

## Ouderenzorg in praktijk gebracht

### Samenvatting

Ramackers AMC, Van Leeuwen YD, Ponse KCJAH, Lammerts LHAGM. *Ouderenzorg in praktijk gebracht. Huisarts Wet* 2012;55(8):330-4.

**Doel** De visie op ouderenzorg door de huisarts is veranderd. Lag voorheen de nadruk op de hulpvraag als uitgangspunt, nu is de algehele functionele toestand leidend – de reactieve benadering heeft plaats gemaakt voor een anticiperende. Deze benadering zouden huisartsen tijdens hun opleiding moeten aanleren. We hebben een onderwijsinterventie in zes opleidingspraktijken gedaan, waarbij huisartsen in opleiding (aios) gedurende een jaar ouderen in kaart hebben gebracht en vervolgd (adoptie). We volgden het proces met kwalitatief onderzoek, en wilden achterhalen wat de aios leren en hoe zij het geleerde relateren aan de onderwijsinterventie.

**METHODE** We hebben driemaal semigestructureerde interviews afgenomen bij aios en opleiders, die we op audioband hebben opgenomen en woordelijk hebben getranscribeerd. Drie beoordelaars hebben vervolgens de gegevens onafhankelijk van elkaar gecategoriseerd. Twee beoordelaars hebben de uitkomsten geïnterpreteerd.

**RESULTATEN** De aios adopteerden elk drie tot vijf patiënten. Ze woordden het toegenomen inzicht duidelijk: ze kregen de ouderen 'in beeld' en meer zicht op de totale problematiek, waardoor ze anticiperend konden werken. De regiefunctie kreeg inhoud. Ze misten input van de opleider en maakten weinig gebruik van consultants.

**CONCLUSIE** Interventies in praktijkonderwijs zijn lonend als aios volgens nieuwe inzichten willen leren werken. Aan de hand van kwalitatief onderzoek kunnen we dit in beeld brengen. Het is gewenst dat opleiders iets meer sturing bieden dan ze nu doen.

### INLEIDING

Ouderenzorg is hot. Een toenemend aantal publicaties propageert een nieuwe aanpak, waarbij ze aanraden om onder andere de opleiding van medici aan te passen. In de voorstellen ligt meestal de nadruk op cursorisch onderwijs en korte stageprogramma's, niet op interventies in de opleidingspraktijk, terwijl juist daar veel winst te behalen valt.<sup>8-14</sup> In dit artikel beschrijven we een onderzoek rond een onderwijsproject binnen de opleidingpraktijk: een nieuwe benadering van ouderenzorg door huisartsen in opleiding (aios).

De afgelopen jaren zijn er verschillende standpunten en artikelen op het gebied van ouderenzorg verschenen.<sup>1-8</sup> Aparte vermelding verdient de bundel *Gedeelde verantwoordelijkheid* van het College voor de Beroepen en Opleidingen in de Gezondheidszorg, die alle betrokken opleidingen (!) het volgende aanbeveelt:<sup>6</sup>

- Herzie en vernieuw modules met betrekking tot geriatrie en ouderenzorg: een integrale, anticiperende benadering vormt het uitgangspunt.
- Organiseer een gezamenlijk onderwijsmoment op het gebied van ouderenzorg, zodat de toekomstige hulpverleners kennismaken met multidisciplinaire zorg.

Het NHG-Standpunt Toekomstvisie Huisartsenzorg, huisartsgeneeskunde voor ouderen vormt een leidraad voor de gevraagde veranderingen in de huisartsenpraktijk.<sup>1</sup> Het Standpunt geeft aan dat de zorg voor de oudere patiënt vraagt om een samenhangend zorgnetwerk, waarbij de huisarts de regie heeft. Steeds moet men afwegen of een interventie wel bijdraagt aan de optimalisering van de kwaliteit van leven.

### METHODE

#### Onderwijsproject in de huisartsenopleiding

In de Maastrichtse huisartsenopleiding zijn we in september 2009 gestart met een door kwalitatief onderzoek begeleid onderwijsinterventie op het gebied van ouderenzorg. Doel van de onderwijsinterventie was de aios te laten ervaren hoeveel een grondige probleeminventarisatie en een integraal behandelplan oplevert en hoeveel beter daarmee de regiefunctie in de zorg voor de oudere kan worden vervuld. Ter adstructie reikten we een set van competenties uit. Vanaf februari 2010 hebben we zes aios en hun opleiders gedurende een jaar begeleid en gevolgd. Hierbij zijn we behoedzaam te werk gegaan. Zoals De Vries stelde in zijn proefschrift, *Het leven en de leer*,<sup>15</sup> verstoren interventies vanuit 'de school' vaak de dynamiek van de stageplek of blijken ze onrealistisch.

De onderwijsinterventie hield het volgende in. De aios kregen de opdracht om acht tot tien patiënten uit de opleidingspraktijk te adopteren. 'Oud' en 'frail' waren daarbij de kernwoorden, maar we hielden geen strikte in- en exclusiecriteria aan. We vroegen hen een functionele probleemanalyse en integraal behandelplan op te stellen,<sup>16</sup> en de patiënten te vervolgen. Ter voorbereiding organiseerden we een instructie-

#### Wat is bekend?

- Het is noodzakelijke om de eerstelijnsouderenzorg anders in te richten.
- De opleiding moet daarop inspelen, wat meestal gebeurt in de vorm van cursorisch onderwijs.

#### Wat is nieuw?

- Veranderingen in visie en benadering kan men het beste in de praktijk oefenen. Met minimale onderwijsinterventies, vooral intensiveren van patiëntcontacten, is veel te bereiken.
- De kwalitatieve onderzoeksmethode is bij uitstek geschikt om dit in beeld te brengen.

Universiteit Maastricht, vakgroep Huisartsgeneeskunde, Postbus 616, 6200 MD Maastricht; A.M.C. Ramackers, masterstudent geneeskunde; dr. Y.D. van Leeuwen, hoofddocent vakgroep Huisartsgeneeskunde; K.C.J.A.H. Ponse, destijds student. Eindhoven: L.H.A.G.M. Lammerts, huisarts • Correspondentie: yvonne.vanleeuwen@hag.unimaas.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: het onderzoek is mede mogelijk gemaakt door subsidie van de Stichting Gezondheidscentra Eindhoven en de Brabant Medical School.

bijeenkomst, waarop we het doel en de onderwijsinterventie uiteenzetten. Verder vertoonden we een korte instructiefilm over consulten bij ouderen, waarin we een minder goed en een beter consult lieten zien.<sup>17-19</sup> We maakten gebruik van verschillende hulpmiddelen. Ten eerste een 'rugzakje', waarin de te verwerven competenties, een registratie-instrument voor ouderenconsulten (SF MPC) en een aantal naar eigen inzicht te gebruiken meetinstrumenten zaten, zoals de MMSE-dementieschaal,<sup>21</sup> de Groninger Frailty Index<sup>22</sup> en de Geriatric Depression Scale (GDS).<sup>23</sup> Daarnaast was men vrij in het gebruik van welk ander hulpmiddel dan ook.

Opleiders vroegen we om te helpen bij het vinden van adoptiepatiënten en om deze met enige regelmaat te bespreken tijdens de dagelijkse nabespreking. Ter voorbereiding organiseerden we vijf onderwijssessies van 1 uur over het nieuwe concept ouderenzorg en de praktische implicaties daarvan. Dit programma vormde een onderdeel van het cursusprogramma 2009-2010 voor alle opleiders van de Maastrichtse huisartsenopleiding.

Er waren geen andere hulpverleners rechtstreeks bij de opdracht betrokken; aios kregen de aanbeveling om paramedici en de specialist ouderengeneeskunde te consulteren.

## Onderzoek

### Doel

Het onderzoek was kwalitatief van aard en opzet. We wilden achterhalen wat aios leren op het gebied van ouderenzorg en of ze het geleerde konden relateren aan de onderwijsinterventie. De geoperationaliseerde vraagstelling luidde: in welke bewoordingen geven de betrokkenen (aios en opleider) aan wat en waarvan ze iets hebben geleerd?

We hebben voor kwalitatief onderzoek gekozen omdat de onderwijsinterventie klein van opzet was en we vooral geïnteresseerd waren in de aard van de ervaring die de aios al doende opdeden.

### Populatie en gegevensverzameling

We vroegen zes aios-opleiderkoppels om deel te nemen, die alle toestemden. Voor deelname moest de aios een voorspoedig opleidingsverloop vertonen en deelname op prijs stellen. De opleider moest openstaan voor het onderwijsexperiment. Er was dus sprake van een bewuste positieve selectie van aios en hun opleiders. Gedurende het onderzoeksjaar is één praktijk afgevallen in verband met zwangerschapsverlof van de aios. Van de andere vijf praktijken beschikken we over de complete gegevensverzameling.

De aios en hun opleiders hebben we aan begin, midden en einde van het opleidingsjaar ondervraagd. Dat deden we aan de hand van semigestructureerde interviews, die we in de opleidingspraktijk afnamen, afzonderlijk bij de opleider en de aios. Zowel aios als opleiders waren op de hoogte van het doel van het onderzoek.

In het eerste interview (ongeveer 20 minuten) stond de visie op ouderenzorg centraal: hoe ziet die zorg er volgens de ondervraagden idealiter uit, wat is haalbaar in de praktijk en

hoe zien ze hun eigen rol? In de vervolgesprekken (ongeveer 45 minuten), vroegen we door over het leren (wat en hoe) en het projectverloop (haalbaarheid van de opdrachten, enzovoort). We vroegen rechtstreeks naar leerervaringen, maar ook indirect door naar details over patiëntencasus te informeren.

De interviews zijn steeds door twee personen afgenomen en opgenomen met een digitale voicerecorder. Alle interviews zijn digitaal opgeslagen, net als de letterlijke transcriptie.

We hebben materiaal en codering ingebracht in ENVIVO 2.0, een softwareprogramma om kwalitatieve onderzoeksgegevens te verwerken. De gegevens hebben we geanonimiseerd, waarbij nog wel de koppeling tussen aios (A) en de bijbehorende opleider (B) te maken was. De codering is separaat verricht door drie beoordelaars. We hebben het materiaal volgens de methode van *thematic content analyses*<sup>22</sup> gecategoriseerd. Hierbij brengt men tekst onder in zelf gekozen categorieën, die gerelateerd zijn aan de onderzoeksvraag, bijvoorbeeld diverse aspecten van leeropbrengst. We hielden een boekhouding bij van alle keuzen en beslissingen, de zogenaamde *audit trail*.<sup>22,24</sup>

## RESULTATEN

### De uitvoerbaarheid van de opdracht

Het was de aios duidelijk wat de bedoeling was: zij maakten een uitgebreide probleeminventarisatie volgens het SF MPC-model (Somatisch, Functioneel, Maatschappelijk, Psychisch, Communicatief functioneren), dat bekend is uit de geriatrie. Vervolgens stelden ze een behandelplan op, met prioriteiten die aansloten bij de wensen van de patiënt. De inclusie van een adoptiepatiënt nam gemiddeld anderhalf uur in beslag. De opleider maakte tegen deze tijdsinvestering geen bezwaar.

### Abstract

Ramackers A, Van Leeuwen Y, Ponse K, Lammerts L. Care for the elderly in practice. *Huisarts Wet* 2012;55(8): 330-4.

Background Elderly care in general practice has changed, from focusing on the reason for the appointment to focusing on the patient's overall functional status: reactive care has been replaced by anticipatory care. GP trainees need to learn this approach during specialization. In a pilot study, an educational intervention was tested in six training practices, during which GP trainees adopted and monitored elderly patients for 1 year. The educational intervention was flanked by qualitative research, to establish what the trainees learned and how they related this information to the intervention.

**METHOD** Semi-structured interviews were administered to GP trainees and their supervisors on three occasions. The interviews were verbally transcribed, and then three assessors independently coded and categorized the interview outcomes. Two assessors interpreted the outcomes.

**RESULTS** Each GP trainee adopted 3-5 patients. Trainees reported that they got a better picture of their patients and of their problems as a whole, which enabled them to provide anticipatory care. They gained insight into their role in a network of care. They missed input from their supervisors and made limited use of the possibility to consult with specialists.

**CONCLUSION** Teaching practice interventions are warranted, as GP trainees want to learn on the job, but supervisors should provide more supervision than they currently do.

Het is echter – puur om redenen van tijdgebrek – geen van de aios gelukt om acht tot tien patiënten te adopteren. Het gemiddelde lag op vier. De aios hadden liever één kort en bondig screeningsinstrument gehad dan een heel rugzakje. Zo was het toch veel zoeken. De aios vervolgden de patiënten in een frequentie en duur die ze zinnig achtten – op maat, dus. Gemiddeld ging het om drie vervolgsconsulten. Deze verliepen in essentie niet anders dan bij andere patiënten, zij het dat er meer problemen waren om ‘af te werken’. Tijdens de nabespreking van het spreekuur met de opleider kwamen de ‘adoptieconsulten’ slechts summier aan bod. Ook hebben de aios geen andere hulpverleners geraadpleegd.

**Belangrijkste leerpunten**

De belangrijkste leerpunten voor de aios zijn door ons geschaard onder de koppen ‘Complexiteit van zorg’ en ‘Mensen in beeld hebben’. Uit de gegevens komt naar voren dat aios inzicht hebben gekregen in de complexiteit van de ouderenzorg; ze zien het belang van breed kijken en verder vragen dan alleen de acute klacht. In [tabel 1] hebben we een aantal citaten ter illustratie van de categorie ‘Complexiteit van zorg’ weergegeven. De citaten van aios A5, A1 en A2 laten zien dat het belangrijk is om meer uit te vragen dan alleen de actuele klacht. Ook de opleiders noemen dit onderwerp vaak. Ze bevestigen de groei in inzicht bij aios. Het citaat van B2 in [tabel 1] is typerend: zijn aios schetst een beter totaalbeeld van de oudere patiënt dan voorheen.

Ook de waarde van ‘Mensen in beeld hebben’ blijkt een belangrijk leerpunt voor de aios. Ze illustreerden dit veelal met casussen. In [tabel 1] zijn de citaten van A3 en A1 typerend: ze hebben goede zorg kunnen leveren omdat ze hun patiënt in beeld hadden, waardoor ze bijvoorbeeld gedragsverandering hebben opgemerkt.

**Visie**

In alle drie de interviews hebben we aios en opleiders gevraagd naar hun visie op ouderenzorg. Deze vraag heeft niet tot markante antwoorden geleid, noch aan het begin, noch aan het eind. Wel zijn aios in de loop van het jaar meer ‘doorleefde’ formuleringen gaan gebruiken. In [tabel 1] zijn de citaten van A1 en A2 uit de derde interviews typerend.

**Regiefunctie en samenwerken**

‘Regiefunctie’ en ‘Samenwerken’ werden de koppen voor de volgende categorie, die de centrale rol van de huisarts in het multidisciplinaire zorgnetwerk betrof. Opleiders vonden bij aanvang van de opdracht de regiefunctie een speerpunt (zie voor een illustratie het citaat van B1 in [tabel 2]). Uit de interviews met aios komt naar voren dat zij gegroeid zijn in de regiefunctie – ze illustreerden dit met casussen. Opleiders, bijvoorbeeld B1 en B2, bevestigen dat. Ook kregen de aios naar eigen zeggen meer zicht op het palet aan (para)medische hulpverleners in de nabije omgeving (de sociale kaart). Toch hebben ze weinig verwezen en dan nog hoofdzakelijk naar de fysiotherapeut.

We hebben de aios gevraagd om bij (minimaal) één patiënt een specialist ouderengeneeskunde te consulteren. Slechts één aios heeft dit daadwerkelijk gedaan (A5). De anderen gaven aan dat het er simpelweg niet van is gekomen of dat ze er geen reden toe zagen. Een enkele opmerking getuigt van het onderkennen van mogelijke blinde vlekken (citaat A4).

**Rol van de opleider**

Zowel uit de interviews met de aios als uit die met hun opleiders komt naar voren dat de rol van de opleider beperkt is geweest. Door aios geadopteerde patiënten werden tijdens de spreekuurnabespreking kort of niet besproken [tabel 3], A3. Enkele opleiders geven wel aan dat hun inzichten omtrent ouderenzorg zijn vergroot (B1).

**Tabel 1** Complexiteit van zorg/Mensen in beeld hebben

Persoon	Interview	
A5	3	Maar ik denk dat ik in zijn algemeenheid wel veel heb geleerd, en ook meer heb leren vragen naar hoe de situatie is. En dat ik bijvoorbeeld eerder geneigd ben om te vragen: heeft het leven voor u wel zin zo? Hebt u er plezier aan? En zo niet, waar schort het aan, waar zit het hem in? En dat is misschien wel omdat ik wat langer tijd heb besteed aan ouderen in het kader van het project.
A2	3	Wat ik eerst wel deed was proberen in kaart te brengen, maar dan keek ik niet meteen van waar ligt jullie urgentie, hè die van de patiënt. En van waar loopt u tegenaan, dat vraag ik dan wel, maar van waar zou u hulp willen hebben, of wat vindt u nu belangrijk in dit, wat zou u op 1 zetten van wat kunnen we nu verbeteren.
A1	3	I: En als je kijkt naar jezelf toen je begon en nu je klaar bent als hulpverlener, dan met name op het gebied van ouderen, ben je daarin veranderd? A1: Ja vind ik wel. Dat je meer oog hebt voor die multiproblematiek die er speelt en dat je daar dus ook eerder naar vraagt. Dus zoals nu die man met geheugenproblemen en die dochter die zegt ik maak me toch zorgen omdat hij vaak alleen is, dat hij niet valt, en hij moet 's nachts die trap af. En dat zit er eigenlijk dus nog onder, en daar ga ik dan meer op in. Terwijl eerst, dan had ik gezegd: ja geheugenproblemen, een MMSE. Nou valt het allemaal wel mee, een alarm heeft hij wel. Dan ga je er allemaal wat minder op in, nu ga je er wat meer op in en dat je dan denkt van ik ga het wel wat verder uitdiepen van wat er allemaal onder zit.
A1	3	Ik denk dat het gewoon goed is als je één keer iemand heel uitgebreid in kaart brengt, dat je iemand veel beter in beeld hebt, zeg maar. Wat er speelt in zijn algemeenheid. Dus als er dan iets bij komt, dat je dat veel beter kunt plaatsen.
A3	3	I: Of het in kaart brengen zin had, dat weet je niet? A3: Nou, ik denk toch wel, want ik hoefde niet het hele, ik wist gewoon de voorgeschiedenis, ik wist hoe die mevrouw in elkaar stak, en ik wist van nee dit klopt gewoon niet, want zo ken ik haar niet. Dus dat maakt het in dit geval wat makkelijker, dat ik haar een keer uitgebreid gezien had.
B2	2	Maar wat ik goed aan hem vind, en of dat hiermee aangescherpt is, hij kan een mooi totaalbeeld schetsen en hij kan dat prioriteren, kan heel goed organiseren, en heeft dus gericht mensen kunnen helpen.

**Tabel 2** Regie nemen/Samenwerken

Persoon	Interview	
B1	1	Ik denk dat het goed is dat er binnen de opleiding hier wel wat mee gedaan wordt. Anders deed ik niet mee. Want ik denk dat het samenwerken, ik merk ook bij mijn aios, dat dat nog veel verbeterd kan worden. Je ziet aios toch vaak op hun eigen kamertje zitten, zonder dat er interactie is met anderen, dat ik denk van kom er eens uit en ga eens overleggen. Er zijn zo veel mogelijkheden, en onderzoek het eens. En ik denk dat dat weinig geleerd wordt, dus wat dat betreft is het goed dat er nou iets gebeurt, dat er toch ook competenties worden opgesteld daarvoor.
B2	3	Maar waar hij in gegroeid is, is dat hij gewoon een veel centraler figuur geworden is. Hij heeft zich geprofileerd als zijnde ik ben het eerste aanspreekpunt. Het waren zijn patiënten.
B1	3	Ik denk dat de aios hier wel leert samen te werken. Dat ze veel beter weten van wanneer ergo, wanneer fysio, wanneer POH, die POH dat, met de assistentes, met de opleider van welke vragen wel, welke niet. Dus het samenwerken is denk ik bij uitstek de competentie wat je hier goed mee kan trainen. Daarom vind ik het ook wel een goed project.
A4	3	Terugkijkend had ik misschien wat meer gebruik kunnen maken van een specialist ouderenzorg. Niet dat ik denk dat ik nu m'n patiënten tekort heb gedaan, maar er waren niet zulke problematische dingen dat ik denk er moet iemand meekijken. Maar misschien zijn er altijd dingen toch die zij zien die ik niet zie.
A1	2	In het eerste jaar, mijn opleider deed dat toen wel [consulteren van de specialist ouderengeneeskunde]. En dat was wel heel nuttig, dat vond ik toen wel nuttig, dus ik weet ook wel dat het kan, zeg maar. Maar mijn [huidige] opleider doet dat helemaal niet.

### Al doende leren

Zowel aios als hun opleiders omschreven het accent op praktijkonderwijs als positief, wat niet gold voor cursorisch onderwijs. Voorbeelden zijn de citaten van aios A4 en opleiders B3 en B4 in [tabel 4].

### BESCHOUWING

De deelnemende aios hebben het nodige geleerd op het gebied van ouderenzorg. Ze formuleerden hun groei in termen van 'breed hebben leren kijken', 'de complexiteit onderkennen', 'het belang van anticiperen zien' en dergelijke. Ze zien het belang van het 'al doende leren'. In hoeverre de onderwijsinterventie hieraan debet is, is met dit onderzoeksontwerp niet te achterhalen. Het is echter aannemelijk dat er een verband is. Dat praktijkonderwijs als stimulus tot leren en veranderen vele malen krachtiger is dan cursorisch onderwijs, is een breed gedeelde ervaring. Ook onderzoek, zoals de expertisetheorie van Schmidt en Boshuizen,<sup>24</sup> sluit hierbij aan. Toch is slechts summier onderzocht hoe de praktijk als instrument in te zetten is om bepaalde leereffecten te bewerkstelligen.

### Beperkingen van het onderzoek

Zoals eerder vermeld waren de aios geselecteerd op basis van hun voorspoedige opleidingsverloop en/of op basis van een goede match tussen een enthousiaste aios en een voor onderzoek gemotiveerde opleider. Het betrof dus een bewust positieve selectie. We kozen hiervoor om de winst van de opdracht onder min of meer optimale omstandigheden te kun-

nen onderzoeken. Deze gang van zaken is niet ongebruikelijk bij onderwijsontwikkeling. Dit is echter ook een beperking van het onderzoek: zou deze aanpak ook bij gemiddeld gemotiveerde aios en opleiders een dergelijke leerwinst opleveren?

De opleider is meer buiten beeld gebleven dan bedoeld en verwacht. Dit staat haaks op de bevinding in ander onderzoek, waaruit bleek dat ervaren artsen een belangrijke rol hebben bij het leren van aios in de praktijk.<sup>25</sup> Mogelijk hebben deze aios hun opleiders niet als rolmodel gezien op het gebied van ouderenzorg. Zelf zagen de opleiders immers ook ruimte voor verbetering. Is mogelijk de theoretische voorbereiding ontoereikend geweest, wat de veronderstelling voedt dat praktijkleren ook voor opleiders effectiever is? De wens van de aios om op de terugkomdag plaats in te ruimen voor reflectie komt voort uit hun behoefte toch ergens op de leerervaring terug te kijken.

Waarom de aios geen andere hulpverleners hebben geconsulteerd, kunnen we niet geheel verklaren: ze gaven vaak aan dat 'ze het niet nodig vonden'. Vooralsnog houden we het op het fenomeen dat onbekend onbemind maakt.

We hebben de patiënten niet naar hun mening gevraagd. Het zou interessant zijn om na te gaan in hoeverre zij zich dankzij deze aanpak meer gekend voelen in hun noden en wensen, en vervolgens: in welke mate hun kwaliteit van leven hoger wordt ingeschat.

### Vervolg

Het is de bedoeling dat de regiefunctie van de aanstaande huisarts uiteindelijk in alle opleidingspraktijken meer aan-

**Tabel 3** Rol en leercurve van de opleider

Persoon	Interview	
A3	3	We hebben de laatste tijd het project zelf niet actief op die manier besproken of we zijn daarvoor gaan zitten. Patiënten die passeren bespreken we uiteraard, maar niet speciaal in het kader van dit.
B1	3	Ik heb heel weinig gedaan. En zo nu en dan heeft 'A1' met mij overlegd over de gang van zaken.
B1	2	I: En wat zijn dingen die je zou willen verbeteren, dat je denkt daar kan ik nog winst behalen. B1: Toch nog meer samenwerken. Toch niet alleen aan de praktijkondersteuner denken, maar ook samen met haar denken aan fysiotherapie, ergotherapie, aan een diëtiste bijvoorbeeld, daar denken we ook veel te weinig aan bij van die oude bejaarden. Dus dat op dat gebied. En misschien eens een keer overleggen met een specialist ouderengeneeskunde. Dat doe ik echt zelden, een heel enkele keer. Als dat twee of drie keer is geweest in de afgelopen tien jaar dan houdt het wel op.



Tabel 4 Al doende leren

Persoon	Interview	
A4	2	Hoe heb ik dat geleerd? Eigenlijk gewoon in het diepe springen, gewoon eerst inventariseren wat je precies kan doen en dan uitvinden hoe je er achter komt. Sommige dingen weet je hoe je ze kan benaderen en sommige dingen kom je gaandeweg achter en denk je ik kan beter die bellen of dat kan ik makkelijker zo en zo doen. Al doende leert men, zo kom je er eigenlijk achter.
B3	2	Ja goed, het mes snijdt aan twee kanten. Als zo'n patiënt goed in kaart gebracht wordt en allemaal dingen komen bovendien. Voor mij is het leuk, dan denk ik dat hebben we goed gedaan, de aio heeft er wat van geleerd, de patiënt is ermee gediend. Dan als je dat op een heel theoretische manier zou doen. Je moet dat in de praktijk doen, dat spreekt veel meer. Kijk, die derdejaars hebben al met veel disciplines samengewerkt, maar als je het kunt gieten in iets wat je ook aan de patiënt kunt koppelen met alles erop en eraan, wie moet ik allemaal inschakelen, dan wordt het één geheel.
B4	2	Dit is de aanleiding geweest om zoiets op touw te zetten. Want anders zou de aanleiding er, die had er natuurlijk kunnen zijn ten aanzien van bepaalde patiënten, maar hier is hij nadrukkelijker gepresenteerd. Dus de mogelijkheid is gepresenteerd om een patiënt uitvoerig van alle kanten te bekijken, eventueel met anderen, dus multidisciplinair, en dat is ook bij enkelen, bij twee van de vier zeker, gebeurd. En om daar dus beleid te voeren en de regie te nemen. En die mogelijkheid is er eerder, in beginsel wel geweest, maar is niet zo... Ze is niet zo op de proef gesteld eerder.

dacht krijgt. De onderwijsinterventie zal dus ook moeten slagen bij minder gemotiveerde aios en opleiders, en ook zonder de aansporingen van een projectteam. Wellicht moet het onderwerp daarvoor geregeld op de agenda komen voor de nabespreking met de opleider of moeten de opleiders een parallelle praktijkopdracht krijgen. Het aantal door de aios te adopteren patiënten zal worden beperkt (drie tot vijf), omdat ze tijdsgebrek als belangrijkste beperkende factor noemden. We zijn op zoek naar één goed screeningsinstrument, dat echt des huisarts is en bij voorkeur in het HIS is in te bouwen. We hebben een korte film ontwikkeld, aan de hand waarvan aios de expertise van paramedici en de verwijsindicaties kunnen leren kennen.<sup>26</sup> Voor het consulteren van de specialist ouderengeneeskunde zullen we een webcamproject starten, waardoor de specialist tijdens het consult virtueel aanwezig kan zijn. We zullen een format ontwikkelen voor nabespreking van adoptiepatiënten op de terugkomdag. Inmiddels hebben we een vervolg gerealiseerd in een volledige groep van (twaalf) aios. We hebben contact gezocht met andere onderzoekers die zich met werkplekleren bezighouden.<sup>25</sup> Naar wij hopen leidt dit tot meer praktijkonderwijsmodules. Er zijn immers meer gebieden binnen de huisartsgeneeskunde waar het meer gaat om inzicht, dan om medische kennis of vaardigheid. Deze lenen zich bij uitstek voor al doende leren!

**CONCLUSIE**

Dit onderzoek laat zien dat de wijze waarop aios hun leerwinst verwoorden inzicht geeft in de kracht van het praktijkleren. Zowel het onderwijs als het onderzoek verdienen een vervolg en een bredere verspreiding. ■

Met dank aan de deelnemende aios, opleiders en patiënten.

**LITERATUUR**

- NHG-Standpunt Toekomstvisie huisartszorg. Huisartsgeneeskunde voor ouderen. Utrecht: NHG, 2007.
- Gezondheidsraad. Vergrijzen met ambitie. Den Haag: Gezondheidsraad, 2005.
- Gezondheidsraad. Preventie bij ouderen. Focus op zelfredzaamheid. Den Haag: Gezondheidsraad, 2009.
- KNMG, V&VN, KNOV, KNGF, KNMP, NIP, NVZ, NFU, GGZ Nederland, NPCF. Handreiking. Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg. Utrecht: KNMG, 2010.

- KNMG-standpunt. Sterke medische zorg voor kwetsbare ouderen. Utrecht: KNMG, 2010.
- CBOG. Gedeelde verantwoordelijkheid en vertrouwen. Basis voor een paradigmashift in de opleidingen en de zorg voor ouderen. Utrecht: CBOG, 2010.
- Wind AW, Gercama AJ. Verantwoordelijk samenwerken in de eerste lijn. Ned Tijdschr Geneesk 2010;154:A1763.
- Gazewood JD, Vanderhoff B, Ackermann R, Cefalu C. Geriatrics in family practice residency education. An unmet challenge. Fam Med 2003;35:30-4.
- Robbins MR. Training family medicine residents for assessment and advocacy of older adults. J Am Osteopath Assoc 2002;102:632-6.
- Goldman LN, Wiecha J, Hoffman M, Levine SA. Teaching geriatric assessment. Use of a hybrid method in a family medicine clerkship. Fam Med 2008;40:721-5.
- Warshaw GA, Murphy JB, Kahn NB, Hejduk GR, Singleton SR. Geriatric medicine curriculum consultations for family practice residency programs. American academy of family physicians residency assistance program/Hartford Geriatrics Initiative. J Am Geriatr Soc 2003;51:858-62.
- Helton MR, Pathman DE. Caring for older patients. Current attitudes and future plans of family medicine residents. Fam Med 2008;40:707-14.
- Mouton CP, Parker RW. Family medicine training in the care of older adults - has the retreat been sounded? Fam Med 2003;35:42-4.
- Warshaw G, Murphy J, Buehler J, Singleton S. Geriatric medicine training for family practice residents in the 21st century. A report from the Residency Assistance Program/Hartford Geriatrics Initiative. Fam Med 2003;35:24-9.
- De Vries B. Het leven en de leer. Een studie naar de verbinding van leren en werken in de stage [Proefschrift]. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1988.
- Guldemond FI. Handvatten voor ouderengeneeskunde. In: Muris JWM, De Weerd-Spaetgens CMEE, redactie. Ouderengeneeskunde. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2012.
- <http://media02.sv.unimaas.nl/Huisartsgeneeskunde/Ouderenzorg/Consult-en-overpeinzing-1.wmv>.
- <http://media02.sv.unimaas.nl/Huisartsgeneeskunde/Ouderenzorg/Consult-en-overpeinzing-2.wmv>.
- <http://media02.sv.unimaas.nl/Huisartsgeneeskunde/Ouderenzorg/Consult-3.wmv>.
- Schuurmans H, Steverink N, Lindenberg S, Frieswijk N, Slaets JJP. Old or frail: what tells us more? J Gerontol A Biol Sci Med Sci 2004;59:962-5.
- Folstein ME, Folstein SE, McHugh PR. Mini-mental state: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. J Psychiatr Res 1975;12:189-98.
- Leshner EL, Berryhill JS. Validation of the Geriatric Depression Scale-Short Form among inpatients. J Clin Psychol 1994;50:256-60.
- Maso I, Smaling A. Kwalitatief onderzoek: praktijk en theorie. Amsterdam: Boom, 1998.
- Hsieh HF, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. Qual Health Res 2005;15:1277-88.
- Lucassen PLBJ, Olde Hartman TC. Kwalitatief onderzoek. Praktische methoden voor de medische praktijk. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2007.
- Schmidt HG, Norman GR, Boshuizen HP. A cognitive perspective on medical expertise. Theory and implication. Acad Med 1990;65:611-21.
- Van de Wiel MW, Van den Bossche P, Janssen S, Jossberger H. Exploring deliberate practice in medicine. How do physicians learn in the workplace? Adv Health Sci Educ Theory Pract 2010;16:81-95.
- <http://media02.sv.unimaas.nl/Huisartsgeneeskunde/Ouderenzorg/Wijs%20overwijzen.wmv>.