



BULLETIN VAN DE NETHERLANDS SCHOOL OF PRIMARY CARE RESEARCH

JAARGANG 15 | NR 54 | DECEMBER 2010

INHOUD

Redactioneel

Brief van de directeur

Mensen en hun werk

Achter een ander bureau

Groot programma

De stellingen van Willem van Mechelen

Oraties

Multilevel Analysis of Longitudinal Data (MALD)

END OF LIFE...

CaRe Introduction and Refresher course

REDACTIECOMMISSIE

Riekje de Vet (voorzitter), EMGO+
Chris Smerecnik, Caphri
Jaap Sijbesma, UMC St Radboud
Nicole Vogelzangs, EMGO+
Malou van Greuningen, NIVEL

UITGAVE

Dit bulletin is een uitgave van de
Onderzoeksschool Care.

KOPIJ EN INFORMATIE

Deadline voor CaRré 55: 23 februari 2011
Lisca de Ruijter CaRe
Universiteit Maastricht
Postbus 161
6200 MD Maastricht
telefoon: 043-3882470
telefax: 043-3671458
email: Care-secretariaat@maastrichtuniversity.nl

ONTWERP EN OPMAAK

Jos Bruystens grafisch ontwerper, Maastricht

CaRré-bulletin verschijnt vier maal per jaar en is gratis beschikbaar voor alle medewerkers van de onderzoeksschool CaRe, alsmede voor geïnteresseerde externe relaties.

Verzoeken om toezending van bulletin te richten aan eerdergenoemd redactie- en informatieadres. Website Netherlands School of Primary Care Research (CaRe)

<http://www.researchschoolcare.nl/>



Redactioneel



De Kerst nadert met rasse schreden. De ‘eind-van-het-jaar’ activiteiten worden ingezet. Een paar externe (serieuze) deadlines en een aantal interne zelf-bedachte: die zaken die nu eindelijk een keer van je bureau afmoeten en die je in 2011 zeker niet meer wilt zien. Dat alles gelardeerd met Kerst-lunches en -borrels. En andere activiteiten omdat men de donkere dagen voor Kerst vooral gezellig wil maken. Wordt het een eindsprint of ga jij een beetje ‘uitdrijven’?

Het is ook een maand om te turven, ofwel ‘de balans opmaken’. De eerste mailtjes voor de jaarverslagen vallen alweer in de mailbox.

NIVEL, EMGO+ en Caphri hebben afgelopen jaar al flink geturfd en de balans opgemaakt, want ze zijn net gevisiteerd. In het volgende nummer leest u daar meer over.

Wetenschappelijk en maatschappelijke output leveren is één ding, maar het inventariseren en duidelijk maken is twee. Het paradoxale is dat degenen die het meest productief zijn geweest daar het zwaarste klus aan hebben! Of juist niet: want die hoeven geen lucht te bakken en geen gaten te

maskeren, maar kunnen gewoon netjes opschrijven wat ze gedaan hebben.

Dus hopelijk hebben jullie ook een makkie, net als wij van het Care bulletin. We gaan gewoon de Care bulletins bundelen! Voor onderwijs rapporteren we over de cursussen. Voor onderzoek laten we de gepromoveerden aan het woord en in de oraties komen veel nieuwe plannen naar voren. Onze internationale activiteiten worden weerspiegeld in de rubriek ‘abroad’. In de TOP rubriek maken we melding van onze TOP prestaties uitgedrukt in prijzen en grote subsidies. De maatschappelijke relevantie spat er van af als we naar de rubriek “In de Pers” kijken. En voor de kritische noot legden we als een soort zelf-evaluatie de praktijk van de co-auteurschappen bloot.

Wij zijn klaar! We gaan onder de Kerstboom op onze lauweren rusten. We wensen U allen hetzelfde tevreden en vreedzame gevoel. Maar vergeet niet de batterijen op te laden. Want volgend jaar wordt weer veel van U verwacht !!!

De redactie



Brief van de directeur

Voltooid leven?



De Introductie- en terugkomcursus voor CaRe promovendi in januari in het Novotel in Maastricht zijn elk jaar weer een spannend gebeuren. Nieuwe promovendi komen kennismaken met het CaRe programma, met CaRe docenten en vooral met elkaar. Ze vertellen waar ze de komende jaren aan gaan werken en wat ze hopen te bereiken. Welke gezondheidsproblemen moeten dringend worden onderzocht? Hoe gaat hun onderzoek de wereld verbeteren? Gevorderde promovendi zien elkaar terug en vertellen hoe het gaat met hun onderzoek. Is de dataverzameling op schema? Hoe loopt het met het schrijven van de artikelen? Hoe lang moet je wachten op reactie van de editor? Hoe pittig zijn de reviews?

De organisatie van de introductie- en terugkomdagen is ook spannend voor het CaRe bureau. Welke thema's kiezen we? Wie vragen we als docenten? Hoe zorgen we dat alles op rolletjes loopt? De afgelopen periode was het extra spannend, vanwege wisselingen op het CaRe secretariaat. Door vertrek en ziekte ontstond een ware carroussel van medewerkers. Inmiddels zijn de problemen met de bemensing van het CaRe bureau opgelost en kunnen we weer op volle kracht vooruit.

Een belangrijk deel van het programma is gewijd aan een actueel en breed thema in de gezondheidszorg. Doel daarvan is dat de promovendi over de grenzen van het eigen vakgebied heen kijken en zicht krijgen op bredere aspecten van gezondheidszorgonderzoek. Liefst kiezen we daarvoor een onderwerp dat verband houdt met maatschappelijke ontwikkelingen en beleid. Dit jaar is dat een thema rond het levenseinde. Levenseindeonderzoek neemt een prominente plaats in binnen de vier CaRe instituten. Internationaal befaamd is

het onderzoek naar levenseindebeslissingen dat in EMGO+ wordt uitgevoerd. Palliatieve zorg is een onderzoeksgebied dat in elk van de vier instituten wordt geëxploreerd. Breed is ook de aandacht voor de rol van verschillende professionals, waaronder huisartsen, specialisten ouderengeneeskunde en verpleegkundigen.

Het maatschappelijk debat ten aanzien van levenseindebeslissingen blijft in beweging. In de ons omringende landen is euthanasie in toenemende mate onderwerp van discussie. Daarbij zijn de ogen vaak gericht op de Nederlandse praktijk. In Nederland zelf wordt gesproken over de voorwaarden waaronder euthanasie kan plaatsvinden bij specifieke ziektebeelden zoals dementie of psychiatrische ziekten. Uit de jaarverslagen van de Regionale Toetsingscommissies Euthanasie blijkt dat actieve levensbeëindiging in dergelijke situaties sporadisch plaatsvindt. De casuïstiek die in die jaarverslagen wordt behandeld biedt goed inzicht in de complexiteit van deze situaties en in de mogelijkheden die het huidige wettelijk kader biedt om hier zorgvuldig mee om te gaan. Ook via publicaties van onder andere CaRe onderzoekers wordt inzicht geboden in de praktijk van levenseindebeslissingen op dergelijke gebieden.

Dit voorjaar werd het debat over het levenseinde in Nederland verrijkt met het Burgerinitiatief Voltooid Leven door de Initiatiefgroep Uit Vrije Wil. Doel van het burgerinitiatief was voldoende steunbetuigingen te krijgen om hulp bij zelfdoding voor mensen die hun leven voltooid achten op de agenda van de Tweede Kamer te zetten. Daarvoor zijn 40.000 handtekeningen nodig. Dat doel is inmiddels bereikt (er zijn tegen de 120.000 steunbetuigingen binnen gekomen).



Het burgerinitiatief probeert de grenzen van de huidige wetgeving aanzienlijk op te rekken. De euthanasiewet bepaalt dat artsen die euthanasie uitvoeren niet strafbaar zijn, mits ze aan de zorgvuldigheidseisen voldoen. Dat houdt in dat de arts zich ervan moet hebben overtuigd dat het verzoek vrijwillig en weloverwogen is, dat er sprake is van ondraaglijk en uitzichtloos lijden, dat de arts de patiënt moet hebben voorgelicht over diagnose en vooruitzichten, en dat de arts met de patiënt tot de conclusie moet zijn gekomen dat er geen redelijk alternatief is (bij voorbeeld een behandeling die nog niet is geprobeerd). Voorts moet de arts een tweede onafhankelijke arts als consulent inschakelen en de levensbeëindiging medisch adequaat verrichten.

Het burgerinitiatief kijkt op twee punten hiervan af. Ten eerste gaat men niet uit van de aanwezigheid van uitzichtloos en ondraaglijk lijden, maar van de situatie dat een oudere (minimumleeftijd is 70 jaar) zijn leven voltooid acht en waardig wil sterven. Ten tweede wil men (ook) andere hulpverleners dan artsen inzetten bij de beoordeling van de situatie en de hulp bij levensbeëindiging. Opmerkelijk zijn overigens de voorbeelden die op de website staan vermeld. Neem de volgende casus: Een 85-jarige vrouw die altijd erg actief is geweest (vriendinnen, vrijwilligerswerk, buurtcomité), is door reuma steeds meer hulpbehoevend geworden. Deze zelfstandige en trotse vrouw wordt steeds afhankelijker van de hulp van anderen. De vrouw is de regie over haar eigen leven geheel kwijt. Zij wordt door anderen geleefd. Dit staat haaks op de manier waarop zij haar leven heeft ingevuld. Zij lijdt dagelijks aan haar gevoelens van zinloos-

heid en vervreemding. Met vriendinnen spreekt zij steeds vaker en dringender over haar doodsverlangens.

De situatie die hier wordt beschreven is schrijnend. De vrouw is ziek en hulpbehoevend. Ze kan veel dingen die ze belangrijk vindt niet meer. Ze lijdt aan gevoelens van zinloosheid, die de moeizame fysieke situatie doen verergeren. Als dat lijden uitzichtloos is (en niet samenhangt met bij voorbeeld een onbehandelde depressie of met eenzaamheid die via sociaal-maatschappelijke interventies is te verminderen) en als ondraaglijk ervaren wordt, is het niet ondenkbaar dat ze, wanneer ze haar huisarts om euthanasie zou verzoeken, daarvoor in aanmerking zou komen. Uit dit voorbeeld blijken twee dingen. Ten eerste kan een voltooid leven als lijden ervaren worden en zeker in combinatie met verdere problematiek binnen de zorgvuldigheidseisen vallen. Ten tweede is het oordeel van een arts over eventuele behandelbare depressie of eenzaamheid van groot belang. Het Burgerinitiatief lijkt hiermee onvoldoende rekening te houden. Tijdens de komende CaRe introductie- en terugkomdagen op 20 en 21 januari gaan promovendi in debat met voor- en tegenstanders van het voorstel van de Initiatiefgroep Uit Vrije Wil. Moet de wetgeving rond hulp bij zelfdoding op de schop? Of zijn de problemen waar de Initiatiefgroep aandacht voor vraagt onder de huidige regelgeving te plaatsen? Ik ben benieuwd wat de uitkomst zal zijn!

Guy Widdershoven



Achtergrond: Gezondheidswetenschappen

Een antwoord op de meest gestelde vraag: ‘Wat doe jij nou eigenlijk bij EMGO+?’

Iris Strating Beleidsmedewerker EMGO+

Voordat ik in april 2008 aan de slag ging bij het EMGO Instituut was er nog geen beleidsmedewerker in dienst. Eigenlijk best wel gek, want elk onderzoeksinstituut bij VUmc had toen minstens één full-time beleidsmedewerker. Bij EMGO was het toen nog iets anders geregeld, maar met mijn aanstelling kwam daar verandering in. De beleidsmatige taken van de manager werden bij

mij belegd en daarnaast kon ik een aantal nieuwe ideeën van de directie oppakken en uitvoeren.

Eenmaal in dienst was mijn primaire taak: het ondersteunen van de directie bij de overgang van EMGO naar EMGO+, het nieuw te vormen interfacultaire onderzoeksinstituut. Deze ondersteuning varieerde van het schrijven van een aantal paragrafen in het EMGO+ project initiatie document, brainstormen met ontwerpers over een nieuw EMGO+ logo, het maken van informatiefolders



MENSEN EN HUN WERK



over EMGO⁺ tot het organiseren van de spetterende EMGO⁺ kick-off bijeenkomst in Pakhuis de Zwijger in Amsterdam.

Sinds 1 januari 2009 is EMGO⁺ dus een feit en vanaf dat moment verzorgde ik ook de coördinatie en organisatie van de jaarlijkse retraite. Geduld, alertheid, detaillisme en plannen zijn de steekwoorden die het meeste samenhangen met deze klus. De taken varieerden van het samenstellen van het dagprogramma, het uitnodigen van de gasten en de gastsprekers, het zoeken naar een swingende

VRAAGBAAK,
ALLROUNDER,
SPIN IN HET WEB,
REGELNEEF

DJ tot het ontwikkelen en versturen van het programmaboekje. Gelukkig had ik tijdens mijn studie gezondheidswetenschappen al wat organisatorisch bestuurswerk gedaan waardoor ik mijn zenuwen redelijk onder controle had. Maar de opluchting was er echt niet minder om toen ik 's avonds een wijntje kon drinken op de goede afloop!

Ook het omvormen van het EMGO jaarverslag oude stijl naar een flitsend en compact jaarverslag nieuwe stijl was één van mijn uitdagingen toen ik aan de slag ging bij EMGO. Uit mijn hele takenpakket was het jaarlijks ontwikkelen van het jaarverslag echt de grootste en meest tijdrovende klus. En hoe groter het EMGO⁺ werd, hoe groter en ingewikkelder de hele exercitie! Met ruim 500 onderzoekers is het een behoorlijk karwei om alle gegevens – van publicaties, euro's, SMART analyses tot persoonlijke prijzen en media-uitingen – op een rijtje te zetten, te analyseren en te interpreteren. Iedere keer als ik naar het jaarverslag in haar nieuwe jasje kijk, bekruipt me toch een trots gevoel!

Naast deze grote klussen had ik ook vele kleinere taken en verantwoordelijkheden die zeker niet onbelangrijk waren. Zo was ik bijvoorbeeld lid van de huisvestingscommissie. Als commissie krijg

je alle huisvestingsproblemen op je bordje waar je natuurlijk zo snel mogelijk een sublieme oplossing voor moet verzinnen. Iedereen in die commissie doet zijn of haar uiterste best om de vertegenwoordigde afdeling zo goed mogelijk te bedienen. Als we alleen Hans Klok een moment konden inhuren.....want een extra nieuw gebouw zou ons echt niet slecht uitkomen.

Om zo goed mogelijk op de hoogte te zijn van alles wat er speelt binnen het instituut was ik altijd aanwezig bij de bijeenkomsten met de programmaleiders van de EMGO⁺ onderzoeksprogramma's, management committee, board of deans, raad van advies en ook bij de wekelijkse directievergadering. Als side-kick van de directeur begaf ik me dan ook op veel terreinen: financiën, personeel, website, fellowships, travelgrants en niet te vergeten de zelfevaluatie en externe visitatie van het instituut! Met veel hulp van de programmasecretaresses kon ik ook met regelmaat zorgen voor een recent overzicht van de publicaties en dissertaties. Samen met het secretariaat probeerde ik er tevens voor te zorgen dat de administratie van EMGO⁺ zo goed mogelijk op orde was en bepaalde procedures werden aangescherpt. Gelukkig kent VU/VUmc nog een aantal interfacultaire onderzoeksinstituten waarmee ik regelmatig om tafel zat. Samen bepaalden we hoe we bijvoorbeeld met verzoeken van VU en VUmc centraal om zouden gaan, maar ook wisselden we veel informatie uit om zo van elkaar te kunnen leren.

Vraagbaak, allrounder, spin in het web, regelneef; het zijn allemaal begrippen die op de functie beleidsmedewerker van toepassing zijn als ik de zoekterm "beleidsmedewerker" op google intik. Ik herken mijzelf én mijn functie daar zeker in. Geen dag is hetzelfde en geen dag verloopt zoals je van te voren had bedacht of had ingepland: kortom, nooit saai.

Maar niets voor niets is mijn aandeel aan deze rubriek "Mensen en hun werk" in de verleden tijd geschreven. Per 1 december 2010 werk ik niet



MENSEN EN HUN WERK



meer als beleidsmedewerker bij EMGO⁺ maar ben ik werkzaam als adviseur zorg bij VUmc, divisie III. Na bijna drie jaar bij EMGO⁺ gewerkt te hebben, was ik klaar voor een nieuwe uitdaging en had ik behoefte om mij directer te verhouden met de zorgvloer.

Natuurlijk wil ik graag via deze weg de kans grijpen om iedereen met wie ik gewerkt heb te

bedanken voor de leuke, leerzame en gezellige tijd bij EMGO⁺. Intussen is mijn opvolger, Monique Zweers, al met veel enthousiasme begonnen en wil ik haar heel veel plezier en succes wensen. Verder wens ik heel EMGO⁺ en zeer maatschappelijk relevante en een hoogstaande wetenschappelijke toekomst!



Achter een ander bureau



Door Nathalie Versnel

Sinds oktober 2009 werk ik als junior onderzoeker/ promovenda bij het Nivel en bij EMGO+, afdeling huisartsgeneeskunde.

Hier werk ik aan het CasCo onderzoek, waar ik eerst iets over wil vertellen en daarna over mijn ervaring met het werken op 2 werkplekken.

CasCo staat voor Casemanagement bij Comorbiditeit. Het onderzoek is gericht op het verbeteren

van de ervaren kwaliteit van ontvangen zorg door mensen met type 2 diabetes en daarnaast één of meerdere chronische aandoeningen en start binnenkort in 3 huisartsenpraktijken in West-Friesland.

Diabetes patiënten die deelnemen aan CasCo ontvangen vanuit het Diabetes Zorgsysteem West-Friesland (DZS) al gestructureerde zorg voor hun diabetes, maar voor alle andere chronische aandoeningen (vrijwel) niet. In het CasCo onderzoek





krijgt de praktijkondersteuner van de huisarts een centrale rol in het structureren van de zorg voor de comorbide patiënten. Zij zal op basis van een probleeminventarisatie nagaan welke zorg iemand nodig heeft en bespreken met de patiënt welke mogelijkheden er zijn en welke acties de patiënt zelf kan ondernemen. De patiënt heeft hierin een grote inbreng, deze geeft aan welke prioriteiten en



wensen er zijn. Door het inventariseren van de zorgbehoefte van de patiënt, het opstellen van een zorgplan (en actieplan voor de patiënt) en dit vervolgens te coördineren en communiceren onder de zorgverleners wordt er structuur aangebracht. Daarnaast wordt de patiënt maandelijks gemonitord om na te gaan of de zorg toereikend

is en of er andere problemen ontstaan. Het is een cluster gerandomiseerde clinical trial, waarbij 150 mensen gedurende 1 jaar het casemanagement programma ontvangen en 150 mensen de usual care (gestructureerde diabeteszorg vanuit het DZS en de gebruikelijke zorg van de huisarts en praktijkondersteuning).

Maatschappelijk is dit een zeer relevant onderzoek. Wanneer mensen ouder worden, lopen zij de kans meerdere chronische ziekten te ontwikkelen. We

zien dat er voor verscheidene aandoeningen ‘disease management’ programma’s worden ontwikkeld, zoals bijv. voor diabetes en COPD. Wanneer iemand meerdere chronische aandoeningen heeft kan deze aan verschillende programma’s meedoen. Deze zijn onderling echter niet afgestemd. Zorgverleners zijn hierdoor niet goed op de hoogte van de acties en behandelingen van andere zorgverleners, wat bij de patiënt bijvoorbeeld kan leiden tot onoverzichtelijke situaties en het krijgen van tegenstrijdige adviezen.

Door de samenwerking tussen het Nivel en het EMGO+ instituut, waar beide promotoren werken, heb ik dus 2 werkplekken. Zo werk ik 2 dagen in Utrecht en 2-3 dagen in Amsterdam. Het grote voordeel van het werken bij 2 onderzoeksinstituten is de hoeveelheid aan kennis die je kan aanspreken. Op beide plekken kan je bij je collega’s met vragen terecht of weten ze wel iemand waarnaar je doorgestuurd wordt. De deur staat altijd open. Daarnaast zijn twee retraites ook een leuke ervaring. Er zijn voor mij geen grote verschillen aan te geven tussen beide plekken als ik kijk naar de manier waarop ik mijn werk kan uitvoeren. Wel mis je vaak activiteiten die georganiseerd worden na werktijd of precies op de dagen dat je niet aanwezig bent. Maar dat doet helemaal niets af aan de collegialiteit en de werksfeer.

Van mijn plek op het Vumc heb ik een foto bijgevoegd. Over sfeer gesproken... het ziet er behoorlijk leeg uit. Ik probeer zoveel mogelijk werk digitaal te houden en daarnaast deel ik mijn werkplekken. Hierdoor heb ik geen stapels papieren. Dat komt wellicht nog wel wanneer het onderzoek start, maar tot nu toe werkt het wel erg prettig.



Structureel wetenschappelijk onderzoek naar eerstelijns verloskunde



Door: *Judith Manniën en Anke de Jonge*
Afdeling *Midwifery Science*

Verloskundige zorg en wetenschap

De verloskundige zorg staat vol in de schijnwerpers. Met behulp van wetenschappelijk onderzoek wordt gezocht naar de oorzaken van de relatief hoge perinatale sterfte in Nederland en naar aangrijpingspunten om deze omlaag te brengen. Belangrijke ontwikkelingen en nieuwe inzichten in de verloskundige zorg zijn: preconceptionele zorg specifiek voor die groepen met een relatief hoge perinatale sterfte, medische innovaties zoals prenatale screening, nieuwe vormen van pijnbestrijding, en de noodzaak om veranderingen aan te brengen in de organisatie van het verloskundig systeem. Ook de samenleving verandert en dat leidt tot een grotere vraag naar zorg op maat en naar vraaggestuurde

zorg: de mondigheid van de (aspirant-)zwangere is toegenomen en centraal staat dat zij keuzes kan en mag maken en daarvoor optimaal geïnformeerd moet worden. Ontwikkelingen in het beroepsdomein en de maatschappelijke omgeving vergroten de behoefte aan onderbouwing van wat verloskundigen doen. Een 'eigen' wetenschap Verloskunde heeft een empirische basis nodig: gegevens over de verloskundige zorg in Nederland. Dit onderbouwt de ontwikkelingen en de wensen voor de toekomst.

Nieuwe afdeling Midwifery Science

Al sinds 2008 werkt VU medisch centrum samen met de AVAG Academie Verloskunde Amsterdam-Groningen. Samen, inclusief medewerking van het Nederlands Instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg NIVEL, hebben ze een nationale studie opgezet naar de eerstelijns verloskundige zorg in Nederland, de Deliver-studie (Data EersteLIjns VERloskunde). Een ander doel van de samenwerking tussen VUmc en AVAG is om de academisering van de eerstelijns verloskunde te bevorderen.

In mei 2009 zijn de eerste 3 onderzoekers aangesteld bij VUmc; toen nog als onderdeel van de afdeling Epidemiologie & Biostatistiek. Sinds voorjaar 2010 bestaat de afdeling Midwifery Science officieel. VUmc heeft hiermee als eerste UMC een academische afdeling voor midwifery science. Om het onderzoek in goede banen te leiden is per augustus 2010 Eileen Hutton uit Canada aangesteld als hoogleraar. Eileen Hutton is de eerste verloskundige die in Nederland een leerstoel bezet. Naast haar leerstoel is zij wetenschappelijk docent en onderzoeker aan de McMaster University in Hamilton, Canada. Jarenlang was zij ook werk-



Anke de Jonge

GROOT PROGRAMMA



EEN ACADEMISCHE AFDELING VOOR MIDWIFERY SCIENCE

zaam als verloskundige. Het verloskundige systeem in Canada is vergelijkbaar met dat in Nederland, omdat het in de jaren '90 is opgezet naar Neder-

lands model. In beide landen hebben laag-risicozwangeren de keuze uit een thuis of ziekenhuisbevalling onder begeleiding van een verloskundige. Op 17 februari 2011 zal zij haar inaugurele rede houden.

Sinds augustus 2010 is Gea Vermeulen (directeur AVAG) aangesteld als hoofd van de afdeling.

VUmc en EMGO+

Binnen het VUmc is de afdeling Midwifery Science ingebed in het EMGO+ Instituut, waar het valt onder het onderzoeksprogramma Quality of Care. Het EMGO instituut staat bekend om de goede wetenschappelijke kwaliteit en relevante maatschappelijk impact van haar onderzoek. Binnen Quality of Care is veel expertise aanwezig met allerlei onderzoeksmethodes en ruime kennis omtrent de ontwikkeling van meetinstrumenten. Binnen EMGO+ hebben alle projecten beschikking over statistische en methodologische ondersteuning, kunnen alle projecten gebruik maken van assistentie bij gegevensbeheer, en is er een wetenschapscommissie die het bestuur adviseert over zaken betreffende de kwaliteit van het primaire proces van onderzoek (onderzoeksvoorstellen en -beleid). Doordat de afdeling Midwifery Science onderdeel is van EMGO+, is gemakkelijk aansluiting te vinden bij andere afdelingen zoals huisartsgeneeskunde, sociale geneeskunde, community genetics en metamedica.

Daarnaast heeft de afdeling nauwe banden met de verloskundige opleidingen, eerstelijns verloskundigen, de KNOV (Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen), onderzoeksinstituten NIVEL en TNO, en andere onderzoekers die zich bezig houden met verloskunde bij AMC, UMC St Radboud en het LUMC. Tevens wordt er getracht een breder internationaal netwerk op te bouwen, waar momenteel al contacten liggen met Canada,



Eileen Hutton

UK, en Australië.

Missie afdeling Midwifery Science

In Nederland zijn de afgelopen jaren kritische geluiden te horen over het verloskundig systeem, onder andere wat betreft de eerstelijns verloskundige zorg en dan met name de thuisbevalling. Omdat wetenschappelijke informatie veelal ontbreekt, wordt deze discussie vaak gevoerd op basis van emoties en belangen. Recent wetenschappelijk onderzoek naar thuisbevallen toont aan dat dit net zo veilig is als bevallen in het ziekenhuis wat betreft perinatale uitkomsten [de Jonge et al. BJOG 2009]. Daarmee is de discussie niet verstomd: ander zeer recent onderzoek stelt opnieuw vragen bij de organisatie van het verloskundig systeem. Meer onderzoek naar het Nederlandse verloskundige systeem kan laten zien welke verbeteringen wenselijk zijn. Inmiddels raakt ook de overheid steeds meer overtuigd van het belang van wetenschappelijk onderzoek in de verloskunde. De minister van VWS heeft dit erkend door een onderzoeksagenda



GROOT PROGRAMMA



te laten opstellen en voor de uitvoering geld (8 miljoen euro) ter beschikking te stellen. Voor de afdeling Midwifery Science is in het begin van 2010 een meerjaren onderzoeksbeleidsplan vastgesteld. In dit beleidsplan is het leidende onderzoekthema: 'Kwaliteit van zorg'. Het thema valt uiteen in de volgende deelthema's: organisatie en toegankelijkheid van verloskundige zorg, klinische effectiviteit van zorginterventies en kosteneffectiviteit van verloskundige zorg. De focus ligt op de eerstelijns zorg vanwege de schaarheid van onderzoek naar de eerstelijns verloskundige zorg in Nederland en wereldwijd. Tevens biedt de bijzondere organisatie van het Nederlandse verloskundige systeem met zijn grote aantal thuisbevalingen een uniek onderzoeksterrein. De afdeling Midwifery Science beoogt de kwaliteit van de Nederlandse verloskundige zorg voor moeder en kind te verbeteren en een bijdrage te leveren aan de academisering van de opleiding verloskunde. De afdeling tracht deze doelen te bereiken door het initiëren, begeleiden en uitvoeren van excellent onderzoek naar de kwaliteit en effectiviteit van de verloskundige zorg en door het verspreiden van de vergaarde resultaten en kennis. Dit gebeurt onder andere door academische input (kennis over onderzoeksmethoden en onderzoeksresultaten) te

'EVIDENCE-BASED PRACTICE' BINNEN DE (EERSTELIJNS) VERLOSKUNDE

leveren aan de Academie Verloskunde Amsterdam-Groningen (AVAG). Ook participeren studenten in toenemende mate in het onderzoek van de afdeling. De verwachting is dat dit bijdraagt aan een toename van 'evidence-based practice'

binnen de (eerstelijns) verloskunde. Momenteel is de afdeling bezig met zich te profileren en met het bedenken en schrijven van onderzoeksvoorstellen om externe financiering binnen te halen. Daarnaast loopt de nationale Deliver-studie die de organisatie, kwaliteit en toegankelijkheid van de eerstelijns verloskundige zorg in kaart zal gaan brengen; en heeft een senior onderzoeker van de afdeling dit jaar een Veni-subsidie van de

Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek (NWO) binnen gehaald.

MRNN (Midwifery Research Network Nederland)

Omdat eerstelijns zorg wordt verleend in veel relatief kleine verloskundige praktijken, is dataverzameling ingewikkelder dan bijvoorbeeld in grote ziekenhuizen. In samenwerking met onder andere de verloskundige opleidingen zal in het aankomende jaar het onderzoeksnetwerk MRNN van de grond komen en vorm krijgen. Dit netwerk heeft als doel om gegevensverzameling in verloskundige praktijken te vergemakkelijken en te coördineren. Tegelijkertijd wordt gewerkt aan de oprichting van een netwerk van academische verloskundige praktijken, die onder andere een actieve bijdrage zullen leveren aan de formulering van onderzoeksvragen en het uitvoeren van onderzoek.

Deliver-studie (Data Eerstelijns Verloskunde)

De verloskunde academies Amsterdam en Groningen zijn vorig jaar de Deliver studie gestart, in samenwerking met de onderzoeksinstituten NIVEL en EMGO+. Deze studie heeft als doel de actuele verloskundige zorgvraag en zorgverlening te beschrijven en daarmee een bijdrage te leveren aan de verloskundige wetenschap. Verschillende aspecten van de verloskundige zorg zullen in kaart worden gebracht:

- **de kwaliteit:** professionele kwaliteit, communicatie, cliëntveiligheid, cliëntervaring;
- **de organisatie:** poortwachterfunctie, verantwoordelijkheden, samenwerking, continuïteit van zorg, afstemming, studentenbegeleiding, ICT;
- **de toegankelijkheid:** bereikbaarheid, zorggebruik, verloskundige problemen bij huisartsenpost.

Dit is het eerste prospectieve grootschalige cohortonderzoek binnen de eerstelijns verloskundige zorg in Nederland.

Tussen September 2009 en December 2010 zullen gegevens verzameld worden van cliënten en verloskundigen in 20 verloskundigenpraktijken



GROOT PROGRAMMA



Judith Manniën

verspreid over Nederland, die een afspiegeling vormen van de landelijke verloskundigen- en cliëntenpopulatie. Cliënten ontvangen maximaal 3 vragenlijsten: vroeg in de zwangerschap, laat in de zwangerschap en na de bevalling. Het primaire doel van de vragenlijsten is om te bepalen wat de verwachtingen en ervaringen zijn van cliënten (bijvoorbeeld kwaliteit van ontvangen zorg, echo's, prenatale screening, emoties, gezondheid, leefstijl). Deze cliëntgegevens zullen gekoppeld worden aan gegevens van de Stichting Perinatale Registratie Nederland (PRN) en aan de zwangerschapskaartgegevens die verloskundigen bijhouden. Verloskundigen en praktijkassistenten van de 20 deelnemende praktijken zullen gedurende een week alle werkgerelateerde activiteiten noteren in een dagboek. Daarnaast zullen al die verloskundigen een vragenlijst krijgen over hun samenwerking met andere zorgverleners, hun taakopvattingen en attitudes, en in hoeverre ze werken volgens richtlijnen en standaarden. Een andere vragenlijst wordt verstuurd aan alle 519 verloskundigenpraktijken in Nederland om informatie te verwerven over

de grootte en organisatie van de praktijken, de verlening van preconceptiezorg, samenwerking met andere zorgverleners, het opleiden van studenten, en zorgverlening aan allochtonen en ongedocumenteerden. Gegevens op cliënt-, verloskundigen- en praktijkniveau zullen gekoppeld worden. Er worden 7800 cliënten verwacht met minimaal één ingevulde vragenlijst (60%), 135 dagboeken met werkgerelateerde werkzaamheden (100%), 110 ingevulde vragenlijsten door verloskundigen (100%), ruim 300 ingevulde vragenlijsten door verloskundigenpraktijken (~60%).

De Deliver-studie zal een uitgebreide database opleveren met landelijk representatieve gegevens over de kwaliteit van de eerstelijns verloskundige zorg in Nederland. De studie zal beter inzicht geven in het huidige verloskundig systeem, zal verloskundig onderzoek een enorme impuls geven en zal 'evidence-based practice' binnen de eerstelijns verloskunde ondersteunen.

Tevens biedt de studie de gelegenheid aan mensen om zich als onderzoeker te kwalificeren want verschillende promovendi en ook studenten van de verloskunde academies zullen gebruik gaan maken van de data uit de Deliver-studie. Idealiter is de studie een opmaat voor een permanente databank van verloskundige gegevens.

Het eerste artikel, over de opzet van de Deliver studie, is onlangs ingestuurd naar een internationaal tijdschrift. De resultaten van de Deliver-studie zullen gepresenteerd worden tijdens de lustrumviering ter gelegenheid van het 150-jarig bestaan van de KVV (Kweekschool voor Vroedvrouwen) in september 2011.

Inmiddels zijn er al 7 promovendi die gebruik (gaan) maken van de gegevens die voortkomen uit deze Deliver-studie. Dit betreft promotie-onderzoeken met zeer gevarieerde onderwerpen, zoals pijn tijdens de baring, prenatale screening voor congenitale afwijkingen, zorggebruik door (allochtone) zwangeren, en infectieziekten tijdens de zwangerschap. En er zijn plannen voor nog minstens 3 aanvullende promotietrajecten op basis van de gegevens uit de Deliver-studie. De meeste promo-





vendi doen nog aanvullend onderzoek door middel van video-opnames van consulten, interviews met zwangeren en/of hun partners, vragenlijsten, of bestaande databases (zoals LinH met gegevens van huisartsen). De eerste promotie staat gepland voor 2012!

Veni-subsidie

Het eerste succes van de afdeling Midwifery Science op onderzoeksgebied is het verwerven van een prestigieuze Veni-subsidie door een senior-onderzoeker van de afdeling. De titel van het project waarvoor de subsidie is verkregen, luidt: 'Building a model for quality of care during labour for low-risk women; the importance of care provider and care setting'. De Veni-subsidie zal de komende vier jaar gebruikt worden om onderzoek te doen naar plaats van bevallen (thuis, ziekenhuis of bevalcentrum) en naar de verantwoordelijke zorgverlener aan het begin van de baring (verloskundige of gynaecoloog). Het effect van deze factoren op kwaliteit van zorg, gezondheidsuitkomsten en ervaringen van vrouwen zal bestudeerd worden. Hiervoor zal gebruik worden gemaakt van grote databestanden die samengevoegd zullen worden

(Lemmon-studie, PRN gegevens) en van unieke prospectief verzamelde cohortgegevens (Deliverstudie). Daarnaast zullen kwalitatieve interviews uitgevoerd worden met vrouwen waarvan tijdens de baring de zorg werd overgedragen van een verloskundige (1^e lijn) naar een gynaecoloog (2^e lijn) en zullen er internationale vergelijkingen gemaakt worden met Engeland en Canada. Om het 'quality of care' model te testen, zal onder andere onderzocht worden of de incidentie van maternale morbiditeit bij laagrisico vrouwen hoger is als ze bij het begin van de baring onder zorg zijn van een verloskundige (1^e lijn) of een gynaecoloog (2^e lijn); en wat de invloed is van plaats van bevalling op de tevredenheid over de bevalling, gezondheidsuitkomsten en medische ingrepen bij laagrisico vrouwen onder zorg van een verloskundige. Onderzoek naar de verloskundige zorg in Nederland staat nog in de kinderschoenen. Deze studie draagt cruciaal bij aan de optimalisatie van die zorg in Nederland en in andere landen waar steeds meer thuisbevallingen plaatsvinden en verloskundigen zorg verlenen aan moeder en kind tijdens zwangerschap en baring.



De Stellingen van Willem van Mechelen



Willem van Mechelen promoveerde in 1992 aan de VU in Amsterdam op een proefschrift over “Aetiology and prevention of running injuries”. Hij is nu hoogleraar Sociale Geneeskunde, in het bijzonder de bedrijfsgeneeskunde en sportgeneeskunde, hoofd van de Afdeling Sociale Geneeskunde en co-directeur van het EMGO⁺ Instituut.

Het was geen normaal promotietraject zoals je tegenwoordig ziet. Hij schreef zijn proefschrift in één zomer, op onderzoek waarvoor hij in een vrij lange periode daarvoor data had verzameld. Ineens drong het tot hem door dat, als hij een carrière wilde als onderzoeker, hij moest promoveren. Hij heeft er toen een zomervakantie aan opgeofferd, en hij heeft zich helemaal uitgeleefd in de stellingen, 18 in totaal. De Care redactie ging bij hem op bezoek om te zien of de stellingen de tand des tijds hebben doorstaan.

Stelling 3

Het risico op hardloopleesures wordt vooral bepaald door het hardlopen zelf. Maatregelen ter preventie van hardloopleesures moeten zich derhalve richten op de aard van de hardlooptiviteit, met name de wekelijkse hardlooptrequentie.



CaRe: ‘Is het aantal blessures in de loop van de tijd afgenomen en, zo ja, waardoor komt dat dan?’

Willem: ‘Het aantal blessures neemt niet echt af. Duidelijk is dat rek- en strekoefeningen geen effect hadden. Eigenlijk geloofden we (ik deed dit onderzoek samen met Hynek Hlobil) zelf meer in effecten van het materiaal: dempende zolen en zo. Maar er was geen schoenfabrikant die er geld in wilde steken. Misschien waren ze te bang dat er niets uitkwam, terwijl zonder onderzoek de schoenen met of zonder goede zolen ook wel verkochten. Er wordt nu weinig onderzoek meer naar gedaan.

Het idee was dat schoenen met goede zolen de schokdemping vergrootten. Als de schoenen dat niet opvangen moeten de benen dat doen. En als dat niet goed gebeurt, krijg je een overbelasting met als gevolg overbelastingsblessures. Daar had ik ook een stelling over.’

Stelling 5

Voor het denken over preventie van ziekte en ongevallen is een conceptueel model noodzakelijk. Een dergelijk model dient als uitgangspunt voor onderzoek van gezondheidsproblemen. Het ‘stress-strain-capacity’concept inzake de etiologie en preventie van sportblessures is als zodanig bruikbaar in sportblessure-onderzoek.

CaRe: ‘Geldt dat model nog steeds?’

Willem: ‘Jawel, hoewel ik vind dat in dit ‘belasting-belastbaarheids’-model het tijdsaspect ont-



breekt. Pas als er langdurige overbelasting is, krijg je daar last van en ontstaan er blessures.

Stelling 9

Ter voorkoming van hoofdletsel bij fietsongevallen is het aanbevelingswaardig het dragen van een 'goed'-gekeurde fietshelm verplicht te stellen voor iedere fietser in Nederland, gezien de effectiviteit van het dragen van dergelijke helmen.

CaRe: 'Jij draagt geen helm als je op de fiets naar het werk komt'.

Willem: 'Nee, kloptmaar ik was wel één van de eersten die een helm droeg op een racefiets. En daar heb ik een paar keer veel profijt van gehad. De eerste keer dat ik viel met de fiets (over een Sint-Bernards hond), hadden mijn collega's nog leedvermaak omdat ik, met mijn helm op, niet op mijn hoofd was gevallen, maar op mijn schouder. Maar de tweede keer heeft die helm me veel ellende bespaard, want toen viel ik wel hard op

mijn hoofd. Zo hard dat mijn helm brak. Ik moet er niet aan denken wat er zonder die helm was gebeurd. Bij iets verhoogd risico draag ik een helm (vaak eerder dan andere mensen), bijvoorbeeld bij het skiën.

Voor fietshelmen bestaat evidence dat het preventief werkt. Zelf 'voorzichtig zijn' is geen argument om geen helm te dragen, want bedenkt dat ongelukken vaak door anderen veroorzaakt worden.

Stelling 11

Door werkgevers dient, in het kader van een carrièreplanning voor werknemers in fysiek zware beroepen, herscholing in een administratieve functie krachtig te worden overwogen, in plaats van het laten ontstaan van arbeidsongeschiktheid.

CaRe: 'Deze stelling is weer erg actueel geworden met de discussie over de pensioensleeftijd'.

Willem: 'Halverwege de jaren tachtig werkte ik in Amsterdam als bedrijfsarts bij Gemeentewaterleidingen. De mensen die daar in het leidingnet werkten hielden het gemiddeld 14 jaar vol. Daarna gingen ze de WAO in. Als je dat weet kun je ze na 10 jaar laten omscholen, zodat ze ander werk kunnen doen. Dit is dezelfde discussie die nu speelt met de 'zware beroepen'. In plaats van vroege pensionering kun je ook na omscholing deze mensen inzetten in andere functies.

Het is redelijk voorspelbaar hoe lang mensen zwaar werk gemiddeld volhouden, en daar kun je op anticiperen. Ik erger me overigens iedere keer als ik Piet Hein Donner, in driedelig pak, hoor praten over 'zware beroepen'. Die weet echt niet waar hij het over heeft, denk ik dan'.

Stelling 15

Vanuit het oogpunt van de preventie van arbeidsongeschiktheid verdient het aanbeveling 'het verrichten van lichamelijke arbeid' op te vatten als 'het beoefenen van sport'.

CaRe: 'Hier zeg je dat 'het verrichten van lichamelijke arbeid' op te vatten is als 'het beoefenen van





sport'. Vind je dan dat oudere mensen ook niet meer zouden moeten sporten?'

Willem: 'Hier geldt weer het belasting-belastbaarheidmodel (van Stelling 5). Mensen kunnen rustig op oudere leeftijd sporten, maar ze moeten erop letten dat de belasting aan de belastbaarheid aangepast wordt. Dat is een balans. Blijven trainen is daarbij belangrijk. Voor het werk geldt dat je mensen aan het werk kunt houden door hun belastbaarheid te verhogen of te optimaliseren. Dat gebeurt tegenwoordig steeds vaker, o.a. met programma's als 'graded activity' en functioneel trainen. Vroeger werd alleen naar het werk gekeken of dat aangepast kon worden. Als dat niet kon, werd zo'n medewerker overgeplaatst of verdween in de WAO.

Stelling 12

De inhoud van wetenschappelijk derde geldstroom onderzoek wordt vaak meer bepaald door de belangstelling van de subsidiegever dan door die van de onderzoeker.

CaRe: 'Ben je het daar nog steeds mee eens?'

Willem: 'Toen vond ik dat sterker dan nu. Ik had toen tien jaar lang verschillende onderzoeken gedaan op gebieden die me interesseerde, maar toch vooral waar we geld voor konden krijgen. En dat waren allemaal verschillende onderwerpen. We hupten van het ene onderwerp naar het andere. Als je eerste geldstroom formatie hebt voor onderzoek dan kun je het zelf veel beter sturen. Als Afdelingshoofd of directeur van een onderzoeksinstituut heb je er iets minder last van. We moeten onderzoek doen dat maatschappelijk relevant is. In dat

kader is 'nu eens dit en dan weer eens dat' beter te verkopen.'

CaRe: 'We dachten dat je ging zeggen dat je nu in een positie zit waarin je de beleidsmakers of subsidiegevers meer kunt beïnvloeden?'

Willem: 'Dat is maar in beperkte mate zo. Ik heb er nu iets meer invloed op, en heb sommige programma's in een goede richting kunnen sturen, maar we blijven toch ook erg afhankelijk van wat anderen belangrijk vinden. Maar ik vind nu minder erg als toen'.

Stelling 18

Het leven begint bij veertig! (Als dit zo is dan mag ik niet mopperen).

(na dit proefschrift)

CaRe: 'En, is het bij veertig echt begonnen?'

Willem: 'Gelukkig was mijn leven voor de 40 ook al erg goed. Het is heerlijk als je werk je hobby is. Dat je wordt betaald voor de leuke dingen die je mag doen. Ik geniet ook van het reizen. Dat je uitgenodigd wordt om de wereld over te reizen. Dat mensen blij zijn dat je komt. Ik heb altijd al gezegd dat je moet genieten van iedere dag dat je leeft. Dat vond ik altijd al, maar afgelopen jaar ben ik nog eens met de neus op de feiten gedrukt. Dat moet je dus echt doen!'

CaRe: 'En hoe lang wil je dit werk nog volhouden?'

Willen: 'Zo lang ik het leuk vind, en zo lang ze me hier nog willen hebben. Ik zou wel willen dat de pensioenleeftijd van 65 jaar uit de CAO verdwijnt. Ik wil nog wel een tijd doorgaan.



Oraties



DE VERZORGDE LAATSTE LEVENSFASE

Oratie Prof. Dr. Anneke L. Francke

Hoogleraar 'Verpleging en verzorging in de laatste levensfase' Anneke Francke sprak vrijdag 22 oktober 2010 aan de Vrije Universiteit haar inaugurale rede uit. Ze stelt dat in de stervensfase de zorg vaak beter is dan in de voorafgaande fasen. Ook pleit ze voor een terugkeer van de verpleegkundige in de ouderenzorg. Hierna volgt een verkorte versie van de rede.

Wat is 'zorg in de laatste levensfase'?

Als synoniem van 'zorg in de laatste levensfase' kan de term 'palliatieve zorg' worden gebruikt. Voor welke term ook gekozen wordt, het gaat in ieder geval om zorg die gericht is op het bevorderen van de kwaliteit van het leven van



mensen met een beperkte levensverwachting. Deze zorg begint vaak al bij de diagnose van een aandoening die naar verwachting tot de dood zal leiden. In eerste instantie worden er soms ook nog levensverlengende behandelingen gegeven, maar naarmate het overlijden nadert, komt het accent meer en meer te liggen bij optimale palliatie en de kwaliteit van leven.

Tot zo'n jaar of tien geleden werd palliatieve

zorg voornamelijk in verband gebracht met zorg voor ongeneeslijk zieke kankerpatiënten. Deze zorg richt zich echter ook op andere mensen met een beperkte levensverwachting, zoals mensen met dementie of kwetsbare ouderen met multimorbiditeit. Bij hen is vaak sprake van een geleidelijke achteruitgang die uiteindelijk tot de dood leidt. De behandelmogelijkheden zijn beperkt, maar als het gaat om het bevorderen van de kwaliteit van leven is er vaak nog veel goede zorg mogelijk. Dit is het terrein waarop palliatieve zorg en de geriatrie elkaar heel duidelijk raken.

Kwaliteit van zorg in stervensfase

Deze rede gaat in op de vraag 'Hoe verzorgd is de laatste levensfase?', in de zin van 'Hoe goed is de zorg in die fase?' Mijn antwoord kan samengevat worden als: 'Hoe dichterbij het sterven: hoe groter de kans dat de kwaliteit van zorg goed is'.

Dat de randvoorwaarden voor zorg in de stervensfase in ons land relatief goed zijn, blijkt onder meer uit een recente internationale vergelijking van veertig landen. Nederland eindigde in de top 10. Samen met bijvoorbeeld buurlanden Engeland, België en Duitsland. Nederland scoort hoog op onder meer de aanwezigheid van hospices, een gericht overheidsbeleid op het terrein van palliatieve zorg en goede beschikbaarheid van pijnmedicatie.

De uitspraak dat de zorg voor stervende mensen relatief goed is, baseer ik ook op eigen onderzoek onder het landelijke onderzoekspanel Verpleging &

'HOE DICHTER BIJ HET STERVEN: HOE GROTER DE KANS DAT DE KWALITEIT VAN ZORG GOED IS'



Verzorging (De Veer, Francke e.a., 2003). De overgrote meerderheid van de ondervraagde verpleegkundigen (79%) gaf aan dat de zorg die hun team levert aan stervende mensen van goede of zeer goede kwaliteit is. Terwijl het oordeel over de zorg in het algemeen minder positief was: in dat geval vond 50% de zorg van het eigen team goed of zeer goed.

Kwalitatief onderzoek wijst in eenzelfde richting. De antropoloog Anne-Mei Thé verrichtte participerende observaties in de verpleeghuissector en beschrijft in haar boek 'De wachtkamer van de dood' hoe verzorgenden heel gemotiveerd zijn om stervende patiënten goed te verzorgen. Zij zetten zich volledig in om aan de wensen van stervende patiënten en hun familie tegemoet te komen. Anne-Mei The vraagt zich in haar boek af hoe het mogelijk is dat als iemand op sterven ligt, zoveel meer kan dan in die fasen daarvoor. Ze geeft als verklaring dat een sterfbed relatief overzichtelijk is: de zorgdoelen zijn meestal duidelijk en de periode tot aan het overlijden is te overzien.

Ook speelt mijns inziens mee dat zorgverleners zeer hoge eisen stellen aan de zorg voor stervende mensen. Zij vinden dat juist in die fase de zorg nooit onder de maat mag zijn. Dit hangt samen met professionele en persoonlijke visies op waardig sterven en goed afscheid nemen van het leven. Als de zorg in de allerlaatste fase goed verloopt, geeft dat veel voldoening bij de betrokken verpleegkundigen en verzorgenden (De Veer e.a., 2003).

Kwaliteit van zorg voor kwetsbare ouderen

Aan de stervensfase gaan echter vaak maanden - soms zelf jaren - vooraf, waarin de patiënt ook al zeer kwetsbaar is en behoefte heeft aan palliatieve zorg. Veel van deze kwetsbare ouderen verblijven in verpleeg- en verzorgingshuizen. Zeer recente studies van de NPCF en het SCP laten zien dat bewoners positief oordelen over de inzet van het verplegend personeel (den Draak, 2010; NPCF/Stichting Consument en de Zorg, 2010). Maar er zijn ook punten van serieuze kritiek. Bewoners noemen de hoge werkdruk, waardoor ze soms lang moeten wachten op hulp om naar de wc

te gaan of om gewassen te worden. Ook is er weinig tijd voor een praatje. Daarbij valt op dat bewoners hun verwachtingen vaak bijstellen, omdat verzorgenden het zo druk hebben.

De hoeveelheid zorgpersoneel heeft directe consequenties voor de kwaliteit van zorg en daarmee ook voor de uitkomsten bij patiënten. Uit onderzoek van het NIVEL bleek dat psychogeriatrische verpleeghuisafdelingen met een lage personeelsbezetting minder veilig en sfeervol zijn en bewoners meer pijn en onrustig gedrag vertonen (Merten e.a., 2007).

Kwantiteit en kwaliteit van personeel is belangrijk

Het is positief dat het nieuwe kabinet in wil zetten op extra medewerkers in de ouderenzorg. Maar de aandacht moet niet alleen uitgaan naar 'meer handen aan het bed'. Het moet ook gaan om 'harten en hoofden'. Hebben de medewerkers hart voor de zorg voor ouderen? En hebben ze een kwalificatieniveau dat past bij de complexe zorg die ze moeten geven? Verpleegkundigen zijn bijna verdwenen in de instellingen voor ouderenzorg. Zij zijn grotendeels vervangen door

verzorgenden. En dat niet alleen: verzorgenden zijn op hun beurt weer deels vervangen door lager opgeleide helpenden. Dat wijst op een onderschatting van hoe moeilijk het is om voor kwetsbare ouderen te zorgen. Ouderen, zoals mensen met dementie die vaak allerlei bijkomende fysieke en gedragsproblemen hebben.

Ik pleit voor meer waardering voor het personeel in de ouderenzorg. Ook ben ik van mening dat de verpleegkundige duidelijk terug moet komen in het verpleeg- en verzorgingshuis. Daarbij doel ik zeker niet uitsluitend op verpleegkundig specialisten die nu her en der aangesteld worden in de ouderenzorg. Zij nemen bepaalde medische taken over van artsen. Minstens zo belangrijk is dat voor de zorg 'aan het bed' de

**BEWONERS
STELLEN HUN
VERWACHTINGEN
VAAK BIJ, OMDAT
VERZORGENDEN
HET ZO DRUK
HEBBEN**



basisverpleegkundige in de ouderenzorg terugkomt. Niet om de verzorgenden te vervangen, maar om met hen samen te werken. Van vooral HBO-opgeleide verpleegkundigen kun je verwachten dat ze een coachende en stimulerende rol hebben naar andere leden van het zorgteam.

Dat er een verband is tussen de kwalificatie- en opleidingsniveaus van het zorgpersoneel en de kwaliteit van zorg, weten we vooral uit buitenlands onderzoek (o.a. Castle en Engberg, 2007; 2008). Maar ook het eerder genoemde NIVEL-onderzoek op Nederlandse

**'DE KUNST' VAN
DE VERPLEGING EN
VERZORGING**

verpleeghuisafdelingen geeft daarvoor aanwijzingen (Merten e.a., 2007). Daarmee beweer ik overigens niet dat personeelsbezetting alles bepalend is. Warme, persoonlijke aandacht van

zorgverleners en een respectvolle bejegening zijn voor patiënten heel belangrijke aspecten van goede zorg (Claessen e.a., 2009; Francke en Willems, 2000). Dit zijn zorgaspecten die ook samen hangen met de cultuur binnen een team, 'het hart op de goede plaats hebben' en met de houding van een zorgverlener. Dit raakt, zou je kunnen zeggen, 'de kunst' van de verpleging en verzorging. Maar als er goede personele randvoorwaarden zijn, is het wel makkelijker om die kunst goed te beoefenen.

Onderzoeksplannen

In mijn onderzoek(splannen) gaat veel aandacht uit naar de bijdrage van verpleegkundigen en verzorgenden aan levenseindezorg. Dat betekent overigens niet dat alle onderzoek uitsluitend op hen betrekking heeft. In aansluiting bij het multidisciplinaire en behoeftegestuurde karakter van zorg rond het levenseinde, is er vaak ook aandacht voor de rol van andere disciplines en voor de perspectieven van patiënten en naasten.

Een eerste onderzoeksthema betreft 'Zorginnovaties'. Een voorbeeld: promovenda M. Pieper onderzoekt momenteel de effecten van de invoering van STA-OP! (Pieper e.a., submitted). STA-OP! is het acroniem voor

'STApsgewijze benadering van Onbegrepen gedrag en Pijn'. Eén van de punten die mij aanspreken bij studies rondom zorginnovaties is dat dit type onderzoek zich uitstekend leent om bestaande theorieën te toetsen en te verfijnen. Bij de STA-OP!-studie bouwen we voort op het werk van de Amerikaanse Christina Kovach. Zij gaat ervan uit dat bij mensen met dementie vaak sprake is van een disbalans tussen enerzijds rustgevendende en anderzijds prikkelende activiteiten en omgevingsfactoren. Mensen met dementie kunnen daardoor bijvoorbeeld geagiteerd gedrag vertonen. Verzorgenden kunnen door goed te observeren wat mogelijke oorzaken zijn voor dat gedrag en door gerichte psychosociale interventies die balans weer meer in evenwicht brengen (o.a. Kovach, 2005 en 2006).

Ook gaat veel aandacht uit naar de kwaliteit van zorg voor bijzondere doelgroepen, zoals migranten. Promovenda F. de Graaff verricht onderzoek naar wat mensen met een Turkse of Marokkaanse achtergrond belangrijk vinden voor goede zorg en goede communicatie in de palliatieve fase. Zij vergelijkt daarbij de perspectieven van patiënten, familieleden, verpleegkundigen, artsen en eventuele andere betrokken zorgverleners. Een opmerkelijke uitkomst van haar onderzoek is dat spreken over 'goede palliatieve zorg' bij veel Turkse en Marokkaanse migranten een contradictie is. Deze migranten zien het vaak als een geloofsopdracht om tot op het laatst te blijven streven naar genezing. Kwantiteit van leven staat bij hen centraal. Dit terwijl de betrokken zorgverleners optimale kwaliteit van leven als hoofddoel zien (De Graaff e.a., 2010). Dergelijke uitkomsten geven voeding aan discussies over een cultuur-sensitieve invulling van het begrip 'kwaliteit van zorg' aan het levenseinde.

Een ander onderzoeksthema betreft de kwaliteit van communicatie in de laatste levensfase. Uit eerder onderzoek is bekend dat de meeste verpleegkundigen en verzorgenden mee willen praten over belangrijke beslissingen als ophoging van pijnmedicatie, stoppen met kunstmatige voeding of het al dan niet doorgaan met behandelen (De Veer e.a., 2003). Ook is bekend





dat verpleegkundigen en verzorgenden in hun werk soms geconfronteerd worden met patiënten die een euthanasieverzoek hebben. Binnenkort starten we met een studie die meer inzicht zal geven in de communicatieprocessen en in de consultatiebehoeften van verpleegkundigen en verzorgenden als zij geconfronteerd worden met beladen beslissingen rondom het levenseinde.

Een laatste thema van onderzoek betreft kwaliteitsindicatoren. Recent hebben we een set met indicatoren

KENNIS DIENE BARMHARTIGHEID

ontwikkeld, waarmee de kwaliteit van de palliatieve zorg in kaart kan worden gebracht vanuit het perspectief van patiënten en naasten (Brandt e.a., 2009; Francke e.a., 2009).

In de indicatorenset is veel aandacht voor zorgaspecten die direct het werk van verpleegkundigen en verzorgenden raken. Er wordt bijvoorbeeld nagegaan in welke mate patiënten begeleiding krijgen bij pijn en andere veel voorkomende symptomen. Ook zijn er indicatoren die gaan over het oordeel van patiënten over de aandacht die ze krijgen en de mate waarin hun autonomie gerespecteerd wordt. Deze indicatoren gaan zorgaanbieders gebruiken om meer inzicht te krijgen in de kwaliteit van hun palliatieve zorg. De verzamelde indicatorengegevens zullen we opnemen in een databestand dat in de toekomst gebruikt zal worden voor landelijk en internationaal kwaliteitsonderzoek.

Verbinding met onderwijs en praktijk

De transfer naar onderwijs en praktijk zal ik onder

meer bevorderen door toegankelijke vakpublicaties te schrijven. Ik ben een wetenschapper die zowel wetenschappelijke als maatschappelijke relevantie nastreeft. Dat impliceert publiceren in internationale peer-reviewed tijdschriften met een goede impactfactor, maar het betekent ook publiceren in toegankelijke vaktijdschriften die door opleiders en zorgprofessionals gelezen worden.

Vanwege de behoefte om aan te sluiten bij de zorgpraktijk, heb ik de afgelopen maanden ook diverse gesprekken gevoerd met verpleegkundigen en medici op sleutelposities in het VU medisch centrum. Met deze enthousiaste personen wil ik er aan werken dat verpleegkundig wetenschappelijk onderzoek in het VUmc een sterke impuls krijgt. Ooit liep het VU-ziekenhuis voorop in het verbinden van kennis met praktijk. In de jaren '70 en '80 hadden de leerlingen van de toenmalige verpleegsterschool van de VU een insigne waarop in het Latijn stond: 'Kennis diene barmhartigheid'. Vol beroepstrots droegen zij uit dat kennis belangrijk is om je werk te onderbouwen. Zij zagen het belang van 'evidence-based nursing', voordat iemand in Nederland ooit die term in de mond nam. Een dergelijke historische voedingsbodem lijkt me ideaal om wetenschappelijk onderzoek voor en door verpleegkundigen uit te voeren.

Naast haar bijzonder hoogleraarschap bij EMGO+/VUmc is Anneke Francke werkzaam op het NIVEL als coördinator van het onderzoeksprogramma Verpleging en Verzorging. Haar volledige rede is te vinden op www.nivel.nl. Daarin vindt u ook de volledige literatuurreferenties.



Multilevel Analysis of Longitudinal Data (MALD)



Introduction

For multilevel designs, standard regression techniques lead to biased model-parameter estimates and incorrect standard errors. Biased regression parameter estimates typically occur if the subjects were not measured at the same time points (unbalanced data) and if missing observations are involved. In this course, the main emphasis is on linear models with random effects. Special attention will be given on the analysis of longitudinal intervention studies, where the objective is to evaluate some treatment effect.

Learning objectives

The participant learns how to model and analyze specific longitudinal data.

The participant learns about the possibilities of SPSS procedures regarding the analysis of longitudinal data.

The participant learns in practice how to analyze longitudinal data using SPSS procedures.

Content

- Day 1: Review fixed-effects linear regression models, examples of multilevel/longitudinal designs, introduction to linear random-intercept models (Morning sessions)
SPSS assignments in the afternoon.
- Day 2: Linear random slope and marginal models, basic principles of model building (morning sessions).
SPSS assignments in the afternoon.
- Day 3: Longitudinal intervention study, missing data (morning sessions)
SPSS assignments in the afternoon.
- Day 4: Full analysis of a longitudinal data

example (morning sessions).

Intervision: presentation of own research study in the afternoon.

Total amount of study time to invest: time during the course + 10 hours

Maximum number of participants: 25

A certificate will be obtained after participation. Please contact the course coordinator for more information.

Target group

All PhD students and researchers involved in epidemiological, social and behavioral research studies. For a fruitful participation in the course, participants should be familiar with linear regression analysis at an intermediate level.

Depending on the interest of the participants, they can present and discuss their own research plan.

Language

The course will be given in Dutch.

When and where approximation (Month)

Four consecutive days in June (27-30), 2011, Stayokay Maastricht.

Teachers

Frans, Tan (course coordinator and lectures, e-mail: frans.tan@maastrichtuniversity.nl)
Miranda, Winkelhuijzen (SPSS trainer, E-mail: m.winkelhuijzen@maastrichtuniversity.nl)

How to register for this course

The registration is only valid when your indebted payment is received at our bank-account:



ING bank number 65.76.25.418 in name of Maastricht University.

Under budget number: 31581000N in name of Department Methodology and Statistics Maastricht University, P.O. Box 616, 6200 MD Maastricht, The Netherlands

Please mention:

'MALD course 2011' and your 'own name and address' and 'budget number 31581000N'

Acceptance

Acceptance will be in order of registration, with a minimum of 10 persons and a maximum of 25 persons.

Cancelling

There is a possibility to cancel until April 30, 2011 with full refund of your fee. Cancellation after this

date will no longer give a refund of your fee.

Course information

Information and application

Ms. Marga Doyle

Secretary Methodology and statistics
Maastricht University

P.O. Box 616, 6200 MD Maastricht

Phone: +31 (0)43 3882395

Fax: +31 (0)43 3618388

e-mail: Marga.doyle@stat.unimaas.nl

Course fees

CaRe participants

€ 600,= including lunches and refreshments

non-CaRe participants

€ 650,= including lunches and refreshments



END OF LIFE...

CaRe Introduction and Refresher course



On 20 and 21 January 2011, CaRe organizes an Introduction and Refresher course in Maastricht for PhD-students. Theme of the course will be **End of Life**. Furthermore, we will do a workshop on Mixed Methods, discuss what it means to be a PhD-student, what PhD-students do for each other, and how the popularity of RCTs is coming to an end... The course will be in English. Please find the full programme below. Sign up by sending an email to (no tuition fee for CaRe PhD-students): care-secretariaat@maastrichtuniversity.nl

Location: Novotel Maastricht
Sibemaweg 10
6227 AH Maastricht
Telefoon 043-36.11.811
Fax: 043-36.16.044

PROGRAMME INTRODUCTION COURSE

Thursday 20 January

Chair prof.dr. Guy Widdershoven

10.30-11.00 **Registration**

11.00-11.20 **CaRe for PhD-students**

Short introduction

Prof.dr. Guy Widdershoven and dr. Petra Verdonk

11.20-11.40 **PhD-students for PhD-students**

PhD-representatives Katarina Putnik and Marla Woolderink

11.40-13.00 **Beginning of researcher life**

Interactive programme

Prof.dr. Guy Widdershoven and dr. Petra Verdonk

13.00-14.00 **Lunch**

14.00-16.30 **Mixing Methods in your research**

Workshop on two examples:

1 Alzheimer's disease

2 Palliative care

Prof.dr. Tineke Abma and dr. Franka Mijland EMGO+

16.30-16.45 **Tea**

START OF REFRESHER COURSE

16.15-16.45 **Registration**

Introduction and Refresher course common programme

16.45-17.15 **End of life Lecture**

Prof.dr. Guy Widdershoven

17.15-18.45 **Uit vrije wil**

debate on end of life decisions

Debaters: representative Uit Vrije

Wil (*Marie-José Grotenhuis*), *prof.dr.*

Cor Spreeuwenberg, MD (Caphri),

dr. Jeroen Hasselaar (NCEBP), *prof.*

dr. Guy Widdershoven (EMGO+,

CaRe), *dr. Steve O'Connor* (Caphri),

Marianne Dees, MD (NCEBP)

19.00-21.00 **Dinner**

21.00

Time to mingle

**FRIDAY 21 JANUARY**

Introduction/Refresher course programme (separate groups)	13.00-13.45	End of RCT Lecture <i>Prof.dr. Rob de Bie</i>
9.00-11.15 PhD-students presenting their work	13.45-16.00	Qualitative data analysis Preview of the course Qualitative Research in Health Care, workshop <i>Marianne Dees, MD, PhD-student</i>
10.00-10.15 Coffee Continuation presentations PhDs	15.15-15.30	Tea Continuation course preview
11.15-12.00 Lecturer of the Year Award <i>Chaired by Prof.dr. Guy Widdershoven</i>	16.00	Closing
12.00-13.00 Lunch		

