

**COVID-19:** huisarts als regievoerder?

Pag 8 • leestijd 2.40 min

Hoe spelen we in op de **Parkinson-pandemie?**

Pag 15 • leestijd 4.50 min

**Geïntegreerde zorg:** 'Experimenteeruimte nodig'

Pag 20 • leestijd 2.50 min

# Verb1nd.

NAJAAR 2021

Klinisch geriater Yvonne Schoon (links) en kaderhuisarts Ouderenzorg Franca Ruikes over Samen Beslissen:

**'Meer voldoening bij patiënt, huisarts én specialist'**

Pag 10 • leestijd 3.50 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), Joost van der Gulden, Femke van Leeuwen, Pieter Matthijssen, Jannie Meussen, Gijs Munnichs, Johan Oltvoort, Gloedcommunicatie

**Fotografie** Mark van den Brink, Paul Lagro, Marcel Rekers, Eric Scholten, Jack Tillmanns

**Contentcommissie** Patrick Dielissen, Annoek van der Gouw, Sietske Grol, Freek Kinkelaar, Jacintha van Oosten, Henk Schers, Yvonne Schoon

**Correspondentie** vragen over bezorging: [verbind@radboudumc.nl](mailto:verbind@radboudumc.nl)

**Vormgeving** Gloedcommunicatie

**Drukwerk** DPN-Rikken Print, Nijmegen

**Oplage** 2.500 exemplaren

Tips voor de redactie, opmerkingen en aanvullingen: [verbind@radboudumc.nl](mailto:verbind@radboudumc.nl)  
De volgende *Verb1nd* verschijnt in het voorjaar van 2022.

**Radboudumc**

---

## voorwoord.

### We kunnen veel van elkaar leren

In een nieuwe baan kijk je met een frisse blik naar wat je gewoon vond, maar dat misschien toch niet is. Ik was (en blijf) hoofd van onze opleidingen tot bedrijfsarts en verzekeringsarts (SGBO), maar sinds 1 september stuur ik ook de unit vervolopleidingen van de afdeling Eerstelijns geneeskunde aan. Daarin vind je, naast de SGBO, de opleidingen tot huisarts (VOHA), specialist ouderengeneeskunde (VOSON) en verslavingsarts (NOVA). Vanuit mijn nieuwe perspectief valt me op dat we over en weer niet veel doen met de kennis en expertise die je bij de andere opleidingen vindt. De aiossen bij de

VOHA, VOSON en SGBO kunnen bijvoorbeeld het nodige over verslavingsproblematiek leren van de verslavingsartsen die we in het Radboudumc in huis hebben. De samenwerking tussen huisarts en bedrijfsarts verloopt nog moeizaam. Waarom proberen we niet om dat via gezamenlijk onderwijs

te verbeteren? Maar op de een of andere manier komt het er niet goed van om dit soort mogelijkheden te benutten. Op andere momenten lukt het wel. Tijdens de afgelopen anderhalf jaar zijn de ervaringen met online onderwijs goed gedeeld, waardoor onze opleidingen snel konden omschakelen. Er is nu een gezamenlijke werkgroep 'werving

**'Waarom niet de samenwerking via gezamenlijk onderwijs verbeteren?'**

aios' die probeert om meer studenten en artsen te interesseren voor een loopbaan in de eerste lijn. Een mooi succes is het groeiend aantal medisch specialisten dat zich meldt voor een verkorte opleiding tot bedrijfsarts of verzekeringsarts. Met mijn nieuwe pet op ga ik proberen dit soort samenwerkingen ook op andere plaatsen te bevorderen. Samen kunnen we meer. We laten nog te veel kansen liggen!

**Joost van der Gulden**  
**Hoofd eerstelijns vervolopleidingen/SGBO**

*PS 'Samen kunnen we meer' is ook het motto voor twee artikelen in deze editie: want zowel het gezamenlijk beslissen met de patiënt (pag. 10) als geïntegreerde zorg (pag. 20) leidt tot zinnigere zorg voor onze patiënten.*





## 10

### Samen beslissen loont.

'Patiënten zijn tevredener over de geboden zorg. En het leidt tot zinnige en zuinigere zorg.' Regionaal startte daarom een initiatief.

Er zijn mogelijkheden om de **kwaliteit van leven** van parkinsonpatiënten enigszins **te verbeteren**. Wat is hierin de rol voor de eerste lijn?

## 8

Twee **onderzoeken over de behandeling van COVID-19 door de eerstelijnszorg** zijn recent gestart: wat is de rol van de huisarts bij de vroege behandeling van patiënten met COVID-19 thuis, en die bij long-COVID?

## 15

### Kennisdossier

In de late fase van hun ziekte kennen patiënten met Parkinson en parkinsonismen een groeiend aantal beperkingen die steeds meer problemen geven in hun dagelijkse functioneren. Een adequaat behandeladvies voor de stijgende ziektelast bestaat (nog) niet.

## 20

### Interview

Hoe kunnen ziekenhuis-, verpleeghuis- en thuiszorg beter op elkaar worden afgestemd? Het Radboudumc Centrum voor Geïntegreerde Zorg wordt opgericht om de muren te slechten.

## VERDER

- 6** Impact: Wijkverpleegkundigen op de SEH
- 14** Column van huisarts/postdoctoraal onderzoeker Suzanne Ligthart
- 19** Stelling: de huisarts moet voorzitter zijn van een ziekenhuis-MDO
- 22** Facts & Figures
- 23** 1 dag van Femke van Leeuwen
- 24** Onmisbaar



## Spreekkamerboeken

### HANDBOEK MAN-VROUWVERSCHILLEN

Meer dan veertig auteurs zetten de verschillen tussen vrouwen en mannen in diverse levensfasen in de spreekkamer centraal. Zo komen de verschillen in aard en presentatie van klachten aan bod, en ook de manier waarop vrouwen en mannen communiceren over en omgaan met ziekte. Van pijnlijke gewrichten tot diabetes mellitus, partnergeweld en rouwreacties.

*Gendersensitieve huisarts-geneeskunde, een handboek voor de praktijk*, redactie Toine Lagro-Janssen, Doreth Teunissen, € 49,50



### DE MEERWAARDE VAN EMPATHIE

Veel problemen in de communicatie tussen zorgverleners en hun patiënt ontstaan door een gemis aan empathie. Huisarts/onderzoeker Frans Derksen laat zien waarom de thema's rondom empathie een unieke waarde en belang hebben, en hoe dingen anders kunnen.

*Empathie in de spreekkamer, Achtergronden, wetenschappelijke inzichten en praktische vaardigheden*, Frans Derksen, € 34,95



BIJZONDER HOGLERAAR

## Juiste Zorg voor de Juiste Oudere



Sinds 1 oktober is geriater Yvonne Schoon voor drie jaar benoemd tot bijzonder hoogleraar de Juiste Zorg voor de Juiste Oudere aan de Radboud Universiteit. Haar onderzoek richt

zich met name op zorgtriage voor oudere patiënten met multimorbiditeit, zodat meer persoonsgerichte en passende zorg wordt gerealiseerd. Binnen haar onderzoek is samenwerking met eerstelijnszorgverleners essentieel.

## 250 deelnemers gezocht

Beter Gezond (Radboudumc) en Voeding Leeft hebben een online leefstijlprogramma ontwikkeld voor mensen die vanaf juni 2020 gediagnosticeerd zijn voor darm-, borst-, of blaaskanker en hun behandeling hebben afgerond. Deelnemers (de eerste 250 mogen gratis meedoen) gaan, onder begeleiding van professionals, drie maanden aan de slag met de leefstijlpijlers voeding, beweging, ontspanning en slaap. Daarna blijven ze nog 21 maanden meedoen aan een inspiratietraject.



[voedingleeft.nl/wat-wij-doen/leefstijlprogramma](https://voedingleeft.nl/wat-wij-doen/leefstijlprogramma)



## Fit4Surgery bij huis



50% minder kans op een complicatie na een operatie, gemiddeld twee dagen korter in het ziekenhuis, én een sneller herstel. Ook blijkt uit onderzoek bij darmkankerpatiënten die deelnamen aan het Radboudumc-programma Fit4Surgery, dat hun overlijdenskans afneemt, de kwaliteit van leven verbetert én de kans dat de kanker weer terugkomt vermindert.

Inmiddels nemen meer patiëntgroepen deel aan Fit4Surgery. Ze krijgen onder meer aangepaste voeding, mentale begeleiding en fysieke training voorafgaand aan hun operatie. Die training start bij een Radboudumc-fysiotherapeut en wordt daarna overgedragen aan een fysiotherapeut in de buurt van de patiënt.

Om alle componenten van Fit4Surgery dicht bij de patiënt, via de eerste lijn, te kunnen aanbieden, investeert het programma nu in de opbouw van een netwerk en accreditatie- en educatiemogelijkheden.

[www.radboudumc.nl/Fit4surgery](http://www.radboudumc.nl/Fit4surgery)



## Maria van den Muijsenbergh voorzitter EFPC

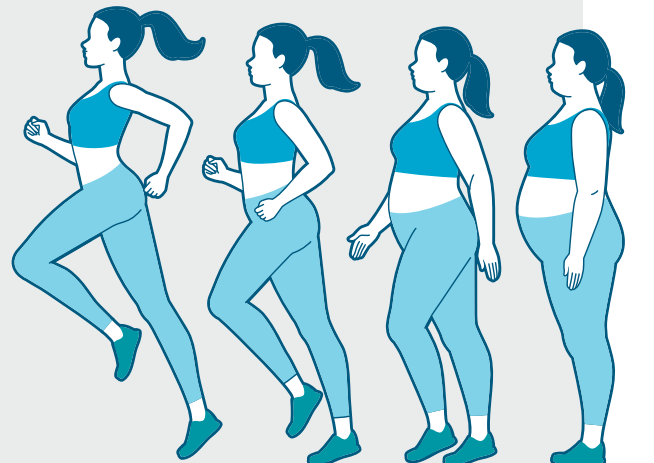
Hoogleraar Gezondheidsverschillen en Persoonsgerichte Integrale Eerstelijnszorg Maria van den Muijsenbergh is benoemd tot voorzitter van het European Forum for Primary Care. In deze Europese organisatie zetten meer dan honderd eerstelijnsorganisaties uit 33 landen zich in voor de versterking van persoonsgerichte, integrale en multidisciplinaire eerstelijnszorg.

*Bekijk de toespraak op YouTube (zoek op Maria van den Muijsenbergh en EFPC) in de WHO Regional meeting waarin Maria van den Muijsenbergh o.a. pleit voor meer geld voor de eerste lijn en aandacht voor groepen in kwetsbare posities.*



## Overgewicht in de regio

De helft van de Nederlanders is te zwaar. Om overgewicht gedegen aan te pakken, ervaren gemeenten momenteel nog belemmeringen rondom bijvoorbeeld bestuurlijk commitment, borging, domeinoverstijgende samenwerking of het bereiken van kwetsbare doelgroepen. Daarom gaan gemeenten Beuningen, Druten, Wijchen, Neder-Betuwe en Buren samenwerken in het project Gemeenten Samen Gezond, begeleid door GGD Gelderland-Zuid. Doel is om de aanpak van overgewicht te verbeteren door van elkaar te leren, en de lokale preventie-infrastructuur te versterken. *Gemeenten Samen Gezond is gefinancierd door ZonMw en loopt tot 2025.*



## Spoezorg gebaat bij wijkverpleegkundige SEH-inzet

Na een SEH-opname hebben kwetsbare ouderen aantoonbaar baat bij ondersteuning door een wijkverpleegkundige ter plekke, zo bewijst een pilot op de spoedeisende hulp van het Radboudumc. Van de patiënten uit de pilotgroep kon 49,5 procent weer naar huis, tegen 41,4 procent uit de controlegroep. Ook kwamen procentueel minder 'pilotpatiënten' (45,3 procent) in het ziekenhuis terecht en werden er relatief meer (5,3 procent) doorgestuurd naar een verpleeginstelling. Mayke Mastenbroek (foto rechts) is een van de vier deelnemende wijkverpleegkundigen van ZZG zorggroep: 'Normaal gaat iemand naar huis óf wordt iemand opgenomen. Maar een opname is niet altijd nodig, mits zaken thuis goed zijn geregeld. Voor een parkinsonpatiënt met acute mobiliteitsklachten regelde ik bijvoorbeeld een crisisopname buiten het ziekenhuis. Voor een vrouw met terminaal hartfalen schaalde ik de thuiszorg en huishoudelijke hulp op, zodat ze thuis mocht blijven. Dat dit kon, was voor mijn SEH-collega's een echte eyeopener.' In een raamovereenkomst hebben Radboudumc en ZZG zorggroep aangegeven structureel samen te werken, ook op het gebied van spoedzorg. Mayke Mastenbroek: 'Liefst meld ik me vandaag weer aan om morgen op én voor de SEH mee te denken over de juiste zorg op de juiste plek. Het wérkt. Dat heeft de pilot wel bewezen.' ●







Onderzoeken eerstelijnszorg bij behandeling COVID-19

# Huisarts als regievoerder?

Welke rol kan de huisarts spelen bij de behandeling van COVID-19 en de langdurige klachten die sommige mensen blijven houden? De onderzoeksgroep Huisartsgeneeskunde van de Radboudumc-afdeling **Eerstelijnsgeneeskunde is betrokken bij enkele onderzoeksprojecten** die antwoord kunnen geven op deze vraag.



**Henk Schers**

huisarts en mede-aanvrager  
CovidTherapy@home



**Tim olde Hartman**

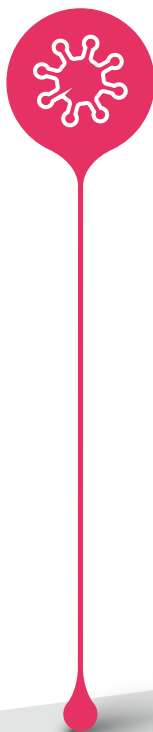
huisarts en mede-aanvrager  
onderzoek long-COVID

Vanaf het moment dat toenmalig minister Bruins in maart 2020 de eerste Nederlandse COVID-19-besmetting bevestigde, werd het virus onderdeel van de dagelijkse realiteit van huisartsen. Ze kregen te maken met patiënten met klachten passend bij een coronabesmetting. Met ernstig zieke patiënten die in het ziekenhuis belandden. Met bezorgde patiënten en familieleden die van hun huisarts antwoorden verwachtten. Gaandeweg rees ook de vraag wat de rol van de huisarts is bij de vroege behandeling van patiënten met COVID-19 thuis en – sinds dit jaar – bij de langdurige klachten die sommige mensen houden na een besmetting: long-COVID. Deze rol is

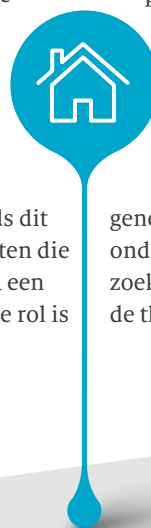
niet goed uitgekristalliseerd, ook niet naar de toekomst toe. Om hierover meer duidelijkheid te krijgen, gaat het Consortium Huisartsgeneeskunde – alle universitaire afdelingen Huisartsgeneeskunde en het NIVEL (Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Gezondheidszorg) – met subsidie van ZonMW een aantal onderzoeksprojecten uitvoeren.

## **COVIDTHERAPY@HOME: THUISBEHANDELING VAN CORONAPATIËNTEN**

Huisarts Henk Schers van de onderzoeksgroep Huisartsgeneeskunde is nauw betrokken bij onder meer het landelijke onderzoek CovidTherapy@home, waarin de thuisbehandeling van acute



2020



**THUISBEHANDELING**



## ‘Dit lukt alleen als een deel van de huisartsenzorg naar praktijkondersteuners gaat’

COVID-19-patiënten centraal staat. ‘Met volle IC’s en overbelaste ziekenhuismedewerkers ligt het voor de hand om te kijken hoe de eerstelijnszorg verlichting kan bieden’, stelt Henk Schers. ‘Specifiek onderzoeken we of huisarts en thuiszorg acute coronapatiënten thuis kunnen behandelen, met inzet van medicatie, zuurstof en monitoringsapparatuur.’ Deze ontwikkeling past in de al ingezette verschuiving van ziekenhuiszorg naar zorg in de thuissituatie. Want ook voor de behandeling van een trombosebeen of de toediening van antibiotica via een infuus hoeven patiënten al niet meer te worden opgenomen.

Maar: de thuisbehandeling van COVID-19-patiënten komt er voor huisartsen wel ‘bij’. Een van de eerste deelvragen van het onderzoek zal dan ook zijn: willen en kunnen huisartsen de thuisbehandeling van coronapatiënten voor hun rekening nemen en wat hebben zij nodig? Daarnaast komen in het onderzoek allerlei praktische aspecten aan de orde, zoals benodigde voorzieningen, logistieke vraagstukken en het inregelen van de regionale samenwerking. Mocht het aantal nieuwe gevallen van COVID-19 de komende tijd teruglopen, dan gaat het onder-

zoek zich richten op andere aandoeningen waarvoor dezelfde principes gelden, zoals hartfalen, COPD en longontstekingen.

### ONDERZOEK NAAR LONG-COVID

Huisarts Tim olde Hartman is mede-aanvrager van het onderzoek naar aanhoudende klachten na een COVID-19-besmetting. Het onderzoek naar long-COVID wordt gecoördineerd door het UMCG, en uitgevoerd in de regio’s Groningen en Nijmegen. Tim olde Hartman:

‘We zien steeds meer mensen die na een coronabesmetting langdurige lichamelijke, psychische of cognitieve klachten houden. Voor deze patiënten is er geen duidelijk eerstelijns-zorgpad: wij hebben niet de kennis of handvatten om deze patiënten te begeleiden. Daardoor

belanden veel mensen bij de COVID-nazorgpoli. De wachtlijsten daarvoor lopen razendsnel op, terwijl de collega’s in de tweede en derde lijn constateren dat een deel van de patiënten prima in de eerste lijn geholpen kan worden.’ In het onderzoek wordt gewerkt aan een eerstelijns-zorgpad voor long-COVID-patiënten, gericht op de drietrapsraket: herkennen risicogroepen – eerstelijnsaanbod

diagnostiek – gepersonaliseerde vervolgstappen. Doel: mensen die in de eerste lijn thuishoren snel en goed behandelen en patiënten voor wie dat niet geldt, doorverwijzen naar de juiste specialist. In dit onderzoek werken de verschillende eerstelijnsprofessionals intensief samen. We starten in twee regio’s, maar het is nadrukkelijk de bedoeling dat het eerstelijns-zorgpad straks landelijk wordt uitgerold.

### OP SAMENWERKING GERICHT

Ook het onderzoek naar de behandeling van long-COVID betekent een verschuiving van zorgtaken richting de eerste lijn. ‘Er gaat meer complexe casuïstiek onder de eerste lijn vallen’, erkent Tim olde Hartman. ‘Deels met inmenging van tweede en derde lijn, maar altijd onder regie en verantwoordelijkheid van de huisarts.’ Meer werk en meer patiënten dus.

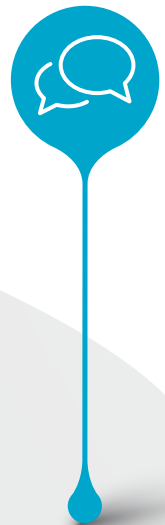
Henk Schers: ‘Dat lukt alleen als een deel van de reguliere huisartsenzorg naar praktijkondersteuners gaat. Daarnaast zal er veel meer als netwerk moeten worden samengewerkt. Eerste, tweede én derde lijn, generalisten én specialisten. Beide onderzoeken zijn sterk op samenwerking gericht. Wat we kunnen leren van deze pandemie is dat we elkaar nodig hebben om huidige en toekomstige crises het hoofd te bieden.’ ●

### Meer informatie

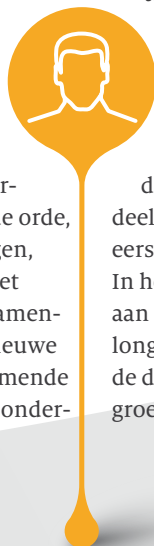
📍 [www.zonMw.nl](http://www.zonMw.nl) (zoek op ‘thuisbehandeling’ (CovidTherapy@home) of ‘aanhoudende klachten’ (long-COVID))



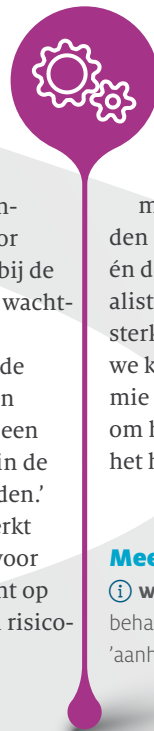
### NETWERK: EERSTE, TWEEDE ÉN DERDE LIJN



### SAMENWERKING




### ROL VAN DE HUISARTS



### EERSTELIJNS- ZORGPAD

# ‘Samen beslissen moet vanzelfsprekend worden’

**‘Samen beslissen. Het is niet nieuw, maar we kunnen het meer en beter doen’**, zegt Evelien Janssen van Patiëntenfederatie Nederland. ‘De patiënt moet eraan wennen dat hij kan meebeslissen. En de zorgverlener heeft nog een te paternalistische houding’, aldus klinisch geriater Yvonne Schoon. Volgens haar moeten huisartsen en medisch specialisten ook meer gezamenlijk met de patiënt optrekken.

A profile photograph of Yvonne Schoon, a woman with blonde hair, wearing a dark blue top and a colorful patterned scarf. She is looking towards the right of the frame.

**Yvonne Schoon**, klinisch geriater Radboudumc en voorzitter  
landelijke werkgroep Federatie Medisch Specialisten

**‘Artsen zijn geneigd  
te handelen, maar  
niet behandelen  
is ook een optie’**

Hallo dokter, hallo patiënt ... Op 6 september is de landelijke campagne Samen Beslissen gestart. Geen witte jassen, twee gezichten – van zorgverlener en patiënt – gelijkwaardig tegenover elkaar. Spotjes op tv en radio, op reclameborden en in wachtruimten, je kunt niet om de campagne heen. Evelien Janssen en Yvonne Schoon zijn beiden betrokken bij de campagne. ‘We hopen dat het drempelverlagend werkt’, zegt Evelien Janssen. ‘Dat het mensen aan het denken zet en praktische tips geeft. “Mijn stem telt, het helpt als ik me voorbereid, en ik kan iemand meenemen naar het gesprek.” En dat het de zorgverleners aanzet – van medisch specialist, huisarts, fysiotherapeut tot wijkzorg – om beter met patiënten in gesprek te gaan. Over de behandel mogelijkheden en wat past bij hun situatie en wensen.’

#### **WAAROM IS DAT BELANGRIJK?**

‘Je hebt elkaar nodig om tot goede zorg te komen’, benadrukt Evelien Janssen. ‘Door de patiënten te betrekken, kun je aansluiten bij wat zij belangrijk vinden in het leven. Stel iemand heeft knieklachten. Voor wie de hele

dag op de markt staat, is waarschijnlijk een andere behandeling passender dan voor iemand met een zittend beroep. Daarom is het belangrijk dat patiënten weten wat de verschillende mogelijkheden zijn, met de voor- en nadelen. Zodat ze een weloverwogen keuze kunnen maken, die bij hen past.’ Volgens Yvonne Schoon zijn artsen geneigd om te ‘handelen’. ‘Maar niet behandelen kan ook een optie zijn. Ik zag laatst bijvoorbeeld een vrouw van 82 met een tumor in haar mond. Ze had altijd in de mode gewerkt, haar uiterlijk was heel belangrijk voor haar. Ze wilde geen ingrijpende verminkende operatie, ook al wist ze dat dan haar levensverwachting heel beperkt zou zijn. Ik begreep haar keuze.’

#### **WAT HOPEN JULLIE MET DE CAMPAGNE TE BEREIKEN?**

‘Laten we vooropstellen dat er al veel gebeurt. Maar, samen beslissen moet vanzelfsprekender worden. Met deze brede campagne bereiken we veel mensen en verschillende zorgverleners’, zegt Evelien Janssen. Volgens Yvonne Schoon is het ook nodig dat het

Evelien Janssen van Patiëntenfederatie Nederland

**‘Patiënten kunnen zo een weloverwogen keuze maken, een die bij hen past’**





zorgsysteem verandert. Uit een enquête onder 800 medisch specialisten blijkt dat 45 procent belemmerende factoren ervaart. Yvonne Schoon: 'Behandelen wordt beloond, maar tijd uittrekken voor een goed gesprek nog onvoldoende. Terwijl de *evidence* voor het nut van samen beslissen al aanwezig is. Patiënten zijn tevredener over de geboden zorg, ze kiezen vaker voor een minder intensieve behandeling. Dat leidt weer tot zinnige en zuinigere zorg. Daarom zou er betere financiering voor moeten komen. Aan de voorkant is het duurder, maar aan de achterkant leidt het tot minder zorgkosten.'

### WAAR VALT NOG MEER WINST TE BEHALEN?

Yvonne Schoon: 'Uit dezelfde enquête blijkt de behoefte aan scholing. Iedereen moet regelmatig een reanimatiecursus volgen, maar het zit nog niet in onze cultuur om meer aandacht te hebben voor samen beslissen.'

## 'Aan de achterkant leidt dit tot minder zorgkosten'

We zeggen het wel, maar doen het nog onvoldoende. En spreken elkaar er ook niet op aan. Er moet meer intercollegiale toetsing komen. Door bijvoorbeeld gesprekken op te nemen en in een team met elkaar te bespreken. En door ook de patiënttevredenheid over het samen beslissen objectief te meten. Daar is nog winst te behalen. Gelukkig krijgt het al steeds meer aandacht in opleidingen.'

## 'Terug naar de huisarts voor een time-out'

**De driehoek tussen patiënt, huisarts en medisch specialist versterken en de muren tussen de domeinen slechten: dat gebeurt in het verbeterproject *Veerkrachtig samen beslissen, op tijd beginnen met zorgplanning samen met de kwetsbare oudere*. Lid projectgroep en kaderhuisarts Ouderenzorg NEO Huisartsenzorg Franca Ruikes: 'Het persoonsgerichte zorgplan wordt vastgelegd en gaat steeds weer met de patiënt mee.'**

Recent is het project opgestart. 'We gaan straks onder meer in tien huisartsenpraktijken in de regio Nijmegen en tien in de regio Maastricht proefdraaien met een eerste Samen-Beslissen-model rondom de kwetsbare oudere', vertelt Franca Ruikes. 'Huisartsen kennen de voorgeschiedenis, comorbiditeit en thuissituatie vaak goed, en weten hoe hun patiënten in het leven staan. Hierdoor zijn zij bij uitstek degenen die de patiënt kunnen helpen de voor hen beste behandeloptie te kiezen. Die aansluit bij hun persoonlijke doelen en wensen met betrekking tot kwaliteit van leven. Soms betekent dat dus ook bewust niet behandelen of afzien van een voorgestelde operatie.'

Huisartsen gebruiken bijvoorbeeld een spoedeisende hulp- of ziekenhuisbezoek als logische triggers om een samenbeslissen-gesprekstraject te starten. In dit gesprek nemen ze de informatie over de verschillende behandelopties, door de specialist aangereikt, mee om samen met de patiënt te bekijken; wat zijn de voor- en nadelen van deze verschillende opties, en wat betekent dit specifiek voor jou? Zo creëren ze een soort time-out-moment waarin zeer bewust behandelopties worden "gewogen". Het persoonsgerichte zorgplan dat zo ontstaat, wordt vastgelegd en gaat steeds weer met de patiënt mee.'

### TEVREDENER OVER DE ZORG

Franca Ruikes over de voordelen: 'De belangrijkste winst is dat er zorg geleverd wordt die aansluit bij de wensen en behoeften van de patiënt. Deze voelt zich gehoord en is tevredener over de geleverde zorg. Het voorkomt overhaaste beslissingen en het leveren van ongewenste zorg. Dit geeft uiteraard ook de huisarts en specialist meer voldoening.'

**TOT SLOT: WELKE TIP GEEF JE DE VERB1ND-LEZER?**

Yvonne Schoon: 'Huisartsen en medisch specialisten moeten meer gezamenlijk met de patiënt gaan beslissen. Ik heb een onderzoek gedaan bij patiënten met darmkanker en alvleesklierkanker. Daaruit blijkt dat zij de rol van de huisarts bij het samen beslissen heel belangrijk vinden. Voor hen is dat de vertrouwenspersoon, de sleutelfiguur. Zij kennen de persoonlijke situatie van de patiënt beter. In deze regio start daarvoor nu ook het verbeterproject Veerkrachtig samen beslissen.' (Zie kader.)

Evelien Janssen: 'Op [www.begineengoedgesprek.nl](http://www.begineengoedgesprek.nl) vind je allerlei tips en tools, je kunt er campagne-materiaal downloaden, posters printen en naar je eigen hand vormgeven, voor in de wachtkamer. En wijs patiënten ook op de website'. ●

De campagne Samen Beslissen is een initiatief van het landelijk Programma Uitkomstgerichte Zorg. Dit programma richt zich op medisch-specialistische zorg en stimuleert samenwerking met huisartsenzorg, paramedische zorg en wijkverpleging.

[www.platformuitkomstgerichtezorg.nl](http://www.platformuitkomstgerichtezorg.nl)

**PROJECTVERLOOP**

Het net gestarte project loopt tot november 2023. Franca Ruikes: 'De komende maanden starten focusgroepen waarin huisartsen en specialisten met elkaar de markeringspunten en benodigde uitkomstinformatie verhelderen, rondom het Samen-Beslissen-traject. Ook organiseren we casusbesprekingen waarin we samen met ouderen en mantelzorgers de verbeterpunten bespreken, in afstemming en verslaglegging in zorgplannen. Daarna gaan we proefdraaien met dit Samen-Beslissen-model, in huisartsenpraktijken in de regio's Nijmegen en Maastricht. Uiteindelijk willen we een toepasbaar, effectief model landelijk kunnen uitrollen.' ●

Franca Ruikes, kaderhuisarts Ouderenzorg NEO Huisartsenzorg

**'Het voorkomt leveren van ongewenste zorg'**

**Geïnteresseerd om mee te praten in de focusgroepen of de casusbesprekingen?**

Of wil je met je huisartsenpraktijk deelnemen aan het project? Mail naar:

✉ [f.ruikes@cihn.nl](mailto:f.ruikes@cihn.nl)

**Aan het project werken mee:**

*zorgverleners uit eerste en tweede lijn, vertegenwoordigers van ouderen en mantelzorgers, het sociaal domein, zorgverzekeraars, regionale expertgroepen en kennisinstellingen uit twee proefregio's, Mijnstreek en Nijmegen.*

**Suzanne Ligthart** huisarts bij academische huisartspraktijk Oosterhout en postdoctoraal onderzoeker bij het Radboudumc

## Geen sterallures

Aesopus' beroemde fabel over de schildpad die een hardlooptwedstrijd wist te winnen van een haas zit overzichtelijk in elkaar. Deze column is meer een inkijkje in de snelkookpan van mijn leven, waarin de ingrediënten meer dan eens door elkaar worden gehusseld. Drie dagen per werkweek huisarts, een dag onderzoekswerk en een dag 'voor de kinderen'. Die laatste ontkomt zelden aan een spoedvraag vanuit mijn team, een achterstallige managementklus of een vraag van de promovendus die ik begeleid. Ach, het kan maar gedaan zijn.

### Soms moet ik de spotlights opzoeken

Huisarts zijn is geweldig, ik wil niet anders, maar je rent vaak van het een naar het ander. Als een haas. Terwijl de schildpad-in-mij kalm en vasthoudend op zoek wil naar verdieping. Die vind ik in het onderzoekswerk. Ik werk sinds 2019 mee aan Opera, een groot landelijk onderzoek naar het op een goede manier afbouwen van antidepressiva. Naast huisartsen en psychiaters zijn gaandeweg ook apothekers bij het onderzoek betrokken geraakt. Ook zij beschikken over een schat

aan belangrijke, praktische informatie. De kruisbestuiving met andere (zorg)beroepen blijkt heel waardevol.

Zou ik mijn combibaan aanraden aan collega's? Ja, doen! Mits het past bij je interesses en ambities brengt de combinatie synergie en verdieping. Schildpad en haas wisselen bijvoorbeeld ideeën uit over wat goede zorg is. Wel betekent eerstelijns onderzoekswerk vaak dat je in korte tijd met minimale middelen een onderzoek overeind moet helpen houden. Je concurreert met fulltime onderzoekers om subsidie. Dat vereist frequent publiceren, zichtbaar zijn op social media, enzovoorts. Ik heb absoluut geen sterallures, maar moet soms bewust de spotlights opzoeken. Niet erg, maar ik pleit wel voor meer investeringen in eerstelijns onderzoek. Een stabiele basis voor dit type onderzoek helpt de zorg concreet te verbeteren. Zodat alle hazen en schildpadden in het zorglandschap hun motivatie behouden om de finish te halen. Hoeft geen fabel te zijn, toch? ●





# HOE SPELEN WE IN OP DE PARKINSON- PANDEMIE?



Tussen 1990 en 2040  
**verzesvoudigt** wereldwijd  
het aantal mensen met Parkinson en  
parkinsonismen

**75%** van alle late-fase Parkinson-  
patiënten ervaart in **ernstige mate**  
**neuro-psiachtrische klachten**

# De ene Parkinsonfase is de andere niet

Mensen met Parkinson en parkinsonismen ervaren in de late fase van hun ziekte een groeiend aantal beperkingen die steeds meer problemen geven in hun dagelijkse functioneren. Een eensluitend adequaat behandeladvies voor de stijgende ziektelast bestaat niet, al zijn er wel degelijk mogelijkheden om de kwaliteit van leven van patiënten enigszins te verbeteren. En daarin ligt een belangrijke rol voor de eerste lijn.

Van alle ziekten veroorzaken neurologische aandoeningen de meeste problemen in het functioneren. De associatie met Alzheimer is hier snel gelegd, terwijl wereldwijd het aantal patiënten met de ziekte van Parkinson of een atypische parkinsonisme tussen 1990 en 2040 verzesvoudigt en dus nóg sneller stijgt. Door de verwachte toename van hun ziekteduur zijn steeds méér mensen länger ziek, wat aandacht voor juist de late fase van de ziekte van Parkinson en parkinsonismen rechtvaardigt.

Omdat Parkinsonpatiënten die al lang(er) ziek zijn door hun verslechterde conditie niet aan onderzoek kunnen meedoen, is over het functioneren in de late ziektefase weinig bekend. In 2011 verscheen *Verpleeghuizen op weg naar Integrale Parkinsonzorg*, een studie naar problemen van Parkinsonpatiënten in het verpleeghuis. Sindsdien weten we dat patiënten in toenemende mate last krijgen van off-perioden, geheugenstoornissen, waanideeën, hallucinaties, apathie en depressie. Ook weten we dat dit complexe zorg vereist. En dat deze niet of onvoldoende wordt geboden.

Welke zorg en behandeling het meest passen in de late ziektefase en hoe de effectiviteit van een individueel behandeladvies kan worden gemeten, is onderzocht in de Europese *Care for Late Stage Parkinsonism*-studie (CLaSP).



Sommige patiënten willen strijdend 'ten onder gaan'

Namens Nederland participeerde specialist Ouderengeneeskunde en wetenschappelijk onderzoeker Danny Hommel in het (promotie) onderzoek, waaraan 692 'late-fase Parkinsonpatiënten' en hun naasten, meest mantelzorgers, uit zes Europese landen meededen.

#### GERICHTERE SCREENING VEREIST

Uit de CLaSP-studie blijkt dat Parkinsonpatiënten in de late fase van hun ziekte kampen met ernstige bradykinesie, loopstoornissen, balansproblemen en spraakproblemen (respectievelijk 77, 67, 56 en 43 procent). Meer dan de helft is vermoeid, ervaart concentratie-, geheugen- en plasproblemen en heeft last van obstipatie. Echt opvallend is de constatering dat 92 procent van alle respondenten in lichte mate en 75 procent in ernstige mate neuro-psychiatrische klachten ervaart. Ook ontdekte Hommel dat 52 procent van alle verpleeghuisbewoners met Parkinson orthostatische hypotensie heeft. Bij maar 6 procent stond het fenomeen van 'de lage bloeddruk bij het opstaan' in het dossier vermeld. Hetzelfde lage percentage bewoners slikte medicijnen. Dat orthostatische hypotensie nauwelijks wordt herkend en bijna alle patiënten neuro-psychiatrische klachten ontwikkelen, vereist volgens Hommel gerichtere screening op beide 'verborgen' klachten. Het helpt om ziektegerelateerde complicaties, zoals vallen of een overbelaste zorgsituatie, te voorkomen.

#### OPVOLGEN VAN ADVIEZEN

Naast dat het belangrijk is om te weten hoe vaak symptomen in de late-Parkinsonfase optreden en of deze het functioneren beïnvloeden, werpt de vraag zich op of behandeling door een expert iemands functioneren verbetert. Om dit te onderzoeken, ontwikkelden Hommel en zijn CLaSP-collega-experts een interventie in de vorm van een behandeladviesbrief met drie tot vijf adviezen per individu. Van de deelnemende behandelaars (91 mensen) volgde 64 procent ten minste één advies gedeeltelijk op. Slechts 28 procent volgde ten minste één advies volledig op. Het geringe succes van de interventie is toe te schrijven aan het feit dat patiënten het niet eens waren met het advies (28 procent), aan tijdgebrek bij de behandelaar (22 procent) en aan het verwachte uitblijven van ook maar enig effect (19 procent). Waar de adviesbrief geen verschil maakte in het algemeen dagelijks

functioneren tussen de interventie- en controlegroep, bleek wél de kwaliteit van leven van de 'adviesgroep' iets te zijn verbeterd. Patiënten die een of meerdere adviezen hadden opgevolgd lieten een verminderde toename van mentale problemen zien, ook omdat hun behandelaars scherper inzetten op persoonlijke doelen, onder meer op medicatiegebied.

#### WAARDEVOLLE INZICHTEN

De behandeling van vroege-fase Parkinsonpatiënten richt zich vooral op verbetering van de motoriek. In de late fase komen andere niet-motore klachten naar voren die patiënten – en met hen hun mantelzorgers – als nog meer belastend ervaren. Dat vraagt niet alleen om een andere inrichting van de late-fase-behandeling, maar ook om een ander soort gesprek over het behandelgoal. Sommige patiënten willen tot het laatste moment intensieve therapie blijven volgen en





## Winst valt te halen in aanvulling van het Parkinson-kernteam



strijdend 'ten onder gaan', anderen vinden moeizame trainingen te belastend en zijn tevreden als ze de dag 'een beetje goed doorkomen'. Samengevat: de beste behandeling ter verbetering van het functioneren in late-fase-ziekte blijft ook na Hommels onderzoek onduidelijk. Wél bieden de CLaSP-resultaten waardevolle inzichten en aanknopingspunten voor (toekomstige) specifieke interventies voor juist deze doelgroep.

### GROTERE ROL HUISARTS

Winst valt volgens Hommel te halen in aanpassing c.q. aanvulling van het Parkinson-kernteam dat nu meestal bestaat uit een neuroloog, Parkinsonverpleegkundige, fysiotherapeut en ergotherapeut. De onderzoeker pleit voor een grotere rol van de huisarts, de psycholoog/psychiater en de specialist Ouderengeneeskunde. Liefst meteen als kwetsbaarheid optreedt om adequater in te spelen op klachten, waarvan bekend is dat ze zich in deze fase openbaren. Bovendien vergroot samenwerking met de eerste lijn rondom parkinsonpatiënten met een complexe zorgbehoefte de kans op het sneller vinden van gerichtere oplossingen die beter aansluiten bij de behandelvoorkeur van de patiënt.

### PALLIATIEVE PARKINSONZORG

Hommel toont zich ook groot voorstander van de opzet van meer Parkinson-expertisecentra in de langdurige zorg. Het centreren van Parkinsonzorg in 'one-stop-shops' bewijst dagelijks zijn waarde in de praktijk, mede dankzij neurologen die 'het lef hebben hun eigen ziekenhuis uit te komen om ergens anders hun poliafspraken te draaien'. In het verlengde daarvan verdient palliatieve zorg bij Parkinson veel meer aandacht, ook omdat de late Parkinsonfase en de palliatieve fase elkaar grotendeels overlappen. Een onlangs verschenen palliatieve module in de nieuwe behandelrichtlijn voor de ziekte van Parkinson geeft maar een beperkt overzicht van wat goede palliatieve zorg is, terwijl juist extra handvaten voor de palliatieve fase nodig zijn. Het goede nieuws: een richtlijn Palliatieve zorg bij Parkinson is in de maak. Ook vindt betere afstemming plaats tussen het Expertnetwerk Palliatieve Zorg en Parkinsonnet.

### INNOVATIEF ONDERZOEK

Gezien het vaak onvoorspelbare verloop van 's werelds snelst toenemende neurologische ziekte moet toekomstig onderzoek innovatief zijn om te slagen, vindt Hommel. Hij verwacht veel van de voorzichtig in gang gezette (gecombineerde) inzet van telemonitoring, slimme zorgrobots en big data. Al is het alleen al om een van de kwetsbaarste doelgroepen binnen de ouderengeneeskunde te vrijwaren van deelname aan ingewikkelde en inspannende onderzoeken. ●



### Danny Hommel (1986)

behaalde in 2011 zijn artsdiploma aan het Erasmus MC in Rotterdam. Sinds 2015 werkt hij als specialist Ouderengeneeskunde bij het Kenniscentrum Parkinsonhuys van Stichting Groenhuysen. Op 27 september 2021 promoveerde Danny Hommel op zijn onderzoek *Problemen in het functioneren in late-fase parkinsonismen* dat hij uitvoerde bij de afdeling Neurologie aan het Radboudumc. De komende jaren richt hij zich vanuit zijn rol als wetenschappelijk onderzoeker bij het UKON-netwerk op palliatief-terminale zorg in hospices. Hier hoopt hij bij collega-specialisten ideeën op te halen om te ontdekken welke specifieke behandeling het best aansluit bij het omgaan met aandoeningen in juist de allerlaatste fase.

### Meer informatie

[www.ukonnetwerk.nl/publicaties](http://www.ukonnetwerk.nl/publicaties)

In het multidisciplinair ziekenhuisoverleg (MDO) worden belangrijke beslissingen genomen over de zorg aan patiënten. Dat de inbreng van de huisarts hierbij waardevol kan zijn spreekt voor zich. Hoe zou deze rol moeten worden ingevuld?

## STELLING

# De huisarts moet de voorzitter zijn van een patiëntbespreking in het ziekenhuis



**Sasja Mulder**

Internist-oncoloog Radboudumc

‘Het komt nog maar zelden voor dat een huisarts aanschuift bij het oncologisch MDO. Door de gewijzigde opzet van de patiëntbesprekingen worden soms tot wel 40 patiënten per MDO besproken. Dit in combinatie met de complexiteit van datgene wat besproken wordt, maakt dat het voor huisartsen weinig zinvol is om aan te sluiten. Laat staan om de rol van voorzitter te vervullen. Wat wél van grote waarde is, is de kennis van de huisarts over de context van bepaalde patiënten. Over de thuissituatie, eventueel niet-medische zaken die spelen. Dit is belangrijke

### ‘Voor huisartsen is MDO nauwelijks zinvol’

informatie om mee te nemen in het MDO, naast de medisch-inhoudelijke aspecten. Daarom nemen specialisten of casemanagers voor bepaalde patiënten voorafgaand aan het MDO contact op met de huisarts. Zodat we een zo volledig mogelijk patiëntbeeld hebben. Dat zou veel vaker mogen gebeuren.’



**Rianne Ekkelboom**

Voorzitter Patiëntenadviesraad Radboudumc

‘De voorzitter dient de patiënt door en door te kennen. Of dat nou de huisarts of de behandelend specialist is, maakt dan niet zoveel uit. Ik vind het belangrijk dat de voorzitter de context van patiënten goed weet. En dus op de hoogte is van

### ‘Degene die de patiënt het beste kent’

hun thuissituatie en van wat deze patiënten onder kwaliteit van leven verstaan. Sterker nog, ik zou ernaartoe willen dat patiënten zélf bepalen wie deze besprekingen voorziet. Zij weten immers wie hen het beste kan vertegenwoordigen. Het risico om steevast huisartsen het MDO te laten voorzitten, is dat zij soms waarnemende huisartsen zijn en dus patiënten niet goed genoeg kennen. Het mooiste zou zijn als patiënten, die dat willen, op cruciale momenten zelf bij het MDO aanwezig zijn. Zo worden belangrijke beslissingen meer samen genomen.’



**Willemijn de Graaf**

Huisarts, huisartsenpraktijk Berg en Dal

‘Ik hoef geen voorzitter te zijn van een patiëntbespreking, maar als huisarts wil ik wél een stem hebben als het gaat om een complexe patiënt of complexe keuze. Een huisarts kijkt op een andere manier naar patiënten dan een specialist; ik ken iemands zorgen en angsten, weet wat er speelt in iemands leven. Die dingen moeten óók worden meegenomen bij beslissingen in de zorg. Gebeurt dat niet, dan sluit de zorg niet goed aan op wat de patiënt nodig heeft. Zo kun je van een patiënt met allerlei psychische en sociale problemen niet

### ‘Betere zorg door betrekken huisarts’

zomaar verwachten dat hij zich in een ziekenhuis aan de andere kant van het land laat behandelen. Ik geloof niet in twee aparte sporen, ik geloof in een netwerk om patiënten heen. Waarin huisarts en betrokken specialisten sámen met de patiënt kijken wat nodig en mogelijk is.’

### Vragen of reageren?

✉ [verbind@radboudumc.nl](mailto:verbind@radboudumc.nl)

## Samenwerking in de regio

### REGIONALE WONDZORG

'Als iemand met een wondprobleem bij de huisarts komt, is het vaak puzzelen wat de oorzaak van de wond is', vertelt Erik de Laat, verpleegkundig specialist wondzorg bij het Radboudumc. 'We willen dat er standaard verwezen wordt binnen een regionaal wondnetwerk. Hier kijken de verpleegkundig specialist en medisch specialisten samen met de huisarts, thuiszorg en specialist Oudergeneeskunde waar de patiënt voor de juiste zorg terecht kan. Is dat thuis met goede wondzorg, in een verpleeghuis of in één van de aangesloten ziekenhuizen: het Radboudumc, CWZ of Sint Maartenskliniek? Goede overdracht en continuïteit van zorg zijn belangrijk. Als we een patiënt bijvoorbeeld van ziekenhuis naar thuis verwijzen, dan moeten thuis wel het juiste bed en verbandmiddelen zijn. Omgekeerd moeten ziekenhuizen de juiste voorzieningen treffen als een wondpatiënt wordt opgenomen.'

'Standaard  
verwijzen naar  
een regionaal  
wondnetwerk'

*In het tweede kwartaal van 2022 zullen, naar verwachting, de eerste pilots lopen om de regionale wondzorg verder te verbeteren. Meer weten? Mail Erik.deLaat@radboudumc.nl.*

# Zo komt er tussen eerste lijn

Hoe werken zorgprofessionals in alle lijnen beter samen, zodat ziekenhuis-, verpleeghuis- en thuiszorg goed op elkaar zijn afgestemd? Het Centrum voor Geïntegreerde Zorg (in oprichting\*) zal hierin verbetering brengen.

'Een alleenstaande oudere vrouw kwam laatst op onze Spoedeisende Hulp. Ze was gevallen en had haar bovenarm gebroken', vertelt Angelien Sieben, kwartiermaker-verpleegkundig directeur van het Centrum voor Geïntegreerde Zorg dat momenteel in het Radboudumc wordt opgericht. 'De SEH-verpleegkundige en -arts hebben haar behandeld voor de gebroken arm, maar zij kon zichzelf thuis niet alleen redden. We hebben toen de wijkzorg ingeschakeld, zodat ze direct zorg in haar eigen woonomgeving kreeg. Zo maak je het meteen veilig voor de patiënt.

Vanuit het nieuwe centrum willen we onze zorg beter op de wijk-, verpleeghuis en andere eerstelijnszorg afstemmen. Bij bijvoorbeeld kwetsbare ouderen, mensen met verslavingsproblematiek, een psychiatrische aandoening, of mensen met lage gezondheidsvaardigheden, spelen vaak meer problemen. Behalve naar de ziekte(n), willen we naar iemands psychische, en dagelijkse functioneren, sociale context en leefomgeving kijken.'

### OM TAFEL

Het plan is om binnen het centrum een Ziekenhuis-introductiepunt (ZIP) in te richten, voor de centrale intake van patiënten. 'Onder meer een geriater, inter-

\* Het Radboudumc wil nog meer van waarde zijn voor zijn patiënten, studenten, onderzoekers, medewerkers en de maatschappij, en werken vanuit hún vragen. Een nieuwe organisatiestructuur helpt om dat voor elkaar te krijgen. Het Radboudumc gaat voor meer verbinden, meer samenwerken, meer waarde toevoegen, meer plezier en voldoening van het werk.

# betere afstemming en Radboudumc

nist, anesthesist, psychiater en medisch psycholoog voeren vanuit dit ZIP een multidisciplinair overleg (MDO), licht Angeliën Sieben toe. 'Bij dit MDO willen we daarnaast eerstelijnsprofessionals, zoals een huisarts, specialist Ouderengeneeskunde, arts voor mensen met een verstandelijke beperking en liefst ook een verpleegkundig casemanager uit de wijk, om de tafel hebben. Zo leveren we onze zorg in goede samenhang met het netwerk in de eerste lijn. Zodat de patiënt de juiste zorg op het juiste moment op de juiste plek door de juiste professional krijgt.'

Hoe kunnen deze plannen slagen? 'We hebben experimenteeruimte nodig om deze innovaties in de zorg uit te voeren en te evalueren. Dit vergt vertrouwen in elkaar, tijd van professionals en uiteindelijk nieuwe manieren van financieren', zegt Angeliën Sieben. 'Tot slot biedt het samenwerken over de muren ook kansen voor de arbeidsmarkt; het werk wordt gevarieerder en je voegt echt waarde toe aan het leven van een patiënt.' ●

'We hebben experimenteeruimte nodig voor deze zorginnovaties'

## Angeliën Sieben

kwartiermaker-verpleegkundig directeur van het Centrum voor Geïntegreerde Zorg



## Samenwerking in de regio

### WARME OVERDRACHT COPD-PATIËNTEN

ZZG zorggroep en het Radboudumc tekenden in september een raamovereenkomst om de samenwerking te verbeteren, onder meer in de zorg voor mensen met luchtwegaandoening zoals COPD. Annemieke Koopman, verpleegkundig specialist Longziekten Dekkerswald (Radboudumc): 'ZZG zorggroep kent de thuissituatie en de problemen waar een patiënt mee kampt het beste; vanuit het umc hebben we onze academische expertise over de ziekte. Een wens is dat een ZZG-verpleegkundige bij het MDO in het umc kan aansluiten. Zo zorgen we voor een "warme overdracht" tussen ZZG en Radboudumc, en kunnen we samen het zorgplan maken. Ook willen we proactieve zorgplanning – het in kaart brengen van toekomstige zorgbehoeftes van de patiënt – vormgeven in samenwerking met de huisarts en ZZG-verpleegkundige.'

'Een wens is dat een ZZG-verpleegkundige bij ons MDO aansluit'

Een ander plan is om meer thuismonitoring in te zetten. Brenda Spanbroek, verpleegkundig specialist Longziekten bij ZZG zorggroep: 'Hiermee kan een patiënt thuis gegevens zoals saturatie, gewicht of klachtenpatroon bijhouden. Inzage hierin kan helpen om bijvoorbeeld een longaanval te voorkomen, doordat een patiënt tijdig kan handelen met een longplan of een zorgprofessional kan consulteren. Hierdoor verminderen mogelijk ook de policonsulten in het ziekenhuis.'



# Prikposten in de regio

Sinds een geslaagde pilot in 2020, kunnen steeds meer Radboudumc-patiënten bloed laten prikken bij een **prikpost in de eigen omgeving**. Welke voordelen biedt dit en wat brengt de toekomst?

## VOORDELEN

Met een 'druk op de knop' kunnen zorgverleners van acht Radboudumc-afdelingen een order plaatsen voor zogenoemde externe afname. Hiermee kunnen patiënten in hun eigen buurt bloed laten afnemen. Zo hoeven ze niet meer (veel) te reizen, en doen zij minder (oneigenlijk) beroep op hun huisarts. Uitslagen komen vanaf de prikpost in het EPD, op tijd voor de afspraak met de medisch specialist.

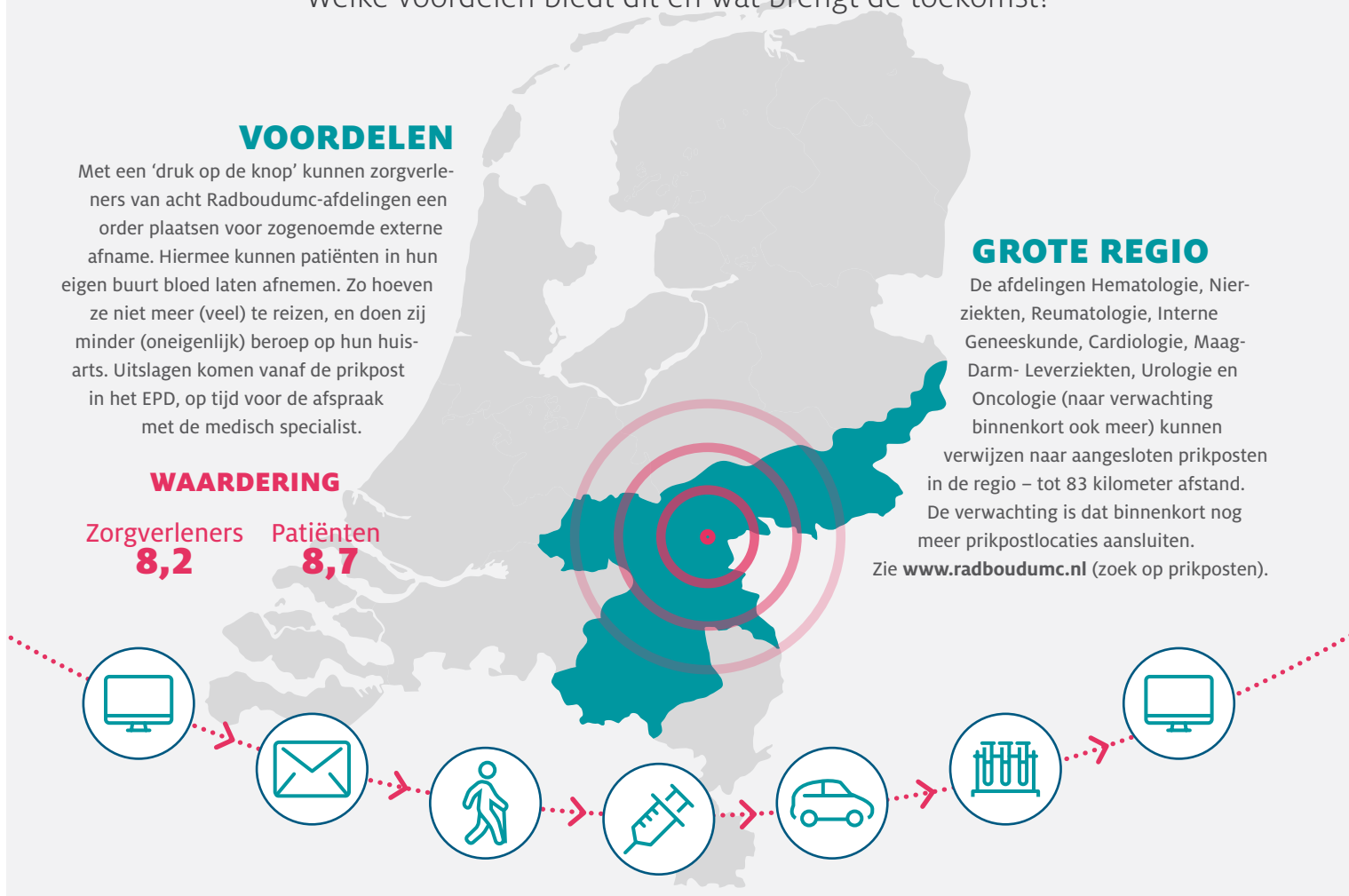
## WAARDERING

Zorgverleners **8,2**      Patiënten **8,7**

## GROTE REGIO

De afdelingen Hematologie, Nierziekten, Reumatologie, Interne Geneeskunde, Cardiologie, Maag-Darm- Leverziekten, Urologie en Oncologie (naar verwachting binnenkort ook meer) kunnen verwijzen naar aangesloten prikposten in de regio – tot 83 kilometer afstand. De verwachting is dat binnenkort nog meer prikpostlocaties aansluiten.

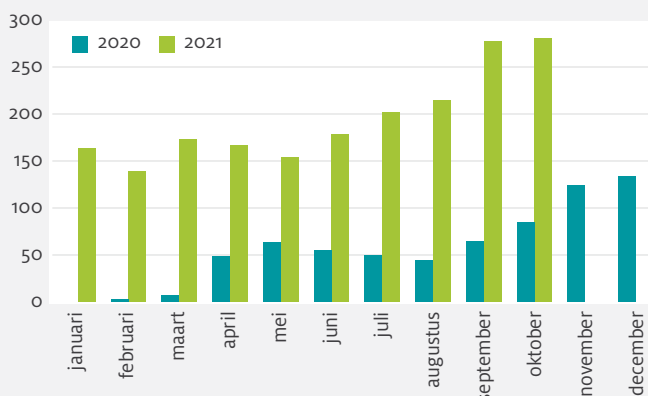
Zie [www.radboudumc.nl](http://www.radboudumc.nl) (zoek op prikposten).



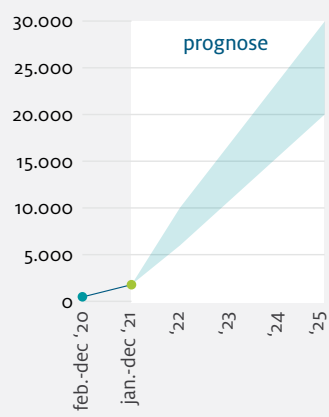
## TOEKOMST

Inzet is om in 2022 dit initiatief landelijk uit te rollen. Inmiddels worden ook urine, speeksel- en ontlastingsbepalingen per post ingezet.

Aantal bloedafnames in regionale prikposten 2020 en 2021



prognose 2022 en 2025



Wie zijn de professionals in ons netwerk? Wat doen ze en wat drijft hen? Deze keer in '1 dag van ...' bedrijfsarts en opleider **Femke van Leeuwen**.



9.00 uur

Als praktijkopleider begeleid ik bedrijfsartsen in opleiding (SGBO). Wekelijks wandelen we tijdens ons opleidingsoverleg, waarbij we lopende zaken bespreken. Hier vieren we het behalen van een examen.

11.15 uur

Spreekuur in de haven: zo leuk! Omdat ik op locatie ben, kunnen medewerkers me op een laagdrempelige manier spreken. Ook kan ik makkelijk hun werkplek bezoeken of hun manager spreken: zo zijn problemen vaak snel opgelost en kan ik echt wat betekenen.



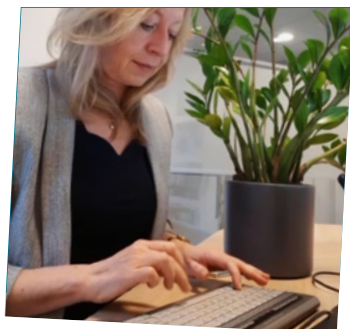
12.30 uur

Lunch met een HR-manager. Gespreks-onderwerpen? Verzuim-begeleiding, re-integratie en preventie; super-belangrijke thema's voor iedere werkgever.



14.30 uur

Als ik lesgeef aan coassistenten vertel ik over het belang van werk, voor zowel patiënten als voor henzelf. Ook geef ik handvatten hoe zij zich als arts (werkend) staande kunnen houden en het goede voorbeeld kunnen geven.



16.50 uur

Administratietijd. Als ambassadeur van bedrijfsartsworden.nl beantwoord ik ook regelmatig vragen van collega-artsen die geïnteresseerd zijn in mijn vak. Meestal zeggen ze meer tijd te willen nemen voor hun patiënten, en voor preventie. Dat kan in ons vak. Vaak gaan ze overstag!

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



**Wendy van Zelst-Stams** is klinisch geneticus, hoofd van de sectie klinische genetica en sinds maart 2021 hoogleraar Zorg voor Zeldzaam aan het Radboudumc/ de Radboud Universiteit.

## 'Het middelste figuurtje heeft een **ontwikkelingsachterstand**'

'Saskia', staat op de onderkant van mijn fruitschaaltje. Een moeder van een patiënt gaf het me ooit. Haar dochter werkt bij een werkplaats voor mensen met een beperking. Ik ben er gaan kijken. Prachtig om te zien hoe trots de makers zijn op hun producten.

Ik stel me voor dat het middelste figuurtje op de schaal een ontwikkelingsachterstand heeft door een zeldzame genetische aandoening. Een zeldzame aandoening openbaart zich meestal al op jonge leeftijd, maar doorgaans zijn de eerste klachten zo atypisch dat het jaren duurt voor de juiste diagnose is gesteld. Ouders bezoeken gemiddeld vijf verschillende artsen voordat ze zekerheid krijgen. In 80 procent van de gevallen is de oorzaak genetisch. Tot een paar jaar terug kon je dat amper testen. Nu is dit goed te testen, maar de mix van 20.000 genen en 8.000 zeldzame aandoeningen veroorzaakt

een complexe puzzel. Je bent zo een paar jaar verder. Het goede nieuws: ons team ontwikkelde een volledige genetische test met uitslag binnen zes weken. Sinds begin dit jaar bieden we deze unieke vroegdiagnostiek aan. De tachtig gezinnen die we inmiddels hielpen, zijn tevreden: de uitkomst zorgt voor duidelijkheid en houvast. Vaak is geen genezing mogelijk, maar kun je wel direct passende zorg en ondersteuning leveren: denk aan de juiste begeleiding, school en therapie. Kijk, dat zijn al die poppetjes die je rondom het middelste figuurtje op mijn fruitschaaltje ziet.' ●

