

H & O



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

Amsterdam UMC,
locatie VUmc

4

oktober
2019

THEMA

Verbinding

*Wat heeft de specialist
ouderengeneeskunde de
huisarts te bieden?*

**Beter oud
in Amsterdam**

*Van wetenschap
naar praktijk*

Interview

Henriëtte van der Horst

In dit nummer

03 VOORWOORD
De verbinding tussen huisarts en SO. Waar komen we elkaar tegen en hoe versterken we elkaar? Door Cees Hertogh.

04 INTERVIEW MET HENRIËTTE VAN DER HORST
Henriëtte treedt terug als afdelingshoofd en blikt samen met Henk de Vries terug.

08 BETER OUD IN AMSTERDAM
Hein van Hout over zijn rol bij de implementatie van het geriatrische zorgmodel in vier proefregio's in Amsterdam.

11 AIOTO ONTKETENT DE ZORG
Een groep huisartsen start een experiment met een alternatieve aanpak voor de ketenzorg. Onderzoeker Mieke Bogerd vertelt.

12 IN THE SPOTLIGHT
Hoe overlappen we de werkvelden van de huisarts en de SO? Ervaringsdeskundige Rianne Godfried aan het woord.

14 GERIATRISCHE REVALIDATIEZORG
Aafke de Groot vertelt over haar vak, haar passies, haar bijdrage aan de kaderopleiding GRZ en het onderzoek waar ze sinds enkele jaren aan werkt.

16 SAMEN OP PAD
Jessy Uitterwaal-Zegers (AIOS huisartsgeneeskunde) en Karolien Biesheuvel (AIOS ouderen geneeskunde) delen hun ervaring met gezamenlijk onderwijs rond kwetsbare ouderen.



EN VERDER

10 COLUMN
Arko Oderwald neemt afscheid als onze columnist. In deze uitgave zijn laatste column.

20 PROMOTIEONDERZOEKEN
Floor Willeboordse, Medicatiebeoordeling
Hanneke Stam, Duizeligheid
Sandra Dijkstra-Kersten, Depressie
Janine van Kooten, Pijn en dementie

19 COLUMN
Frans Meijman: medische surveillance van ouderen. De pijnpunten van een populatie gerichte medische benadering van ouderen.

20 VACATURES
Een nieuwe carrièrestap voor huisartsen: naast patiëntenzorg ook taken in onderwijs en opleiding? Voor wie geïnteresseerd is in het begeleiden van coassistenten, semi-artsen en huisartsen in opleiding: Wij zoeken plaatsens!

Colofon

H&O is het magazine van de afdeling huisartsgeneeskunde & ouderengeneeskunde van Amsterdamumc, locatie VUmc. Het magazine komt uit in een oplage van 2150 exemplaren en wordt verspreid onder onze relaties.

Doel

H&O magazine wil een verbindende schakel zijn tussen de afdeling H&O van Amsterdam UMC, locatie VUmc en de huisartsen en specialisten ouderengeneeskunde in het veld en schrijft over opleiding, onderwijs, onderzoek, het academisch netwerk en de zorgpraktijk vanuit zowel de huisartsgeneeskunde als de ouderengeneeskunde.

Redactie

Valentina Blom (coördinatie)
Eefje Sizoo
Maïke Sparrus (coördinatie en eindredactie)
Ruud Stam
Siri Visser
Hans van der Wouden

Contactpersoon redactie

Valentina Blom
020 - 4448201
v.blom@amsterdamumc.nl

Omslagfoto

Mariëtte Carstens / HH

Vormgeving

Studio CVR (Corina van Riel), Amsterdam

Druk

Drukkerij Roelofs, Enschedé

Aan dit nummer werkten mee

Karolien Biesheuvel, Mieke Bogerd, Rianne Godfried, Aafke de Groot, Cees Hertogh, Henriëtte van der Horst, Harry Meijer, Frans Meijman, Hein van Hout, Sandra van der Meulen, Arko Oderwald, Cora Ritmeijer Joyce Schellekens, Jessy Uitterwaal-Zegers, Henk de Vries.



Samenwerking en verbinding

De rode draad van de bijdragen in dit nummer is de verbinding tussen huisarts en specialist ouderengeneeskunde. Waar komen we elkaar tegen en hoe kunnen we elkaar versterken in de zorg voor kwetsbare ouderen? Dat zijn belangrijke opgaven met het oog op de demografische ontwikkelingen. In de afgelopen jaren hebben we daar vanuit de afdeling H&O op diverse wijzen aan bijgedragen. Zo zoeken we elkaar op in de opleiding (zie ook het interview met Karolien Biesheuvel en Jessy Uitterwaal-Zegers verderop in dit nummer) en werken we in het studentenonderwijs nauw samen aan de generalistische vorming van de student geneeskunde. We hebben gezamenlijk onderzoek geïnitieerd, onder andere naar een uitdagend onderwerp als 'veerkracht bij ouderen'. En we werken aan zorginnovatie en hebben daartoe de Universitaire Praktijk Ouderengeneeskunde (UPO) opgezet, die binnenkort uitbreiding krijgt naar Amstelveen. Met deze initiatieven hopen we een solide basis gelegd te hebben voor verdere samenwerking én verbinding in de toekomst. En overigens: ook de fraaie vormgeving van dit 'glossy' magazine is een vrucht van die samenwerking. Daarin is ook de laatste column van Arko Oderwald opgenomen. Zijn rol zal vanaf het volgende nummer worden overgenomen door Siri Visser. Namens de redactie wil ik Arko van harte dank-zeggen voor al zijn bijdragen aan H&O.

En 'last but not least': in oktober nemen we afscheid van Henriëtte van der Horst als afdelingshoofd. In dit nummer komt zij uitgebreid aan het woord, niet alleen terugblikkend, maar ook met een visie op de toekomst. We lezen hoe Henriëtte op de afdeling is terechtgekomen, wat haar drijft en wat haar functie zoal met haar gedaan heeft. Gelukkig blijft Henriëtte in de komende periode nog als divisievoorzitter aan onze divisie verbonden.

Rest mij eenieder veel leesplezier en inspiratie te wensen met alle 'verbindende' artikelen en interviews in dit nummer.

Cees Hertogh

Hoogleraar ouderengeneeskunde en ethiek van de zorg

Dat blijf ik allemaal doen, heerlijk toch?

De aanleiding van dit interview met Henriëtte van der Horst, hoogleraar huisartsgeneeskunde en hoofd afdeling huisartsgeneeskunde & ouderengeneeskunde bij Amsterdam UMC, locatie VUmc, is haar terugtreden als afdelingshoofd in oktober van dit jaar.

Henk de Vries, collega van Henriëtte bij locatie VUmc en emeritus-hoogleraar huisartsgeneeskunde in het bijzonder van onderwijs, blikt met haar terug.

Henk: We kennen elkaar sinds het begin van onze studietijd. Ik vind het leuk om samen terug te kijken naar wat je bereikt hebt, hoe je het allemaal ervaren hebt en je plannen voor de toekomst te horen. Ik spreek je hier in het AMC: hoe voelt dat om niet meer alleen op 'de VU' te werken?

Henriëtte: Ha, grappig he? Dat had ik nooit gedacht. Ik heb een paar keer geprobeerd om bij de VU weg te gaan maar dat is me nooit gelukt. Ik heb zelfs een keer ontslag genomen. Ik heb, toen ik onderwijscoördinator was bij de beroepsopleiding, in de zomer van 2000 tegen Piet Schoonheim, het toenmalige hoofd van de opleiding, gezegd dat hij op zoek moest naar een andere onderwijscoördinator. Ik merkte dat het, onparlementair gezegd, een klotenbaan is. Er liggen wel een hoop verantwoordelijkheden op je bordje maar je hebt niet de bijbehorende bevoegdheden. En het leek me goed om een keertje weg te gaan bij de VU. Ik heb er gestudeerd, ik heb er de huisartsopleiding gedaan en ik ben er vrij snel na de opleiding gaan werken als docent. Op verschillende universiteiten kon ik toen terecht en ik zou een onderzoekslijn GGZ opzetten bij het UMCU. Maar Wim Stalman heeft me verleid om toch te blijven als senior-onderzoeker en om samen met hem en anderen het academisch netwerk en de UHP op te zetten. Sinds januari van dit jaar ben ik als divisievoorzitter ook verantwoordelijk voor een aantal afdelingen van het

AMC. Ik vind dat uitdagend en leuk, het is boeiend om te zien hoe dingen overeenkomen maar ook hoe dingen volstrekt verschillend kunnen zijn, hoe allerlei processen anders ingericht zijn. Dan is het goed om te kijken wat je van elkaar kunt overnemen.

Hoe was het om afdelingshoofd te worden?

Ik heb destijds, in 2006, heel erg gearzeld toen Wim Stalman me vroeg. Ik wist niet of dat een goede functie voor mij was en al helemaal niet of het goed was voor de afdeling. De twee aspecten vond en vind ik allebei belangrijk. Na veel vijven en zessen besloot ik het te gaan doen, in elk geval voor vijf jaar en kondigde aan dat ik na een jaar een week in mijn eentje weg zou gaan om te evalueren of het een goede stap was geweest. Ik merkte in dat jaar dat ik het eigenlijk heel boeiend vond, dat ik met heel veel nieuwe zaken geconfronteerd werd en ongelofelijk veel leerde. Daarnaast kreeg ik veel meer inzicht in processen en merkte ik dat ik ook het beleid van de afdeling (mede) vorm kon geven. Er werden weer nieuwe kanten van mij aangesproken.

Is jouw visie, wat je zou willen bereiken met de afdeling veranderd in de loop van die twaalf jaar?

In principe niet - hooguit ben ik wat realistischer geworden. Wat ik heel belangrijk vond is dat we als één afdeling veel beter zouden samenwerken, dat we

‘Het is me nooit gelukt bij de VU weg te komen’



vooral vanuit de verschillende expertisegebieden zouden kijken hoe we elkaar kunnen versterken, samenwerken in plaats van langs elkaar heen werken, om onze gezamenlijke doelen te bereiken. Het is toch een beetje raar als je allemaal eilandjes hebt in een afdeling. Dat was ook het uitgangspunt bij het samengaan van huisartsgeneeskunde en ouderengeneeskunde in 2012. Een ander belangrijk uitgangspunt is dat wat we doen eigenlijk geen doel op zich is, maar altijd een middel is om andere doelen te bereiken: artsen opleiden die goed op hun taak toegeest zijn en onderzoek doen wat ertoe doet, o.a. door met het veld in gesprek te gaan over wat er speelt en wat wij daaraan kunnen bijdragen. Ik denk dat we die verbinding van 'de academie' met het veld heel redelijk vorm gegeven hebben. We hebben een aantal mooie projecten opgezet, zoals de Universitaire Praktijk Ouderengeneeskunde (UPO).

Henriëtte van der Horst

Na haar studie geneeskunde aan de Vrije Universiteit (artsexamen 1981) volgde Henriëtte de huisartsopleiding en oefende vervolgens 34 jaar lang het huisartsenvak uit (1984-2018). Henriëtte bleef daarnaast altijd aan de VU verbonden als achtereenvolgens universitair docent, wetenschappelijk onderzoeker, onderwijscoördinator & waarnemend hoofd huisartsopleiding, senioronderzoeker, hoogleraar, afdelingshoofd en divisievoorzitter.

- 1997** Promotie op proefschrift 'Irritable bowel syndrome in general practice'
- 2003** Betrokken bij oprichting van het Academisch Netwerk Huisartsgeneeskunde VUmc en de Universitaire Huisartsenpraktijk VUmc (2004)
- 2007** Benoeming tot hoogleraar/afdelingshoofd Huisartsgeneeskunde VUmc
- 2008** Oratie 'Over de huisartsgeneeskunde'
- 2011** Start onderzoeklijn 'Soma en Psyche'
- 2012** Na het samengaan met Ouderengeneeskunde, benoemd tot afdelingshoofd Huisartsgeneeskunde & Ouderengeneeskunde
- 2012** Wetenschappelijk supervisor afdeling Midwifery Science VUmc
- 2015** Voorzitter Interfacultair overleg Huisartsgeneeskunde
- 2015** Benoeming tot divisievoorzitter van divisie VI VUmc. Na bestuurlijke fusie met AMC in 2018, in 2019 benoemd tot divisievoorzitter van divisie 10, Eerstelijnszorg, Public Health en Methodologie van Amsterdam UMC
- 2018** Voorzitter commissie herijking kernwaarden en kerntaken Huisartsgeneeskunde

Henriëtte zit in diverse (inter-)nationale commissies, heeft 26 promovendi 'afgeleverd' en heeft ruim 280 (inter-)nationale publicaties en ruim 10 boeken op haar naam staan.

Toen wij ooit actie voerden hadden wij niet 'de macht'. Hoe is het voor jou om nu veel verantwoordelijkheid te hebben, belangrijke beslissingen te nemen, kortom macht te hebben?

Dat vind ik een ingewikkeld vraagstuk. Ik denk vaak terug aan Foucault die zei dat macht circulair gebonden is aan de waarheid. Ik was ook erg onder de indruk van 'Les mains sales' van Jean Paul Sartre, waarin hij liet zien dat macht haast ongemerkt corrupteert. Dat zit wel altijd in mijn achterhoofd. Ik vind dat als je in een positie zit waarin je macht kunt uitoefenen, je je daar heel erg bewust van moet zijn, want er zitten ook

negatieve kanten aan. Je kunt namelijk heel gemakkelijk in de verleiding komen om je positie te misbruiken. Aanvankelijk dacht ik: ik heb geen invloed, ben net zo belangrijk als een ander. Maar dat is een soort verdedigingsmechanisme. Ik realiseerde me dat het feit dat ik deze positie bekleed maakt dat ik toch meer invloed heb en dat het er soms wel degelijk toe doet dat juist ik iets zeg. Ongemerkt ben ik toch gehecht geraakt aan mijn positie. Dus dat is oppassen geblazen. Overigens kun je ook als hoogleraar best actie voeren. Weet je nog dat we met alle acht afdelingshoofden huisartsgeneeskunde in de RAI de acties tegen de hoge werkdruk steunden? Bart Meijman had me gevraagd daar iets te zeggen vanuit de academie. Ik heb toen in het IOH gezegd: het is nog sterker als wij alle acht op het podium staan.

Is je leven en je persoon veranderd door je afdelingshoofd zijn?

Ha, dat moet je natuurlijk eigenlijk aan Jos en mijn kinderen vragen. Naast dat ik meer en ook harder ben gaan werken, ben ik ook efficiënter geworden. En ik heb veel dingen geleerd: overzicht creëren, snel analyseren, en ik kan heel snel schakelen. Mijn vele werken bepaalt wel de tijd die ik over heb voor andere dingen. Maar ik ben altijd muziek blijven maken, heb nog steeds mijn leesclubje, lees tenminste drie boeken per maand. Ik wandel, heb vriendinnen en vrienden. Als persoon heb ik geleerd om beter om te gaan met onzekerheid. Inherent aan het dragen van verantwoordelijkheid is dat je beslissingen moet nemen en verkeerde inschattingen kunt maken. Dat toegeven vond en vind ik geen probleem, maar als ik vind dat ik iets stoms heb gedaan had ik daar vroeger een week last van en nu pakweg een dag, dus zes dagen winst. Ik vind het nu misschien zelfs wel leuker om met onzekerheid om te gaan. Af en toe hoor ik mezelf dan wel weer dingen verkondigen met een aplomb waarvan ik denk nou mevrouw Van der Horst doe maar een beetje kalmer.

Heb jij ideeën over hoe het talent van vrouwen aan de universiteit beter tot zijn recht komt?

Het is ontzettend belangrijk dat een leidinggevende specifiek aandacht heeft voor wat vrouwen nodig hebben om verder te komen, hen stimuleert om te ontdekken 'wat kun je en wat wil je' en duidelijk maakt dat het feit dat je iets wilt, niet betekent dat je er helemaal klaar voor hoeft te zijn. Het is ook belangrijk dat vrouwen in hogere posities rolmodel zijn en zich dat realiseren. Dat vond ik in het begin heel erg lastig. Ik dacht ik ben helemaal geen rolmodel, wat is dat nou, maar inmiddels denk ik daar anders over.

'Het is belangrijk dat vrouwen in hogere posities rolmodel zijn en zich dat realiseren'

Wat betekent het voor jou om terug te treden als afdelingshoofd en door te gaan als voorzitter van de divisie?

Ik realiseer me dat ik niet over mijn graf heen hoor te regeren. Tegelijkertijd draag ik als divisievoorzitter ook voor deze afdeling verantwoordelijkheid en gaat het lot van de mensen me aan het hart. Ik probeer daarbij afstand te bewaren en deze afdeling te behandelen als alle andere, maar misschien lukt dat niet altijd, dan moet ik dat wel horen. Het samengaan van de beide divisies zie ik vooral als een kans om beter voor het voetlicht te brengen dat juist onze divisie met ons onderzoek, onderwijs en onze opleidingen een belangrijke bijdrage kan leveren aan de grote gezondheidsproblemen en zorgvraagstukken.

Toen we in de UHP samenwerkten viel het me op dat je een echte dappere dokter was: je zag op een ochtend een behoorlijk aantal patiënten en was toch terughoudend in je beleid, geen onzinnige aanvragen of verwijzingen en we consulteerden elkaar regelmatig.

Leuk dat je daarover begint. Het landelijke initiatief 'Dappere dokters en optimale zorg', het feit dat we daar een boost aan gegeven hebben en dat dat vanzelf doorgaat als beweging van onderaf, vind ik heel leuk. Hoe wij in de praktijk werken sluit goed aan bij de kerntaak medisch generalisme zoals die in het recente herijkingstraject werd geherformuleerd. Op dat traject ben ik best wel trots. Vooral dat het me gelukt is om alle partijen bij elkaar te houden. Het is trouwens erg grappig dat wij daar samen tien jaar geleden nog een artikel over geschreven hebben in Huisarts en Wetenschap. Het gewone dokters, rekening houdend met de context van de patiënt noemden we 'medisch maatwerk'.

Hoe zie je de komende jaren voor je?

Ik ben in ieder geval nog twee dagen per week, in principe voor twee jaar, divisievoorzitter en begeleid nog één dag per week promovendi. Verder zit ik in een aantal commissies, o.a. van ZonMW en het Zorginstituut. Ik ben voorzitter van de richtlijncommissie Palliatieve sedatie, zit in de redactie van het NTvG en schrijf regelmatig stukjes. Dat blijf ik allemaal doen, heerlijk toch? En ik hoop vooral meer tijd te hebben om te schrijven, want dat vind ik heel erg leuk. «

Ouderen denken
liever niet
aan de risico's
van toekomstig
verlies.



Beter oud in Amsterdam

Verbinden en verbeteren in de ouderenzorg

Hoe kan de zorg voor kwetsbare ouderen optimaal worden georganiseerd en bekostigd? Eind 2016 startte het project 'Beter Oud in Amsterdam' (BOA). Ruud Stam blikt samen met senior-onderzoeker Hein van Hout terug op zijn rol bij de implementatie van het geriatrische zorgmodel in vier proefregio's in Amsterdam.

TEKST RUUD STAM
FOTOS MARIETTE CARSTENS / HH



‘Men kende elkaar niet en wist elkaar niet makkelijk te vinden’

Hoe ben jij bij 'Beter Oud in Amsterdam' betrokken geraakt?

De aanpak in BOA is geïnspireerd op eerdere projecten naar proactieve en gestructureerde ouderenzorg in de eerste lijn die vanuit mijn ouderenlijn zijn uitgevoerd. Ik heb het BOA mede in gang gezet. Er kwam een ZonMw subsidieprogramma gericht op de implementatie van het Nationaal Programma Ouderenzorg (NPO). Met de partijen betrokken bij het Ben Sajet centrum, een academische werkplaats gericht op ouderen- en gehandicaptenzorg, hebben we een project ingediend, dat is gehonoreerd en werd Beter Oud in Amsterdam (BOA).

Hoe hebben jullie het project aangepakt?

Gewerkt is met het zgn. geriatrisch zorgmodel, een model met gestructureerde proactieve ouderenzorg in de eerste lijn. Tijdens het NPO is dit getest in de regio's Amsterdam-Buitenveldert en West-Friesland. Daarbij bleek dat dit geriatrisch zorgmodel een positief effect heeft op de zelfredzaamheid van de meest kwetsbare groep ouderen. De ouderen voelden zich gehoord en de huisartsen voelden zich ontlast. De aanpak bleek ongeveer even duur, ondanks de inzet van extra POHs. In dit model vormt de samenwerking van de huisarts, de POH ouderen en de specialist ouderengeneeskunde de basis, afhankelijk van de situatie aangevuld met apotheek en wijkverpleegkundige, of mantelzorger.

Waarom moest het geriatrisch zorgmodel opnieuw in vier wijken worden gepilot?

Het NPO bood geen handvatten voor implementatie en bekostiging. In BOA hebben we daarom een jaar lang de implementatie begeleid en gemonitord in vier Amsterdamse wijken. Dat proces is beschreven in een handreiking met een stappenplan.

Hoe hebben jullie dit aangepakt?

Omdat het NPO aangaf dat het model met name effectief is voor de oudste en kwetsbaarste groep ouderen, startte het project met het in beeld brengen van deze kwetsbare populatie in de eigen praktijk. In BOA hebben wij ons gericht op de groep 75+. Parallel daaraan is gewerkt aan het organiseren en voorbereiden van de samenwerkingsafspraken van de betrokken zorgverleners. Daarna volgt het maken van een gezamenlijk zorgplan en tenslotte de uitvoering hiervan. De uitgangssituatie was in alle regio's verschillend. In Buitenveldert (deelnemer NPO) werd bijvoorbeeld al lange tijd met het model gewerkt, terwijl men in Noord nog moest starten met het in kaart brengen van de kwetsbare patiënten. Wij hebben de betrokken zorgverleners en patiënten gevraagd naar hun ervaringen en brachten voor iedere fase de bevorderende en belemmerende factoren in beeld.

Wat leverde dit aan inzichten op?

De praktijken en dan met name de POH's werden gecoacht bij de invoering van de verandering. Achteraf concludeerden we dat we er beter aan hadden gedaan om de praktijkmedewerkers op alle niveaus, dus inclusief huisartsen, praktijkassistenten e.d. te coachen. We zagen nu bijvoorbeeld dat huisartsen praktijkassistenten de opdracht gaven om alle 65+-ers te bellen, terwijl de instructie was alleen de kwetsbare 75+-ers op te roepen. Alle regio's toonde een positieve ontwikkeling op het gebied van implementatie. Niet iedereen is echter even ver gekomen. Zorgverleners gaven in de interviews aan dat het effect van hun werk sterk afhankelijk is van de motivatie van de ouderen: wanneer een oudere niet in preventie gelooft, is het lastig om deze ervoor te motiveren. Ouderen denken liever niet aan de risico's van toekomstig verlies. In plaats daarvan focussen zij zich op de dingen die ze nog wél hebben en kunnen.

Hoe was de samenwerking tussen huisartsen en specialisten ouderengeneeskunde?

Soms best ingewikkeld. Van oudsher werken de SO's in verpleeghuizen en is er nauwelijks verbinding met de huisartsenpraktijken. Men kende elkaar niet en wist elkaar niet makkelijk te vinden. Toch is dit uiteindelijk overal gelukt.

Wat is de rol van de SO hier?

De SO neemt deel aan het Multidisciplinair Overleg waarin casuïstiek wordt besproken van complexe patiënten. In het kader van diagnostiek van demantie doet de SO op verzoek van de huisarts soms consulten aan huis en begeleidt hij patiënten met hele specifieke medicatie (bijvoorbeeld bij pijn). Ongeveer 1% van de populatie is kwetsbaar. Per normpraktijk zijn dat ruim 20 patiënten, maar in praktijken met veel ouderen soms wel 50 tot 100. De aantallen zijn dus beperkt, maar er is voor deze patiënten wel veel voordeel te behalen.

Is er voldoende bewijs opgebouwd om te pleiten voor brede implementatie?

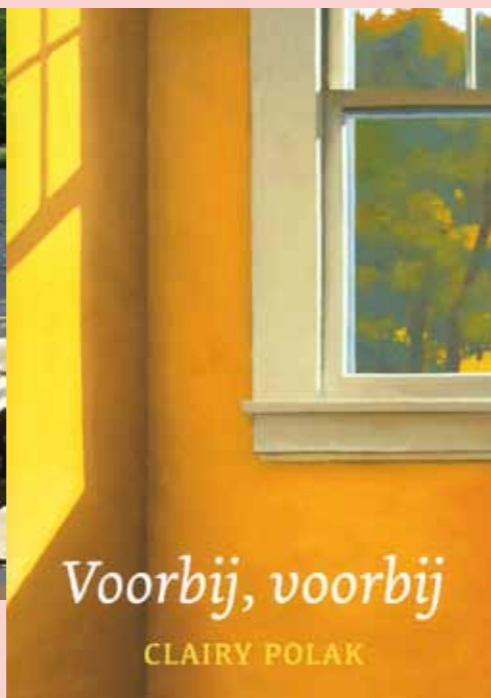
Het model op zich was al wetenschappelijk getest in het NPO. Er is evidence voor betere zorg voor de meest kwetsbare groep. In Amsterdam wordt het model, ondersteund door financiering van Zilveren Kruis, nu stadsbreed ingevoerd.

Wat heeft het project jou opgeleverd?

Dit is implementatiewerk en dat is lastig publiceren. We zijn nu de contacten van ouderen op de SEH aan het onderzoeken, kunnen we door beter anticiperen een SEH bezoek voorkomen? Je wilt natuurlijk het liefst dat je zoveel mogelijk preventief werkt. Ik verwacht dat dit wel tot een wetenschappelijke publicatie zal leiden.

Waarom investeer je er dan in als wetenschapper?

De zaken die wij onderzoeken in onze onderzoekslijn zijn zo toegepast dat ik vind dat wij aan implementatie moeten bijdragen. Anders denk ik: wat zit ik hier eigenlijk te doen? Het Ben Sajet centrum is dan zeer waardevol. Zonder zo'n organisatie die alle partijen bij elkaar brengt kan je alleen maar hopen dat er iemand iets gaat doen met de ontwikkelde kennis. «



Voorbij, voorbij

Er verschijnen steeds meer boeken over ervaringen van partners met dementie. Uit al die boeken komt een verrassend eenduidig beeld naar voren. Als eerste het sluipende begin. 'Het was moeilijk te bepalen hoe en wanneer precies de alzheimer zich begon te manifesteren. Iedereen vergeet weleens een naam, een boodschap, een afspraak, z'n sleutels of waar hij z'n bril heeft gelaten. Iedereen mist weleens een afslag, voegt weleens per ongeluk tweemaal zout toe aan z'n stoofschotel, vergeet een belangrijk ingrediënt of vertelt voor de tweede keer een verhaal.'

bestaat, waardoor de mantelzorger de neiging heeft dat besluit uit te stellen.

Clairy Polak beschrijft in *Voorbij, voorbij* deze gang van zaken, inclusief de schuldige opluchting als er door de opname in het verpleeghuis van haar partner weer wat ruimte in het eigen leven ontstaat, in dit geval een vakantie in het bergdorpje Wengen in Zwitserland. Wie wil weten wat een mantelzorgen doormaakt vindt het allemaal in dit boek. En Clairy Polak voegt er nog wat aan toe: het onderzoek naar dementie, dat veel belooft (Deltaplan), maar erg weinig waarmaakt. De dijken zijn los zand.

'Ach, waarom bewaart ze die artikelen eigenlijk? Veel wijzer wordt ze er niet van en erg goed voor haar gemoedsrust is het allemaal ook niet. Iedere keer dat er met veel tamtam wordt bekendgemaakt dat er nu echt een begin van een doorbraak in het onderzoek is, roept er ergens in haar achterhoofd een klein duveltje dat het wel weer nepnieuws zal zijn. Of in het gunstigste geval *wishful thinking* van het leger neurologen dat, alle inspanningen ten spijt, nog steeds in het duister tast als het gaat om het doorgronden van de ziekte. Het leidde alleen maar tot valse hoop, zoals Leo en zij aan den lijve hadden ondervonden.'

Arko Oderwald

Daarna proberen partners en familieleden zo lang mogelijk hun partner of familielid te ondersteunen. De mantelzorg wordt steeds zwaarder, de mantelzorger kan gevoelens van onmacht en ergernis, gecombineerd met schuld en heimwee naar vroeger, steeds moeilijker onderdrukken. Uiteindelijk geeft men toe en gaat de naaste naar het verpleeghuis, waarvan meestal vooraf een negatief beeld

‘Voorbij, voorbij toont de gespleten werkelijkheid van de mantelzorger bij dementie’

Mieke Bogerd studeerde Geneeskunde maar onderbrak haar coschappen voor de master 'Healthcare Management'. Daarbij kwam ze erachter dat ze onderzoek heel leuk vond. De keuze voor het aiotoschap, waarbij de opleiding tot huisarts wordt gecombineerd met een promotietraject, lag dan ook voor de hand.

Ontketen de zorg!

'Toen ik in 2018 bij de afdeling aanklopte bleek er een vacature op een nieuw project waarvoor recent subsidie was verkregen. Ik ben nu ruim een jaar bezig met mijn onderzoek. Als het onderzoek goed op de rails staat, begin ik aan de huisartsopleiding.'

Het onderzoek, COPILOT, is uit onvrede geboren. De introductie van de ketenzorg enkele jaren geleden, met geprotocolleerde zorgpaden voor mensen met een chronische aandoening, was op zich een begrijpelijke ontwikkeling. De krachten van de verschillende zorgverleners worden gebundeld en de zorg wordt transmuraal geregistreerd. Voor mensen met meerdere chronische aandoeningen betekent dit dat ze voor elke aandoening in een ander zorgpad belanden, zonder dat die ketens van elkaar weten of rekening met elkaar houden. Bovendien lijkt er binnen de huidige ketenzorg weinig ruimte voor de wensen en behoeften van de patiënt. Ook de administratieve belasting voor de huisarts is een punt van zorg.

Een groep van 20 huisartsen besloot een experiment te starten met een alternatieve aanpak, met steun van het Zilveren Kruis. Het project was in het veld ontstaan daardoor was de motivatie om mee te doen groot, het was immers *hun* project. Mieke: 'We kozen voor de *Action Based Research* werkwijze. Kenmerkend voor dit type onderzoek is de nauwe samenwerking tussen onderzoekers en stakeholders: huisartsen, praktijkmedewerkers, patiënten. Samen wordt op systematische wijze een alternatieve aanpak van chronische zorg vormgegeven door knelpunten in kaart te brengen, behoeften te peilen en naar oplossingen te zoeken. Door een cyclische opzet worden stapsgewijs verbeterlagen gemaakt. Er zijn vragenlijsten afgenomen onder 1200 patiënten over hun chronische aandoeningen, ervaren zorg en kwaliteit van leven. Momenteel worden de huisartsen geïnterviewd.

Dit voorjaar is gestart met het aanbieden van een 'breed chronisch consult' van 20-40 minuten aan alle volwassen patiënten met tenminste drie chronische aandoeningen, waarin al die chronische aandoeningen in samenhang aandacht krijgen, evenals de context van de patiënt. Op dit moment worden de consulten uitgevoerd door de huisarts, maar op termijn zal ook de praktijkondersteuner (somatiek) hier een rol in krijgen.' In de toekomst zal de vragenlijst nog enkele keren worden afgenomen om te zien of het nieuwe model veranderingen te weeg heeft gebracht. «



Rianne Godfried: 'We hebben elkaar meer nodig'



Door de vergrijzing en alle veranderingen in de gezondheidszorg wonen ouderen steeds langer thuis. Dit heeft consequenties voor zowel de huisarts als de specialist ouderengeneeskunde (SO). De huisarts heeft meer kwetsbare ouderen onder zijn hoede die een complexere zorgbehoefte hebben. De specialist ouderengeneeskunde werkt op zijn beurt steeds vaker buiten de instelling, bij de mensen thuis. De werkvelden van de SO en de huisarts beginnen daardoor meer te overlappen. Hoe maken zij verbinding en wat vinden zij van deze overlap? Ervaringsdeskundige SO Rianne Godfried aan het woord.

De samenwerking tussen SO en huisarts lijkt op die van andere medisch specialisten. Huisartsen kunnen ons in consult vragen alleen komen wij dan langs bij de patiënt in plaats van dat de patiënt bij ons komt. Meestal ontvangen we een aanvraag via Zorgdomein, het digitale verwijssysteem. Dit is handig, dan heb je al de voorgeschiedenis en andere informatie van de patiënt. Na het huisbezoek, wat onder andere bestaat uit een anamnese, hetero-anamnese en lichamelijk onderzoek, volgt er altijd een brief naar de huisarts. Regelmatig vindt er ook telefonisch contact plaats met de huisarts. Er is niet vaak face-to-face contact.

In de praktijk word ik als SO met name bij cognitieve problemen in consult gevraagd. Dit komt omdat wij veel ervaring hebben met het doen van de diagnostiek bij deze problematiek. Andere vragen die ik regelmatig krijg gaan over zorgdiagnostiek (welke hulp is er nodig) en valproblemen. Bij zorgdiagnostiek zoals bijvoorbeeld een onhoudbare thuissituatie, kunnen wij meedenken welke mogelijkheden er nog zijn. We kennen de sociale kaart goed. Daarbij kunnen wij adviseren op welk type afdeling een patiënt (tijdelijk) zou kunnen worden opgenomen. Verder word ik steeds vaker geconsulteerd in een hospice en soms ook bij palliatieve zorg in de thuissituatie. Met gedragsproblemen in de laatste fase hebben wij veel ervaring. Met name in het geven van niet-medicamenteuze adviezen bij verwardheid en delier kunnen wij van meerwaarde zijn. Bij de overige palliatieve zorg in de thuissituatie is de huisarts meer de specialist. Ik ben als SO gewend dat er laagdrempelig meerdere keren per dag een hulpverlener bij een patiënt kan kijken en bijvoorbeeld medicatie kan toedienen. In de thuissituatie is dit anders en weet de huisarts vaak beter hoe dit te organiseren.

Rianne Godfried

Rianne Godfried is sinds zeven jaar specialist ouderengeneeskunde (SO) en is verbonden aan de instelling Careyn Maria-Oord in Vinkenveen. Zij werkt hier 80% intramuraal en 20% extramuraal, waarbij het extramuraal deel met name consultering door huisartsen in de omgeving betreft. Daarnaast werkt Rianne een dag in de week als docent aan de geneeskunde-opleiding op de afdeling huisartsgeneeskunde en ouderengeneeskunde van het Amsterdam UMC, locatie VUmc.

Wat er veranderd is in de afgelopen jaren is het aantal consulten. Dat neemt toe, en daarnaast zijn er meer multidisciplinaire overleggen (MDO's) met thuiszorg en huisartsen. Tegenwoordig gaat contact met de huisarts vooral via Zorgdomein, vroeger was het voornamelijk via de telefoon.

Mijn ervaring in de samenwerking met huisartsen (praktijken) is positief. Ik vind het een goed begin want de huisarts en SO vullen elkaar aan. Maar de samenwerking kan en moet verder uitbreiden. Een deel van de huisartsen benadert ons nooit. Dat hoeft ook niet. Misschien hebben zij zelf voldoende mogelijkheden om hun ouderenzorg te regelen. Of zijn ze wat sceptisch over onze rol. Maar er is ook sprake van onbekendheid met de consultering van de SO. Wanneer doe je het en hoe dan? Wij zouden als SO ons meer kunnen laten zien, onze bekendheid vergroten. Dat komt er nu niet van, wij zijn ook druk met onze intramurale taken. Extramuraal heeft onbedoeld vaak minder prioriteit omdat het niet direct in ons zicht is. Dit is wel al aan het verschuiven.

Verder is er wellicht ook een verschil tussen kleinere plaatsen en de grote steden. In een klein dorp zijn de lijnen korter. In de grote stad is dit mogelijk lastiger door anonimiteit en de aanwezigheid van meerdere aanbieders van ouderenzorg, maar daar heb ik zelf niet zo goed zicht op.

Ook zie ik dat binnen de intramurale zorg de lijnen korter zijn. Je ziet elkaar vaker, er is veel meer direct contact. Dit werkt uiteraard laagdrempeliger. Met huisartsen ben je soms dagen aan het bellen om elkaar überhaupt te spreken. De logistiek van de samenwerking is het grootste verschil.

Wat ik als verbeterpunt zie is dat ik zelf in het patiëntdossier zou mogen. De huisarts is nu veel tijd kwijt met een brief naar mij op te stellen of stukken uit het dossier aan te leveren. Soms is dat net niet wat ik nodig heb. Het zou mooi zijn wanneer ik zelf direct toegang heb. Maar dat is met de huidige wet persoonsgegevens (AVG) niet mogelijk.

Verder zou ik de huisartsen uit mijn regio beter willen leren kennen. Wellicht dat we kunnen aansluiten bij elkaars overleggen of nascholingen (FTO's/DTO's). Hierdoor leer je elkaars wereld kennen, dat maakt het veel leuker. Straks met de Wet zorg en dwang hebben we elkaar ook meer nodig, ook dan is het fijn om een gezicht bij een naam te hebben. «

Geriatrische revalidatiezorg

Wij spraken met specialist ouderengeneeskunde Aafke de Groot, over haar vak, haar passies, haar bijdrage aan de kaderopleiding GRZ en het onderzoek waar ze sinds enkele jaren aan werkt.

Kun je wat vertellen over je carrière in de ouderengeneeskunde?

Ik ben in 1985 begonnen als verpleeghuisarts. Toen was er nog geen opleiding, en kon je na je artsexamen meteen beginnen. Ik wilde eigenlijk huisarts worden, daar was al wel een (eenjarige) opleiding voor, waarvoor ik op de wachtlijst stond. Maar ik vond het werken in het verpleeghuis zo interessant en boeiend, dat ik mijn voornemen om huisarts te worden heb laten varen. Ik heb altijd wel een beetje aan de buitenkant van het verpleeghuis gehangen. Zo was ik als student-assistent werkzaam bij huisartsgeneeskunde en sociale geneeskunde, en was ik in het begin van mijn werk als verpleeghuisarts betrokken bij een project voor 'genormaliseerd wonen' voor mensen met dementie.

Wat is er zo boeiend aan het vak?

Binnen de geneeskunde is er niet veel respect voor artsen die zich bezighouden met wat niet meer te genezen valt. Maar je hebt in een verpleeghuis heel langdurig en intensief contact met patiënten en hun families. Er zitten veel verschillende aspecten aan zo'n zorgtraject, het beantwoordde aan mijn belangstelling voor oude mensen, die veel hebben meegemaakt en mooie verhalen kunnen vertellen. Overigens zie ik het imago van ons vak de laatste jaren wel verbeteren, met toenemende waardering voor mensen die iets begrijpen van problemen van ouderen. Dat hangt samen met de enorme toename van ouderen in onze samenleving, en de problemen die dat met zich meebrengt: hoe moet deze groep opgevangen worden, hoe lang kan het thuis, wat moet er medisch wel en niet?

En geriatrische revalidatie?

In 1997 ben ik begonnen in een verpleeghuis in het Gooi, het heet tegenwoordig Vivium Naarderheem, dat erg georiënteerd was op revalidatie, wat toen nog reactivering heette. Het gaat om kortdurende zorg na een ziekenhuisopname, met als doel zoveel mogelijk functieherstel en aanpassing aan de ontstane beperkingen. Geriatrische revalidatie combineert expertise uit de revalidatiegeneeskunde met de probleemgerichte benadering van de ouderengeneeskunde, afgestemd op de wensen en mogelijkheden van de individuele patiënt.

Binnen Gerion (opleiding voor specialisten ouderengeneeskunde Amsterdam UMC, locatie VUmc) heb ik in 2007 de kaderopleiding geriatrische revalidatie ontwikkeld, voor specialisten ouderengeneeskunde die al enige jaren werkzaam zijn in de geriatrische revalidatiezorg en hun expertise willen vergroten. Inmiddels zijn er ongeveer 100 kaderartsen geriatrische revalidatie.

'Binnen de geneeskunde is er niet veel respect voor artsen die zich bezighouden met wat niet meer te genezen valt'



Waarom doe je onderzoek?

Er is voor de geriatrische revalidatie nog bijzonder weinig onderbouwing. Ik was in het verleden al betrokken bij verschillende onderzoeksprojecten, zoals het SINGER project. Ik hou van goed en zorgvuldig naar dingen kijken en wilde wat meer afstand van de praktijk. Mijn onderzoek gaat over triage. Dat is een verwarrende term, afkomstig van medische zorg aan het front in tijd van oorlog. Op de spoedeisende hulp gaat het om de urgentie-bepaling: wie moet er eerst geholpen worden, wie kan nog even wachten? Maar bij triage voor geriatrische revalidatie gaat het er veel meer om iemand goed in kaart te brengen: wat zijn de revalidatiebehoeften, wat is de prognose met betrekking tot het functioneren na revalidatie. En dan proberen de best mogelijke revalidatiesetting voor iemand te vinden, in overleg met patiënt en familie.

En wat onderzoek je dan?

Ik probeer om te beginnen te beschrijven hoe het nu gaat. Wie doet die triage, en welke factoren spelen een rol bij de keuze voor GRZ? Ik vergelijk op dit moment een groep patiënten die opgenomen is geweest in een academisch ziekenhuis en daarna naar GRZ werd verwezen met een groep patiënten die ook opgenomen werd maar niet naar GRZ ging. Daarnaast ga ik op een afdeling chirurgie van een perifeer

ziekenhuis observerend onderzoek doen om van nabij te zien hoe zo'n beslissing nu eigenlijk tot stand komt. Hoe worden bijvoorbeeld de patiënt en diens naasten bij de besluitvorming betrokken?

Wat gaat er nu mis?

Ik heb onlangs de in de praktijk ervaren knelpunten op een rijtje gezet. Een voorbeeld is dat een patiënt die in principe thuis zou kunnen revalideren, toch wordt opgenomen omdat de patiënt alleenstaand is en geen mantelzorgcircuit heeft. Maar andersom komt ook voor: iemand wordt naar huis gestuurd terwijl de behandelbehoefte groot is. Hoe groot het probleem is weten we niet. Wel zien we grote regionale verschillen in de hoeveelheid mensen die naar GRZ worden verwezen.

Wat gaat je onderzoek opleveren?

Ik hoop dat mijn onderzoek bouwstenen gaat opleveren voor beslissingsondersteuning. Welke informatie je zou moeten hebben bij opname in het ziekenhuis, maar ook daarna, om zo'n beslissing om wel of niet naar GRZ te verwijzen beter te kunnen nemen. «

Poëzie

Een van Aafkes andere liefdes is poëzie. In het onderwijs werkt ze met poëzie als hulpmiddel om te laten reflecteren op het werk als arts en opleider. Ook werkt ze mee aan wandelingen en reizen met poëzie en literatuur. Voor de toekomst wil ze graag iets met The Cancer Poetry Project. Kankerpatiënten, hun familieleden en vrienden legden hun ervaringen vast in gedichten. Ze broedt op mogelijkheden om ook in ons taalgebied zoiets te doen.



Gezamenlijk onderwijs over kwetsbare ouderen in de eerste lijn

Huisarts en specialist ouderengeneeskunde samen op pad

Het studiejaar 2018/2019 verzorgden de huisartsopleiding en de opleiding tot specialist ouderengeneeskunde (GERION) gezamenlijk een onderwijsprogramma over samenwerking in de eerste lijn bij kwetsbare ouderen. Onderdeel van dit programma was een praktijkuitwisseling tussen artsen in opleiding (AIOS) uit beide specialismen (zie kader). AIOS ouderengeneeskunde (OG) Karolien Biesheuvel (links) en AIOS huisartsgeneeskunde (HG) Jessy Uitterwaal-Zegers delen hun ervaringen.



Karolien (OG): Tijdens de eerste onderwijsdag kwam aan bod met welke hulpvragen de huisarts over het algemeen bij de specialist ouderengeneeskunde (SO) terecht kan. We spraken af dat Jessy voor de praktijkdag twee patiënten uit het huisartsinformatiesysteem zou selecteren waarbij ze een passende hulpvraag voor de SO kon formuleren.

Jessy (HG): In overleg met mijn opleider koos ik twee geschikte patiënten. Ik heb de patiënten en mantelzorgers eerst benaderd en gevraagd of zij mee wilden werken aan deze opdracht. De reacties waren erg positief. Als voorbereiding heb ik de dossiers doorgenomen en een korte probleemlijst opgesteld met de vragen die wij als huisartsen hadden. De betreffende middag bespraken we de patiënten voor in de auto ernaar toe. Karolien ging beide patiënten volgens haar werkwijze geheel in kaart brengen. We hebben de patiënten nabesproken en tot slot maakte Karolien een verslag en koppelde dit aan mij terug.

Jessy (HG): We vonden het belangrijk om de zienswijze van een SO bij de patiënten te betrekken. Om die reden wilde ik patiënten bezoeken waar extra zorgbehoefte was of waar het gehele plaatje wat beter in beeld gebracht moest worden. Bij de ene patiënt vermoedden we dementie en kwam de zorgvraag vooral vanuit de zoon. Was het alleen wonen nog wel haalbaar? Ook was het van belang een diagnose te stellen zodat we gespecialiseerd casemanagement in konden zetten. De andere patiënt was een kwetsbare oudere vrouw die recent een delier bij een infectie had doorgemaakt. Ik had het doel om deze patiënten beter in kaart te brengen en na te gaan hoe we ervoor kunnen zorgen dat deze mensen nog zo lang mogelijk thuis kunnen wonen met voldoende kwaliteit van leven.

Karolien (OG): Als AIOS ouderengeneeskunde had ik het idee dat ik bij deze patiënten van aanvullende waarde kon zijn en Jessy als huisarts kon ondersteunen. Bij de eerste patiënt kon ik helpen door de patiënt op alle domeinen in kaart te brengen en de meest waarschijnlijke scenario's te schetsen voor de toekomst,

‘Door advance care planning konden we een pad uitstippelen waar de huisarts voorlopig mee vooruit kan.’

Praktijkuitwisseling kwetsbare ouderen in de eerste lijn

Voor wie?

De module eerste lijn is voor alle AIOS ouderengeneeskunde in het derde jaar van de opleiding. Derdejaars AIOS huisartsgeneeskunde konden dit programma als keuze-onderwijs volgen.

Doel

Elkaars expertise en werkwijze rond kwetsbare ouderen leren kennen en samenwerkingsmogelijkheden ontdekken.

Hoe ziet het gezamenlijke programma eruit?

Opleidingsdag 1

Uitwisseling van perspectieven en ontdekken welke samenwerkingsvormen er zijn.

Opleidingsdag 2

Terugkoppeling ervaringen praktijkdag in de groep.

Praktijkdag:

Gezamenlijk bezoek en bespreking van een aantal kwetsbare thuiswonende ouderen en uitwisseling van kennis en vragen.

op zoek naar een manier van leven voor de patiënt en zoon, die veilig en comfortabel zou zijn. Door advance care planning konden we een pad uitstippelen waar de huisarts voorlopig mee vooruit kan.

Bij de tweede patiënt was de situatie onder controle maar wel kwetsbaar. Hier speelde met name rouw, een klein netwerk en een kwetsbare lichamelijke situatie. De huisarts zat hier al bovenop en had al met de patiënt enkele scenario's voor de toekomst besproken. De adviezen waren hier, volgens mij, met name een bevestiging van het eigen beleid. Jessy (HG): We hadden een uur de tijd per patiënt en ik vond het mooi om te zien dat er zoveel contactgroei was omdat veel dingen uitgebreid aan bod kwamen. Ik vraag vaak wel 'red u het nog?', of 'hoe doet u dit alleen?'. Nu gingen we meer in op details en de beleving van de patiënt. Als huisarts staat het somatische voorop en heb je minder tijd voor de overige zaken. Dus als je me zou vragen wat het mij heeft opgeleverd, dan zou ik zeggen: veel! Het verslag van Karolien met in de conclusie duidelijke actiepunten is heel fijn. Hier kan je direct mee aan de slag en dat geeft de patiënt en familie ook het gevoel serieus genomen te worden.

Karolien (OG): Samenwerking tussen huisarts en specialist ouderengeneeskunde of een gezamenlijk consult in de huisartsenpraktijk lijkt mij cruciaal om thuiswonende kwetsbare ouderen van de beste zorg te voorzien. Ik zie het als onze taak om de huisarts te laten zien wat wij doen en waar wij meerwaarde kunnen leveren in de 1e lijn.

Jessy (HG): Klopt. Ik was hier al positief over, mede door goede ervaring tijdens mijn opleiding. Mede door drukte zijn wij als huisarts met name op het somatische gericht. Door een specialist ouderengeneeskunde in te schakelen kun je een patiënt helemaal in beeld brengen, ook de niet somatische kant van het verhaal. Het is ook prettig als andere ogen gestructureerd kijken bij complexe patiënten. Ik vind de samenwerking een winst voor de huisarts en dus ook voor de patiëntenzorg! «



FLOOR WILLEBOORDSE
Medicatiebeoordeling

Wanneer patiënten voor verschillende aandoeningen meerdere medicijnen slikken, wordt aanbevolen om regelmatig het totaal aan medicatie te bekijken om te bezien of er dingen aangepast moeten worden. Floor Willeboordse, gezondheidswetenschapper en epidemioloog, onderzocht het effect van een 'geoptimaliseerde' medicatiebeoordeling. Haar hoofdonderzoek was een Randomized Controlled Trial (RCT) in 20 huisartsenpraktijken. Het ging om patiënten van 65 jaar en ouder met nieuwe geriatrische symptomen zoals duizeligheid, mobiliteitsproblemen, incontinentie voor urine en cognitieve achteruitgang. Samen met de patiënt werden medicatiegebruik en mogelijke problemen in kaart gebracht. In de interventiegroep ontvingen de huisartsen een behandelplan om met de patiënt te bespreken, in de controlegroep bleef dit achterwege. Er werden 6 maanden later geen verschillen gevonden tussen de groepen voor kwaliteit van leven en geriatrische problemen. Gezien de resultaten van dit zorgvuldig uitgevoerde onderzoek zetten de onderzoekers hun vraagtekens bij de medicatiebeoordeling.



HANNEKE STAM
Duizeligheid

Duizeligheid komt veel voor bij ouderen. Hanneke Stam (aioto huisartsgeneeskunde) onderzocht de werkzaamheid van een multifactoriële interventie. Ze deed dat in een RCT bij mensen van 65 jaar en ouder die bij de huisarts bekend waren met duizeligheid en daar in het dagelijks leven aanzienlijke hinder van ondervonden. De interventiegroep kreeg, afhankelijk van wat er speelde: een medicatiebeoordeling en -aanpassing wanneer er sprake was van valrisico-verhogende medicijnen; psychologische begeleiding voor angst of depressie; en oefentherapie bij mobiliteitsproblemen. De controlegroep kreeg alleen gebruikelijke zorg. Metingen na 3, 6 en 12 maanden lieten geen verschil zien op de hinder door duizeligheid of andere uitkomstmaten. Alleen het aantal valrisico-verhogende medicijnen was wat gedaald. De conclusie: we kunnen bij deze groep afzien van zo'n multifactoriële aanpak.

TEKST HANS VAN DER WOUDEN



SANDRA DIJKSTRA-KERSTEN
Depressie

Sandra is gezondheidswetenschapper en epidemioloog, ze begon bij ons als onderzoeksassistent. Ze was bij de dataverzameling van verschillende projecten betrokken. Daarnaast werd ze in de gelegenheid gesteld om zelf aan de slag te gaan met eerder verzamelde gegevens. In haar proefschrift zijn zes artikelen gebundeld. Zo onderzocht ze met gegevens uit het NESDA-cohort de rol van financiële problemen voor het (opnieuw) ontstaan van depressieve en angstklachten. Ze vond een duidelijke relatie: mensen met financiële problemen hebben een grotere kans op depressieve en angstklachten. Ook gebruikte ze gegevens uit de PARADE-studie, waarin een zelfhulpprogramma voor mensen die in het verleden een depressie hadden werd ingezet ter voorkoming van een nieuwe depressie. Patiënten werden geworven in huisartsenpraktijken en GGZ-instellingen. Het programma bleek meer kosteneffectief bij mensen die in het verleden minder vaak depressief waren geweest.



JANINE VAN KOOTEN
Pijn en dementie

Pijn bij mensen met dementie krijgt steeds meer aandacht, maar er zijn ook nog veel vragen. Janine van Kooten, ex-aioto en inmiddels specialist ouderengeneeskunde, onderzocht het onderwerp vanuit verschillende invalshoeken. Naast uitgebreid literatuuronderzoek deed ze onderzoek in verschillende verpleeghuizen. Met behulp van een observatie-instrument beoordeelden getrainde verpleeghuismedewerkers pijn en pijngedrag van 199 bewoners met dementie. Bij 43% van de onderzochte groep was er sprake van pijn en bij een derde van de groep met pijn was er sprake van matig tot ernstige pijn. De resultaten van de pijnbeoordeling werden terug gerapporteerd aan de eigen arts van de patiënten met een advies de medicatie aan te passen. Drie maanden later bleek de voorgeschreven medicatie niet noemenswaardig veranderd, maar de pijnintensiteit was wel gedaald. Dat vraagt om vervolgonderzoek!

FOTO SANDRA VAN DER MEULEN

Medische surveillance van ouderen

Dokters en in de gaten houden, belofte maakt schuld

Huisartsen richten zich op individuele patiënten (als die het initiatief nemen), niet op groepen met gemeenschappelijke medische noden of behoeften. De goede bedoelingen van 'in de gaten houden in context' ten spijt, medisch generalisme (sinds Woudschoten II het panacee bij identiteitspijn) betekent vooral medisch individualisme. Dat is voor optimale medische hulp een gezond uitgangspunt, maar wrekt zich bij surveillance en preventie gericht op iedereen of specifieke groepen. Dan is een maximaal bereik doorslaggevend.

WEET NIET, KAN NIET, WIL NIET
De pijnpunten van een populatiegerichte medische benadering van ouderen zijn rijkgeschakeerd. Enkele voorbeelden: het bereik van de griepvaccinatie bij de evidente risicogroepen is een aanfluiting, een systematische, integrale medicatiebeveiliging en -begeleiding schiet al een halve eeuw tekort en de medische 'na'-zorg voor patiënten die elders 'uitbehandeld' zijn hangt af van de kennis, mogelijkheden en voorkeuren van individuele huisartsen. Dan gaat het niet om kwetsbare ouderen zonder hulpvraag maar om ouderen met ziektes, gebreken en medicatie. Het tekortschieten van de classificatie en registratie in ieder huisartsinformatiesysteem is een deel van de verklaring. Zorgregistratie is nou eenmaal op individuele hulp gericht en niet op groepsgerichte surveillance.

EENDRACHT MAAKT MACHT
Stel dat grijze hesjes, GGD en gerontopolitici de handen ineenslaan om ouderen medische surveillance te bieden, systematisch via de Basisregistratie Personen. Ligt een wijkcentrum ouderengeneeskunde in het verschiep? Denk aan vaccinaties (griep, pneumokokken, gordelroos, BCG als afweersterker); medicatiebewaking samen met apothekers; groepscursussen beweging, voeding en koken; voorpost van tele-nazorgpoli's van ziekenhuizen; wijk-bedden.... Nevenvoordelen zijn er voor de lokale sociale cohesie en voor het medisch basisonderwijs zoals coschappen systematische medicatiebegeleiding of wijkgerichte gezondheidszorg.

KAN NIET WAAR ZIJN
Wie gaat het cb-ouderen medisch leiden? Als de individu-gerichte *generalistische* huisarts en de *specialist* ouderengeneeskunde gaan vechten om het been, gaat de *sociaal-geneeskundige* ouderensarts er straks mee heen?

Frans J. Meijman



Honing & Azijn

Wij zijn op zoek naar huisartsen die hun praktijk openstellen voor coassistenten of semi-artsen

ROLMODEL

Aan het eind van hun 2e masterjaar doen coassistenten hun coschap huisartsgeneeskunde van 6 weken. Coassistenten zijn zeer enthousiast hierover en zijn onder de indruk van wat een huisarts allemaal doet. De zelfstandigheid die zij zelf krijgen wordt erg gewaardeerd. Of ze nu specialist willen worden of huisarts, het aanzien van de huisarts stijgt vaak enorm door het coschap; u bent een rolmodel voor ze!

ZELFSTANDIGHEID

In het 3e masterjaar doen coassistenten hun semi-arts stage van 16 weken. Steeds meer wordt hiervoor de huisartsenpraktijk uitgekozen in plaats van het ziekenhuis. Semi-artsen zien als eerste de spoed-patiënten, zijn een vraagbaak voor assistenten of focussen zich in casuïstiek met multi-morbiditeit. Een verdere verdieping in klinisch redeneren en consultvoering met een grotere mate van zelfstandigheid is voor veel studenten van grote toevoegde waarde. Het bepaalt uiteindelijk de keuze voor het huisartsvak, of is voor velen een waardevolle ervaring die zij meenemen naar een ander specialisme.

VERANDERING VAN KOERS

Voorheen gingen coassistenten en semi-artsen vaak zelf op zoek naar een stageplek in een huisartsenpraktijk. Het VUmc is sinds kort van koers veranderd en neemt de planning van dit coschap in eigen handen. Het idee is om met een vaste pool van enthousiaste huisartsen aan de slag te gaan, met wie wij een samenwerkingsovereenkomst aangaan voor het begeleiden van 1-3 coassistenten per jaar (meer mag uiteraard ook) gedurende ten minste 3 jaar. De samenwerkingsovereenkomst geeft meer continuïteit en meer efficiëntie qua planning. Er staat voor de huisarts een aanzienlijk ruimere vergoeding per coassistent tegenover (bij begeleiding vanaf 2 coassistenten per jaar).

NIEUWSGIERIG?

Begeleidt u al coassistenten of bent u hier nieuwsgierig naar? Neem dan contact met ons op over een nieuwe samenwerkingsovereenkomst. Wij denken graag met u mee over de mogelijkheden.

Telefoon: 020 444 8244 of cohag@vumc.nl

Wij zijn op zoek naar huisartsen die belangstelling hebben voor het opleiden van huisartsen in opleiding (aios).

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

KOSTELOZE ORIËNTATIECURSUS

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

CURSUSDATA 2020

Maandag 27 en dinsdag 28 januari.
Conferentiecentrum Zonheuvel, Doorn.

Meld uzelf aan, bezoek onze oriëntatiecursus en spreek collega's aan die u geschikt lijken.

Voor nader informatie:
Sylvia Vlak: 020-4449341 of s.vlak@amsterdamumc.nl. Zie ook www.hovumc.nl/hao/hao-woorden