

GGD: **'Samenwerken tegen het virus'**

Pag 14 • leestijd 1.20 min

Kansen bij **niet-responsief waaksyndroom**

Pag 15 • leestijd 4.30 min

Verschillende organisaties, verschil in **bescherming**

Pag 20 • leestijd 2.10 min

Verb1nd.

NAJAAR 2020



Internist Jacqueline de Graaf en huisarts Erik Bisschof:

'Verbeter het totaal-overzicht bij patiënten met multimorbiditeit'

Pag 10 leestijd 5.20 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), Cindy Cloin, Pauline Dekhuijzen, Cathy Habers (interim hoofdredacteur), Johan Oltvoort, Gloedcommunicatie

Fotografie Miriam Nijland, Paul Lagro, iStock, Eric Scholten

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

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 voorjaar van 2021.

Radboudumc

Kruisbestuiving

Stelt u zich eens voor: ziekenhuis- en wijkverpleegkundigen werken gezamenlijk in één team. Ze wisselen klinische diensten af met thuisdiensten en kennen de totale context van de patiënt. Niet alleen de zorg maar ook de medische aspecten en klinische protocollen. En de patiënt? Die ziet zowel in het ziekenhuis als thuis dezelfde, vertrouwde gezichten. Voor u klinkt dit misschien als toekomstmuziek. Toch kan ik met trots

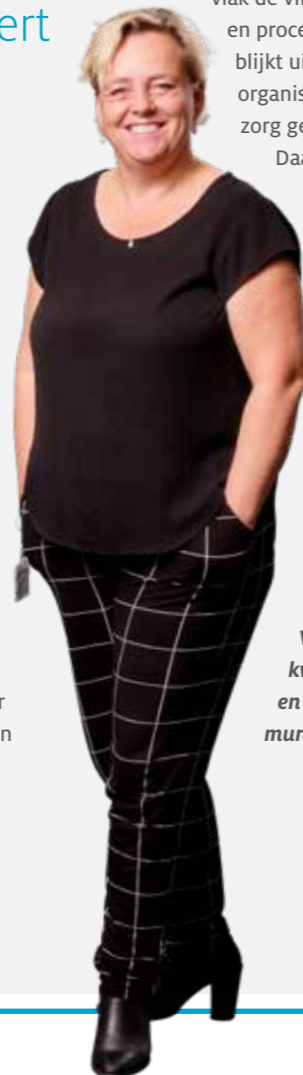
Dit kennisrijke team verbetert de kwaliteit van zorg

vertellen dat er zo'n transmuraal team komt in onze regio. Het staat in de kinderschoenen, en details worden nog uitgewerkt, maar het plan is er. Als ambassadeur transmurale zorg ben ik verheugd dat we deze stap kunnen zetten. Door kruisbestuiving creëren we een enorm kennisrijk team waardoor de kwaliteit van zorg omhoog gaat. Zo is er bij onze oosterburen al een

significante afname van heropnames bij patiënten met hartfalen doordat ze de zorg op deze manier organiseren. Dat goede samenwerking de sleutel is tot succes, hebben de afgelopen jaren al wel laten zien. Veel verpleegkundige handelingen, zoals wondzorg, dialyses en chemokuren, zijn al verplaatst naar de thuissituatie. Allemaal onder verantwoordelijkheid van de medisch specialist. Het scheelt een bezoek aan het ziekenhuis voor de patiënt die toch vaak al kwetsbaar is. Doelmatige zorg; de laatste jaren is er veel aandacht voor. Natuurlijk blijven we ook op dit vlak de vinger aan de pols houden en processen kritisch volgen. Zo blijkt uit inventarisatie dat het organiseren van transmurale zorg gestroomlijnder kan.

Daarom komt er in de toekomst één centrale unit: één loket voor zowel onze professional als samenwerkingspartner. Waar vragen en ideeën worden geïnventariseerd, uitgezet en uitgewerkt. Een goede stap naar kruisbestuiving, naar de juiste zorg op de juiste plek.

Angelien Sieben
Verpleegkundig directeur
kwaliteit @ veiligheid,
en ambassadeur transmurale zorg



10

Door de versnippering van zorgtaken ontbreekt soms het totaaloverzicht bij patiënten met meerdere chronische ziektes. **Hoe zorgen we ervoor dat de patiënt centraal komt te staan en niet het specialisme?**

Een juiste diagnose is belangrijk voor patiënten met een niet-responsief waaksyndroom. **Wat levert het voor waardevolle informatie op over het beloop en te volgen traject?**

8

Wie ben ik als dokter? En als mens? Met het nieuwe onderwijsprogramma de Quest kunnen artsen in opleiding onderzoeken wie ze zijn - als arts en als mens - om zo op zichzelf terug kunnen vallen.

15

Kennisdossier

Het bewustzijnsniveau van patiënten met een niet-responsief waaksyndroom wordt vaak onderschat. Een nieuwe zorgketen en meer onderzoek gaan de mogelijkheden in kaart brengen.

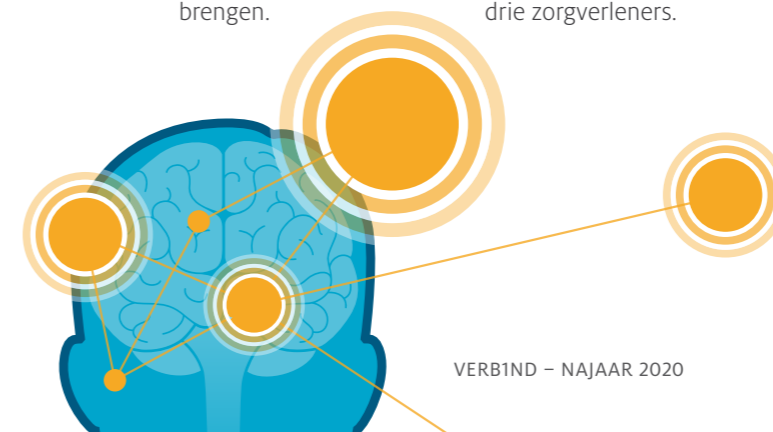
20

Interview

Door verschil in COVID-19-richtlijnen en protocollen kan toepassing van beschermingsmiddelen in de praktijk leiden tot grote verschillen in de eerstelijnszorg. We spreken hierover drie zorgverleners.

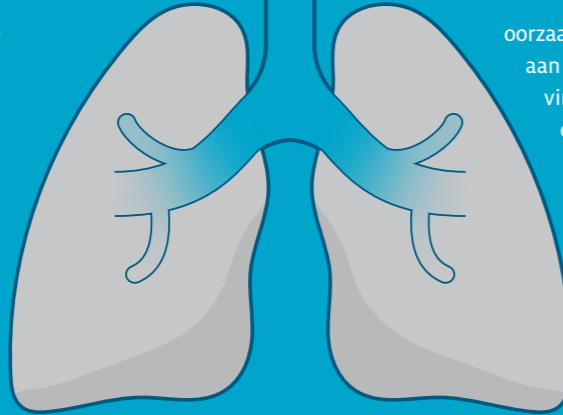
VERDER

- 6 Impact: Hoe gaan we om met verschillen in bescherming?
- 14 Column van arts Maatschappij en Gezondheid GGD Gelderland-Zuid Jeannine Hautvast
- 19 Stelling: De coronaperiode heeft een negatieve invloed op mijn opleiding
- 22 Facts & Figures
- 23 1 dag van Miriam Nijland
- 24 Onmisbaar



COVID-19: echo via mobiele telefoon

Artsen van de afdeling Acute interne geneeskunde van het Radboudumc en Amsterdam UMC verrichtten onlangs een longecho bij bijna 200 patiënten met een verdenking op COVID-19. Naast de longecho werd een CT-scan gemaakt en een PCR-coronatest uitgevoerd. De resultaten van de CT-scan en longechografie komen overeen. De ziekteverschijnselen van COVID-19 worden vaak ver-



oorzaakt door een longontsteking die zich vooral aan de buitenzijde van het longweefsel bevindt. Dit gedeelte van de longen is met echografie goed in beeld te brengen. De echoapparatuur bestaat slechts uit een zogeheten handheld echokop die kan worden aangesloten op een mobiele telefoon. Daarmee kan deze echografie ook buiten het ziekenhuis, bijvoorbeeld in verpleeghuizen of op de huisartsenpost, worden verricht.

Slaappil wekt comapatiënt na acht jaar

Acht jaar geleden werd een Nederlandse patiënt opgenomen in een ziekenhuis, na een ernstig zuurstofgebrek. De patiënt overleeft, maar loopt ernstig hersenletsel op (akinetisch mutisme). Er bestaat een kleine kans dat patiënten met deze aandoening tijdelijk herstellen na toediening van Zolpidem. Dit slaapmiddel kan ongewenste overactiviteit in de hersenen dempen, zodat er (tijdelijk) weer ruimte ontstaat voor bijvoorbeeld spraak en beweging. Omdat de situatie van de patiënt na acht jaar niet was verbeterd, besloot men om dit middel te geven. Het opzienbarende, maar tijdelijke effect, is met hersenscans en op video in beeld gebracht waardoor onderzoekers van het Radboudumc en het Amsterdam UMC meer inzicht hebben gekregen in de onderliggende neurofysiologische processen van deze aandoening. Lees op pagina 15 meer informatie over dit onderwerp.

[Bekijk de video op YouTube](#)
Zoek op 'patiënt wakker na slaappil'.



IN DE MEDIA

Film voor slachtoffers verkrachting

Een deel van de slachtoffers dat zich meldt bij het Centrum voor Seksueel Geweld (CSG) heeft een (licht) verstandelijke beperking. Voor hen is het soms moeilijk te begrijpen wat er gebeurt op een CSG en wat de mogelijkheden, zowel medisch als justitieel, zijn. Om die reden maakte CSG Gelderland-Zuid en -Midden recent, op initiatief van emeritus hoogleraar Eerstelijngeneeskunde Toine Lagro en Eerstelijngeneeskunde onderzoeker Tonnie Coppus, een informatie-film die die het reilen en zeilen verduidelijkt.

www.centrumseksueelgeweld.nl/csg-gelderland-zuid-en-midden

€ 530.000 subsidie voor twee onderzoeken SOLK

Onlangs is 530.000 euro Europese subsidie voor twee promotietrajecten toegekend aan de afdeling Eerstelijngeneeskunde van het Radboudumc. Met deze subsidie kan onderzoek gedaan worden naar voorspellers van het beloop van functionele stoornissen en patiënten met somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (SOLK) en naar het verminderen van stigma die deze patiënten ervaren bij hun huisarts en medisch specialist.



Oratie van Debby Gerritsen

Eind september sprak Debby Gerritsen haar oratie 'Ode aan kwetsbaarheid' uit in het kader van haar benoeming tot bijzonder hoogleraar Welbevinden van kwetsbare ouderen en mensen met chronische ziekten in de langdurige zorg. Inmiddels staat de opname van de oratie, met de achtergrond, context en doelen van haar leeropdracht, online.

www.radboudumc.nl/oratie-debygerritsen



Onvoldoende screening op cardiovasculair risico?

Mensen met ernstige psychische aandoeningen (EPA) gaan naar schatting tussen de acht en twintig jaar eerder dood dan de algemene populatie. Vooral hart- en vaatziekten zijn hier een oorzaak van. Uit onderzoek van de afdeling Eerstelijngeneeskunde, gepubliceerd in BMC Family Practice, blijkt dat deze groep slechts in 8,5 % van de gevallen hierop wordt gescreend door de huisarts. Mensen met EPA zijn gebaat bij een op de persoon toegesneden cardiovasculair risicomanagement (CVRM), maar worden nog niet genoemd in de NHG-

standaard cardiovasculair risicomanagement. Daarnaast bleek bij 68,3% van de antipsychotica-gebruikers dat er geen passende EPA-diagnose in het huisartseninformatiesysteem (HIS) geregistreerd was. Dit kan een aanwijzing zijn dat huisartsen antipsychotica vaak off-label voorschrijven, diagnose-informatie missen of de verkeerde code registreren.

Meer onderzoek naar cardiovasculair risicomanagement

De onderzoeksgroep onder leiding van Eerstelijngeneeskunde-onderzoeker en huisarts Erik Bischoff ontving een ZonMw-subsidie vanuit de call Goed Gebruik Geneesmiddelen. De subsidie van ruim 680.000 euro is bedoeld voor onderzoek naar cardiovasculair risicomanagement bij mensen met antipsychotica in de huisartsenpraktijk. Naast deze subsidie krijgt de studie ook een in-kind bijdrage van 130.000 van de Arnhemse zorggroep 'Onze Huisartsen BV'.

Hoe gaan we om met verschillen in bescherming?

Een wijkverpleegkundige die met volledige bescherming bij een cliënt aan het werk is, terwijl de huisarts die langskomt alleen een mondkapje draagt ... Allebei willen ze veilige zorg verlenen, zodat (kwetsbare) mensen geen risico's lopen. Maar door verschil in richtlijnen en protocollen kan toepassing van beschermingsmiddelen in de praktijk leiden tot grote verschillen in de eerstelijnszorg. Want waar de een zich houdt aan het beleid van de organisatie, maakt de ander een inschatting op basis van medische kennis en gezond verstand.

Voor wijkverpleegkundige Pauline Arts (midden), huisarts Joris Stoppels (rechts) en gehandicaptencoördinator Karen Thijssen (niet op de foto) zijn deze verschillen aan de orde van de dag. Pauline Arts: 'In de supermarkt droegen mensen eerder een mondkapje dan wij in de reguliere wijkverpleging'. ●

Lees het uitgebreide verhaal van deze drie zorgverleners op pagina 20.

Nieuw onderwijsprogramma voor huisartsen (in opleiding)

Onderzoek jezelf als dokter

Zeker in onrustige tijden is het goed om met wat afstand naar jezelf te kijken en te observeren wat deze tijden met je doen. Ook als aios of ervaren huisarts. Midden in coronatijd ontwierp de Huisartsenopleiding van het Radboudumc hiervoor het facultatieve, **online onderwijsprogramma de Quest** met als doel te onderzoeken welke arts je bent of wilt zijn, alsook de mens erachter.

Gevoelens van onzekerheid overspoelden veel zorgverleners aan het begin van de coronacrisis door het zoeken naar structuur, het missen van kennis en de angst voor het "niet weten". Terwijl het vergaren van kennis slechts één facet is om naar antwoorden te zoeken voor ingewikkelde vraagstukken, wordt in de praktijk vaak vergeten waarop je ook kunt terugvallen: jezelf als dokter en als instrument.

PODCAST & DICHTREGELS

'Wanneer je gaat questen leer je jezelf bevragen', vertelt Jurian Rooks, huisarts in opleiding en deelnemer aan de Quest. 'Het programma geeft je daarvoor alle vrijheid. Elke week kreeg ik een vraag in de mail en allerlei

Huisarts in opleiding
Jurian Rooks:

'Ik gun iedereen deze manier van onderwijs'



content aangereikt, zoals theorie, podcasts, video's, oefeningen of een paar dichtregels. Ik keek dan naar wat ik interessant vond of wat me gewoon leuk leek.' In het programma krijgen deelnemers wel stappen mee om te volgen, maar mag je helemaal je eigen weg kiezen. Jurian: 'Niets moeten, dat zie je niet zo vaak in onderwijs. Maar in dit onderwijs staat "het mogen" voorop. Vanaf het begin was ik hierdoor enthousiast.'

TYPE

Uit de Quest kun je halen wat voor jou belangrijk is, vertelt Jurian. 'Neem nou een van de vijf vragen die centraal staan: hoe comfortabel voel ik me bij wat ik doe? Voor mij ging deze vraag heel erg over hoe ik mijn huisartsenvak wil invullen: wat voor type ben ik en wat voor type dokter wil ik zijn? Als ik naar mezelf kijk, dan ben ik een dokter die heel erg rekening houdt met de mens achter een patiënt. Ik sta als arts dichtbij en toon veel betrokkenheid. Ik denk dat dat belangrijk is om goed in mijn vak te zijn.'

PRIKKELEND

Een korte video waarin filmregisseur Steven Spielberg vertelt over het luisteren naar je intuïtie, hielp Jurian beseffen dat hij plattelandsdokter wil zijn. Gewoon in de Achterhoek, zijn geboortestreek. Ook in een liedje van de Drentse singer-songwriter Daniel Lohues, vond Jurian de bevestiging dat hij zijn toekomst niet zag in een stadspraktijk. Jurian: 'Na twee minuten lezen, kijken of luisteren, verloor ik mezelf soms helemaal in zo iets als dat liedje. Ik nam het echt mee in mijn dag. De vijf vragen van de Quest zijn zo triggerend dat ze me langere tijd bezighielden en ik er met mijn vrienden ook mooie gesprekken over had. Het programma zorgt ervoor dat je in heel brede zin jezelf als dokter kunt onderzoeken. Dat maakt dat ik deze manier van onderwijs iedereen gun.' ●



Yvon Siebelink, gedragswetenschappelijk docent en programmamaker de Quest

'Alles om jou aan het denken te zetten'

'In de Quest werk je individueel aan de hand van vijf vragen in vijf weken tijd. Om een voorbeeld te geven: je kunt het vijfstappenplan volgen of daarin je eigen plan trekken. Van ons krijg je in ieder geval elke week een vraag per e-mail. Voorbeelden zijn: 'hoe ga ik om met wat ik niet weet?', of 'hoe comfortabel voel ik me bij wat ik doe?'. Daarna laten we je allerlei contexten en invalshoeken zien. Alles om te inspireren en aan het denken te zetten.

Het programma is gestart voor aiosen en komt beschikbaar voor ervaren huisarts-opleiders. Met de hulp van collega's als Karin van der Steen en Ad van Esch en een klankbordgroep, is deze onderwijsvorm ook interessant geworden voor andere eerstelijnsopleidingen.'

Meer informatie of deelnemen?

✉ yvon.siebelink@radboudumc.nl

‘We moeten betere bruggen bouwen’

In coronatijd is ook een **rondetafel-gesprek** niet meer wat het ooit was: twee deelnemers zitten om tafel, twee anderen praten ‘online’ mee en een derde geeft telefonisch commentaar. De technische verbindingen werken, maar weten specialisten en generalisten elkaar ook inhoudelijk te vinden?

Is persoonsgerichte zorg in het huidige zorglandschap een utopie?

Marloes Dekkers trapt af met een illustratief praktijkvoorbeeld van een door het zorglandschap dolende patiënt. ‘Er kwam een vijftiger op de SEH, met pijn op de borst. De cardioloog vond geen oorzaak, de patiënt mocht naar huis. In de maanden daarna kwam hij verschillende keren terug met dezelfde klacht. Er werd een longarts bijgehaald, toen een internist, daarna een MDL-arts. Uiteindelijk constateerde men bloedarmoede en kwamen maagdarmlachtingen aan het licht.’ Ze

voegt toe dat er weinig ruggenspraak met de huisarts plaatsvond. Erik Bischoff: ‘Huisartsen weten vaak zoveel meer over een patiënt. Overleg had geholpen om de context van de patiënt beter te betrekken bij de probleemoplossing. De generalistische en specialistische kennis zouden beter worden gecombineerd.’ Lena Raaijmakers: ‘Als niet het juiste specialisme is aangevraagd, is overleg nodig tussen de eigen huisarts en de tweede lijn. Dergelijk overleg verloopt vaak erg gehaast. Meer tijd nemen voor afstemming leidt tot betere resultaten.’ ‘De wil om met de huisarts te overleggen is er vaak wel’, stelt Marloes Dekkers, ‘maar ook beschikbaarheid speelt een rol. De diensturen lopen vaak niet syn-

chroon, waardoor de eigen huisarts van de patiënt niet beschikbaar is voor overleg.’

EILAND

‘Vanuit de huisartsenpraktijk sturen we in naar het meest logische specialisme’, zegt POH Nardie Dorussen. ‘We gaan ervan uit dat het ziekenhuis verder diagnosticeert en dan bij het best passende specialisme uitkomt. Ik hoor wel regelmatig van patiënten dat elk specialisme op een eigen eiland zit. Bij elk loket moeten ze hun verhaal herhalen.’ De zorgprofessionals om tafel beamen dat dit duidelijk maakt dat in het ziekenhuis vaak de specialismen nog centraal staan, in plaats van de patiënt.

‘Hij zag vanaf de bank zijn leven naar de gallemiezen gaan’

Erik Bischoff

Er komt steeds meer kritiek op de ‘versnippering’ van zorgtaken: wie bewaart het totaaloverzicht nu zich steeds meer patiënten met multimorbiditeit aandienen? Hoe verbinden we de onderdelen van ons zorgsysteem op zo’n manier dat niet de ziekte maar de patiënt werkelijk centraal komt te staan? Vijf (praktijk)deskundigen uit onze regio geven hun mening.

Erik Bischoff, huisarts/onderzoeker afdeling Eerstelijns geneeskunde Radboudumc en projectleider onderzoek ‘Ketenzorg ontketend’

Marloes Dekkers, internist in opleiding Radboudumc (differentiatie IC) en lid projectgroep ‘Specialist versus generalist’

Nardie Dorussen, praktijkondersteuner huisarts (POH) in twee huisartsenpraktijken

Jacqueline de Graaf, hoogleraar interne geneeskunde, internist, opleidingsdirecteur medisch specialistische vervolgoopleidingen Radboudumc en projectleider ‘Specialist versus generalist’

Lena Raaijmakers, huisarts in opleiding en promovenda onderzoek ‘Ketenzorg ontketend’

‘De kunst is om het nu echt te gaan doen!’

Jacqueline de Graaf



‘Meer tijd nemen voor afstemming leidt tot betere zorg voor de patiënt’

Lena Raaijmakers



Hoe zetten we de patiënt centraal en niet de ziekte?

Lena Raaijmakers en Erik Bischoff geven een voorbeeld van ‘omdenken’. Hoofdpersoon is een jonge vent die al kampt met ouderdoms- en andere kwalen. Hij leeft niet gezond en ziet thuis vanaf de bank zijn leven naar de gallemiezen gaan. Erik Bischoff: ‘Hij had al een lange rij specialisten gezien en werd almaar pas-

siever. Ik vroeg hem wat hij van het leven wilde. Hij wilde naar buiten, vissen zoals vroeger. Ik regelde een scootmobiel voor hem. Sindsdien is hij weer in beweging en een stuk blijer. Zijn kwaliteit van leven ging opeens met sprongen vooruit. Mijn punt: stop met het blindelings afwerken van alle zorgketens en protocollen. Stop met afvinken. Krijg éérst de doelen van de patiënt scherp, daarna volgt de rest.’

‘Bij sommige patiënten vind je het juiste pad niet binnen een protocol’

Nardie Dorussen



Jacqueline de Graaf: ‘Ook in het ziekenhuis zijn we bezig met ‘omdenken’. Uiteraard komen de patiënten in ons umc juist voor de subspecialistische kennis en kunde van onze medisch specialisten. Dat blijft zo, maar tegelijk willen we de kwaliteit van de generalistische medische zorg borgen. Juist bij patiënten met multimorbiditeit is uitgebalanceerde, goed gecoördineerde integrale zorg cruciaal. We moeten subspecialistische én generalistische zorg verbinden, in samenspraak met de patiënt.’

BUITEN DE KADERS

Een boodschap die volledig matcht met de doelen van het onderzoeksproject ‘Ketenzorg ontketend’, waar Erik Bischoff de kartrekker van is. Doel van het project is de ontwikkeling van een integraal zorgmodel voor chronische aandoeningen, waarin de gezondheid van de patiënt centraal staat. Inclusief aspecten die niet ziektespecifiek zijn, maar wel van invloed op de gezondheid en het welzijn van de patiënt. Een tweede doel van het project is samenwerking tussen eerste en tweede lijn stimuleren en vergemakkelijken, waarbij ook welzijnsorganisaties aangehaakt worden. Zoveel mogelijk zonder knellend protocol. ‘Ik werk al tien jaar in een achterstandswijk. Daar leer je dat je af en toe buiten de kaders moet denken’, zegt Nardie Dorussen. ‘Bij sommige patiënten vind je het juiste pad niet binnen het protocol.’



‘Meer oog voor de wensen van de patiënt’

Marloes Dekkers

Hoe verbinden we de zorg voor patiënten met multimorbiditeit?

Jacqueline de Graaf: ‘De mindset van zorgverleners moet veranderen. De belangrijkste vraag moet zijn: “Hoe kan ik deze patiënt helpen om beter te functioneren?” In de opleidingen is daar de afgelopen jaren al veel meer aandacht voor. Maar voor veel oudere artsen is het nog geen automatisme. Daar zit wel een generatiekloofje, zou ik zeggen.’ Aan tafel wordt bevestigend geknikt. Lena Raaijmakers en Erik Bischoff zeggen de indruk te hebben dat patiënten soms onnodig lang in de tweede lijn blijven “hangen”. ‘Volkomen mee eens’, zegt Jacqueline de Graaf. ‘Ook daarom willen we in het ziekenhuis meer vanuit een generalistisch perspectief denken en werken. Verpleegafdeling, SEH, multidisciplinair behandelteam: al vroeg in het traject van de patiënt hoort daar een generalist bij. Live of online. Dat gaan we komende jaren regelen.’ Nardie Dorussen ziet kansen voor meer online contact tussen eerste en tweede lijn: ‘Bijvoorbeeld de teleconsulten voor patiënten met nierfalen en ons overleg met de hartfalenpoli. Dáár kan ik de tweede lijn snel en goed bereiken. We moeten meer en betere bruggen tussen de lijnen bouwen.’ ‘Met meer oog voor de keuzes en de wensen van de patiënt’, vult Marloes Dekkers aan.

TOEKOMSTBEELD

Dát het anders moet, daarover zijn ze het alle vijf eens. Maar hoe? Meer generalisten rond de patiënt posteren in de tweede lijn is één stap. En de huisarts dan, toch een generalist

bij uitstek? Erik Bischoff gaat voor betere verbinding tussen de lijnen, organisatorisch én qua communicatie: ‘Er zijn al allerlei anderhalvelijns-initiatieven. Maar het kan beter en meer. Over en weer samenwerken en elkaar informeren, los van al die straatjes en paden. En ook de financiering en de opleidingen in die richting aanpassen.’

‘De vervolgopleiding tot huisarts richt zich nu veelal op individuele aandoeningen’, reageert Lena Raaijmakers. ‘Er mag meer aandacht komen voor zaken als conflicterende behandeldoelen, effecten van behandelingen en de basale vraag “wat is gezondheid eigenlijk?” Ook zou de opleiding meer aandacht kunnen geven aan hoe de eerste en tweede lijn de onderlinge informatie-uitwisseling kunnen verbeteren. Onderwerpen die stuk voor stuk geschikt zijn voor een gezamenlijke onderwijsdag voor alle artsen in een vervolgopleiding, lijkt mij.’ Nardie Dorussen: ‘Ik denk aan de lijsten die ik telkens moet invullen, afzonderlijk voor diabetes, COPD en hart-/vaatziekten. Maak daar eens één zorgprogramma van, als instrument om samen met de patiënt keuzes te maken. En dat de tweede lijn dan datzelfde instrument gebruikt, terwijl een case-manager tussen de lijnen in beweegt om overzicht te houden.’ ‘In het Nijmeegse weten we elkaar steeds beter te vinden’, reageert Jacqueline de Graaf. ‘Laten we eerst kleine stapjes maken in de vorm van pilots. Ons toekomstbeeld is hetzelfde en er liggen kansen. De kunst is om het nu ook echt te gaan doen.’ ●

Vragen of reageren?

✉ verbind@radboudumc.nl

Ketenzorg ontketend: nieuw zorgmodel

Sinds vorig jaar loopt in de eerste lijn het project ‘Ketenzorg ontketend’, dat zich richt op de volle breedte van patiëntenwelzijn, inclusief niet-ziektespecifieke aspecten. Belangrijkste doel is de ontwikkeling van een integraal zorgmodel dat versnippering van zorg voorkomt en meer recht doet aan de wensen en keuzes van de patiënt. Het eerste zorgmodel nieuwe snit moet de ketens DM2, CVRM en COPD vervangen. Het project loopt tot in 2024.

Streven: meer integralen zorg

Het Radboudumc streeft naar meer samenhang en balans tussen subspecialistische en generalistische zorg. De door Jacqueline de Graaf geleide projectgroep ‘Specialist versus generalist’ heeft onder meer de volgende aanbevelingen:

- Op verpleegafdelingen in het ziekenhuis is de medische regie in handen van een subspecialist én een generalist: dit kan de ziekenhuisarts zijn of een (meer) generalistisch medisch specialist, denk aan een algemeen internist of algemeen kinderarts.
- Ook op de SEH is de regie bij een multidisciplinair team (SEH-arts (generalist), samen met de algemeen kinderarts, internist, geriater, chirurg en neuroloog) waarbij de subspecialisten ‘in consult’ worden gevraagd.
- In ieder behandelteam wordt de input van de generalist uit de eerste lijn als partner meegenomen.

De Raad van Bestuur van het Radboudumc neemt hier eind 2020 een besluit over.

Jeannine Hautvast, arts Maatschappij en Gezondheid bij de GGD Gelderland-Zuid, pleit voor samenwerking om het coronavirus onder controle te krijgen.

Alleen samen



'Alleen samen krijgen we het coronavirus onder controle.' Dat geldt zeker ook voor ons als zorgprofessionals. En dat valt niet mee in een tijd waarin het hele zorgsysteem onder druk staat. Bij onze GGD 'piept en kraakt' het: we halen alles uit de kast om het coronavirus eronder te krijgen. En daar hebben we onze collega's in de zorg keihard bij nodig.

Toen het allemaal begon in maart, gingen we direct van start met het informeren van onze eerstelijns-collega's in de regio. Met regelmaat stuurden we informatie rond over het landelijke testbeleid en de COVID-19-richtlijnen. Zorginstellingen en huisartsen ondersteunden we door (hun) patiënten aan huis te testen; een taak waar we ons normaal niet mee bezighouden. We gaven advies om verspreiding binnen instellingen tegen te gaan. We tuigden een callcenter op waar zorgverleners en burgers zeven dagen in de week naartoe konden bellen.

In de zomer konden we stellen dat het aardig liep allemaal. Totdat

het aantal besmettingen weer begon toe te nemen. Inmiddels is de toename zo overweldigend dat we, ondanks een enorm opgeschaald team, ons bron- en contactonderzoek in afgeslankte vorm moeten uitvoeren. Het kan helaas even niet anders. Ook het testen van patiënten aan huis lukt niet meer. Gelukkig tonen zorginstellingen en huisarts-

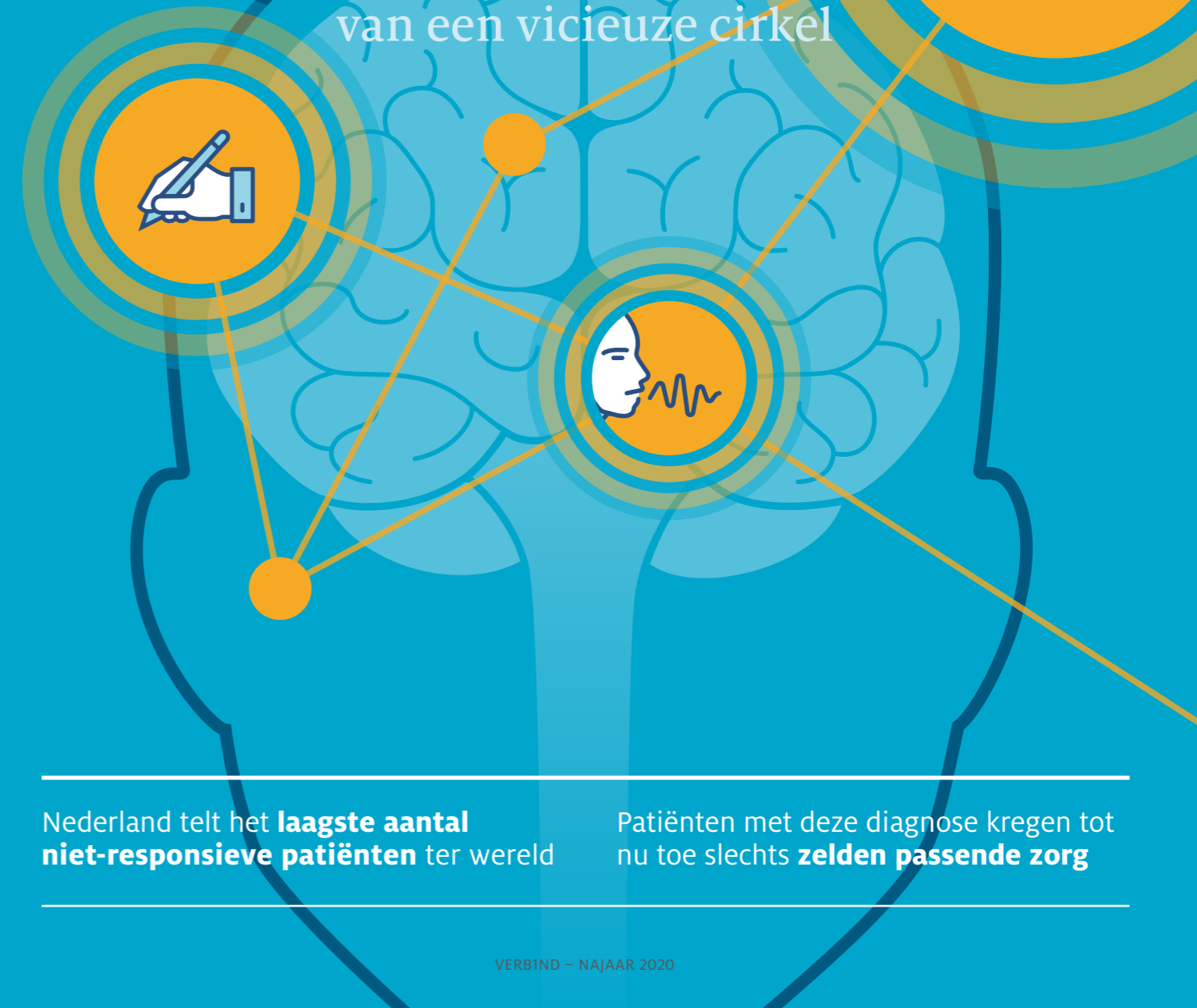
We hebben onze collega's hard nodig

praktijken begrip voor de keuzes die we noodgedwongen moeten maken. En dat niet alleen: ze ontwikkelen zelf initiatieven voor bron- en contactonderzoek rond hun patiënten en medewerkers. En voor het thuis testen van patiënten die niet naar de teststraat kunnen.

Wij juichen deze initiatieven van harte toe. Zo blijkt maar weer hoe belangrijk het is dat we samen optrekken in de coronabestrijding. Ik hoop dan ook van harte dat jullie ons blijven bellen en signalen afgeven. Zo kunnen we knelpunten aanpakken of bij het juiste gremium onder de aandacht brengen. Ik ben ervan overtuigd: sámen kunnen we dit virus echt onder controle krijgen! ●

PATIËNTEN IN EEN NIET-RESPONSIEF WAAKSYNDROOM

Onderzoek naar uitkomsten van een vicieuze cirkel



Nederland telt het **laagste aantal niet-responsieve patiënten** ter wereld

Patiënten met deze diagnose kregen tot nu toe slechts **zelden passende zorg**

Meer kansen voor patiënten met een langdurige bewustzijnsstoornis

Patiënten in een niet-responsief waaksyndroom (NWS) laten geen enkel teken van bewustzijn zien. Uit onderzoek blijkt dat een exacte diagnosestelling lastig is en dat artsen vaak het bewustzijnsniveau van deze extra kwetsbare patiënten onderschatten. **Revalidatie blijft bij bijna alle patiënten uit.** Een nieuwe zorgketen en meer onderzoek gaan de mogelijkheden voor deze groep patiënten in kaart brengen en verbeteren.

Patiënten die ernstig hersenletsel oplopen, bijvoorbeeld door een trauma, hartstilstand of hersenbloeding, kunnen in coma raken. De meesten van hen openen na een tijd hun ogen weer, maar dat betekent niet altijd dat ook het bewustzijn is teruggekeerd. Patiënten overleven soms ook in een niet-responsief waaksyndroom (NWS), wat vroeger ook wel bekend stond als vegetatieve toestand. In deze toestand opent de patiënt spontaan de ogen en ademt zelfstandig, maar is verder niet in staat tot andere reacties dan fysieke reflexen.

Het is moeilijk te beoordelen in welke staat van bewustzijn een patiënt zich exact bevindt, omdat er in plaats van een niet-responsief

waaksyndroom ook sprake kan zijn van minimaal bewustzijn. In deze toestand laat de patiënt enkele tekenen van bewustzijn zien, zoals het uiten van emoties of het met de

Maar liefst 41% van de onderzochte patiënten vertoonde tekenen van bewustzijn

ogen volgen van een bewegend voorwerp of een naaste van de patiënt. Soms zijn ook eenvoudige automatische bewegingen zichtbaar.

Internationaal is erg weinig bekend over het voorkomen en beloop

van langdurige bewustzijnsstoornissen (LBS). Dat maakt het moeilijk om deze patiënten passende zorg te bieden. Een vicieuze cirkel is het gevolg: een kleine groep ernstig aangedane patiënten heeft een onduidelijke kans op herstel. Omdat het zo weinig voorkomt, wordt de zorg ad hoc en op onvoldoende wetenschappelijke gronden georganiseerd, wat leidt tot misdiagnostiek, weinig revalidatiepogingen en onvolledige voorlichting van de naasten van de patiënt. Daardoor ontstaat het risico dat de levensverlengende behandeling voortijdig gestaakt wordt, waardoor de groep patiënten klein blijft, met bijbehorende onduidelijke prognose.

SPIEGEL VOLGEN

In het Radboudumc wordt uitgebreid onderzoek gedaan naar patiënten met een langdurige bewustzijnsstoornis. Voor een recente studie, die vanuit het Radboudumc samen met de Universiteit Luik (Coma Science Group) werd uitgevoerd, werden alle zorginstellingen in Nederland aangeschreven met de vraag of er een patiënt met een niet-responsief waaksyndroom was opgenomen. Vervolgens werd bij de 72 aangemelde patiënten

de diagnose geverifieerd door arts-onderzoeker Willemijn van Erp. Zij onderzocht de eventuele reflexen en reacties van deze groep. Een reactie op het geluid van een bel kan bijvoorbeeld een reflex zijn, maar het volgen van een spiegel is een teken van minimaal bewustzijn. Ook werd gebruik gemaakt van stemmen van familieleden of zelfs de aanwezigheid van de hond van één van de patiënten.

Maar liefst 41% van de onderzochte patiënten vertoonde tekenen van bewustzijn: zij verkeerden in een minimaal bewuste toestand of waren zelfs in staat tot functionele communicatie of gebruik van voorwerpen. Uiteindelijk werden 31 patiënten met NWS geïdentificeerd. Bij het vervolgonderzoek, waarin patiënten in NWS langdurig werden gevolgd, bleek dat slechts één van de 28 mensen in Nederland toegang kreeg tot gespecialiseerde revalidatie.

EXPERTISENETWERK EENACOMA

De cijfers uit het onderzoek tonen het belang van een juiste diagnose. Hiermee wordt mede bepaald of het starten van een revalidatietraject

zinvol is. Bovendien levert een juiste diagnose waardevolle informatie op over het beloop en te volgen traject. Om de zorg voor mensen met ernstig hersenletsel (waaronder LBS) te verbeteren, is in 2016, in samenhang met onderzoek en onderwijs, het Expertisenetwerk Ernstig Niet-aangeboren hersenletsel na coma' opgericht (kortweg: EENacoma www.eenacoma.net). EENacoma, verbonden met de afdeling Eerstelijnsneurologie van het Radboudumc, verbindt inmiddels de voorheen versnipperde schakels in de zorgketen voor mensen met LBS na ontslag uit het ziekenhuis.

Vanuit EENacoma zijn dit jaar met subsidie van de Hersenstichting het project 'Ontwikkelen ketenzorg voor mensen met LBS' en het LBS-onderzoek 'Meten in de keten' gestart. In het laatstgenoemde onderzoek worden de uitkomsten en impact van



intensieve neurorevalidatie onderzocht. Er loopt promotieonderzoek naar ethische dilemma's en naar de minimaal bewuste toestand. Vanuit het ministerie van VWS is de doelgroep LBS opgenomen in het ontwikkeltraject van Expertisecentra Langdurige Zorg. Zo wordt vanuit EENnacom samengewerkt aan nieuwe kennis en een sluitende zorgketen voor LBS-patiënten en hun naasten. Duidelijk is inmiddels dat de eerste twee jaar na het hersenletsel cruciaal zijn: in deze periode is de kans op herstel het grootst, dus is het van groot belang

De eerste twee jaren na het letsel zijn cruciaal

dat patiënten de beste kansen op revalidatie krijgen. Maar in deze tijd kunnen, bij uitblijven van herstel, ook beslissingen worden genomen over het al dan niet doorgaan met (levensverlengende) behandelingen. Waar tot op heden maar één specialist deze patiënten bezocht, wordt er momenteel met steun van de Hersenstichting een mobiel expertiseteam opgezet dat structureel gaat bijdragen aan de juiste diagnose van deze patiënten. Dit team kan naar verwachting vanaf 2022 door zorginstellingen worden opgeroepen wanneer er een patiënt met een langdurige bewustzijnsstoornis in de instelling wordt opgenomen.

ZOEKTOCHT NAAR MEER PATIËNTEN

Er valt nog een wereld te winnen. De onderzoekers zijn ervan overtuigd dat er meer patiënten zijn dan zij in het vizier hebben. Voor al deze patiënten, hun naasten én hun behandelaars is het belangrijk om te weten dat er specialistische zorg voorhanden is. Gespecialiseerde Vroege Intensieve Neurorevalidatie (VIN) is sinds 2019 voor mensen van alle leeftijden mogelijk. Deze revalidatie vindt nu centraal plaats bij Libra Revalidatie & Audiologie in Tilburg met een maximale duur van veertien weken. Patiënten die gedurende deze periode niet bij bewustzijn komen, komen in aanmerking voor Langdurige Intensieve Neurorevalidatie (LIN) bij verschillende gespecialiseerde verpleeghuizen die bij EENnacom aangesloten zijn. De onderzoekers verwachten dat door deze gecentraliseerde werkwijze en wetenschappelijk onderzoek de komende jaren meer mogelijkheden voor passende zorg voor deze groep patiënten volgen. Op deze manier worden behandelaars niet alleen ondersteund bij het faciliteren van het herstel, maar ook bij het nemen van verantwoordelijkheid als de behandeling niet leidt tot een verbetering voor de patiënt. Daarmee kan voor elke patiënt op het juiste moment de best mogelijke beslissing worden genomen, met goede begeleiding van de naasten. ●

Vragen of reageren?

✉ verbind@radboudumc.nl



Dit artikel kwam tot stand met behulp van Willemijn van Erp en Jan Lavrijsen.

Willemijn van Erp (1985) studeerde Geneeskunde in Groningen en startte in 2011 met de opleiding tot specialist ouderengeneeskunde in combinatie met promotieonderzoek bij het Radboudumc (Eerstelijngeneeskunde) en de Universiteit Luik (Coma Science Group). Sinds 2019 werkt ze, naast haar onderzoeksinstelling bij het Radboudumc, bij Accolade Zorg en Libra Revalidatie & Audiologie. Op 4 november 2020 promoveerde ze. De titel van haar proefschrift luidt: *'The unresponsive wakefulness syndrome in the Netherlands: outcomes from a vicious circle'*.

Jan Lavrijsen (1960) studeerde Geneeskunde in Maastricht en zette in 1995 de Nijmeegse opleiding tot verpleeghuisarts (nu specialist ouderengeneeskunde) mee op. Hij promoveerde in 2005 aan de Radboud Universiteit op het proefschrift *'Patients in a vegetative state: diagnosis, prevalence and long-term care in Dutch nursing homes'*. In 2011 richtte hij de onderzoeksgroep Niemand tussen Wal en Schip op, vanaf 2016 verbonden aan expertisenetwerk EENnacom. In 2013 presenteerde hij tijdens TEDxRadboudU zijn missie.

Meer informatie?

📄 www.eenacoma.net

COVID-19 heeft de gezondheidszorg op zijn kop gezet. De alledaagse praktijk is veranderd. Dit moet ook van grote invloed zijn op de stage van de arts in opleiding.

STELLING

De coronaperiode heeft een negatieve invloed op mijn opleiding



Esther Simons
Aios huisartsgeneeskunde

'Het is geen gemakkelijk tijd, maar ik word er eerder een betere huisarts door. Toen de pandemie begon, werkte ik in een huisartsenpraktijk. Het hele spreekuur werd geschrapt, alleen de hoog nodige consulten gingen door. Ik was vooral aan het bel-len, de druk van een vol spreekuur was weg. De keerzijde is dat ik nu beter weet welke zorg uitgesteld kan worden en welke essentieel is. Er is veel acceptabel wat vroeger voor onmogelijk werd gehouden. Zo gaat de zorg in het verpleeghuis waar ik nu werk gewoon door, maar dan groten-deels vanuit huis. COVID-19 maakt wel

'Ik weet beter welke zorg essentieel is'

pijnlijk duidelijk wat belangrijk is in de laatste levensfase. Kiezen we voor een ingrijpende behandeling of is comfort belangrijker dan overleven? Dit is bij uitstek hét moment om daar iets van te leren.'



Jakob Hauth
Aios huisartsgeneeskunde

'Deze periode heeft juist een positieve invloed gehad op mijn opleiding. Ik werkte in een huisartsenpraktijk in Oss en kon mijn erg nuttig maken. In een goedlopende

'Ineens waren we allemaal gelijkwaardig'

praktijk krijg je normaal gesproken maar weinig inzicht in praktijkmanagement en organisatie van zorg op grote schaal. Door corona moesten er ineens allerlei nieuwe richtlijnen en afspraken gemaakt worden. Nu kon ik volop meedoen aan management van zorg op alle niveaus. Het biedt kansen om kritisch na te denken wat er allemaal nodig is en wat niet. Bovendien kon ik ook echt verantwoordelijkheid op me nemen: ik had net zo weinig kennis van het virus als de door de wol geverfde, ervaren huisarts. Ik denk dat ik soms zelfs beter in staat was om me flexibel aan te passen aan de nieuwe situatie.'



Charlotte Hetterschijt
Aios dermatologie

'Tot nu toe valt het mee, mijn stages zijn gewoon doorgedaan. In het begin werden vrijwel alle poli-afspraken omgezet en was er alleen telefonisch of digitaal contact. Dan kreeg ik van tevoren een foto van de aandoening doorgestuurd. Op deze manier kon ik me voorbereiden op een consult en filteren hoe snel iemand moest komen. Wel ben je dan afhankelijker van wat de patiënt laat zien. Dat kan lastig zijn, je kunt

'Cameratraining is een goede aanvulling'

dingen missen. Op mijn opleiding heeft het weinig invloed, want hoe je nadentk over ziektebeelden verandert niet en moeilijke casuïstiek kon ik nog steeds goed bespreken met mijn supervisor. Alleen de gesprekken met patiënten zijn wel echt anders. Als dit blijft, is het goed om in de opleiding aandacht te besteden aan digitale gespreksvoering.'

Vragen of reageren?

✉ verbind@radboudumc.nl



Bescherming in coronatijd: **verschillen in de eerstelijnszorg**

Gezond verstand, protocollen en toepassing in de praktijk: het kan tot flinke verschillen in beschermingsmiddelen leiden. Hoe voelen zorgverleners zich hierbij? **Begrijpen cliënten de verschillen?** Of is er behoefte aan meer onderlinge afstemming in de zorg? Drie zorgverleners aan het woord.



Pauline Arts
Wijkverpleegkundige in coronateam van ZZG zorggroep

'In de supermarkt droegen mensen eerder een mondkapje dan wij in de reguliere wijkverpleegkundige teams die veelal bij kwetsbare mensen thuishouden. Dat voelde niet altijd prettig, maar zo waren de richtlijnen voor de wijkverpleging. Alleen voor de medewerkers in het coronateam geldt dat ze volledig beschermd naar cliënten toegaan die covid-verdacht of covid-besmet zijn. Met de huisartsen in de regio hebben we afgesproken: we gaan bij onze reguliere cliënten zoveel mogelijk op dezelfde manier beschermd naar binnen, dus met een mondkapje en beschermbril. Dat voelt veiliger en het roept ook minder vragen op vanuit cliënten of hun mantelzorgers.

Het gaat niet om mijn eigen mening, het is het beleid van mijn organisatie waar wij ons aan houden. En daar sta ik voor, al was het tot voor kort soms wel lastig. In het begin van de coronacrisis kwam bijvoorbeeld een fysiotherapeut beter beschermd bij iemand binnen dan wij. Als ik dan vragen kreeg in het bijzijn van de cliënt of familie was dat niet altijd prettig. Ik kon wel uitleggen dat we de richtlijnen van het RIVM volgden. De richtlijnen voor de wijkverpleging zijn inmiddels aangepast en we kunnen nu beter beschermd aan het werk. Dat voelt voor mij een stuk fijner. Het geeft meer houvast, meer rust en een groter gevoel van veiligheid.'

'We houden ons aan het beleid van de organisatie'

Karen Tijssen
Coördinator taskforce coronavirus bij Driestroom

'Binnen de gehandicaptenzorg hebben we een enorme diversiteit aan cliënten, die op verschillende manieren leven en wonen. Dat maakt dat we de coronamaatregelen ook op verschillende manieren hebben vertaald voor onze cliënten. Elke dag bestudeert de taskforce de veranderende richtlijnen en vertaalt die naar ons beleid. Natuurlijk ligt er een advies hoe we als organisatie met beschermingsmiddelen omgaan, maar daar kan elke locatie beargumenteerd van afwijken. Dat is onze gouden formule: het gaat echt om maatwerk op locatie-, en cliënten-niveau. Veiligheid staat bovenaan, maar praktische toepasbaarheid speelt ook mee.

Versillen met andere zorgverleners die

bij onze cliënten thuis komen maken we altijd bespreekbaar. Waar een ambulancemedewerker of huisarts soms met volledige bescherming bij iemand thuishoort, waren onze medewerkers tot voor kort amper beschermd. Zo waren de richtlijnen voor de gehandicaptenzorg. Dat voelde niet prettig. Toch bleven zij zich elke dag inzetten voor het alledaags geluk van onze cliënten. Het voelt bijna als een cadeau dat we in de gehandicaptenzorg eindelijk preventief beschermingsmiddelen in kunnen zetten. Conflicten met andere zorgverleners zijn er niet geweest, wel de hoop dat er eenzelfde lijn in de landelijke richtlijnen werd aangebracht. Nu er meer ruimte is voor bescherming, lijkt die hoop uit te komen.'

'We kunnen beargumenteerd van het advies afwijken'



Joris Stoppels
Huisarts in Nijmegen

'Elke dag opnieuw probeer ik het juiste te doen voor mijn patiënten. Voorop staat dat kwetsbare mensen geen onnodige risico's lopen en dat ik veilig zorg kan verlenen. Doordat de maatregelen voortdurend veranderen, is het in de zorg behoorlijk onoverzichtelijk wat nu verstandig is om te doen. De richtlijnen kunnen per organisatie nogal verschillen. Als huisarts maak je een eigen inschatting, op basis van je medische kennis en gezond verstand. Concreet betekent het voor mij dat als er geen covid-verdenking of besmetting is, ik meestal geen mondkapje of andere bescherming draag. Tegelijkertijd kan bij diezelfde patiënt een wijkverpleegkundige komen die wel volledig

is beschermd, omdat de organisatie andere protocollen heeft en daarmee onder het coronaprotocol valt. Zij maken op dat moment geen persoonlijke inschatting over de gezondheidsrisico's, maar volgen het beleid zoals dat is vastgesteld door hun organisatie. Dat verschil in benadering roept wel eens vragen op bij patiënten. Ik probeer altijd uit te leggen hoe ik daarin mijn afwegingen maak. Als andere zorgverleners of de patiënt of hun naasten het niet prettig vinden dat ik zonder beschermingsmiddelen werk, dan zet ik natuurlijk wel een mondkapje op. Tot nu toe heeft het niet tot vervelende of moeilijke situaties geleid.'

'Ik leg uit hoe ik mijn afwegingen maak'

Vragen of reageren?
✉ verbind@radboudumc.nl

Verdachte huidafwijkingen

Huisartsen en dermatologen hebben drie jaar lang gewerkt aan de verbetering van diagnostiek en behandeling van de groeiende groep patiënten met (pre)maligne huidafwijkingen in de eerste lijn. Het project 'Verdachte Huidafwijkingen' leidt tot positieve resultaten.

DEELNAME HUISARTSEN



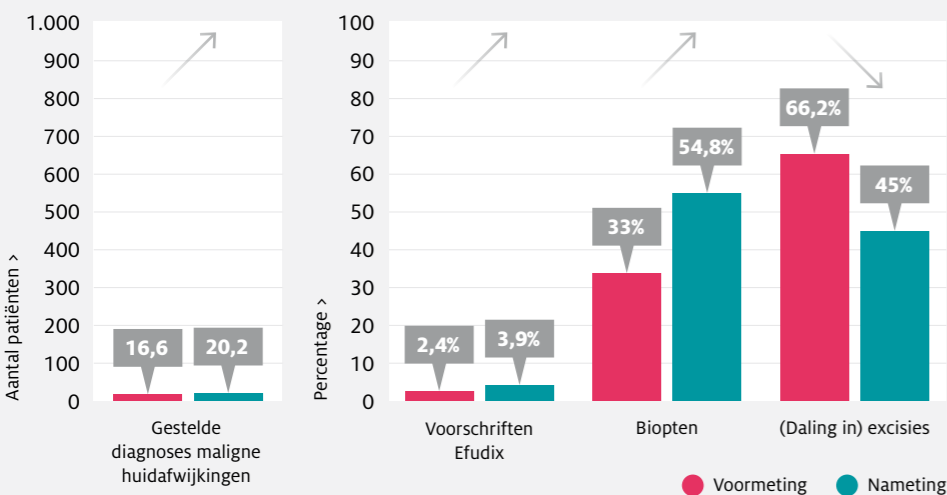
In Nijmegen en omgeving deden **83 huisartsen** mee aan het project.

Dit is bijna **43%** van alle huisartsen in de regio.

Huisartsen hebben scholingen gevolgd, er zijn afspraken gemaakt met dermatologen en hulpmiddelen ontwikkeld en uitgetoetst om deskundigheid in de huisartsenpraktijken te bevorderen.

DIAGNOSTIEK EN BEHANDELING

Het Radboud Technology Center Health Data heeft onderzoek gedaan naar diagnostiek en behandeling van verdachte huidafwijkingen. Daarvoor zijn bij de deelnemers extracties uit het Huisartsinformatiesysteem uitgevoerd en uitkomsten van het PA-lab geanalyseerd.



BETERE BRIEVEN

Het onderzoeksteam van de afdeling Dermatologie van het Radboudumc heeft

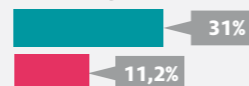
1.662 verwijsbrieven

voor verdachte huidafwijkingen van huisartsen naar dermatologen geanalyseerd. Deze zijn van significant betere kwaliteit: er staat een betere beschrijving van de huidafwijking in en vaker is er een duidelijke differentiaaldiagnose.

Juiste waarschijnlijkheidsdiagnose



Vaker biopt vooraf



Potentieel vermijdbare verwijzingen



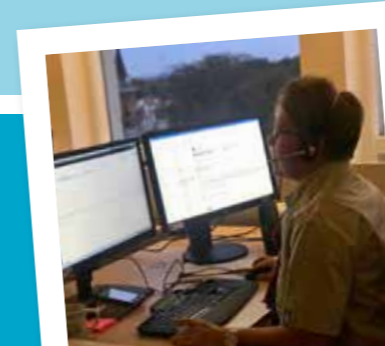
● Ongeschoold ● Geschoold

CONCLUSIE

Deelnemende huisartsen hebben betere diagnostische en therapeutische vaardigheden en kwalitatief betere verwijzingen dan ongetrainde huisartsen wat leidt tot minder potentieel vermijdbare verwijzingen. Dit draagt bij aan efficiënter gebruik van de gelimiteerde capaciteit tweedelijns zorg en helpt de zorgkosten beheersbaar te houden.

nijmegen.lhv.nl (klik op 'dossiers')

Wie zijn de professionals in ons netwerk? Wat doen ze en wat drijft hen? Deze keer in '1 dag van...' volgen we **Miriam Nijland**, transferverpleegkundige bij het Radboudumc.



08.00 uur

Alle aanvragen voor behandeling en/of nazorg worden digitaal bij ons Transferpunt ingediend. Onderling hebben we afspraken gemaakt wie met welke aanvraag aan de slag gaat. Ik breng als eerste de nazorg in kaart voor een patiënt die thuis zorg nodig heeft.

9.00 uur

Bij het Beddenoverleg met alle verpleegkundigen bied ik hulp zodat geplande opnames door kunnen gaan. Drie aanvragen voor thuiszorg kunnen we voorrang geven, zodat er bedden vrij komen. Na afloop haast ik me naar de teambespreking waarin we een update krijgen over verpleeghuizen die COVID-positieve patiënten opnemen.



10.55 uur

Vanwege de afstand neem ik de step naar het inlooppreekuur van de kinderafdeling. Samen met verpleegkundigen en artsen bespreek ik welke thuiszorg voor de patiëntjes mogelijk is.

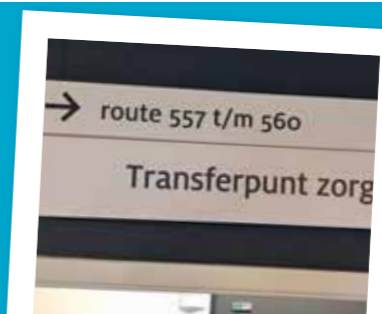


12.45 uur

Na de lunch snel een intercollegiaal overleg over een aanvraag voor tijdelijk verblijf van een patiënt met psychiatrische problemen.

13.00 uur

Goed nieuws. De zorgaanbieder van een patiënt die nazorg nodig heeft, kan de zorg starten. Ik breng de afdeling en familie op de hoogte en ga verder met andere aanvragen; van hulp bij het wassen en aankleden tot terminale zorg thuis.



16.00 uur

Vandaag heb ik 'poli-dienst'. Aanvragen moeten dezelfde avond of volgende ochtend afgehandeld zijn. Het is rustig dus om 17.00 uur kan ik mijn werk afronden. Omdat ik morgen ook werk, hoef ik niet over te dragen aan mijn collega's.

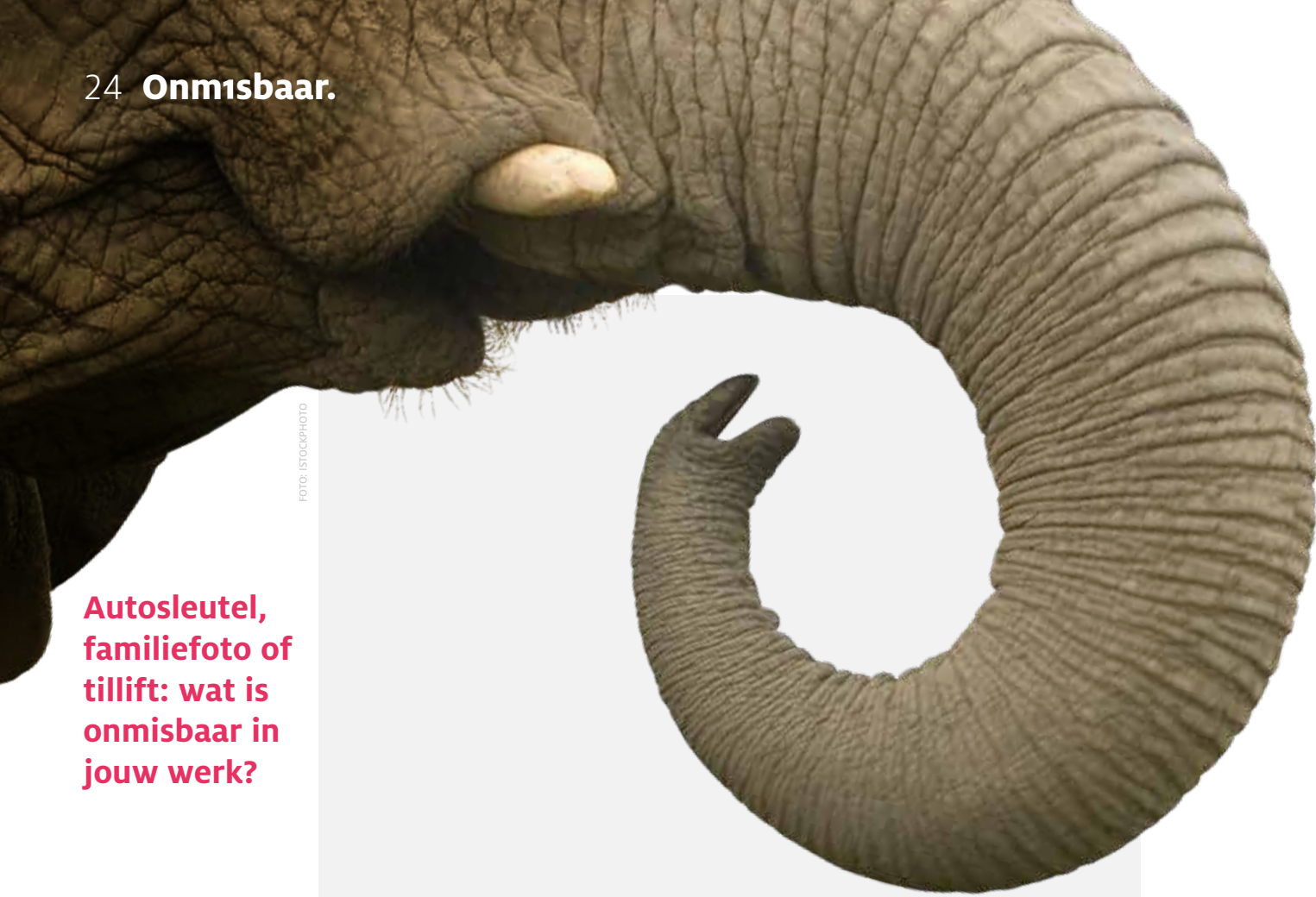


FOTO: ISTOCKPHOTO

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



Floris van de Laar is als huisarts werkzaam bij Gezondheidscentrum Thermion in Lent en een halve dag in de week als arts bij een consultatiebureau. Daarnaast is hij verbonden aan de afdeling Eerstelijns-geneeskunde van het Radboudumc, waar hij zijn werk combineert met onderzoek en lesgeven.

‘Ik zoom uit om de olifant te zien’

Een olifant in de kamer. Dé metafoor voor een probleem dat er is maar niet wordt benoemd. Voor huisarts Floris van de Laar is het in zijn werk onmisbaar om deze ‘olifant’ te kunnen zien. ‘De klacht van een patiënt, is vaak maar een deel van de puzzel. Daarom zoom ik uit, bekijk de olifant van een afstand om alle onderdelen te kunnen zien.’ Zo ligt er bij spanningshoofdpijn misschien wel een burn-out op de loer en worden chronische schouderklachten veroorzaakt doordat het leven niet in balans is. ‘Natuurlijk kijk ik dan wel hoe de schouder functioneert. Maar als iemand voor de vijfde keer komt, is het ook goed om andere vragen te stellen: Wat doe je voor werk? Hoe is je relatie?’ Soms kunnen

patiënten het probleem goed verbergen, of willen het niet zien. Het kan ook een taboe zijn. Dat ze het eigenlijk wel weten, maar dat er niet over gesproken mag worden uit schuldgevoel of schaamte. Volgens Floris is het niet per se zo dat jarenlange ervaring ervoor zorgt dat je een patiënt aanvoelt. ‘Natuurlijk werk ik al veertien jaar in deze praktijk, ken veel mensen, waardoor ik op een natuurlijke manier vragen kan stellen. Maar veel belangrijker zijn eigenschappen als nieuwsgierigheid en verwondering. En er gewoon lol in hebben om bij patiënten op verschillende manieren naar problemen te kijken. Dat maakt mijn beroep juist zo mooi.’ ●