

H & O

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

Amsterdam UMC,
locatie VUmc

5

voorjaar
2020



**Antibiotica-
resistentie**
*Van wetenschap
naar praktijk*

In the Spotlight
*Jos van Berkel over
farmacotherapieonderwijs*

THEMA

Medicatie
*Onderwijs, onderzoek
en praktijk*

In dit nummer

03 VOORWOORD
Verstandig omgaan met het voorschrijven van medicatie kan niet vroeg genoeg geleerd worden.
Door Ferry Bastiaans.

04 IN THE SPOTLIGHT
Interview met Jos van Berkel: docent bij GERION met een voorliefde voor farmacotherapie.

08 IN DE PRAKTIJK
Hebben al die pillen wel zin bij mensen met een beperkte levensverwachting? Onderzoek in het verpleeghuis.

10 GESPREK MET THECLA HEKKER
Siri Visser in gesprek met arts-microbioloog over antibioticaresistentie in de eerste lijn.

14 ONDERZOEK
Huisarts Mette Bakker is op zoek naar slaapbewijs voor de dagelijkse praktijk.

16 ONDERZOEK
Is screenen op fractuurrisico bij oudere vrouwen zinvol?

18 LEREN VAN DATA
Eenheid van taal en het ontsluiten, bij elkaar brengen en beter benutten van gegevens door specialisten ouderengeneeskunde.



EN VERDER

13 COLUMN
Huisarts Siri Visser over jeuk en internet.

15 PROMOTIEONDERZOEK
Beter inzicht in patiënten met Korsakov.

19 COLUMN
Frans Meijman praat over 'die heerlijke eenvoud van medicatie'.

20 VACATURES
EN EEN HART-ONDER-DE-RIEM BOODSCHAP

LAATSTE H&O UITGAVE

Dit zal het laatste H&O magazine zijn. De afdelingen Huisartsgeneeskunde en Ouderengeneeskunde gaan uit elkaar. Dat heeft onder andere te maken met de fusie van VUmc en AMC tot Amsterdam UMC waar een herindeling van afdelingen onderdeel van uitmaakt. Uiteraard blijven we wel samenwerken. Daarvoor voelen we ons als 'H' en 'O' teveel met elkaar verbonden.

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. Het magazine gaat over opleiding, onderwijs, onderzoek, het academisch netwerk en de zorgpraktijk vanuit zowel de huisartsgeneeskunde als de ouderengeneeskunde.

Redactie

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

Contactpersoon redactie

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

Omslagfoto

Harry Meijer

Vormgeving

Studio CVR (Corina van Riel), Amsterdam

Druk

Huisdrukkerij Amsterdam UMC, locatie VUmc

Aan dit nummer werkten mee

Mette Bakker, Ferry Bastiaans, Jos van Berkel, Thecla Hekker, Alireza Malek Makan, Rob van Marum, Harry Meijer, Frans Meijman, Thomas Merlijn, Sandra van der Meulen, Janni Kok, Joyce Schellekens.

Medicatie voorschrijven



Een wezenlijk onderdeel van de behandeling door dokters. Daar valt veel over te zeggen. In Nederland belanden jaarlijks ruim 27.000 mensen in het ziekenhuis door verkeerd medicijngebruik en het geschatte overlijden ten gevolge hiervan ligt rond de 2000

patiënten. En dat is dan nog een conservatieve inschatting. De impact is dus groot, zowel voor de individuele patiënt (direct leed en gezondheidsschade) alsook voor de samenleving (financiële kosten). Bij kwetsbare mensen zoals ouderen of patiënten die bij verschillende zorgverleners onder behandeling zijn, zijn de risico's op verkeerd medicijngebruik hoog. Een groot deel van die medicatiefouten is vermijdbaar. Verstandig omgaan met het voorschrijven van medicatie kan daarom niet vroeg genoeg geleerd worden in de opleiding. Geneeskundestudenten aan de VU krijgen speciaal practicumonderwijs farmacotherapie. Jaarlijks participeren ca. 50 studenten in de zgn. 'studentenpoli farmacotherapie' waarbij men onder leiding van een clinicus oefent met patiënten tijdens echte spreekuren.

Farmacotherapieonderwijs krijgt een vervolg in de opleiding tot specialist ouderengeneeskunde en huisarts. In een interview met Jos van Berkel lezen we hier meer over: polyfarmacie, medicatierewiew, deprescribing en farmacogenetica zijn inmiddels belangrijke onderdelen van het onderwijsprogramma. Lezenswaardig is de bijdrage van Alireza Malek Makan en Rob van Marum over het promotieonderzoek van eerstgenoemde over het stoppen van medicatie in het verpleeghuis. Datzelfde geldt voor het interview met Mette Bakker die bekijkt of lage doseringen antidepressiva werkelijk helpen bij de behandeling van slapeloosheid. Goed wetenschappelijk onderzoek naar het rationeel farmacotherapie bedrijven kan ons verder helpen. Daarom is het goed nieuws dat we een programmasubsidie hebben ontvangen om, samen met Verenso en Nivel, via (her)gebruik van zorggegevens vraagstukken rondom psychofarmaca- of antibioticagebruik door specialisten ouderengeneeskunde op te helderen. Het interview met arts-microbioloog Thecla Hekker sluit mooi aan bij dat laatste: een aantal belangrijke zaken rondom antibioticaresistentie wordt door haar aangestipt.

Terwijl de redactie de laatste hand legde aan dit nummer raasde het Corona-virus ons land binnen. Voor iedereen die zijn of haar handen vol heeft aan de ernstige gevolgen hiervan hebben wij een persoonlijke boodschap. U vindt deze op de achterpagina van dit nummer.

Ferry Bastiaans

Huisarts en hoofd a.i. afdeling Huisartsgeneeskunde en Ouderengeneeskunde



Farmacotherapie in het onderwijs

Betrokken, enthousiast, authentiek, inspirerend docent, duizendpoot in de ouderenzorg met een voorliefde voor farmacotherapie. Dat is hoe collega's uit de oude aiosgroep, specialist ouderengeneeskunde, Jos van Berkel omschrijven. Sinds 1991 is hij docent bij GERION, de opleiding tot specialist ouderengeneeskunde en hij verzorgt farmacotherapie-onderwijs bij de huisartsopleiding tijdens de *chronische-zorgstage*.

Voor dit themanummer ga ik met hem in gesprek over farmacotherapie bij kwetsbare ouderen in de opleiding. Wat leert hij aan aios ouderengeneeskunde en aios huisartsgeneeskunde over farmacotherapie bij kwetsbare ouderen? Hoe heeft het onderwijs zich ontwikkeld over de jaren? En hoe kunnen de nieuwste ontwikkelingen hun weg vinden naar het onderwijs?

'Eigenlijk ben ik al mijn hele werkzame leven bezig met bewust voorschrijven' zegt Jos van Berkel in zijn werkkamer op de 9e verdieping van het OZW-gebouw, waar de opleidingen tot huisarts en specialist ouderengeneeskunde zijn gehuisvest. 'Toen ik begon in het verpleeghuis was ik al snel kritisch op pillen. Wat slikken mensen voor pillen, waarom slikken ze het, doen deze pillen er wel toe? Hoeveel mensen ik wel niet gezien heb met een lange lijst diuretica, laxantia en psychofarmaca die dan uitgedroogd en/of versuft voor mij zaten? Zeker bij nieuwe opnames was ik bezig met effectief voorschrijven.'

Deprescribing?

'Ja, zo kan je het noemen, ik ging bij iedere nieuwe opname kritisch de medicatielijst door, wat gestopt kon worden, bouwde ik af. Dat deed ik al in de jaren 80.'

We gaan het hebben over farmacotherapie in de opleidingen. Jij was een van de eerste docenten toen de opleiding tot verpleeghuisarts startte (GERION). Hoe is het farmacotherapieonderwijs daar begonnen?

'In de eerste jaren van de opleiding tot (toen nog) verpleeghuisarts kwam farmacotherapie vooral aan bod bij het bespreken van medisch-inhoudelijke onderwerpen en bij het kritisch lezen van wetenschappelijke artikelen in het kader van een medisch-inhoudelijk

onderwerp. Ook toen al werden de meeste studies afgeschoten omdat er geen kwetsbare ouderen waren geïncludeerd. Helaas geldt dat voor een groot deel van de onderzoeken nog steeds. Polyfarmacie was destijds nog geen onderwerp op zich. Het kwam in mijn groepen altijd wel aan bod. Als groepsdocent droeg ik uit wat ik nu nog steeds uitdraag: kijk kritisch naar de medicatie, wat levert het op? Wat is de levensverwachting van iemand? Als iemand nog maar een paar maanden heeft, kan je dan niet stoppen met een aantal pillen? In de praktijk zie ik dat veel collega's daar moeite mee hebben, met dat afbouwen.'

De laatste tien jaar is polyfarmacie een vast onderwerp. Rob van Marum, die als specialist ouderengeneeskunde is opgeleid en later geriater en klinisch farmacoloog werd (thans: hoogleraar farmacotherapie bij ouderen) begon als gastdocent met een onderwijsprogramma over farmacotherapie bij ouderen en polyfarmacie.

'Contact met hem heeft mij geïnspireerd om me inhoudelijk meer in dat onderwerp te verdiepen. Ik heb toen een deel van de opleiding tot klinisch farmacoloog gevolgd en die vanwege privé-omstandigheden niet afgerond. Sindsdien ben ik ook farmacotherapie-onderwijs gaan verzorgen. Bij het huidige curriculum (PMO-2), dat gestart is in 2016, heb ik het farmacotherapieprogramma uitgewerkt.'

Hoe is het onderwerp farmacotherapie nu ingebed in de opleiding tot specialist ouderengeneeskunde?

'In het eerste jaar komt farmacotherapie bij veroudering in vier programma's aan bod. We leiden het onderwerp eerst in. Bij veroudering moet je bijvoorbeeld meer rekening houden met de nierfunctie en

'Eigenlijk ben ik al mijn hele werkzame leven bezig met bewust voorschrijven'

leverfunctie en is de verhouding vet en water anders, wat gevolgen heeft voor de werking en bijwerkingen van medicatie. Bij polyfarmacie zijn interacties natuurlijk extra van belang. We maken aios hier bewust van en zij gaan aan de hand van een (polyfarmacie-)casus bekijken welke farmacokinetische veranderingen bij veroudering een rol spelen. Daarna besteden we in een onderwijsprogramma expliciet aandacht aan de medicatiereview (de START/STOPP-criteria), gaan we met nierfunctiestoornissen aan de slag en komen bijwerkingen en interacties apart aan bod. Bij alle programma's oefenen aios aan de hand van een casus in het methodisch werken rond farmacotherapie.'

opleiding geneeskunde mogen. Ik denk ook dat het afhangt van welke opleiders je tegenkomt als co-assistent. Uiteindelijk moet je het vooral in de praktijk leren, aan de hand van de patiënten die je ziet.'

In de medische literatuur zie je aan de ene kant dat polyfarmacie en deprescribing veel aandacht krijgen, aan de andere kant is in ons land een beweging gaande in de richting van steeds meer superspecialisatie.

'Ja, superspecialisatie is als het gaat om polyfarmacie een groot probleem. Iedereen werkt op zijn eigen gebiedje, maar niemand heeft het totaaloverzicht. In de huidige geneeskunde bevelen evidence based-richtlijnen ook allerlei medicamenten aan. Het risico daarvan is dat deze richtlijnen geen rekening houden met wat mensen al aan medicatie gebruiken voor comorbiditeit. De specialisten zijn vaak de voorschrijvers. Je mag hopen dat zij daar voldoende bewust mee bezig zijn, dat vraag ik me wel eens af. De huisarts is uiteindelijk degene die het overzicht moet krijgen en zal moeten bewaken. Gelukkig gebeurt er steeds meer in de eerste lijn op het gebied van bewust voorschrijven bij kwetsbare ouderen en ook op gebied van polyfarmacie. Dat vind ik hele goede ontwikkelingen. Wel zie je dat de ene huisarts meer open staat voor dit onderwerp dan de ander. Het vraagt ook nogal wat, er gaat veel tijd en energie in zitten van apothekers en huisartsen. Want wie gaat dat allemaal begeleiden, ook dat proces van afbouwen? Als je een plan maakt is het ook hard nodig dat je dat goed vervolgt.'

'Wat bij bewust omgaan met farmacotherapie heel belangrijk is - en dat breng ik ook altijd ter sprake in het farmacotherapieonderwijs - is het bij de start goed nadenken over het te zijner tijd weer stoppen van medicatie. Een pil is zo gestart, maar zie hem later maar weer eens te stoppen als je daar geen afspraken over hebt gemaakt. Ik denk dat je mensen daar goed in kan voorlichten, door ze mee te nemen in je overwegingen waarom je nu start en wat redenen kunnen zijn om weer te stoppen. Ook het vastleggen en overdragen van deze overwegingen is essentieel. Mijn idee zou zijn om de indicatie altijd ook vast te leggen in een elektronisch voorschrijfsysteem. Ik spreek regelmatig mensen die geen idee hebben waarvoor zij bepaalde pillen gebruiken. "Heb ik daar medicatie voor?", vragen ze dan. In het zorgdossier is de indicatie soms heel moeilijk terug te vinden. Dan staat deze bijvoorbeeld wel in een specialistenbrief maar niet in de cursus.'

Werk je in het onderwijs aan huisartsen en specialisten ouderengeneeskunde ook samen met apothekers?

'Het is leuk dat je dat vraagt, ik heb een aantal keer samen met een apotheker een programma verzorgd

Jos van Berkel

- 1981 start huisartsopleiding
- 1982 registratie als huisarts
- 1982-1983 gewerkt als huisarts
- 1983 gaat in het verpleeghuis werken
- 1990 registratie als verpleeghuisarts (na generaal pardon voor artsen met ervaring in het verpleeghuis)
- 1991 gaat werken bij GERION, opleiding tot verpleeghuisarts (thans specialisme ouderengeneeskunde)

Een snelle rekensom leert dat Jos meer dan 200 aios in de groep heeft gehad, dat betekent dat meer dan 1 op de 8 van alle specialisten ouderengeneeskunde in Nederland Jos als docent hebben gehad.



bij de huisartsopleiding. Dat was inspirerend, apothekers stippen net weer andere onderwerpen aan. Ze weten heel veel van farmacokinetiek, mijn ervaring is dat ze daar ook graag over vertellen. Wellicht kunnen we dat in de toekomst nog eens oppakken. Ingewikkelde farmacotherapievraagstukken samen met een apotheker bespreken? Leuk idee.' 'Het zou ook interessant zijn een apotheker te vragen ons meer te leren over de nieuwe ontwikkelingen wat betreft genetische afwijkingen op gebied van CYP-enzymen, *poor metabolizers*. Daar krijgen we steeds meer inzicht in en dat gaat daarmee ook meer een rol spelen. Het kan bijwerkingen geven, het geeft andere interacties, je moet de dosering van sommige medicamenten aanpassen.'

Wat zie jij aan ontwikkelingen in de farmacotherapie die de komende 10 jaar hun weg naar het onderwijs zullen vinden?

'Waar we het net over hadden, de ontwikkelingen met genetische profielen en medicatiepaspoorten, daar zullen we meer mee te maken krijgen. Wat ook interessant zou zijn is om in de opleiding een parallel te trekken met wat we in de praktijk al doen met farmacotherapeutische overleggen: als aios huisarts-geneeskunde en aios ouderengeneeskunde samen met apothekers in opleiding tot openbaar apotheker (een specialisatieopleiding voor apothekers die in een openbare apotheek willen werken, red.) complexe polyfarmaciecasuïstiek bespreken. Dat kan een leuke kruisbestuiving zijn. Zo leer je elkaar en elkaars expertise al in de opleiding kennen en weet je elkaar later ook goed te vinden in het samenwerken in de eerste lijn rond polyfarmacie.' «

Tips voor bewust voorschrijfgedrag

- als je een middel start, noteer de indicatie erbij in het elektronisch voorschrijfsysteem
- besteed bij de start van een nieuw middel ook al aandacht aan afbouw te zijner tijd
- sta bewust stil bij het uitschrijven van een herhaalrecepten, is het wel nodig?
- communiceer over de medicatie met de patiënt zelf, maar ook met andere zorgverleners
- bij overplaatsing: zorg voor een duidelijke medicatieoverdracht. Besteed daarbij ook aandacht aan medicatie die mogelijk wel geïndiceerd lijkt, maar die je bewust niet hebt voorgeschreven.

'Superspecialisatie is als het gaat om polyfarmacie een groot probleem. Iedereen werkt op zijn eigen gebiedje'

Je verzorgt ook onderwijs binnen de huisartsopleiding. Wat komt in dat programma aan bod?

'Bij de huisartsopleiding verzorg ik één dagdeel over farmacotherapie bij ouderen tijdens de chronische-zorgstage. Dan behandel ik in grote lijnen de farmacokinetische veranderingen bij veroudering.

Vervolgens gaan de aios huisartsgeneeskunde in groepjes aan de slag met een aantal casus waarin polyfarmacie een rol speelt. Daarna bespreken we wat de aios er uit hebben gehaald. Het gaat dan om interacties, zaken waar ze rekening mee moeten houden als nierfunctie en mogelijke bijwerkingen.'

'Farmacotherapie komt bij de opleiding tot specialist ouderengeneeskunde ook expliciet aan bod bij medisch-inhoudelijke onderwerpen en bij eigen casuïstiekbesprekingen van aios. Ik ga er vanuit dat dit ook geldt voor de huisartsopleiding. Daar kan je als docent of opleider ook alert op zijn. Je wilt dat bewust omgaan met farmacotherapie er als een automatisme inslijt. Daarin maken we in de ouderengeneeskunde en in de eerste lijn goede vooruitgang. Aios zijn er ook veel bewuster mee bezig. Bij de jonge aios merk ik dat zij ook veel meer voorkennis hebben opgedaan in de opleiding geneeskunde, veel meer dan pakweg 20 jaar geleden.'

Ook over polyfarmacie?

'Doorgaans vooral over farmacokinetiek, de kennis over polyfarmacie hangt af van waar ze opgeleid zijn. Dat laatste zou nog veel meer structureel in de basis-

Stoppen met medicatie in het verpleeghuis

Mensen die in een verpleeghuis worden opgenomen hebben vaak meerdere aandoeningen waarvoor ze veel medicijnen slikken. Hebben al die pillen wel zin bij mensen met een beperkte levensverwachting? Kan het niet wat minder? Hans van der Wouden spreekt met specialist ouderengeneeskunde Alireza Malek Makan en één van zijn begeleiders, hoogleraar klinisch farmacoloog en hoogleraar farmacotherapie bij ouderen Rob van Marum.

Alireza Malek Makan deed zijn studie geneeskunde in Iran, waar hij ook al wat onderzoekservaring opdeed. Toen hij in Nederland aankwam, koos hij voor de specialisatie tot specialist ouderengeneeskunde. Voor een aiototraject (combineren van opleiding en promotie-onderzoek) vond hij zichzelf te oud. Tijdens de opleiding leerde hij Rob van Marum kennen, die onderwijs gaf over farmacotherapie bij kwetsbare ouderen. Dat onderwerp sprak hem erg aan. Het accent van het voorschrijven van medicatie verschuift van de lengte van het resterende leven naar de kwaliteit ervan, de 'breedte'.

Medicatie kan veel invloed hebben, niet alleen positief maar ook negatief. Alireza werkt inmiddels in een verpleeghuis in Almere. In zijn onderzoek, dat betaald wordt door de zorggroep Almere, richt hij zich op de belangrijkste medicatiegroepen en ziektebeelden. Hij schreef een eerste artikel over het voorschrijven van preventieve cardiovasculaire medicatie, waarbij hij gebruik maakte van gegevens van verpleeghuizen uit zeven Europese landen en Israël. Van de ruim 4000 verpleeghuisbewoners waarover gegevens waren verzameld, gebruikte meer dan de helft (58%) tenminste één preventief cardiovasculair geneesmiddel. Meestal ging het om antihypertensiva en/of antistollingsmedicatie. Zelfs onder bewoners met een instabiele gezondheid en een heel hoge sterfte kans was het nog steeds 47%.

Er waren aanzienlijke verschillen tussen de onderzochte landen. Tsjechië spande de kroon: 70% van de verpleeghuisbewoners kreeg daar preventieve cardiovasculaire medicatie. In Finland (55%) en Israël (41%) werd de laagste prevalentie gevonden. De onderzoekers zien deze resultaten als indicatie dat verpleeghuisartsen terughoudend zijn om preventieve medicatie te stoppen. Tegelijkertijd lijkt er volop ruimte voor 'deprescribing' van medicatie waarvan de kans op effect in de laatste levensfase gering is. In een tweede onderzoek richt Alireza zich op factoren die belemmeren dat stoppen met medicatie wordt overwogen of daadwerkelijk in gang wordt gezet. Hij hield daarvoor focusgroepen met specialisten ouderengeneeskunde in diverse regio's. Zowel organi-

satorische als sociale factoren komen naar voren. Zo speelt de familie een belangrijke rol bij het afzien van stoppen met bepaalde medicatie. Ook het ontbreken van richtlijnen voor farmacotherapie bij kwetsbare ouderen wordt genoemd.

Een recent gepubliceerd kwalitatief onderzoek onder verpleeghuisbewoners in Denemarken liet zien dat de bewoners veel vertrouwen hadden in hun dokters, en beslissingen over medisch handelen graag aan hen overlieten. Ze stonden ervoor open om met medicatie te stoppen, maar waren niet op de hoogte van de mogelijkheid om bij zo'n beslissing betrokken te worden.

Een medicatiegroep waarvan het mogelijk wel zinvol is om deze te blijven gebruiken en zelfs in het verpleeghuis nog te starten zijn de middelen voor osteoporose. Er zijn aanwijzingen dat ook het op hoge leeftijd starten met deze medicatie fracturen zou kunnen voorkomen. Alireza vond dat momenteel het starten met dergelijke medicatie in het verpleeghuis nauwelijks voorkomt.

Op dit moment wordt gewerkt aan een richtlijn voor medicatie voor de groep met een levensverwachting van minder dan een jaar. Ook over het voorspellen van mortaliteit in het verpleeghuis ligt nog een artikel in het verschiet.

De onderzoekers hopen met hun onderzoek de beroepsgroep inzicht te geven in wat ze doen, en ze te helpen na te denken waarom ze het doen. Alireza verwacht in 2021 zijn proefschrift af te ronden. «

‘Het is onduidelijk of wat wij als specialisten ouderengeneeskunde menen dat goed is voor ouderen, ook door die ouderen zelf zo wordt ervaren’

Antibioticaresistentie in de eerste lijn

Een gesprek met Thecla Hekker, arts microbioloog

Thecla Hekker is arts-microbioloog en onderwijscoördinator op de afdeling MMI en cursuscoördinator van de 2de jaars bachelor geneeskunde cursus Infectie & Inflammatie aan het Amsterdam UMC, locatie AMC. Zij heeft zich gespecialiseerd in de parasitologie en zich verder bekwaamd in onder andere antimicrobiële middelen en antimicrobiële resistentie en het lichaamseigen microbiom (normale microbiota) van darmen en vagina. Verder houdt zij zich bezig met goede voeding voor een gezond darmmicrobiom. Huisarts Siri Visser ging met Thecla in gesprek.

(SV) Hoe is het met de antibioticaresistentie in Nederland in de eerste lijn op dit moment? Als huisarts word ik niet vaak geconfronteerd met antibioticaresistentie. Missen we het? Of is antibioticaresistentie geen probleem in de 1e-lijn?

(TH) Het is zeker ook een probleem in de 1e-lijn. In verpleeghuizen en huisartsenpraktijken zullen het vooral urinewegpathogenen zijn waar resistentie kan spelen. Daarnaast komen ESBL-producerende Gram-negatieve staven en MRSA ook in de 1e-lijn voor, denk bijvoorbeeld aan MRSA bij varkens in veeteeltgebieden. Je kan hiermee geconfronteerd worden.

(SV) Maar hoe kom ik hier achter? Is het aan te raden om als huisarts te kweken zodra iemand, om wat voor reden dan ook, op het spreekuur komt na een opname in het buitenland of veel contact met (pluim)vee? Ook als je er vanuit gaat dat iemand in de thuissituatie blijft?

(TH) Wanneer iemand thuis blijft en geen klachten heeft die door een infectie met MRSA kunnen worden veroorzaakt dan lijkt het mij niet nodig om te kweken. MRSA is in de wereld, dat is een probleem, maar het lijkt me niet zinvol om risicogroepen zonder klachten in de 1e-lijn te gaan opsporen. Maar zodra zo'n patiënt huidinfecties heeft is het raadzaam om wel direct te kweken omdat het je beleid kan beïnvloeden, ook in de 1e-lijn.

(SV) De gevoeligheid van bacteriën voor de verschillende antibiotica verandert ook in de loop van de tijd. Hoe kan ik hier als huisarts op anticiperen? In de richtlijnen van Verenso en NHG worden duidelijke adviezen ten aanzien van het antibioticabeleid gegeven. Maar deze lopen achter op de actuele situatie. Hoe kunnen artsen in de 1e-lijn up to date blijven ten aanzien van het voorschrijven van antibiotica? Zijn de richtlijnen van de Stichting Werkgroep Antibiotica Beleid (SWAB) bijvoorbeeld ook geschikt voor onze populatie?

(TH) Er zijn landelijke SWAB-richtlijnen en ook richtlijnen per ziekenhuis, maar deze zijn inderdaad voor de 2e-lijn. Ik weet niet of er een SWAB-richtlijn voor de 1e-lijn is. Er is wel informatie te vinden over resistentie in de 1e lijn op de sites van ECDC1 en Nethmap2, de laatste is terug te vinden op de site van SWAB. Hier kan je per regio de resistentie van veel voorkomende pathogene bacteriën voor verschillende antibiotica terugvinden. Maar dit is niet zo concreet als een richtlijn.

(SV) Wanneer een ingezette behandeling niet aanslaat overlegt de huisarts regelmatig met de 2e-lijn. Deze adviseren dan een antibioticumbeleid vanuit hun 2e-lijns populatie, is dit verstandig?

(TH) Het allerbelangrijkste is dat er gewoon wordt gekweekt. Het zomaar voorschrijven van antibiotica moet minder worden. 'Baat het niet, schaden doet het



altijd' is de gedachte. Ook een enkel kuurtje kan kwaad doen. Kinderen die op jonge leeftijd zijn behandeld met een antibioticakuur hebben bijvoorbeeld meer kans op het ontwikkelen van obesitas op oudere leeftijd.

Het belang van kweken geldt niet alleen voor bacteriële infecties. Ook bijvoorbeeld bij vulvo-vaginale klachten moet meer worden gekweekt. Wanneer een vrouw met klachten van vaginale afscheiding op het spreekuur komt en zichzelf al heeft behandeld met clotrimazol van de drogist dan heeft het geen zin om een van de andere azolen te geven zoals bijvoorbeeld miconazol of fluconazol. Want wanneer de gist niet reageert op clotrimazol reageert het ook niet op deze middelen. Komen de klachten überhaupt door een gist? Kweken dus.

(SV) Zijn er al bewijzen voor bepaalde voedingsmiddelen die men kan gebruiken na een antibioticakuur om het darmmicrobioom weer op peil te krijgen?

(TH) Jazeker, niet alleen na maar juist ook tijdens antibiotica gebruik kan men extra gezonde voeding nemen. Alle knollen of andere groenten uit de grond zoals asperges, witlof, artisjok et cetera zijn goed voor de darmmicrobiota. Iedereen zou hier 400 gram per dag van moeten eten om zijn darmen gezond te houden. Verder zijn ook alle gefermenteerde voedingsmiddelen goed, zoals yoghurt, zuurkool of augurk. Er zou veel meer aandacht voor gezonde voeding in de opleiding moeten zijn. (Heeft u interesse in een gezond recept? Zie hiernaast)

(SV) Hoe wordt er in de opleiding geneeskunde stilgestaan bij antibioticaresistentie? Op welke manier komt dit aan bod?

(TH) Gedurende de hele opleiding wordt hier aandacht aan besteed. In de bachelorfase is er een practicum waarin we een gevoeligheidsbepaling doen met de studenten. Hierbij hebben we het over antibiotica en resistentie. Daarnaast is er een leerlijn farmacotherapie waarin antibiotica aan bod komen. Verder zijn er een e-learning, colleges en studieopdrachten die allemaal aandacht aan dit onderwerp geven. Naast antibiotica en resistentie wordt ook het belang van de handhygiëne onderwezen, de meeste bacteriën worden via de handen doorgegeven. Kortom, er is zeker aandacht voor dit probleem. «



Knollensoep

Ingrediënten

- 1 of 2 uien (bevat inuline, goed voor darmbacteriën)
- 2 teentjes knoflook
- olie
- laurierblaadje(s)
- peper
- 6 gekneusde jeneverbessen
- eetlepel hysop en/of lavas
- stukje foelie of ½ theelepel gemalen foelie
- theelepel kurkuma
- eventueel groentebouillon

Kruiden naar keuze

- theelepel gemberpoeder of stukje verse gember
- theelepel koriander
- theelepel chilipoeder of een half pepertje
- theelepel dragon
- beetje rasp van sinaasappelschil

Of

- kant-en-klaar kruidenmengsel zoals ras-al-hanout of garam masala

Allerlei 'knollen', afhankelijk van seizoen en smaak
knolselderij / koolraap / koolrabi / topinamboer (=aardpeer), bevat 70% inuline! / meiknol / yacón (=grondappel) / peterseliewortel / winterpeen / (zoete) aardappel / pastinaak / pompoen

Erbij

- sinaasappel in stukjes
- prei (inuline)

Bereiding

Ui smoren in wat olie, dan stukken knol erbij, goed doorroeren.
Kruiden/specerijen erbij en direct water (of bouillon) opgieten tot alles onder staat, 25 minuten op zacht vuur.

Dan staafmixer gebruiken totdat een gladde soep ontstaat, de soep mag lekker dik zijn. Eventueel na staafmixen scheutje (soya)(kook)room, beetje blauwe kaas, verse kruiden of handje tuinerwten (uit blik of vriezer) of kikkererwten, linzen, witte of bruine bonen erbij naar smaak of ter variatie de volgende dag.

Kriebel

'Gek word ik er van, echt. Het kriebelt, het krioelt, het jeukt, ik kan er niet van afblijven.' De vrouw grijpt met beide handen naar haar hoofd. Met rood gelakte nagels krabt ze wild over haar hoofdhuid. Haar armbanden rinkelen tegen elkaar aan.

'Dus ik ben het internet opgedoken, ja dat zal u wel niks vinden, maar ik wilde echt weten wat dit is. Ik heb van alles gevonden en wil nu het een en ander laten onderzoeken.'

Tijdens haar zoektocht op internet was deze patiënte op een site over het premenstrueel syndroom (PMS) gekomen. De site was van Jesse van der Velde en het artikel heette '32 PMS-symptomen die je huisarts je niet vertelt'. Kijk, dat begint al goed. Ze herkende alles wat daar stond. Dus daar wilde ze zich graag op laten onderzoeken. En ook op vitamine B12, vitamine D en schimmels, want daar kan je jeuk van krijgen. Kan je ook jeuk krijgen van PMS trouwens? Want de klachten waren vlak voor haar ongesteldheid begonnen dus dat leek haar wel logisch alleen kon ze daar niks over terug lezen. 'Klingel, klingel.' Daar gingen de handen weer in het haar. Ik merk dat ik zelf ook in mijn nek zit te krabben.

Patiënten die dingen opzoeken op internet, het is dagelijkse kost geworden voor de moderne dokter. Vaak denkt men dat het niet gewaardeerd wordt door de arts, maar ik heb er geen moeite mee. Het is wel leuk wanneer iemand iets heeft opgezocht. Mensen hebben hele concrete vragen, je kan samen naar de site kijken, alle vragen direct beantwoorden en fabels en feiten van elkaar scheiden. En soms steek je er zelf ook nog wat van op. Of krijg je een beter beeld wat voor zin - en onzin - er op internet rondwaalt. Een groot deel van de gezondheidsapps zijn

niet wetenschappelijk onderbouwd hoorde ik laatst in het nieuws. Dat merk ik tijdens deze consulten regelmatig. Het is soms een uitdaging om in de korte duur van een consult een goed beeld te krijgen van een site, direct de vragen van de patiënt te kunnen beantwoorden en vaak onterechte zorgen weg te nemen. Hogere huisartsgeneeskunde.

Terug naar mijn patiënte. Ik kwam niet veel verder met de site over PMS. Ik besloot eerst maar eens naar haar hoofdhuid te kijken. In haar haar zaten tientallen zwarte bolletjes en krioelende beestjes.

'Volgens mij heeft u luizen.'
'Nee wat gênant! Vandaar dat het zo jeukt!'

Ja precies. Dat vertelt Jesse je dan weer niet.



Siri Visser is huisarts en is betrokken bij het studentenonderwijs op de afdeling Huisartsgeneeskunde & Ouderengeneeskunde van Amsterdam UMC.

DREAMING onderzoek Huisarts op zoek naar bewijs voor de dagelijkse praktijk

Huisartsen schrijven in de dagelijkse praktijk regelmatig en ook steeds vaker een lage dosering antidepressiva voor aan patiënten met slaapproblemen terwijl wetenschappelijk bewijs voor deze toepassing ontbreekt. Ruud Stam vroeg huisarts-onderzoeker Mette Bakker naar haar rol in DREAMING, een placebogecontroleerd geneesmiddelenonderzoek naar de effectiviteit van deze behandeling.

Wat is het belang van het DREAMING-onderzoek?

Slaapproblemen komen veel voor. De NHG-Standaard bepleit gedragsinterventies vanwege hun bewezen effectiviteit en ontraadt slaapmedicatie. Toch hebben patiënten met slaapproblemen naast gedragsinterventies soms ook behoefte aan slaapmedicatie. Benzodiazepines zijn vanwege het grote risico op gewenning en verslaving vaak niet geschikt. Het zou daarom mooi zijn als we een veilig effectief alternatief slaapmiddel tot onze beschikking zouden hebben dat een langere periode dagelijks kan worden gebruikt om de slaapkwaliteit te verbeteren. Op basis van hun klinische ervaring schrijven (huis)artsen de generieke antidepressiva amitriptyline en mirtazapine voor om bij patiënten de slaapkwaliteit te verbeteren. Er is echter geen wetenschappelijk bewijs dat deze middelen daadwerkelijk effectief zijn.

‘Je wilt natuurlijk niet dat je mensen levenslang aan de pillen gaat helpen’



Waarom ben je als jonge huisarts eigenlijk onderzoek gaan doen?

Als afwisseling en als verdieping. Ik ben nu 4,5 jaar huisarts. Al vanaf de start van mijn opleiding tot huisarts denk ik na over het doen van onderzoek. Ik heb eerst gesolliciteerd voor een aioto-traject, maar dat is toen niet gelukt. Later werd ik moeder en uiteindelijk heb ik deze kans gekregen. Als onderzoeker heb ik het idee dat ik door wetenschappelijk onderzoek de zorg een stapje verder kan brengen. Ik vind het leuk om nieuwe kennis te vergaren. Bij patiëntenzorg werk je als huisarts wat meer solistisch en stel je je als het ware helemaal ten dienste van de patiënt. Het leuke aan onderzoek is dat je de maatschappij een dienst verleent maar tegelijk ook iets voor jezelf doet. Samenwerken met je collega-huisartsen en onderzoekers en discussiëren over de inhoud, dat brengt mij verder.

Waarom ben je juist deze vraag gaan onderzoeken?

Ik ben altijd erg geïnteresseerd in hoe je mensen sterker kan maken. En ik heb altijd gedacht: wat ik in die vier jaar onderzoek ga doen moet iets opleveren voor het algemeen belang, iets dat van nut is, ook voor de langere termijn. Het leuke aan het DREAMING-onderzoek is dat de uitkomst altijd relevant is; of de geteste middelen nou wel of niet blijken te werken als slaapmedicatie.

Het voorschrijven van antidepressiva als slaapmiddel wordt al jaren op grote schaal gedaan, waarom dan nu toch een onderzoek?

Klopt, ik heb het ook van mijn opleiders geleerd. Er is echter nooit onderzoek naar gedaan of dit echt werkt, ook niet door de industrie. Inmiddels zijn de middelen uit patent en is er voor de industrie ook geen prikkel meer om dit te onderzoeken. We doen als huisartsen natuurlijk heel veel dat niet bewezen is. De weg van de wetenschap moet je vooral inzetten bij 'equipoise': als je niet weet of iets voordelig of nadelig is voor de patiënt. Er is hier sprake van een potentieel 'kwaad'. Dan wil je dat natuurlijk onderzoeken.

Wat is het belang van de patiënt?

Bij een positief resultaat kunnen we straks de patiënt een veilige medicamenteuze behandeling bieden voor slapeloosheid. Bij negatief resultaat stoppen we met

een behandeling die dus niet werkt maar waarvan je wel potentiële bijwerkingen ondervindt. De resultaten van dit onderzoek wil ik gaan aanbieden aan de richtlijncommissie slaapproblemen met het verzoek de resultaten mee te wegen bij het actualiseren van de behandelrichtlijn.

Zijn er ook nadelen voor de patiënt?

De inzet van geneesmiddelen is niet de voorkeursbehandeling bij slaapproblemen. Geneesmiddelen zet je alleen in als niet-medicamenteuze behandeling (gedragsinterventie) onvoldoende soelaas biedt. Een risico bij dit onderzoek is dat de mensen gaan denken: 'Ik slaap beter en dat komt door die pil', terwijl ze hun eigen bijdrage aan het beter gaan slapen over het hoofd zien. Je wil natuurlijk niet dat je mensen levenslang aan de pillen gaat helpen. De patiënten in het onderzoek gebruiken de medicatie voor maximaal 16 weken. Doel van het onderzoek is mensen weer een normaal slaapritme terug te geven dat ze straks op eigen kracht in stand kunnen houden. Daar proberen we in de aanpak zoveel mogelijk in te voorzien.

Hoe reageren de huisartsen?

Heel enthousiast. Laatst zei een huisarts tegen me: 'Ik zie wel meer leuke onderzoeksvragen voorbij komen, maar deze voel ik echt'. Het initiatief om deze vraag te onderzoeken komt ook uit de huisartsenpraktijk zelf. John Kaal, huisarts in Gezondheidscentrum De Keijzer was degene die de vraag inbracht in het Academisch Netwerk Huisartsgeneeskunde (ANH). Veel geneesmiddelenonderzoek gebeurt in laboratoriumsituaties met jonge gezonde mensen. Bij Dreaming gebeurt dit door echte patiënten bij hun eigen huisarts. Voordeel hiervan is dat je de resultaten straks ook goed kunt implementeren.

Vervelend is wel dat geneesmiddelenonderzoek aan zeer veel regels is gebonden. We hebben hierdoor meer dan een jaar aan voorbereidingstijd nodig gehad. Geneesmiddelenonderzoek is voor onderzoekers én huisartsen een stevige kluit. Het moet dus wel gaan om iets dat je echt wil weten. Het mooie van dit geneesmiddelenonderzoek is dat het echt een samenwerking is tussen de behandelende huisartsen en de onderzoekers: het is hun vraag die ik samen met hen uitvoer in hun praktijken. Dit geeft energie om de hobbels die we tegenkomen samen te overwinnen.

Tot slot, hoe loopt het onderzoek?

De inclusie verloopt met horten en stoten. We zitten nu op 30% van het benodigd aantal patiënten. Als het zo doorgaat als in de afgelopen paar maanden, kunnen we voor het einde van 2020 het benodigde aantal patiënten halen. <<



Fractuurpreventie bij oudere vrouwen

Is screenen zinvol?

Huisarts en onderzoeker Thomas Merlijn houdt zich al jaren bezig met het onderwerp osteoporose. Ruim 200 huisartsenpraktijken deden mee aan zijn onderzoek, waarin vrouwen vanaf 65 jaar werden gescreend op fractuurrisico en, indien nodig, behandeld met geneesmiddelen om osteoporose tegen te gaan. Onlangs werden de resultaten gepubliceerd.

Merlijn kwam min of meer toevallig in aanraking met het onderwerp osteoporose. Voordat hij aan de opleiding tot huisarts begon, was hij werkzaam bij het arts-laboratorium in de regio Zaanstreek-Waterland waar men DEXA-apparatuur (röntgenapparatuur waarmee gemeten kan worden hoeveel kalk de botten bevatten) had aangeschaft. Sinds 2011 is hij huisarts in een duopraktijk in Purmerend. Het onderzoek werd uitgevoerd door een multidisciplinaire groep van Amsterdam UMC, locatie VUmc (huisartsgeneeskunde, interne geneeskunde, epidemiologie) en het arts-laboratorium. Van onze afdeling waren Karin Swart en Petra Elders betrokken.

De opzet

De deelnemers voor het onderzoek werden aanvankelijk geworven in huisartsenpraktijken in de regio van het arts-laboratorium. De onderzoekers dachten uit te komen met ongeveer 100 praktijken, maar het fractuurrisico bleek aanmerkelijk lager dan tevoren ingeschat. Daarom werd de regio uitgebreid met praktijken in onder andere

Haarlem en Amstelveen. Uiteindelijk deden 217 praktijken mee.

In de praktijken werden vrouwen vanaf 65 jaar uitgenodigd om deel te nemen. Ze dienden tenminste één risicofactor voor een fractuur te hebben (bv. een eerdere fractuur of lage BMI). Vrouwen die hieraan voldeden en wilden deelnemen werden gerandomiseerd naar de screeningsgroep of de controlegroep. De screeningsgroep onderging een DEXA-meting. Op basis van deze meting gecombineerd met de overige risicofactoren werd het fractuurrisico bepaald. Was dit risico boven een bepaalde (leeftijdafhankelijke) grens dan kreeg de huisarts het advies om medicatie voor de osteoporose voor te schrijven, conform de landelijk richtlijnen (bisfosfonaten). Ook kregen ze een op de patiënt toegesneden advies om calcium en vitamine D voor te schrijven. De controlegroep kreeg alleen gebruikelijke zorg, maar kreeg na afloop van de onderzoeksperiode alsnog de screening aangeboden. De deelnemers werden drie jaar gevolgd, en ontvingen na 18 en 36 maanden vra-

genlijsten. Uitkomstmaten waren alle fracturen, secundaire uitkomstmaten waren osteoporotische fracturen, heupfracturen, vallen en sterfte. Door de deelnemers zelf gerapporteerde fracturen werden gecontroleerd bij huisarts en ziekenhuis. Er werden ruim 53000 vrouwen uitgenodigd, waarvan ongeveer de helft de baselinevragenlijst retourneerde. Meer dan 11000 vrouwen werden gerandomiseerd. In de screeningsgroep onderging 75% de DEXA-meting. Ruim 1400 vrouwen hadden op basis van voorgeschiedenis én DEXA een verhoogd fractuurrisico, bijna 70% hiervan startte ook met medicatie voor de osteoporose. Van die starters slikte na 18 maanden 86% de medicijnen nog steeds, na 36 maanden was dat gedaald tot 67%.

Uitkomst

Op géén van de uitkomstmaten werden statistisch significante verschillen gevonden tussen screeningsgroep en controlegroep. Wel was de richting van de verschillen voor alle soorten fracturen steeds ten gunste van de screeningsgroep. In de subgroep van deelnemers

die voorafgaand aan het onderzoek een recente fractuur hadden gehad, werden tijdens de follow-up in de screeningsgroep aanzienlijk minder nieuwe fracturen gevonden dan in de controlegroep. Omdat dit een niet vooraf geplande analyse was, moeten we deze resultaten met voorzichtigheid interpreteren.

Het feit dat er geen (statistisch significant) verschil werd gevonden, wijt Merlijn aan de enorme verdunning die plaatsvond doordat slechts een deel van de mensen die kwamen medicatie voorgeschreven kregen. Dit was inherent aan de opzet van het onderzoek, maar bleek groter dan verwacht doordat minder deelnemers in de interventiegroep een verhoogd fractuurrisico bleken te hebben. Bovendien bleek ook in de controlegroep een klein deel van de deelnemers bisfosfonaten voorgeschreven gekregen te hebben. In plaats van bij de pakken neer te zitten, kozen de onderzoekers de vlucht voorwaarts en combineerden hun resultaten met die van twee andere studies die hetzelfde onderzochten en een vergelijkbare opzet hadden in een meta-analyse.



‘Screeningsonderzoek valt onder de Wet op het Bevolkingsonderzoek, waardoor toestemming nodig was van de Gezondheidsraad en een vergunning van VWS. Dat had nogal wat voeten in de aarde’

Samen hadden de drie studies maar liefst 42000 deelnemers. Door die grotere aantallen kon er een preciezer schatting worden gemaakt. Screening plus behandelend liet een reductie zien in het optreden van fracturen 5 tot 20%. De grootste reductie werd gevonden voor heupfracturen. Deze verschillen waren wél statistisch significant.

Desgevraagd vindt Merlijn niet dat praktijken nu massaal moeten gaan screenen. Zelf is hij voorstander van een goed opgezet landelijk screeningsprogramma omdat daarmee veel leed aan heupfracturen bij oudere vrouwen voorkomen kan worden. ‘Daarbij is het een interventie die zich vrijwel geheel zal terugbetalen door besparing van zorgkosten die met heupfracturen gepaard gaan’.

De Gezondheidsraad is nu aan zet. Screening op fractuurrisico heeft weliswaar een goede kaart, maar de Gezondheidsraad moet afwegen of het in aanmerking zal komen als nieuw bevolkingsonderzoek, vergeleken met de prestaties van bestaande en potentiële nieuwe preventieve programma's. Merlijn hoopt dit jaar zijn proefschrift af te ronden en wil dan tijd gaan steken in het uitdragen van de resultaten van zijn onderzoek. «



INEKE GERRIDZEN
Medicatiebeoordeling

Op 11 maart verdedigde Ineke Gerridzen haar proefschrift. Ineke is specialist ouderengeneeskunde, gespecialiseerd in de zorg voor mensen met het syndroom van Korsakov. Doel van haar onderzoek, dat als pionierswerk beschouwd mag worden, was om een beter inzicht te krijgen in deze patiëntengroep met specifieke aandacht voor gedragsproblemen en zelfinzicht in praktische vaardigheden. Literatuuronderzoek liet zien dat de prevalentie van gedragsproblemen nogal uiteenloopt. Depressie, agitatie en agressie werden het meest gerapporteerd. Onderzoek van de dossiers van 556 mensen in tien gespecialiseerde verpleeghuizen wees uit het meestal om mannen gaat (75%), de leeftijd bij opname gemiddeld 57 jaar was, en de gemiddelde verblijfsduur op het moment van onderzoek 6 jaar. Psychofarmaca worden veel voorgeschreven. De meeste patiënten bleken hun vermogen om praktische taken uit te voeren (bijvoorbeeld geldzaken regelen) te overschatten. Het is van belang dat hulpverleners zich dit realiseren.

Hans van der Wouden

Beter gebruik van zorggegevens

Om (her)gebruik van zorggegevens in de ouderengeneeskunde te verbeteren hebben het Universitair Netwerk Ouderenzorg van Amsterdam UMC (UNO), Verenso en het Nivel gezamenlijk een belangrijke programmasubsidie van het ministerie van VWS ontvangen. Het programma, dat de naam Leren van Data zal dragen, richt zich op eenheid van taal en het ontsluiten, bij elkaar brengen en beter benutten van gegevens die door specialisten ouderengeneeskunde worden vastgelegd in het elektronisch patiëntendossier (EPD) in verpleeghuizen.



Hoeveel mensen verblijven in Nederland op een afdeling psychogeriatricie of somatiek in een verpleeghuis? Hoelang verblijven ze daar en welke zorg ontvangen zij precies? Hoeveel psychofarmaca en antibiotica worden er in een verpleeghuis voorgeschreven en voor welke indicatie? Op dit moment ontbreekt het aan een objectief, betrouwbaar en valide antwoord op dit soort vragen, terwijl deze gegevens een belangrijke bijdrage kunnen leveren aan het verbeteren van de kwaliteit van zorg.

EPD INZETTEN VOOR ONTWIKKELEN KENNIS EN KWALITEIT VAN ZORG

In principe is het mogelijk om deze vragen te beantwoorden met gegevens die door specialisten ouderengeneeskunde worden vastgelegd in het EPD. Gebruik van deze gegevens ten behoeve van kwaliteitsverbetering en informatie-uitwisseling vindt echter nauwelijks plaats. Ook worden de gegevens nog onvoldoende gebruikt voor kennisontwikkeling in de sector.

Leren van Data richt zich op het meer gestandaardiseerd vastleggen van gegevens (eenheid van taal), het inzichtelijk maken van relevante gegevens voor specialisten ouderengeneeskunde, het koppelen van EPD's en elektronische voorschrijfsystemen (EVS) en op de ontwikkeling van een landelijke infrastructuur. Dit laatste omvat ook het opzetten van een landelijk representatief netwerk van peilstations, ten behoeve van kennisontwikkeling. Het programma houdt rekening met de verschillende EPD-systemen die momenteel door specialisten ouderengeneeskunde worden gebruikt.

COVID-19

Onlangs is er een landelijke registratie gestart om inzicht te krijgen in de prevalentie van (vermoedelijke) COVID-19 in de langdurige zorg. Dit is van belang voor beleidsafwegingen, zoals de landelijke verdeling van beschermingsmaterialen. De registratie, met een minimale registratielast, vindt inmiddels plaats via vijf verschillende EPD's (ga naar Verenso.nl voor meer informatie).

Ach, die heerlijke eenvoud van medicatie

Vroeger studeerden we Medicijnen en werkten we volgens het klacht-recept-model. Praktisch ingestelde huisartsen hielden het bij tien verschillende medicamenten. Een nieuw middel erbij betekende het afscheid van een van die tien. Zo'n vijf stempels voor de doorsnee voorschriften op het bureau van een huisarts was geen uitzondering. (Hoezo stroomlijning pas door standaarden en automatisering?) Ook patiënten leken tevreden met pillen, poeders, drankjes en als het menens was, een spuit. Een therapietrouw van rond de 50 procent deed geen vragen rijzen (tegenwoordig trouwens ook nauwelijks). De rechtlijnige eenvoud van de vertaling van een medisch probleem via een klacht in een medicijn paste binnen de mentaliteit van aanpakken tijdens de wederopbouw na de tweede wereldoorlog. Bovendien was iedereen onder de indruk van wondermiddelen als antibiotica, prednison, psychofarmaca en 'de pil'.

PRATEN EN TESTEN

Maar de triomf van medicamenteus simplisme hield (in Nederland) geen stand. De meervoudige achtergrond van ziektes kon toch niet gereduceerd worden tot louter een medicijn? Zonder discussie maar wel met enige zelfoverschatting sierde de studie zich met de naam Geneeskunde en gaandeweg werd er steeds meer gepraat in de spreekkamer: verheldering, uitleg, advies, leefregels, bemoediging, begeleiding, noem maar op. Het medicament als diagnostisch middel of om tijd te winnen werd vervangen door nader onderzoek. Maar medicatie verdween niet van het toneel. Gezondheidsrisico's, veelal samenhangend met maatschappelijk bepaalde ongezonde leefomstandigheden, werden 'ziektes' die medicamenteuze behande-

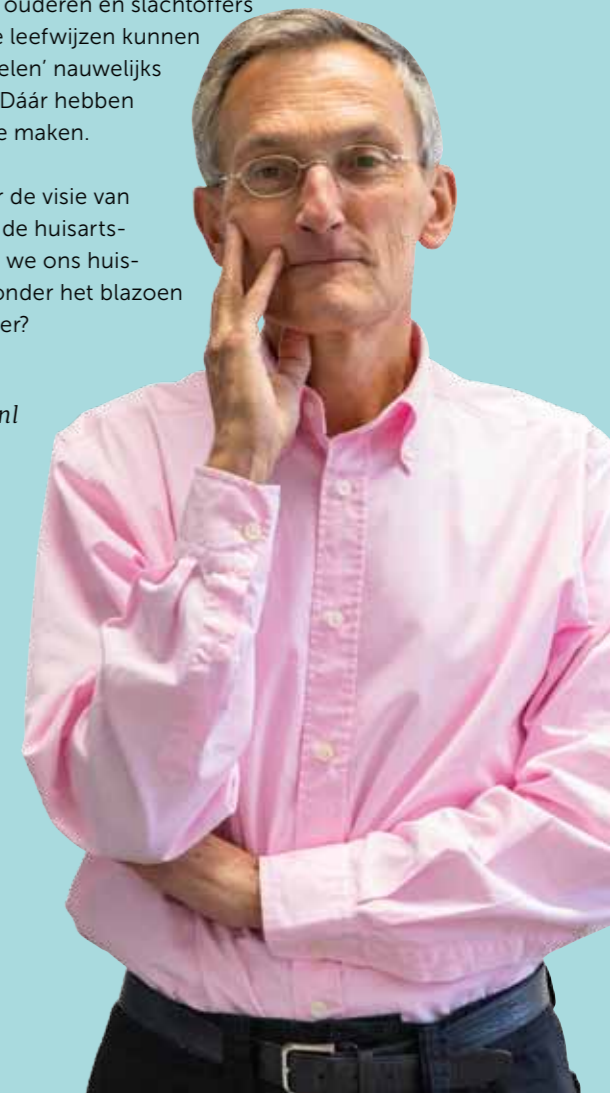
ling kregen, of al even enkelvoudig werden benaderd als individuele ongezonde leefstijl.

PILLEN BETOVEREN

Het aanzien van medicatie mag aan eb- en vloedbewegingen onderhevig zijn, de magie is gebleven. Iedereen kent de verbluffende ervaring dat een simpele pil, puf of pleister verlichting, zo niet genezing, brengt. Die magische uitstraling overvleugelt de weerzin tegen onnatuurlijke beïnvloeding van het lichaam en het leven. De recente succesnummers die dodelijke ziektes terugdringen of zelfs bedwingen, hebben het medicijn bovendien hernieuwde glans gegeven. Het gaat daarbij wel om succes in medisch-specialistische domeinen. Chronisch zieken, hulpbehoevende ouderen en slachtoffers van hedendaagse leefwijzen kunnen van 'geneesmiddelen' nauwelijks heil verwachten. Dáár hebben huisartsen mee te maken.

Wat zegt het over de visie van onze afdeling op de huisartsgeneeskunde dat we ons huisorgaan afstoten onder het blaazen van de pillendokter?

F.J.Meijman@Amsterdamumc.nl



Honing & Azijn

In tijden van de coronapandemie wordt er veel gevraagd van ieders flexibiliteit, rust en doorzettingsvermogen.

Wij wensen u en uw team positiviteit, geduld, veerkracht en een goede gezondheid.

*Hartelijk groet,
de redactie, namens de afdeling
H&O van Amsterdam UMC,
locatie VUmc.*



Wij zijn op zoek naar:

Huisartsen die hun praktijk openstellen voor coassistenten of semi-artsen

Aan het eind van het 2e masterjaar doen coassistenten de coschap huisartsgeneeskunde van 6 weken. Coassistenten zijn hierover zeer enthousiast en 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, de waardering voor het vak stijgt vaak enorm.

Meer informatie?

Wilt u coassistenten begeleiden of bent u hier nieuwsgierig naar? Neem dan contact met ons op over de mogelijkheden of een nieuwe samenwerkingsovereenkomst. Wij denken graag met u mee.
Telefoon: 020 444 8244 of
cohagvumc@amsterdamumc.nl

Wetenschappelijk docent ouderengeneeskunde (8,0-16,0 uur)

Met als primaire taak het verzorgen van onderwijs aan studenten. Wij zoeken een docent die relevante werkervaring als specialist ouderengeneeskunde heeft, belangstelling voor geneeskunde en onderwijsontwikkeling en een heldere visie op de ouderenzorg en op de ontwikkeling in het vak van ouderengeneeskunde.

Meer informatie?

Voor meer informatie over de inhoud van de functie of over de sollicitatieprocedure kunt u terecht bij Anne Drost, telefoonnummer: 020 444 4529.