

Speerpunt: eigen regie
over **laatste levensfase**

Pag 8 • leestijd 2.40 min

Passende zorg bij lang-
durige bewustzijnsstoornis

Pag 15 • leestijd 4.30 min

Jonge patiënten thuis
intraveneus behandeld

Pag 20 • leestijd 2.10 min

Verb1nd.

VOORJAAR 2024

Zorgtrajectbegeleider Sandra Prins
(links) en logopedist Frieda Debets
over de behandelinterventie
Com-mens bij beginnende dementie:

**‘De ruis in de communicatie
vervangen we door rust’**

pag 10 • 3.40 min

Colofon

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

Redactie Beatrijs Bonarius (hoofd-redacteur), Editha Gerdingh, Frank de Groot, Madelon Hermsen, Johan Oltvoort, Koen Scheerders, Gloedcommunicatie, Irene Spann-de Swart

Fotografie Eric Scholten

Contentcommissie Felix van de Graaf, Joost van der Gulden, Freek Kinkelaar, Jacintha van Oosten, Henk Schers, Yvonne Schoon

Bladcoördinatie Editha Gerdingh

Correspondentie vragen over bezorging: verbind@radboudumc.nl

Vormgeving Gloedcommunicatie

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 2024.

Wat een rijkdom!

Dit jaar staat mijn afscheid voor de deur. Er is me niet verteld welke deur precies. Mijn voordeur of een willekeurige uitgang? Hoe dan ook, na bijna veertig jaar te hebben gewerkt als specialist ouderengeneeskunde en bijna twintig jaar hoogleraarschap ouderengeneeskunde, zet ik op dit moment de eerste woorden op papier voor mijn afscheidsrede. Op 20 september is het zover. UKON, het Universitair

Kennisnetwerk Ouderenzorg Nijmegen, organiseert die dag het symposium “Specialisten in de ouderenzorg zijn goud waard!” Want wat een rijkdom is het dat we in de ouderenzorg tegenwoordig zoveel uitstekend opgeleide professionals hebben. Toen ik in 1985 aan mijn loopbaan begon, was er op dit terrein geen enkele specialisatie of richtlijn. Dat wilde ik veranderen. Vooral dankzij een groei van onze kennis hebben we nu aanzienlijk meer onderbouwing voor wat we doen dan veertig jaar geleden.

Naar de toekomst toe liggen er in ons land nieuwe uitdagingen te wachten, mede door de demografische ontwikkelingen. Denk aan het ontwikkelen van

nieuwe woonvormen voor ouderen en het inzetten op samenredzaamheid, bijvoorbeeld door het creëren van community's waar ouderen en jongeren samenwonen. Ook in dat licht ben ik blij en trots dat we vanuit 'Nijmegen' al pionierend een krachtig specialisme hebben opgebouwd. In 1995 mondde dat uit in de start van een vervolopleiding. De oprichting van het UKON, dat met veel impact kennis ontwikkelt en verspreidt, zie ik eveneens als een mijlpaal.

‘In de ouderenzorg hebben we tegenwoordig veel uitstekend opgeleide professionals’

Wat ik na september ga doen? Ik verwelkom meer vrije tijd. In mijn beleving heb ik voor mijn vakgebied, mijn kindje, veel mogen doen en zeker ook veel gelaten. Het kind is inmiddels volwassen. Op enige afstand vul ik nog wel verschillende taken en adviesfuncties in. Zo kan ik al samenwerkend mijn steentje blijven bijdragen.

Hoogleraar ouderengeneeskunde Raymond Koopmans is verbonden aan het Radboudumc en stichting *De Waalboog*. Hij richt zich in het bijzonder op de langdurige zorg.





10

Ruis, onrust en angst. Met deze emoties worden zowel patiënten met beginnende dementie als hun naasten geconfronteerd. De ziekte tast immers als eerste het begrip en communicatieve vaardigheden aan. Dankzij de **behandelinterventie “Com-mens”** kunnen logopedisten deze mensen helpen.

Juist deze groep patiënten heeft **passende zorg** nodig

8

Met proactieve zorgplanning geef je mensen de **regie over hun laatste levensfase**. Deze aanpak wordt in de regio Rijk van Nijmegen ondersteund.

15

Kennisdossier

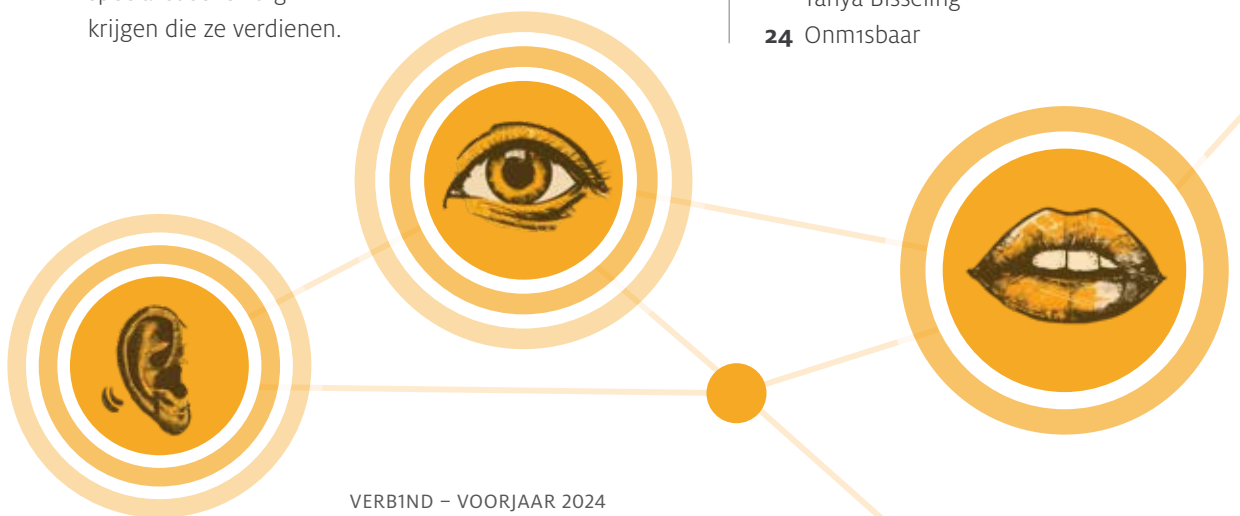
Door een verkeerde diagnose krijgen patiënten met een langdurige bewustzijnsstoornis vaak geen passende zorg. Het Mobile ExpertTeam zorgt dat deze patiënten de specialistische zorg krijgen die ze verdienen.

20

Hoop voor kinderen met Inflammatory Bowel Disease. Mogelijk kan hun intraveneuze behandeling straks **thuis in plaats van in het ziekenhuis** plaatsvinden.

VERDER

- 6 Impact: cultureel competente zorg
- 14 Column Gerdine Fransen-Kuppens, bijzonder hoogleraar Populatiegerichte Preventie
- 19 Kennis delen is kennis vermenigvuldigen
- 22 Facts & Figures: transgenderzorg
- 23 1 dag van MDL-specialist Tanya Bisseling
- 24 Onmisbaar





20 jaar UKON in lustrumkrant

Lees de twintigjarige geschiedenis van UKON in de lustrumkrant



UKON-SYMPOSIUM 2024

Boeiend programma over ouderenzorg

Het symposium van UKON (Universitair Kennisnetwerk Ouderenzorg Nijmegen) vindt plaats op 20 september 2024 in Nijmegen in de Stadsschouwburg. Dit jaar heeft het symposium als thema "Specialisten in de ouderenzorg zijn goud waard". Verder wordt deze dag op een bijzondere manier afgesloten met de **afscheidsrede in Concertgebouw De Vereniging van prof. dr. Raymond Koopmans**, voorzitter van UKON. Veel collega's waar Raymond de afgelopen jaren mee heeft samengewerkt, verzorgen inspirerende presentaties over onder andere dementie, palliatieve zorg, geriatrische revalidatie, paramedische zorg en zingeving. Kortom, een boeiend programma voor elke professional in de ouderenzorg.

Meer informatie over het symposium:

ukonnetwerk.nl

Nieuw leerboek *Morbidity in primary care*

Morbidity in primary care is een nieuw interactief medisch tekstboek over ziekten, aandoeningen en clusters van symptomen in de huisartsenpraktijk. Deze worden gepresenteerd op basis van jarenlange dataregistratie door huisartsen van het Academisch Huisartsen Netwerk, het Family Medicine Network (FaMe-Net). In 27 hoofdstukken beschrijven ze klinische aandoeningen of clusters van symptomen, zoals het klinisch beloop van de

aandoening, de registratie, epidemiologische cijfers, een beschrijving van hoe de aandoening over het algemeen wordt gepresenteerd tijdens het eerste bezoek aan de huisarts, de interventies van de huisarts bij deze aandoening. Door de bezoekredenen te combineren met de diagnoses binnen een episode kunnen uitkomsten (bepaalde ziekten of aandoeningen) gerelateerd aan de eerste presentatie worden bestudeerd of voorspeld. De begeleidende tekst in de hoofdstukken helpt bij het juist interpreteren van de cijfers en het voorkomen van mogelijke valkuilen. Voor en door huisartsen dus.

Het digitale boek is gratis beschikbaar: famenet.nl



Ilse te Walvaart:
 ‘Ook bij NEO zet ik me in om de zorg toegankelijk, kwalitatief goed en betaalbaar te houden’



t1p



wegwijzer024.nl informeert over welzijn, wonen en ontmoeten in Nijmegen. Op deze online wegwijzer vind je zo'n 1.800 verschillende activiteiten, organisaties en diensten. Van buurtactiviteiten tot hulp en ondersteuning door vrijwilligers of professionals.



Denk jij als **nieuw extern redactielid** mee over de inhoud van Verb1nd?

De frisse blik van een buitenstaander, die kan de redactie van magazine Verb1nd goed gebruiken. Voor deze waardevolle bijdrage konden we altijd rekenen op huisarts Annoek van der Gouw. Maar zij stopt, omdat ze haar praktijk heeft verruild voor een baan in het onderwijs. Op de eerste plaats willen we Annoek hartelijk bedanken voor haar jarenlange inzet.

Daarnaast zijn we op zoek naar een nieuw lid dat haar plek in onze contentcommissie wil innemen. Lijkt het jou leuk om ons van een frisse blik te voorzien en een bijdrage te leveren aan de inhoud van het magazine? Verb1nd verschijnt tweemaal per jaar en het kost je ongeveer drie uur per nummer. Wij bieden een kleine vergoeding hiervoor.

Wil je bijdragen aan Verb1nd of meer informatie?

Stuur een e-mail naar: Verbind@radboudumc.nl



Even bellen met ... **Ilse te Walvaart**

Was: bedrijfskundig directeur Radboudumc Centrum voor Geïntegreerde Zorg
Is: bestuurder NEO Huisartsenzorg, de regionale huisartsenorganisatie voor Nijmegen en omgeving

Gefeliciteerd Ilse, wanneer ben je begonnen?

‘Sinds 1 mei werk ik bij NEO. Ik zit dus nog in de kennismakingstijd.’

Is de overstap een grote verandering voor je?

‘Ja en nee. NEO is natuurlijk een totaal andere organisatie dan het Radboudumc. Wel is de maatschappelijke opdracht voor beide organisaties gelijk: de zorg toegankelijk, kwalitatief goed en betaalbaar houden. Daar zet ik me maar al te graag voor in. Bovendien blijf ik vanuit NEO ook samenwerken met mijn collega's van het Radboudumc.’

Oh, vertel ...

‘Beide organisaties zijn, samen met alle andere netwerkpartners in de zorg en het sociaal domein, vertegenwoordigd in NOEL, oftewel “Nijmegen op één lijn”. Gezamenlijk hebben we een plan gemaakt om in deze regio de ambities van het Integraal Zorgakkoord te realiseren. Een grote opgave waar we samen de schouders onder zetten!’

Aandacht voor cultuur essentieel voor goede zorg

Nederland telt steeds meer inwoners met een migratieachtergrond. Hierdoor stijgt ook de vraag naar cultureel competente zorg. Dit is zorgverlening die aansluit bij de behoeften van deze groep mensen en rekening houdt met diversiteit in cultuur en taal. Bij culturele competenties zijn drie pijlers te onderscheiden: een persoonsgerichte houding, goed afgestemde communicatieve vaardigheden en kennis over de relatie tussen voeding, ziekte en etnische of sociaal-culturele factoren zoals vasten-voorschriften tijdens de ramadan.

Mirjam Jager, diëtist en docent-onderzoeker, promoveerde aan de Radboud Universiteit op onderzoek naar culturele competentie in de diëtetiek. Volgens haar is aandacht voor cultuur essentieel voor goede zorg. Belangrijke aandachtspunten voor diëtisten zijn onder andere: rekening houden met zorgverwachtingen van migranten, culturele verschillen in voedingsgewoonten en het betrekken van het gezin en naasten.

Vooraf handelingsverlegenheid belemmert cultureel competente diëtzorg, zo blijkt uit Jagers onderzoek. Ook constateert ze dat er onder diëtisten behoefte bestaat om de culturele competentie te verbeteren. Mirjam Jager ontwikkelde daarom een observatie-instrument om cultureelcompetent consultgedrag van diëtisten te kunnen bepalen en introduceerde een culturele competentietraining. Beide instrumenten, en de aanbevelingen uit haar proefschrift, dragen bij aan een inclusievere, beter afgestemde gezondheidszorg voor een diverse samenleving.

① Voor de culturele competentietraining zie: www.han.nl/opleidingen/post-hbo/diëtbegeleiding-bij-migranten/
Het proefschrift is beschikbaar via de Radboud Repository: <https://hdl.handle.net/2066/298976>



Foto: met dank aan Wereldkoks, een sociale onderneming die gemeenschappen verbindt en kansen biedt aan mensen met diverse achtergronden.

eldkoks



GRATEFUL FOR THE COLLECT
THAT WENT INTO MAKING THIS
A REALITY. SPECIAL THANKS

STICHTING JANS HUGGLAN
STICHTING VIVACE
LINGOTTO VERMICELLI B.V.
DRIFT OM TE DANSEN B.V.
BGI ACCOUNTANTS
YOU BEDU
BREBL
OERSOEP
EXPO BART
SKILL'NESS

ANNY HORSTINK & RIEN H
CLEM BONGERS
DAPHNE LAAN
ELSKE BERNDEZ
GUDFRIED VERSTEGEN
HELEN ARENZ
JAC SPLINTER
JURINE RUTTEN
JULIUS BRUM
MICK VERWEI
REMCO W. VISSER
SIMONE KOL

SPECIALS:

PITA MUHAMMARA
met ingemaakte rode wijn, feta,
granaatappel kroep en pijn-
de walnoten

SABICH 6,-
pita-brood, tahini, sla, tomaat-
sambarsaus, geproefd aangebr-
deksaat ei, knof (optioneel),
mango chutney

BAKLAVA 0,75 p/st

MANTI 7,-
Turkse ravioli gevuld met aardappelen,
peet en tomaat, geserveerd met
(knoflook) yoghurt, tomatensaus
en munt

AZIATISCH BLOEMKOOLOSOEP 4,-
met kokosmelk en citroengras,
koriander en serrano (optioneel),
gebakken witjes

Geef mensen **regie** over

Mensen zelf de regie geven over de laatste fase van hun leven. Dát is de kern van **proactieve zorgplanning**. In regio Rijk van Nijmegen zet de hele breedte van de zorg haar schouders eronder om dit goed te organiseren.

Het is een speerpunt uit het Integraal Zorgakkoord: passende zorg. De situatie waarin artsen kwetsbare ouderen of mensen met ongeneeslijke of levensverkortende ziekten eindeloos doorbehandelen, is niet vol te houden en vaak ook niet “passend”, stelt Franca Ruikes, huisarts bij academisch gezondheidscentrum Thermion en kaderhuisarts ouderenzorg bij NEO Huisartsenzorg. ‘Het gaat erom in de laatste levensfase aan te sluiten bij de wensen, waarden en behoeften van mensen. Wanneer je weet wat iemand belangrijk vindt en wat hij pertinent niet wil, kun je toekomstige zorg en behandeling hierop afstemmen. Zo geef je mensen regie. Wij zorgverleners moeten patiënten stimuleren tijdig met ons en met hun naasten in gesprek te gaan over die laatste levensfase.’



Franca Ruikes

‘Afwachtende en ontwijkende patiënten hebben soms een duwtje in de goede richting nodig’

BREDER KIJKEN

‘Een actieve attitude bij patiënt en professional is cruciaal’, bevestigt Anne-Marie Barkhuis. Zij is netwerkcoördinator Palliatieve Zorg Zuid-Gelderland. ‘Daarbij

moeten we breder kijken dan iemands fysieke gezondheid of niveau van functioneren. Kwaliteit van leven gaat óók over zaken als mentaal en sociaal welbevinden en participatie. We werken in de regio op dit onderwerp daarom niet alleen samen met huisartsen en specialisten, maar ook met wijkverpleging, ggz en welzijnsorganisaties. Al deze partijen kunnen op enig moment een “haakje” zien om met iemand in gesprek te gaan over de laatste levensfase. Dan is het van belang dat deze gesprekken ook daadwerkelijk gevoerd worden. En dat professionals hierover onderling werkafspraken hebben en informatie actief uitwisselen.’

KRACHTIG MIDDEL

De bewustwording rond het belang van proactieve zorgplanning neemt toe. Toch is de praktijk soms weerbarstig. Franca Ruikes: ‘Ik denk aan situaties waarin een kwetsbare oudere naar het ziekenhuis wordt verwezen voor een behandeling die niet bijdraagt aan de kwaliteit van leven. Of aan patiënten in een palliatieve fase die onwenselijk lang worden doorbehandeld. Dat moeten we zien te voorkomen. Kijk, proactieve patiënten bespreken hun wensen wel met hulpverleners. De afwachtende en ontwijkende patiënten hebben soms een duwtje in de goede richting nodig. Het organiseren van informatieve groepsbijeenkomsten is hierin een krachtig middel. We organiseren

laatste levensfase



Anne-Marie Barkhuis

‘Een actieve attitude bij patiënt én professional is cruciaal’

onlangs zo’n bijeenkomst over proactieve zorgplanning in Thermion. De weken daarna ontvingen mijn collega’s en ik diverse patiënten op het spreekuur die hierover wilden doorpraten.’

SAMENWERKING STROOMLIJNEN

In regio Rijk van Nijmegen lopen diverse projecten rond proactieve zorgplanning, vooral gericht op het stroomlijnen van de samenwerking. Zo is er vanuit NEO Huisartsenzorg en ZZG zorggroep in samenwerking met de HAN een *best practice* model voor de implementatie van proactieve zorg-

planning in de eerste lijn ontwikkeld. Het verbetertraject “Veerkrachtig samen beslissen” richtte zich op de samenwerking tussen huisarts en specialist in proactieve zorgplanning. NEO Huisartsenzorg, NPZZG en Radboudumc hebben ook gewerkt aan een transmuraal zorgpad Palliatieve Zorg. Deze visualisatie van de “patiëntreis” is inmiddels beschikbaar voor zorgverleners.

Wat de verschillende projecten in ieder geval hebben opgeleverd, is meer bewustwording bij en een actieve houding van professionals. Franca Ruikes: ‘Uiteraard lopen we tegen praktische hobbels aan, zoals financiering en ICT. Maar de wil om samen te verbeteren is er. De projecten bieden concrete handvatten over hoe dat te doen.’

En dat is goed nieuws, stelt Anne-Marie Barkhuis. ‘Proactieve zorgplanning is in het belang van patiënten, professionals en samenleving. En het enige wat feitelijk nodig is, is een goed gesprek. De dood is confronterend voor veel mensen. Maar als je aangeeft het te willen hebben over een zo fijn mogelijke laatste levensfase, dan staan de meeste mensen hier echt voor open.’ ●

Palliatieve fase bepalen

Uit onderzoek van kaderhuisarts Carel Veldhoven uit Berg en Dal blijkt dat huisartsen aan de hand van de dubbele *surprise question* goed kunnen markeren welke patiënten in de palliatieve fase zitten. Bij deze groep zijn proactieve zorgplanningsgesprekken zinvol. Meer informatie op: www.palliaweb.nl.



Lees hier meer over het transmuraal zorgpad



Lees hier meer over het best practice model





Van ruis naar rust

Grotere rol logopedie bij beginnende dementie

Nederland vergrijsst en daardoor neemt het aantal mensen met dementie toe. **De ziekte tast vaak als eerste het begrip en de communicatieve vaardigheden aan.** In de thuissituatie veroorzaakt dat allerlei vormen van ruis, onrust en angst, zowel bij de patiënt als bij andere betrokkenen. Radboudumc-logopedist Frieda Debets ontwikkelde voor deze patiëntengroep de wetenschappelijk gevalideerde behandelinterventie “Com-mens”.



Com-mens is aan een opmars bezig. De cursussen voor logopedisten om zich de methodiek eigen te maken, lopen snel vol. Voor huisartsen zijn verwijskaarten in de maak, zodat ze thuiswonende patiënten met beginnende dementie gericht kunnen doorverwijzen naar een logopedist die de methodiek beheerst. ‘Waar de term Com-mens vandaan komt? Het is een samenvoeging van communicatie en mensgericht werken’, licht Frieda Debets toe. ‘Zodra dementie zich openbaart, ontstaan al snel communicatieve problemen. Iemand kan bijvoorbeeld niet meer op woorden komen, is opeens de draad van het gesprek kwijt of begrijpt niet wat er werd gezegd. Dat heeft direct impact. De persoon zelf weet dat er iets niet klopt, schaamt zich of wordt angstig,

bang om fouten te maken. De partner en andere naasten weten vaak niet meer wat ze wel of niet moeten zeggen of doen. Is een afspraak wel echt begrepen? Communicatie wordt een probleem en veroorzaakt stress. En juist stress is bij beginnende dementie een snelweg richting steeds minder functioneren.’

EERST VERBINDING, DAN UITLEG

Het mensgericht werken volgens de Com-mensmethode is intenser dan het gebruikelijke zorgaanbod voor deze patiëntengroep, stelt Frieda Debets, die sinds 2005 aan haar vernieuwende aanpak werkt. Het gaat om zes sessies van ongeveer een uur, waarbij de logopedist aan huis komt. Na de kennismakingsfase – ‘Er moet verbinding

Frieda Debets



‘De hectiek verdween: wát een verademing’

2022 was een turbulent jaar voor Annelies (67) en haar man Will (70). Zij stond voor haar pensioen, bij hem openbaarde zich een auto-immuunziekte. Daarbij groeide de onrust, omdat hij steeds vaker moeite had om op woorden te komen en zinnen te formuleren. De diagnose “beginnende dementie” viel rauw op hun dak.

‘De fysieke klachten van mijn man waren te behandelen’, vertelt Annelies, ‘maar wat doe je met de diagnose dementie? Ons leven was ontregeld en stond onder hoogspanning door onzekerheid, verdriet, angst en schaamte. Mijn man kroop steeds verder in zijn schulp, bang om fouten te maken. Ik wilde graag helpen, maar hoe? De physician assistant Klinische Geriatrie van het Radboudumc verwees ons door naar logopedist Frieda Debets.’

‘Deze vorm van begeleiding gunnen we iedereen die in deze situatie belandt’

Zodra het over de sessies met Frieda gaat, verandert Annelies’ nuchtere manier van vertellen in puur enthousiasme: ‘We kwamen binnen en voelden ons meteen gehoord en gezien. Vanuit de hectiek kwamen we in een oase van rust, waar we

open konden praten en inzicht kregen in wat er aan het veranderen was. Inclusief praktische handvatten om daarmee te leren omgaan. Wát een verademing!’

NIEUWE ANKERS

Annelies vertelt dat Will en zij weer “vaste grond onder de voeten” kregen. ‘We werden bij de hand genomen om onze eigen bronnen en talenten terug te vinden. En we leerden bijvoorbeeld ook hoe je mimiek, gebaren, verhalen, plaatjes en muziek gebruikt bij het communiceren. De paniek om steeds meer te verliezen, is omgezet in rust creëren en vervolgens nagaan wat er allemaal nog wél kan, wat er nog wél is. Dat helpt. We hebben weer een koers en nieuwe ankers, ook voor als het moeilijker gaat worden.’ Annelies en Will willen hun verhaal graag delen: ‘Deze vorm van begeleiding gunnen we iedereen die in deze situatie belandt.’

‘Al snel merk je dat wat je zegt, wordt herkend. Kwartjes beginnen te vallen’

zijn, anders werkt het niet.’ – volgt uitleg over wat dementie is en teweegbrengt. Frieda Debets: ‘Dat is maatwerk. Je moet goed luisteren naar de hulpvragen en gericht antwoorden. Ik geef uitleg in kleine stappen, vaak met behulp van plaatjes. Bijvoorbeeld een plaatje van een brein. We schrijven woorden op, we praten, niets is bedreigend. Op de achterkant van elke kaart met een plaatje staat informatie voor de logopedist, die tijdens de cursus is getraind om dit gesprek te voeren. Al snel merk je dat wat je zegt, wordt herkend. Kwartjes beginnen te vallen.’

LANGER THUIS

Vanaf de tweede sessie begint in kleine stappen het “versterken” van de patiënt, zoals Frieda Debets het noemt. ‘Ik geef allerlei concrete handvatten om stress en andere ruis weg te halen. We creëren een veilige omgeving waarin alles bespreekbaar is. Vanuit rust lukt het vaak om nieuwe mogelijkheden te zien. Er is nog zoveel wat wél kan.’

De aanpak is volgens haar niet bedoeld om

meer dementiezorg naar logopedie te verschuiven. ‘Dat speelt geen enkele rol. We werken ook volop samen met alle andere zorgverleners, zoals ergotherapeuten. Mij gaat het erom dat logopedisten vanuit hun specifieke kennis van communicatie de patiënt en diens omgeving kunnen helpen om in balans te komen, waardoor patiënten ook langer thuis kunnen blijven wonen.’

NIEUWE INZICHTEN

Sandra Prins werkt als zorgtrajectbegeleider voor Netwerk 100, een organisatie die zich in Zuidoost-Gelderland richt op verbetering van welzijn en zorg voor kwetsbare ouderen en mensen met dementie. Ze hoorde voor het eerst over Frieda Debets' Com-mens-methode toen ze op huisbezoek ging bij iemand met dementie. ‘Alle betrokken zorgverleners weten dat de diagnose veel impact heeft en onrust veroorzaakt in de thuissituatie. Als vanuit logopedie nieuwe inzichten en hulpmiddelen worden ingebracht, sta ik daar vanuit mijn coördinerende rol helemaal achter. Samen zetten we ons in voor de patiënt, ieder vanuit onze eigen kennis en achtergrond.’

COM-MENS-TOOLKIT

Verschillende elementen uit de Com-mens-aanpak worden in een iets ander jasje ook door andere zorgverleners ingezet, weet Sandra Prins. Ze vindt het interessant dat Debets veel met afbeeldingen en andere vormen van visualisering werkt: ‘Dat lijkt heel

positief uit te pakken. Daar kunnen we mogelijk allemaal weer van leren.’ De afbeeldingen waarover ze spreekt, horen bij de door Frieda Debets ontwikkelde Com-mens-toolkit. Wat zit er in? Frieda Debets: ‘Bijvoorbeeld een set educatiekaarten waarmee je problemen bespreekbaar kunt maken, dertig profielkaarten voor concrete praktische hulpvragen en een hulpmiddelenwijzer. Allemaal laagdrempelige tools om in de communicatie ruis te vervangen door rust.’ ●

Meer informatie?

Op de website van het Radboudumc is meer informatie over de methode Com-mens te vinden.

www.radboudumc.nl/patientenzorg/behandelingen/com-mens

Promotieonderzoek: ‘Methode Com-mens heeft meerwaarde’

De logopedische behandel-methode Com-mens heeft voor thuiswonende mensen met dementie en hun naasten aantoonbaar meerwaarde voor het verminderen van communicatieve problemen en het verbeteren van communicatieve vaardigheden. De methode levert onder meer “kennis, inzicht, meer rust en minder frustratie in gesprekken” op, ongeacht het soort dementie. Dat concludeert Mariëlle Olthof-Nefkens in haar vorig jaar gepubliceerde proefschrift *Speech language therapy to facilitate people with dementia and their loved ones*. Mariëlle Olthof-Nefkens is logopedist in de ouderenzorg en science practitioner.

‘Elementen uit deze aanpak worden ook door andere zorgverleners ingezet’



Sandra Prins

Gerdine Fransen-Kuppens is bijzonder hoogleraar Populatiegerichte Preventie aan het Radboudumc. Op 6 juni houdt zij haar oratie 'Samen bouwen aan collectieve impact' aan de Radboud Universiteit. Ze werkt momenteel mee aan het onderzoeksproject LeefstijlVersterkt, gericht op leefstijladvisering binnen huisartsenpraktijken in Nijmegen en omstreken.



Help ons!

Sommige verhalen beginnen lichtvoetig, om daarna bruut te worden meegezogen in een diepdonker doemscenario. Ik draai het liever om: na de winter wordt het overal lente. Wat is het geval: in maart meldde het Centraal Bureau voor de Statistiek dat zestien procent van alle Nederlanders van twintig jaar en ouder ernstig overgewicht of obesitas heeft. Nooit eerder lag dat percentage zo hoog. Het is een verdriedubbeling sinds begin jaren tachtig. Obesitas is een chronische ziekte: mensen houden er levenslang last van. Of dat al niet erg genoeg is, bracht het CBS nog meer slecht nieuws: de helft van alle

Nederlanders heeft overgewicht. En het overgrote deel van de jongeren consumeert niet de aanbevolen hoeveelheden groente en fruit.

Bovendien voldoen bitter weinig van die jongeren aan de richtlijnen voor een gezond bewegingspatroon. Zo kan ik nog even doorgaan. Maar duidelijk is dat je inspanssen voor (ziekte)preventie en leefstijlverandering lijkt op vechten tegen de bierkaai, de patatkaai, de bankhangkaai enzovoorts.

Leefstijl blijft vaak onbesproken door gebrek aan tijd, en misschien ook moed

Sinds medio 2023 combineer ik mijn werk voor GGD Gelderland-Zuid met het hoogleraarschap Populatiegerichte Preventie. Mijn leerstoel staat met alle vier de poten in de klei, zeg ik weleens: ik ken de praktijk in de wijk en weet hoe weerbarstig die is voor wie mensen wil stimuleren om gezond(er) te leven. Binnen de zorgsector staat preventie wel in tal van richtlijnen, maar helaas niet overal hoog op de agenda. Door tijdgebrek en misschien ook moed blijft leefstijl vaak onbesproken. Jammer, want er zijn inmiddels allerlei interventies die bewezen effectief zijn en in het publieke domein wordt

keihard gewerkt om overgewicht terug te dringen. Preventie is immers van ons allemaal. Het is een van onze oplossingen voor ernstige problemen als overbelasting, arbeidskrapte en toenemende zorgzwaarte. Om het tij te keren, hebben we iedereen nodig. Ook zorgprofessionals, want juist zij kunnen dit verhaal van de Nederlandse gezondheidszorg een andere wending geven. Help ons! Samen zwemmen we dapper tegen de stroom in en dan wordt het op een dag overal lente. ●

LANGDURIGE BEWUSTZIJNSSTOORNIS NA HERSENLETSEL

Correcte diagnose essentieel
voor leveren van passende zorg



Zonder juiste expertise krijgt **40%**
van patiënten met een bewust-
zijnsvermindering **verkeerde diagnose**

Met de juiste diagnose keert bij
de helft van de patiënten het **bewust-
zijn terug binnen 14 weken**

Deze patiënten verdienen specialistische zorg

Nederland telt weinig patiënten met een langdurige bewustzijnsstoornis. **Maar uit onderzoek blijkt dat het stellen van de diagnose bij deze patiënten vaak misgaat.** Terwijl juist deze patiëntengroep passende zorg nodig heeft.



Mensen die niet-aangeboren hersenletsel (NAH) oplopen, bijvoorbeeld door een verkeersongeluk, reanimatie of hersenbloeding, kunnen in een coma terechtkomen. Een deel van hen ontwikkelt daarna een langdurige bewustzijnsstoornis (LBS). Daarbij kan de patiënt zijn ogen openen en reflexen of minimale tekens van bewustzijn geven, zoals het volgen van een spiegel met zijn ogen, lachen om een grapje of soms simpele opdrachten uitvoeren. Tot doelgericht bewegen of wederzijdse functionele communicatie is de patiënt niet in staat.

IMPACT LBS IS GROOT

Uit onderzoek van het Radboudumc blijkt dat een LBS na NAH in Neder-

land weinig voorkomt. In een inventarisatie bij alle Nederlandse ziekenhuizen, revalidatieklinieken en verpleeghuizen kwam Berno Overbeek, specialist ouderengeneeskunde bij het Radboudumc,

Niet-gespecialiseerde artsen onderschatten vaak het bewustzijnsniveau

Azora en Kalorama, tot een aantal van 32 patiënten met een minimaal bewuste toestand. Daarnaast zijn er naar schatting 10 tot 20 patiënten die in een minimaal bewuste toestand thuis worden verzorgd. Die groep maakte echter geen deel uit van het onderzoek. Eerder identifi-





nen

ceerde dr. Willemijn van Erp, specialist ouderengeneeskunde bij het Radboudumc, Libra Revalidatie & Audiologie en Accolade Zorg al een vergelijkbaar aantal patiënten in een niet-responsief waaksyndroom. Een LBS is daarmee in Nederland extreem zeldzaam vergeleken met andere landen, waar het 10 tot 30 keer vaker voorkomt.

Ondanks die lage aantallen is de impact van LBS groot voor de patiënt, diens naasten, het zorgsysteem en de maatschappij. Sinds 2019 kent Nederland daarom een gespecialiseerde zorgketen voor LBS, waarin de specialist ouderengeneeskunde een centrale rol speelt. Patiënten vallen daarom niet buiten de boot, zoals dat was voor deze centralisatie: toen werd 41 procent van de patiënten met een veronderstelde bewustzijnsstoornis verkeerd gediagnosticeerd. Bovendien hadden patiënten ouder dan 25 jaar geen toegang tot revalidatie.

VERKEERDE DIAGNOSE

Hoewel het goed nieuws is dat deze groep patiënten zo klein is, kent dat verhaal twee kanten. Door het lage aantal patiënten is wetenschappelijk onderzoek lastig te realiseren. En omdat deze mensen

vaak niet voor zichzelf kunnen beslissen, wegen medisch-ethische bezwaren zwaar. Daardoor zijn er weinig op wetenschap gebaseerde feiten waarop artsen zich kunnen baseren voor een prognose of behandeling.

Het is voor veel artsen lastig om onderscheid te maken tussen een minimaal bewuste toestand en een bewustzijnsniveau daaronder, blijkt uit onderzoek van Willemijn van Erp. Dat maakt de kans op een verkeerde diagnose groter. Niet-gespecialiseerde artsen weten vaak niet op welke kenmerken ze moeten letten en onderschatten daardoor het bewustzijnsniveau. Patiënten met een verkeerde diagnose lopen het gevaar dat ze te laat, of zelfs helemaal niet, aan een geschikt revalidatietraject kunnen beginnen.

MOBIEL EXPERTTEAM

Dat was voor Van Erp en haar collega's van het Radboudumc en Libra Revalidatie & Audiologie reden om het Mobiele ExpertTeam Langdurige Bewustzijnsstoornissen (MET-LBS) in het leven te roepen. Dit team bestaat uit experts van Expertisenetwerk Ernstig Niet-aangeboren hersenletsel na coma (EENnacoma). Medewerkers van het team bezoeken

alle Nederlandse patiënten met een (veronderstelde) bewustzijnsstoornis in het ziekenhuis, maar ook in de chronische fase thuis of in een algemeen verpleeghuis. Ze doen diagnostiek op locatie: ze proberen reacties uit te lokken op geluid, aanraking en zicht. Daarnaast bepalen ze de mate van reflexmatige reacties. Op grond daarvan bepalen ze een best- en een worstcasescenario.

Uitgangspunt van het MET-LBS is dat patiënten met een LBS specialistische zorg verdienen, waar ze zich ook bevinden in de zorgketen. Het MET-LBS ondersteunt artsen met intercollegiale consultaties in de diagnostiek en behandeling van hun patiënten. Ook denkt het team mee over passende zorg: ethische dilemma's zijn bij deze doelgroep immers aan de orde van de dag. *Advance care planning* loopt als een rode draad door het revalidatietraject heen.





Na indicering door het MET-LBS kan een patiënt met een LBS terecht bij Libra Revalidatie & Audiologie, locatie Leijpark in Tilburg, voor vroege intensieve neurorevalidatie. Daar proberen zorgverleners gedurende veertien weken het bewustzijn van de patiënt terug te laten keren. Uit recent onderzoek van het Radboudumc en Erasmus MC blijkt dat dit lukt bij ongeveer de helft van de patiënten. Nog eens een derde laat minimale tekenen van bewustzijn zien.

Momenteel werken twee promovendi, revalidatiearts Daniëlle Driessen en specialist ouderengeneeskunde Manju Sharma-Virk, onder leiding van Van Erp en collega's van Radboudumc en Erasmus MC, aan de publicatie van meer cijfers over herstel, complicaties, kwaliteit van leven en sterven bij deze patiënten in de eerste twee jaar na het hersenletsel.

EERSTE LIJN

Het mag lastig zijn om als niet-specialist een bewustzijnsstoornis correct te diagnosticeren, maar juist deze patiënten hebben baat bij zorg die op hen is afgestemd. Ook veel huisartsen hebben mensen met een bewustzijnsstoornis in hun patiëntenbestand. Die staan vaak niet op de radar doordat een wettelijk vangnet lang ontbrak.

Daardoor ontvangen veel van hen niet de zorg die ze nodig hebben. Hulpverleners kunnen het MET-LBS benaderen voor bijvoorbeeld verificatie van de diagnose, aanscherpen van de bestaande zorg of het plegen van ruggespraak over het al dan niet voortzetten van een levensverlengende behandeling. Bovenal, stellen Van Erp en haar collega's, is het belangrijk de patiënt zo veel mogelijk een stem te geven,

Iedere patiënt heeft recht op een betrokken, regievoerende arts

de veronderstelde toestemming te blijven verifiëren, en er zo voor te zorgen dat patiënten in beeld blijven. Iedere patiënt heeft recht op een betrokken, regievoerende arts die specialisme-overstijgend denkt, soms lastige vragen stelt, en behandelopties blijft afwegen met ondersteuning van de expertise van collega's. Dat maakt de kans op herstel het grootst en de kans op onnodig doorbehandelen het kleinst. ●



Willemijn van Erp studeerde Geneeskunde in Groningen en startte in 2011 met de opleiding tot specialist ouderengeneeskunde in combinatie met promotieonderzoek bij het Radboudumc (Eerstelijngeneeskunde) en de Universiteit Luik (Coma Science Group). In 2020 verdedigde ze haar proefschrift *The unresponsive wakefulness syndrome in the Netherlands: outcomes from a vicious circle*. Sinds 2019 werkt ze als specialist ouderengeneeskunde en wetenschapper bij het Radboudumc, Accolade Zorg en Libra Revalidatie & Audiologie.

Meer informatie?

- www.eennacoma.nl
- www.wegwijzerlbs.nl
- www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10662977/
(artikel van onder andere Berno Overbeek en Willemijn van Erp over LBS)

18,2 miljoen euro werd besteed aan kennisvergaring (onderzoek), 298 peer-reviewed publicaties werden gedeeld, en 100 (gast)docenten gaven onderwijs aan 2.500 studenten Geneeskunde en Biomedische Wetenschappen. Dit blijkt uit cijfers (2023) van de afdeling Eerstelijns geneeskunde (Radboudumc). Daarnaast is de continue kennisstroom binnen en vanuit de 14 inhoudelijke netwerken niet in getallen uit te drukken. Drie 'kennisdelers' delen hun ervaringen.

STELLING

Kennis delen is kennis vermenigvuldigen



Marlies van Kordelaar

Netwerkmanager Universitair Kennisnetwerk
Ouderenzorg Nijmegen (UKON)

'Webinars, evenementen, voorlichtingsmateriaal maken, gesprekken: op allerlei manieren zet ik me in om kennis te delen. Tussen twee gesprekken of vergaderingen in, probeer ik een paar tellen rust in te lassen: dat helpt om gefocust te blijven. Bij kennis delen is superbelangrijk dat je het perspectief en de realiteit van de persoon of groep aan wie je iets kwijt wilt goed inschat. Het is bijvoorbeeld een uitdaging om complexe kennis te vertalen in een bruikbare tool voor zorgverleners. Binnen ons UKON-netwerk hebben we in alle achttien deelnemende organisaties

'Uitdaging: complexe kennis vertalen in een bruikbare tool'

vaste contactpersonen, die actief helpen om kennis te verzamelen en te delen. Samen dingen onderzoeken en uitkomsten uitwisselen maakt ons werk interessanter en leuker. Waarbij ik extra blij word van creativiteit, bijvoorbeeld door kennis op een verrassende manier te verwoorden en te visualiseren.'



Anneke Granade

Bedrijfsarts bij arbodienst Human Capital Care en opleider SGBO

'Kennis delen werkt het beste in combinatie met enthousiasme. Als opleider hoop ik zo coassistenten bedrijfs geneeskunde over de streep te trekken om voor dit mooie, veelzijdige vak te kiezen.

'Enthousiasme, dat werkt het beste'

Als arts zit ik om tafel met zieke werknemers en werkgevers. Ik pik signalen op en maak problemen bespreekbaar. Ook preventief, zoals laatst bij een bedrijf met veel verzuim in de nachtdienst. Door kennis te verzamelen en te delen, losten we het probleem op.

Soms schuurt het weleens, bijvoorbeeld als een bedrijf een zieke werknemer snel weer aan het werk wil zien. Ik moet goed weten hoe ik mijn kennis dan inzet. "Baken je rol goed af", vertel ik mijn studenten. Niet dat ze moeten doen wat ik vind: belangrijker is dat ze op basis van alle informatie hun eigen koers leren bepalen.'



Liesbeth Hunik

Arts in opleiding tot huisarts onderzoeker; docent master Geneeskunde

'Als beginnend docent twijfelde ik soms over mijn kennisniveau en dan is onderwijs geven bij vlagen spannend. Dat is verleden tijd: ik vind het nu leuk.

Een terugkoppeling in de patiëntenzorg is eigenlijk ook een vorm van kennis delen. Je vertelt over onderzoeksuitkomsten en over het vervolg. Een valkuil kan zijn dat je een patiënt "overdondert" met te veel informatie. Ikzelf vind details interessant, maar niet iedereen wil alles weten. Erva-

'Overdonder de ander niet met details'

ring helpt je om een goede inschatting te maken en je kennis te doseren.

Wie enthousiast kan vertellen, krijgt meer terug van anderen, heb ik gemerkt. Kennis delen kan sowieso veel teweegbrengen. Op LinkedIn lees ik vaak de prikkelende posts van huisarts Bernard Leenstra. Ik ben het niet altijd met hem eens, maar heb respect voor wat hij losmaakt.'

Ziekenhuisverplaatste zorg voor kinderen

‘Het móet goed geregeld zijn’

Kinderen met *Inflammatory Bowel Disease* hoeven binnenkort wellicht niet meer naar het ziekenhuis voor hun Infliximab-infuus. Een pilot van Radboudumc Amalia kinderziekenhuis en KinderThuisZorg Nederland moet uitwijzen of behandeling ook thuis kan.

De intraveneuze behandeling van kinderen met Inflammatory Bowel Disease (IBD) gebeurt doorgaans op de short-stay-afdeling in het Amalia kinderziekenhuis. Een gezellige huiskamer, voldoende afleiding en vertrouwde kinderverpleegkundigen maken de behandeling zo aangenaam mogelijk. Daarnaast is het ziekenhuis gestart met een pilot rond intraveneuze thuisbehandeling met Infliximab. ‘Want elke vier tot zes weken naar het ziekenhuis is behoorlijk belastend’, vertelt Simone de Graaf, verpleegkundig teamleider bij Amalia kinderziekenhuis. ‘Allereerst voor de kinderen zelf: zij willen liever naar school, lekker sporten of afspreken met vrienden. Maar ook ouders en soms ook broertjes en zusjes moeten de ziekenhuisafsprake

inpassen. Met de pilot willen we in kaart brengen wat ervoor nodig is om de intraveneuze behandeling thuis door kinderverpleegkundigen te laten uitvoeren.’ Meerdere kinderthuiszorgpartners waren betrokken bij de ideevorming. Amalia kinderziekenhuis voert de pilot uit met thuiszorgorganisatie KinderThuisZorg Nederland. KinderThuisZorg biedt allerlei vormen van kinderverpleegkundige zorg buiten het ziekenhuis, maar de intraveneuze behandeling van IBD-patiëntjes is nieuw.

JAAR VOORBEREIDING

Directeur Marjolein Jochims: ‘Juist voor kinderen wil je dat de ontwikkeling zo min mogelijk wordt onderbroken door ziekenhuisbezoeken en het gewone leven zo snel mogelijk kan worden opgepakt. Daarom is het zo belangrijk om met ziekenhuisverplaatste zorg de juiste zorg op de juiste plek te organiseren. Voor deze pilot hebben we samen met Amalia kinderziekenhuis bekeken hoe we dat

voor kinderen met IBD kunnen doen. We hebben een zorgpad opgesteld, geïnventariseerd welke materialen nodig zijn, het logistieke proces ingeregeld, samenwerkingspartners betrokken en afspraken gemaakt over werkwijze, scholing en overdracht. Al met al heeft de voorbereiding bijna een jaar gekost. Die tijd heb je ook nodig. Het móet goed geregeld zijn.’

Marjolein Jochims



‘Kwaliteit en veiligheid staan voorop’

Simone de Graaf,
Amalia kinderziekenhuis

STABIELE MEDISCHE SITUATIE

‘Kwaliteit en veiligheid staan voorop’, bevestigt Simone de Graaf. ‘De zorg thuis moet op exact dezelfde manier plaatsvinden als in het ziekenhuis. Dezelfde materialen, dezelfde handelingen. Uitgevoerd door een gespecialiseerd kinderverpleegkundige. We hebben ook heel goed gekeken voor welke kinderen een intraveneuze thuisbehandeling een optie kan zijn. Deelnemers zijn tussen de twaalf en achttien jaar, met een stabiele medische situatie. Belangrijk criterium is ook dat het infuus goed in te brengen is. Verder moeten ouders en kind

Marjon van Hooren



instemmen met de thuisbehandeling. Wie daar niet voor openstaat, kan gewoon terecht in het ziekenhuis.'

Marjon van Hooren van KinderThuisZorg is een van de drie kinderverpleegkundigen die de IBD-kinderen thuis gaat behandelen. De collega's van het Amalia kinderziekenhuis hebben haar uitgebreid ingewerkt. 'Afgelopen

maart heb ik kennisgemaakt met de deelnemers aan de pilot en hun ouders. Dat was in het ziekenhuis. Hier vinden namelijk de eerste twee behandelingen plaats. Pas daarna start de thuisbehandeling. Ik heb het infuus ingebracht en Infliximab gestart. Dat was best spannend, ondanks mijn jarenlange ervaring als kinderverpleegkundige. Op een bepaalde manier is het toch weer een nieuwe handeling. En, ik ben een nieuw gezicht voor de ouders en kinderen. Maar ook voor de verpleegkundigen die vaak al jaren met deze kinderen werken. Gelukkig was er volop ruimte om vragen te stellen.'

OOK ANDERE BEHANDELINGEN

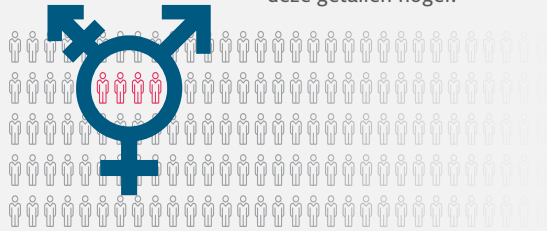
De pilot van Amalia kinderziekenhuis en KinderThuisZorg is dit voorjaar gestart met zes deelnemers. Het doel is om uit te breiden tot maximaal acht. Als de pilot slaagt, dan openen deuren voor nog meer thuisbehandelingen bij kinderen die periodiek intraveneus medicijnen moeten krijgen. En voor andere behandelingen. Simone de Graaf: 'Neem kinderen met brandwonden. Ook zij moeten vaak naar het ziekenhuis, terwijl de wondverzorging deels thuis kan plaatsvinden.' Na de pilot kunnen ook andere thuiszorgaanbieders aanhaken. Marjolein Jochims: 'Hopelijk blijkt uit deze pilot dat ook periodieke infuustherapie heel goed thuis te organiseren is. Dat we door anders organiseren en goed samenwerken de zorg nog beter kunnen laten aansluiten bij de wensen en behoeften van patiënten.' ●

De fuik van de medisch-specialistische transgenderzorg

Door het ontbreken van maatschappelijke hulp en zorg op maat komen veel genderincongruente personen met al hun (zorg)vragen als vanzelfsprekend in de medisch-specialistische zorg terecht. Die kan de vraag niet aan. **Wachlijsten ontstaan** en daardoor blijven te veel mensen verstoken van hulp.

VRAAG GROEIT EXPLOSIEF

Per 1.000 volwassenen zijn er naar schatting **4 transgender** en **25** die **niet helemaal passen** binnen de heersende gendernormen. Bij kinderen en adolescenten liggen deze getallen hoger.



Landelijk steeg het **aantal aanmeldingen** voor transgenderzorg tussen oktober 2019 en juli 2022 van 2.820 naar 8.630.

Dat is een groei van 206%



gemeten aan de hand van hoeveel mensen wachten op een intake (de eerste stap voor toegang tot transgenderzorg)

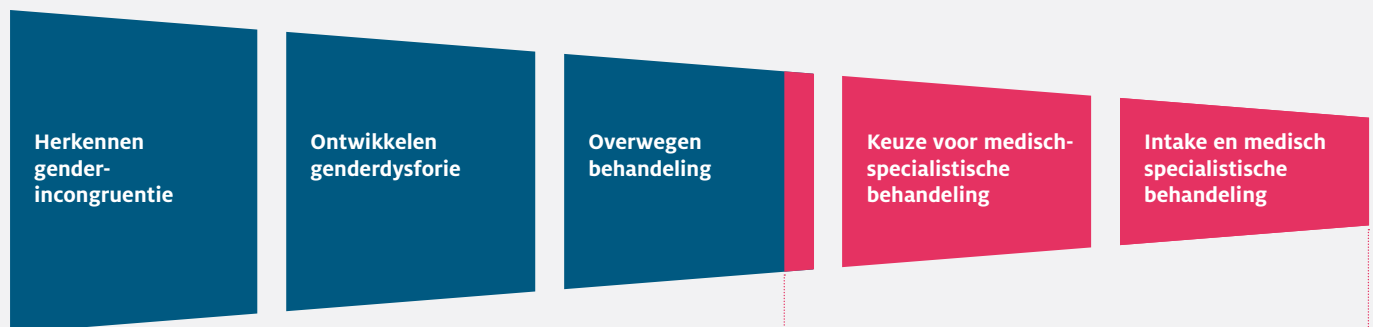
De toename is het gevolg van

- Meer (h)erkenning in de media.
- Minority stress door onvolledige acceptatie in de maatschappij.
- Onvolledige integratie van genderdiversiteit in bestaande onderwijs- en zorgsysteem.

oplossing wordt gezocht in de zorg

VERDELEN VAN ZORG IS NOODZAKELIJK

Het Radboudumc is genoodzaakt een ander verwijlsbeleid te hanteren, met name voor kinderen en jongeren. Huisartsen kunnen voortaan alleen nog verwijzen voor medisch-specialistische transgenderzorg.



Voorbeelden van algemene genderzorg onder regie van huisarts: Psychologische ondersteuning bij de verkenning van de genderidentiteit, logopedie, ontharing, seksueel welzijn, anticonceptie, bespreken kinderwens, steunsysteem, contactgroepen, sociale transitie en geslachtsaanpassing in de geboorteaakte.

Meer info:

www.radboudumc.nl/verwijzersinformatie/transgenderzorg

Medische-specialistische transgenderzorg =

- Hormonale behandeling (puberteitsremming voor jongeren en genderbevestigende hormonen).
- Genderbevestigende chirurgische behandeling (borstoperaties > 16 jaar, genitale chirurgie en operaties aan het gelaat > 18 jaar).
- Begeleiding bij vragen over vruchtbaarheid.

Wie zijn de professionals in ons netwerk? Wat doen ze en wat drijft hen? Deze keer 1 dag van MDL-specialist **Tanya Bisseling**. In het kader van "Dokter meets Dokter" neemt zij een kijkje in de keuken van huisarts Christine Meijerink-Mulder.



8.30 uur

Voordat ik naar de praktijk De Huisdokter ga, eerst nog overleg en afspraken met mijn eigen patiënten.

13.00 uur

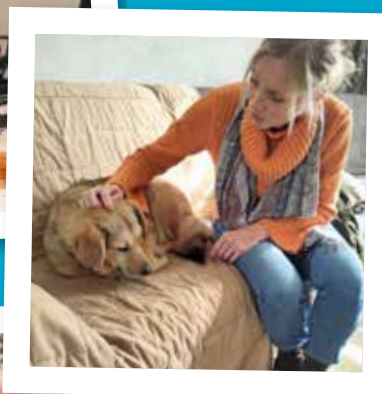
Warm welkom in Wijchen. Een kijkje nemen in de keuken van de huisarts vind ik, als een van de MDL-artsen die verwijsbrieven beoordeelt, een kans om van elkaar te leren. Meer inzicht en begrip om beter samen te werken.



Belangrijk in een tijd dat wachtlijsten in ziekenhuizen langer worden en huisartsen meer op hun bordje krijgen, omdat ouderen niet alleen langer, maar ook zieker thuis blijven wonen.

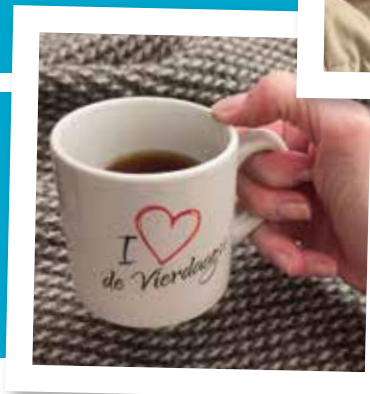
14.00 uur

Na het voorbereiden van de visites bezoeken we patiënten in hun vertrouwde thuisomgeving. Vaak mensen met een complexe combinatie van somatische en mentale problemen, voor wie een passende zorgoplossing moet worden gevonden.



15.00 uur

Persoonlijke gesprekken, met een paar keer moeilijke onderwerpen als gebrek aan levensvreugde en de wens om zo niet langer te willen leven, voelen minder beladen dan ik in het ziekenhuis ervaar. Al ogen ziekenhuizen steeds huiselijker, een ziekenhuisbezoek zorgt toch voor spanning. Het wittejasseneffect.



18.00 uur

Thuis na een leerzame dag. Een middag meelopen met een huisarts geeft een heel ander beeld van de zorg. Ik kijk uit naar het bezoek van Christine aan mijn werkplek.

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



‘Hun warme woorden geven mij kracht’



Kraamverpleegkundige **Aicha Bouguetof** is oprichter en eigenaar van Kraamzorg Believe in Nijmegen.

‘Het idee om mijn kraamwerk vast te leggen, kwam van mijn vader. “Daar haal je later kracht uit als je het nodig hebt”, zei hij. Daarom begon ik de geboortekaartjes van de gezinnen waarvoor ik werkte, te verzamelen in een plakboek. Ook vroeg ik de ouders om iets over de kraamtijd op te schrijven.

Ze schreven zúlke lieve dingen, over hoe fijn ze de kraamtijd vonden en hoe dankbaar ze waren. In de beginfase van mijn carrière gaf me dit veel bevestiging. Inmiddels heb ik vier van dit soort plakboeken, met wel veertig of vijftig gezinnen per boek. Omdat mijn onderneming groeide, heb ik helaas

moeten stoppen met verzamelen. Dankzij alle foto’s en geboorteprentjes kan ik terugkijken in de tijd. Ik herinner me niet elk gezin, maar dat hoeft ook niet. De boeken laten zien dat ik dit werk al veertien jaar met veel plezier doe. En dat mijn liefde voor baby’s er áltijd is geweest. Sommige van de kinderen zitten nu al op de middelbare school!

Ook als ik een dip heb of het werk even niet meer zo leuk vind, pak ik een van de boeken erbij. De warme woorden van de ouders geven mij kracht en positiviteit. Met frisse energie kan ik er daarna weer tegenaan. Mijn vader had gelijk.’ ●