

Empower slachtoffers
van **seksueel geweld**

pagina 8 • leestijd 2.50 min

Nieuwe richtlijnen voor
inclusief onderzoek

pagina 15 • leestijd 3.30 min

Te lage drempel voor
verwijzing naar kinderarts?

pagina 18 • leestijd 2.20 min

Verb1nd.

ZOMER 2019



Arts-microbioloog Joost Hopman en specialist Ouderengeneeskunde Koen Seegers over (resistente) bacteriën

‘Elk verpleeghuis z’n eigen infectiepreventiedeskundige’

pagina 10 • leestijd 4 min

Colofon

Verb1nd is het magazine voor en met de eerstelijnspartners van het Radboudumc en verschijnt twee keer per jaar.

Redactie Freek Kinkelaar, Jannie Meussen, Gijs Munnichs, Marcel Wortel, Irene Spann, Jacintha van Oosten, Gloedcommunicatie

Fotografie William Moore, Eric Scholten, iStock

Contentcommissie Harry van Goor, Annoek van der Gouw, Freek Kinkelaar, Viola Peulen, Sietske Grol, Henk Schers, Lidwien Bernsen, Yvonne Schoon, Jacintha van Oosten (projectleider)

Correspondentie vragen over bezorging: verbind@radboudumc.nl

Vormgeving Nancy Visser, Gloedcommunicatie, Nijmegen

Drukwerk DPN-Rikken Print, Nijmegen

Oplage 2.500 exemplaren

Tips voor de redactie, opmerkingen en aanvullingen: verbind@radboudumc.nl

De volgende *Verb1nd* verschijnt in het najaar van 2019.

Radboudumc

VOORWOORD

Transmuraal. Als je er goed over nadenkt, is het een begrip waar we eigenlijk afstand van moeten nemen. Want van die muren willen we toch juist af? Verbinden, samenwerken en faciliteren: dat zijn de begrippen waar we het concreet over hebben als we praten over 'transmurale zorg'. Met als gezamenlijk doel: de zorg voor onze patiënten verbeteren.

'Zorg is ook preventie, en kwaliteit van leven'



Niks nieuws onder de zon, toch? We weten het allemaal. We praten er samen regelmatig over. Maar wat is er dan toch voor nodig om dat doel te bereiken en die muren af te breken? Ik denk dat we eerst ook nog eens kritisch moeten kijken naar dat andere begrip: zorg. Want vaak hebben we het dan over ziekte en gezondheid. Maar zorg is natuurlijk vele malen breder. Zorg is ook preventie, welzijn en kwaliteit van leven. Dus als we praten over samenwerking in zorg, moeten we dat in die volle breedte praktiseren.

Ik ben bijzonder trots op de brede rol hierin van de afdeling Eerstelijns-geneeskunde, waarvan ik sinds 1 januari afdelingshoofd a.i. ben. Die rol nemen we allereerst door problemen te benoemen die samenwerking in de weg staan, door vragen op te halen die spelen bij zorgprofessionals en patiënten. In alle domeinen, door de muren heen. Vervolgens kunnen we helpen om met innovatieve oplossingen voor verbindingen te zorgen die onze gezamenlijke zorg verbeteren. Zie onze afdeling als scharnier. Die mogelijk maakt om de klep van de piano te openen en mooie muziek te maken. En gebruik ons gerust ook als zodanig. Bedenk waar u tegenaan loopt in uw zorg voor de patiënt, of samenwerking met het Radboudumc of andere zorgpartners in de regio en vertel het ons. Met onze kennis, tools en netwerken helpen we u graag. In verbinding en zonder muren.

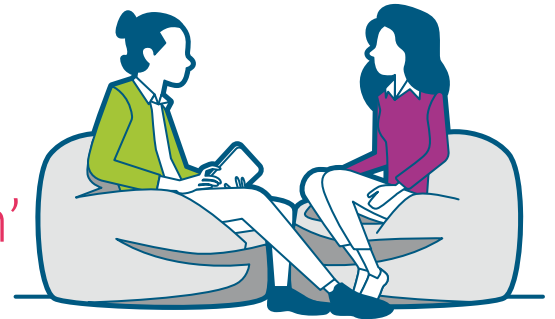
Harry van Goor
Afdelingshoofd a.i. Eerstelijns-geneeskunde en hoogleraar Chirurgieonderwijs van het Radboudumc



10

Nederland doet het goed als het om infectiepreventie gaat. Maar het kan altijd beter, vinden **Joost Hopman**, arts-microbioloog in het Radboudumc en **Koen Seegers**, specialist Ouderengeneeskunde bij Azora in Terborg. Zeker in verpleeghuizen, waar het balanceren is tussen risicoreductie en het behoud van levenskwaliteit. 'Je kunt al veel winst boeken met het verbeteren van handhygiëne.'

'Het is voor onderzoekers soms moeilijk om de controle uit handen te geven'



8

Zo snel mogelijk deskundige hulp bieden na seksueel geweld. Dat is de insteek van het **Centrum Seksueel Geweld Gelderland-Zuid en -Midden**. En dat levert mooie resultaten op.

15

Kennisdossier:

Patiënten werken steeds vaker mee aan wetenschappelijk onderzoek naar hun aandoening. Maar kan dat ook bij mensen met een verstandelijke beperking?

20

Werk aan de winkel!

Het programma *Doen of laten* van de afdeling IQ-healthcare van het Radboudumc toont aan dat het aantal onnodige behandelingen in de zorg fors omlaag kan, ook in de huisartsenpraktijk. Met vitamine-B-12-bepalingen bijvoorbeeld. Of gastroscopieën.

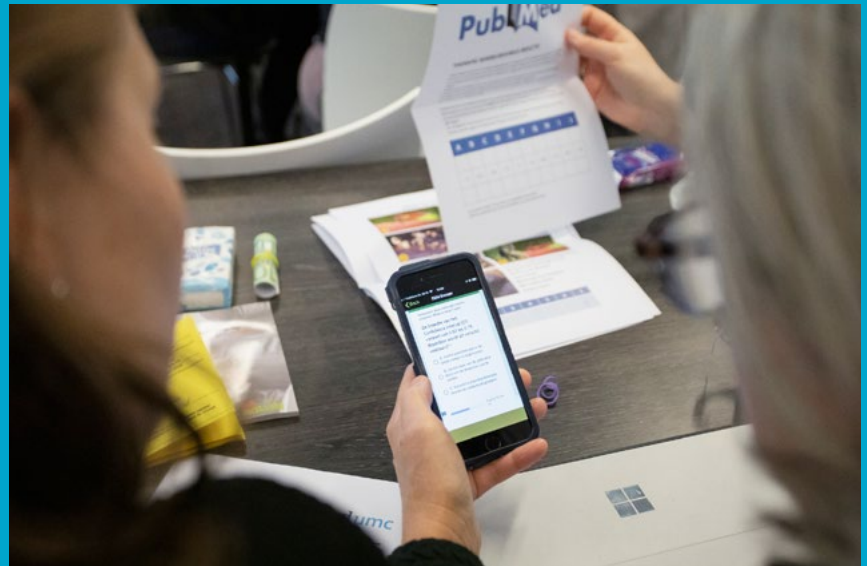
VERDER

- 06** De impact van ons werk
- 13** Fact&figures
- 14** Column van huisarts en onderzoeker Tim Olde Hartman
- 18** De stelling: De drempel om kinderen door te sturen naar de kinderarts is te laag
- 22** 1 dag van ...
- 24** Onmisbaar

Escape-spel maakt taai onderwijs weer leuk

Je patiënte wordt buiten bewustzijn binnengebracht. Ze heeft koorts en bloedingen, verder weet je niets. Zonder de juiste diagnose en behandeling gaat zij het niet redden. Je hebt alleen haar handtas met persoonlijke spullen. Wat nu?

Gebaseerd op de populaire 'escape rooms' ontwikkelden docenten van de huisartsopleiding de Evidence Based Medicine Escape. Ad van Esch, een van de makers: "Veel studenten vinden Evidence Based Medicine moeilijk en taai. Dat komt door de hoeveelheid wetenschappelijke literatuur en statistiek. Daarom hebben we nu in het Radboudumc een spel gemaakt om dit type onderwijs op een moderne en spannende manier aantrekkelijk leerzaam te maken. Een groep studenten krijgt een doos met voorwerpen en opdrachten mee. Oplossingen voor de opdrachten voeren ze in op een



website. Bij een fout antwoord krijgen ze tips om tot de juiste oplossing te komen. Hebben ze een antwoord eenmaal goed, krijgen ze instructie met

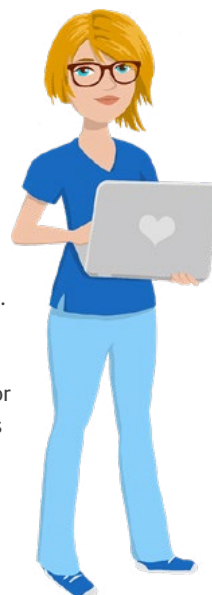
volgende opdracht aan de slag te gaan. Spelonderwijs en met elkaar werken ze zich door de taaië materie. Studenten en docenten zijn er enthousiast over."

Chantal, de digitale doktersassistente

Huisartsenpraktijken Oosterhout/Nijmegen en Thermion hebben een nieuwe stagiaire, de digitale doktersassistente Chantal. Patiënten kunnen Chantal 24/7 online bereiken om bijvoorbeeld vragen te stellen, afspraken te maken, herhaalrecepten of uitslagen te vragen. Chantal geeft ook advies en maakt hiervoor gebruik van de Thuisarts-website. Als het advies onvoldoende is, wordt er een persoonlijk contactmoment gepland.

De echte doktersassistente krijgt hierdoor meer ruimte voor bijvoorbeeld kleine ingrepen of behandelingen te doen. Als de dokters, doktersassistenten én patiënten tevreden over Chantal zijn, mag ze blijven.

www.zaurus.nl/chantal



NIEUWE OPLEIDING: WERKEN MET JONGE MENSEN MET DEMENTIE

Specialisten Ouderengeneeskunde, psychologen, verpleegkundig specialisten en physician assistants kunnen van én met elkaar leren in de nieuwe opleiding 'Werken met jonge mensen met dementie'. In deze nieuwe interprofessionele opleiding combineren zij evidence based kennis uit wetenschappelijk onderzoek met ervaringen uit hun dagelijkse praktijk.

www.radboudumc.nl/dementie-op-jonge-leeftijd

Spontaan herstel van depressie?



Dementerende verpleeghuisbewoners kunnen van een depressie opknappen, ook als er geen officiële behandeling wordt ingezet. Is er sprake van spontaan herstel? Of passen de mensen om hen heen, bewust of onbewust, hun gedrag aan, waardoor klachten verminderen? De in april benoemde bijzonder hoogleraar Debby Gerritsen ontving samen met collega-

onderzoeker Roeslan Leontjevas een kwart miljoen euro voor verder onderzoek naar deze impliciete behandeling van depressie bij dementie. Gerritsen: “We gaan kijken hoe dit precies werkt. Als we echt persoonsgerichte zorg willen leveren, is het belangrijk te leren van succesvolle ervaringen in de praktijk en die breed uit te dragen.”

Gerard Molleman bijzonder hoogleraar Preventie

Wil preventie écht effect hebben, dan moet de aansluiting tussen zorg en publieke gezondheid beter. Dit betoogde Gerard Molleman in zijn oratie op 7 juni. Als bijzonder hoogleraar Preventie bij de afdeling Eerstelijngeneeskunde van het Radboudumc heeft hij een duidelijke ambitie voor ogen: collectieve preventieacties vanuit de publieke gezondheid meer in balans brengen met de individuele aanpak van huisarts en specialist.

Het leggen van deze verbinding is een meerjarig proces, waarin de leerstoel van Molleman een stimulerende rol speelt. ‘Werkenderwijs willen we ontdekken wat wel en niet werkt.’ De leerstoel van Molleman is mede mogelijk gemaakt door GGD Gelderland-Zuid.



Bekijk de video van de oratie van Gerard Molleman op www.academischewerkplaatsamphi.nl

IN DE MEDIA

TWITTER MEE MET ELG!

Er gebeurt veel in de wereld van de eerstelijngeneeskunde. Social media bieden een dynamisch platform om kennis te delen, samen te werken en elkaar te vinden op inhoud.

Via @ELGRadboudumc twittert de afdeling Eerstelijngeneeskunde met onze collega's in de eerste en tweede lijn. Benieuwd? Volg ons en twitter mee!

THEMANUMMER OVER PREVENTIE

In februari verscheen een themanummer van het Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen over preventie. Hierin belichten experts vanuit diverse achtergronden het onderwerp preventie in de zorg: zowel de organisatie van preventie, van domeinoverstijgende samenwerking tot financiering, als de inhoud, kwetsbare groepen en persoonsgerichte zorg. De multidisciplinaire benadering van het onderwerp levert een gevarieerd, breed gedragen pleidooi voor meer samenwerking op.

<https://link.springer.com/journal/12508/97/1>

DE MEDISCH ONDERWIJS PODCAST VAN REMCO HARINGHUIZEN

Ongeveer eens per maand maakt huisarts/docent Remco Haringhuizen een podcast aflevering over medisch onderwijs. In korte afleveringen presenteert hij interviews over spaced learning, groepswerk of de zombiestudent. Remco: “Ik hoor van collega-docenten terug dat ze de podcast leuk vinden om naar te luisteren en dat ze erdoor geïnspireerd raken om nieuwe dingen toe te passen in hun eigen onderwijs.”

www.medischonderwijspodcast.wordpress.com

6 impact.





Student meets patient

'Toen ik Geneeskunde studeerde, kwam ik pas in het derde jaar in een huisartsenpraktijk', vertelt Ron Hamelers, unithoofd onderwijs van het Radboudumc. Met het nieuwe curriculum stappen de Nijmeegse studenten al in de vijfde week, als kersverse schoolverlater, de spreekkamer van de huisarts binnen. 'Binnen ons programma Student meets patient (SMP) gaan ze wekelijks met een groepje van vijf, een uur de praktijk in. De ene keer schuiven ze aan bij het spreekuur van een neurochirurg, geneticus of specialist Oudergeneeskunde. Een andere keer kunnen ze meekijken bij het consult van een huisarts. In hun eerste jaar bezoeken ze zo circa 25 verschillende plekken. Vijf huisartsenpraktijken in Nijmegen werken er aan mee.' Na een kort voorgesprek nemen de studenten deel aan het consult. De ene (huis)arts laat hén alle vragen stellen, een ander begint het gesprek met de patiënt en betreft hen daarna. Verwondering en kennismaken met de praktijk, daar gaat het om in de eerste ronde. In het tweede kwartaal krijgen ze meer oog voor gezondheid en gedrag. "Studenten zijn enthousiast over SMP", vertelt Ron. "Ze ervaren dat het er heel verschillend aan toe kan gaan. Ze zien wat de impact van een ziekte is op iemands leven. En ze leren, op een voor hen nog veilige manier, contact te maken met de patiënt." ●



Centrum Seksueel Geweld Gelderland-Zuid en -Midden

Deskundige hulp,

Zo snel mogelijk deskundige hulp bieden na seksueel geweld. Dat is de insteek van het Centrum Seksueel Geweld Gelderland-Zuid en -Midden (CSG). Het resultaat: beter herstel, minder traumatische klachten op lange termijn en empowerment van het slachtoffer.

Depressiviteit, een laag zelfbeeld en onverklaarde pijn aan het bewegingsapparaat. Het zijn enkele klachten die slachtoffers van seksueel geweld jaren later kunnen ervaren. 'Om dit te voorkomen is het belangrijk om hen zo snel mogelijk te helpen', vertelt Renske Spanninga, huisarts en directeur van het Universitair Gezondheidscentrum (UGC) Heyendaal, waar de nazorg aan de slachtoffers plaatsvindt.

Snelle hulp was in 2012 een van de redenen om het centrum op te zetten. Een andere reden: de versnipperde zorg. Renske: 'Het ene slachtoffer meldde zich bij de politie, die te weinig aandacht had voor de medische gevolgen. De ander kwam op de SEH terecht, waar men niet goed wist hoe de sporen veilig te stellen. Het CSG is één plek waar elk slachtoffer terecht komt en waar we integrale zorg bieden.'

Marie Louise Moors, die als SEH-arts van het Radboudumc verbonden is aan het CSG, vult aan: 'Huisartsen kunnen bij ons ook advies inwinnen, we verzorgen onderwijs en trainingen voor bijvoorbeeld studenten geneeskunde én we doen onderzoek om onze kennis uit te breiden.'



Marie Louise Moors (links) en Renske Spanninga: 'Slachtoffers ervaren dat er zelfs na seksueel geweld licht kan schijnen aan het einde van een donkere tunnel.'

beter herstel

ACUTE ZORG EN NAZORG

Slachtoffers komen het CSG binnen via de huisarts, de politie of door zelf op internet te zoeken. Marie Louise: 'Alle betrokken partijen – ook ziekenhuizen in de regio – weten dat ze direct moeten doorverwijzen naar ons centrum. Als dat binnen zeven dagen na bijvoorbeeld een verkrachting gebeurt, komt het slachtoffer op de SEH terecht voor acute zorg. Is het langer geleden, dan verwijzen we op de SEH door naar de consultatiefunctie van het CSG.'

'Het bijzondere van de nazorg is dat deze verankerd is in de eerstelijnszorg'

Renske Spanninga

Een speciaal ingerichte kamer op de SEH is 24 uur per dag open. Marie Louise: 'Hier vangen we het slachtoffer op en beoordelen of er medische zorg nodig is. Dat kan gaan om het geven van medicatie om een soa te voorkomen of om het verzorgen van in- of uitwendig letsel. Ook bespreken we de mogelijkheid van aangifte doen en stellen sporen veilig voor forensisch onderzoek. De zedenpolitie en forensisch arts komen dan naar de SEH toe.'

Als het slachtoffer dat wil, stuurt de SEH-arts de gegevens door naar de eigen huisarts en de nazorgconsulent – een speciaal opgeleide praktijkondersteuner ggz in UGC Heyendaal. Zij bekijkt of en aan welke zorg het slachtoffer

behoefte heeft. Ook monitort zij de eerste zes weken hoe eventuele traumaklachten zich ontwikkelen. Na drie maanden is er een laatste evaluerend gesprek. 'Het bijzondere van de nazorg is dat deze verankerd is in de eerstelijnszorg', zegt Renske. 'Omdat een slachtoffer gewoon in de wachtkamer zit tussen andere patiënten, voelt het ook wat normaler.'

EMPOWERMENT

Over de samenwerking tussen huisartsen, SEH-artsen, politie en andere betrokkenen zijn beiden tevreden. Marie Louise: 'Maar het is lastig om ervoor te zorgen dat zoveel verschillende mensen uit zoveel verschillende organisaties allemaal weten wat we doen en hoe we het doen. Dus de driemaandelijke bijeenkomsten zijn erg belangrijk.' Renske: 'Het CSG is een zichzelf verbeterend centrum waarbij we moeten blijven afstemmen met onze netwerkpartners.'

Steeds meer slachtoffers en verwijzers weten het CSG te vinden. In 2012 ging het om 20 slachtoffers, in 2018 waren het er 85. Het effect van deze aanpak is groot, vindt Renske. 'Seksueel geweld wordt niet in de doofpot gestopt om vervolgens allerlei schade aan te richten. Het tegenovergestelde gebeurt: empowerment. Het slachtoffer komt in een andere rol: er is mij een trauma overkomen en ik kan daar zelf iets aan doen, door bijvoorbeeld aangifte te doen of hulpverlening te accepteren.'

Marie Louise: 'Slachtoffers zelf zijn tevreden met de opvang en begeleiding. Zij ervaren nu ook dat snelle hulp veel ellende voorkomt. Zodat er zelfs na seksueel geweld licht kan schijnen aan het einde van een donkere tunnel.' ●

Vragen of reageren?

✉ verbind@radboudumc.nl



De cijfers

1 op de 8 vrouwen en 1 op de 25 mannen in Nederland is ooit verkracht

1 op de 3 vrouwen en 1 op de 5 mannen maakt seksueel overschrijdend gedrag mee

Per jaar zijn er in Nederland 100.000 slachtoffers van seksueel geweld

De helft van de slachtoffers van seksueel misbruik krijgt last van een PTSS

bron: Centrum Seksueel Geweld Gelderland-Midden en -Zuid

Balanceren met



Koen Seegers (47) is 17 jaar specialist Ouderengeneeskunde bij zorginstelling Azora in de Achterhoek. Koen is lid van de Commissie Infectiepreventie binnen Azora en maakt ook deel uit van GAIN.

Joost Hopman (42) is arts-microbioloog en hoofd Infectiepreventie in het Radboudumc. Hij werkt ook als adviseur voor Artsen zonder Grenzen en de WHO. Vanuit die functies is hij betrokken bij de bestrijding van infectie-uitbraken, zoals Ebola in West-Afrika.

bacteriën



Nederland doet het goed als het om infectiepreventie gaat. Maar het kan altijd beter, vinden **Joost Hopman**, arts-microbioloog in het Radboudumc en **Koen Seegers**, specialist Ouderengeneeskunde bij Azora in Terborg. Zeker in verpleeghuizen, waar het balanceren is tussen risicoreductie en het behoud van levenskwaliteit.

In de Nederlandse verpleeghuizen draagt 1 op de 13 bewoners een resistente bacterie bij zich. In een derde van de verpleeghuizen gaat het om meerdere bewoners. Dat laat het landelijk onderzoek naar het dragerschap van resistente bacteriën in verpleeghuizen zien. Een onverwachte uitkomst, vindt Koen: 'We hadden verwacht dat een resistente bacterie zich juist in een verpleeghuis, waar intensieve zorg geleverd wordt, makkelijker verspreidt. Nu blijkt dat dit aantal gelijk is aan het aantal mensen thuis dat een resistente bacterie meedraagt. Ondanks dat blijft het van groot belang om in de verpleeghuizen scherp te zijn op antibioticaresistentie.'

JOOST: '1 op de 13 is wereldwijd gezien een erg lage score. Als we een Nederlands verpleeghuis naar India zouden verplaatsen, zou je een score hebben van 80 tot 90 procent. Zelfs in onze buurlanden liggen de cijfers veel hoger. We scoren goed, omdat we al decennialang zo weinig mogelijk antibiotica gebruiken. We hebben infectiepreventie sterk georganiseerd,

zowel in ziekenhuizen als verpleeghuizen.'

KOEN: 'Helemaal mee eens. Als we weten dat iemand een resistente bacterie bij zich draagt, komen de protocollen uit de kast. Hoe gaan we iemand verzorgen? Kan hij nog naar een gemeenschappelijke ruimte? Het is de kunst om het

'Een dementerende wordt niet vrolijk van een zuster met een mondk masker op'

Koen Seegers

risico te verminderen mét behoud van levenskwaliteit. Dat is lastig. Want een dementerende wordt niet vrolijk van een zuster met een mondk masker op. Ook kunnen we dementerenden niet isoleren of uitleggen dat ze hun handen vaak moet wassen.'

JOOST: 'Je gaat altijd op zoek naar de balans tussen wat mogelijk en

wenselijk is. Dat is per situatie verschillend. Als één patiënt een MRSA-bacterie bij zich draagt, kun je met maatwerk aan de slag. Maar is er een MRSA-uitbraak, dan voer je andere, strengere maatregelen door, zoals isolatie. Het verpleeghuis is dan een te groot risico geworden voor de hele regio.'

KOEN: 'Ik blijf het lastig vinden. Van de meeste resistente bacteriën worden mensen vaak niet eens ziek, uitgezonderd de MRSA-bacterie. En toch moet er van alles gebeuren wat je onze bewoners nauwelijks kunt uitleggen. Ik zie hier dat het draagvlak om vergaande maatregelen te nemen kleiner wordt, als de bacterie minder ernstige gevolgen heeft.'

'Bij elke 4 keer dat zorgmedewerkers hun handen moeten wassen, doen ze dat maar 1 keer'

Joost Hopman

JOOST: 'Als je het de bewoners niet kunt uitleggen, kun je wél veel winst boeken met het verbeteren van handhygiëne bij de medewerkers en het desinfecteren van materiaal. Van alle momenten dat zorgmedewerkers hun handen zouden móeten wassen, doen ze het maar 1 op de 4 keer. Terwijl we uit onderzoek weten dat handhygiëne één van de drie



Praktische tips

- Handhygiëne lijkt eenvoudig. Maar wist je dat de warme, vochtige plek onder je trouwring de perfecte broedplaats is voor bacteriën? Op www.resistentiepreventie.nl/nieuws/trouwing-handhygiene vind je nog meer redenen waarom de trouwring echt af moet.
- Met je team kun je online aan de slag met verantwoord hygiënisch werken. Ontdek wat jij en je team al goed doen en wat jullie nog kunnen verbeteren. Doe deze hygiëne challenge op <https://aandeslag.resistentiepreventie.nl>
- Meer tips over hygiënisch werken vind je op www.resistentiepreventie.nl.

essentiële elementen is bij infectiepreventie. Naast reiniging en desinfectie én isolatiemaatregelen. Directies moeten hier echt meer in investeren.'

LANGETERMIJNVISIE

KOEN: 'De directie van Azora doet dat al. Zelfs bij nieuwbouw kijkt een infectiepreventiedeskundige mee tijdens de ontwerpfase. Waar hangen we de zeepdispensers? Maar ook krijgen alle eenpersoonskamers eigen sanitair. We zetten nu in op kleinschalig wonen, waarbij acht bewoners samenleven in een unit. Een natuurlijke manier van isoleren dus.'

JOOST: 'Er zit veel verschil in hoe serieus directies dit aanpakken. Op korte termijn kost preventie geld, maar op lange termijn levert het geld op. Want bij een uitbraak ben je nog veel meer kwijt. We moeten ervoor zorgen dat alle bestuurders weten hoe noodzakelijk deze stappen zijn. Dat betekent dat het bestuur hier een langetermijnvisie op moet ontwikkelen. Ook als het gaat om het verzamelen van microbiologische data. Dat gebeurt nu te weinig in verpleeghuizen, omdat het kostbaar is. Maar hoe meer gegevens van resistente bacteriën we hebben, hoe sneller we actie kunnen ondernemen.'

KOEN: 'Als specialist Ouderengeneeskunde heb ik veel aan deze microbiologische informatie. Met welk beestje hebben we te maken? Hoe zit het met de verspreiding? Dankzij de arts-microbioloog kunnen we de risico's beter inschatten per bacterie. We kunnen ook altijd onze infectiepreventiedeskundige raadplegen, die eigenlijk als schakel fungeert tussen de arts-microbioloog en de eerste lijns zorginstelling?.'

JOOST: 'Deze constructie is uniek in Nederland. Het infectiepreventieteam verbindt de laboratoriumresultaten met de praktijk. Voor mezelf is het belangrijk om ook op de afdelingen te komen, omdat ik zo de geadviseerde maatregelen in balans kan houden met de reële mogelijkheden.' Koen: 'Ik zou elk verpleeghuis dan ook adviseren om een infectiepreventiedeskundige in dienst te nemen. Sinds zij bij ons in dienst is, is de kwaliteit van infectiepreventie enorm verbeterd. ●

GAIN

Joost Hopman en Koen Seegers maken deel uit van het Gelders Antibioticaresistentie en Infectiepreventie Netwerk (GAIN). GAIN is een netwerk van regionale zorginstellingen, organisaties en zorgprofessionals, dat antibioticaresistentie probeert te voorkomen. Joost: 'GAIN is belangrijk, omdat een patiënt niet binnen één instelling blijft. Als het ergens niet goed gaat, heeft het hele systeem er last van. Dus communicatie tussen alle betrokkenen in de zorg is ontzettend belangrijk. Ook zetten we via GAIN een microbiologische databank op, waar iedereen toegang tot heeft. Dat levert veiligheid op voor de patiënt en het is kostenbesparend. Je hoeft dan niet op twee plekken dezelfde test te doen.'

Nieuwe deelnemers zijn van harte welkom: samen staan we sterker.

www.zorgnetwerk-gain.nl

Vragen of reageren?

✉ verbind@radboudumc.nl

Spasticiteit onderbehandeld

Verschillende neurologische aandoeningen – zoals CVA, traumatisch hersenletsel, multiple sclerose en dwarslaesie – kunnen leiden tot een beschadiging van de piramidebaan. De signalen uit deze baan zijn verantwoordelijk voor al onze bewuste, willekeurige bewegingen. Hoe ernstiger de beschadiging aan de piramidebaan, hoe groter de kans op functioneel hinderlijke spasticiteit. **Onderzoek heeft aangetoond dat verpleeghuizen spasticiteit onderbehandelen.**

PREVALENTIE

Bij **73%** van de geïnccludeerde verpleeghuispatiënten met een beschadiging van de piramidebaan was er sprake van **spasticiteit**.



IMPACT

De spasticiteit **belemmerde de zorg** bij

71%

van de patiënten in hoge mate.



Nog eens

46%

gaf aan **krampende pijn** te hebben.

BEHANDELING

36% van de patiënten had **aanvullende spasticiteitbehandeling** nodig, bovenop de gestarte interventies. De meest gekozen behandeloptie was intramusculaire injectie van botulinetoxine.



Volgens de 'Landelijke interdisciplinaire SKMS-richtlijn Cerebrale en/of spinale spasticiteit bij volwassenen' is het niet meer verantwoord om eerst alle niet-invasieve opties uit te proberen voordat invasieve behandelmethoden overwogen en besproken worden.

Eén van die invasieve methoden is de **'Intrathecale baclofen behandeling' (ITB)**. Het Radboudumc en de Sint Maartenskliniek samen zijn gespecialiseerd in deze behandelmethode. Het bijvullen van de pomp kan zoveel mogelijk in het verpleeghuis plaatsvinden.

Meer weten over ITB behandeling?

Neem contact op met dr. Heinrich Moser, pijnarts Radboudumc

📞 024-3168120

Tim olde Hartman, huisarts, onderzoeker met een passie voor persoonsgerichte zorg

Over samenwerken en vooroordelen



Woutschoten is een feit. De huisartsen van Nederland hebben zich uitgesproken. De kernwaarden van de huisarts zijn getoetst en geherformuleerd. Huisartsen anno 2019 staan voor persoonsgerichte zorg, medisch-generalistische zorg, continue zorg en gezamenlijke zorg. Gezamenlijke zorg is nodig om de eerste drie kernwaarden goed vorm te geven. De huisarts als teamplayer en schakel tussen patiënt, andere zorgverleners binnen de eerste lijn en het ziekenhuis. Samenwerken dus met als ultieme doel de juiste zorg voor de juiste patiënt op de juiste plaats. Samenwerken is leuk en leerzaam, geeft energie en vaak nieuwe inzichten. Maar samenwerken kan ook lastig zijn. Niet zelden staan vooroordelen in de weg. Vooroordelen intrigeren me al langer. Zo hoorde ik op een congres in Canada een aantal jaar geleden een hoogleraar van Harvard over 'unconscious racism'. In zijn onderzoeken liet hij zien dat onbewuste vooroordelen van dokters over patiënten direct negatieve invloed hebben op de keuzes en zorg in de spreekkamer. Deze negatieve invloeden waren overigens het grootst bij dokters die zelf vonden dat ze weinig vooroordelen hadden. Vooroordelen tussen huisartsen en medisch specialisten kunnen goede

samenwerking in de weg staan. Tijdens mijn geneeskunde opleiding zo'n 15 jaar geleden hoorde ik geregeld dat medisch specialisten alleen geïnteresseerd zouden zijn in de ziekte (i.p.v. de zieke) en in geld. Huisartsen daarentegen zagen de hele dag snotneuzen en als het echt spannend werd stuurden ze patiënten snel in, het liefst op vrijdagmiddag. Gelukkig zijn die vooroordelen inmiddels wel de wereld uit. Ik zal de laatste zijn die zegt geen vooroordelen te hebben. Toch schrik ik altijd weer als ik me van m'n eigen vooroordelen bewust word. Zoals een tijd geleden toen ik een dermatoloog belde om te overleggen over een vreemde huidafwijking bij een bedlegerige patiënt. Hij stelde vrijwel direct spontaan voor om even samen visite te rijden bij deze man zodat hij het kon beoordelen en meteen gezamenlijk met de patiënt, zijn familie en de huisarts een behandelplan kon maken. 'Wel zo handig' zei hij. Ik stond even met m'n mond vol tanden. Gelukkig kon ik me snel herpakken. De afspraak was snel gemaakt en de patiënt geholpen. Kijk dat is samenwerken. Dat is persoonsgerichte zorg. Dat is de juiste zorg op de juiste plaats. Dat is toch waarvoor we het allemaal doen! ●

NIEUWE RICHTLIJNEN VOOR INCLUSIEF ONDERZOEK



30.000 begeleide
of aangepaste werkplekken
zijn nodig binnen de Participatiewet

17 experts zonder en **40** experts
met een verstandelijke beperking
schreven mee aan de richtlijn

Inclusief onderzoek over ... inclusief onderzoek

Patiënten werken steeds vaker mee aan wetenschappelijk onderzoek naar hun aandoening. Maar hoe doe je dat bij mensen met een verstandelijke beperking? Promovendus Tessa Frankena van het Radboudumc zocht het uit, samen met twee collega's die zelf een verstandelijke beperking hebben, en stelde een richtlijn op voor het doen van inclusief gezondheidsonderzoek.

Het idee dat onderzoek niet alleen 'over' patiënten, maar ook 'met' patiënten moet worden gedaan, is al langer bekend. Een patiënt is ervaringsdeskundig in zijn aandoening en kan vanuit die rol bijdragen aan onderzoek naar een ziekte. Door het oordeel van patiënten mee te nemen in de opzet en de uitvoering van het onderzoek, is de kans groter dat de uitkomsten ervan ook bijdragen aan de behoeften van patiënten.

Het onderzoek van Esther en Tessa vond plaats bij de academische werkplaats **Sterker Op Eigen Benen**, een samenwerking van het Radboudumc en verschillende zorgorganisaties voor mensen met een verstandelijke beperking.

Met het doen van gezondheidsonderzoek met mensen met een verstandelijke beperking is nog nauwelijks ervaring. Tessa Frankena wilde hier tijdens haar promotieonderzoek iets aan doen. Zij werkte samen met twee collega's uit deze doelgroep. Met Anneke van der Cruijssen en Henk Jansen deed zij een literatuurstudie, vragenlijstenonderzoek, Delphi-studie en een bespiegelende studie onder mensen met en zonder een verstandelijke beperking, waaronder onderzoekers. Op basis hiervan ontwikkelde Frankena samen met 17 experts zonder en 40 experts met een verstandelijke beperking een *consensus statement on inclusive health research*. Deze richtlijn moet het voor andere onderzoekers makkelijker maken gezondheidsonderzoek te doen met mensen met een verstandelijke beperking. De aan-

bevelingen zijn ook bruikbaar voor andere groepen, zoals bijvoorbeeld mensen met dementie.

CO-ONDERZOEKER

De werkwijze van Tessa is uniek in de wereld. Zo werkte zij met functies als co-onderzoeker. Dat betekent dat Anneke, Henk en zichzelf gezamenlijk bijvoorbeeld onderzoeksformulieren, interviewvragen en data verzamelden en interpreteerden. Vooral dat laatste is cruciaal in het bepalen van de waarde van de data. Het samenwerken met mensen met een verstandelijke beperking kan wel een uitdaging zijn. Het is voor onderzoekers soms moeilijk om de controle uit handen te geven. Het is daarom belangrijk om samen met de co-onderzoekers in te schatten welke taken ze wel en niet zien zitten.

VRAGENLIJST

Onderzoeker Esther Bakker werkte samen met co-onderzoekers om een vragenlijst te beoordelen. Deze vragen gingen over veelvoorkomende gezondheidsproblemen bij mensen met een verstandelijke beperking. Ze moesten dus goed te begrijpen zijn. Een oorspronkelijke vraag was bijvoorbeeld: "Soms komt er eten omhoog in je slokdarm of mond. Dit geeft soms een zure smaak. We noemen dit zuurbranden, reflux of rumineren.



- De participatiewet voegde in 2015 drie bestaande regelingen samen: de **wajong**, **wet werk en bijstand** en de **regeling sociale werkplaatsen**
- Het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid schat in dat er binnen deze wet **30.000** begeleide of aangepaste werkplekken nodig zijn
- Eind 2018 werkten er ruim **2.500 personen in een beschermde werkomgeving**. Dit zijn er meer dan twee keer zoveel als eind 2017 toen het er ongeveer 1.200 waren.

Gebeurt dit ook wel eens bij jou?" Uiteindelijk is de vraag veranderd in: "Soms komt er een beetje eten omhoog vanuit je buik weer terug in je mond. Dit geeft soms een zure smaak. Heb je dat wel eens?" De veranderingen die nodig zijn om tot een begrijpelijke vraag te komen, zijn soms heel subtiel. Zonder de input van co-onderzoekers sla je snel de plank mis.

PARTICIPATIEWET

Kwetsbare groepen worden geacht actief deel te nemen aan de maat-

schappij. De Participatiewet die in 2015 van kracht is gegaan, ondersteunt dat. Deze wet schrijft voor dat iedereen die kan werken, maar het op de arbeidsmarkt zonder ondersteuning niet redt, werk moet kunnen vinden. Werkgevers die zich niet aan de Participatiewet houden, kunnen sinds 1 januari 2019 hiervoor een boete krijgen. Het onderzoek van Tessa en Esther laat zien dat er veel mogelijk is om mensen met een verstandelijke beperking zinvol te laten participeren in werk, ook als co-onderzoeker. ●



Dit artikel is samengesteld op basis van onderzoek van **Tessa Frankena** (foto links) en **Esther Bakker-van Gijssel**. Tessa kwam tijdens haar opleiding in aanraking met onderzoek naar mensen met een lichamelijke en verstandelijke beperking en patiëntenparticipatie. Deze combinatie was een schot in de roos en in 2013 startte zij haar promotieonderzoek. Net als Esther die in dat jaar ook de AVG-praktijk overnam van Henny van Schrojenstein Lantman - de Valk. De combinatie van het werken als AVG-arts en onderzoek doen voor dezelfde doelgroep ervaart ze echt als meerwaarde.

Meer weten?

Kijk onder Kennisproducten op www.sterkeropeigenbenen.nl

Landelijk neemt het aantal acute verwijzingen van kinderen naar de kinderarts toe. Een deel van die verwijzingen (25-30%) is onterecht, constateren de kinderartsen. Hoe keren we dat tij?

Een huisarts, een kinderarts en een docent huisartsgeneeskunde reageren op de stelling:

De drempel om kinderen door te sturen naar de kinderarts is te laag





‘Huisartsen met beperkte kindergeneeskundige ervaring verwijzen sneller’

Rosalin van Schie, huisarts/
docent huisartsopleiding Radboudumc

“Ik denk dat de drempel inderdaad te laag is. Er worden meer kinderen doorgestuurd naar de SEH, maar niet meer kinderen opgenomen. Deze toename geldt vooral voor kinderen onder de 4 jaar. Het jonge kind wordt als kwetsbare patiënt gezien waarbij je als huisarts niets wilt missen en dit leidt bij huisartsen met beperkte kindergeneeskundige ervaring tot sneller verwijzen.

Op onze huisartsenpost gaan we AIOS huisartsgeneeskunde en AIOS kindergeneeskunde gezamenlijk opleiden in de zorg voor het acuut zieke kind. We hopen dat huisartsen zo meer kennis krijgen over het zieke kind en ook dat de consultaties van kinderartsen beter aansluiten bij de huisarts. Niet elk overleg hoeft te leiden tot verwijzing, een helder en aansluitend advies voor de huisarts kan dan voldoende zijn. Zo zorg je samen voor een ‘drempel op maat’.”



‘Wij laten onze AIOS bewust met de huisarts spreken’

Paul Voorhoeve,
kinderarts CWZ

“De drempel om met een kinderarts te overleggen of een kind door te sturen is laag. Zeker voor acute patiëntjes. Dat moet ook; zij zijn kwetsbaar, ouders zijn bezorgd. Maar we zijn ook kritisch. Zo stellen we telefonisch veel vragen om te kijken of insturen écht nodig is. Dat kunnen huisartsen als drempel ervaren. Dat zij dan een kinderarts in opleiding aan de lijn krijgen, kan een gevoelsmatige drempel geven. We doen dit echter om onze AIOS goed op te leiden. Ook in het CWZ zien we dat meer kinderen naar de kinderarts verwezen worden. Dat we dit proberen te keren, vind ik goed. Ik ben er dan ook enthousiast over dat we in onze regio huisartsen en kinderartsen meer samen gaan opleiden. Daarnaast moeten we voor de huidige huisartsen blijven investeren in bijscholing.”



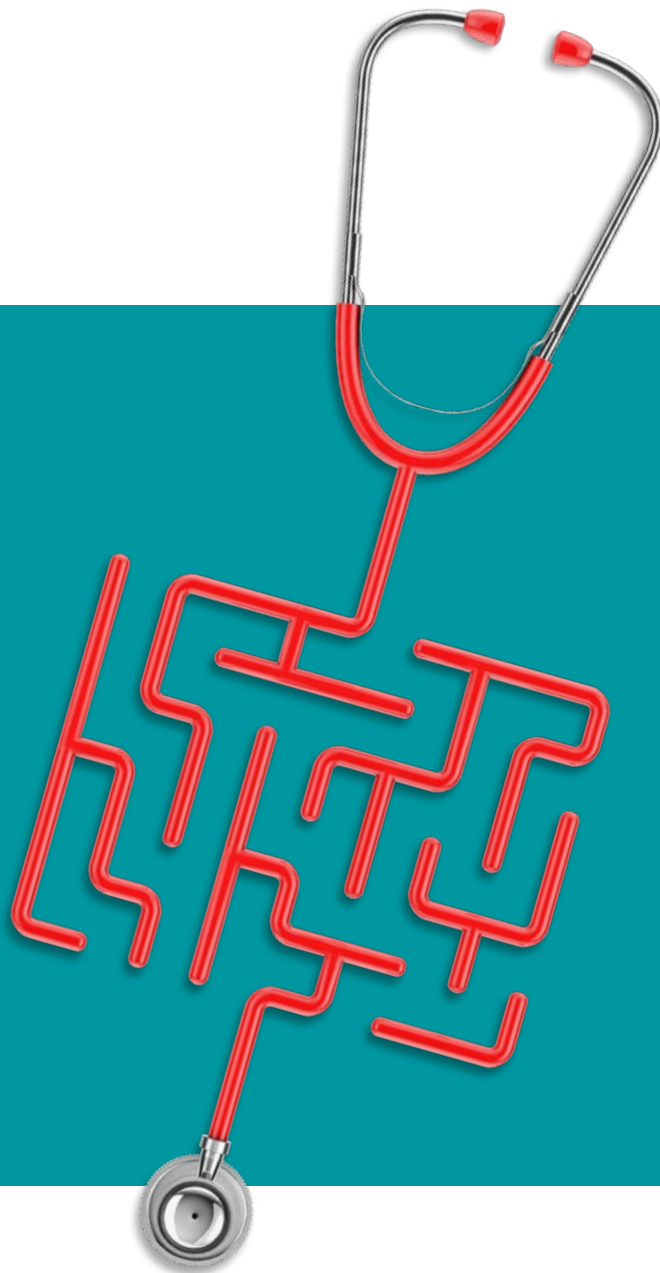
‘De echte kennis begint pas in de praktijk’

Marjolein Koenders,
huisarts in Driel

“Ik ervaar totaal geen drempel om kinderen te verwijzen. Ik voel me altijd als professional gerespecteerd. Ik herken het beeld ook niet dat we meer kinderen verwijzen. Dus als dat landelijk het geval is, is het interessant om de oorzaak te achterhalen. De wil van ouders zou wel eens belangrijk kunnen zijn. Op een huisartsenpost speelt dat sterker dan in een praktijk. Aan de ene kant door de onervarenheid van de dokter, maar ook door het gebrek aan relatie met de patiënt. Als ik dienst heb op de post, ben ik zelf ook minder paternalistisch dan in mijn eigen praktijk. Hoe we de kennis van jonge huisartsen over kinderen kunnen vergroten? Je kunt veel leren tijdens de opleiding, maar het echte leren begint in de praktijk. Laat ze vooral snel zelf kinderen krijgen; dat helpt enorm.”

Doen of laten in de zorg

Terugdringen van onnodige behandelingen kán (en moet)



Het aantal onnodige behandelingen in de zorg kan fors omlaag, ook in de huisartsenpraktijk. Dat blijkt uit het programma Doen of laten van de afdeling IQ-healthcare van het Radboudumc. 'En dat kan met relatief simpele ingrepen', zegt onderzoeker Tijn Kool.

Een lab-aanvraag voor vitamine B12, een röntgenfoto bij lage rugklachten, of een antibioticakuur bij een bovenste luchtweginfectie... Doen of laten? Uit een recente enquête blijkt dat veel huisartsen dagelijks worstelen met deze vragen. Tijn Kool daarover: 'In de drukte van de dag is het soms gemakkelijker om een vinkje te zetten op een aanvraagformulier, dan het gesprek aan te gaan met een claimende patiënt. Ook is het voor huisartsen lastig om een ingesleten routine te veranderen. Bovendien is het bij artsen niet altijd bekend, dat bepaalde diagnostiek of behandeling weinig of geen toegevoegde waarde heeft.'

'Een vinkje zetten op een formulier is soms gemakkelijker dan het gesprek aangaan'

Tijn Kool



HOE DOE JE DAT?

Om de zorg in Nederland betaalbaar te houden en patiënten niet onnodig te belasten, is het belangrijk om niet-gepaste zorg terug te dringen. Tijn: 'Hoe je dat doet? Met betere voorlichting aan patiënten en door betere scholing van zorgprofessionals. Want, het terugdringen van onnodige handelingen leer je nu niet in de opleiding.'

Dat het werkt om niet-gepaste zorg terug te dringen, blijkt uit acht concrete projecten die in het onderzoeksprogramma *Doen of laten* zijn opgepakt. Tientallen huisartsennetwerken en 38 ziekenhuizen namen er aan deel. Programma-leider Tijn Kool noemt wat voorbeelden die raken aan de eerstelijnszorg. 'Educatie voor huisartsen, patiëntfolders en een wachtkamerfilmje leidden tot circa een kwart minder vitamine-D- en 20 procent minder vitamine-B12-bepalingen.' Opvallend zijn volgens hem ook de resultaten rondom het terugbrengen van maagkijkonderzoeken (gastroscoپیën). 'In het Radboudumc hebben we een interactieve website ontwikkeld met onder meer filmpjes over de werking van de maag, om patiënten te leren over de achtergrond van de maagklachten. Ze zien wat ze zelf kunnen doen om klachten te voorkomen. Slechts de helft van hen kiest na deze voorlichting nog voor een kijkoperatie, tegen bijna 90 procent van de patiënten zonder voorlichting. Deze voorlichting zou je ook al in de huisartsenpraktijk kunnen aanbieden.'

HOE VERDER

'Wij gaan het gedachtegoed verspreiden en meer zorgverleners

betrekken', vertelt Tijn Kool. 'Ook in de opleidingen moet hier veel meer aandacht voor komen. Hoe je omgaat met patiënten die vragen om diagnostiek of behandeling bijvoorbeeld, maar ook hoe je de afwegingen maakt tussen wel en niet-gepaste zorg. Neem zo'n kijkoperatie van de maag, die is voor een aantal patiënten natuurlijk wél zinvol.' Vanuit IQ healthcare geven ze al colleges aan Nijmeegse studenten Geneeskunde in de bachelor- en masterfase. Deze problematiek zou volgens Tijn ook in de huisartsenopleiding meer aandacht moeten krijgen.

ZELF AAN DE SLAG

Maar, tipt hij, je kunt er ook gewoon mee aan de slag gaan. 'Ga kritischer kijken. Als je denkt, dit gebeurt mij te vaak, ga het dan eens meten en kijk hoe zinvol het is. Ga het gesprek er over aan met collega's en kijk of het ook anders kan.' Kaart het zo nodig aan bij verzekeraars, is zijn andere suggestie. 'Vraag bijvoorbeeld om experimenteeruimte met meer tijd voor gesprekken met bepaalde patiëntengroepen, omdat dat de zorg betaalbaarder kan maken.' En hij besluit: 'Neem ook gerust contact op met onze afdeling IQ Healthcare voor adviezen. In april zijn we gestart met een nieuwe ronde verbeterprojecten. Heb je ideeën hiervoor, meld je dan aan op onze site (zie kader). Benieuwd naar de resultaten van het programma: kijk op www.doenoflaten.nl. Hier vind je ook toolkits voor gepaste zorg uit de acht projecten. ●

Vragen of reageren?

✉ verbind@radboudumc.nl



Judith de Jong

Arts promovendus
Maag-, darm-
en Leverziekten

'Helpt patiënten ziet na digitale voorlichting af van maagonderzoek'

'Ik heb onderzoek gedaan of je met betere patiëntenvoorlichting het aantal maagonderzoeken (gastroscoپیën) bij simpele klachten kunt verminderen. Want meestal komt daar weinig uit. Daarvoor heb ik ook veel huisartsen gebeld, die patiënten hebben doorgestuurd. De meesten weten dat het weinig oplevert, maar zijn bijvoorbeeld bang om iets ernstigs te missen. Of ze gebruiken een argumenten als: 'Die patiënt kwam zo vaak op mijn spreekuur terug. Met zo'n onderzoek kan ik hem geruststellen en het hoofdstuk afsluiten.' Wij hebben nu een digitaal voorlichtingsprogramma gemaakt, dat patiënten thuis kunnen bekijken. Hoe werkt de maag, hoe ontstaan maagproblemen... Met daarbij leefstijladviezen om klachten te voorkomen. Wat blijkt, de helft van de patiënten ziet af van het kijkonderzoek na deze voorlichting. Ik denk dat er zo ook op andere gebieden veel te winnen valt. Door bijvoorbeeld dedicated teams in te zetten in elk vakgebied, die zorgverleners en patiënten ervan overtuigen dat het soms beter is om minder te doen.'

Wie zijn de professionals in ons netwerk? Wat doen ze en wat drijft hen? En: met wie werken ze samen? In de rubriek "1 dag van..." volgen we deze keer **Lisanne Tieland** (24), kraamverzorgende bij Kraamzorg Zuid Gelderland.



🕒 07.00

'Ik word wakker van mijn wekker. Ik neem de tijd om mij even op te frissen en wat te eten. Voor ik vertrek vul ik het adres in op Google Maps zodat ik bij de juiste mensen voor de deur sta.'



🕒 08.00

'Het is 8 uur als ik bij het gezin voor de deur sta. De baby is 6 dagen geleden geboren. Het is hun eerste kindje. Na binnenkomst nemen we de avond en nacht door. Ik maak een ontbijtje op bed klaar voor de ouders zodat ze nog even rustig kunnen blijven liggen.'

🕒 08.45

'Na het ontbijt is het tijd voor de controles. Bij de kraamvrouw controleer ik haar temperatuur, pols, baarmoeder en de hechtingen. Ze heeft koorts. We bespreken hoe ze zich voelt. We lopen wat dingen na en stellen vast dat haar borsten erg warm, rood en hard zijn. Ik neem direct contact op met de verloskundige.'



🕒 10.30

'In overleg met de verloskundige hebben we de huisarts gebeld die meteen langskomt. Na wat controles stelt de huisarts een borstontsteking vast en schrijft een antibioticakuur voor.'

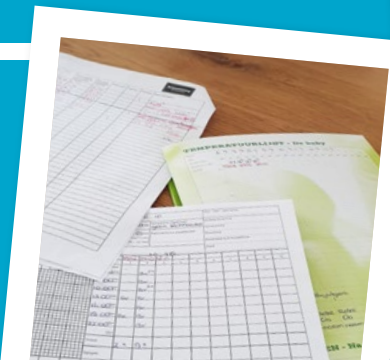


🕒 12.00

'Na deze onrustige ochtend is het alweer tijd voor de lunch en het "rustuurtje" voor de ouders. Tijdens het rustuur maak ik het sanitair schoon, zet ik een wasje aan en vul ik mijn papieren in. Ook bel ik nog even met de verloskundige om te vertellen hoe het met de huisarts is afgelopen.'

🕒 14.30

'Het rustuurtje wordt onderbroken door een hongerige baby. Tijdens de voeding nemen we de dag door. Na de laatste controles sluit ik de dag af.'



AGENDA

2019

AUGUSTUS

30 AUGUSTUS Symposium 'Differences in sex development' (DSD). Mensen met een vorm van DSD zijn over het algemeen niet ziek maar sommige vormen worden veroorzaakt door een hormonale stoornis die behandeld moet worden. In de laatste jaren zijn medische kennis en inzichten rondom DSD toegenomen. Daarnaast zijn er veel maatschappelijke ontwikkelingen die invloed hebben op de begeleiding en de besluitvorming van mensen met een DSD conditie en hun ouders/naasten.

SEPTEMBER

10 SEPTEMBER Start van cursus 'Ethiek in de huisartspraktijk'. Loop je in jouw huisartspraktijk nogal eens tegen morele of ethische problemen aan? En lijkt het je interessant om hier uitgebreider bij stil te staan? Dan is de cursus Ethiek in de Huisartsenpraktijk iets voor jou.

12 SEPTEMBER Symposium 'Onomwonden over wonden', interessant voor (leerling)verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten, aio's, coassistenten, praktijkondersteuners, podotherapeuten, gipsmeesters, huisartsen, specialisten ouderengeneeskunde, plastisch chirurgen en andere geïnteresseerden.

19 SEPTEMBER Nascholing Verhoogd PSA! Wat Nu? Het meten van PSA wordt steeds populairder. Hoe hiermee om te gaan? Wat is de huidige visie op diagnostiek en nazorg? Prostaatanker-specialisten geven antwoord. www.marktwo.nl

NOVEMBER

11 NOVEMBER Werkconferentie Somatiek en jeugdhulp, samen met kind en gezin. In de regio Nijmegen werken jeugdhulpprofessionals, maatschappelijk werkers, psychologen, kinderartsen en verpleegkundigen samen in de thuissituatie, over de muren van hun eigen organisatie heen. Wat betekent dit nu in de praktijk? (11 november)

19 NOVEMBER Science Day, open dag

Open Dag Weekend van de Wetenschap 2019

Gezondheidswetenschapper voor één dag



Op **ZONDAG 6 OKTOBER** opent het Radboud Institute for Health Sciences voor de tweede keer haar deuren tijdens het Weekend van de Wetenschap. Van 12.00 – 16.00 uur is het Onderwijsgebouw van het Radboudumc het middelpunt van het gezondheidswetenschappelijk onderzoek van het Radboudumc. Jong en oud kan ervaren wat dit onderzoek inhoudt, wie de onderzoekers zijn en hoe spannend de wereld van de gezondheidswetenschappen is. Met een interactieve wetenschapsmarkt, kindercolleges, het teddyberen ziekenhuis, minicolleges en rondleidingen achter de schermen. Onder aanvoering van gastheer Klaas van Kruistum krijgen bezoekers een kijkje in de diversiteit van het gezondheidswetenschappelijk onderzoek: van Artificial Intelligence tot zorginnovatie, en van het Museum voor Anatomie en Pathologie tot de snijzaal. Het Radboudumc is één van de twaalf hoofddeelnemers van het landelijke Weekend van de Wetenschap.

Toegang gratis. Meer informatie
www.radboudumc.nl/wvdw

Autosleutel, familiefoto of tillift: wat is onmisbaar in jouw werk?



Marion Coster is als praktijkondersteuner werkzaam bij huisartsenpraktijk Het Meijhuis in de wijk Meijhorst in Nijmegen. Zij begeleidt patiënten met Diabetes mellitus type 2, COPD en met harten-vaataandoeningen. Zij schreef de "Compassion for Care song".



'Compassion for Care' button **inspireert** elke dag

De 'Compassion for Care' button ligt altijd op haar tafel in de spreekkamer. Praktijkondersteuner somatiek Marion Coster heeft 'm op haar etui gespeld. 'Deze button inspireert mij elke dag.' Om haar heen ziet Marion regelmatig dat collega's de motivatie voor patiëntenzorg verliezen door onder andere de toenemende werkdruk, checklists, protocollen en projecten. Ook ervaart zijzelf dat die factoren haar werkplezier kunnen belemmeren. 'Het blijft van wezenlijk belang dat wij als zorgprofessionals de compassie behouden of terug vinden. Je hebt zelf de mogelijkheid om op je werkplek een verandering tot stand te brengen. Bewust te blijven van het belang van compassie voor de ander en voor jezelf. Ik probeer altijd het accent te leggen op de mens achter de aandoening, en de

eigen regie van de patiënt. De focus ligt hierbij op wat iemand wél kan, ondanks ziekte en beperkingen. Ik voel me bevoorrecht om hen daarin te begeleiden, zoom in op de drijfveren van iedere patiënt. Door hen vragen te stellen: wat houd je bezig, wanneer is je situatie veranderd? Maar ook: waar word je gelukkig van? Zo ontstaan mooie intermenselijke gesprekken. Ze vertellen dan ook over hun teleurstellingen. Dat de lichamelijke conditie bijvoorbeeld zo slecht is, dat de patiënt geen energie meer heeft om met de kleinkinderen te spelen. Diegene te laten aansluiten bij een wandelclubje, dat zie ik als mijn uitdaging en daar doe ik het voor. Om met de patiënt als partner samen te kijken hoe hij positief kan omgaan met zijn chronische aandoening.' ●