

Hoge nood bij
ouderengeneeskunde

Pag 14 • leestijd 1.15 min

1 op de 10.000 heeft
de **longbacterie NTM**

Pag 15 • leestijd 5.10 min

De **terugkeer naar
werk** als behandeldoel

Pag 20 • leestijd 3.50 min

Verb1nd.

VOORJAAR 2020

Huisarts Marieke Perry en
GZ-psycholoog Christian Bakker:

'Dementie op jonge leeftijd kan bij zorgverleners beter op netvlies'

pag. 10 leestijd 5.20 minuten

*niet vergeten
18.00 uur
oranje pilletje
met water*

*Denk aan
lezen
pagina 10*

*Huisarts
Marieke* *Psycholoog
Christian*

Colofon

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

Redactie Beatrijs Bonarius (hoofd-redacteur), Freek Kinkelaar, Myrte Masselink, Jannie Meussen, Gijs Munnichs, Pauline Dekhuijzen, Johan Oltvoort, Gloedcommunicatie

Fotografie Saskia Kroes, Paul Lagro, Leona Meijer, iStock, Eric Scholten, Nout Steenkamp

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

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 2020.

De artikelen van Verb1nd #5 zijn tijdens de coronacrisis tot stand gekomen. Door de snelheid van ontwikkelingen kan de inhoud op het moment van verschijning aan actualiteit hebben ingeboet.

Onze speciale dank gaat uit naar iedereen die ondanks zijn/haar drukke werkzaamheden aan Verb1nd #5 heeft bijgedragen.

Redactie Verb1nd

Radboudumc

Laat ik eerlijk met u zijn...

Er lag eerder een heel ander voorwoord voor u klaar. Eentje waarin ik vertelde hoe wij de vitaliteit van onze medewerkers op peil proberen te houden en waarin ik u opriep om ideeën hierover met elkaar te delen. Zo hoopte ik onze verbinding met elkaar nog meer te benutten. Maar toen was daar, jawel, het coronavirus. Het zette niet alleen dit voorwoord, maar bovenal de hele gezondheidszorg op z'n kop. Nu is een voorwoord herschrijven niet zo'n punt. De gezondheidszorg aanpassen naar een pandemie is dat wel. Want één ding is duidelijk: de zorgvraag is inmiddels radicaal veranderd. En ook weer niet. De verandering van de zorgvraag door

de coronacrisis is zowel binnen als buiten de muren van het Radboudumc goed zichtbaar. Ik zie ontwikkelingen die hopelijk helpen bij het indammen van deze crisis. Zoals flexibiliteit, omdat onze verpleegafdelingen plots COVID-19-afdelingen werden en huisartsen zich nu vooral over COVID-19-patiënten moeten ontfermen. En ik zie ook saamhorigheid, omdat we voelen dat we allemaal vechten tegen dezelfde vijand. Eén die we alleen samen kunnen verslaan. Daarom keren voormalige zorgprofessionals terug en hebben we veel begrip voor elkaar.

De zorgvraag is wel, maar ook níet veranderd

Toch blijft de zorgvraag tijdens de coronacrisis grotendeels hetzelfde. Mensen met andere gezondheidsklachten blijven ons nodig hebben. Helaas denken veel van hen op het moment van schrijven dat er voor hen geen plek is of hebben ze angst om langs te komen. Dat zijn onjuiste én gevaarlijke gedachtes. Gedachtes die er eerder voor zorgden dat tijdens de ebolacrisis in Afrika het sterftcijfer onder non-ebola-patiënten steeg. Dat mag hier niet ook gebeuren. Daar gaan we samen voor zorgen. Met een warm hart en het hoofd koel. Gelukkig weten we deze gedachten bij patiënten al steeds meer om te buigen. En daarom ben ik nu al trots op u.

Geraline Leusink
afdelingshoofd a.i. Eerstelijns-geneeskunde





10

Dementie op jonge leeftijd. Zorgverleners hebben het niet op hun netvlies én het is vaak moeilijk te herkennen. Hoe kan de vroegsignalering verbeteren? En ook: hoe verbeteren we het zorgaanbod voor deze groep?

Iedereen wordt aan de bacterie blootgesteld. Waarom wordt niet iedereen er ziek van?

8

Minder stress. Grotere weerbaarheid. Met het **onderwijsprogramma 'Vitaliteit en Welzijn'** leren studenten Geneeskunde en Biomedische Wetenschappen sinds dit academisch jaar al vanaf dag één beter voor zichzelf te zorgen.

15

Kennisdossier

Er is een toename van het aantal patiënten met een infectie die veel overeenkomsten vertoont met tuberculose, afkomstig van de niet-tuberculeuze mycobacterie. Dit voorjaar verschijnen internationale behandelrichtlijnen. Het onderzoek is in volle gang.

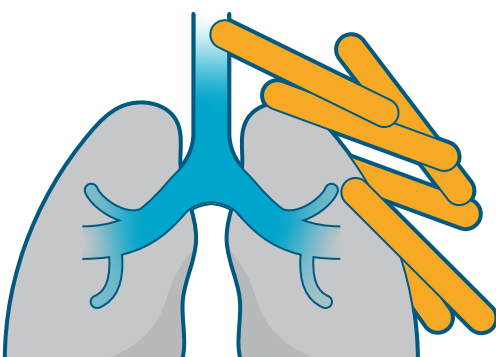
20

Interview

Bedrijfsartsen en verzekeringsartsen begeleiden veel mensen bij terugkeer naar werk. Wat doet de klinisch arbeidsgeneeskundige nog meer? We spreken Marjolein Bastiaanssen en Desiree Dona.

VERDER

- 6 Impact: Betere overdracht spoedpatiënt vóór SEH-opname
- 14 Column van hoofd VOSON-opleiding Anne van den Brink
- 18 De stelling: Het opheffen van de poortwachtersfunctie voor zwangere vrouwen en neonaten laat de babysterfte afnemen
- 22 Facts & Figures
- 23 1 dag van Saskia Kroes
- 24 Onmisbaar



Nieuw regionaal platform voor kennisdeling bedrijfs- en verzekeringsartsen

De vervolgopleiding tot bedrijfs- en verzekeringsarts SGBO werkt aan een regionaal dekkend platform van 'Evidence Based Medicine-consulenten'. Dit platform bevordert de implementatie van nieuwe kennis in praktijk en onderwijs. Zo organiseren UWV en SGBO regelmatig een Academiserings-

borrel waarin onderzoekers en aios met bedrijfs- en verzekeringsartsen gezamenlijk spreken over hoe nieuwe kennis en inzichten kunnen worden benut in het dagelijks werk.

Meer informatie?

✉ ellen.vanjaarsveld@radboudumc.nl



Lezersonderzoek Verb1nd

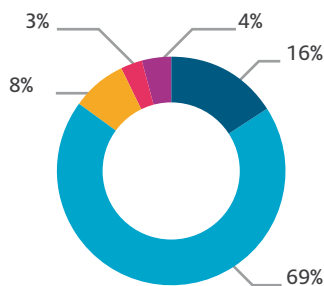
Vlak na de verschijning van Verb1nd #4 startte de redactie een lezersonderzoek, waarbij we vroegen welke aspecten en kenmerken van dit magazine je waardeert, welke beter kunnen en welke missen.

ENKELE RESULTATEN

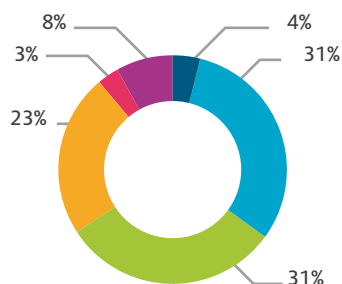
- 79% waardeert de vaste rubrieken als (heel) goed
- (Heel) goed: relatiebevorderend, informatief, persoonsgericht en professioneel.
- Het magazine mag wel eigentijdsder, inspirerender, innovatiever en frisser.

Ook is er behoefte aan meer verscheidene onderwerpen voor de gehele doelgroep, en aan verdieping. Casuïstiek en praktijkvoorbeelden zijn geliefd. De redactie heeft het toespitsen van de onderwerpen op de gehele doelgroep ter harte genomen. Daarnaast zijn artikelen met meer aandacht voor casuïstiek en verdieping geschreven. Ook de vormgeving is 'losser' van aard, wat de eigentijdsheid ten goede komt.

Informatief



Eigentijds



IN DE MEDIA

LEKKER LUISTEREN

Eerstelijns geneeskunde-docent Remco Haringhuizen maakt podcasts over medisch onderwijs. Van interviews met experts – zoals anios Marnix Timmer over *spaced learning*, of anesthesioloog/beste opleider van Nederland Christiaan Keijzer over de inzet van aios en stafleden voor een optimale opleiding – tot discussies en het bespreken van dilemma's. De Medisch onderwijs podcast is te beluisteren via Spotify of je eigen podcast-app.



📍 medischonderwijspodcast.wordpress.com

€375.000 subsidie voor FaMe-net

De fusie van het Transitieproject en Continue Morbiditeits Registratie Nijmegen, FaMe-net, beschrijft het domein van de internationale huisartsgeneeskunde, en maakt hulpvragen en morbiditeit in de huisartsenpraktijk inzichtelijk. Hiervoor registreren en coderen de academische huisartsen van FaMe-net hun dagelijks werk. De Frans Huygen Stichting

kende een subsidie van 375.000 euro toe voor het vierjarig onderzoek Epidemiologie en context – big data uit de huisartsenpraktijk, waarin onderzoek wordt gedaan naar de invloed van contextfactoren en persoonlijke kenmerken op de morbiditeit van de patiënten.

www.famenet.nl



Database coronaregistratie bij mensen met een verstandelijke beperking

Vanuit het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en de Academische werkplaats Sterker op eigen benen is een onlinedatabase opgezet waarin artsen hun patiënten met een verstandelijke beperking die corona ontwikkelen registreren.

De verzamelde gegevens helpen overzicht te krijgen en te kijken naar ondersteuning voor mensen met een verstandelijke beperking en corona.

www.sterkeropeigenbenen.nl

Onderzoek naar langdurige bewustzijnsstoornissen

Een half miljoen euro subsidie ontving Expertisenetwerk Ernstig Niet-aangeboren hersenletsel na coma (EENnacoma). Dit netwerk kreeg de subsidie voor het onderzoeksvorstel 'Meten in de keten', waarin wordt gekeken naar de uitkomsten van gespecialiseerde neurorevalidatie voor mensen met een langdurige bewustzijnsstoornis na acuut hersenletsel. Er worden twee promotieonderzoeken gefinancierd:

revalidatiegeneeskundig onderzoek naar de uitkomsten van Vroege Intensieve Neurorevalidatie (VIN) vanuit Libra Revalidatie en Audiologie, en een promotieonderzoek door een specialist ouderengeneeskunde naar de uitkomsten van Langdurige Intensieve Neurorevalidatie in verpleeghuizen. In het project werkt de revalidatieafdeling van het Erasmus MC samen met Eerstelijnsgeneeskunde-onderzoekers Jan Lavrijsen en Willemijn van Erp van het Radboudumc.

www.eennacoma.net







Betere overdracht spoedpatiënt vóór SEH-opname

De overdracht tussen ambulanceverpleegkundigen en de Spoedeisende Hulp (SEH) kan verder verbeteren door het project 'Digitaal verbonden in de keten'. Dit is een samenwerking van de SEH van het Radboudumc en de ambulancevoorzieningen Gelderland-Zuid en -Midden. Het doel: verbeteren van de communicatie vóórdat een ambulance bij de Spoedeisende Hulp arriveert. Dit gebeurt nu al via een digitaal systeem in de ambulance. 'De ambulanceverpleegkundige kondigt hierin aan hoe laat de ambulance bij de SEH aankomt. Ook de anamnese wordt gedeeld', vertelt Nicole Leferink, bedrijfsvoerder van de SEH. 'Zo weten ze op de SEH wat de patiënt mankeert, en wie er allemaal moeten klaar staan.' De volgende stap is dat vanuit de ambulance de vitale parameters van de patiënt (zoals hartslag en bloeddruk) direct vanuit de bewakingsmonitor digitaal verzonden worden naar de Spoedeisende Hulp. Een ander plan is dat vanuit de ambulance videobellen mogelijk wordt met de SEH. De ambulanceverpleegkundige kan dan desgewenst al tijdens de ambulancerit met de SEH overleggen over de juiste zorg voor de patiënt. Voor dit project is een subsidie aangevraagd bij ZonMw. ●

Nieuw programma voor studenten

Meer weerbaar & minder stress

‘Studenten proberen zoveel ballen in de lucht te houden, dat het ongezond is’, vertelt Marjolein van de Pol, opleidingsdirecteur Geneeskunde. ‘Ons onderwijsprogramma helpt ze om betere keuzes te maken.’



Marjolein van de Pol
opleidingsdirecteur Geneeskunde

Met het onderwijsprogramma ‘Vitaliteit en Welzijn’ leren studenten Geneeskunde en Biomedische Wetenschappen sinds dit academisch jaar al vanaf dag één beter voor zichzelf te zorgen. Marjolein: ‘Aan de hand van thema’s, zoals timemanagement, leiderschap en een gezond brein, leren studenten met coaching hun weerbaarheid te vergroten en beter naar zichzelf te luisteren. Hiermee hopen we onder andere de stress en burn-out-problemen onder jonge zorgmedewerkers terug te dringen. We bieden ons programma aan als een buffet, waar studenten langs lopen en zelf een onderwerp uit kiezen dat ze willen behandelen. Samen met de coach en andere studenten gaan ze twee keer per kwartaal één uur met

elkaar in gesprek over deze onderwerpen. Zo helpen we ze met waar zij zelf behoefte aan hebben.’

‘Misschien kom je erachter dat een ander specialisme beter bij je past’

BETERE KEUZES MAKEN

Juist voor deze generatie studenten is dit programma van meerwaarde, meent Marjolein. ‘Studenten van nu zijn zich zeer bewust van alle opties

1 op de 5 aiossen en aniossen heeft klachten die horen bij een burn-out. **10 procent** van de aiossen en aniossen heeft slechts een burn-out gehad of zit nú thuis vanwege stress of een burn-out.
bron: De Jonge Specialist

Ten opzichte van 2017 is het aantal zorgverleners tot 35 jaar met burn-outklachten in 2019 **gestegen van 13 procent naar 20 procent**. Dit percentage ligt **5 procent hoger** dan de landelijke benchmark.
bron: VvAA

Het onderwijsprogramma 'Vitaliteit en Welzijn' kent **ruim 2.100 deelnemers**.

37% van de masterstudenten vindt het volgen van doceschappen zwaar. Voor hen wordt op dit moment een apart vitaliteitsprogramma ontwikkeld.



Esmee van de Pol

geen familie van Marjolein

derdejaars bachelor-student Geneeskunde

'Ik ben blij met onderwijsprogramma. Tijdens groepsessies praat je met andere studenten over onderwerpen die belangrijk voor ons functioneren zijn, en die we anders moeilijk vinden om te bespreken. Zo heeft het mij geholpen toen ik mijn motivatie voor de opleiding kwijt was. Ik had het echt even gehad met leren uit boeken. Toen ik dit onderwerp tijdens de groepsessie besprak, kreeg ik veel erkenning van mijn medestudenten. Sterker nog, zij vertelden mij over de app Forest, die je helpt om je concentratievermogen te vergroten. Met deze app merkte ik inderdaad dat het mij lukte om me beter voor te bereiden op tentamens.

Sterk aan deze sessies vind ik dat we open en eerlijk met elkaar kunnen praten over problemen waar we tijdens onze opleiding tegenaan lopen. Dat helpt echt om vooruit te blijven gaan. Het is fijn om te merken dat de opleiding veel aandacht besteedt aan onze gezondheid. Alleen als het met onze gezondheid goed gaat, kunnen wij goed voor onze patiënten zorgen.'

die ze hebben en willen daarom zoveel mogelijk meemaken in hun leven. Maar wanneer je ervoor kiest om arts of onderzoeker te worden, zitten daar nu eenmaal consequenties aan vast. Dan heb je niet meer alle tijd voor je hobby's en sociale leven, afhankelijk van de specialisatie die je wilt gaan doen. Dit niet erkennen kan veel stress opleveren. Daarom leren we studenten goed naar zichzelf te kijken. Misschien kom je er wel achter dat een ander specialisme beter bij je past. Hier kun je dan je keuzes op aanpassen.'

GOED BEDOELD VERKEERD ADVIES

Marjolein ziet om zich heen dat het onderwijsprogramma al een positief effect heeft. 'Onze studenten

zijn steeds meer bezig met zelfreflectie en relativering. Aan de andere kant zijn daar de artsen en onderzoekers die zij als rolmodellen zien. Zij adviseren de studenten om zo vroeg mogelijk te beginnen aan je cv. Zo'n advies is goed bedoeld, maar kan voor studenten onnodig stressverhogend werken. Dit gaan we aanpakken door met deze artsen en onderzoekers in gesprek te gaan over ons programma. Daarnaast blijven we het programma aanpassen aan de behoeftes van de studenten om ze nu en in de toekomst veerkrachtiger te maken.' ●

Vragen of reageren?

✉ verbind@radboudumc.nl

Betere zorg door te (blijven) leren

Dementie op jonge leeftijd





Het komt gelukkig weinig voor, dementie op jonge leeftijd. Daarom hebben zorgverleners dit nauwelijks op hun netvlies. Bovendien is het vaak ook moeilijk te herkennen. Voor **Wim Bouwman** (60) duurde het zeven jaar voordat hij de goede diagnose kreeg. Maar de zorg voor deze groep patiënten gaat verbeteren.

Tijdens het verwisselen van een autoband in zijn garage, raakt Wim Bouwman buiten bewustzijn. Een CVA, luidt de diagnose. Zo begon het in 2012. Na vijf maanden kan hij zijn werk als kraanmachinist weer oppakken. 'Maar het kostte hem steeds meer energie', vertelt zijn vrouw Mary. 'Thuis lag hij alleen nog maar te slapen.' Wim: 'Ik merkte dat ik steeds meer vergat, ik kon niet meer plannen en organiseren. Moest ik een bak zand gaan halen, kwam ik met stenen terug.'

'Ik ben niet overspannen, het zit in mijn hoofd'

Wim

DIAGNOSE NA ZEVEN JAAR

Wat is er toch met je aan de hand, vroeg zijn werkgever. Het gaat van kwaad tot erger en in 2017 wordt hij langdurig ziek. 'Ik trok het echt niet meer.' Een burn-out/depressie luidt de diagnose. 'Het werk viel hem zwaar en daarbij kreeg onze zoon kanker. Het was voor hem een emotioneel moeilijke tijd', vertelt Mary.

‘Maar Wim zei telkens: “Ik ben niet overspannen. Het zit in mijn hoofd.” Wim wordt vervolgens met zijn klachten van het kastje naar de muur gestuurd. De neuroloog ziet niks op scans en benadrukt dat het echt tussen de oren zit. Zo belandt Wim bij het behandelcentrum voor Somatisch Onvoldoende Verklaarde Lichamelijke Klachten (SOLK). Snel is duidelijk dat hij daar niet op z’n plek zit. Hij doorloopt een ander traject met onder meer cognitieve training. ‘Daar raakte ik helemaal opgefokt van. Het lukte me gewoon niet. Toen mijn zoon tijdens zo’n sessie met een begeleider thuis op de achtergrond meeluisterde, zei hij: “Pap, stop er toch mee, dit doet je geen goed.” Na veel omwegen belandt Wim uiteindelijk bij de geheugenpoli. Na aanvullend onderzoek en een ruggenprik, is onlangs de diagnose dementie gesteld.

‘De neuroloog benadrukte dat het tussen de oren zat’

Wim

HET LIJKT OP OVERSPANNENHEID

Marieke Perry, huisarts en als onderzoeker werkzaam bij de afdeling Geriatrie van het Radboudumc, herkent dit verhaal helemaal. Er zijn naar schatting 12.000 mensen onder de 65 met dementie in Nederland. In de opleiding krijgt het daarom weinig aandacht. De meeste huisartsen zien het een paar keer in hun hele praktijkleven. En de eerste klachten lijken inderdaad veel op overspannenheid: vergeetachtigheid, concentratieproblemen, niet kunnen plannen en organiseren.

We spreken van dementie op jonge leeftijd als de eerste verschijnselen voor het 65^{ste} levensjaar zijn begonnen. Maar de aandoening komt ook voor bij veel jongere mensen.

Er zijn circa 12.000 jonge mensen met dementie in Nederland.

Jonge mensen met dementie ervaren het leven met dementie anders dan mensen op oudere leeftijd. ook hun zorgbehoeften zijn verschillend.

De verschijnselen van dementie bij jongeren zijn vaak ook heel anders dan bij ouderen met dementie, waardoor zorgverleners vaak op het verkeerde been worden gezet.’

ONLINE KENNISBUNDEL

‘Met een subsidie van ZonMw, vanuit het programma Langdurige zorg en ondersteuning, zijn we het zorgaanbod voor jonge mensen met dementie aan het verbeteren’, vertelt Christian Bakker, GZ-psycholoog en programmaleider Dementie op Jonge Leeftijd bij het Universitair Kennisnetwerk Ouderengeneeskunde van het Radboudumc. ‘Met en van elkaar leren is daarbij het uitgangspunt. De tools die in de eerste fase van dit UNICITY-project zijn ontwikkeld,



staan in een online Kennisbundel en kunnen door iedereen benut worden. Deze bundel kan ook weer worden aangevuld. Zo blijven we leren van en met elkaar.’

Het UNICITY-project bestaat uit drie onderdelen, vertelt Christian. ‘Een aantal jaar geleden is een verbijzondering op de zorgstandaard dementie voor deze doelgroep ontwikkeld. Eerst zijn drie pilot-regio’s vanuit verschillende invalshoeken hiermee aan de slag gegaan. Waarbij de ene regio bijvoorbeeld een opzet maakte om gespecialiseerd casemanagement voor de doelgroep door te ontwikkelen, zodat mensen thuis kunnen rekenen op optimale begeleiding. En de andere juist doorpakte op het vergroten van het bewustzijn over dementie op jonge leeftijd onder huisartsen. Het tweede onderdeel van het UNICITY-project was gericht op de ontwikkeling en evaluatie van twee opleidingen die we nu in de markt zetten; één voor casemanagers die werken met jonge mensen met dementie en hun naasten, en een interprofessionele opleiding voor specialisten ouderengeneeskunde, GZ-psychologen, verpleegkundig specialisten en physician assistants die werken met deze doelgroep.’ Als derde vertelt Christian dat de bestaande eHealth-interventie Partner in Balans verbreed is naar



het gebruik door andere gezinsleden. Kinderen, broers en zussen kunnen dan van een coach leren hun balans te hervinden en bijvoorbeeld leren hoe om te gaan met de gedragsveranderingen. Want dat gaat verder dan alleen geheugenverlies.'

INZETTEN OP VROEGSIGNALERING

Onderzoekers en werkveld trekken samen op om de zorg te verbeteren. 'Wij zijn nu in de regio Midden-Brabant aan het kijken hoe we de vroegsignalering kunnen verbeteren', vertelt Marieke, die ook nauw bij het project betrokken is. 'Daar ligt de kern van het probleem. Als daar verbetering in komt, dan wordt

De dementie heeft een grote impact op naasten, zoals partner, kinderen of ouders.

Vroegsignalering kan veel leed voorkomen en de toeleiding naar passende zorg en ondersteuning verbeteren.

het gemakkelijker om mensen naar de juiste faciliteiten toe te leiden.' Omdat het weinig voorkomt gaat haar regio zoeken naar een strategie om de ziekte toch sneller in beeld te krijgen. 'Je zou daarbij juist kunnen focussen op de ziektebeelden waar

'Ik voelde me soms de bazige vrouw die alles beter weet'

Mary

dementie op jonge leeftijd veel op lijkt, zoals overspannenheid. Een eerste idee is om bij die patiëntengroep actiever te gaan monitoren. Als dan na een half jaar blijkt dat iemand onvoldoende opknapt en het verloop anders is dan je bij overspannenheid zou verwachten, kun je nadrukkelijker aan dementie gaan denken.'

PRATEN TEGEN BERLIJNSE MUUR

Met Wim gaat het sinds zijn diagnose goed. 'Eindelijk zijn de puzzelstukjes in elkaar gevallen. We hadden ons de toekomst anders voorgesteld. Maar we hebben nu eindelijk duidelijkheid', zegt Mary. 'Er was plek vrij bij de dagopvang in Doornenburg, maar daar zou Wim bij allemaal ouderen met dementie zitten. Niet echt een opbeurende omgeving. Daarom zijn we blij met de begeleiding van onze case-manager Karin. Zij heeft veel voor ons geregeld waaronder een plek bij de Waalboog (Joachim en Anna, in Nijmegen). Hier is een groep speciaal voor jonge mensen met dementie.' Wim gaat er sinds vijf maanden twee dagen per week naartoe. 'Ik voel me er goed. Ik doe veel met houtbewerking.' Mary: 'Hij leert ook hoe hij thuis beter met de situatie kan omgaan. En in een

gymclubje traint hij zijn motoriek. Mij geeft het meer vrijheid, want ongemerkt kost het toch veel energie.' En ze besluit: 'Mag ik nog een tip geven aan al die artsen? Luister goed! Ik had het idee dat ik soms tegen een Berlijnse muur praatte. Ik voelde me vaak de bazige vrouw die alles beter weet. Maar dat is ook zo! Wim zei soms in een consult niet de goede dingen. Wij zien hem de hele dag. Misschien dat oprechte aandacht ook helpt om de diagnose eerder te stellen.' ●



Huisarts **Marieke Perry:** 'In de regio Midden-Brabant kijken we hoe we de vroegsignalering kunnen verbeteren.'

GZ-psycholoog en programmeur Dementie op Jonge Leeftijd **Christian Bakker:** 'Met en van elkaar leren, dat is het uitgangspunt.'

Wil je als zorgprofessional aan de slag met het verbeteren van het zorg- en ondersteuningsaanbod in de eigen regio?

📄 kennisbundel.vilans.nl/samenwerking-jong-dementie.html

Vragen of reageren?

✉ verbind@radboudumc.nl

Anne van den Brink, opleidingshoofd VOSON, pleit voor meer specialisten ouderengeneeskunde

Op naar de 260 SO's!

De nood is hoog. We worden met z'n allen steeds ouder en er komen ook steeds meer ouderen bij. Met als gevolg dat de zorgvraag groter en complexer wordt. Ziektes waar we vroeger aan stierven zijn nu chronisch van aard geworden. Vervolgens stapelen de chronische ziektes en de veelvoorkomende ouderdomskwalen zich

We staan voor een grote uitdaging

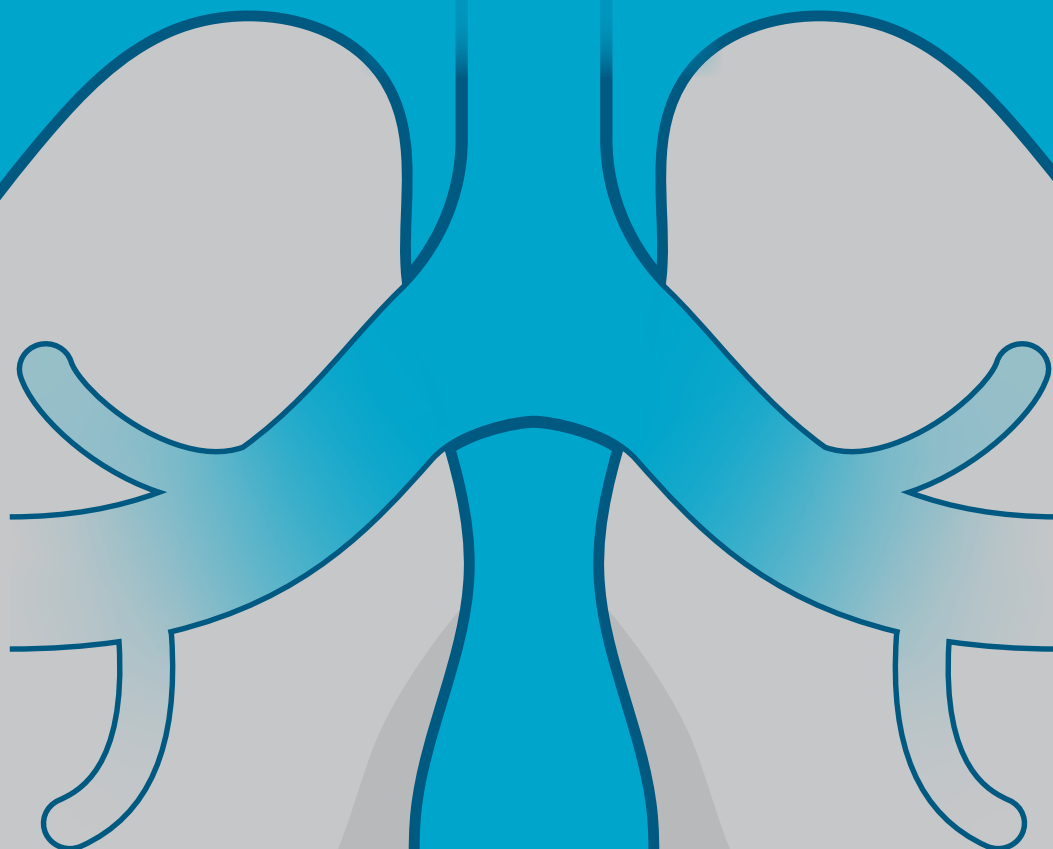
op tijdens de laatste jaren van iemands leven. Specialisten ouderengeneeskunde (SO's) komen dan in actie om de levenskwaliteit van deze ouderen zo hoog mogelijk te houden. Daarom zijn meer van deze specialisten hard nodig. Zo heeft het Capaciteitsorgaan berekend dat de jaarlijkse instroom bij SO-opleidingen landelijk moet doorgroeien naar 260 aiossen om aan de zorgvraag te voldoen. VOSON, vervolgopleiding tot specialist ouderengeneeskunde, levert hier een belangrijke bijdrage aan. Helaas zitten we landelijk nog ver van dat aantal af. In 2019 begonnen

'slechts' 126 artsen met een SO-opleiding. Dit jaar staan we dan ook voor een grote uitdaging. Toch zie ik het jaarlijks binnenhalen van die 260 nieuwe SO's met vertrouwen tegemoet. Met bijvoorbeeld campagnes en de website www.ouderengeneeskunde.nl overtuigen we jongeren van het mooie vak dat ouderengeneeskunde is. We laten ze zien dat de SO allang niet meer alleen in het verpleeghuis werkt. Ze werken tegenwoordig ook in de eerstelijnszorg en ggz-instellingen. Daarnaast zie ik steeds meer enthousiasme en intrinsieke motivatie bij de dokters die aan de opleiding beginnen. In Nijmegen is het vak ouderengeneeskunde onderdeel van het basiscurriculum, dat helpt zeker. Ook hoor ik onze aiossen vaak zeggen dat ze juist door hun coschap ouderengeneeskunde erachter zijn gekomen dat dit specialisme goed bij hen past. Zij zijn onze ambassadeurs die zorgen voor de beste mond-tot-mondreclame en hopelijk voor meer aanmeldingen. Zo blijven we groeien. Ook al hebben we die 260 nog niet bereikt, we zijn zeker op de goede weg. ●



HET GEVAAR VAN DE NIET- TUBERCULEUZE MYCOBACTERIE

Een zeldzame longaandoening
die moeilijk te herkennen is



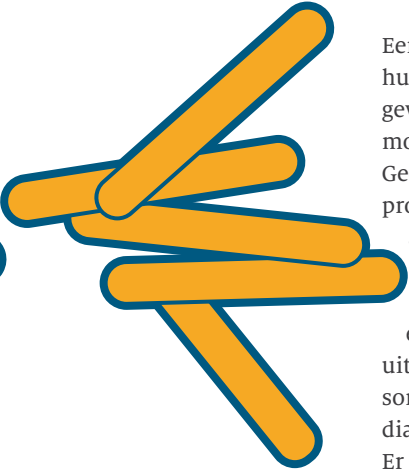
10 op de **100.000**
mensen in Nederland hebben de
zeldzame **longinfectie NTM**

Er bestaan **200** varianten
van de NTM-bacterie, die nauw
verwant is aan tuberculose



Is het tuberculose of de bacteriële longinfectie

In Nederland komt tuberculose gelukkig nauwelijks meer voor. Maar er is wel iets anders aan de hand: een toename van het aantal patiënten met een infectie die veel overeenkomsten vertoont met tuberculose, afkomstig van de **niet-tuberculeuze mycobacterie**. Een niet-besmettelijke bacterie die overal om ons heen te vinden is.



Een vrouw van 66 jaar komt bij de huisarts. Haar klachten? Hoesten, gewichtsverlies, chronisch vermoeid, soms ook nachtelijk zweten. Geen geschiedenis van longproblemen. Soms wel bindweefsel-

aandoeningen of reuma. Een logische verklaring voor de klachten lijkt er niet te zijn en ook een longfoto biedt geen uitsluitsel. De klachten houden soms jaren aan zonder dat er een diagnose wordt gesteld.

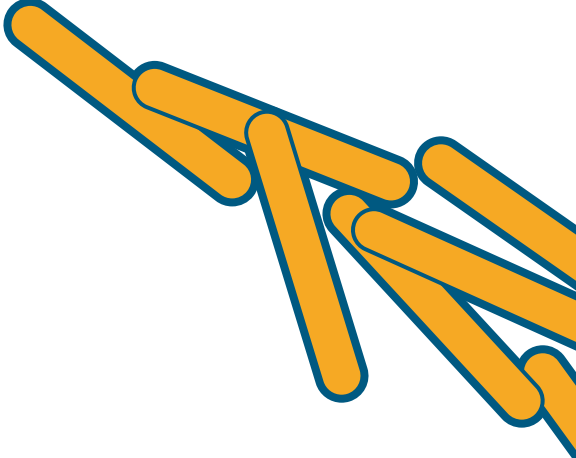
Er is een kans dat deze vrouw een zeldzame longaandoening heeft: een infectie aan de luchtwegen door een niet-tuberculeuze mycobacterie (NTM). Deze bacterie geeft dezelfde klachten als tuberculose (zie kader), maar ontwikkelt zich veel trager en is daardoor minder

snel te zien. Bovendien komt tuberculose nauwelijks meer voor in Nederland, dus op het spreekuur wordt hier vaak niet aan gedacht. Het betreft daarnaast vaak vrouwen

Het lukt de trilhaarcellen en witte bloedcellen niet deze bacterie af te voeren

die niet roken en geen longziekten hebben. En mocht er al een longfoto gemaakt worden, dan is de aandoening bij deze groep vrouwen nauwelijks te zien.

De NTM-bacterie, die genetisch sterk lijkt op de tuberculosebacterie, groeit erg langzaam en ontwikkelt zich in de luchtwegen,



e NTM?

waar het infecties geeft. Het lukt de trilhaarcellen en witte bloedcellen niet deze bacterie af te voeren. Dit resulteert in chronisch hoesten en een chronische vermoeidheid. De diagnose is niet simpel te stellen, omdat er speciale kweektechnieken moeten worden gebruikt. Ook weer net zoals bij tuberculose.

Het is niet altijd deze specifieke groep vrouwen die de bacterie krijgt. In het Radboudumc Expertisecentrum Tuberculose en niet-tuberculeuze mycobacteriële infectieziekten zien de experts ook regelmatig ouderen vanaf een jaar of zestig, zowel mannen als vrouwen, die roken of gerookt hebben. Vaak hebben deze mensen ook andere longaandoeningen, zoals COPD, waardoor ze al onder behandeling van een longarts zijn. Soms worden ze doorgestuurd door de huisarts met een verdenking op longkanker. Eventuele antibioticakuren zijn niet aangegslagen en longontstekingen komen steeds terug. Uit een scan blijkt er dan geen sprake te zijn van longkanker, maar van een bacteriële infectie. Het duurt vervolgens een aantal weken tot maanden voordat het duidelijk is dat het een variant van de NTM is.

SYMPTOOMBESTRIJDING

Een infectie door deze mycobacterie is veel moeilijker te behandelen dan tuberculose. Een antibiotica-kuur duurt wel anderhalf tot twee jaar, en is een mix van zware kuren, vaak met bijwerkingen. Bovendien komt de bacterie bij een deel van de patiënten terug. Antibiotica is niet voor alle patiënten de oplossing omdat de ziekte heel langzaam progressief is. De vraag is dan hoeveel baat iemand bij een kuur heeft en hoeveel last. De behandelend arts maakt deze afweging met de patiënt.

De afgelopen jaren is er veel winst geboekt in studies naar behandelmethoden die niet per se gericht zijn op het verdrijven van de bacteriële infectie, maar op het stabiliseren van de klachten. Fysiotherapie kan helpen bij het goed ophoesten van slijm en zoutverneveling helpt de luchtwegen wat vrijer te maken. Ook zijn er hoopgevende resultaten in een studie naar het vernevelen van een antibiotica die op de gewone manier toegediend zware bijwerkingen geeft. Dit bevindt zich nog in de onderzoeksfase.

Tuberculose ↔ NTM

Er zijn zo'n 200 varianten van de niet-tuberculeuze mycobacterie. Deze is nauw verwant aan de tuberculose-bacterie, die een zware longinfectie kan veroorzaken. De behandeling van tuberculose duurt zes maanden en bestaat uit een combinatie van verschillende, heftige antibiotica, gepaard met veel bijwerkingen. De klachten die horen bij tuberculose en NTM, zoals vermoeidheid, vermagering en hoesten, komen vaak overeen. Het grote verschil tussen NTM en tuberculose, dat in Nederland nauwelijks meer voorkomt, is dat NTM niet besmettelijk is: het wordt niet van mens tot mens overgedragen.

ONDER DE DOUCHE

Opvallend is dat de niet-tuberculeuze mycobacteriën overal om ons heen te vinden zijn. Zet de douche aan en in de eerste liter zitten er al 10.000. Ook zitten ze in onze omgeving: in de bodem en in planten.

In de eerste liter douchewater zitten al 10.000 niet-tuberculeuze mycobacteriën

Van sommige typen is bekend dat dieren er ziek van kunnen worden. En ook het aquariumgranuloom, een huidontsteking die soms voorkomt bij mensen met een aquarium, is afkomstig van een van de

typen mycobacterie. Iedereen wordt dus aan de bacterie blootgesteld, wat de vraag oproept hoe het mogelijk is dat niet iedereen er ziek van wordt. Ook is nog onbekend waarom een infectie vaak pas op latere leeftijd ontstaat. Het vermoeden bestaat dat de oorzaak in het immuunsysteem zit. Het onderzoek naar oorsprong, diagnose en behandeling wordt in het Radboudumc gedaan door een samenwerkingsverband van internist-infectiologen. Zij kunnen nog veel en grote stappen zetten. Hoe meer patiënten zij zien, hoe groter deze stappen zullen zijn. Bij het vermoeden van deze infectie wordt geadviseerd de patiënt door te verwijzen naar het Radboudumc. ●



Dit artikel kwam tot stand met: *Jakko van Ingen (links) en Wouter Hoefsloot.*

Jakko van Ingen (1979) is arts-microbioloog in het Radboudumc. Tijdens zijn studie Geneeskunde liep hij coschappen in Tanzania vanwege zijn interesse in tuberculose. Daar zag hij patiënten die ondanks een heftige antibioticakuur niet genezen en hoorde hij van NTM. In Nijmegen promoveerde hij hierop en specialiseerde hij zich hier verder in. Hij werkt samen met longartsen, internist-infectiologen en apothekers om nieuwe antibiotica tegen deze bacteriën te ontwikkelen.

Wouter Hoefsloot (1978) is sinds 2011 longarts in het Radboudumc. In 2013 promoveerde hij op de klinische kant van de niet-tuberculeuze mycobacterie. Tegenwoordig doet hij vooral onderzoek naar hoe NTM-patiënten reageren op antibiotica. Samen met Jakko trekt hij het hele land door om zorgverleners te attenderen op het bestaan van niet-tuberculeuze mycobacteriën.

Internationale behandelrichtlijn

Dit voorjaar verschijnt de internationale behandelrichtlijn voor de niet-tuberculeuze mycobacterie, met een voortrekkersrol voor het Radboudumc. Voor het stellen van de diagnose NTM-longziekte moet aan drie voorwaarden worden voldaan:

- ① De patiënt heeft klachten die passen bij een infectie door de niet-tuberculeuze mycobacterie.
- ② De NTM wordt minimaal twee keer aangetroffen in de kweken.
- ③ Bij röntgenonderzoek zijn afwijkingen in de luchtwegen zichtbaar die passen bij NTM-ziekte.

Meer informatie?

① www.radboudumc.nl/expertisecentrum-ntm

Zwangere vrouwen en neonaten zijn afhankelijk van de verwijsbereidheid van verloskundigen en huisartsen. Dit zou bijdragen aan verhoging van babysterfte, zo klonk onlangs in de media.

STELLING

Het opheffen van de poortwachtersfunctie voor zwangere vrouwen en neonaten laat de babysterfte afnemen



Cara Simons
verloskundige Praktijk voor
Verloskunde Donna

'De poortwachtersfunctie is juist heel belangrijk voor de kwaliteit van de geboortezorg. Het zorgt ervoor dat we zwangere vrouwen en neonaten niet onnodig naar het ziekenhuis sturen. Die afweging maken wij altijd zeer zorgvuldig. Dit houdt ook

'Gebruik geen verouderde cijfers voor actueel advies'

overbodige druk bij het ziekenhuis weg. Als we merken dat patiënten toch ongerust zijn, dan verwijzen we ze natuurlijk alsnog door. Dat wij niet goed zouden kunnen of willen doorverwijzen vind ik dan ook echt een fout uitgangspunt. Deze stelling is in *De Volkskrant* opgeworpen door een oud-dermatoloog die het heeft over cijfers van veertig jaar geleden. Een oud-dermatoloog als een autoriteit zien op het gebied van de geboortezorg vind ik zeer twijfelachtig. Ook lijkt het mij weinig relevant om sterk verouderde cijfers te gebruiken voor advies over de inrichting van de huidige geboortezorg.'



Esther Hink
gynaecoloog Radboudumc

'Er zit een kleine kern van waarheid in de stelling. Laat ik voorstellen dat huisartsen en verloskundigen hun poortwachtersfunctie naar behoren uitoefenen. Toch kan het voorkomen dat individuele inschattingen niet altijd de juiste zijn. Mede omdat wij, huisartsen en verloskundigen, ondanks een goed samenwerkingsverband in de regio, allemaal ons eigen ict-systeem hebben. Dit zorgt potentieel voor informatieverlies tijdens overdrachtsmomenten. Dat het weghalen van de poortwachtersfunctie direct zou zorgen voor minder babysterfte vind ik te kort door de bocht. Ik

'Inzage in elkaars dossiers zou al een flinke stap vooruit zijn'

zou dan ook zeker niet de huisartsen en verloskundigen ertussenuit willen halen. Een gezamenlijk elektrisch patiëntendossier of in ieder geval inzage in elkaars dossiers zou al een flinke stap vooruit zijn. Een toekomstvisie is één team, werkzaam in zowel eerste-, tweede- en derdelijnszorg met minder overdrachtsmomenten.'



Dorus van de Burgt
huisarts Medisch Centrum
Oud-West Nijmegen

'Ik ben het niet eens met de stelling. Dat huisartsen en verloskundigen onvoldoende kennis zouden hebben over deze groep patiënten, betwijfel ik ten zeerste. Daarnaast zijn wij als huisartsen laagdrempelig aanwezig in de wijk. Patiënten weten ons heel makkelijk te vinden met hun vragen. Gaat het ziekenhuis al hun vragen beantwoorden wanneer wij die poortwachters-

'Huisartsen zijn ambassadeurs voor patiënten naar de tweedelijnszorg'

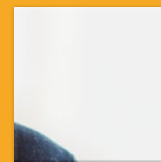
functie niet meer zouden hebben? Dat zou de druk in het ziekenhuis alleen maar laten toenemen. Ook treden wij als ambassadeur voor de patiënt op richting het ziekenhuis. Een verpleegkundige zal een klacht van een patiënt minder snel afhouden wanneer wij bellen. Wij worden hierin toch een stuk serieuzer genomen. Natuurlijk is er ruimte voor verbetering. Zo is er op het gebied van ict en het delen van informatie echt nog een wereld te winnen.'

Vragen of reageren?

✉ verbind@radboudumc.nl



Klinisch arbeidsgeneeskundige: een bruggenbouwer met toekomst



Er gaapt een kloof tussen de curatieve zorg en de bedrijfsgezondheidszorg, schreven drie Nijmeegse klinisch arbeidsgeneeskundigen onlangs in een vakblad.

Wie gaan die kloof dan dichten? Verb1nd gaat op zoek naar uitleg en verbinding met SGB0-curriculumcoördinator Marjolein Bastiaanssen en klinisch arbeidsgeneeskundige Desiree Dona.

Allereerst: wat doet een klinisch arbeidsgeneeskundige?

DESIREE: 'Ik werk op het raakvlak van tweedelijnszorg en bedrijfsgezondheidszorg. In mijn geval gaat het om patiënten die kanker hebben of hadden. Ik zet interventies uit in drie domeinen: zorg, arbeid en sociaal. Ik adviseer, coördineer en intervenueer zo, dat de patiënt optimale kansen behoudt op werk, inkomen en een zo normaal mogelijk sociaal leven.'

MARJOLEIN: 'Er zijn in Nederland enkele tientallen mensen met deze functie, het is redelijk uniek. In het Radboudumc werken collega's van Desiree onder meer bij neurologie (Parkinsonzorg) en bij de Young Stroke poli. Qua voortraject moet je eerst bedrijfsarts zijn. Na afronding van de opleiding tot bedrijfsarts kun je je verdiepen in de richting van klinische arbeidsgeneeskunde.'

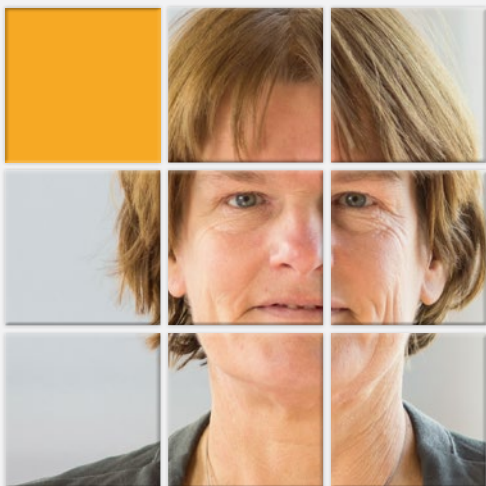
Kun je enkele voorbeelden geven van interventies waarbij je voor je patiënt het verschil maakte?

DESIREE: 'Een schipper met keelkanker kreeg een spraakcanule in zijn keel geplaatst. Na zijn herstel wilde hij terug het water op. Zijn bedrijfsarts had geen bezwaar: die maakt zoiets zelden of nooit mee.'

Desiree:

'Was hij meegegaan in de wil van zijn werkgever, dan was alles totaal anders gelopen'

Vanuit mijn specialisatie wist ik dat varen en een canule niet samengaan: levensgevaarlijk! Het dopje loopt direct vol als iemand te water raakt. Met de nodige ondersteuning



Marjolein Bastiaanssen is opgeleid als bedrijfsarts en werkt nu als instituutsopleider en curriculumcoördinator bij de vervolgopleiding voor bedrijfsartsen (SGB0) in het Radboudumc. Ze bekleedde de afgelopen jaren tal van bestuurs- en adviesfuncties in het verlengde van haar beroep.

vond de schipper ander werk. Of het verhaal van een jongeman met uitgezaaide huidkanker. Zijn werkgever wilde hem zo snel mogelijk volledig laten afkeuren. Ik nam allerlei scenario's met de jongeman door. Hij wilde ondanks de slechte vooruitzichten knokken. Hij voltooide zijn scriptie en studeerde af. Op mijn voorspraak haalden we na de behandelperiode de CT-scan naar voren. Alle uitzaaiingen bleken verdwenen! De terugkeer naar werk lag volledig open. Was hij meegegaan in wat zijn werkgever wilde, dan was alles totaal anders gelopen. Ik kan heel veel voorbeelden geven.'

MARJOLEIN: 'Desiree en haar collega's doen geweldig werk. Voor het totaalbeeld is het wel goed om te zien dat ze bijzondere, specialistische functies hebben. Er zijn in het Radboudumc inmiddels ruim duizend patiënten door een klinisch arbeidsgeneeskundige gezien. Bedrijfsartsen en verzekeringsartsen

zien jaarlijks veel grotere aantallen mensen en ook zij begeleiden bij terugkeer naar werk en zorgen dat er maatregelen of aanpassingen op het werk komen, als dat nodig is.

Wel hebben steeds minder mensen toegang tot een bedrijfsarts, zoals zzp'ers. Dat gaat over 1,5 miljoen werkenden. Oók voor die groep is een vroege focus op werk enorm belangrijk. Die focus komt er gelukkig ook steeds meer.'

DESIREE: 'Als klinisch arbeidsgeneeskundigen zien we terugkeer naar werk al vroeg als behandel-doel. Dat verkleint dat de kans dat iemand door een chronische

aandoening of door de gevolgen van een ziekte wegglijdt richting armoede, isolatie, niet meer meedoen.'

Marjolein:
'Oók voor zzp'ers is een vroege focus op werk enorm belangrijk'

De klinisch arbeidsgeneeskundige heeft toekomst als bruggenbouwer?

MARJOLEIN: 'Er is zeker ruimte voor groei van dit beroep. Ook omdat ze het werk van andere artsen kunnen vergemakkelijken. Helaas is de financiering van de klinisch arbeidsgeneeskundigen is niet vanzelfsprekend. Waar in het Radboudumc pioniers (*principal clinicians*) uit verschillende velden ruimte krijgen om te innoveren, onder wie een klinisch arbeidsgeneeskundige, is hier in het landelijke politieke krachtenveld nog niets voor bedacht.'

DESIREE: 'Als we de domeinen beter kunnen verbinden, dan moeten we dat doen. Meer dan eens barsten mensen in mijn spreekkamer in huilen uit: "Dit gesprek had ik vier jaar geleden moeten hebben", zeggen ze dan. Ze hebben een zwaar ziekte-traject, zien veel gezichten, ervaren te weinig maatwerk. Soms door gebrekkige communicatie, soms omdat kennis ontbreekt. Vaak omdat terugkeer naar werk onvoldoende aandacht kreeg. Zowel vanuit de eerste als de tweede lijn liggen er kansen om het beter te doen. Daar ligt mijn drive.' ●



Desiree Dona werkt in het Radboudumc als klinisch arbeidsgeneeskundige in de oncologie. Ze is bedrijfsarts en een van de auteurs van een recent artikel in *Medisch Contact* over belemmerende schotten tussen de domeinen zorg en arbeid.

Vragen of reageren?

✉ verbind@radboudumc.nl

Corona-initiatieven in de regio

In zeer korte tijd werden al in de eerste weken van de coronacrisis bijzondere regionale **samenwerkingsverbanden** en **initiatieven** opgetuigd.

GERIAFOON



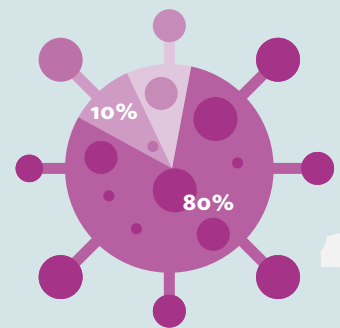
Door onder meer het **Nederlands Huisartsen Genootschap en de Federatie Medisch Specialisten** is een *Leidraad Triage ouderen 70+* vastgesteld voor ouderen met COVID-19-verdenking. Eind maart hebben het Canisius Wilhelmina Ziekenhuis, Maasziekenhuis Pantein en Radboudumc aan de hand hiervan de Geriafoon in het leven geroepen. Huisartsen en specialisten ouderengeneeskunde kunnen deze lijn bellen en spreken met klinisch geriater, die helpen afwegen bij de soms moeilijke beslissing om oudere, ernstig zieke mensen met verdenking COVID-19 in te sturen naar het ziekenhuis, voor beoordeling, opname of beademing. **De Geriafoon werd in de eerste week al 22 keer gebeld.**

GEZAMENLIJK TEAM WIJKVERPLEGING

Interzorg, Allercare, Zorggroep Maas en Waal, Verian, TVNzorgt, ZZG zorggroep en Buurtzorg: deze **7 organisaties** in de regio Zuid-Gelderland hebben een gezamenlijk team **wijkverpleging** opgezet voor het verplegen en verzorgen van coronapatiënten in de thuissituatie, dat naast de reguliere teams wijkverpleging functioneert. Hiermee werd voor de subregio Nijmegen een **bijna 100% dekkingsgraad** bereikt.



COVID-19 HUISARTSENPOST



Sinds 2 maart registreert FaMe-net (Radboud Universitair Medisch Centrum Family Medicine Network) alle zorgcontacten met betrekking tot COVID-19. In Nijmegen worden patiënten verdacht van mogelijke coronainfectie niet meer gezien in de dagpraktijk, maar doorverwezen naar de huisartsenpost die 24/7 bemand is. **Circa 80%** van alle verzoeken over COVID-19 in Nijmeegse huisartsenpraktijken worden telefonisch afgehandeld. **Minder dan 10%** wordt afgehandeld door een speciale COVID-19 huisartsenpost die 24/7 operationeel is.

Bron: Famenet.nl, 31 maart 2020

Wie zijn de professionals in ons netwerk? Wat doen ze en wat drijft hen? Deze keer in '1 dag van...' volgen we **Saskia Kroes**, Wijkverpleegkundige team Malden Beneden, van ZZG Zorggroep.



08.00 uur

Na de koffie en overleg op kantoor, ben ik bij mijn eerste cliënt. Zij gebruikt een Airstep Walker-schoen. Deze trekken we alleen uit als wij de wonden aan haar onderbeen komen verzorgen. Aan de zijkanten zie je twee blauwe kussens. Na de wondzorg pompen we hiermee lucht in de schoen zodat zij maximale steun ervaart.

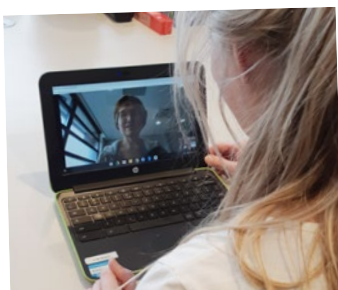
08.30 uur

Op naar de volgende! Ik vind het zo fijn om te zien dat mensen, zelfs met complexe zorg, steeds langer thuis kunnen blijven. Indien nodig regelen wij hulpmiddelen als een hoog-laagbed en bouwen we thuis een intramurale zorgsetting na.



12.30 uur

Na onze pauze heb ik een huisbezoek gepland. Vandaag geef ik voorlichting. Andere redenen voor huisbezoeken zijn een evaluatiegesprek, intakegesprek, familie/voortgangsgesprek of een zorgplanbespreking.



14.40 uur

De rest van de middag werk ik op kantoor. We werken nauw samen met huisartsen, specialisten, ergotherapeuten, diëtisten, fysiotherapeuten, praktijkondersteuners et cetera. Om tijd te besparen hebben we soms overleg via videobellen.

17.00 uur

Na het overleg werk ik een intake uit en schrijf ik een zorgplan. Daarna heb ik nog één afspraak. Dit keer met een projectgroep. Daarna draag ik telefonisch over aan de avonddienst, en fiets ik lekker naar huis.



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



Guus Pijnenburg en **Heidi Geurts van Kessel** zijn

getrouwd en zijn allebei huisarts. Samen runnen ze sinds 2003 huisartsenpraktijk Bredero in Oss. Door te improviseren heeft het huisartsenechtpaar voorlopig, afhankelijk van hoe de crisis zich ontwikkelt, voldoende mondkapjes en andere middelen voor de bescherming tegen coronabesmettingen.



‘Tandartsen en pedicures uit de regio kwamen **hun mondkapjes afleveren**’

Een mondkapje. Het is hét symbool van de coronacrisis. Ook voor huisartsenechtpaar Guus Pijnenburg en Heidi Geurts van Kessel is het onmisbaar om tijdens hun werk de kans op besmetting klein te houden. Guus: ‘Omdat er een tekort aan mondkapjes dreigde, hebben we wel even moeten improviseren om een kleine voorraad aan te leggen. Zo vonden we nog een FFP1-klus-masker van een bouwmarkt en hebben we ons eigen netwerk aangesproken. Ook tandartsen en pedicures uit de regio kwamen hun mondkapjes bij onze praktijk afleveren. Dat was een mooi gebaar van solidariteit.’

Toch is voor huisartsen een mondkapje niet het enige wat onmisbaar is tijdens de coronacrisis. Heidi: ‘Denk aan plastic schorten of andere beschermende

kleding. Zo gebruiken we katoenen laboratoriumjassen en wegwerpovertalls voor schilders. Daarnaast kan ik nu niet zonder mijn mobiele telefoon. Met de huisartsen en ziekenhuizen in de regio houden we via WhatsApp en Siilo goed contact over de laatste ontwikkelingen. De huisartsen hebben ook een officieuze appgroep genaamd ‘Huisartsencafé De Kroon’. Hierin blazen we soms even wat stoom af en maken we grapjes. Ook dat is nodig tijdens een crisis.’

Er is één item dat momenteel wel gemist wordt, maar meer omdat het nog niet of nauwelijks te verkrijgen is: tests om bij mensen vast te stellen of ze corona hebben of hebben gehad. Guus: ‘Ik hoop dat deze tests in grote voorraden beschikbaar komen. Dat gaat onze patiënten én onszelf enorm helpen.’ ●