

Wat doet de verzekerings-
arts **nieuwe stijl?**

Pag 8 • leestijd 2.40 min

Bovenbuikpijnklachten:
wel of niet opereren?


Pag 15 • leestijd 4.50 min

Gezamenlijk vangnet
bij multiproblematiek

Pag 20 • leestijd 2.50 min

Verb1nd.

VOORJAAR 2022



Huisarts Leon van Groenendael (links), fysiotherapeut
Joris Botman (midden) en bedrijfsarts Marieke Jacobs:

**‘Het nieuwe zorgpad
post-COVID-syndroom
ontzorgt ook de huisarts’**

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), Pieter Matthijssen, Jannie Meussen, Gijs Munnichs, Johan Oltvoort, Gloedcommunicatie

Fotografie Mathijs Hanenkamp, Dineke van der Ploeg, Eric Scholten, Paula Zimmerman

Contentcommissie Annoek van der Gouw, Sietske Grol, Joost van der Gulden, Freek Kinkelaar, Jacintha van Oosten, Henk Schers, Yvonne Schoon

Bladcoördinatie Editha Gerdingh

Met dank aan Elies Goossens, Erim Özdemir, Eveline Starreveld

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 2022.

Radboudumc

voorwoord.

Aan de vooravond van de toekomst

Volgens mijnwoordenboek.nl kent 'verbinden' vele betekenissen, waaronder: aaneenbinden, aaneenboeien, aaneenkoppelen, aaneenschakelen, aaneensluiten, aanhaken, aanhechten, aankoppelen, aansluiten, accrocheren en alliëren.

Wanneer we het over de verbinding hebben, zijn al deze begrippen contextueel relevant. Zo ook voor de verbinding tussen de nulde, eerste en tweede lijn. Verbinden doen we niet uit liefde voor het lexicon, maar omdat de geneeskunst van de toekomst dit nodig maakt en omdat de patiënt van vandaag dit nodig heeft.

Bijvoorbeeld voor de herinrichting van de vaccinatiezorg. Dit kan in mijn ogen door verbinding ('aaneenboeien' en 'aaneenschakelen') van de GGD, de huisartsen, de specialisten ouderengeneeskunde, de artsen voor verstandelijk gehandicapten en relevante medisch specialisten.

Een ander voorbeeld waarin de verbindende benadering ('aaneenkoppelen van zorgverleners') versterkt moet worden, is antibioticaresistentie. Infecties met en dragerschap van resistente micro-organismen hebben vergaande gevolgen voor patiënten tijdens hun opname, bij het gebruikmaken van extramurale (zorg)faciliteiten en het deelnemen aan de maatschappij. Gezamenlijke kennisontwikkeling over de gevolgen van antibioticaresistentie, waarin de huisarts, specialist ouderengeneeskunde, bedrijfsarts en

verzekeringsarts participeren samen met de medisch specialist, kan het verschil voor deze patiënten maken. Ten slotte de voorbereiding en de res-

'De regio Nijmegen ontwikkelt zich tot een proeftuin voor geïntegreerde zorg'

pons op toekomstige volksgezondheids crises. Verbinding vereist

'aanhaken' bij de individuele ervaringen tijdens de COVID-crisis van zorgverleners, 'aaneensluiten' van de geleerde lessen en 'alliëren'

van alle partijen in de zorgregio.

In mijn visie ontwikkelt de regio Nijmegen zich tot een proeftuin voor geïntegreerde zorg waarin de traditionele nulde, eerste en tweede lijn met elkaar verbonden zijn. Vanuit mijn nieuwe rol als hoofd afdeling Eerstelijns-geneeskunde zal ik me hiervoor maximaal inzetten.

Prof. dr. Aura Timen, arts Maatschappij en Gezondheid Hoofd afdeling Eerstelijns-geneeskunde





10

Een nieuw zorgpad voor patiënten met het post-COVID-syndroom, waarbij de behandeling wordt gecoördineerd door een case-manager: wat levert dat op? En, wat hebben zorgprofessionals met het post-COVID-syndroom hieraan?

Onderzoek biedt een nieuwe opening in de **wel-of-niet-opereren-discussie bij bovenbuikpijn**. Waar speelt de huisarts straks een rol?

8

De solistische rol voor de verzekeringsarts gaat over in een **regierol binnen een multidisciplinair team**. 'Door teamwork kom je op nieuwe mogelijkheden.'

15

Kennisdossier
40 procent van de patiënten met buikpijnklachten houdt na een galblaasoperatie pijnklachten. Door bevindingen uit het SUCCESS-onderzoek verbetert diagnostisering en behandeling van patiënten met bovenbuikpijn.

20

Met tools uit de training **Grip op Gezondheid** maak je multiproblematiek bespreekbaar en werk je slimmer samen met collega's uit andere domeinen. 'Mensen verwachten niet dat je die vragen stelt, maar het effect kan groot zijn.'

VERDER

- 6** Impact: VR-techniek in het onderwijs
- 14** Column van AVG-arts Esther Bakker-van Gijssel
- 19** Stelling: Werkende, zwangere vrouw loopt onnodige gezondheidsrisico's zonder preventief consult bedrijfsarts
- 22** Facts & Figures
- 23** 1 dag van verpleegkundig specialist Maartje Kerkkamp-Knoops
- 24** Onm1sbaar



Meervoudige verhuizing



De grootschalige nieuw- en verbouwprojecten van het Radboudumc naderen het hoogtepunt. Op 30 mei zijn de zorggebouwen P en L in gebruik genomen, op 4 juli staat de ingebruikname van het nieuwe hoofdgebouw gepland. Dit betekent dat veel poliklinieken, verpleeg- en functieafdelingen van routenummer veranderen. Verhuisinformatie verloopt via de afdelingen, in correspondentie met patiënten, via de website en mijnRadboud.

ZORG VAN DEKKERSWALD NAAR CAMPUS

Alle zorg die het Radboudumc op Dekkerswald bood, verplaatst naar de Radboudumc-campus. De klinische zorg is op 30 mei al verhuisd. Patiënten met tuberculose en longinfecties krijgen voortaan zorg in het nieuwe gebouw P (Erasmuslaan) waarin ook een *high level*

isolation unit is voorzien. (Poli-)klinische patiënten voor longrevalidatie, komen sinds 30 mei in het compleet gerenoveerde gebouw L (naast ingang Oost). Andere (poli)klinische patiënten van de afdeling Longziekten worden gezien in het C-gebouw. Tussen 1 en 4 juli verhuizen ook de laatste onderdelen van

Dekkerswald: Raack (Kindergeneeskunde), pijnbehandelcentrum en pijnpoli, afdeling Anesthesiologie, een deel van de Radiologie, het laboratorium en de staf en backoffice van de afdeling Longziekten. Deze onderdelen komen in het nieuwe hoofdgebouw.

TROTS

De grote trots van onze nieuwbouwprojecten is het nieuwe hoofdgebouw: gebouw A. Dit duurzame gebouw, met architectuurkenmerken van de Bossche School, heeft door het vele licht, zicht en groen een helende omgeving voor patiënten en bezoekers én medewerkers. Overal in het gebouw is ruimte voor ontmoeting. U bent er van harte welkom.

www.radboudumc.nl/bouw

Tip

Het zelfhulpboek voor parkinsonpatiënten en hun naasten *Ommetjes door het parkinsonbrein* staat vol tips om denkbastakels te herkennen, bespreken en omzeilen. Radboudumc-hoogleraar Neurologie Bas Bloem schrijft in het voorwoord '... verplicht leesvoer voor iedereen die mensen met parkinson een warm hart toedraagt, ongeacht of u nu de ziekte zelf hebt, een familielid bent, een vriend of een andere naaste bent, of actief bent als zorgverlener.'

Copiedstudie.nl



Meer aandacht voor **sociaaleconomische verschillen**

De Gezondheidsraad, onafhankelijk adviesorgaan voor regering en overheid voor gevraagd en ongevraagd wetenschappelijk advies op gebied van onze volksgezondheid en gezondheidszorg, bestaat al sinds 1902 en wordt gevormd door een breed spectrum aan wetenschappers. Op 1 januari 2022 werd ook Radboudumc-hoogleraar Gezondheidsverschillen

MARIA VAN DEN MUIJSENBERGH benoemd tot lid van deze raad. Zij wil met haar expertise bijdragen aan aandacht voor etnische en sociaaleconomische verschillen in gezondheid, zorggebruik en effectiviteit van zorg en interventies.

www.gezondheidsraad.nl



Hartfalen: vroeger signaleren palliatieve zorgbehoeften

Om zorgverleners te helpen bij het tijdig en laagdrempelig signaleren van palliatieve zorgbehoeften bij gevorderd hartfalen, hebben het Maastricht Universitair Medisch Centrum en het Radboudumc een gratis hulpmiddel ontwikkeld: I-HARP (Identificeren van patiënten met HARTfalen met Palliatieve zorgbehoeften). Hiermee kunnen zorgverleners palliatieve zorgbehoeften herkennen en krijgen ze informatie over te ondernemen (interdisciplinaire) acties. I-HARP is zo ontwikkeld dat het voor iedere zorgverlener en in iedere zorgsetting kan worden toegepast.

📄 Meer weten over I-HARP, bijbehorende e-learning of aanvullen de workshops? **Ga naar www.palliaweb.nl**

IN DE AGENDA

JUBILEUMCONGRES: WEGKIJKEN KAN NIET MEER

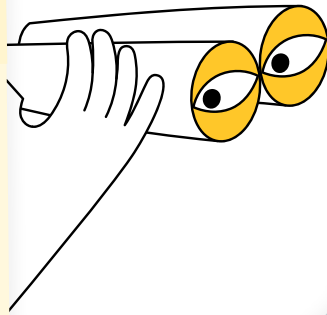
Vanwege het tienjarig bestaan van Centrum voor Seksueel Geweld Gelderland-Zuid en -Midden wordt het congres *Wegkijken kan niet meer – Signaleren en handelen bij seksueel misbruik* georganiseerd. Met nieuwe wetenschappelijke ontwikkelingen in kennis over het signaleren en behandelen van seksueel misbruik. Plus de laatste ontwikkelingen van een gecoördineerde multidisciplinaire aanpak.

Datum: 13 oktober 2022 | 08.45-16.00 uur

Plaats: Radboudumc Experience Center

Meer informatie

Houd voor meer informatie over sprekers en aanmelding de volgende website in de gaten: www.radboudumc.nl/onderwijs/events.



Kenniswaaier met tools

Of het nou gaat om de thema's depressie, dementie op jonge leeftijd, antipsychotica of delier, de (digitale) kenniswaaier van het Universitair Kennisnetwerk Ouderenzorg Nijmegen (UKON) geeft overzichtelijk weer welke tools een zorgverlener – op basis van recente onderzoeksgegevens – kan inzetten.

Elke tool wordt kort omschreven. Ook is direct te zien voor welke doelgroep deze is bestemd, en wie ermee kan werken. Via QR-codes is direct de plek met meer informatie en materialen te zien, zoals online trainingen, zorgprogramma's of e-learnings.

📄 www.ukonnetwerk.nl/tools/de-kenniswaaier



Techniek in het medisch onderwijs

Corona heeft een boost gegeven aan het gebruik van VR (*virtual reality*) in het onderwijs. Omdat bijvoorbeeld de gebruikelijke rondleiding voor studenten op de Intensive Care niet kon doorgaan, filmde intensivist Maarten van den Berg er met een speciale camera. Zo kunnen studenten als Erim Özdemir (foto) - via een VR-bril - nu meekijken bij echte patiënten. Interactief. Ze kunnen bijvoorbeeld klikken op een bloeddrukmeter, en zien dan in een filmpje hoe ze een shock moeten behandelen.

Studenten kunnen ook virtueel mee met de traumaheli. Maarten van den Berg: 'Een traumachirurg heeft de camera op zijn schouder gezet, en nu kunnen studenten "meevliegen". Ze zien een ongevalsslachtoffer beklemd in een auto of kijken rond op vliegbasis Volkel. Ook hier krijgen ze meer informatie door op details te klikken. Zo hebben ze regie over hun eigen leerervaring.'

'Ook op de Spoedeisende Hulp maken we opnames en studenten kunnen straks ook meekijken op de operatiekamers', zegt orthopedisch chirurg Micha Holla. 'Studenten waarden dit VR-onderwijs. Uit de boeken leren, wordt nu actief meekijken en meedenken, van ongeval tot ontslag.'

De Radboudumc Health Academy is een breed programma gestart rondom Extended Reality. Doel: experimenteren met nieuwe technieken voor het onderwijs, en in kaart brengen wat wel en niet werkt om het vervolgens breder te kunnen implementeren. ●





Zo verandert de rol van de verzekeringssarts

De vraag naar sociaal-medische beoordelingen van werknemers stijgt al jaren. Het groeiende aantal aanvragen staat haaks op **een groot tekort aan verzekeringssartsen**, de beroepsgroep die de beoordelingen uitvoert. Een 'verzekeringssarts nieuwe stijl' moet het tij keren.

Wachttijden. Duizenden mensen die beoordeeld moeten worden door een verzekeringssarts krijgen ermee te maken. Dan gaat het bijvoorbeeld om Eerstejaars Ziektewet

'Via zijn huisarts regelden we dat hij kon deelnemen aan een leefstijl-interventieprogramma'

- Fatima Lopez

Beoordeling (EZWB) en de Wet werk & inkomen naar arbeidsvermogen (WIA), die respectievelijk na één en twee jaar na ziekmelding ingaan. In 2021 stonden alleen al voor een WIA-herbeoordeling zo'n 37.000 mensen op een wachtlijst. Toenmalig minister Wouter Koolmees van Sociale Zaken en Werkgelegenheid meldde aan de Tweede Kamer dat

zonder ingrijpen de aantallen fors zullen oplopen. Hij kondigde pilots aan met multidisciplinair samenwerkende verzekeringssartsen, die rond een patiënt een team van arbeidsdeskundigen, sociaal-medisch verpleegkundigen, re-integratie begeleiders, procesbegeleiders en medisch secretaresses formeren. De regie binnen dat team ligt bij de verzekeringssarts. Zo nodig wordt extra expertise aangehaakt, zoals van bedrijfsartsen, huisartsen of andere specialisten, al dan niet medisch. Taakdelegatie moet voor tijdsbesparing en minder administratie voor de verzekeringssarts zorgen. Tegelijk wil uitkeringsinstantie UWV verzekeringssartsen effectiever inzetten door mensen die mogelijk kunnen werken eerder en beter in beeld krijgen.

NIEUWE MOGELIJKHEDEN

Bij de UWV-vestiging in Alkmaar werken de verzekeringssartsen al twee jaar in multidisciplinaire

teams. 'Het team brengt alle relevante aspecten in kaart: wat speelt er precies, welke ziekte, hoe lang al, welke mindset heeft deze persoon?', vertelt Fatima Lopez, als verzekeringssarts opgeleid in Nijmegen. 'Als team zoeken we naar kansen om de patiënt verder te helpen. Door teamwork kom je op nieuwe mogelijkheden. We sparren intern, maar zo nodig ook met externe partijen. Het effect is dat patiënten zich gemiddeld minder snel weer ziek melden en ook minder snel vanuit de Ziektewet in een langduriger regeling zoals de WIA belanden. We hebben vorig jaar meer dan zeventienhonderd mensen kunnen laten terugkeren naar de arbeidsmarkt, voordat ze de aanvraag voor de WIA-beoordeling moesten doen.' Als voorbeeld noemt ze een dertiger met obesitas: 'Door een combinatie van stress en slechte voedingsgewoonten zat hij in een vicieuze cirkel, zonder uitzicht op werk. We ontdekten dat hij warmliep voor de

gedachte dat hij door gezonder te leven weer actief met zijn kinderen zou kunnen spelen. Via zijn huisarts regelden we dat hij kon deelnemen aan een leefstijl-interventieprogramma en uiteindelijk lukte het hem om zijn cirkel te doorbreken.'

MENSELIJKE MAAT

Tessa A'Campo werkt als verzekeringsarts bij het UWV in Apeldoorn en is daarnaast docent bij SGBO (SociaalGeneeskundige Beroepsopleiding) in Nijmegen. 'Werk doet iets met je zelfbeeld en je zelfvertrouwen', stelt ze. 'Een van de mooie aspecten van ons beroep vind ik dat we naar "de hele mens" kijken. Dat helpt als je iemand wilt motiveren om oplossingen voor problemen te vinden. In andere landen is een keuring vaak vrij afstandelijk. In

Nederland is er echt aandacht voor de menselijke maat. Dat we ons maatwerk vanuit een multidisciplinair team gaan leveren, past in het grotere plaatje van netwerkgeneeskunde, zoals je dat ook bij andere medische beroepen ziet opkomen. Samenwerking vergroot de mogelijkheden, samen versterk je de zorg.' Op basis van haar ervaringen in Alkmaar denkt Fatima Lopez dat de nieuwe regierol het werk van verzekeringsartsen aantrekkelijker zal maken: dynamisch teamwork versus het ouderwetse beeld van een solistische keuringsarts in een bedompt kamertje. Tessa A'Campo kan niet wachten om er ook ervaring mee op te doen: in Apeldoorn start het UWV per 1 mei 2022 met de nieuwe manier van werken. ●

'Dit past in het grotere plaatje van netwerk-geneeskunde'

- Tessa A'Campo

Onderzoek in voorbereiding

Samen met Bart Thoonen, programmaleider ontwikkeling & onderzoek van onderwijs Eerstelijns geneeskunde bij het Radboudumc, zet SGBO-docent Tessa A'Campo zich momenteel in voor een onderzoek dat zich richt op onderwijs voor de verzekeringsarts. A'Campo: 'Het zou mooi zijn om tijdens de opleiding een soort 'kruisbestuiving' tussen specialismen te kunnen creëren waar iedereen van leert en die de opleiding ook aantrekkelijker maakt.'



Fatima Lopez

Zorgpad voor mensen met langdurige klachten na corona

Centrale rol voor case in eerste lijn

Mensen met langdurige klachten na corona kwamen voorheen op de nazorgpoli's van het Radboudumc en Canisius Wilhelmina Ziekenhuis (CWZ). **Vanaf 1 juni verwijzen we deze patiënten in de regio Nijmegen naar het zorgpad post-COVID-syndroom.** 'Patiënten worden beter begeleid tijdens herstel én dit ontzorgt de huisarts.'

Mensen met het post-COVID-syndroom zijn twee jaar lang gezien op de nazorgpoli's van de afdelingen Longziekten van het Radboudumc en CWZ. Klachten na corona zijn zeer uiteenlopend. 'Van ernstige vermoeidheid, kortademigheid en moeite met inspanssen tot geheugen- en concentratieproblemen. Ook een mistig gevoel in het hoofd, angstgevoelens en depressieve klachten komen veel voor', zegt Radboudumc-longarts Bram van den Borst.

Er is nog veel onbekend over risicofactoren en oorzaken van het post-COVID-syndroom. Hier wordt wereldwijd onderzoek naar gedaan. Bram: 'Opvallend is dat we bij aanvullende diagnostiek zelden verklarende afwijkingen vinden. Zo zien we bijvoorbeeld geen long-

schade na milde COVID-19, maar wel vaak een ontregelde ademhaling en spierzwakte.'

Naast het geven van uitleg en hersteladviezen, werden vanuit de nazorgpoli's van beide huizen patiënten verwezen naar onder meer de fysiotherapeut, ergotherapeut, logopedist, diëtist en psycholoog; vrijwel altijd professionals in de eerste lijn. 'Patiënten hebben veel behoefte aan erkenning en uitleg, maar zeker ook aan begeleiding tijdens herstel waarin zorgverleners goed met elkaar samenwerken', aldus CWZ-collega longarts Jürgen Hölter. 'Hiervoor is innovatieve zorg nodig; niet door een medisch specialist, maar dichterbij de patiënt, voornamelijk gericht op paramedische expertise.'



manager



Huisarts Leon van Groenendael (links), bedrijfsarts Marieke Jacobs en fysiotherapeut Joris Botman wandelen in de tuin van Dekkerswald, waar tot 1 juni 2022 o.a. patiënten met complexe longaandoeningen werden behandeld (zie ook 1n het kort, pag.4).

ZORG OPNIEUW VORMGEVEN

De afdelingen Longziekten van het Radboudumc en CWZ, Eerstelijns-geneeskunde van het Radboudumc, NEO Huisartsenzorg (Nijmegen en omstreken) en Coöperatie Fysiotherapeuten Nijmegen (CFN) hebben, ondersteund door Health Innovation Labs van het Radboudumc, samen de zorg voor deze patiënten opnieuw vormgegeven. Ook zorgverzekeraars VGZ en CZ waren erbij betrokken. Het resultaat: patiënten met aanhoudende klachten na corona, langer dan twee maanden, gaan niet meer naar de nazorgpoli, maar worden door de huisarts verwezen naar het zorgpad post-COVID-syndroom in de eerste lijn. Dit gebeurt in een pilot van een jaar. Een nieuw aangenomen professional heeft de centrale rol in dit zorgpad: de casemanager. 'Meestal is dat iemand met een paramedische achtergrond, bijvoorbeeld een

fysiotherapeut of ergotherapeut. Deze casemanager brengt via uitgebreide anamnese alle klachten van de patiënt in kaart', vertelt Joris Botman, fysiotherapeut en voorzitter CFN. 'Vervolgens bekijkt die welke zorgverleners ingeschakeld moeten worden.'

'Voor bijvoorbeeld benauwdheid is er een fysiotherapeut nodig, voor iemands belastbaarheid een ergotherapeut, en bij depressieve

gevoelens een psycholoog', zegt huisarts

Leon van Groenendael.

'De casemanager coördineert deze zorg én organiseert interdisciplinair overleg met de betrokken professionals. De casemanager heeft tussentijds en aan het einde nog een

consult met de patiënt. Het zorgpad is daarmee een afgebakend traject.'

ZORG DICHTBIJ HUIS

Het doel is: zorg zo dicht mogelijk bij huis, en zo min mogelijk onno-

dige zorg in het ziekenhuis. Joris Botman: 'We zoeken de zorgprofessionals zoveel mogelijk in de wijk van de patiënt. Het aantal verwijzingen naar de tweede lijn zal door dit zorgpad dus afnemen. Verder is het belangrijk dat de patiënt kan meebeslissen over de keuzes in de zorg en hiermee zelf regie heeft over zijn ziekte. De casemanager heeft hierin een belangrijke ondersteunende rol.'

In de regio van NEO, Nijmegen en omstreken, worden patiënten met het post-COVID-syndroom vanaf 1 juni volgens dit zorgpad behandeld. Er komen twee tot vier casemanagers. Zij werken waarschijnlijk vanuit de locatie van NEO in Lent. Wat levert het zorgpad patiënten op? 'We verwachten dat de zorg hierdoor beter wordt', zegt Leon van Groenendael. 'De casemanager heeft meer tijd om met een patiënt de klachten te bespreken, en de multidisciplinaire zorg hierbij is beter geborgd.' Joris Botman: 'Ook willen we met dit zorgpad de wachttijd voor patiënten verkorten. Bij de nazorgpoli was dat tussen acht en twaalf weken, nu is het doel dat een patiënt binnen twee weken bij de casemanager zit, en snel daarna bij de juiste professionals.'

DUURZAME OPLOSSING

De nazorgpoli's van het Radboudumc en CWZ waren de voorloper, het zorgpad is de duurzame oplossing. 'De opgedane kennis vanuit de nazorgpoli dragen we actief over aan de casemanagers', zegt Bram van den Borst. 'Vanuit de twee ziekenhuizen blijven we als longartsen natuurlijk wel bereikbaar voor de analyse van onbegrepen longklachten na COVID-19.'



Jürgen Hölters



Leon van Groenendael:

'De casemanager heeft meer tijd om de klachten te bespreken'



Joris Botman:

‘De casemanager bekijkt welke zorgverleners ingeschakeld moeten worden’

Ook blijft het Radboudumc wetenschappelijk onderzoek doen naar het post-COVID-syndroom.’

Na de pilotfase wordt het zorgpad geëvalueerd. De pilot wordt bekostigd door VGZ en CZ via een VEZN-subsidie. Landelijk heeft ZonMw daarnaast subsidie verstrekt om de post-COVID-zorg in kaart te brengen. ‘In de regio Nijmegen zijn we pioniers in deze zorg’, zegt Leon van Groenendael. ‘Ons zorgpad of aspecten daaruit kunnen gebruikt worden voor initiatieven in de rest van het land.’ Joris Botman: ‘Een succesfactor bij de totstandkoming van dit zorgpad is dat alle partijen (Radboudumc, CWZ, NEO en CFN) goed hebben samengewerkt en bereid waren over de muren van de eigen instelling heen te kijken. Plus: zorgverzekeraars

VGZ en CZ waren er meteen bij betrokken om de financiering mogelijk te maken.’

ONTZORGEN

Wat betekent dit zorgpad voor de huisarts? Leon van Groenendael: ‘In tegenstelling tot veel andere substitutiezorg, komt de post-COVID-zorg niet op het bordje van de huisarts terecht. De huisarts blijft

betrokken bij deze patiënten, maar voert de zorg niet zelf uit. Het zorgpad met de casemanager ontzorgt de huisarts én is goedkoper. Ook bij andere zorgproblemen, zoals ouderen met complexere problematiek, zou dit goed kunnen werken. Als deze pilot een

succes is, kan dit de blauwdruk vormen hoe we bepaalde huisartsenzorg voor de toekomst kunnen inrichten.’ ●



Bram van den Borst

Zorgprofessionals met post-COVID-syndroom Wat hebben zij aan het zorgpad?

Zorgprofessionals die in de eerste golf corona opliepen en nog steeds klachten hebben, dreigen na twee jaar hun baan te verliezen en in de WIA (Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen) terecht te komen. Via een subsidieregeling is het plan dat werkgevers in de zorg ondersteuning krijgen om langdurig zieke zorgmedewerkers minimaal zes maanden langer in dienst te houden. De medewerker krijgt zo meer tijd voor herstel en re-integratie.

Zorgverleners met het post-COVID-syndroom kunnen bijvoorbeeld het fysiek zware werk in de zorg niet meer aan of hebben concentratieproblemen. ‘Zij kunnen net als andere patiënten via de huisarts naar het zorgpad post-COVID-syndroom verwezen worden’, vertelt Marieke Jacobs, bedrijfsarts/klinisch arbeidskundige in het Radboudumc. ‘De casemanager gaat bij het uitvragen van de klachten ook in op het werk en kan daarbij de bedrijfsarts van de organisatie waar de zorgprofessional werkt raadplegen. Andersom kan deze bedrijfsarts ook met de casemanager of de behandelaars van het zorgpad contact opnemen. Samen kunnen ze bespreken of de behandeling interfereert in werk en of er bijvoorbeeld aanpassingen in het werk nodig zijn, zodat de zieke medewerker kan re-integreren in zijn of haar eigen functie of ander werk.’



Dr. Esther J. Bakker-van Gijssel arts Verstandelijk Gehandicapten,
AVG-praktijk UGC Heijendaal

Uniek inkijkje

Mag ik u een inkijkje geven in het werk van de Arts voor Verstandelijk Gehandicapten (AVG) in de AVG-praktijk? Ga maar schuin achter me zitten en beleef het mee.

Patiënt **U** wil niet drinken en gooit tafels om op dagbesteding. Er spelen dan vaak lichamelijke klachten, zoals buikpijn ten gevolge van obstipatie. U is matig verstandelijk beperkt en heeft geen ziekte-inzicht, noch lichaamsbesef.

De moeder van patiënt **N** belt, ten einde raad. N slaat zichzelf regelmatig en soms geeft hij zelfs een kopstoot als hij niet weet waar hij het zoeken

moet. Oorpijn lijkt een grote trigger, uitgebreid diagnostisch onderzoek levert verder weinig aanknopingspunten.

Patiënt **I** bezoekt me samen met een ouder. Al jaren geleden is hij gediagnosticeerd met een obsessief

compulsieve stoornis, naast een licht verstandelijke beperking. Recent is de kostwinner in het gezin overleden. De draaglast- en draagkrachtbalans is volledig zoek. Vaak is er geen geld om brood te kopen, en dat maakt **I** zo boos!

Patiënt **E**, met een zeer lage socialemotionele ontwikkeling die

erg uit de pas loopt met de hogere cognitieve ontwikkeling, is in de war. Sinds de coronatijd is deze patiënt niet meer welkom op de externe dagbestedingsplek. De broodnodige daginvulling en dagstructuur ontbreken. E wekt de nachtdienst ongeveer twintig keer per nacht.

‘We kunnen verwijzers flink ontlasten met deze ingewikkelde doelgroep’

Patiënt **K**, is een adolescente patiënt die zich presenteert met een regressief beeld. Dit zien we vaker bij bepaalde genetische syndromen. Klinisch genetisch onderzoek wordt gestart en geeft ons hopelijk een sleutel om hem goed verder te helpen.

UNIEK zijn alle patiënten die onze AVG-praktijk bezoeken, die dit jaar tien jaar bestaat. Bijna zonder onderscheid zijn de problemen van al deze 500 patiënten op jaarbasis complex. Met onze expertise kunnen we verwijzers met deze ingewikkelde doelgroep flink ontlasten. En dat leidt ook tot tevredenheid: onze bezoekers waarderen ons met een 9!

Met onze unieke werkwijze, daaraan gekoppeld wetenschappelijk onderzoek, alsmede de scholing aan medische studenten, zijn we uniek in Nederland. Én internationaal.

Ik ben daar reuze trots op. ●

Meer informatie

📍 www.sterkeropeigenbenen.nl



IS HET EINDE DER GALSTEENLIJDEN NABIJ?

Onderzoek naar een écht doelgerichte aanpak van galblaasoperaties



40% van de **26.000 patiënten** die jaarlijks worden geopereerd aan galstenen en buikpijn, houdt pijn

Patiënten met galstenen en buikpijn bezoeken **vóór hun verwijzing gemiddeld ruim 10 keer de huisarts**

SUCCESS-voller opereren met buikklacht-voorspelmodel

Van patiënten met galstenen en buikpijn houdt 40 procent na een galblaasverwijdering last van klachten. Studies hebben geleid tot een predictiemodel en een online beslisthulp. Een nieuwe opening in de wel-of-niet-opereren-discussie. Én een te verwachten verschuiving van de *option talks* naar de huisartspraktijk.

Bovenbuikpijnklaften manifesteren zich in verschillende soorten en minstens zoveel maten. Is aantoonbaar sprake van galstenen, dan volgt bijna altijd een galblaasoperatie om het probleem te verhelpen, keurig volgens protocol. Toch sorteert deze snelle standaardoplossing lang niet altijd het gewenste effect. Een galblaasverwijdering stopt

galblaasverwijdering ondergaan, is 40 procent niet af van de pijnklachten, die vaak zijn toe te schrijven aan functionele maagklachten (FD), maagzuur of het prikkelbaredarmsyndroom (PDS).

RESTRICTIEVE AANPAK

Alle reden voor grondig onderzoek, vond gastro-intestinaal chirurg en galblaasexpert Philip de Reuver. Namens het Radboudumc leidt hij een onderzoeksteam dat drie opeenvolgende studies uitvoerde naar hoe te komen tot een patiëntgericht, preventiever galblaasoperatiebeleid. Aan de eerste studie (SECURE) deden 1.067 patiënten met galsteenlijden mee. Eén groep kreeg standaardzorg, lees: behandeling volgens de ziekenhuisrichtlijnen. Bij de groep 'terughoudende zorg' werd scherper gelet op ondermeer de aanwezigheid van aanvalspijnen en minstens 15 minuten

64% van de patiënten zonder bijkomende maag- en buikproblemen, was na de galblaasverwijdering pijnvrij

koliekaanvallen en daarmee de vaak helse pijnen. Maar 100 procent zekerheid op een buikpijnvrij resultaat bestaat allerminst. Van alle 26.000 patiënten die jaarlijks een





De voorspellende factoren zijn niet leidend bij de keuze om te opereren

gelokaliseerde pijn in de rechterbovenbuik. Van alle geopereerde, restrictieve patiënten was na twaalf maanden 56 procent pijnvrij. Van de geopereerde 'standaardpatiënten' had 60 procent geen pijnklachten meer. De onderzoekers dachten winst te boeken met de restrictieve, meer maatgerichte aanpak, maar die bood geen afdoende oplossing voor het post-operatie-pijnprobleem.

UITEENLOPENDE PIJN-RESULTATEN

Na de SECURE-studie onderzochten De Reuver en zijn collega's in de PERFECT-studie in totaal 401 patiënten met buikpijn en galstenen. Ze keken of deze óók functionele maagklachten (FD), maagzuur en PDS hadden – wat bij 35 procent van de patiënten zo was – om te achterhalen hoe dit het pijnvrij zijn na een galblaasverwijdering beïnvloedde. In beide groepen, mét FD/PDS en zonder FD/PDS, gingen evenveel patiënten onder het mes. De daaropvolgende pijnresultaten liepen fors uiteen. Van de groep patiënten zonder bijkomende maag- en buikproblemen, was 64 procent na de galblaasverwijdering pijnvrij. Van de groep met juist deze klachten bleef slechts 41 procent verschoond van postoperatieve pijnklachten.

RELEVANTE PIJNVERMINDERING

Omdat buikpijnklachten vaak verschillende oorzaken hebben en een galblaasverwijdering niet altijd het

gewenste effect heeft, wilden de onderzoekers graag weten wie op basis van welke criteria de meeste kans heeft om pijnvrij te zijn na een operatie. Er volgde een derde onderzoek, de SUCCESS-studie, waaraan opnieuw patiënten met galstenen en (andere) buikklachten deelnamen. In totaal werden 1.561 patiënten onderzocht: 494 in het ontwikkelingscohort (SUCCESS-trial) en 1.067 in het bevestigingscohort (SECURE-trial). 80 procent van de patiënten in het ontwikkelingscohort onderging een galblaasoperatie. Van deze groep was 57 procent na de operatie pijnvrij. Maar liefst 80 procent liet een relevante afname van pijn optekenen. Bij externe validatie bleek deze pijnvermindering samen te hangen met verschillende patiënteigenschappen en pijnkarakteristieken.

ZEVEN CRITERIA

En hiermee was de basis voor een voorspelmodel gelegd. De zeven SUCCESS-criteria van een klinisch relevante pijnvermindering na een cholecystectomie bleken te zijn: een hogere leeftijd, geen buikoperaties in het verleden, een hoge pijn-

score bij eerste presentatie, pijnvermindering na het gebruik van eenvoudige pijnstillers, misselijkheid, en geen zuurbranden.

In verschillende recente publicaties laat De Reuver weten dat het gevalideerde model helpt selectiever te zijn in welke patiënten wel en niet te opereren, al gebeurt dit niet op basis van een puntenscore. Eerder is het een indicatie voor mogelijk succes. Volgens De Reuver zijn de voorspellende factoren dan ook niet leidend bij de keuze om te opereren. Ze vormen de basis van een samen-beslissen-gesprek, waarin gericht en meer weloverwogen over mogelijke opties kan worden gepraat.

NAAR DE HUISARTS

Tot voor kort vonden deze *option talks* vooral plaats in de tweede lijn, tussen chirurg en patiënt, vaak onder auspiciën van de maag-darm-leverarts. Na publicatie en validatie van het voorspelmodel dat als online keuzehulp is te raadplegen, verschuift dat gesprek naar verwachting deels richting eerste lijn. Logisch: eenmaal geopereerde patiënten keren terug naar hun huisarts; ze zijn immers 'geholpen'.



En dan is er nog de groep mensen met buikklachten die (nog) niet onder het mes zijn geweest. Huisartsen zijn bekend met buikklachtgerelateerde patiëntbezoeken, aldus de cijfers. Patiënten met vermeend galsteenlijden komen gemiddeld meer dan tien keer op consult, voordat galstenen als daadwerkelijke oorzaak uit de bus komen. Na een 'mislukte' operatie kloppen

Na een 'mislukte' operatie bezoeken patiënten gemiddeld 21 keer hun huisarts

patiënten gemiddeld 21 keer met pijnklachten bij hun huisarts aan. Van alle 'buikpijnpatiënten' in de eerstelijnszorg krijgt maar liefst 95 procent medicijnen voorgeschreven die lang niet altijd helpen.

EERLIJKE INFORMATIE

Veel patiënten met buikpijnklachten zien een galblaasoperatie ten onrechte als dé oplossing voor alle

pijnproblemen. De online beslishulp helpt artsen en patiënten om vroeger in het zorgtraject over de meest geschikte behandeling van buikpijnklachten te praten, op basis van eerlijke informatie. En die is dat galstenen niet vanzelfsprekend de hoofdoorzaak, maar onderdeel van de pijn kunnen zijn. Dit managen van verwachtingen voorkomt niet alleen ijdele hoop of teleurstelling, maar ook veel onnodige operaties. Zoals die van mensen met galstenen, maar niet-aanvalsgewijze pijn: toch 33 procent van alle patiënten. Zij zijn vaak geholpen met een dieet-aanpassing of leefstijlverandering.

DRIEDUBBELE GEZONDHEIDSWINST

De resultaten van het onderzoeksteam van De Reuver zijn opgepikt door de Maag Lever Darm Stichting dat een subsidie van ruim 200.000 euro heeft uitgekeerd voor het *Relief-pathway*. In het Verlichtings-traject worden alle mogelijke oorzaken van bovenbuikpijn verzameld om diagnostisering en behandeling voor patiënten met bovenbuikpijn te verbeteren. Tot nu gebeurde dit vooral in de tweede lijn, maar onderzoek in de eerste lijn, samen met onder meer Nijmeegse huisartsen Henk Schers en Breg Braak, leverde veel inzicht in het zorgtraject van patiënten met buikpijn en galstenen en het belang van samenwerking (zie kader). Vaststaat dat doelmatig gebruik van de beslishulp leidt tot minder operaties, minder kosten en een minimaal gelijkblijvende gezondheid voor een in verhouding grote groep patiënten. Dat is driedubbele gezondheidswinst! ●



Philip de Reuver (1976) volgde zijn opleiding in het Academisch Medisch Centrum in Amsterdam, waarna hij in 2014 en 2015 als fellow in het Royal North Shore Hospital (Sydney) werkte. Sinds augustus 2016 is hij verbonden aan de afdeling Heelkunde van het Radboudumc en betrokken bij vooral HIPEC- en pancreaschirurgie. Momenteel begeleidt hij verschillende promovendi in hun klinische studies naar patiënten met buikpijn en galstenen, galblaaskanker en gedeelde besluitvorming. Zelf wil De Reuver de komende jaren meer zicht krijgen op de langetermijnuitkomsten van galblaasoperaties op leververvetting of het microbiom in de darm om individuele patiënten nog beter en gericht te helpen in het operatiekeuzetraject.

Meer informatie

🌐 **Podcast *Met het Mes aan Tafel*. Zoek in de podcastapp op 'Philip de Reuver over de galblaas'**

🌐 **Onderzoek eerste lijn: <https://bmjopen.bmj.com>**

Zoek op 'patients with cholecystolithiasis in primary care'.

🌐 **Beslishulp: [gallbladder-research.shinyapps.io/SUCCESS](https://research.shinyapps.io/SUCCESS)**

Van hoge werkdruk, fysiek zwaar werk, onregelmatige diensten en overwerken tot het in contact komen met chemische middelen en infectieziekten.

STELLING

Een werkende, zwangere vrouw loopt onnodige gezondheidsrisico's zonder preventief consult met een bedrijfsarts



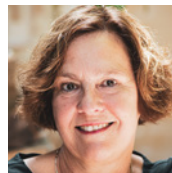
Anouk Scheepers
Bedrijfsarts Human Capital Care

'Waarom bezoeken zwangere vrouwen de bedrijfsarts vaak pas als ze zijn uitgevallen? Al eerder deed ik onderzoek naar dit onderwerp. Hier valt véél over te zeggen. Want het gebrek aan kennis is enorm. Vrouwen zijn niet altijd op de hoogte van hun rechten en de risico's verbonden aan hun werk. Ik doel dan bijvoorbeeld op de blootstelling aan gevaarlijke stoffen of besmettelijke ziektes die gevaarlijk zijn voor de vrucht.

'Het gebrek aan kennis is enorm'

Of persoonsgebonden risicofactoren zoals een hoge bloeddruk of een belaste obstetrische voorgeschiedenis. Dit kan zelfs voor toekomstige zwangerschappen risicovol uitpakken. Ook is er schaamte. Zwangere vrouwen zijn bang om voor zichzelf op te komen door een tijdelijk contract. Of ze denken dat persoonlijke informatie gedeeld wordt met hun leidinggevende. Dat is uiteraard niet zo: een preventief consult kan zelfs volledig anoniem. Een bedrijfsarts kan zoveel voor een zwangere betekenen.'

Lees ook: www.tbv-online.nl/waarom-bezoeken-zwangere-vrouwen-de-bedrijfsarts-niet-vaker-preventief



Cara Simons
Verloskundige praktijk Donna Nijmegen

'Verloskundigen verwijzen zwangere vrouwen officieel niet naar een bedrijfsarts. Volgens de NVAB-richtlijn wijzen wij hen wel op de mogelijkheid van een consult. Als verloskundige geef ik aan dat de bedrijfsarts contact met mij mag opnemen bij vragen of advies. Die ondersteuning vanuit de bedrijfsarts is belangrijk.

'Onze adviezen aan een werkgever zijn niet bindend, die van een bedrijfsarts wél'

Niet op de laatste plaats omdat wij een vrouw pas zien als ze al zo'n acht tot tien weken op weg is. Met zoiets als het risico op straling ben je dan feitelijk al te laat. Ik zeg dit ook omdat onze adviezen aan een werkgever niet bindend zijn, die van een bedrijfsarts wél. Een bedrijfsarts kijkt naar wat verstandig is voor een zwangere vrouw in haar specifieke werksituatie. Tijdens en ná de zwangerschap. Ik zou zelf willen pleiten voor een consult nog vóór een zwangerschap.'



Mijke Pelkman
Huisarts Gezondheidscentrum Bottendaal

'Meer aandacht en bewustzijn rondom dit onderwerp zijn goed. Daar zie ik voor huisartsen als mijzelf in de spreekkamer ook een rol weggelegd. Simpelweg omdat wij vaak de meeste achtergrond en voorgeschiedenis van een patiënt hebben. Alleen wist ik tot

'Het moet geen verplichting zijn'

een tijdje terug nog niet dat dit kon: een preventief consult met de bedrijfsarts. Dat de optie geboden is, moet beter bekend worden. Maar geen verplichting. De ene vrouw is de andere namelijk niet. Toen ik zwanger was, had ik zelf geen behoefte aan een bedrijfsarts. Daarbij komt dat ik me de zorgen vanuit een werkgever rondom extra verzuim wel kan voorstellen. In loondienst is alles goed geregeld via het vangnet van het UWV. Maar wat als je zzp'er en dus je eigen werkgever bent? Wat als je niet kunt leunen op de bedrijfsarts van een werkgever?'

Vragen of reageren?

✉ verbind@radboudumc.nl



Kees de Kock



Anna-Marie Kok

Gezamenlijk vangnet in de wereld van multiproblematiek

Gezondheidsklachten staan vaak niet op zichzelf. Zeker bij mensen met een 'lagere economische status' is er meer kans op multiproblematiek. Wat kun je doen om deze patiënten beter te helpen?

Bij multiproblematiek stuit je als eerstelijns- of bedrijfsgezondheidszorgprofessional al snel op problemen buiten je eigen vakgebied. De training *Grip op Gezondheid* kan helpen om multiproblematiek bespreekbaar te maken en de samenwerking met collega's uit andere domeinen te verbeteren. De training is gebaseerd op de combinatie van de Participatieve Aanpak en het concept van Positieve Gezondheid. Amsterdam UMC ontwikkelde de methodiek en gaf vorm aan de training, in samen-

werking met de Sociaalgeneeskundige beroepsopleidingen (SGBO) van het Radboudumc en TNO. Huisarts Kees de Kock, bedrijfsarts/klinisch arbeidsgeneeskundige Bart Dollekens, casemanager bij een bedrijfsarts Anna-Marie Kok en praktijkondersteuner bij een huisarts Elies Goossens vertellen over hun eerste ervaringen in de praktijk.

ANNA-MARIE KOK: 'Ik kijk met een preventieve blik naar klachten en alle factoren die van invloed zijn op verzuim. Neem mensen met finan-

ciële zorgen, soms hebben zij niet de middelen om überhaupt naar het werk te reizen. Dat los je niet op met een werkhervattingsadvies gebaseerd op alleen fysieke problemen.'

BART DOLLEKENS: 'Gelukkig vragen veel bedrijfsartsen meerdere levensdomeinen uit, bijvoorbeeld als er spanningsklachten zijn.'

KEES DE KOCK: 'Jammer dat in de huisartsenpraktijk een consult vaak gelijk staat aan het bespreken van een klacht. Het zou goed zijn als we uitdragen dat gezondheid meer is dan de afwezigheid van ziekte.'



Elies Goossens



Bart Dollekens

ELIES GOOSSENS: 'Je kunt veel tijd kwijt zijn met weetjes overbrengen. Maar kennis is vaak niet het probleem. Iemand met overgewicht en diabetes weet wel dat afvallen verstandig is. Belangrijker is de vraag: ben je bereid om je situatie te veranderen? Als POH hoor je de ander in zijn kracht te zetten. Dat kan prima in 20 minuten. En de training geeft daarvoor handvatten.'

KEES: 'Ik gebruik regelmatig de "praatplaat" uit de training bij patiënten. Ik zie dat ze de samenhang zien tussen hun proble-

men. Vragen over hoe het thuis is en of iemand rond kan komen, liggen dan meer voor de hand. Mensen verwachten niet dat je deze vragen stelt, maar het effect is dat ze erkenning voelen.'

BART: 'De praatplaat is één onderdeel van de methodiek, en alle thema's zoals fysieke en psychische gezondheid, leefstijl, werk en thuis staan erop. Bijvoorbeeld praktijkondersteuners uit de zorg én bedrijfszorg spreken ermee een eenduidige taal.'

ANNA-MARIE: 'Bij een triage gebruik ik de praatplaat als kapstok. Ik werk onder taakdelegatie van een bedrijfsarts. Dank-

zij mijn voorwerk kan de arts tijdens de anamnese meer tot de kern komen. Wij willen meer focus op preventie. Voor meer grip op gezondheid en om de kurk van de arbediensten drijvende te houden.'

ELIES: 'Dat zie ik ook zo. Ik sprak laatst een elektromonteur. Hij is bang voor zijn baan doordat de facturering voor zijn werkzaamheden niet op rolletjes loopt. En zijn bloeddruk blijft maar stijgen. Dan is het toch gek om meer pillen voor te schrijven als de oplossing in een andere hoek zit.'

BART: 'Een grote patiëntengroep valt daarnaast tussen wal en schip. Voor een lasser of aspergesteker is de stap groot om met psychische problemen de huisarts te bezoeken. Of ze zijn uitzendkracht, arbeidsmigrant of zelfstandige en zien geen bedrijfsarts.'

KEES: 'De hiaten in samenwerking tussen arbo- en zorgprofessionals, ook met medewerkers van het UWV, zijn groot. Ook patiënten met ongunstigere werk-omstandigheden hebben recht op goede arbeidsgeneeskundige zorg. Niet pas bij verzuim, maar juist preventief. En met oog voor de persoon.' ●

Vragen of reageren?

📧 verbind@radboudumc.nl

'Het is toch gek om meer pillen voor te schrijven als de oplossing in een andere hoek zit?'

Elies Goossens

De invloed van sociaal-economische status

- Multiproblematiek komt vaker voor bij mensen met een lagere sociaal economische status (SES).
- Nederlanders met een lagere SES leven zeven jaar korter dan landgenoten met een hoge SES.
- Laaggeschoolden ervaren minder afwisseling in werk, minder flexibiliteit in werkuren en meer baanonzekerheid.
- Mensen met een lagere SES stoppen eerder met werken. Dit wordt grotendeels veroorzaakt door een grotere kans op arbeidsongeschiktheid.

Bron: www.aup-online.com (*Tijdschrift voor arbeidsvraagstukken*, Blijven werken met psychische klachten en een lage sociaal-economische status)

De training *Grip op Gezondheid* is deels beschikbaar als e-learning. Kijk bij het thema Occupational Health op www.landelijkeleeromgeving.nspoh.nl

Longaanval-voorspeller

Elke keer als een COPD-patiënt een longaanval krijgt, neemt de COPD toe en heeft dat een **negatief effect op de kwaliteit van leven**. Wordt een longaanval niet tijdig herkend en behandeld, dan kan dat leiden tot ziekenhuisopname. Welke uitkomst kan een app bieden?

ELK JAAR

> **600.000**
(m.n. oudere) Nederlanders hebben COPD

Elke patiënt heeft **2-3** longaanvallen

33.000 longaanvallen worden in het ziekenhuis behandeld

Bij **50%** van de aanvallen nemen patiënten geen contact op met de zorgverlener (ondanks risico op ziekenhuisopname)

Patiënten krijgen medicatie, huisartsenzorg, ziekenhuiszorg en thuiszorg



1 miljard euro

APP MONITAIR

Snelle herkenning en behandeling vermindert de duur van de longaanval én verkleint het risico op ziekenhuisopname. In de app MonitAir zit een slim algoritme dat nauwkeurig de kans op een longaanval voorspelt. Ook geeft het direct een behandeladvies. Zonder tussenkomst van de arts.

TEMPERATUUR
via de voorhoofdmeter



UITADEMSNELHEID
de spirometer meet de FEV1-waarde



SATURATIE & HARTSLAG
de saturatiemeter meet zuurstof én aantal hartslagen per minuut



VRAGENLIJST
na invulling van de vragen, verschijnt het advies



De app MonitAir is ontwikkeld door afdelingen Eerstelijngeneeskunde, Longziekten en Medische Psychologie van het Radboudumc en Radboud Universiteit/Computing Sciences. www.monitair.com

EFFECTEN MONITAIR

Patiënt wordt gewaarschuwd bij longaanval

Patiënt wordt in de gaten gehouden - voelt zich veiliger

Toename zelfredzaamheid

Patiënt krijgt advies om escalatie te voorkomen

Escalaties worden voorkomen

- Voorkomen verslechtering COPD
- Meer gerustheid mantelzorg
- Ziekenhuisopname voorkomen

MEER KWALITEIT VAN LEVEN
BETERE PROGNOSE BIJ ZIEKENHUISOPNAME
MINDER ZORG
MINDER INZET MANTELZORGER
KOSTENBESPARING

Ook hebben de regelmatige en accurate gegevens positief effect op gerichtere zorg in het algemeen, en proportionele inzet van specialisten.

Wie zijn de professionals in ons netwerk? Wat doen ze en wat drijft hen? Deze keer in 1 dag van ... verpleegkundig specialist Geriatrie **Maartje Kerkkamp-Knoops**.



9.00 uur

Dagstart met het consultteam. Hoe is het de geriatrische patiënten op de verschillende afdelingen gisteravond en vannacht vergaan? Naar wie moeten we toe en welke nieuwe consulten zijn er?

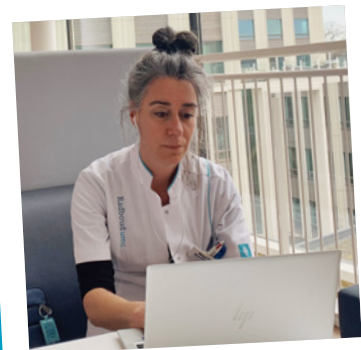
9.30 uur

Voor een oudere patiënt die mogelijk een stamceltransplantatie krijgt, breng ik geriatrische kwetsbaarheid en veerkracht in kaart.



12.15 uur

Tussen consulten door bel ik de huisarts van een patiënt. Voor informatie die belangrijk is om de juiste keuzes te kunnen maken. Zeker bij kwetsbare ouderen.



14.00 uur

Met de step richting een patiënt door de lange gangen van het Radboudumc. Binnenkort verhuizen we naar de nieuwbouw en zal dat steppen niet veel meer nodig zijn.



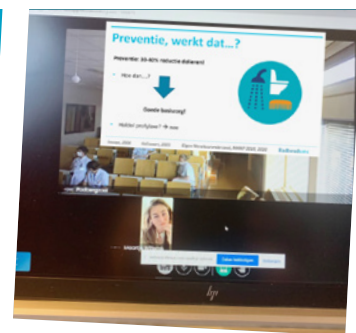
14.45 uur

Coaching-on-the-job: met een verpleegkundige en zaalarts bespreek ik mijn observaties, medicamenteus beleid, en vooral welke interventies zij zelf in kunnen zetten om een delirante patiënt zo snel mogelijk te laten herstellen.



16.45 uur

Met collega-verpleegkundig specialist i.o. Maartje Willems geef ik onderwijs aan de arts-assistenten van Geriatrie over het delier. Aandacht voor preventie is belangrijk in de zorg voor onze patiënten. Ouderen vinden hun zelfredzaamheid vaak het allerbelangrijkste. Als je dan complicaties als een delier, maar ook ondervoeding of vallen, kunt voorkomen, is de kans groter dat ze zelfstandig blijven.



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



Nadja Joosen is huisarts bij huisartsenpraktijk 't Weeshuis in Nijmegen. Daarnaast werkt ze als opleider/docent voor de huisartsenopleiding van het Radboudumc.



‘Dit schilderij hangt in mijn spreekkamer, pal naast m’n bureau. Ik zie rust, zorg en betrokkenheid. De gezichten zijn amper ingekleurd: in mijn werk wil ik er voor iedereen zijn. Mijn schoonvader

‘Zie je hoe vanzelfsprekend die arm op een schouder ligt?’

schilderde het doek. Hij is kunstenaar en docent aan een kunstacademie. Soms zeggen patiënten er iets over, als ze het mooi vinden. Eén keer was een patiënt zelfs ontroerd. Hij bleek kunstkenner en herkende ook meteen de schilder. Opvallend detail vind ik die ene arm die bijna achteloos langs de hals loopt. Zie je hoe

vanzelfsprekend die op de schouder ligt? Qua sfeer sluit het doek aan bij ons historische pand, een voormalig weeshuis, dat ruimte en verstillings uitstraalt. Mooi tegenwicht in drukke tijden. Onlangs was in het nieuws dat veel huisartsen ruim voor hun pensioenleeftijd willen stoppen. Hectiek, veel taken die losstaan van de zorg: ze worstelen met de balans. Ik denk dat veel afhangt van je patiëntenpopulatie en daarnaast van je mogelijkheden om zelf balans te creëren. Als mede-eigenaar van onze praktijk kan ik ervoor kiezen om extra aandacht te geven aan taken die ik interessant vind. En projecten starten die wij ook echt zien zitten. Ik heb het mooiste beroep dat ik me kan indenken. Om afwisseling en verdieping te vinden, ben ik ook opleider en docent. Het is druk, maar privé kan ik dankzij enkele hobby’s en het “gewone” gezinsleven voldoende bijtanken.’ ●