Magazine over ontwikkelingen, actualiteiten en onderzoeken in de zorg van huisartsen en specialisten ouderengeneeskunde

H+O

Amsterdam UMC, locatie VUmc

nummer 3
december 2018



ONDERZOEK & ONDERWIJS

• De ontmoeting • Implementatie binnen UNO •

• Interview met aioto Hanneke Stam •

• Deelname aan onderzoek door huisartsen • Onderwijs als terrein van onderzoek •

Amsterdam UMC
Universitair Medische Centra

Colofon

H&O is het magazine van de afdeling huisarts-geneeskunde & ouderengeneeskunde van Amsterdam UMC, locatie VUmc. Het magazine komt uit in een oplage van circa. 1800 exemplaren en wordt verspreid onder onze relaties.

Doel

H&O magazine beoogt de verschillende ontwikkelingen, onderzoeken en projecten voor het voetlicht te brengen die op dit moment actueel zijn in de zorg van huisartsen en specialisten ouderengeneeskunde. Daarbij gaat zij onder meer te rade bij medewerkers die zich binnen VUmc op één of andere manier bezighouden met deze zorg. Deze medewerkers zijn werkzaam in de volgende secties:

- Studentenonderwijs Huisartsgeneeskunde & Ouderengeneeskunde
- HOVUmc – Huisartsopleiding
- GERION – Opleiding Specialist Ouderen-geneeskunde
- Academisch Netwerk Huisartsgeneeskunde
- Universitair Netwerk Ouderenzorg
- Universitaire Huisartsenpraktijk
- Universitaire Praktijk Ouderengeneeskunde
- Wetenschappelijk onderzoek huisartsgenees-kunde & ouderengeneeskunde

Op deze manier tracht de redactie van H&O magazine een verbindende schakel te zijn tussen opleiding, onderwijs, onderzoek, het academisch netwerk en de zorgpraktijk. En gaat ze graag een dialoog aan met alle betrokkenen.

Redactie

Valentina Blom, Eva Rombouts, Maike Sparrius, Ruud Stam, Odiel Wassenaar, Hans van der Wouden

Contactpersoon redactie

Valentina Blom
Tel. 020 – 4448201
E-mail v.blom@vumc.nl

Aan dit nummer werkten mee

Ruud van den Berg, Marco Blanker, Jako Burgers, Marianne Mak, Ariadne Meiboom, Hanneke Stam, Lizette Wattel

Omslagfoto

DigiDaan

Fotografie

Valentina Blom
(pagina 2, 4, 8, 11 en 18)

Vormgeving

Joost van Ommen

Druk

Huisdrukkerij VUmc



Opleidingsinstituut Zorg en Welzijn

Samen komen we verder

Door
Henriëtte van der Horst



Dit voorwoord schrijf ik in zonnig Santiago de Chile waar ik de ‘International Conference on Behavioural Medicine’ bijwoon. Met een aantal onderzoekers van onze afdeling hebben we daar een symposium georganiseerd over SOLK (Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten). Tijdens het congres ontmoet ik onderzoekers, mensen die primair in de praktijk werkzaam zijn, mensen die betrokken zijn bij onderwijs en opleiding en natuurlijk is er ook een groep die minimaal twee soorten werkzaamheden combineert. Onderzoek, onderwijs en praktijk ontmoeten elkaar dus en die ontmoeting leidt tot een vruchtbare uitwisseling. Dat is het thema van dit nummer van dit H&O magazine.

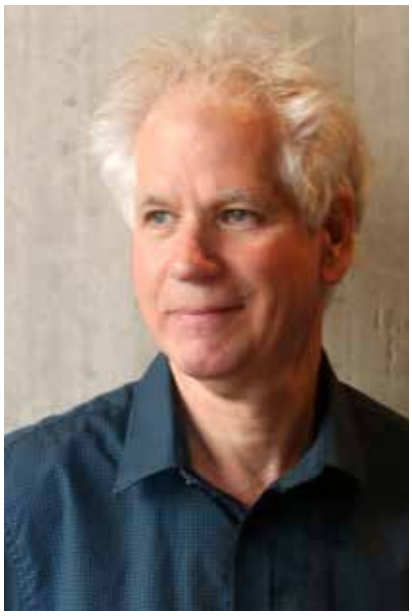
Gisteren hoorde ik een lezing van iemand uit de VS die stelde dat het gemiddeld zo’n 20 jaar duurt voor inzichten uit wetenschappelijk onderzoek de praktijk bereiken. Ik vraag me af of je dit echt zo hard kunt stellen: sommige inzichten verkregen uit wetenschappelijk onderzoek leiden snel tot anders handelen in de praktijk en andere inzichten leiden helaas niet of zelden tot de gewenste veranderingen in de praktijk.

Daar zijn veel redenen voor. Eerst moeten we vaststellen of de resultaten die een bepaald onderzoek heeft opgeleverd wel reproduceerbaar zijn en hoe ze zich verhouden tot de resultaten van ander onderzoek op datzelfde terrein. Om die reden is er bijna altijd een periode van minimaal een paar jaar nodig waarin die noodzakelijke weging plaatsvindt. Een andere factor is dat de implementatie van nieuwe inzichten moeizamer is naarmate er meer gevraagd wordt van degene die ze in de praktijk moet toepassen. Gedragsverandering is nu eenmaal lastig, voor patiënten maar ook voor artsen en andere zorgprofessionals. Een derde factor waar de spreker gisteren vooral bij stilstond, is dat voor implementatie van wetenschappelijke inzichten ook betrokkenheid en inzet van beleidsmakers nodig is. En daar wringt wel heel vaak de schoen, niet alleen in de VS, maar ook bij ons.

Om met een positief bericht te eindigen: in het hoofdlijnenakkoord hebben LHV (Landelijke Huisartsen Vereniging) en Ineen (Landelijke Vereniging ter versterking van de Eerste Lijn) met de Minister afgesproken dat er de komende periode jaarlijks twee miljoen beschikbaar komt voor de uitvoering van de huisartsgeneeskundige onderzoeksagenda. Laten we er samen voor zorgen dat we dat geld zinnig besteden om ons mooie vak nog weer verder te brengen.

Henriëtte van der Horst
Hoofd afdeling huisartsgeneeskunde & ouderengeneeskunde VUmc

In the spotlight
Ruud van den Berg



Ruud van den Berg werkte bijna 20 jaar als gedragswetenschapper aan de huisartsopleiding van VUmc. Ook was hij tot voor kort eindredacteur van het H&O Magazine. Inmiddels geniet hij van zijn pensioen.
Valentina Blom zocht hem op, om bij te praten en herinneringen op te halen.

Wat zijn de grootste verschillen in de manier van opleiden in het begin van je loopbaan en aan het eind?
In het begin was er een gecentraliseerd onderwijsprogramma, dat voor alle jaargroepen hetzelfde was. Dat programma was vooral gericht op kennisoverdracht. De laatste jaren is het onderwijs meer gericht op het scheppen van voorwaarden voor het leerproces van de individuele aios en minder op kennisoverdracht van docent naar 'lerende'. Maar het allergrootste verschil is dat er nu veel meer nadruk ligt op beoordelen en toetsen. Als docent ben je degene die de aios helpt in zijn leerproces, maar je bent óók degene die vaststelt of dat goed gelukt is.

Zijn er dingen die, wat jou betreft, onderweg verloren zijn gegaan?
Vrijblijvendheid. Doordat toetsen en beoordelen zo'n prominente plek heeft gekregen, voelt de aios eigenlijk continu beoordelende ogen achter zijn rug meekijken. Dat voelt natuurlijk anders dan wanneer die beoordelende blik er niet is. Nu wil ik niet zeggen dat vrijblijvendheid het doel van een opleiding is en ook niet dat beoordeling achterwege zou moeten blijven, maar er is wat mij betreft wel een schaduwzijde. Het zou niet goed zijn als we straks niet meer weten wat het woord vrijblijvendheid eigenlijk betekent.

En welke dingen zijn er gewonnen?
Als docent heb je nu een veel beter beeld van iedere individuele aios. Als er dingen zijn die (niet) lekker lopen ben je daar eerder bij. De aios maken in hoge mate hun eigen onderwijs en bepalen dus voor een groot deel zelf wat er aan de orde komt. De 'last' (verantwoordelijkheid) ligt daardoor minder bij de docent en meer bij de aios zelf.

Is er een verschil in opleiden van aioto's en 'gewone' huisartsen in opleiding'?
Ik heb enkele keren aioto's in mijn groep gehad. Zij hebben soms een afwijkend traject, maar inhoudelijk zie ik geen grote verschillen. Misschien hebben zij een iets andere manier van kijken: meer gericht op objectiviteit en beschikbare evidence.

Vind je het belangrijk dat huisartsen in opleiding vroeg met het doen van onderzoek in aanraking komen?
Je moet dat soort dingen volgens mij niet te veel pushen. Er bestaat binnen de huisartsgeneeskunde al een hele grote groep mensen die zich heel intensief met onderzoek bezighoudt en dat ook op goede wijze naar buiten brengt. De NHG-Standaarden zijn daar een voortreffelijk uitvloeisel van: allemaal evidence based protocollen. Het heeft niet zo veel zin om die met zijn allen te gaan maken; er moeten ook mensen blijven die ze gewoon toepassen.

Wat betekent dat dan voor de opleiding?
In het eerste jaar van de opleiding maken de aios een zogenaamde CAT (Critical Appraisel Tool). Dat wil zeggen dat ze in de literatuur gaan uitzoeken wat de evidence is van een bepaalde interventie. Ik vind dat wel een mooie manier om het onderzoeksveld een stukje te betreden. Het sluit immers aan bij een concrete vraag waar ze in de praktijk tegen aan lopen. Door

vervolgens zelf het antwoord te gaan opzoeken ontwikkelen ze als het ware een soort 'mindset' in de richting van onderzoek.
Er zullen altijd aios zijn die het echt leuk vinden om met onderzoek aan de slag te gaan en het goed (willen) kunnen. Die moet je vooral stimuleren. Maar er zullen ook altijd aios zijn die meer praktiserend bezig willen zijn. Je moet de stof zodanig aanbieden dat beiden kunnen ervaren waar hun interesse ligt en wat ze daar in de toekomst mee willen.

Wat is jou het meest bijgebleven in het contact met aios?
Als docent volg je het individuele leertraject van een aios veel intensiever dan vroeger. In het verleden zag je hem eigenlijk alleen maar functioneren in de onderwijsgroep en daaruit moest je dan afleiden hoe het met hem ging. Nu moeten de aios veel meer van zichzelf laten zien. Ze maken een IOP (Individueel Opleidingsplan), hebben elke drie maanden een voortgangsgesprek, schrijven reflectieverslagen. Doordat je dat als docent allemaal ziet, leest en bespreekt krijg je soms ook een beetje een inkijkje in de privélevens van de aios. Je ziet hoe iemand er aan toe is en welke dingen hij meemaakt die op dat moment van invloed zijn op het leerproces. Ik vond dat altijd erg waardevol. Soms was het bijna ontroerend om zo dicht bij een aios te kunnen komen.

Wat vind jij - als gedragswetenschappelijk docent – de grootste uitdaging voor de huisartsopleiding in de komende periode?
De medisch wereld is verwend met protocollen en standaarden, dus met gedragsrichtlijnen die kunnen steunen op onderzoek en die gedragen worden door de beroepsgroep. Gedragswetenschappers kennen die luxe veel minder. Om die reden is er een tijdje geleden een GW canon opgesteld, die de komende tijd verder wordt uitgewerkt. Dat zie ik als een erg prikkelende uitdaging, Als je aios wil interesseren voor onderzoek en evidence based werken, dan is het de vraag hoe je ze óók nieuwsgierig kunt maken naar de softere kant van de huisartsgeneeskunde. Dus het is zoeken naar gedragswetenschappelijke methodieken die algemeen gedragen worden, voldoende mogelijkheden bieden voor individuele accenten, voldoende relevant zijn en – liefst ook – steunen op onderzoeksresultaten. Het wordt nog een heel spannende klus om dat verder uit te werken.

Je bent lange tijd redactielid geweest van de H&O. Hoe kijk je daar op terug?
Ik heb het altijd heel leuk gevonden om in de redactie van dit magazine te zitten. De redactie is een leuke club mensen. Ze hebben allemaal veel affiniteit met het blad en met hun vakgebied. En ze vatten hun taak heel serieus op, met veel verantwoordelijkheidsgevoel, maar tegelijkertijd gaat dat altijd in een gemoedelijke, leuke en collegiale sfeer. Redactielid zijn gaf mij ook altijd stof tot nadenken: hoe zit onze afdeling in elkaar, waarmee houden de verschillende secties zich bezig, hoe kun je dat overbrengen op de doelgroepen van het blad? Dat zijn allemaal interessante vragen natuurlijk, voor artsen én gedragswetenschappers.

Gezocht: nieuwe huisartsopleiders

De huisartsopleiding groeit en daarom hebben wij meer opleiders nodig!
Wij zijn op zoek naar huisartsen die belangstelling hebben voor het opleiden van huisartsen in opleiding (aios). Meld uzelf aan, bezoek onze oriëntatiecursus en spreek collega's aan die u geschikt lijken. Zie ook onze website: https://www.hovumc.nl/nieuwsbericht/nieuwe-opleiders-gezocht/

Wij bieden
- een nieuwe carrièrestap waarbij u een deel van de patiëntenzorg inruilt voor begeleidingstaken
- een uitstekende, inspirerende opleiding tot opleider
- een enthousiast, vakkundig team van medewerkers dat zich richt op de persoonlijke ondersteuning van onze (beginnende) opleiders
- een prettige en geanimeerde werksfeer

Iedereen die meer wil weten nodigen wij uit voor een praktische, actieve, vrijblijvende, geaccrediteerde en kosteloze oriëntatiecursus (incl. overnachting), die inzicht biedt in het opleiderschap aan de HOVUmc.
Pas na de cursus nemen deelnemers en opleiding de beslissing of ze met elkaar in zee willen gaan.

De eerstvolgende cursusdata
Maandag 14 en dinsdag 15 januari 2019, Conferentiecentrum Zonheuvel in Doorn

Informatie of aanmelden bij:
Sylvia Vlak: 020-444 9341
of s.vlak@vumc.nl

Epidemiologie

EpidM verzorgt postinitieel master-onderwijs in de epidemiologie. Zo biedt zij de Masteropleiding Epidemiologie aan en geeft ze bij- en nascholing in de vorm van afzonderlijk te volgen cursussen. Het onderwijs is bestemd voor o.a.
- universitaire onderzoekers
- klinisch specialisten
- huisartsen
- tandartsen
- verpleegkundigen
- fysiotherapeuten
- sociaal geneeskundigen
- epidemiologen werkzaam bij GGD'en, consultatiebureaus en zorgverzekeraar

Zie voor verdere informatie:
www.epidm.nl

OBESITAS

door
Arko Oderwald



De associaties van een romanschrijver, en zeker van António Lobo Antunes, zijn soms onnavolgbaar, maar wel mooi.

De zomer is een dikke man
De zomer is een dikke man, dacht ik, de zomer is een moddervette man die snurkt, zo dik als die ene vent die altijd in het restaurant zit waar ik met mijn dochters ga eten, een veredelde snackbar met arbeiders, mecaniciens, vrachtwagenchauffeurs, soldaten en lotenverkopers, traag en zwijgzaam volk met de ogen van een dode merrie, dat zijn soep naar binnen werkt alsof het haver is.

> Als die dikke vent in hemdsmouwen en met bretels om binnenkwam, met een rol geïllustreerde tijdschriften onder zijn arm, zei hij altijd in zichzelf: " Humpty Dumpty heeft Benfica overvallen."

Hij woont op de bodem van de put, werkt op een kantoor hier vlakbij, rookt stinksigaartjes en eet kool, en wij drieën staren stomverbaasd naar zijn billen, die in zachte stroplooien over de stoel flubberen, naar zijn buik, zijn schouders en de nek die hij niet heeft, naar zijn uitpuilende paddenogen, zijn korte gebaren, de dubbele kinnen waaruit hij is opgebouwd, als je met een speld in zijn been prikt schiet hij weg en loopt slingerend boven de tafeltjes leeg als een ballon, tot er alleen nog maar een nutteloos velletje rubber over is dat aan een fles wijn blijft hangen en waarop zijn trekken in het klein zijn nagetekend.

Obesitas
Het schijnt dat we blijkens onderzoek in Nederland steeds dikker worden. Ik kwam onlangs weer een pro-contra artikeltje uit 2007 in het NTvG weer tegen over de vraag of het metabool syndroom nu wel of niet bestaat. Dat lijkt geen discussie meer te zijn. Aan het basisverzekeringspakket wordt binnenkort GLI (gecombineerde leefstijl interventie) toegevoegd. Onderzoek heeft immers uitgewezen dat obesitas slecht is.

Het mes snijdt aan vele kanten
Staatssecretaris Blokhuis zegt hierover: “Het kabinet zet in op langer leven in goede gezondheid voor alle Nederlanders. Deze maatregel draagt daar heel concreet aan bij. Iedereen die het nodig heeft kan straks gewoon via de huisarts goede begeleiding krijgen om gezonder te leven. We gaan er vanuit dat deze mensen vervolgens ook weer beter mee kunnen doen in de samenleving. Het mes snijdt dus aan meerdere kanten.”

Begrip voor onwil en onmacht
Het was dus wel even schrikken toen ik deze week las dat tamelijk veel mensen met obesitas tevreden zijn over het eigen gewicht. Dat blijkt óók uit onderzoek.

Obesitas wordt gezien als een probleem van teveel en verkeerd eten. Dat is niet helemaal onjuist, maar ook niet helemaal waar. Onderzoek heeft ook dít aangetoond.

Al deze resultaten van onderzoek kunnen in de spreekkamer van de huisarts met elkaar in botsing komen. Enerzijds het moralisme van gedragsinterventie, anderzijds de desinteresse maar tegelijkertijd het onvermogen van de burger om in dit opzicht een goede, brave en nuttige burger te zijn. Heeft de huisarts begrip voor de onwil en vaak ook onmacht van het individu, of blijft hij/zij aanhanger van een algemeen en dus normerend gezondheidsbegrip, dat individueel gezien maar partieel waar is? Een romanschrijver zou misschien opmerken dat het onder algemene voorwaarden beloven van het paradijs tot nu toe voorbehouden was aan de vertegenwoordigers van een religie, en dat artsen zich beter bezig kunnen houden met het verzachten van de concrete ellende in ons aardse bestaan.

Of, zoals huisarts Toon Tellegen dicht:

God schudt zijn ernstige
betwijfelde hoofd

als voorkomen beter was dan
genezen

dan was hij nergens aan
begonnen.

DE ONTMOETING

Als aankomend maar met name ook praktiserend huisarts zijn er vele mogelijkheden om je verder te ontwikkelen in onderwijs en onderzoek. Denk bijvoorbeeld aan het combineren van je huisartsenopleiding met een promotie, het zogenaamde 'aioto-schap'. En welke huisarts is er tegenwoordig geen opleider van coassistenten of een huisarts-in-opleiding? Maakt dat eigenlijk een betere dokter? Zou iedereen praktijkwerk moeten combineren met onderwijs of onderzoek? Een gesprek tussen een 'academische jonge huisarts' en een 'klassieke solist sinds 40 jaar'; Paul Houben en Henri Land, beide huisarts in Amsterdam.



Paul Houben



Henri Land

Hoe zag jouw loopbaan eruit van studie naar praktijk?
Henri: "Na de start van mijn studie in 1970, ben ik in 1977, na enkele maanden interne geneeskunde, gestart met de toen 1-jarige opleiding tot huisarts. Al na 7 maanden opleiding kon ik als waarnemer aan de slag in een solopraktijk, die ik 2,5 jaar later heb overgenomen. Tot mijn 50e jaar heb ik daar alleen gewerkt, maar vanwege de omvang van de praktijk en forse toename van 'buitenspreekuur' taken heb ik 17 jaar geleden een collega in dienst genomen voor 2 dagen per week. Zelf werkte ik ook nog 5 dagen. De laatste 10 jaar doe ik 4 dagen spreekuur. Dag 5 is voor visites bij terminale patiënten, administratie en overige taken."
Paul: "In 1994 startte ik met de studie geneeskunde, en na het behalen daarvan ben ik direct gestart als aioto, dus een combinatietraject van promotieonderzoek en de huisartsenopleiding. Met dit laatste was ik klaar in 2006 en in 2010 met mijn promotie. Na een periode te hebben gewerkt in Eindhoven en later in Almere heb ik in 2011 mijn huidige praktijk in Amsterdam overgenomen."

Beide opleiders, verbonden aan de huisartsopleiding van respectievelijk VUmc (Paul) en AMC (Henri). Waarom?
Paul grapt: "Dat is handig voor vakantie." Maar nu serieus: "Het leukste aan het opleiderschap vind ik dat je jezelf weer ontwikkelt op ándere gebieden, zoals hoe je iemand iets kan leren (wat toch weer heel anders is dan bij een student), hoe je iemand zichzelf persoonlijk laat ontwikkelen en dat is eigenlijk wat je vooral bij een 3e jaars aios doet. En deze ervaring helpt je ook zeker in het huisartsenwerk, het contact met patiënten, waarin je ook heel vaak bezig bent met hoe je ergens mee om moet gaan of hoe je naar bepaalde zaken moet leren kijken."
Henri: "Om eerlijk te zijn ben ik opleider geworden na jarenlang aandringen van een bevriend huisarts. Wat ook meespeelde was dat ik lange tijd geen extra ruimte in de praktijk had hiervoor. Maar uiteindelijk heb ik het altijd heel leuk gevonden. Bovendien helpt 'nieuw bloed' je om weer eens kritischer te kijken naar bepaalde vastgeroeste gewoontes en geeft de aios je inzichten voor nieuwe benaderingen, bijvoorbeeld omtrent consultvoering en de inrichting van het huisartsenvak. Nieuwe inzichten krijg je trouwens ook wel via het onderwijs dat aan ons gegeven wordt vanuit de opleiding. Hoewel dit onderwijs soms wat veel is, en niet altijd even zinvol….."

Paul, jij werkt 3 dagen als huisarts en 2 dagen als huisartsdocent bij het studentenonderwijs. Wat brengt dat jou?
Paul: "Heel eerlijk? Het heeft vooral persoonlijk meerwaarde om je ook op een ander gebied te ontwikkelen en iets heel anders naast het huisartsenvak te doen. Toch besef ik terdege dat de continuïteit van de patiëntenzorg hiermee onder druk staat. Wat dat betreft denk ik dat de regelmaat van iedere dag in de praktijk werken mij meer rust zou geven. Overigens leer ik wel heel veel van mijn werk rondom het onderwijs, zeker medisch inhoudelijk. Maar ook over hoe mensen met elkaar om gaan en hoe het is om op kantoor achter een computer te zitten. Toch iets wat de helft van mijn patiënten ook aangaat."

Henri, hoe is dat voor jou?
Henri: "Voor goede continuïteit van patiëntenzorg vind ik dat ik minimaal 4 dagen aanwezig moet zijn. Als je maar 2 of 3 dagen werkt mis je gewoon dingen. Je kunt het eenvoudigweg niet bijhouden allemaal. Bovendien stellen patiënten het erg op prijs dat ze steeds hetzelfde gezicht zien."
Paul: "Ik herken dat inderdaad. Het gebeurt mij te vaak dat je patiënten heel goed kent, een goede relatie hebt maar net op een cruciaal moment dat ze (naar het ziekenhuis) ingestuurd moeten worden, ben je er niet."
Beide artsen zijn het er over eens dat persoonlijke aandacht en continuïteit onderdeel van de kernwaarden van het huisartsenvak zijn.

In de toekomstvisie Huisartsenzorg 2022 (tkv2022.nl) staat onder andere dat iedere huisartsenpraktijk structureel dient mee te werken aan onderwijs, onderzoek of innovatie. Ben je het daar mee eens?
Henri: "Dit heeft zeker toegevoegde waarde, vooral wat betreft het geven van onderwijs. En wij doen natuurlijk ook mee met onderzoek via het ANH netwerk. Hoewel daar ook nutteloze onderzoeken in zitten…"

Paul: ”Zoals het zoveelste implementatieonderzoek. De werkzaamheid van een bepaalde interventie is al bewezen, en dan moet het nogmaals onderzocht worden in de huisartspraktijk? Daarentegen onderzoek naar de vraag of substitutie van zorg nu echt zinvol is, dus met name van de 2e naar de 1e lijn, wat nu erg aan de orde is, dat lijkt mij nuttig. Want wordt de zorg daar nu echt beter van? Afgezien van de vraag of het economisch wel zo veel gunstiger is….
Wat betreft het geven van onderwijs ben ik van mening dat iedere huisarts hier zijn of haar bijdrage aan moet leveren. ‘Voor het nageslacht’. Dat kan natuurlijk ook onderwijs zijn aan assistentes, praktijkondersteuners of bijvoorbeeld arts-assistenten.”

Maak je in de praktijk veel gebruik van de NHG-richtlijnen?
Henri; “Als er een nieuwe standaard uitkomt neem ik die door. Ik check deze aan de hand van mijn huidige werkwijze en zonodig kan ik daar dan iets aan bijschaven. In mijn dagelijks werk raadpleeg ik ze eigenlijk niet. De uitvoerige informatie en uitleg die ik aan patiënten geef is voor mij ook een soort herhaling van kennis, waardoor het ook ‘vers’ blijft voor mij. Omdat ik bijvoorbeeld de dosis van de meeste antibiotica per kg lichaamsgewicht die ik voorschrijf, ken, reken ik hardop uit welke dosis nodig is bij die betreffende patiënt.
Paul: “Ik google heel veel in de standaarden, vrijwel dagelijks. Bovendien leer en hoor ik vaak van de aios dat er een nieuwe standaard is. Heel handig!”

Ben je van mening dat de huidige herregistratie-eisen, met name wat betreft nascholingen, voldoende zijn om te blijven leren als huisarts?
Henri; “De helft, 20 punten, verkrijg je al uit het opleiderschap en de rest volgt vaak uit de scholingen binnen de huisartsengroep: palliatief overleg, FTO (farmacotherapeutisch overleg red.) en bijvoorbeeld scholingen omtrent de ketenzorg. Daarnaast doe ik ook nog andere nascholingen en zodoende kom ik altijd ruim aan mijn punten. Een aios met een specifieke expertise kan ook veel meerwaarde hebben.
Maar zeker sinds het bestaan van de coöperatie en de verschillende vormen van ketenzorg ligt een hoop verplichte nascholingen al vast. “
Paul; “Eigenlijk ben ik heel boos over het systeem van nascholen; want er wordt vóór jou bepaald waarin je je moet ontwikkelen. Nu zijn wij huisartsen heel goed in CVRM, astma, diabetes en opleiden maar is er voor jou als professional weinig ruimte en tijd over voor verdieping in individuele interesses.”

Wat vind je van de verschillende kaderopleidingen? Heeft dit meerwaarde?
Henri: “Dat is veel te superspecialistisch. Je moet juist divers blijven. Neem bijvoorbeeld palliatieve zorg: gewoon veel werkervaring opdoen geeft je een hoop kennis. En er zijn ook veel meer mogelijkheden voor het inwinnen van expertise of extra ondersteuning, zoals palliatieve thuiszorg. Natuurlijk zijn er wel je persoonlijke interesses binnen het vak waarin je meer doet dan gemiddeld. “
Paul: “Ik ben het hier helemaal mee eens. Een kaderopleiding ga ik nooit doen.”

Heb je nog een advies voor de afzender van dit magazine, de afdeling huisartsgeneeskunde en ouderengeneeskunde?
Paul: “Naar mijn mening zijn er nog té weinig huisartsen actief bezig met het onderwijs geven, hier mag meer tijd en geld in worden gestoken, in zowel de geneeskunde- als de huisartsenopleiding. Onderzoek moet uiteraard ook gebeuren, maar wellicht niet door iedere huisarts.”
Henri: “Eens! Laat de toekomstige collega’s meer en vaker delen in onze ervaring.”

Huisartsen Scheldestraat



UNO-VUMC

HOE ONDERZOEK, OPLEIDING EN ZORGPRAKTIJK ELKAAR KUNNEN VERSTERKEN

Nieuwe wetenschappelijke kennis en verandering in de geneeskundige inzichten weten hun weg naar de zorgpraktijk vaak maar moeilijk te vinden. Het Universitaire Netwerk Ouderengeneeskunde van Amsterdam UMC, locatie VU medisch centrum (UNO-VUmc) wil daarin verandering brengen. Ruud Stam (redactie H&O Magazine) ging in gesprek met Lizette Wattel, coördinator van het UNO-VUmc en vroeg haar naar de aanpak van het UNO en de resultaten die daarmee zijn bereikt.



Lizette Wattel

Waarom heeft Amsterdam UMC het initiatief genomen tot UNO?
Voormalig hoogleraar ouderengeneeskunde Miel Ribbe en onderzoeker Wilco Achterberg hebben het UNO-VUmc in 2006 opgericht, omdat zij merkten dat het doen van nuttig onderzoek niet kan zonder dat je mensen uit de zorgpraktijk daar actief bij betrekt. Het UNO-VUmc bestaat inmiddels uit 25 zorgorganisaties.

> ...”zij merkten dat het doen van nuttig onderzoek niet kan zonder dat je mensen uit de zorgpraktijk betrekt”

Waarom worden instellingen lid van het UNO? Wat levert het ze op?
Bij navraag zegt men vaak het belangrijk te vinden om zich als instelling te kunnen ontwikkelen. Ontwikkelen richting betere kwaliteit, beter passend bij de behoefte van de cliënten. Door de samenwerking met de academie en het participeren in wetenschappelijk onderzoek zit men dicht bij het vuur, bovenop de ontwikkeling van nieuwe kennis en dicht bij de resultaten van het onderzoek. Men kan ook zelf thema’s voor onderzoek aandragen. Door de samenwerking met de academie hoopt men ook ambitieuze en goede specialisten ouderengeneeskunde aan te trekken, wat in een krappe arbeidsmarkt natuurlijk ontzettend belangrijk is. Je hebt je personeel net iets meer te bieden dan alleen maar het normale werk. Voor bestuurders is het natuurlijk ook belangrijk om zich als academische partner te kunnen profileren; het ‘bordje op de deur’.

> “Door de samenwerking met de academie hoopt men ook ambitieuze en goede specialisten ouderengeneeskunde aan te trekken”

Wat voor mensen zitten er in het netwerk?
Het is de zorgorganisatie die lid is van het UNO-VUmc. Dus niet individuele personen of alleen de artsen, maar de som van medewerkers uit alle geledingen van een verpleeghuis: psychologen, verzorgenden, paramedici, artsen, managers, stafmedewerkers etc. We merken nu nog dat verzorgenden soms denken: “wetenschap, dat is niet voor ons”, maar op ons jaarlijkse symposium zijn ook zij inmiddels flink vertegenwoordigd. Als UNO-team proberen we verzorgenden in toenemende mate te betrekken bij activiteiten van het netwerk. Stap voor stap gaat dit de goede kant op.

Wat voor onderzoek doet het UNO? Hoe zorgen jullie ervoor dat dit aansluit bij behoeften van de praktijk?
Alhoewel we soms een onderzoek kunnen starten dat wordt gefinancierd door een verpleeghuis zelf, moeten we voor de meeste onderzoeksvragen op zoek naar externe subsidiegevers en die hebben zo hun eisen en behoeften voor wat betreft de onderzoeksthema’s. Om te zorgen dat het aansluit, toetsen wij alle onderzoeksvoorstellen in ons netwerk, ongeacht wie het idee heeft bedacht, altijd eerst op waarde voor de praktijk. Dat doen we binnen onze themagroepen, waarin deelnemers uit de verschillende instellingen participeren. We hebben samen met de vertegenwoordigers uit de huizen drie thema’s gekozen; hersenaandoeningen, geriatrische revalidatie en organisatie van zorg.

Wetenschappelijk onderzoek duurt vreselijk lang. Hoe houdt je mensen betrokken?
Het duurt inderdaad vaak zomaar vijf jaar voordat de volledige resultaten van een (promotie-)onderzoek bekend zijn. Gelukkig zijn er vaak ook tussentijdse resultaten die we bekend kunnen maken tijdens onze netwerkbijeenkomsten. Dit houdt mensen betrokken. Ook doen we soms kortlopende onderzoeken al dan niet uitgevoerd door geneeskundestudenten of artsen in opleiding tot specialist ouderengeneeskunde.

Is ieder onderzoek in het UNO ook geschikt voor implementatie?
We streven zoveel mogelijk naar implementeerbare resultaten, maar dit lukt niet altijd. Soms komt er juist uit een onderzoek dat iets niet werkt. Ook komt het voor dat we slechts een deel van een complex probleem onderzoeken. Dan is er meer onderzoek nodig voordat er sprake kan zijn van implementatie. Iedere onderzoeker die hier zijn onderzoek afrondt moet de vraag beantwoorden: "wat zou de praktijk moeten doen met de resultaten van jouw onderzoek?" Gelukkig komt het regelmatig voor dat de resultaten van ons onderzoek kunnen worden geïmplementeerd. Maar dat gaat echter niet zomaar. Resultaten van onderzoek moeten worden vertaald voor dat ze kunnen worden toegepast in de praktijk. Wij ontwikkelen daar implementatiepakketten voor. Via nascholing wordt de nieuwe kennis dan overgedragen aan de medewerkers van de instelling. Maar voor echt goede implementatie is het nodig dat de zorgorganisatie een project start dat de implementatie ter plekke begeleidt.

Wie betaalt dat allemaal?
Het UNO-team, dat de activiteiten van het netwerk organiseert en stimuleert is tot nu toe betaald door Amsterdam UMC en middels een contributie van de deelnemende instellingen. Goed nieuws is dat UNO-VUmc recent van het Ministerie van VWS een structurele subsidie heeft gekregen. Hierdoor wordt er meer mogelijk in het netwerk, bijvoorbeeld op het gebied van implementatie.

Wat gaan jullie met dit extra geld doen?
Met een aantal organisaties in ons netwerk gaan we intensiever samenwerken door een ervaren onderzoeker samen met praktijkmensen onderzoek te laten doen. Dat noemen we ontwikkelpraktijken. Zij vervullen een belangrijke rol bij het opstellen en toetsen van onderzoeksvragen en zijn ook verplicht hierbij het cliëntenperspectief te betrekken. Wij gaan daar ook zogenaamde science practitioners aanstellen, praktijkmensen met weinig onderzoekservaring die promotieonderzoek gaan doen. Dat levert nieuwe kennis op, maar ook praktijkmensen met goede onderzoeksvaardigheden. We hebben een medewerker aangetrokken om de resultaten van onderzoek binnen het netwerk te communiceren en om de implementatiepakketten zo aantrekkelijk mogelijk te maken. Daarnaast gaan we een implementatiemedewerker aantrekken die instellingen kan helpen met deze pakketten aan de slag te gaan. Tot slot kunnen instellingen verzoeken bij ons indienen voor het uitvoeren van kleine onderzoeken binnen de eigen instelling. Deze laatste stimuleren we natuurlijk graag.

> "De zorginstelling is zelf verantwoordelijk voor de implementatie"

Wat voor rol ligt er voor de zorginstellingen zelf?
Als een organisatie onderdeel wil uitmaken van een ontwikkelpraktijk, dan moeten ze daar zelf in investeren, zowel in geld als in goede inbedding in de organisatie.
Het UNO-team biedt kennis en ondersteuning. De zorginstelling is zelf verantwoordelijk voor de implementatie. We zien nu binnen UNO-VUmc dat enkele instellingen zijn die nog weinig doen aan implementatie. Met de extra ondersteuning die we gaan bieden hopen we dat dit gaat veranderen.

Zijn de opleidingen van VUmc ook betrokken?
Gerion, onze opleiding tot specialist ouderengeneeskunde biedt nascholing aan op basis van de resultaten van onderzoek. Onlangs is dat nog gebeurd bij 'GRIP', het onderzoek naar probleemgedrag in verpleeghuizen (zie kader). Volgens het principe 'train de trainer' zijn er GRIP cursussen gegeven aan multidisciplinaire teams die deze kennis weer kunnen overdragen binnen hun eigen zorgorganisaties. Voor mij is 'GRIP' een mooi voorbeeld van een geslaagd UNO- project. Voor studenten bieden de UNO-huizen regelmatig de mogelijkheid om een wetenschappelijke stage uit te voeren op basis van vraagstellingen uit de praktijk. Omgekeerd werven we regelmatig praktijkdocenten voor studentenonderwijs of Gerion bij de UNO- huizen. Het is mooi om op deze manier van meerwaarde te kunnen zijn voor de zorginstellingen, de academie en natuurlijk voor de cliënten!

> "Voor mij is 'GRIP' een mooi voorbeeld van een geslaagd UNO- project"

Grip op Probleemgedrag (GRIP)
Mensen met dementie vertonen vaak gedrag dat een probleem vormt voor henzelf of voor hun omgeving. Voor dit probleemgedrag werd binnen een onderzoeksproject van Amsterdam UMC en Radboud UMC het multidisciplinaire zorgprogramma GRIP op Probleemgedrag ontwikkeld dat effectief bleek te zijn in het verminderen van probleemgedrag en psychofarmacagebruik. Het programma is gebaseerd op geldende richtlijnen. Het stimuleert methodisch werken door duidelijke stappen te onderscheiden in het monitoren, analyseren, behandelen en evalueren van probleemgedrag. Bovendien geeft GRIP een duidelijke rolverdeling tussen verzorgende, psycholoog en specialist ouderengeneeskunde.
In 2017 is GRIP geïmplementeerd binnen elf afdelingen van negen zorgorganisaties lid van het UNO-VUmc. Daar werden teams samengesteld van drie personen die samen een train-de-trainer cursus volgden, waarna zij GRIP konden invoeren op hun eigen afdeling.
Christa Roufs is geriatrieverpleegkundige bij Zorggroep Apeldoorn en betrokken bij de invoering van GRIP. Na de inzet van GRIP werd er een daling gezien in probleemgedrag en in het psychofarmacagebruik. Op de vraag wat goed werkt benoemt ze wat ze terug hoort van collega's: "Normaal doe je een onbewuste analyse in je eigen hoofd, maar ja, dat is jouw hoofd." Of, "Ik dacht mijn bewoner te kennen, maar nu ik GRIP gebruik zie ik heel andere dingen".
Bij GRIP doe je de analyse samen met een collega en meer gestructureerd. Bovendien ga je verder dan alleen de analyse. Na de inzet van een behandeling doe je ook een evaluatie. Dat is eigenlijk de kracht van GRIP.

INTERVIEW MET AIOTO HANNEKE STAM

Binnen de opleiding tot huisarts en tot specialist ouderengeneeskunde bestaat de mogelijkheid om de opleiding te combineren met een promotietraject, een zogenaamd AIOTO-traject. Deze combinatie van onderzoek en praktijkopleiding biedt een mooie gelegenheid om een belangrijke vraag in de geneeskunde onder de loep te nemen: Hoe brengen we de wetenschap naar de praktijk? Wij interviewden Hanneke Stam, AIOTO bij het VUmc.

Hoe zag voor jou het AIOTO traject er uit?
Ik ben begonnen met ruim twee jaar onderzoek. In het eerste jaar heb ik mijn onderzoek opgezet, de aanvraag ingediend bij de medisch ethische toetsingscommissie en huisartsenpraktijken geworven. Daarna ben ik een jaar bezig geweest met inclusie van patiënten. Tijdens de follow-up in het jaar daarna ben ik begonnen met het 1e jaar van de huisartsopleiding. Na het eerste jaar van mijn opleiding was de dataverzameling afgerond en ben ik begonnen met het analyseren van de data en het opschrijven van de resultaten. Inmiddels is mijn promotie zo goed als afgerond, afgezien van het feit dat ik mijn proefschrift nog moet verdedigen (niet onbelangrijk!) Na de verdediging ga ik starten met het laatste jaar van mijn opleiding.

Wat kun je vertellen over je onderzoek?
Mijn onderzoek gaat over duizeligheid bij ouderen in de huisartsenpraktijk. Ik heb gekeken of een behandeling effectief was om de duizeligheid te verminderen. Als huisarts ben je gewend om te zoeken naar de onderliggende oorzaak van een klacht en als je die hebt gevonden ga je behandelen. Vaak wordt geen oorzaak gevonden voor duizeligheid. Dan is het moeilijk te bepalen wat we moeten doen. Zo krijgen veel ouderen het advies om het even aan te kijken; “het hoort bij de ouderdom”.
Al enige tijd wordt verondersteld dat duizeligheid bij ouderen een zogenaamd geriatrisch syndroom is. Dit houdt in dat de duizeligheid door een combinatie van meerdere factoren wordt veroorzaakt.
Wij hebben geprobeerd om de duizeligheidsklachten te verminderen door de patiënt een gecombineerde interventie aan te bieden, gericht op factoren die mogelijk bijdragen aan de duizeligheid. Als mensen verminderd mobiel waren gingen ze naar de fysiotherapeut. Als ze een angst- of stemmingsstoornis hadden naar de POH-GGZ en als ze medicijnen gebruikten die duizeligheidsklachten kunnen geven werd gekeken of deze medicatie kon worden aangepast.
Helaas kan ik nog niks over de bevindingen zeggen omdat de resultaten van mijn onderzoek nog niet gepubliceerd zijn. Op het moment dat er over gepubliceerd is, vertel ik er graag over.

Hoe breng je jouw onderzoek naar de praktijk?
Mijn hoofdartikel ligt nu bij een internationaal tijdschrift. En ik heb de resultaten op een Amerikaans congres en tijdens de NHG Wetenschapsdag gepresenteerd. Bij de laatste herziening van de NHG-Standaard Duizeligheid zijn drie van mijn artikelen opgenomen in de noten. Het is leuk om te zien dat er daadwerkelijk iets met mijn onderzoek gedaan wordt.

Welke beperkingen zie jij in het brengen van jouw resultaten naar de praktijk?
Het zou mooi zijn als ik een Nederlandse vertaling van mijn hoofdartikel voor Huisarts & Wetenschap zou kunnen maken. Maar dat kost meer tijd dan ik op dit moment heb. Soms wordt een artikel al door het NTvG of Huisarts & Wetenschap zelf opgepakt, dan maken zij er een samenvatting van. Daarnaast is het natuurlijk het mooiste als je resultaten in een NHG-Standaard komen, dan worden de resultaten echt toegepast in de praktijk.



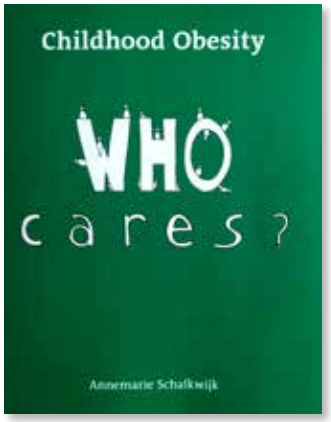
Is wetenschappelijk onderzoek genoeg zichtbaar in de praktijk?
Opleidingen en academische huisartsen willen heel graag dat we academischer worden binnen de huisartsgeneeskunde. Mijn ervaring is dat de huisartsen die met wetenschap bezig zijn er heel gemotiveerd voor zijn. In de praktijk zie je echter dat veel huisartsen er

geen tijd voor hebben, geen prioriteit aan geven, of het te ingewikkeld vinden.

Is er genoeg wetenschapsonderwijs in de opleiding?
In de geneeskunde-opleiding was er weinig wetenschapsonderwijs. Dit is naar mijn mening wel verbeterd in de afgelopen jaren. Je hebt nu bijvoorbeeld een wetenschapsstage in de basisopleiding, maar veel studenten verzamelen daarin alleen data. Hierdoor doen ze niet echt veel wetenschappelijke kennis op. In de huisartsopleiding hebben we wel wetenschapsonderwijs, zij het ook niet overmatig. Wat ik zo om mij heen gezien heb bij collega AIOS, is dat veel van hen wetenschap niet zo interessant vinden. Ik denk dat dit een direct gevolg is van het ontbreken van dit onderdeel in de opleiding. Wetenschapsonderwijs voor AIOS is het meest leerzaam en leuk als het onderwijs praktisch gehouden wordt en er een duidelijke relatie met de praktijk wordt gelegd. Een goed voorbeeld hiervan zijn de zogenaamde CAT's (Critically Appraised Topics), waarbij een AIOS met een vraag uit de praktijk het antwoord gaat zoeken in de wetenschappelijke literatuur. Voorafgaand krijgt de AIOS onderwijs over wáár je wetenschappelijke literatuur kunt vinden en hóe je kunt beoordelen of een publicatie 'goed' is. Kritisch lezen dus. Van de bevindingen maakt de AIOS vervolgens een presentatie die tijdens de terugkomdag wordt gepresenteerd. Als ik de huisartsopleiding vergelijk met specialistische opleidingen, is een belangrijk verschil dat promoveren daar vaak een pré is om in opleiding te komen. Dat heeft als gevolg dat er meer aan wetenschap wordt gedaan.

Hoe breng je volgens jou de wetenschap naar de praktijk?
Een interventie moet makkelijk zijn, weinig tijd kosten voor zowel huisarts als patiënt en bij voorkeur zo min mogelijk invasief zijn. Dan is implementeren in de praktijk eenvoudig. Als het meer tijd vraagt dan de beschikbare consulttijd, dan is de kans klein dat het in praktijk wordt gebracht. Daar moet je dus eigenlijk al rekening mee houden bij de start van je onderzoek.

PROMOTIE ANNEMARIE SCHALKWIJK



Op 6 juli promoveerde Annemarie Schalkwijk op het proefschrift "*Childhood obesity: who cares?*".
Annemarie was aioto: ze combineerde de huisartsopleiding met haar promotieonderzoek.
Het eerste deel van het proefschrift beschrijft de implementatie van de Zorgstandaard voor kinderen met overgewicht en obesitas (2010). Door middel van interviews met kinderen met overgewicht en hun ouders bracht ze hun verwachtingen in kaart ten aanzien van leefstijlinterventies, alsmede belemmerende en bevorderende factoren voor leefstijlverandering.

Vervolgens hield ze focusgroepen met huisartsen, aangevuld met interviews en een enquete per email. Huisartsen blijken het moeilijk te vinden om overgewicht bij kinderen ter sprake te brengen, ze denken dat ouders weinig gemotiveerd zijn, en het ontbreekt aan een gestructureerde multidisciplinaire aanpak. Een zorgvuldig opgezet experiment om de zorgstandaard de implementeren in Amsterdam-West mislukte. Ouders en kinderen bleken moeilijk te motiveren, de huisartsen konden de regierol niet vervullen, en er was gebrek aan samenwerking en overleg tussen de zorgverleners.

In het tweede deel van het proefschrift wordt met behulp van eerder verzamelde Engelse gegevens de rol van gegevensfactoren op overgewicht bij kinderen onderzocht. Een omgeving met minder groene ruimtes en minder veiligheid vergroot de kans op overgewicht. In de afsluitende discussie wijst de auteur op de beperkte rol die de huisarts heeft als het gaat om overgewicht bij kinderen: signaleren, bewustwording, motiveren en ondersteunen. De gemeente heeft de taak om de obesogene omgeving aan te pakken en voorlichtingscampagnes op te zetten.

Het proefschrift is te vinden op:
http://dare.ubvu.vu.nl/handle/1871/55717.

DEELNAME AAN ONDERZOEK DOOR HUISARTSEN - KNELPUNTEN EN OPLOSSINGEN

In 2017 publiceerden de huisartsen Wim Opstelten, Patrick Bindels en Jako Burgers in het NTvG een stuk getiteld "Onderzoek in de huisartsenpraktijk: daar wordt iedereen beter van". Het was een reactie op het rapport van de Gezondheidsraad "Onderzoek waarvan je beter wordt" en bevatte een pleidooi voor zowel meer aandacht voor extra-muraal onderzoek als voor meer actieve participatie van huisartsen bij dat onderzoek. ***Hans van der Wouden*** *sprak hier verder over met Jako Burgers (huisarts, strategisch medisch adviseur NHG en hoogleraar persoonsgerichte zorg in richtlijnen in Maastricht) en Marco Blanker (huisarts en senior onderzoeker bij het UMC Groningen).*



Jako Burgers



Marco Blanker

Wat kunnen we doen om de bereidheid van huisartsen om aan onderzoek mee te doen te vergroten?

Blanker: We moeten ons realiseren dat dit een "erbij-taak" is voor veel huisartsen. In de basis zijn veel collega's bereid om deel te nemen, maar in de praktijk blijkt deelname vaak weerbarstig. Ik verwacht dat bereidheid toeneemt als de relevantie van de projecten groot genoeg is voor de huisartsgeneeskunde en aansluit bij persoonlijke interesses van de individuele huisarts. Voor iets dat je echt leuk vindt, ga je immers harder lopen.
Het probleem is dat voor de meeste onderzoeken er wel voldoende praktijken toezeggen om deel te nemen, maar bij de uitvoer de rekrutering spaakloopt. Dit gebeurt vooral bij onderzoeken waarin een actieve rol gevraagd wordt van de huisarts.

Burgers: Huisartsen willen wel meedoen maar de werving van patiënten valt vaak tegen. Onderzoek kan ook worden geïnitieerd vanuit patiënten zelf. Deze motiveren dan hun huisarts om mee te doen.
Huisartsen kunnen worden gestimuleerd door meedoen aan onderzoek te koppelen aan geaccrediteerde nascholing, bijv. door een presentatie waarin het onderzoek wordt aangekondigd en uitgelegd, waarop huisartsen vervolgens kunnen intekenen. Na afloop van het onderzoek wordt er een geaccrediteerde bijeenkomst georganiseerd over de resultaten van het onderzoek. Ook tegenvallende effecten zijn interessant en leerzaam om terug te koppelen.

Leggen we voldoende uit waarom meedoen aan onderzoek belangrijk is?

Blanker: Ik denk dat alle huisartsen zich wel realiseren waarom het belangrijk is om onderzoek te doen in de eerstelijn. De vraag is meer of huisartsen zich toegerust voelen en ook de handschoen oppakken om hier zelf een actieve bijdrage aan te leveren.

Burgers: Het imago van wetenschappelijk onderzoek kan verbeterd worden. Feitelijk is elke huisarts onderzoeker als het om een individuele patiënt gaat. De huisarts formuleert een werkhypothese aan de hand van anamnese en lichamelijk onderzoek en laat eventueel aanvullend onderzoek verrichten. De zoektocht naar de juiste diagnose en prognose is één van de pijlers van ons vak. Hier raken huisartsen niet over uitgepraat. Bij wetenschappelijk onderzoek gaat het om waarheidsvinding bij grotere groepen patiënten met dezelfde drang naar kennis en waarbij we ons soms laten verrassen omdat de uitkomsten anders zijn dan we hadden verwacht.

Is het een motivatieprobleem?

Blanker: Dat zou ik niet kunnen of willen zeggen. Ik merk dat mijn collega's heel gemotiveerd zijn om hun vak goed uit te oefenen. Velen zijn actief in het onderwijs, de opleiding en/of het onderzoek. Niet iedereen kan alles doen. Ik vind dat we elkaar de ruimte moeten bieden om neventaken te hebben en elkaar daarin moeten stimuleren. Dat betekent ook dat je niet van alle collega's hetzelfde vraagt.

Ontbreken incentives?

Blanker: Uit eerder onderzoek blijkt dat de incentives niet doorslaggevend zijn voor succes. Wel denk ik dat de tijd dat huisartsen er alles maar even gratis bij doen achter ons ligt. Een nette vergoeding voor geïnvesteerde tijd is niet meer dan logisch, maar wordt helaas door subsidiegevers nog niet standaard gehonoreerd. Hiermee doel ik niet op een commerciële vergoeding.

Hebben we onze eigen ruiten ingegooid door in het verleden teveel van huisartsen te vragen?

Blanker: Als onderzoekers zijn we een rupsje nooit genoeg. Er moet altijd meer onderzoek, naar nog meer onderwerpen. Dat geldt overigens ook voor de opleiding en het onderwijs, om bestuurlijke taken niet te vergeten. Misschien zijn we wel in het verleden vergeten te vragen waar de individuele huisarts werkelijk voor warm loopt, wat betreft onderzoek. Meedoen aan twee of drie projecten die je echt boeien kost waarschijnlijk veel minder energie dan meedoen aan een project dat eigenlijk niet trekt.

Welke rol kan de huisartsopleiding spelen?

Burgers: Academische belangstelling start met verwondering en vragen stellen over waarheid en waarschijnlijkheid. Zie mijn eerdere opmerking over het imago van wetenschappelijk onderzoek. In de opleiding wordt wetenschappelijk onderzoek mogelijk te veel gerelateerd aan EBM en statistiek terwijl dat niet de kern is.
Blanker: In de Groningse opleiding is actieve deelname aan wetenschappelijk onderzoek sinds enkele jaren standaard onderdeel van het derde jaar. Het algemene belang van deelname wordt besproken en bediscussieerd met de AIOS. Doel van het programma is het ervaren van actieve participatie en de spagaat die dat met zich mee kan brengen. Naast het leveren van goede zorg is er namelijk een tweede belang, namelijk die uitnodiging voor een studie. Een studie waar de individuele patiënt vaak niet veel aan heeft, maar de patiënten van de toekomst wel. Dat kan knellen in de spreekkamer. In de opleiding kun je AIOS voorbereiden op de vragen die er later in de eigen praktijk zeker zullen komen. Op basis waarvan kies je voor actieve deelname? Wat vind je als (toekomstig) huisarts belangrijk? Een oprecht "nee, ik doe (nu) niet mee" moet meer ruimte krijgen, om het "ja, ik doe wel mee" ook een waardevoller ja te laten worden.

Welke rol kan het NHG spelen?

Blanker: Het NHG kan helpen om het wetenschappelijk onderzoek in de dagelijkse praktijk te agenderen. De facilitering die daarvoor nodig is - via subsidiegevers - kan ondersteund worden. Het zal sterker zijn als het NHG hiervoor een lans breekt, dan dat een losse onderzoeksgroep hierover de discussie aangaat met bijvoorbeeld ZonMw.
Burgers: Ik zie diverse mogelijkheden. We kunnen een ledenraadpleging inzetten om meningen te peilen over meedoen aan wetenschappelijk onderzoek. Daarbij kan ook gevraagd worden naar meedoen aan onderwijs en besturen. Het NHG kan de onderlinge samenwerking tussen de huisartsvakgroepen verder stimuleren via het eerstelijns consortium door bijvoorbeeld een landelijke coördinator in te zetten, vergelijkbaar met de ondersteuning van het IOH en IOH-R.
We zullen aandacht blijven geven aan de nationale onderzoeksagenda en de kenniscyclus door deze op te nemen op de NHG website naast de kennislacunes en lopend huisartsgeneeskundig onderzoek.
Naast de jaarlijkse wetenschapsdag kan er ook een jaarlijks symposium georganiseerd worden om de ontwikkelingen op gebied van de onderzoeksagenda en methoden van huisartsgeneeskundig onderzoek te delen. Het eerste symposium met dit doel had plaats op 13 december 2018.

PROMOTIE LIDY POLS



Lidy Pols verdedigde op 14 september haar proefschrift *"Challenges in the prevention of depression in patients with diabetes mellitus type 2 and/or coronary heart disease in primary care"*. Ook Lidy combineerde de opleiding tot huisarts met haar promotieonderzoek.

Depressie komt vaak voor bij mensen met diabetes en coronaire hartziekten. Is het mogelijk om een depressie te voorkomen bij deze groep? Hoofdmoot van het proefschrift is een randomized controlled trial waarin een stepped-care interventie ondersteund door praktijkondersteuners werd vergeleken met gebruikelijke zorg, bij patiënten die diabetes en/of een coronaire hartziekte hadden en een subklinische depressie. Er namen 236 patiënten uit 27 huisartsenpraktijken deel. Tijdens de follow-up periode van een jaar werd geen verschil gevonden tussen beide groepen in het optreden van een klinische depressie.

In een uitgebreide procesevaluatie werd gekeken naar factoren die bevorderend dan wel belemmerend werkten bij het uitvoeren van de interventie. Patiënten en praktijkondersteuners beschouwden de interventie als nuttig voor het welzijn van de patiënten. Een toegenomen bewustzijn van psychische problemen, een betere toegankelijkheid van geestelijke gezondheidszorg en een vermindering van het ervaren stigma daarvan werden als positieve factoren gevonden.

Veel deelnemers noemden het bijdragen aan wetenschappelijk onderzoek als belangrijkste motivatie om mee te doen. Een minderheid noemde het verlangen om de gemoedstoestand te verbeteren als eerste. Praktijkondersteuners gaven aan dat ze de therapie graag meer op de individuele patiënt zouden willen afstemmen in plaats van deze volgens het protocol aan te bieden. Een deel van de praktijkondersteuners was met name somatisch georiënteerd en vond zich onvoldoende competent om geestelijke gezondheidsproblemen te behandelen. De therapietrouw met de aangeboden stepped-care zorg was relatief laag.

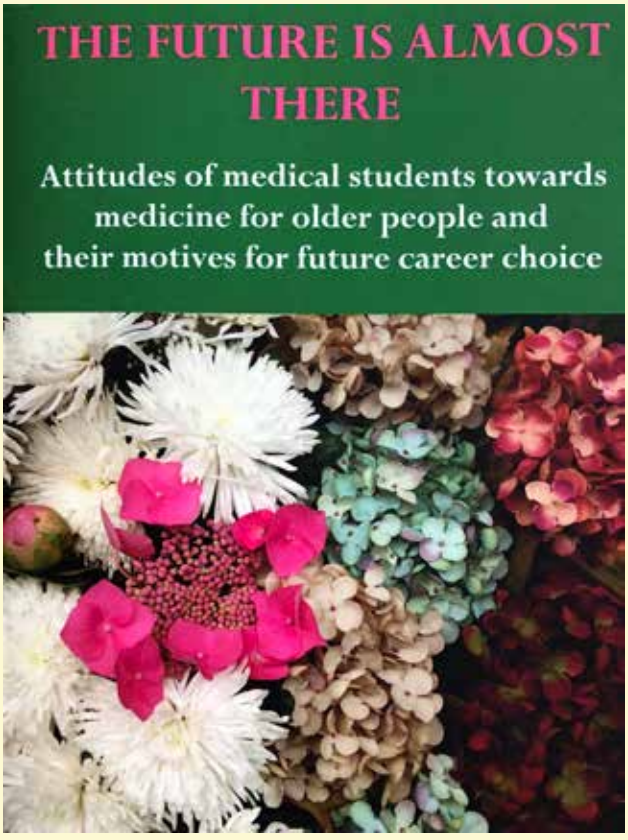
Het proefschrift is (nog) niet online beschikbaar.

ONDERWIJS ALS TERREIN VAN ONDERZOEK

Het meeste onderzoek van de afdeling huisartsgeneeskunde en ouderengeneeskunde richt zich op de klinische praktijk van de huisarts en de specialist ouderengeneeskunde. Het gaat dan om vragen rond diagnostiek en beleid, beloop van aandoeningen, comorbiditeit, etcetera. Maar ook bij het onderwijs waar de afdeling bij betrokken is, is er sprake van kennislacunes en behoefte aan innovatie. In deze bijdrage presenteert ***Hans van der Wouden*** *enkele onderzoeksprojecten op het gebied van onderwijs: twee uit het basisonderwijs en twee uit de vervolgopleiding.*

Kiezen voor ouderengeneeskunde - Ariadne Meiboom

De belangstelling voor een carrière in de ouderengeneeskunde onder medisch studenten is niet groot. Ariadne Meiboom, specialist ouderengeneeskunde en senior staflid studentenonderwijs, onderzocht de oorzaken van deze geringe belangstelling en de mogelijkheden om dit te verbeteren. Op 2 oktober 2018 verdedigde zij haar proefschrift over dit onderwerp, hieronder een samenvatting.
Een literatuuronderzoek leverde op dat de voorkeur van medisch studenten uitgaat naar jonge patiënten met acute somatische ziekten die genezen kunnen worden. Ze verwachten weinig bevrediging te vinden in de medische zorg voor chronisch zieke of stervende patiënten. Ook de complexiteit van de geriatrische patiënt schrikt ze af. Andere barrières zijn de lage status van ouderengeneeskunde en de relatief lage salariëring.
Een student geneeskunde observeerde tijdens twee coschappen (interne en MDL) de attitudes ten aanzien van de zorg voor oudere patiënten, om zo het zogenaamde 'verborgen curriculum' bloot te leggen. De resultaten zijn onthutsend: oudere patiënten werden als niet interessant afgeschilderd, gestereotypeerd, en als lastig, omdat ze bedden bezet houden. Rolmodellen die tijdens de opleiding dergelijke attitudes laten zien, kunnen zo de carrièrekeuze van de medisch studenten beïnvloeden.
Focusgroepen met arts-assistenten in opleiding tot specialisten ouderengeneeskunde brachten aan het licht dat de deelnemers enthousiast waren geworden voor het vak na er, pas na hun studie, in de klinische setting mee kennis te hebben gemaakt. Eenmaal werkzaam in het verpleeghuis vonden ze het vak veel leuker, en zinvoller, maar ook moeilijker en intensiever dan gedacht.
Een nieuw curriculum met een verplicht coschap in het verpleeghuis lijkt tot wat meer belangstelling voor het specialisme ouderengeneeskunde te leiden. Meiboom beveelt aan om in het basisonderwijs meer aandacht te geven aan de chronische patiënt, en meer ruimte te bieden voor stages buiten het ziekenhuis.



Proefschrift Ariadne Meiboom

Professioneel handelen van studenten geneeskunde - Marianne Mak

Professioneel gedrag is observeerbaar gedrag waarin de normen en waarden van de beroepsgroep zichtbaar zijn. Het is een belangrijke ingrediënt voor het opbouwen van een vertrouwensrelatie met de patiënt. In de geneeskundestudie van VUmc is al enkele jaren een belangrijke plaats ingeruimd voor dit onderwerp. Marianne Mak-van der Vossen, oud-huisarts, docent studentenonderwijs, coördineert het onderwijs rond dit thema. Daarnaast doet ze zelf onderzoek op dit terrein.
Eén van haar onderzoeken richtte zich op het actiever aanpakken van onprofessioneel gedrag van studenten geneeskunde, door hier meer aandacht aan te geven en docenten hierbij te ondersteunen. Invoering van de leerlijn Professioneel gedrag resulteerde in minder terughoudendheid bij de docenten om onprofessioneel gedrag te signaleren en aan te pakken.
Een uitgebreid literatuuronderzoek wees uit dat onprofessioneel gedrag van geneeskundestudenten in vier categorieën kan worden ingedeeld, de zogenaamde 4 I's: gebrek aan inzet, integriteit, interactie en of introspectie. Een derde onderzoek van Mak bestond uit kwalitatieve interviews onder 18 medisch studenten uit de Verenigde Staten, die een congres bezochten. De interviewvragen gingen over onprofessioneel handelen van medestudenten en docenten, de verwachtingen hierover vanuit de

opleiding, de motivatie van de studenten om te reageren op voorkomende gevallen, en hoe het curriculum op dit punt verbeterd zou kunnen worden. Wat het laatste betreft werd onprofessioneel handelen vooral als aanleiding gezien om wat van te leren: de response moet vooral pedagogisch zijn, en dokters zijn gezamenlijk verantwoordelijk om hun collega's te steunen om hun onprofessionele gedrag aan te passen.

De balans tussen zelfstandigheid en patiëntveiligheid in de opleidingen tot specialist ouderengeneeskunde en huisarts
- Nelleke Noeverman

Nelleke Noeverman-Poel is aioto: ze combineert de opleiding tot specialist ouderengeneeskunde met een promotietraject. Haar eerste, onlangs afgeronde deelstudie was erop gericht om inzicht te krijgen in hoe zelfstandigheid van de aios en de patiëntveiligheid worden gewaarborgd tijdens de opleiding. Ze hield focusgroepen met aios en opleiders ouderengeneeskunde en huisartsgeneeskunde. De meeste deelnemers ervaarden de patiëntveiligheidsrisico's tijdens de opleiding als gering. Ze vonden acute situaties over het algemeen het meest risicovol, maar opleiders vonden dat aios die situaties vaak goed beheersten. Voor minder acute problemen was er vaak tijd om een beslissing te nemen of op een beslissing terug te komen.

Opleiders gaven aan dat aios, als BIG-geregistreerde arts, veel eigen verantwoordelijkheid kregen. Onderdeel van die verantwoordelijkheid was het kennen van de eigen grenzen en op tijd om hulp vragen. Focusgroepdeelnemers erkenden ook dat aios onbewust onbekwaam konden zijn; daarom vonden ze het belangrijk dat er een vangnet was voor aios. Dit vangnet bestond uit taken van de opleider (inschatten bekwaamheid, checken van het werk van de aios), een goede vertrouwensrelatie tussen aios en opleider (waardoor de drempel om supervisie te vragen verlaagd werd) en de rol van anderen (verpleging die fouten van aios opmerkt).

Observatie van technische vaardigheden in de huisartsopleiding
- Chris Rietmeijer

Observatie is volgens de medische onderwijsliteratuur cruciaal voor geloofwaardige feedback en beoordeling. Toch is er sprake van weinig observatie in de medische vervolgopleidingen. In de huisartsopleiding herkennen we dat als het gaat om observatie van technische vaardigheden zoals lichamelijk onderzoek en kleine ingreepjes. Wat observatie precies is, en wat het doet in een opleidingsrelatie, daarover is nog maar weinig bekend.

Chris Rietmeijer, huisarts en senior staflid aan de huisartsopleiding van VUmc, deed, als onderdeel van zijn promotie-onderzoek, een focusgroep-studie met huisarts-opleiders: hij vroeg hen naar hun ervaringen met het observeren van technische vaardigheden.
Er werden verschillende patronen van observatie genoemd: van te voren gepland dan wel ad hoc; geïnitieerd door de opleider dan wel door de aios. Verschillende patronen hadden vaak verschillende betekenissen en effecten zoals kennismaking, steun, controle, demonstratie van vaardigheden, maar ook ongemak en wantrouwen over en weer.

Het elkaar om de beurt observeren ("om-en-om spreekuur") leek veelbelovend, maar de meeste opleiders stopten hiermee na de kennismakingsperiode. Daarmee was er alleen nog ad hoc observatie. Opleiders zagen graag dat de aios de verantwoordelijkheid namen voor het initieren hiervan. Zo lang de aios dat voldoende deden waren de opleiders tevreden. Als de aios te weinig observaties vroegen werden de opleiders ongemakkelijk en vroegen ze zich af of zij nu observaties moesten initiëren. Daarbij waren ze bang dat de aios dat zouden ervaren als een gebrek aan vertrouwen, wat soms een reden was om ervan af te zien.
In een tweede focusgroepstudie onderzoekt Rietmeijer hoe aios naar de verschillende patronen in observatie kijken. In een derde deelstudie worden patiënten geïnterviewd. In elke observatie-situatie is er een derde partij, de patiënt. Blijkens de eerste twee studies doen opleiders en aios allerlei aannames over wat de patiënt voelt en denkt tijdens de observatie, hetgeen het gedrag van aios en opleiders beïnvloedt. De eerste patiënteninterviews wijzen op discrepanties tussen wat patiënten echt voelen en denken en wat opleiders en aios daaromtrent aannemen.

EEN GREEP UIT DE PUBLICATIES VAN DE ONDERZOEKSGROEP HUISARTSGENEESKUNDE EN OUDERENGENEESKUNDE

Appelhof B, Bakker C, Van Duinen-van Den IJssel JCL, Zwijsen SA, Smalbrugge M, Verhey FRJ, de Vugt ME, Zuidema SU, Koopmans RTCM. Differences in neuropsychiatric symptoms between nursing home residents with young-onset dementia and late-onset dementia. Aging Ment Health. 2018 Feb 9:1-6.

Botman E, Ang CW, Joosten JHK, Slottje P, van der Wouden JC, Maarsingh OR. Diagnostic behaviour of general practitioners when suspecting Lyme disease: a database study from 2010-2015. BMC Fam Pract. 2018;19(1):43.

Bouwstra H, Smit EB, Wattel EM, van der Wouden JC, Hertogh CMPM, Terluin B, Terwee CB. Measurement Properties of the Barthel Index in geriatric rehabilitation. J Am Med Dir Assoc. 2018 Nov 15.

van Buul LW, Vreeken HL, Bradley SF, et al. The development of a decision tool for the empiric treatment of suspected urinary tract infection in frail older adults: a Delphi consensus procedure. J Am Med Dir Assoc. 2018;19(9):757-764.

Bijlsma-Rutte A, Rutters F, Elders PJM, Bot SDM, Nijpels G. Socio-economic status and HbA(1c) in type 2 diabetes: A systematic review and meta-analysis. Diabetes Metab Res Rev. 2018 Apr 6:e3008.

Claassen-van Dessel N, van der Wouden JC, Twisk JWR, Dekker J, van der Horst HE. Predicting the course of persistent physical symptoms: Development and internal validation of prediction models for symptom severity and functional status during 2 years of follow-up. J Psychosom Res. 2018;108:1-13.

Delwel S, Scherder EJA, Perez RSGM, Hertogh CMPM, Maier AB, Lobbezoo F. Oral function of older people with Mild Cognitive Impairment or dementia. J Oral Rehabil. 2018 Aug 20.

Ilves OE, Hermsen LAH, van der Wouden JC, Holla JFM, van der Leeden M, Smalbrugge M, Leone SS, van der Horst HE, Dekker J. Are changes in pain, cognitive appraisals and coping strategies associated with changes in physical functioning in older adults with joint pain and chronic diseases? Aging Clin Exp Res. 2018 Jun 6.

Koopman ADM, Vd Ven M, Beulens JW, Welschen LM, Elders PJ, Nijpels G, Rutters F. The Association between Eating Traits and Weight Change after a Lifestyle Intervention in People with Type 2 Diabetes Mellitus. J Diabetes Res. 2018 Jun 3;2018:9264204.

Ten Koppel M, Onwuteaka-Philipsen BD, Pasman HR, Bernabei R, Carpenter I, Denkinger MD, Onder G, van der Roest HG, Topinkova E, van Hout HPJ. Are older long term care residents accurately prognosticated and consequently informed about their prognosis? Results from SHELTER study data in 5 European countries. PLoS One. 2018;13(7):e0200590.

van der Laan DM, Elders PJM, Boons CCLM, Nijpels G, Krska J, Hugtenburg JG. The impact of cardiovascular medication use on patients' daily lives: a cross-sectional study. Int J Clin Pharm. 2018;40(2):412-420.

van der Leeuw G, Ayers E, Leveille SG, Blankenstein AH, van der Horst HE, Verghese J. The effect of pain on major cognitive impairment in older adults. J Pain. 2018 Jul 9.

Maarsingh OR, Heymans MW, Verhaak PF, Penninx BWJH, Comijs HC. Development and external validation of a prediction rule for an unfavorable course of late-life depression: A multicenter cohort study. J Affect Disord. 2018;235:105-113.

Meiboom AA, de Vries H, Soethout MBM, Hertogh CMPM, Scheele F. [A career in elderly care medicine; an option for today's medical student? : Medical students' interest in elderly care medicine]. Tijdschr Gerontol Geriatr. 2018 Jul 12.

Merlijn T, Swart KMA, Lips P, Heymans MW, Sohl E, Van Schoor NM, Netelenbos CJ, Elders PJM. Prediction of insufficient serum vitamin D status in older women: a validated model. Osteoporos Int. 2018;29(7):1539-1547.

Özcan B, Rutters F, Snoek FJ, et al; Diabetes Pearl from the Parelsnoer Initiative. High diabetes distress among ethnic minorities is not explained by metabolic, cardiovascular, or lifestyle factors: findings from the Dutch Diabetes Pearl Cohort. Diabetes Care. 2018;41(9):1854-1861.

Oudewortel L, Joling KJ, Hertogh CMPM, Wijnen VJM, van der Brug AAM, van Gool WA. Performance on bedside tests of attention and organized thinking in patients with dementia free from delirium. Int Psychogeriatr. 2018 Jul 23:1-9.

Overbeek JA, Kuiper JG, van der Heijden AAWA, Labots M, Haug U, Herings RMC, Nijpels G. Sex- and site-specific differences in colorectal cancer risk among people with type 2 diabetes. Int J Colorectal Dis. 2018 Nov 12.

Pols AD, Adriaanse MC, van Tulder MW, Heymans MW, Bosmans JE, van Dijk SE, van Marwijk HWJ. Two-year effectiveness of a stepped-care depression prevention intervention and predictors of incident depression in primary care patients with diabetes type 2 and/or coronary heart disease and subthreshold depression: data from the Step-Dep cluster randomised controlled trial. BMJ Open. 2018 Oct 28;8(10):e020412.

Stam H, van der Wouden JC, Hugtenburg JG, Twisk JWR, van der Horst HE, Maarsingh OR. Effectiveness of a multifactorial intervention for dizziness in older people in primary care: A cluster randomised controlled trial. PLoS One. 2018 Oct 9;13(10):e0204876. Rietmeijer CBT, Huisman D, Blankenstein AH, de Vries H, Scheele F, Kramer AWM, Teunissen PW. Patterns of direct observation and their impact during residency: general practice supervisors' views. Med Educ. 2018 Jul 24.

Sinnema H, Terluin B, Volker D, Wensing M, van Balkom A. Factors contributing to the recognition of anxiety and depression in general practice. BMC Fam Pract. 2018;19(1):99.

Sitnikova K, Pret-Oskam R, Dijkstra-Kersten SMA, Leone SS, van Marwijk HWJ, van der Horst HE, van der Wouden JC. Management of patients with persistent medically unexplained symptoms: a descriptive study. BMC Fam Pract. 2018;19(1):88.

Smeets CHW, Zuidema SU, Hulshof TA, Smalbrugge M, Gerritsen DL, Koopmans RTCM, Luijendijk HJ. Efficacy of antipsychotics in dementia depended on the definition of patients and outcomes: a meta-epidemiological study. J Clin Epidemiol. 2018;101:17-27.

Stam H, van der Wouden JC, Hugtenburg JG, Twisk JWR, van der Horst HE, Maarsingh OR. Effectiveness of a multifactorial intervention for dizziness in older people in primary care: A cluster randomised controlled trial. PLoS One. 2018 Oct 9;13(10):e0204876

van der Steen JT, Smaling HJ, van der Wouden JC, Bruinsma MS, Scholten RJ, Vink AC. Music-based therapeutic interventions for people with dementia. Cochrane Database Syst Rev. 2018;7:CD003477.

Swart KMA, van Vilsteren M, van Hout W, et al. Factors related to intentional non-initiation of bisphosphonate treatment in patients with a high fracture risk in primary care: a qualitative study. BMC Fam Pract. 2018;19(1):141.

Vloothuis J, Depla M, Hertogh C, Kwakkel G, van Wegen E. Experiences of patients with stroke and their caregivers with caregiver-mediated exercises during the CARE4STROKE trial. Disabil Rehabil. 2018 Nov 1:1-7.

Willeboordse F, Schellevis FG, Meulendijk MC, Hugtenburg JG, Elders PJM. Implementation fidelity of a clinical medication review intervention: process evaluation. Int J Clin Pharm. 2018;40(3):550-565.

van der Zwaard BC, Schalkwijk AAH, Elders PJM, Platt L, Nijpels G. Does environment influence childhood BMI? A longitudinal analysis of children aged 3-11. J Epidemiol Community Health. 2018 Aug 31.

HONING & AZIJN

Door
Frans J. Meijman
fj.meijman@vumc.nl



HEELMEESTERS EN DOCTORES MEDICINAE
Twee geloven op één kussen?

Spreken we advocaten, rechters, ingenieurs of docenten erop aan als ze hun beroepsuitoefening niet combineren met wetenschappelijk onderzoek? Een beetje huisarts doktert, overlegt, regelt, vinkt af, toetst, onderwijst ….. en onderzoekt / publiceert, toch?

De weg zoekend in uiteengereten gewonden of zich bekommerend om alledaagse patiënten stuitte menig heelmeester in de diepe middeleeuwen op een onthutsende tegenstelling tussen de leer en de praktijk. Het kon toch geen toeval zijn dat een mens er van binnen steeds maar weer anders uit bleek te zien of dat behandelingen anders uitpakten dan de geleerde doctores medicinae doceerden. Ver voor Galileo Galilei dachten, fluisterden, riepen en schreven de heelmeesters: “Kijk nou toch, het klopt niet wat jullie ons voorhouden”. Opeenvolgende incidentele praktijkervaringen bundelden zich tot kennis. Die praktijkkennis hielden de heelmeesters hun leerlingen en gezellen voor, die overigens trouw de rechte leer oplepelden als ze voor het beoordelende college van doctores stonden. Practici leerden leven met de weerbarstige verhouding tussen ‘de stand der wetenschap’ en hun dagelijkse werkelijkheid. Bij hun onderwijs troostten zij zich en hun leerlingen met de eeuwen later door Martinus Nijhoff gemunte uitspraak “Lees maar, er staat niet wat er staat”.

Wie is de baas?

Ieder vakgebied kent de driehoeksverhouding tussen praktijk, wetenschap en onderwijs, zo ook de huisartspraktijk, de huisartsgeneeskunde en de bijdragen van beide aan het medisch basisonderwijs en de vervolgopleiding. Twee vragen dringen zich op. Hoe ligt de onderlinge verhouding binnen de driehoek en wat is wetenschap? Binnen de driehoek leveren praktijk en onderwijs weinig interpretatieverschillen op maar vraagt wetenschap om verheldering. Bedoelen we daarmee de kennis, de academische attitude of het onderzoek? En is dat wetenschappelijke onderzoek dan vooral empirisch en kwantificerend of telt een kwalitatieve aanpak ook mee? Vallen logisch redeneren, analyseren en beschouwen ook onder wetenschapsbeoefening? Hierover straks meer. Eerst de vraag over de onderlinge verhoudingen binnen de driehoek. Zijn praktijk, wetenschap en onderwijs gelijkwaardig? Zijn de verhoudingen nevengeschikt of is er een ondergeschikte relatie? Het bestaansrecht van dokters komt voort uit de hulpbehoeften van zieke medeburgers. Zonder patiënten geen dokters. Evenzo zie ik de huisartsgeneeskunde ondergeschikt of dienend aan de huisartspraktijk. Zonder patiëntenzorg zie ik geen noodzaak een discipline huisartsgeneeskunde overeind te houden alsof het theoretische fysica of filosofie zou betreffen. Met de titel Huisarts & Wetenschap ben ik dan ook heel gelukkig.

Ieder meent zijn uil een valk te zijn

Zolang wetenschap slaat op verantwoorde kennis en een academische benadering, zal iedereen het belang ervan onderschrijven voor de beroepsuitoefening en het onderwijs. Het gaat echter spannen als met wetenschap eigenlijk empirisch onderzoek wordt bedoeld. Als vragen worden gesteld als: is huisdokteren nog van deze tijd als huisartsen niet deelnemen aan wetenschappelijk onderzoek? Of: kunnen het medisch basisonderwijs en de huisartsopleiding zonder stages wetenschappelijk onderzoek? Die stages lijken zinvol (en hopelijk nuttig) om een academische attitude te bevorderen als de aanpak van het onderzoek leerzaam is en niet extra bijdraagt aan telraamgeneeskunde, maar zien we alle aankomende (huis)artsen ook nog als aanstaand wetenschappelijk onderzoeker? Ja, vindt menig boegbeeld van de academische huisartsgeneeskunde. In de woorden van Ruut de Melker: “The NHG (Dutch College of General Practitioners) should see to it that research shall become one of the basic tasks in general practice.” (Family Practice, 1995). Niets dan goeds over mijn promotor maar hier vergaloppeerde hij zich, en andere enthousiastelingen na hem doen dat al evenzeer. Vanzelfsprekend is wetenschappelijk onderzoek in de huisartspraktijk van belang en vereist dat onderzoek betrokkenheid van de huisartsen ter plekke maar dat impliceert niet dat het zelf bijdragen aan, laat staan uitvoeren van onderzoek een kerntaak zou zijn van praktiserend huisartsen. Het (voor mij herkenbare) genoegen dat sommige huisartsen beleven aan zelf onderzoek opzetten en uitvoeren moet niet alle huisartsen als kerntaak worden opgedrongen. Dat doen we bij andere academisch geschoolde beroepsbeoefenaren ook niet. Naast medische hulp in context verlenen, intercollegiaal toetsen en bijdragen aan onderwijs zullen huisheelmeesters actief deelnemen aan het opsporen en rapporteren van problemen en handelwijzen die onderzoek (van anderen) verdienen. Dat heeft veel weg van een doctor medicinae.