. In 2001 raakte Van Ochten nauwer betrokken bij de Rotterdamse huisartsopleiding; eerst als groepsbegeleider van aios, vervolgens als workshopbegeleider en coördinator van opleiders. Laatstgenoemde functie heeft hij onlangs verruild voor die van hoofd van de opleiding huisartsgeneeskunde van het Erasmus MC. Van Ochten is tevens werkzaam als clubarts en hoofd van de medische staf van SBV Excelsior. Hij is ook bezig aan zijn laatste jaar als hoofd medische commissie Marathon Rotterdam. Het bewegingsapparaat heeft Van Ochten speciale interesse. In 2016 is hij gepromoveerd op een proefschrift over chronische enkelklachten. Daarnaast heeft hij, samen met Erasmus MC-collega Gerrit-Jan Vrielink, de NHG-kaderopleiding Bewegingsapparaat opgezet.

de gehele opleiding te kunnen waarborgen, hebben we gemotiveerde en bekwame opleiders nodig. Daarvoor moeten we onszelf continu blijven afvragen: hebben we goede scholing voor onze opleiders? En is die scholing voldoende aansprekend?” Ook de landelijke positionering is voor Van Ochten een punt van aandacht. “Het is van belang om goed contact te houden met de andere universiteiten en aan te sluiten bij de landelijke ontwikkelingen. Daar zullen we uiteraard kritisch naar kijken en lokaal onze eigen invulling aan geven.” •

Verdieping onderwijs terugkomdag

Lessen uit de praktijk

‘Contact huisarts en specialist ouderengeneeskunde essentieel’



Specialist ouderengeneeskunde **Esther Schep**: “Aios komen in het verpleeghuis veel verschillende problematiek en vaak ingewikkelde casus tegen. Veel cliënten hebben immers meerdere gezondheidsproblemen tegelijk. Tijdens de terugkomdag kunnen de aios daarover onderling én met mij van gedachten wisselen. Ze spiegelen hun ervaringen, zowel positief als negatief, en komen zo een stap verder.”

In het verpleeghuis komen vaak gedragsproblemen voor bij cliënten met dementie. Te denken valt aan onrust, agressie of apathie. Een huisarts ziet dergelijke problemen minder vaak. Schep: “Daarom hebben huisartsdocent Kirsten Gelsema en ik een extra scholing ontwikkeld over dit onderwerp, waarbij we echt de diepte in gaan. Door de juiste acties te ondernemen, is iets te doen tegen het probleemgedrag.”

Huisartsen hebben ook minder ervaring met de ziekte van Parkinson in een vergevorderd stadium, mensen die ernstige gevolgen ondervinden van een CVA of problematiek rond de dood, waaronder palliatieve sedatie, euthanasie of een moeizaam stervensproces. “De huisarts en ik bespreken tijdens de terugkomdagen met de aios hoe je daar het best mee omgaat, welke medicatie kan helpen, et cetera.”

Ouderen blijven steeds langer thuis wonen en de huisarts krijgt daardoor te maken met steeds zwaardere lichamelijke klachten, eenzame ouderen en overbelaste mantelzorgers. Schep benadrukt dat een goede samenwerking tussen huisarts en specialist ouderengeneeskunde belangrijk is voor een goede begeleiding. “Contact met elkaar en kennis van elkaars werk is daarbij essentieel. Bij mijn werk in het verpleeghuis heb ik steeds vaker contact met huisartsen. Ik doe bijvoorbeeld consulten aan huis om de problematiek in kaart te brengen en advies te geven. Het gebeurt steeds vaker dat we het samen doen.”

Het onderwijs aan de aios geeft Schep energie. “Het verrijkt mijn vak en houdt me scherp. Waarom doe ik wat ik doe? Waarom maak ik deze keuze? Bovendien is het leerzaam om via de aios te horen hoe het er in andere verpleeghuizen aan toegaat.”

Huisartsen in opleiding lopen gedurende hun tweede jaar stage in de kliniek, een verpleeghuis en bij een GGZ-instelling. Sinds 2017 krijgen de stages extra verdieping: er zijn drie specialisten uit de praktijk toegevoegd aan het team dat het onderwijs verzorgt tijdens de terugkomdagen. Aios reageren enthousiast.

Het tweede jaar van de huisartsopleiding is anders dan het eerste en derde, omdat het zich grotendeels afspeelt buiten de huisartspraktijk. De toekomstige vakgenoten vervullen dan drie stages bij instellingen waarmee huisartsen regelmatig samenwerken.

Om extra verdieping in dit opleidingsjaar aan te brengen, worden specialisten uit de praktijk van de belangrijkste stagegebieden als gastdocent ingezet voor het onderwijs tijdens de terugkomdagen. Verder heeft de huisartsopleiding sinds 2017 drie specialisten vast opgenomen in de staf. Hun bijdrage is een aanvulling op het onderwijs van de huisartsdocenten en gedragswetenschappers, met wie de specialisten één onderwijsteam vormen. Dit leidt tot interprofessioneel leren en is een opmaat tot de samenwerking die huisartsen later in hun praktijk aangaan met zorgverleners in ziekenhuizen, instellingen voor ouderenzorg en in de psychiatrie.

‘Kennismaken met latere gesprekspartners’

SEH-arts **Ineke Dekker**: “De meerderheid van de aios huisartsgeneeskunde loopt de klinische stage in het tweede jaar op een Spoedeisende Hulp. Zij zoeken tijdens hun stage verdieping op het gebied van pathologie, maar willen vooral ook graag zien wat er met een patiënt gebeurt nadat de huisarts die heeft ingestuurd naar het ziekenhuis. Dat kan ik ze als clinicus goed meegeven.”

Zij vervolgt: “Voor huisartsen in opleiding is het goed dat ze gevoel krijgen voor welke patiënt op de polikliniek thuishoort en welke op de SEH. Er worden in ziekenhuizen steeds meer zorgpaden ontwikkeld waar je als huisarts naar kunt verwijzen. Maar welke patiënt presenteer je waar? Dat ervaar je tijdens een stage in de kliniek en daar praten we veel over tijdens de terugkomdagen. De aios zitten zeker op de SEH dicht bij het vuur, zo ontwikkelen ze *gut feeling*. Wat de medische inhoudelijke vragen betreft, die zeker ook komen, fungeer ik een beetje als wandelende encyclopedie!” De organisatie van de zorg begint in de eerste lijn. Dekker: “Daarom is samenwerking ontzettend belangrijk. Door andere eerste- en tweedelijnspecialisten in te zetten bij de huisartsopleiding, leg je daarvoor een basis. We zijn tijdens de rest van de carrière van de aios immers gesprekspartners, met de zorg voor de patiënt als uitgangspunt. Ik hoop eigenlijk dat deze vorm van onderwijs wordt overgenomen bij andere opleidingsziekenhuizen.”

Het docentschap bevalt Dekker. “Ik ben al jaren actief in het onderwijs: als ik niet in het ziekenhuis aan het werk ben, geef ik vaak les bij stichtingen die jonge artsen de beginselen van de acute geneeskunde bijbrengen. Je zou het bijna een hobby kunnen noemen. Ik geniet oprecht wanneer ik mensen zie groeien en opleven tijdens zo’n cursus. Ik probeer zaken pragmatisch uit te leggen, in duidelijke taal en aan de hand van toepasbare voorbeelden uit de praktijk. Het is mooi om te ontdekken hoe je dat het best doet. En als ik dan later van een aios terug hoor dat de verdovingsprik die we geoefend hebben nu heel goed gaat, dan ben ik blij. Het is dankbaar werk. Daarbij: ik word tijdens het onderwijs ook zelf geprikkeld door tien heel leergierige aios die tegenover me zitten.”



Langdurige en acute zorg

Specialist ouderengeneeskunde Esther Schep draagt bij aan het verdiepingsonderwijs tijdens de chronische zorgstage in het verpleeghuis (of hospice of instelling voor klinische geriatrie). Zij is al geruime tijd actief in een verpleeghuis van Zorgpartners Midden-Holland, een organisatie voor ouderenzorg. Ook heeft zij zes jaar gewerkt in de ouderenpsychiatrie. Intensivist Huibert Ponssen en SEH-arts Ineke Dekker geven verdieping aan de terugkomdagen tijdens de stage in de kliniek. Dekker werkt in het Franciscus Gasthuis op de SEH en ziet daar dat de acute zorg steeds meer een zaak wordt van huisarts en ziekenhuis sámen. Ponssen werkt nu negentien jaar in het Albert Schweitzer Ziekenhuis als internist met het aandachtsgebied intensive care en acute geneeskunde. Hij heeft speciale aandacht voor onderwijs, kwaliteit en veiligheid, calamiteitenanalyse en infectieziekten. •

Medisch specialisten in dienst bij huisartsopleiding

Hoe onafhankelijk bent u?

Komt een farmaceut bij de dokter

De laatste jaren zijn huisartsen steeds alerter op mogelijke beïnvloeding vanuit de farmaceutische industrie. Maar het blijft opletten, stelt Patrick Bindels van het Erasmus MC. “Vraag jezelf goed af: waar haal ik mijn informatie vandaan?”

Laten we eens beginnen bij de afdeling Huisartsgeneeskunde zelf. Hoe gaan ze daar om met farmaceuten die hun product willen promoten? “Al het onderwijs en alle opleidingen en nascholingen die we verzorgen, zijn vrij van sponsoring door de farmaceutische industrie”, stelt afdelingshoofd Patrick Bindels. “Dit hebben we een aantal jaar geleden vastgelegd in een principe-akkoord, samen met alle acht Huisartsgeneeskunde-afdelingen in Nederland. Zo proberen we alle schijn van belangenverstrengeling te vermijden.”

Dit beleid zien we bijvoorbeeld terug bij het jaarlijkse Erasmus MC-congres ‘Ontwikkelingen in de Huisartsgeneeskunde’, dat ditmaal plaatsvond op donderdag 2 en vrijdag 3 november. Bindels: “Voor het tweede jaar op rij hadden we hier geen geneesmiddelenstands meer van farmaceuten. Het gros van de huisartsen vindt dit een prima ontwikkeling. Want ook huisartsen in de regio zijn hier de afgelopen jaren veel bewuster mee bezig.”

Objectief of niet?

Neem bijvoorbeeld de nascholingen die worden gesponsord of zelfs georganiseerd door farmaceuten. “Artsen stellen zichzelf in toenemende mate de vraag: hoe objectief is de informatie die ik hier krijg? En moet ik daar dan wel heengaan? Ook zijn er steeds meer huisartsen die geen artsenbezoekers meer ontvangen. Wat we de laatste tijd wel vaker zien, is dat farmaceuten praktijkondersteuners

benaderen. Dat is een punt van aandacht, want ook daar kan beïnvloeding plaatsvinden.”

Overigens wil Bindels niet alle ‘farmaceuten’ wegzetten als *bad guys* die primair uit zijn op beïnvloeding. “De farmaceutische industrie doet ook goede dingen. Er worden effectieve geneesmiddelen ontwikkeld waar veel mensen baat bij hebben. En wanneer wij als afdeling samenwerken met de farmaceutische industrie op het gebied van wetenschappelijk onderzoek, doen we dat alleen volgens internationale Good Clinical Practice richtlijnen. Daarbij leggen we vooraf vast dat we volledige vrijheid hebben wat betreft de opzet, analyse en publicatie van de studie. Als je dat goed regelt is er niets aan de hand.”

Wat betreft de voorlichting vanuit de farmaceutische industrie kan Bindels goede en slechte voorbeelden noemen. “Maar beïnvloeding ligt altijd op de loer. Dat blijkt uit veel literatuur; zelfs het bijwonen van een eenvoudige lunch georganiseerd door een farmaceut kan leiden tot een toename in het aantal prescripties van het desbetreffende product.” Bewust dan wel onbewust.

Kritische massa

Hoe kun je als huisarts dan wél op de hoogte blijven van nieuwe ontwikkelingen op medicamenteus vlak? “Het ideale is natuurlijk een onafhankelijke geneesmiddelenvoorlichting, waarin de farmaceuten geen enkele rol spelen. Een goed voor-

beeld daarvan is het Geneesmiddelenbulletin”, aldus Bindels. “Het zou een taak van overheid en zorgverzekeraars moeten zijn om bij te dragen aan onafhankelijke voorlichting. Het gaat tenslotte om de gezondheid van de patiënt.”

Een andere optie voor huisartsen die meer willen weten: organiseer een farmacotherapeutisch overleg (FTO). “In zo’n FTO-groep is je kritische massa groter; samen met collega-artsen kun je meer kritische vragen stellen over de verstrekte informatie. Nodig voor zo’n overleg bij voorkeur meerdere fabrikanten uit die hetzelfde medicijn verkopen, en vraag een apotheker om mee te kijken en discussiëren.”

‘Beïnvloeding ligt altijd op de loer’

Zelf kijkt Bindels, al ruim twintig jaar werkzaam als huisarts in Amsterdam, vooral naar de NHG-standaarden. “Daarin staat duidelijk omschreven welke producten de eerste, tweede en derde voorkeur hebben. Wijk je daar als huisarts van af, bijvoorbeeld door te kiezen voor een nieuw product? Vraag jezelf dan goed af: waarom wijk ik af? Ben ik voldoende op de hoogte van de voordelen van het betreffende product ten opzichte van wat er in de standaard staat? En waar haal ik mijn informatie vandaan? Ben ik objectief voorgelicht door een onafhankelijke partij of is er misschien sprake van eenzijdige informatievoorziening? Dat zijn belangrijke vragen om jezelf te stellen, in het belang van je patiënten.” •



Constitutioneel eczeem, astma en allergische rhinitis

'Atopisch kind jaarlijks op controle'

Huisartsen doen er goed aan kinderen met constitutioneel eczeem, astma of allergische rhinitis minstens een keer per jaar uit te nodigen voor controle. Zo kan worden voorkomen dat de levenskwaliteit onnodig afneemt. Dit adviseert David Pols na zijn [promotieonderzoek](#).

Wat waren je belangrijkste onderzoeksvragen?

"Ik heb onderzoek gedaan naar drie atopische aandoeningen bij kinderen: constitutioneel eczeem, astma en allergische rhinitis. Hoe vaak komen deze ziektebeelden voor in de huisartsenpraktijk? En wat kenmerkt deze atopische jongens en meisjes?"

Wat was de aanleiding voor de studie?

"Huisartsen zien relatief vaak kinderen met genoemde atopische aandoeningen, maar er is weinig bekend over de prevalentie van deze ziekten in de huisartsenpraktijk."

Hoe is de studie gedaan?

"Ik heb me in eerste instantie gebaseerd op wetenschappelijke literatuur wereldwijd. In tegenstelling tot in huisartsenpraktijken is er op scholen veel onderzoek verricht naar de prevalentie van de drie aandoeningen. Denk aan ISAAC-studies: de International Study of Asthma and Allergies in Childhood. Maar via bijvoorbeeld PubMed, Embase en Google Scholar zijn er toch ook artikelen te vinden over de drie atopische ziektes in de huisartsenpraktijk. Een gedetailleerder beeld van de Nederlandse huisartsenpraktijk kreeg ik via de database van onderzoeksinstituut NIVEL (NIVEL Zorgregistraties eerste lijn). Wij hebben de gegevens kunnen gebruiken van ruim 478.000 kinderen tussen nul en achttien jaar die tussen 2002 en 2014 zijn gezien door een huisarts."

Hoe vaak komt constitutioneel eczeem voor?

"Bij de onderzoeken op scholen wereldwijd zei 7.9% van de kinderen symptomen te hebben die passen bij eczeem. We hebben vervolgens in online databases de onderzoeken geselecteerd waarvan we zeker weten dat er een huisarts bij betrokken was. Toen daalde het percentage in sommige studies naar 1.8%. Er zijn twee verklaringen voor het verschil tussen de prevalenties in de open populatie en huisartsenpopulatie. Eén: huisartsen missen weleens een diagnose of registreren het anders, bijvoorbeeld als 'lokale roodheid', waardoor hun cijfers wat lager uitvallen. Twee: in de open populatie kan een percentage juist wat hoger zijn, omdat een symptoom soms ten onrechte wordt toegeschreven aan een atopische ziekte. Jeuk kan bijvoorbeeld ook duiden op iets anders dan constitutioneel eczeem. In de NIVEL-database, waar we hebben gekeken naar iedereen tussen twee en achttien jaar, was het percentage 6.1."

En de scores van astma en allergische rhinitis?

"Op scholen wereldwijd zie je astma bij 12%, bij de geselecteerde huisartsenonderzoeken wereldwijd 3 tot 6.5% en in Nederland 6.1%. Bij allergische rhinitis zijn de percentages respectievelijk 12.7, 0.4 tot 4.1 en 5.9."

Wat concludeer je uit de cijfers?

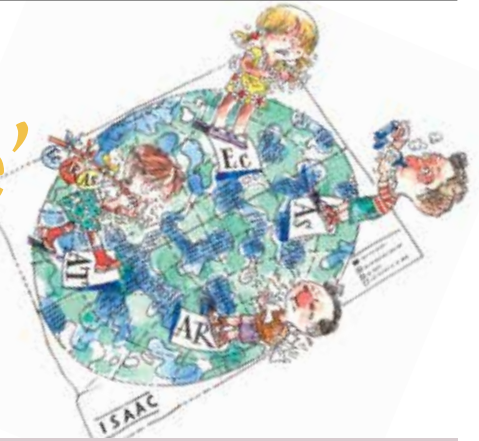
"Dat de percentages in de Nederlandse huisartsenpraktijk behoorlijk overeenkomen met die voor de gemiddelde onderzochte huisartsenpraktijk elders in de wereld, maar ook dat veel diagnoses waarschijnlijk nog niet goed vermeld staan in de dossiers. Kinderen met alle drie de atopische aandoeningen komen veel vaker voor dan je op basis van het toeval zou verwachten. Wees daar als huisarts alert op, deze groep heeft waarschijnlijk extra aandacht."

Welke andere kenmerken zie je bij kinderen met deze ziekten?

"Dikwijls hebben atopische kinderen nog meer ziekten; ze hebben deze aandoeningen gemiddeld vaker dan niet-atopische kinderen. Soms zijn dit diagnoses die kunnen wijzen op andere atopische aandoeningen. Bij eczeem zie je bijvoorbeeld vaker de symptoomdiagnose 'piepende ademhaling', wat kan wijzen op astma. Maar ik constateerde ook het gelijktijdig optreden van veel niet-atopische ziekten bij atopische kinderen. Bijvoorbeeld astma en luchtwegproblemen. Of allergische rhinitis en een scala aan keel-, neus- of ooraandoeningen."

Welke verschillen zijn er nog meer met andere kinderen?

"Laat je medicatie tegen constitutioneel eczeem, astma of allergische rhinitis buiten beschouwing, dan gebruiken atopische kinderen nog steeds meer medicatie dan leeftijdsgenoten. Kinderen met deze atopische aandoeningen krijgen bepaalde middelen vaker voorgeschreven dan andere kinderen in de huisartsenpraktijk. Antibiotica bijvoorbeeld. Verder blijken kinderen met constitutioneel eczeem, astma of allergische rhinitis vaker de huisarts te bezoeken. 80 tot 82% gaat er jaarlijks heen, tegenover 65 tot 67% bij de kinderen zonder zo'n ziekte. Het



Naam: Functie:

David Pols
huisarts in het Carnissehuis in Rotterdam en coördinator Bachelorfase Studentenonderwijs binnen afdeling Huisartsgeneeskunde Erasmus MC.

Promotie: Promotor:

woensdag 6 december
hoogleraar en afdelingshoofd Huisartsgeneeskunde Patrick Bindels.

Copromotoren:

universitair docent Arthur Bohnen van de afdeling Huisartsgeneeskunde en senior onderzoeker Mark Nielen van het NIVEL.

verschil wordt voor de ene helft veroorzaakt door de atopische aandoening en voor de andere helft door niet-atopische aandoeningen."

Wat is jouw advies aan huisartsen?

"Houd kinderen met constitutioneel eczeem, astma, en allergische rhinitis goed in de gaten. Controleer ze jaarlijks minstens één keer; zo kun je bijdragen aan een betere levenskwaliteit, onder andere door bijtijds atopische comorbiditeit te diagnosticeren en te behandelen. Ontstoken wondjes, jeukende ogen, moeizame ademhaling en slecht slapen zijn vaak te voorkomen." •

Vernieuwingen gewaardeerd

De afdeling Huisartsgeneeskunde heeft de MORE Onderwijsprijs ontvangen. De speciale lustrumprijs werd toegekend vanwege het innovatieve onderwijs aan studenten Geneeskunde. “Het onderwijs is nog uitdagender en levensechter geworden”, aldus hoofd Studentenonderwijs Gijs Elshout.

Afgelopen juni organiseerde de Medische Faculteits Vereniging Rotterdam alweer voor de vijftiende keer de jaarlijkse MORE (Medische OnderwijsRaad Erasmus MC) Onderwijsprijs. De speciale Lustrumprijs 2017, voor beste afdeling in het Erasmus MC op het gebied van onderwijsinnovatie? Die ging naar de afdeling Huisartsgeneeskunde, voor de ontwikkelingen binnen het consultvoeringsonderwijs en klinisch redeneren. “Het mooie is dat deze prijs wordt toegekend door de studenten, die onze vernieuwingslag blijkbaar herkennen en erkennen”, zegt hoofd Studentenonderwijs Gijs Elshout. “Het vernieuwde onderwijs sluit aan bij hun leefwereld - en bij hoe zij vinden dat onderwijs gegeven moet worden.” “Alle tijd en energie die we in de ontwikkeling van ons onderwijs hebben gestoken, is niet voor niets geweest”, beaamt docent Florence Gan-Creijghton. “Mooi dat de studenten dit waarderen.”

Consultvoering

De eerste grote vernieuwing betreft het consultvoeringsonderwijs binnen de bachelor Geneeskunde. Twee jaar geleden hebben de afdelingen Medische Psychologie en Psychotherapie (MPP) en Huisartsgeneeskunde een geheel nieuwe lijn ingevoerd, waarbij drie onderwijsonderdelen zijn geïntegreerd: medische psychologie, klinisch redeneren en practicum klinische vaardigheden (PKV). “Gezamenlijk hebben we gekeken: wat heeft een student aan het eind van zijn bachelor nodig?”,

vertelt Gan-Creijghton, PKV-docent en een van de grondleggers van het nieuwe programma. “Vervolgens hebben we gezamenlijk een driejarig bachelorprogramma ontwikkeld om de student dat te kunnen leren. Daarbij hebben we bewust gekozen om de verschillende onderdelen te laten onderwijzen door diegenen die dat het best kunnen. Voorheen begonnen de psychologen bijvoorbeeld met het aanleren van de medische anamnese, maar dat leggen we nu bij de artsen neer. Daardoor kunnen de psychologen zich meer richten op de verdieping. Het programma richt zich op integratie van vaardigheden; wat de studenten aanleren bij

klinisch redeneren of medische psychologie, passen ze later toe in de praktijk. Bijvoorbeeld: welke vragen stel je? Maar ook: hoe stel je die vragen?” “De drie onderdelen binnen de consultvoeringslijn - klinisch redeneren, PKV en medische psychologie - horen bij elkaar”, vult Elshout aan. “Je moet leren denken als een dokter, lichamelijk onderzoek kunnen uitvoeren en je kunnen inleven in de patiënt.”

Virtueel consult

Eerstgenoemd onderdeel, klinisch redeneren, is twee jaar geleden eveneens volledig vernieuwd. “Het onderwijs ‘oude stijl’ was óók al goed. Maar het is nu nog uitdagender en levensechter”, stelt Elshout, behalve hoofd Studentenonderwijs ook docent klinisch redeneren. “In het eerste en tweede bachelorjaar wordt aan de hand van opnames van een (simulatie)patiënt en een uitdraai van het huisartsendossier het proces van klacht naar diagnose geoefend, onder begeleiding van een ervaren arts. In het derde jaar ga je als student aan de slag met

een virtuele patiënt. Je ziet in een filmpje de patiënt levensecht voor je. Bijvoorbeeld een vrouw van 33 jaar met buikpijn, met wie je een virtueel consult doorloopt. Als student word je meer getriggerd om goed na te denken: wat ga ik precies vragen en inzetten? Wat helpt mij verder? Je loopt niet meer lineair een papieren casus door, zodat je nu afslagen kunt nemen in je redenering. Zo loop je wel meer risico om op een foute diagnose uit te komen, maar in een veilige omgeving. Op een leerzame manier.” Elshout verwacht dat het onderwijs in de komende jaren nog realistischer zal worden. “Denk bijvoorbeeld aan realtime telefonische patiëntoverdrachten van de ene aan de andere student, maar misschien ook ooit wel aan een virtuele spreekkamer. *The future is out there.*”

Toekomst

De lustrumprijs is voor de afdeling Huisartsgeneeskunde een mooie aanmoediging om de onderwijsinnovatie verder door te zetten. Voorbeelden? “In het tweede bachelorjaar gebruiken we nu nog e-learnings van buitenaf voor Medische Technieken. Die e-learnings willen we zelf gaan ontwikkelen”, licht Gan toe. “En afgelopen jaar hebben we een nieuw video- en beoordelingssysteem ingevoerd. Dat willen we doorontwikkelen, zodat we alle mogelijkheden optimaal kunnen gebruiken.” Voor de nieuwe master Geneeskunde, waarin studenten vanaf 2019 een geactualiseerd coschap Huisartsgeneeskunde met bijbehorend onderwijsprogramma volgen, voorziet Elshout eveneens een vernieuwingslag. “Ook in dat onderwijs willen we innovatief zijn en zoeken naar digitale vormen die aansluiten bij de huidige tijd. Uiteraard wel onderwijsvormen die een meerwaarde hebben voor de leerdoelen. Niet vernieuwen om het vernieuwen, maar alléén om het onderwijs beter en leuker te maken.” •



Vlnr: David Pols, Sander Koning, Patrick Bindels, Marleen Kooijman, Evelien de Schepper, Elwin Plouvier, Florence Gan-Creijghton, Jorgen Damen en Gijs Elshout.



Aan de slag in Israël

Spreekuur tussen dikke muren

Een jaar lang verbleef het echtpaar Karin Prins en Micha de Vries in Israël, waar ze beiden op verschillende plekken werkten als huisarts. “Mijn eerste patiënt in Israël was weer net zo eng als mijn allereerste patiënt dertig jaar geleden.”

In oktober 2016 verruilden Prins en De Vries hun praktijk in Middelburg voor een verblijf in Israël. “We zijn allebei Joods en vaak in Israël geweest”, vertelt de 62-jarige Micha de Vries. “We waren benieuwd hoe het is om daar een jaar te wonen en ook te werken”, vult de 56-jarige Karin Prins aan. Na een intensieve cursus Hebreeuws van drie maanden - en het invullen van oneindig veel formulieren - konden ze aan de slag als huisarts. “In het noorden van het land, in een dunbevolkt gebied waar een huisartsentekort is”, aldus De Vries. “We wilden graag wat bijdragen aan het land.”

Veel verwijzen

De geneeskunde in Israël staat volgens De Vries op een zeer hoog niveau. “Met uitstekende zorg, ziekenhuizen en preventieprogramma’s. De huisartsgeneeskunde daarentegen is niet ver ontwikkeld. Zo zijn er bijvoorbeeld geen standaarden.”

“De huisartsopleiding bestaat ook nog niet zo lang”, vervolgt Prins. “En in de huisartspraktijken werken voornamelijk basisartsen, samen met kinderartsen, gynaecologen en soms orthopeden. De huisartsen die we hebben zien werken, zijn meer administratieve krachten die veel verwijzen.”

De Vries: “Een vrouw met menstruatiekachten? In Nederland hoort dat bij huisartsgeneeskunde, maar in Israël verwijs je die patiënt naar de gynaecoloog.” Prins: “Al stonden collega-medici wel open voor onze expertise. Bijvoorbeeld als ik zei: dit kan ik zelf behandelen of hechten.”

In Israël is er gratis gezondheidszorg voor iedereen, via een van de vier ziekenfondsen. De Vries: “Als huisarts ben je in dienst van een van die fondsen. Ik werkte vooral in een stad, maar ook drie ochtenden per week in een klein dorpje met 3.000 inwoners. Een dorp met een pleintje, een winkel, een kapper en twee huisartspraktijken die met elkaar concurreren.”

Open deur

Niet alleen het systeem was anders dan het echtpaar gewend is, dat gold ook voor de werkomstandigheden. “Mijn spreekkamer was een veilige kamer, met betonnen muren van een meter dik en ijzeren luiken”, vertelt De Vries. “Als het luchtalarm afgaat

in de omgeving, heb je dertig seconden om op zo’n veilige plek te komen.”

Prins: “In Israël is de deur van de spreekkamer vaker open dan dicht. Tijdens een consult kan er zomaar iemand binnenlopen voor een recept. Dat kun je je in Nederland niet voorstellen.” Bij sommige mannelijke patiënten moest Prins - als vrouwelijke arts - sowieso de deur openlaten. “Ik werkte in een wijk waar veel streng religieuze joden wonen. De mannelijke patiënten waren heel vriendelijk en respectvol, maar vanwege hun geloof gaven ze me geen hand. Ze keken me ook niet aan tijdens het consult. Ik kon hen overigens wel onderzoeken.”

“Als het medisch noodzakelijk is mag alles”, knikt De Vries, die net als zijn vrouw kennismakte met een heel diverse patiëntenbevolking. “Arabieren, orthodoxe en niet-orthodoxe joden, druzen en allerlei immigranten. Diverse bevolkingsgroepen met verschillende ziekten. Ook ziekten die in Nederland niet veel voorkomen. In Israël vragen patiënten na twee uur keelpijn al om een keelkweek, uit angst voor ernstige complicaties bij streptokokkeninfecties. Dat is iets waar je als Nederlandse arts niet snel aan zou denken.”

Praatvak

Karin Prins en Micha de Vries kijken terug op een onvergetelijk jaar. “Israël is een prachtig land, heel groen en heuvelachtig met rivieren en bossen”, zegt De Vries. “De mensen zijn heel lief en gastvrij. De dag dat we aankwamen in het dorp, stonden de bewoners bijna in de rij om ons uit te nodigen voor het eten.”

Wat het jaar hun geleerd heeft? “Dat er meerdere manieren zijn om huisartsgeneeskunde te bedrijven. Hoe je pijn, een behandeling en geneeskunde ervaart, is deels cultureel bepaald”, vertelt Prins. “En na een jaar in een vreemd land, met een andere taal en een ander schrift, kan ik me voorstellen hoe het bijvoorbeeld voor een Syriër is om in Nederland zijn weg te vinden. In het begin voel je je heel klein.” Haar man knikt. “Omdat huisarts een praatvak is, was ik in het begin heel onzeker. Mijn eerste patiënt in Israël was weer net zo eng als mijn allereerste patiënt dertig jaar geleden.” •



Artrose heup en knie

Pijnbeloop voorspellen

Meldt een patiënt zich voor de eerste keer bij u met pijn aan de knie of heup? Vermoedt u artrose? Een röntgenfoto zal u niets wijzer maken over het pijnbeloop, blijkt uit [promotieonderzoek](#) van Alex Bastick. Hij achterhaalde wel andere voorspellende factoren.

Wat waren je belangrijkste onderzoeksvragen?

“Ik wilde weten waarom sommige mensen met knie- of heupartrose ernstige pijn ontwikkelen in de loop der jaren en waarom dat voor andere niet opgaat. Aan de hand van welke kenmerken kun je in een vroege fase van de aandoening het pijnbeloop voorspellen? Als je weet hoe de klachten zich zullen ontwikkelen, kun je daar vroegtijdig je beleid op afstemmen.”

Wat was de aanleiding voor je onderzoek?

“Er zijn veel definities van ‘artrose’. Op basis van

bijvoorbeeld leeftijd, (opstart)pijn en stijfheid kun je komen tot een klinische diagnose. En wanneer artrose wordt vastgesteld op een röntgenfoto, wordt gesproken over radiografische diagnose. Maar de praktijk leert dat een radiografische diagnose vaak weinig zegt over hoe iemand zijn situatie ervaart. Sommige mensen hebben geen pijn, terwijl per toeval wel artrose op een röntgenfoto is ontdekt, bijvoorbeeld toen een opname werd gemaakt na een val op de knie. Bij anderen is géén artrose zichtbaar op het beeld, maar zijn er toch pijnklachten. De discrepantie tussen foto en ervaren klachten is overigens iets groter bij knieartrose dan

bij heupartrose. Hoe dan ook, het is mede om deze reden dat internationale richtlijnen over knie- en heupartrose adviseren bij een vermoeden hiervan geen röntgenfoto te laten maken. In het kader van zin en onzin van bepaalde medische handelingen wilde ik bekijken of ik de argumentatie voor dit beleid kon bevestigen.”

Bij wie is het onderzoek verricht?

“Bij 1002 Nederlanders tussen de 45 en 65 jaar die voor de eerste keer bij de huisarts kwamen met pijn- en stijfheidsklachten van knie en/of heup. Sommigen hadden last van beide gewrichten. Daardoor heb ik bij ruim 800 mensen gekeken naar de knie en bij meer dan 500 naar de heup. Ik heb data gebruikt van de CHECK-studie. CHECK staat voor Cohort Heup En Cohort Knie. De studie wordt gefinancierd door het Reumafonds.”

Hoe heb je de studie uitgevoerd?

“De deelnemers hebben tussen 2005 en 2015 regelmatig vragenlijsten ingevuld en lichamelijk onderzoek ondergaan. Hoe erg was bijvoorbeeld de pijn en welke beweegbeperkingen werden ervaren? Er is ook bloedonderzoek verricht, onder meer naar eventuele ontstekingscellen. Röntgenfoto's horen eveneens bij de studie. Ik heb gegevens geanalyseerd die waren verzameld na vijf en zes jaar.”

Wat zijn de belangrijkste resultaten?

“Een röntgenfoto in de vroege fase van artrose heeft inderdaad geen voorspellende waarde. De ernst van de artrose op dit beeld zegt niets over het pijnbeloop. Een huisarts kan zich wel laten leiden door andere factoren. Comorbiditeit, een hoge BMI, een laag opleidingsniveau en een pijnlijke gewrichtsspleet gaan bij knieartrose vaak samen met flinke pijn op de langere duur. Bij heupartrose zijn een lage opleiding en een pijnlijke endorotatie belangrijke voorspellers.”

Wat heb je nog meer vastgesteld?

“Voor knieartrose heb ik zes pijnbelopen gevonden en voor heupartrose vier. Deze belopen zijn nuttig voor de huisarts. Je kunt bijvoorbeeld de patiënt vertellen wat hij waarschijnlijk kan verwachten.

Naam: Functie:

Alex Bastick
huisarts in Oosterhout (zie pagina 6/7). Onderzoeker afdeling Huisartsgeneeskunde Erasmus MC.

Promotie: Promotoren:

dinsdag 12 december
hoogleraar Artrose en gerelateerde aandoeningen
Sita Bierma-Zeinstra en
hoogleraar en afdelingshoofd Huisartsgeneeskunde Patrick Bindels.

56% van de patiënten met milde kniepijn in het begin en 60% van de patiënten met milde heuppijn in het begin, zal geen ergere pijn krijgen. Maar er is een kleine groep met weinig pijn in het begin die later hevige pijn ontwikkelt. Een andere groep heeft aanvankelijk hevige pijn, maar die neemt in de vijf jaar erna langzaam af. De pijnbelopen voor knieartrose vind je in [British Journal of General Practice. 2016 Jan;66\(642\):e32-9](#) en die voor heupartrose in [Osteoarthritis & Cartilage. 2016 May;24\(5\):768-75](#).”

Welk ander nut hebben de resultaten voor huisartsen?

“Bij genoemde risicofactoren kun je besluiten tot een proactief beleid. Heeft iemand bijvoorbeeld een pijnlijke gewrichtsspleet of een pijnlijke endorotatie? Nodig hem dan uit voor een jaarlijkse of halfjaarlijkse controle ter evaluatie van de klachten en om bijvoorbeeld pijnmedicatie voor te schrijven of te verhogen.”

Wat is je advies aan huisartsen?

“Het bestaande afwachtende beleid is gerechtvaardigd. Een radiografische diagnose heeft geen voorspellende waarde voor pijn. Focus je dus op de klachten van de patiënt. Verwijs pas naar de orthofoon wanneer de pijn niet afneemt na maximale inzet van de conventionele middelen, zoals pijnmedicatie, fysiotherapie of corticosteroïden-injecties. Besef ook dat de orthofoon niet veel méér te bieden heeft dan de huisarts: in principe alleen een operatie. En die leidt niet altijd tot succes.” •

Aantrekkelijkere contractering structurele coassistentopleiders

Keuze voor meer zekerheid en beloning

Al 25 huisartsen gaan in de vorm van een nieuw en aantrekkelijker contract met de afdeling Huisartsgeneeskunde vastleggen dat zij structureel coassistenten opleiden. Zo ook Monica Stoque. Zij vertelt over haar beweegredenen.



Sander Koning en Monica Stoque

“Het is vandaag een beetje saai, hè?” Monica Stoque, eigenaar van een solopraktijk in Rotterdam, kan zich vinden in de opmerking zonet van haar assistente. De dag van het Augustijn-interview is ook de eerste dag nadat haar vorige coassistent is vertrokken. Gelukkig dient zich over vijf dagen de volgende alweer aan, lacht ze. “De aanwezigheid van een coassistent werkt verfrissend”, zegt Stoque. “Het is leuk en vaak ook leerzaam om een jong persoon in de praktijk te hebben die bijvoorbeeld vragen stelt over zaken die voor jou vanzelfsprekend zijn. Het brengt een bepaald soort levendigheid. Vandaar dat ik precies begreep wat mijn assistente bedoelde.”

Enthousiast en betrokken

Stoque is een van de huisartsen die een nieuwe contractering aangaan voor actieve coassistentopleiders van het Erasmus MC. Met de aangepaste opzet wil de afdeling Huisartsgeneeskunde meer zekerheid en beloning bieden aan enthousiaste en betrokken huisartsen die structureel coassistenten opleiden (zie [Augustijn 17, pagina 6/7](#)). Preciezer geformuleerd: aan coassistentopleiders die jaarlijks ten minste vier coassistenten opleiden en voldoen aan een aantal randvoorwaarden, zoals spreek-

kamerruimte voor de coassistent en een aantal doorlopen scholingsmodules.

Stoque (45): “Ik ben in 2010 begonnen als huisarts. Sinds begin 2016 heb ik bijna voortdurend coassistenten over de vloer. Ik vind dat prettig: ze zijn leergierig en kunnen je helpen voorkomen dat je al te routinematig gaat denken en handelen. Op de eerste dag zeg ik altijd: wees kritisch en durf vragen te stellen over alles wat je ziet. Zo leert niet alleen de coassistent, maar kan ook ik soms nieuwe kennis en kunde opdoen.”

Voordeel

Ze geeft een voorbeeld. “Deze coassistent was weliswaar niet illustratief voor de gemiddelde coassistent, maar maakt wel duidelijk dat het bepaald geen eenrichtingsverkeer is tijdens het coschap in een huisartsenpraktijk. Hij was een vluchteling. In zijn vaderland was hij afgestudeerd als kaakchirurg. Om hier in Nederland in die hoedanigheid aan de slag te gaan, moest hij nog een coschap in een huisartsenpraktijk afronden. Als kaakchirurg heeft hij me veel geleerd over mondproblematiek en hechttechnieken. Ik doe er nu mijn voordeel mee.”

‘Leuk, jong, verfrissend’

Continuïteit

De nieuwe contractering voor coassistentopleiders garandeert zowel de huisarts als het Erasmus MC continuïteit. Sander Koning, Coördinator Coschap Huisartsgeneeskunde bij het Erasmus MC, vat het als volgt samen: “Wij hebben nu de zekerheid dat we de coassistenten bij enthousiaste opleiders kunnen plaatsen. Andersom weet de coassistent-opleider dat hij gedurende een langere periode

Aanmelden

De coassistentopleiders van de afdeling Huisartsgeneeskunde hebben in 2017 vanuit het Erasmus MC bericht ontvangen over de nieuwe contractering. Als u (nog) geen coassistentopleider bent, maar wel graag - op structurele basis - coassistenten wilt opleiden en enthousiasmeren voor het huisartsenvak, kunt u zich wenden tot Sander Koning (s.koning@erasmusmc.nl) of de sectie studentenonderwijs (010-704 36 21).

coassistenten kan verwachten, tegen een structurele en hogere vergoeding.”

Deze zekerheid kan voor coassistentopleiders (mede)bepalend zijn bij de keuzes die zij maken. Een belangrijke: investeer ik al dan niet in benodigde extra spreekkamerruimte, waarin een coassistent zelfstandig patiënten kan zien? Koning: “Ruimtegebrek blijkt voor sommige huisartsen een reden te zijn om geen coassistent te begeleiden, terwijl ze het wel graag zouden willen. Dankzij de nieuwe contractering hebben coassistentopleiders nu meer zekerheid. Denk aan de huisarts die binnenkort gaat verhuizen of zijn praktijk laat verbouwen. Met een nieuw contract op zak zal hij waarschijnlijk eerder kiezen voor die extra ruimte.”

Andere besteding

Stoque: “Ik heb al voldoende ruimte voor een coassistent. De hogere vergoeding zal ik gebruiken voor andere bestedingen, zoals de lunch of het diner waarmee de coassistent en ik traditioneel de vijf weken afsluiten.” •

Wijk in beeld met database

Rijnmond Gezond

Grote kans dat huisartsen in de regio Rijnmond in 2018 wordt verzocht een onderzoeksdatabase te helpen opbouwen van de afdeling Huisartsgeneeskunde. Dat zou uiteindelijk gezondheidsvoordelen kunnen opleveren voor hun eigen populatie.

Stel, uit een wetenschappelijke studie blijkt dat in een aantal Rotterdamse wijken of in een bepaalde gemeente bovengemiddeld veel kinderen met astma wonen. Of dat hier meer mensen aan kanker sterven dan elders. Dan is dat het vertrekpunt voor verbetering. De gemeente of de plaatselijke GGD zou preventieve maatregelen kunnen treffen, bijvoorbeeld om luchtverontreiniging door bedrijven in deze wijken of gemeente te verminderen en zo het risico op genoemde ziekten tegen te gaan.

De afdeling Huisartsgeneeskunde van het Erasmus MC hoopt dat in de toekomst dit soort stappen kan worden gezet dankzij 'Rijnmond Gezond': een database die voortvloeit uit IPCI (zie kadertekst). IPCI is een succesvol en ruim twintig jaar oud project van de afdeling Medische Informatica. Met ondersteuning van deze afdeling, wordt Rijnmond Gezond een aparte database, beheerd door de afdeling Huisartsgeneeskunde en toegesneden op de Rijnmond-regio.

Breder en dieper

Evelien de Schepper is coördinator Rijnmond Gezond. Zij zegt: "Hiermee streven we naar onderzoeksverdieping en -verbreding voor huisartsen en de afdeling Huisartsgeneeskunde. In de bestaande situatie, met IPCI, leren we in grote lijnen over twee onderwerpen. Eén: spiegelinformatie. Je kunt zien hoe vaak in huisartsenpraktijk A sprake is van een bepaalde aandoening en bepaalde medicatie en

hoe vaak in praktijk B. En twee: monitoring van innovatieprojecten. Geeft de huisarts patiënten bijvoorbeeld vitamine B12 per injectie of per os?" Huisartsgeneeskunde heeft het voornemen in samenwerking met Medische Informatica de Rijnmond Gezond database te starten, speciaal gericht op gegevens van huisartsenpraktijken uit het verzor-

gingsgebied van het Erasmus MC. "Met Rijnmond Gezond zouden we voor de huisarts kennis kunnen vergaren over de gezondheid van inwoners in zijn specifieke gebied", vertelt De Schepper.

Sociaaleconomische status

Ze legt uit: "Daar waar IPCI alleen data over de verleende zorg verzamelt, willen wij deze data verrijken met andere informatie. Denk bijvoorbeeld aan GGD-gegevens uit een wijk. Of aan cijfers over luchtverontreiniging. Zien we op plekken met veel luchtverontreiniging dat huisartsen er vaker eczeem, astma of andere luchtwegaandoeningen tegenkomen bij kinderen? Of is er bijvoorbeeld in een wijk een verband tussen de gemiddelde sociaaleconomische status en het aantal door de huisarts waargenomen kankerpatiënten? Door via onderzoek een beter beeld te krijgen van de volksgezondheid op wijk- en gemeenteniveau in Zuidwest Nederland, kunnen hopelijk gezondheidsverbeteringen worden gerealiseerd voor bewoners."



Primeur

In het najaar is een deel van de Primeurpraktijken ook in beheer gekomen van de afdeling Huisartsgeneeskunde. Het Academisch Huisarts- en Netwerk Primeur is een samenwerking tussen dertien huisartsenpraktijken en de afdeling Huisartsgeneeskunde die twee doelen heeft: optimale uitwisseling van kennis en academische zorg voor patiënten in de huisartspraktijk. Rianne Rozendaal, de coördinator van Primeur, is ook betrokken bij dit databaseproject.

De Schepper: "De Primeurpraktijken vormen de basis van de Rijnmond Gezond-database. Om betere uitspraken te kunnen doen voor de regio Rijnmond, willen we de Primeur-database graag aanvullen met gegevens van andere praktijken uit de regio Rijnmond."

Contact

Meer weten over Rijnmond Gezond? Geïnteresseerd in deelname? Zoek contact met Evelien de Schepper via e.deschepper@erasmusmc.nl.

Feiten IPCI

- IPCI staat voor: Integrated Primary Care Information.
- Huisartsen uit het hele land leveren informatie voor deze database aan de afdeling Medische Informatica van het Erasmus MC.
- Het gaat bijvoorbeeld om de gestelde diagnoses en voorgeschreven medicatie.
- Bij IPCI zijn meer dan 800 huisartsen aangesloten. Samen voorzien zij in informatie over bijna twee miljoen (potentiële) patiënten.
- Hun Huisartseninformatiesysteem (HIS) is gekoppeld aan IPCI, zodat zij geen extra handelingen hoeven te verrichten
- De huisartsen leveren gezamenlijk een schat aan onderzoeksgegevens. Op basis hiervan verricht de afdeling Medische Informatica bijvoorbeeld studie naar de veiligheid en werking van geneesmiddelen en de incidentie en prevalentie van ziekten.
- De gegevens worden geanonimiseerd opgeslagen.
- Wat krijgen huisartsen terug? Op basis van hun data ontvangen zij praktijkrapportages. Die bieden nuttige informatie voor bijvoorbeeld jaarverslagen, aanvragen van NHG-accreditaties en communicatie met zorgverzekeraars. Denk bij dat laatste onder meer aan scores op prestatie-indicatoren.

Aantrekkelijke opleidings- en vestigingsplaats

Welkom in Zeeland!

Zeeland heeft de komende jaren dringend nieuwe huisartsen nodig. Een mogelijke oplossing: minder solopraktijken. “We moeten de praktijkvorm aanpassen aan de normen en wensen van de nieuwe generatie artsen”, stelt Coen Albers.



De vraag naar huisartsen neemt in heel Nederland toe. In Zeeland is deze problematiek extra urgent als gevolg van de grote vergrijzing binnen de beroepsgroep. “In de komende tien jaar gaat ongeveer een derde van de Zeeuwse huisartsen met pensioen”, stelt de Middelburgse huisarts Coen Albers, tevens huisartsopleider bij het Erasmus MC. Binnen de ZHCo (Zeeuwse Huisartsen Coöperatie) is hij lid van de commissie Vestiging en Opvolging. Het aantrekken van nieuwe krachten

Bijzondere regelingen aios

Binnen het Huisartsinstituut van het Erasmus MC zet Coen Albers zich - als ‘Zeeland-ambassadeur’ - in voor de promotie van zijn provincie als opleidings- en vestigingsplaats.

Hij zegt: “Het Huisartsinstituut is verantwoordelijk voor een dekkend netwerk van opleidingspraktijken, ook in perifere gebieden als Zeeland. We moeten ervoor zorgen dat er nieuwe opleiders blijven komen en dat aios kiezen voor een opleidingsplek in Zeeland.” Om aios hiervoor te interesseren, staat op de [startpagina](#) van de Huisartsopleiding van het Erasmus MC een directe link naar de site huisartsopleidingzeeland.nl. Albers: “Ook heeft de afdeling Huisartsgeneeskunde een Zeelandregeling voor aios die ver moeten reizen (www.hagrotterdam.nl/folder/141590637). En in samenwerking met de SBOH, de werkgever van aios en opleiders, is er een bijzondere regeling voor Zeeuws-Vlaanderen. Aios die hun hele opleiding daar doorlopen, krijgen een maandelijkse toeslag en bemiddeling bij het zoeken naar huisvesting en geschikt werk voor de partner.”

is niet eenvoudig. Albers: “Dat is een universeel Zeeuws probleem; ook andere sectoren als onderwijs, overheid en industrie hebben moeite om voldoende gekwalificeerde mensen te vinden. De provincie is dunbevolkt en daardoor relatief onbekend, zeker als woon- en werkgebied.” Albers kan hierover meepraten. “Als ik me bij het Erasmus MC voorstel in een nieuwe groep huisartsopleiders, is vaak de eerste reactie: ‘Kom je helemaal uit Middelburg? Hoe vroeg vanochtend ben je dan vertrokken?’ Om de provincie meer bekend te maken, organiseer ik eens per jaar een Zeelanddag voor aios en opleiders van mijn groep. Die zijn vaak prettig verrast.”

Promotiecampagne

Om Zeeland op de kaart te zetten en nieuwe collega's te werven, zijn Zeeuwse huisartsen afgelopen najaar een [promotiecampagne](#) gestart. Albers: “We willen laten zien dat Zeeland een aantrekkelijke opleidings- en vestigingsplaats is voor aios en huisartsen. Niet alleen voor jonge artsen, maar ook voor een oudere huisarts die de drukte van de Randstad wil inruilen voor de rust in Zeeland. Iedereen is welkom om een keer te komen kijken of om een week mee te lopen.” Kijk voor contactgegevens op www.zhco.nl. Aan de partners van aios en artsen wordt eveneens gedacht. Albers: “Ook zij moeten een zinvol bestaan hebben in Zeeland. Daarvoor zijn we in contact met andere sectoren en met de provincie, die daarbij een faciliterende rol kan vervullen.”

Van solo naar samen

Het relatief onbekende Zeeland promoten onder aios en artsen is slechts één deel van de oplossing, stelt Albers. “Het is minstens zo belangrijk om de huidige praktijkhouders ervan bewust te maken dat de toekomstige generatie huisartsen heel andere belangen en perspectieven heeft dan vroeger. Jonge artsen willen geen solopraktijk meer; het merendeel wil parttime werken in een groepspraktijk. Aanstaaende vertrekkers spreken we daarom persoonlijk aan met de vraag: wil jij je praktijk aanpassen aan de normen en wensen van de nieuwe generatie?” Dat is wat Coen Albers (1956) inmiddels zelf heeft

Vol spreekuur, toch rustig

De geboren en getogen Rotterdamse Anne Marijn Kool gaat een praktijk overnemen in Zierikzee. “In Zeeland is de gemiddelde patiënt gemoedelijker dan in de randstad. Bovendien heb ik hier mijn partner gevonden!”

Zeeland? Ze kende het alleen van vakantie. Toen Kool (28) als eerstejaars aios naar een huisartsenpraktijk in Brouwershaven moest, had ze vooral bedenkingen tegen de reistijd. “Maar al snel had ik het naar mijn zin. Ik kwam terecht in een kleine gemeenschap met een boerenbevolking. En in de zomer zat ik de helft van de tijd Duits te praten met toeristen die typische vakantieproblemen hadden; bijvoorbeeld een voetwond na op een oester te zijn gaan staan.”

Sinds maart is Kool waarnemend huisarts in Zierikzee. Ze vergelijkt het met de patiëntenpopulatie in Spijkenisse, waar ze wekelijks een dag werkt. “Daar is de gemiddelde patiënt mondiger en veeleisender. In Zeeland is de sfeer prettiger. Het spreekuur is er ook altijd vol, maar vanwege de instelling van de mensen is het rustiger.”

gedaan. “Op mijn 57e heb ik mijn solopraktijk samengevoegd met een andere praktijk. Ik werk nu samen met twee jonge maatschapsleden en een vaste waarnemster, allemaal met jonge gezinnen. Professioneel ben ik erop vooruitgegaan; drie artsen weten meer dan één. En de niet-patiëntgebonden taken, die ik als solist alleen deed, verdelen we naar ieders vermogen en interesse. Dankzij een betere balans tussen werk en privé is mijn leven er absoluut beter op geworden.” •

De passie van Cees Verwijs

Wanneer Cees Verwijs de deur van zijn praktijk achter zich dichttrekt, gaat hij het liefst de natuur in. Samen met zijn jachthonden. Over een buks zonder kogels, geduld en eerste hulp bij jachtongelukken.

Jagen zit in de familie. “Als jongetje van acht ging ik al met mijn vader mee het veld in. Met een buksje zonder kogels achter hazen aan. Op mijn zestiende kreeg ik mijn eerste jachtgeweer.” Een fanatieke jager? Dat is de 67-jarige Verwijs niet. “Ik ben meer een hondensportman. Heerlijk om na het werk samen met de honden in de natuur te ontspannen.” Jachthonden zijn de grote passie van Verwijs, die 27 jaar werkzaam is als huisarts in Sliedrecht. Daarnaast is hij coassistentopleider bij het Erasmus MC en bestuurslid van de KNMG Zuid-Holland Zuid en het Medisch Dispuut Dordrecht.

“We hebben drie generaties labradorteeffjes; oma, moeder en dochter. Met Sandy ben ik in 2003 Nimrod-kampioen geworden.” De hoogste eer die je in Nederland met een jachthond kunt behalen. “Alleen de beste achttien honden van heel Nederland worden hiervoor uitgenodigd. De honden moeten tijdens deze wedstrijd drie apporteerproeven doen, waarbij ze per proef verschillende opdrachten moeten onthouden.”

De Nimrod-beker staat in de spreekkamer van Verwijs, onder een schilderij met een jachttafereel. “Sommige patiënten reageren negatief, daar heb ik respect voor. Maar er zijn ook patiënten die het interessant vinden. Ze zien me hier in het dorp trouwens ook regelmatig met de honden trainen; op het gras, in de vijver. Ik vind het mooi om de hond iets bij te brengen, met veel geduld en positieve waardering. Die houding komt ook van pas in mijn werk. Bijvoorbeeld bij een langdurige behandeling, waarbij je de hoop houdt om een oplossing te vinden voor de patiënt.”

Andersom komt zijn medische kennis weleens van pas tijdens het jagen. Bijvoorbeeld toen een medejager werd geraakt door een verdwaald kogeltje. Soms werpt hij zich op als dierenarts, door ter plekke een hond te hechten. “En vorig jaar kwam mijn hond bij een sprong over het water verkeerd terecht op de bekisting. Toen ze terugkwam met de fazant, die ze eerst nog had opgehaald, ben ik meteen haar pootje gaan onderzoeken. Wat is het probleem? De schouder? De elleboog? Uiteindelijk bleek haar elleboog op twee plaatsen gebroken. Het helpt dat ik dan als arts kan handelen en ingrijpen.”



Soms ook even dierenarts