

**'3 goede vragen'**

Werken die?

pagina 08 • leestijd 2.50 min

Durf te praten over

**seksualiteit**

pagina 15 • leestijd 3.25 min

Het einde van **crisis**

**op vrijdagmiddag**

pagina 20 • leestijd 3 min

# Verb1nd.

DECEMBER 2018 • NR. 2 • JAARGANG 1



Arts-microbioloog Janette Rahamat en praktijkmanager  
Dorothe Bakx over voorbereidingen griepseizoen

**'Je beschermen tegen  
besmetting kan wél'**

## Colofon

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

**Redactie** Freek Kinkelaar, Jannie Meussen, Gijs Munnichs, Marcel Wortel, Irene Spann, Jacintha van Oosten, Willem Andrée (hoofd-redacteur), Gloedcommunicatie

**Fotografie** William Moore, Eric Scholten, iStock

**Contentcommissie** Pim Assendelft, Annoek van der Gouw, Freek Kinkelaar, Viola Peulen, Felix de Graaf, Henk Schers, Lidwien Bernsen, Yvonne Schoon, Jacintha van Oosten (project-leider)

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

**Vormgeving** Nancy Visser, Gloedcommunicatie, Nijmegen

**Drukwerk** DPN-Rikken Print, Nijmegen

**Oplage** 2.500 exemplaren

Tips voor de redactie, opmerkingen en aanvullingen: [verbind@radboudumc.nl](mailto:verbind@radboudumc.nl)  
De volgende *Verb1nd* verschijnt in het voorjaar van 2019.

**Radboudumc**

## VOORWOORD

Generalistische zorg, persoonsgerichte zorg en continuïteit. Het zijn de drie kernwaarden van ons mooie vak huisartsengeneeskunde. Ze zitten in de genen van iedere huisarts, ook in die van mij. Elke tien jaar, als de NHG en LHV de toekomstvisie van de huisartsenzorg vaststellen, houden we de kernwaarden en onze kerntaken tegen het licht. Het laatst gebeurde dat in 2012. We zouden hiermee tot 2022 vooruit moeten kunnen, maar de ontwikkelingen halen ons onverwacht snel in. Denk aan de toename van

*‘De ontwikkelingen halen ons onverwacht snel in’*



ICT-mogelijkheden in de zorg, maar ook aan de veranderingen die in onze eigen beroepsgroep gaande zijn. Bijvoorbeeld de toename van het aantal parttime huisartsen en waarnemers en de afname van het aantal praktijkhouders. Eerder dan gepland komt er een nieuwe toekomstvisie. Verderop in dit tweede nummer van *Verb1nd* leest u daar meer over.

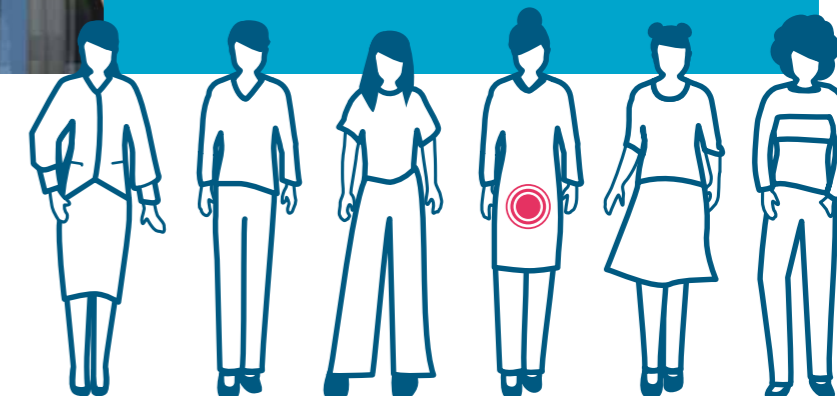
Ik hoop in elk geval dat huisartsen de huidige kernwaarden blijven omarmen. Zeker de continue zorg, want die begint nu te schuiven. Daar heb ik moeite mee, want daarmee gaat ook de zorgvuldig opgebouwde relatie tussen huisarts en patiënt schuiven. Terwijl die ons allemaal zo veel oplevert. Want in die relatie zit de kracht van de huisarts: de geruststelling, het coachen maar ook bijvoorbeeld het tegengaan van overconsumptie van zorg. Meebewegend met de huidige ontwikkelingen, verwacht ik dat de huisarts meer onderdeel gaat uitmaken van een sociaal-medisch netwerk. Inter- en intraprofessioneel opleiden en samenwerken worden belangrijker dan ooit. Dat geldt ook voor de samenwerking met specialisten in een ziekenhuis, zoals het Radboudumc. Ik denk dat we de drempels daarvoor al tijdens de vervolopleiding verder kunnen verlagen; daar ligt een belangrijke rol weggelegd voor onze afdeling Eerstelijns-geneeskunde. We stimuleren bijvoorbeeld dat aios van verschillende specialismen meer met elkaar bespreken wat gezamenlijke belangen zijn. Ook met de aios van Huisarts-geneeskunde dus, want dat gebeurt nu nog onvoldoende.

**Lidwien Bernsen**  
*hoofd Voortgezette opleiding tot huisarts van het Radboudumc*



## 10

Tweeduizend patiënten vaccineren en personeel motiveren de grieprik te nemen. Dorothe Bakx, manager personeel en kwaliteit bij huisartsenpraktijk de Linie in Doesburg en Janette Rahamat, arts-microbioloog in het Radboudumc in gesprek over hún voorbereidingen op het griepseizoen en over **de noodzaak van de grieprik**.



## 15

**‘Seksualiteit is geen nicheonderwerp’**

### 08

**De patiënt van nu** wil meepraten en mee-beslissen. De campagne ‘3 goede vragen’ van Patiëntenfederatie Nederland helpt hierbij. Maar ook het Radboudumc zelf besteedt in de opleidingen veel aandacht aan de communicatie tussen arts en patiënt.

### 18

Om zorgpartners toegang te geven tot de patiëntendossiers van het Radboudumc is **mijnRadboudpatiënten** opgezet. Snel, veilig en alleen mét toestemming van de patiënten zelf in te zien. Maar is dit de beste manier om informatie te delen?

### 20

Een **oudere kwetsbare patiënt** die niet alleen het weekend in kan. De huisarts met de handen in het haar. Het zorgpad ‘Geriatrische Revalidatie Zorg’ biedt uitkomst.

## VERDER

- 06 De impact van ons werk
- 13 Fact&figures
- 14 Column van internist Jacqueline de Graaf
- 15 Dossier: vulvodynie
- 18 De stelling: mijnRadboudpatiënten is zinvol
- 22 1 dag van Maya Boot
- 24 Onmisbaar

## Huisarts aangewezen behandelaar bij hartklachten

Het Hartcentrum Nijmegen opende in juli zijn deuren. In dit nieuwe diagnostisch centrum voor patiënten met laag complexe cardiologische klachten werken cardiologen van Radboudumc en CWZ samen. Mensen met hartklachten die niet acuut via de Eerste Hart hulp beoordeeld hoeven te worden, kunnen er binnen 48 uur na verwijzing door de huisarts terecht voor diagnostiek. De meeste

patiënten gaan dezelfde dag met een diagnose naar huis. In het behandelplan wordt vervolgens bepaald wie de patiënt het beste kan behandelen: de huisarts of een cardioloog van het CWZ of het Radboudumc. De ervaring van de eerste maanden leert dat in ongeveer 70 procent van de gevallen de huisarts de aangewezen behandelaar is.



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



### HUISARTSEN SCHETSEN TOEKOMST

Hoe ziet het werk van de huisarts er in de toekomst uit? Een aantal organisaties, waaronder de Landelijke Huisartsen Vereniging, organiseert denksessies over heel het land. Via een schriftelijk enquête kan iedere huisarts meepraten. De afdeling Eerstelijngeneeskunde van het Radboudumc organiseerde twee van deze denksessies met als arts-patiënt relatie en netwerkzorg. Bijzonder is dat ook 200 aios meedachten over de nieuwe toekomstvisie. Het resultaat wordt in januari 2019 gepresenteerd tijdens de conferentie '60 jaar Woudschoten'.

## 250.000 euro om ketenzorg te ontketenen

De tijd is rijp om de ketenzorg te ontketenen. Om dit idee uit te voeren, kreeg huisarts en senior onderzoeker bij het Radboudumc Erik Bischoff een subsidie van ZonMw van 250.000 euro. 'De zorgketens voor diabetes, COPD en Hart- en vaatziekten moeten worden samengebracht in één model waarbij het om de patiënt draait en niet meer om één ziekte. De patiënt zegt: "Het ene moment zit

ik voor mijn diabetes hier, dan voor mijn COPD daar en ik hoor telkens hetzelfde." En soms krijgt een patiënt met diabetes het advies meer te bewegen, terwijl die ook een depressie heeft of artrose. De zorgverlener zegt: "Ik heb door alle protocollen geen tijd om écht het gesprek aan te gaan." Ook de zorgverzekeraar wil het anders. Alle partijen zijn op zoek naar nieuwe modellen. Voor dit

onderzoek gaan we nauw samenwerken met patiëntenverenigingen, diverse zorggroepen in het land, ICT-bedrijven, de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen, de Erasmus Universiteit en zorgverzekeraars. Ons ideaal is het nieuwe ketenzorgmodel landelijk te implementeren. Het project gaat zes jaar duren en kent drie fases: ontwikkeling, optimalisering en evalueren op effecten en kosten.'



### Handen ineen voor mensen met een verstandelijke beperking

Zes landelijke academische werkplaatsen Verstandelijke Beperkingen bundelen hun krachten om het leven van mensen met een verstandelijke beperking te verbeteren. Ook de Nijmeegse Academische Werkplaats Sterker Op Eigen Benen doet mee aan de nieuwe associatie. Directeur Geroline Leusink: 'Sinds de invoering van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning en de Wet Langdurige Zorg

in 2015 hebben wij de vraag naar onze expertise zien verdrievoudigen. Door onze kennis en ervaring via onderzoek en onderwijs te delen met de andere werkplaatsen, dragen we dragen we landelijk bij aan de gezondheid en het functioneren van mensen met een verstandelijke beperking.'

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

## Nieuwe internationale richtlijn somatische klachten

Hoe ga je om met patiënten met lichamelijke klachten waarvoor geen duidelijke medische verklaring bestaat, de zogeheten somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (SOLK)? Huisarts en Radboudumc-onderzoeker Tim oude Hartman formuleerde, als voorzitter van een werkgroep namens de Wereld Organisatie van Huisartsen WONCA, het antwoord in een nieuwe richtlijn. Het biedt onder meer een definitie van SOLK, tips voor diagnose, maar ook informatie over de biologische, psychologische en sociale context van SOLK.



Lees de nieuwe zorgstandaard op [ggzstandaarden.nl](http://ggzstandaarden.nl)

### IN DE MEDIA

**NIEMAND TUSSEN WAL EN SCHIP**  
*Niemand tussen Wal en Schip* is de naam van de Radboudumc-onderzoeksgroep die zich bezighoudt met kennis voor passende zorg voor mensen met ernstig niet-aangeboren hersenletsel na coma. De groep schreef het rapport *Naar meer bewustzijn: passende zorg voor mensen met langdurige bewustzijnsstoornissen*. Het beschrijft de knelpunten na de acute fase, met oplossingen naar meer samenhangende zorg in revalidatie en langdurige zorg. Onder andere het Algemeen Dagblad maakte hierover een groot artikel. Onderzoekers Willemijn van Erp en Jan Lavrijsen zetten uiteen wat passende zorg voor deze patiëntengroep inhoudt. Vanaf 2016 is de onderzoeksgroep verbonden aan een Expertisenetwerk Ernstig Niet-aangeboren hersenletsel na coma, waar de implementatie van het rapport gaat plaatsvinden. Eerste belangrijk resultaat is dat vanaf 2019 gespecialiseerde neurorevalidatie voor mensen vanaf 25 jaar mogelijk wordt gemaakt.

### PATIËNTCOMMUNICATIE IS HOT IN ONDERWIJS

Huisarts Marianne Brouwers deed bij de afdeling Eerstelijngeneeskunde van het Radboudumc een promotieonderzoek naar het effect van communicatie in het onderwijs aan onze toekomstige dokters. Op basis van haar onderzoek schreef ze een artikel in *Medical Education* met onder meer aanbevelingen om die communicatie verder te verbeteren. Dat aan instrumenten en aanbevelingen grote behoefte is, blijkt uit het enorm aantal downloads van het artikel op de site van *Medical Education*. Binnen twee maanden na publicatie werd het artikel al bijna 1.200 keer gedownload. Lees het artikel op de site van NCBI.

## Online training helpt vrouwen met urineverlies

Het Radboudumc is een groot onderzoeksproject gestart naar urineverlies bij vrouwen, *Baas over je blaas*. Lotte Firet, huisarts in opleiding en onderzoekscoördinator, merkt dat er veel animo is; inmiddels hebben honderden vrouwen zich opgegeven voor deelname aan het project. De online training richt zich op vrouwen die stressincontinentie hebben en dus urine verliezen bij inspanning, zoals hoesten, niezen, lachen of sporten. Lotte: 'Uit Zweeds onderzoek weten we dat na deze training bij twee op de drie vrouwen het urineverlies sterk vermindert of zelfs stopt. De afdeling Eerstelijngeneeskunde heeft veel ervaring met training van incontinentie en dit is een kans om te onderzoeken of deze online training ook een geschikte behandeling is voor Nederlandse vrouwen.'

Veel vrouwen lopen onnodig lang door met deze klachten, uit schaamte of omdat ze denken dat het erbij hoort na hun bevalling of omdat ze ouder worden. 'Met deze internettraining hopen we meer vrouwen te bereiken. hulpverlener. Huisartsen kunnen hun patiënten wel attenderen op de website. Vrouwen trainen thuis, in hun eigen tijd en op hun eigen tempo', vertelt Lotte. Het programma bestaat uit acht stappen waarin vrouwen met knijp-oefeningen de bekkenbodemspier trainen om zo het urineverlies te stoppen. ●

Vrouwen kunnen zich gratis aanmelden op <https://baasoverjeblaas.nl>

Aandacht voor communicatie tussen patiënt en arts

## ‘Het moet van twee kanten komen’

De patiënt is al lang geen passieve bezoeker meer in de spreekkamer, maar wil meepraten. De campagne ‘3 goede vragen’ van Patiëntenfederatie Nederland helpt hierbij. Een patiënt vertelt.

Alma Peters (71) is 23 jaar reuma-patiënt en komt op verschillende afdelingen in het Radboudumc. Alma vertelt over haar ervaringen met communicatie in het ziekenhuis. De gesprekken verschillen: van een perfecte samenwerking tot een puur zakelijk gesprek. ‘In al die jaren dat ik in het Radboudumc kom, is er wel iets veranderd. De artsen die ik nu tegenkom, staan meer open voor communicatie en contact. Dat ligt ook aan mij, want zelf ben ik ook veel mondiger geworden. Wel ervaar ik nu een verschil tussen het contact met mijn vaste reumatoloog en mijn huisarts enerzijds en de overige artsen anderzijds. Met mijn reumatoloog en huisarts heb ik een band opgebouwd. Zij kennen mij en weten dat ik altijd met een briefje met vragen kom.

Samen bekijken we de mogelijkheden en samen nemen we een beslissing. Met artsen die ik incidenteel zie, is het contact zakelijker. Ze geven de uitslagen, en als ik niets vraag, volgt het beleid. Niet vervelend, maar het kan beter. Een vraag als ‘Begrijpt u het?’ of ‘Wat vindt u er zelf van?’ mis ik dan wel.’

### VRAGEN VOOR PATIËNT ÉN ARTS

‘De campagne ‘3 goede vragen’ is van belang om patiënten de kans te geven mee te denken. Dat het Radboudumc dit samen met andere ziekenhuizen stimuleert, verlaagt de drempel verder voor de patiënt’, zegt Alma. ‘Op de website ‘3 goede vragen’ staat hoe je je op deze manier kunt voorbereiden op een consult. Maar het goede gesprek moet wel van twee kanten komen. Daarom



## ‘We hebben een band opgebouwd’

Alma Peters

zijn er samen met de Patiënten Adviesraad Reumatologie ook drie vragen opgesteld die artsen kunnen stellen aan patiënten. Dat gebeurt nog te weinig. Het gaat dan om de vragen: hoe wilt u betrokken worden bij de behandeling, wat verwacht u van mij als behandelaar en waar moet ik als arts rekening mee houden? Vaak wordt gesproken over mondige patiënten, maar er zijn ook mensen die het anders willen. Die helemaal niet willen meebeslissen bijvoorbeeld. Het is goed als artsen daar meer oog voor hebben.’ ●

### Vragen of reageren?

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

Wat zijn mijn mogelijkheden?

Wat betekent dat in mijn situatie?

Wat zijn de voor- en nadelen hiervan?

### De 3 goede vragen

Meepraten en meebeslissen over zorg, dat is het achterliggende idee voor ‘3 goede vragen’. De pilot van Patiëntenfederatie Nederland uit 2015, waaraan het Radboudumc als enige uit de regio deelnam, laat veelbelovende resultaten zien. Patiënten worden zich bewust dat ze een rol hebben in het gesprek met de arts. ‘3 goede vragen’ wordt nu ook in de rest van het land gepromoot en dit najaar volgt er een grote campagne.

### Tijdens de opleiding

Het Radboudumc besteedt in haar opleidingen ook veel aandacht aan de communicatie tussen arts en patiënt. Zowel tijdens de studie Geneeskunde als in de huisartsenopleiding. Uitgangspunt is het zoveel mogelijk betrekken van de patiënt bij de zorg die de artsen leveren. Nieuwe studenten beginnen met de basis: het voeren van een consult. Het SCEGS-model helpt hierbij. Het doel is alle onderdelen in een consult aan bod te laten komen: Somatiek, Cognities, Emoties, Gedrag en Sociale context. Zo krijgen de studenten meer aandacht voor de patiënt die tegenover hen zit en niet alleen voor de klacht. Later in de opleiding is er aandacht voor de vaardigheden die nodig zijn om samen met de patiënt beleid te maken en af te stemmen. De opleiding wil de opleiders in de klinieken stimuleren meer oog te hebben voor communicatieve vaardigheden en niet alleen voor medische kennis.

### HUISARTSENOPLEIDING

De vervolgopleiding tot huisarts borduurt verder op deze basis. Ook hier ligt de focus op de patiënt én omgeving, dus ziekte en zieke. In de driejarige opleiding staat communicatie ‘op maat’ centraal. Dit betekent dat de huisarts zijn communicatie afstemt op wat deze patiënt, in deze situatie en met deze klachten nodig heeft. Daarnaast leren huisartsen om in eenvoudige en complexe situaties te communiceren. Dat gebeurt aan de hand van negen thema’s: kleine kwalen, spoedzorg, zorg voor het kind, chronische zorg, ouderen, SOLK, palliatieve zorg, preventie en GGZ. Het onderwijs is sterk praktijk georiënteerd door met eigen consultopnames te werken als vertrekpunt.

# Grip op griep

Tweeduizend patiënten vaccineren en personeel motiveren de grieprik te nemen.

**Dorothe Bakx**, manager personeel en kwaliteit bij huisartsenpraktijk de Linie in Doesburg en **Janette Rahamat**, arts-microbioloog in het Radboudumc gaan in gesprek over hún voorbereidingen op het griepseizoen en over de noodzaak van de grieprik.

**Dorothe Bakx** (65) is manager personeel en kwaliteit in huisartsenpraktijk De Linie in Doesburg. Samen met twee collega's heeft ze het project 'Griep' onder haar hoede. In januari gaat ze met pensioen.

**Janette Rahamat** (48) is sinds 2013 arts-microbioloog in het Radboudumc. Eerder deed ze in het UMCG in Groningen onderzoek naar de klinische en epidemiologische toepasbaarheid van moleculaire testen bij virale infecties.

Voor een grote praktijk als de Linie met 10.000 patiënten, is de voorbereiding van het griepseizoen een hele operatie. In mei worden de vaccins besteld, in augustus selecteren de artsen 3.800 patiënten die een uitnodiging moeten krijgen voor de griepvaccinatie. Daarna volgen de vele telefoontjes, met heel veel vragen, en uiteindelijk het griepseizoen zelf met uiteindelijk zo'n tweeduizend vaccinaties. 'Van voorbereiding tot en met het eind zijn we er bijna honderd uur mee bezig', vertelt Dorothe Bakx. Op de afdeling Medische Microbiologie van het Radboudumc is er ook veel bedrijvigheid als de winter in aantocht is. Zeker dit jaar. Janette Rahamat: 'Vorig jaar liepen we tijdens de griep epidemie tegen onze grenzen aan met een overvol ziekenhuis. Daarom zetten we dit jaar in op het versnellen van de

diagnose. op het versnellen van de diagnose. Want hoe eerder we weten of een patiënt influenza heeft, hoe sneller een bed op een eenpersoonskamer vrijkomt. Voor de doorstroom is dat erg belangrijk. Wij nemen alle patiënten met een verdenking van influenza in isolatie op. Aan het begin en aan het eind van een griepgolf is de kans ongeveer tien procent dat er sprake is van influenza. De overige patiënten houden dus ten onrechte een bed op een eenpersoonskamer bezet. Over het hele griepseizoen blijkt ruim vijftig procent van de verdachte griepgevallen negatief te zijn. Gelukkig hebben we dit jaar de diagnostiek kunnen verkorten van een tot twee dagen naar enkele uren. We hebben snellere testen en we werken nu toe naar 24/7 inzetbaarheid van de test.'

#### VACCINATIEBEREIDHEID

**JANETTE:** 'Het stimuleren van medewerkers om zichzelf te laten vaccineren, is een ander speerpunt. Hoewel we met 48 procent goed scoren vergeleken met andere ziekenhuizen, is het nog te laag. Ter bescherming van de patiënt én van onszelf moet die vaccinatiegraad

**'Het vaccin is het enige middel dat preventief werkt'**

**Janette Rahamat**

veel hoger liggen. We gebruiken een bewezen effectieve manier om de vaccinatiegraad te verhogen. Dat doen we door de beschikbaarheid van het vaccin te verbeteren (veel

## 'We zijn nooit zo bezig geweest met vaccinatie'

Dorothe Bakx

prikposten en zelf-prik teams), onderwijs op afdelingen te geven en door teams die het goed doen in het zonnetje te zetten.'

**DOROTHÉ:** 'Bij ons leefde het eigenlijk nooit. Afgelopen jaar hebben van de 34 medewerkers slechts enkelen zich laten vaccineren. Mensen denken snel dat ze gezond en sterk zijn, dus waarom zouden ze? Ook zijn de meningen verdeeld over de effectiviteit van een vaccinatie. Ik zou graag van de wetenschap willen horen dat het vaccin écht werkt.'

**JANETTE:** 'Ik weet dat er vaak twijfels zijn over het nut van het vaccin. Het geeft geen honderd procent garantie, omdat de samenstelling van een vaccin altijd gebaseerd is op het virus van een jaar eerder. Maar het doet wel iets, het heeft geen bijwerkingen en het is het enige middel dat preventief werkt. Je kunt er ernstige infecties mee voorkomen en dus ook uitval in je praktijk.'

### PATIËNTEN BESCHERMEN

**DOROTHÉ:** 'Afgelopen jaar hadden we zestien ziekmeldingen. Dat is veel. Daarom gaan we dit jaar wél actief aan de slag met het motiveren van onze medewerkers. Verplichten kun je het natuurlijk niet, het gaat tenslotte over iemands persoonlijke integriteit. Overigens is de continuïteit van zorg niet in het geding geweest. In een grote praktijk heb je veel mogelijkheden om ziektes op te vangen. In een kleine

### Hoe erg was de afgelopen winter?



**900.000**

Nederlanders geveld door het influenzavirus



**16.000**

mensen opgenomen met complicaties



**9.500**

mensen overleden aan de directe of indirecte gevolgen van de griep

praktijk zal dat grotere problemen opleveren. Daarnaast zijn onze patiënten sowieso gewend om niet altijd dezelfde arts te zien.'

**JANETTE:** 'In het Radboudumc hebben we nog een motivatie: we willen natuurlijk onze patiënten beschermen en de ziekte niet aan hen overdragen. Zo starten wij binnenkort een pilot op drie afdelingen met zeer kwetsbare patiënten. De medewerkers kunnen op vrijwillige basis een mondkapje dragen naast of in plaats van de vaccinatie. Daarnaast is een goede handhygiëne belangrijk, omdat het virus zich verspreidt door hoesten en niezen en zeker enkele dagen kan overleven.'

**DOROTHÉ:** 'Om eerlijk te zijn kennen wij geen eenduidig beleid. Half zieke artsen komen soms gewoon werken. Ik vraag me ook af of ze dan wel of niet een risico nemen. Maar de werkbelasting voor de collega's weegt dan toch zwaarder. Wat zou jij adviseren?'

**JANETTE:** 'Het is lastig om een grens te trekken. Wanneer gaat het nog wel, wanneer niet? Heb je griep of iets anders? Ik zou zeggen: op de dag dat je denkt dat het nog nèt gaat, blijf je thuis. In overleg met de leidinggevende natuurlijk. Een uitbraak is natuurlijk nooit helemaal te voorkomen, maar aan besmetting kun je wél iets doen.' ●

### Vragen of reageren?

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

# Snelle prostaatdiagnostiek

Vorig jaar startte het Radboudumc met een **nieuw zorgpad** voor prostaatdiagnostiek.

Patiënten die door huisartsen zijn doorverwezen krijgen in dit sneltraject eerst een MRI-onderzoek van de prostaat, in plaats van de gebruikelijke echogeleide prostaatpunctie. Alleen als op de MRI zichtbare afwijkingen worden gevonden, nemen we gerichte biopten met behulp van MRI of MR-TRUS fusie. En wordt eventueel verdere diagnostiek ingezet. Dit maakt de diagnose sneller en patiëntvriendelijker.

## MANNEN

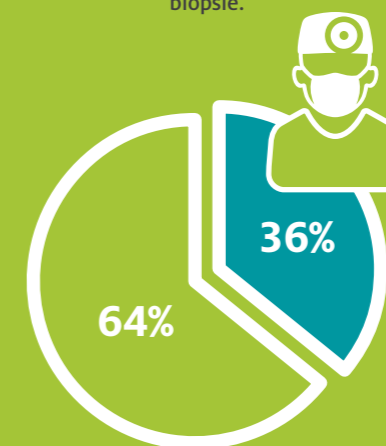
Het sneltraject prostaatdiagnostiek is bedoeld voor mannen van **50 TOT 75 JAAR** met een verhoogde PSA-waarde, zonder verleden van prostaatkankerdiagnostiek en met een beperkte mate van comorbiditeit.



INMIDDELS ZIJN **400** MANNEN VIA HET SNELTRAJECT GEDIAGNOSTICEERD.

## BIOPSIE

Uiteindelijk heeft slechts 36% van de mannen die het sneltraject doorlopen een biopsie nodig. Hiermee besparen we dus 64% van de mannen een 'onnodige' biopsie.



OOK HEBBEN WE HET COMPLICATIEPERCENTAGE NA BIOPSIE KUNNEN VERLAGEN VAN 5% NAAR **MINDER DAN 1%**

## PROSTAATKANKER

Per jaar wordt er in Nederland bij ongeveer **40.000** mannen onderzocht of ze prostaatkanker hebben.

Bij ongeveer **25%** van deze mannen wordt prostaatkanker vastgesteld.



### Meer weten?

Wilt u meer weten over het sneltraject prostaatdiagnostiek? Kijk dan op onze website:

📄 [www.radboudumc.nl/sneltraject-prostaat](http://www.radboudumc.nl/sneltraject-prostaat)

Jacqueline de Graaf, internist Radboudumc

## Van mens tot mens



Het is zeven uur in de ochtend. Ik heb zin in de nieuwe dag. Een lekker bakkie koffie, ik voel me fris en vrolijk. Enthousiast sla ik de krant open. Mijn oog valt op de kop: 'Een op de vijf aios vertoont burn-outklachten.' Weg is mijn vrolijke gevoel. Nee, dat kan niet waar zijn. Toch niet "mijn" aios? Ik voel mij op slag verdrietig en onmachtig. Wat kan ik hieraan doen?

### Mijn bevlogen aios

Ik zucht en neem een slok koffie. En ik denk aan mijn aios, die ontzettend bevlogen jonge mensen. Met een enorme drive en met zo veel (com)passie voor de patiënten. Die de zorg voor hun patiënten altijd voor laten gaan. Die niet de tijd nemen voor lunch, onderwijs en intervisie. Mijn aios die daarnaast gelukkig ook eerst en vooral mensen zijn en allemaal een privéleven hebben, papa en mama worden, tijd maken voor hun vrienden en familie en ook nog sporten. Klinkt u dit ook niet als muziek in de oren? Maar die klaarblijkelijk dus ook heel vaak uit balans dreigen te raken.

### Balanceren

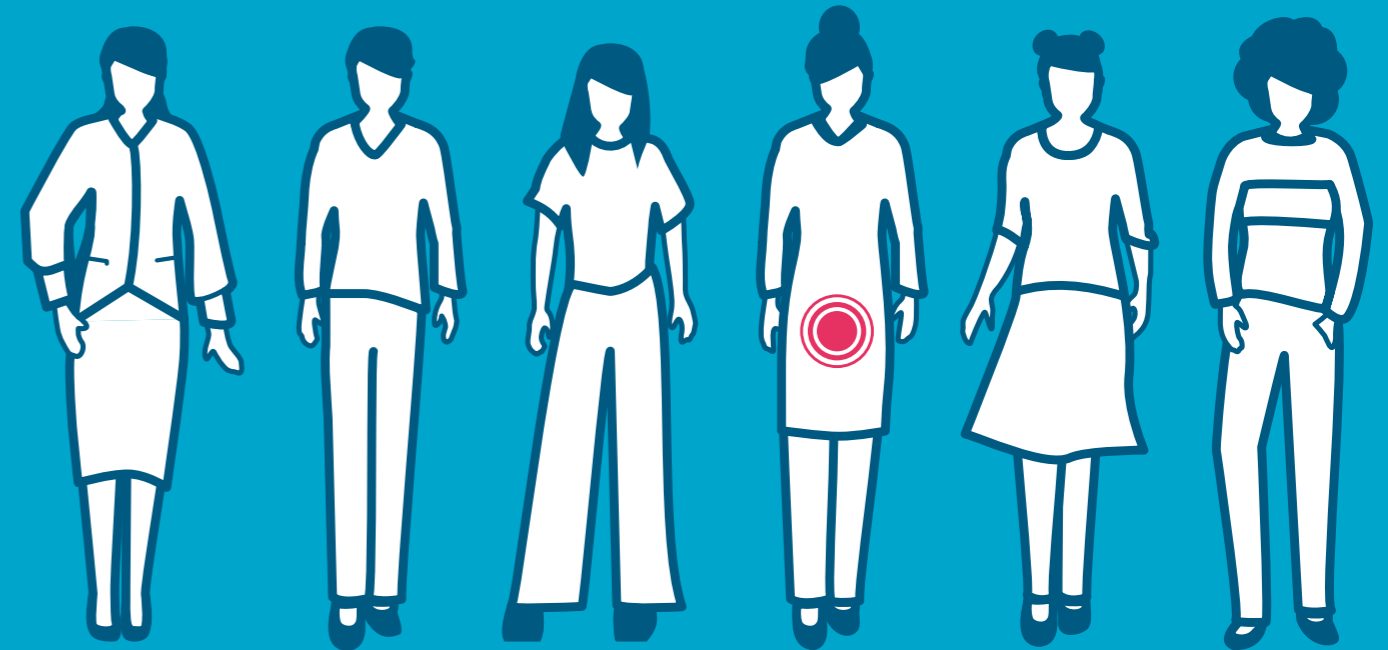
Balans... Weet u eigenlijk hoe uw balans werkt? Wanneer uw weegschaal het gewicht nog aankan en wanneer ze doorslaat? Ik inmiddels wel. Met mijn disbalans werd ik een paar jaar geleden geconfronteerd: gescheiden. Een *life event*. Dus even minder werken. En een

schuldgevoel naar de collega's. Want ik heb toch geen reden om minder te werken, ik heb toch geen burn-out? Ik nam een coach en sprak er verder met niemand over. Nu is het anderhalf jaar later en juist mijn werk, mijn aios en mijn collega's hebben mij geholpen er weer bovenop te komen. Het allemaal een plek te geven. Hoe? Door er voor mij te zijn, door naar mij te luisteren. Door ervaringen te delen, door open te praten en eerlijk te zijn. Ja, ja, ik hoor je zuchten. Gaat die De Graaf nog een punt maken? Zeker, hier komt ie dan...

### Mensgericht opleiden en samenwerken

De verstoring van balans naar disbalans is niet alleen bij aios een gevaar. Burn-out kan iedereen treffen, ook jou. Bij burn-outklachten moet je zo snel mogelijk de balans weer herstellen. Dat doe je niet alleen, dat doe je samen. Mijn motto is aandacht voor *de mens*. *De mens* achter de aios die we opleiden en *de mens* achter de collega's met wie we samenwerken. Ik nodig jullie daarom allemaal uit: luister, praat en deel, wees eerlijk tegen jezelf en je collega's. Durf je kwetsbaar op te stellen, van *mens tot mens*. Want we willen eigenlijk allemaal hetzelfde: tijd. Tijd voor ons werk, waar we zoveel passie voor voelen en zoveel energie van krijgen. En tijd voor onszelf! We zijn allemaal mensen... ●

# NIET BANG VOOR SEKSUALITEIT



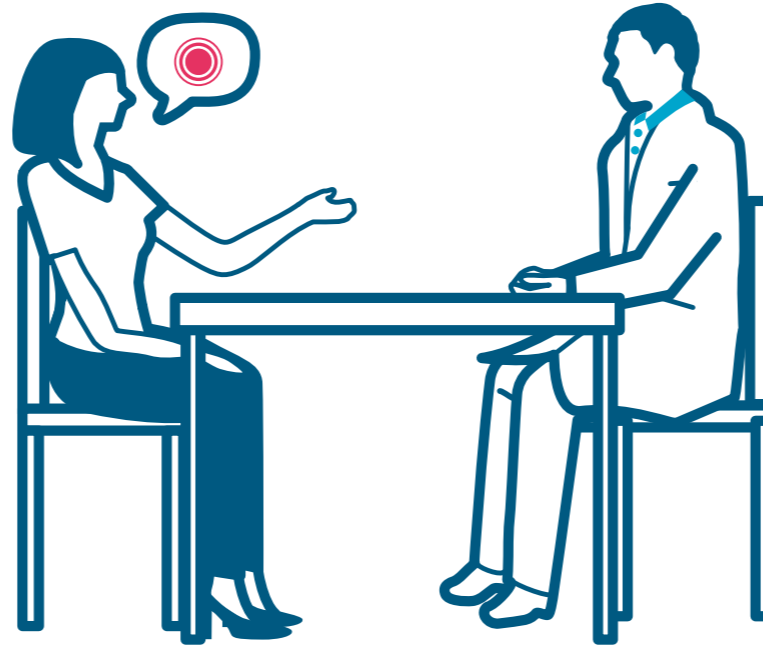
**40** procent van de klachten in de huisartsenpraktijk zijn lichamelijk niet goed te verklaren

**3 tot 8** procent van de vrouwen heeft vulvodynie



# Niet bang voor seksualiteit

Niet iedere huisarts praat makkelijk over seksualiteit met patiënten. Maar het is wel belangrijk. Bijvoorbeeld in het geval van vulvodynie. Bij dit chronische pijnsyndroom wordt vaak gedacht aan een vaginale schimmelinfectie. Maar als schimmelcrème niet werkt, hoe moet je dan doorverwijzen? Met een goede diagnose is vulvodynie redelijk goed te behandelen. **Dit keer praten we je in het Dossier bij naar aanleiding van Radboudumc-onderzoek naar de diagnose van vulvodynie.**



Bij pijn in de vulva denken veel artsen en vrouwen snel aan een vaginale schimmelinfectie (vulvovaginale candidiasis). Maar als de klachten niet overgaan na behandeling met een schimmelcrème, is er misschien meer aan de hand. Het zou vulvodynie kunnen zijn, maar die diagnose wordt vaak gemist. Bij vulvodynie gaat het om chronische pijn aan de vulva zonder lichamelijke oorzaak. Hoe vaak de aandoening voorkomt, is in Nederland niet bekend, maar op basis van onderzoek in de Verenigde Staten en Canada komt vulvodynie naar schatting bij drie tot acht procent van de vrouwen voor.

## LIEVER EEN CREME

Huisarts Peter Leusink verdiepte zich in de diagnostiek van vulvodynie en promoveerde in oktober 2018 op zijn

onderzoek. Vrouwen, zo blijkt uit zijn onderzoek, komen zelf niet snel op het idee dat ze vulvodynie kunnen hebben. Het is in Nederland ook niet zo bekend. Veel vrouwen zoeken in eerste instantie liever een lichamelijke verklaring voor hun klacht. En hopen dat de pijn met een crème snel voorbij gaat. Dan hoeven ze niet dat lange traject in te gaan voor behandeling van een chronische pijn en hoeven niet tot de zware conclusie te komen dat je alleen behandeld kunt worden door een bezoek aan de seksuoloog of bekkenbodetherapeut. Vulvodynie schaart zich in een rijtje vergelijkbare chronische aandoeningen als fibromyalgie, spastische darm of chronische vermoeidheid. Of vulvodynie echt als aparte somatisch onvoldoende verklaarde klacht (SOLK) beschouwd moet worden, is de vraag.

Vulvodynie deelt wel veel kenmerken met andere pijnsyndromen, zoals stemmingsklachten, verhoogde spierspanning, hartkloppingen, zweten en pijn op andere plekken. Dus het kan goed een onderdeel van een groter geheel zijn. Maar vulvodynie is ook iets specifiek. Het leren ontspannen van de bekkenbodem en seksuologische hulp heeft bijvoorbeeld veel effect. Dus in die zin, concludeert het onderzoek, is het goed om het een specifieke naam te geven.

## SOLK

Dat de diagnose in Nederland vulvodynie weinig gesteld wordt heeft twee oorzaken. Ten eerste de biopsychosociale context: 'O jee, daar hebben we weer een SOLK'. Veel huisartsen vinden recidiverende klachten lastig. Ze

willen iemand helpen. 40 procent van de klachten in de huisartsenpraktijk zijn lichamelijk niet goed te verklaren. De huisarts zou zich meer moeten focussen op de gevolgen van de klacht op gedrag en beleving. Stoppen met het zoeken naar een oorzaak, maar die negatieve gevolgen behandelen.

## SCHAAMTE

De tweede oorzaak voor de onderdiagnose van vulvodynie is een stuk lastiger te verhelpen. Zowel de vrouwen als de huisarts ervaren schaamte en terughoudendheid om seksualiteit te bespreken. Eigenlijk draaien de vrouwen en de huisarts een beetje om de hete brij heen. Dat is te zien in het gedrag: vaak crèmes voorschrijven voor een schimmel, maar niet goed tot een diagnose komen. Dit kan je pas

- De prevalentie van vulvodynie ligt **tussen de 5 en 10 procent** (inclusief behoefte aan hulp).
- Bij **28% van de vrouwen** met vermoeden op een vaginale schimmelinfectie, blijkt een schimmel niet de oorzaak van de pijnklachten.
- Vulvodynie gaat vaak samen met **andere somatisch onvoldoende verklaarde klachten**, zoals chronisch vermoeidheidssyndroom (CVS), fibromyalgie en irritable bowel syndrome (IBD).

doorbreken als je naar het verhaal achter de klachten vraagt: hoe is de relatie, hoe is de seksualiteit, wat zijn de gevolgen van de pijn voor je leven en gedrag? Dan krijg je een heel ander verhaal.

## NIET BANG ZIJN

Of schaamte rondom seksualiteit ook in de huisartsenopleiding een rol speelt, is de vraag, maar het onderwerp komt hoe dan ook te weinig aan bod. En als je geen kennis hebt, durf je het gesprek niet aan. Daarom is een verplicht onderdeel seksuele gezondheid in de opleiding nodig. Net zoals dat studenten verplicht leren om het gesprek aan te gaan over palliatieve zorg en euthanasie. Je moet het een paar keer doen, je er overheen zetten. En dan gaat het wel. Niet bang zijn. ●



Dit artikel is samengesteld met huisarts en promovendus bij het Radboudumc **Peter Leusink**. Hij verdiepte zich al snel na zijn huisartsenopleiding in seksualiteit. 'Dit is geen niche-onderwerp. Vijftien tot twintig procent van de mensen ervaart ooit een seksueel probleem. Seksueel geweld komt bij 20 tot 30 procent van de vrouwen voor. Rondom seksualiteit ervaren chronische patiënten en mensen met kanker de meeste problemen. En niemand die daar naar vraagt? Mijn pleidooi is dan ook: gewoon doen.'

## Meer weten?

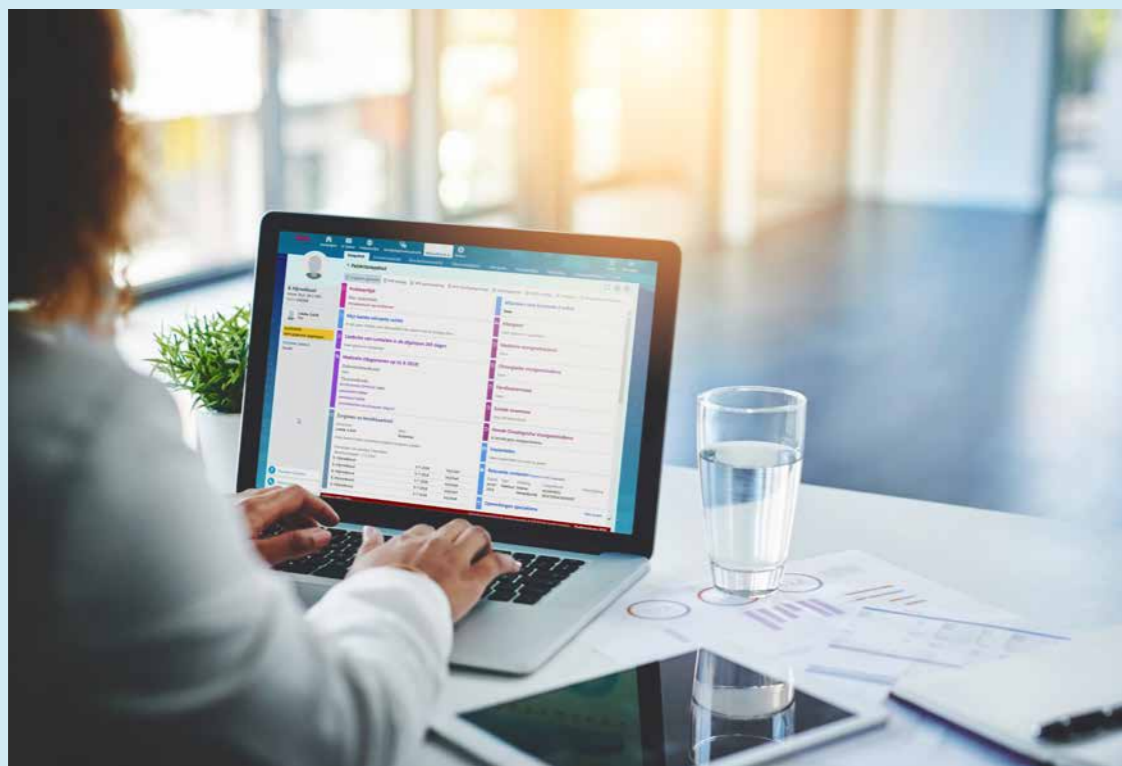
Lees het proefschrift *The diagnostic management of provoked vulvodynia in general practice* op de website van de Radboud Universiteit:

📄 <http://hdl.handle.net/2066/195505>

Om zorgpartners toegang te geven tot de patiëntendossiers van het Radboudumc is mijnRadboudpatiënten opgezet. Snel, veilig en alleen mét toestemming van de patiënten zelf. Maar is dit de ultieme manier om informatie te delen?

**Twee huisartsen en een kinderarts reageren op de stelling:**

## Het is zinvol dat de huisarts gebruik maakt van mijnRadboudpatiënten



*'Ik word gek als iedere zorgverlener zijn eigen patiëntenportaal heeft'*

**Floris van de Laar**, huisarts bij Thermion in Nijmegen

'Het is zinvol dat de huisarts zicht heeft op info van het ziekenhuis en omgekeerd. Maar ik heb met tien ziekenhuizen en vele andere zorgverleners te maken. Ik word gek als iedere zorgverlener zijn eigen patiëntenportaal heeft. De ideale oplossing? Een centrale plek, liefst bij de patiënt zelf, waar iedereen in kan kijken. Of draai het om: laat de specialisten in ons huisartseninformatiesysteem kijken. Technisch is dat mogelijk, ziekenhuizen kunnen daarin investeren. Het zou beter zijn als het geïntegreerd wordt in hun dagelijkse dossiervorming, dat kan niet, omdat de privacywetgeving dat niet toelaat. Ik ben een groot voorstander van goede samenwerking, van het snel snoeien van een aantal heggen, maar dan wel op een toegankelijke manier.'



*'De reis van de patiënt moet overal inzichtelijk en beschikbaar zijn'*

**Ronald Petru**, kinderarts in het Radboudumc en betrokken bij de ontwikkeling van mijnRadboudpatiënten

'Ik vind het belangrijk dat er zicht is op de reis die een patiënt maakt. Die reis moet overal inzichtelijk en beschikbaar zijn, juist voor de huisartsen. In mijnRadboudpatiënten kun je zonder vertraging het dossier van een patiënt inzien. Normaal gesproken sturen specialisten een brief over het beloop in het ziekenhuis. Meestal is dat voldoende. Maar als je meer inzicht wilt hebben in wat er met je patiënt gedaan en besproken is, kun je hier terecht. Het is vooral handig als het gaat over chronische, complexe patiënten. Dit platform is een tijdelijke oplossing. We gaan toe naar een persoonlijke gezondheidsomgeving, die de patiënt zelf beheert. Hij kan dan zelf bepalen wie er wel of niet toegang tot krijgt. Daarnaast moeten zorgverleners elkaar onderling ook kunnen opzoeken.'



*'Het vergemakkelijkt de communicatie met de patiënt'*

**Renske Spanninga**, huisarts in Universitair Gezondheidscentrum Heyendaal

'Het komt regelmatig voor dat mensen op mijn spreekuur iets vertellen over een gesprek met een specialist, terwijl ik nog geen informatie heb gehad van die specialist. Of ze zijn op de eerste hulp geweest, terwijl ik nog van niets weet. Gemiddeld eens per week kijk ik in mijnRadboudpatiënten om te zien wat het beleid of een uitslag is. Het voorkomt bijvoorbeeld twee keer bloedprikken en het vergemakkelijkt de communicatie met de patiënt. Ook is het sneller om even in te loggen dan om een assistente naar een ziekenhuis te laten bellen. Het is oefenen met het inloggen, maar als je het doorhebt, is het praktisch. Ik doe het zelfs tijdens het spreekuur, of anders direct daarna. Mijn patiënten hebben er nooit bezwaar tegen. Sterker: ze snappen niet waarom je het níet zou doen.'

### Meer weten?

Voor meer informatie over het portaal, kijk op [www.radboudumc.nl/mijnradboudpatiënten](https://www.radboudumc.nl/mijnradboudpatiënten)

# Crisis op vrijdagmiddag. Wat nu?

**Een oudere kwetsbare patiënt die niet alleen het weekend in kan.** De huisarts met de handen in het haar. Het zorgpad 'Geriatrische Revalidatie Zorg' biedt uitkomst. 'Korte lijnen tussen het ZZG Herstelcentrum en het Radboudumc maken deze aanpak succesvol.'

Vrijdagmiddag. Een oudere patiënt belt de huisartsenpraktijk. Hij is een dag eerder gevallen en kan niet uit zijn bed komen. Hij heeft niet meer gegeten, kan niet naar het toilet en er is geen mantelzorg. Wat nu? 'Vaak zit ik dan met mijn handen in het haar', vertelt Willemijn de Graaf, huisarts in Berg en Dal. 'Als een kwetsbare oudere belt, ga ik meestal op huisbezoek. Maar op vrijdagmiddag zijn er weinig mogelijkheden voor diagnostiek in de thuissituatie. Voor iemand die meer zorg nodig heeft, regel ik dan met één telefoontje thuiszorg of een bed in een verpleeghuis. Als ik het nodig vind, gaat de patiënt via de Spoedeisende Hulp.' Een kwestie van maatwerk en samenwerken, vindt De Graaf. Gemiddeld komt het eens per twee maanden voor dat ze net voor het weekend met spoed iets moet regelen voor één van haar kwetsbare ouderen. Dat kan ook een opname op de Spoedeisende Hulp (SEH) zijn.

De samenwerking tussen huisarts, geriater, SEH en de specialist ouderengeneeskunde heeft concreet vorm gekregen in het zorgpad 'Geriatrische Revalidatie Zorg' (GRZ). Dit zorgpad is zes jaar geleden opgezet door ZZG Herstelcentrum en het CWZ. Twee jaar geleden is ook het Radboudumc aangehaakt. Sandra Egging, specialist ouderengeneeskunde in het ZZG Herstelcentrum: 'We kregen te vaak ouderen die uitgedroogd, ondervoed en doorgelegen waren, omdat ze te lang thuis zijn gebleven na bijvoorbeeld een val. Dat heeft ons aan het denken gezet.'

Het zorgpad GRZ voorziet in opvang voor kwetsbare ouderen bij wie de zorgvraag groter is dan de medische vraag. Deze patiënten kunnen één nacht opgenomen worden op de SEH, mits gegarandeerd is dat ze de volgende werkdag naar het Herstelcentrum kunnen. Op de SEH moet

een geriater de indicatie stellen voor het verblijf in het Herstelcentrum. 'De zorg is dan gewaarborgd, de uitstroom uit het ziekenhuis gegarandeerd en we voorkomen dat deze mensen thuis aanmodderen zonder de zorg te krijgen die ze nodig hebben', aldus Egging.

## 'We kunnen crisis voorkomen'

Sandra Egging

Korte lijnen tussen de huisarts en het Herstelcentrum, tussen het Herstelcentrum en het Radboudumc maken deze aanpak succesvol. Wekelijks stuurt een huisarts enkele spoedgevallen, via de SEH, naar het

### Aan de slag in de eerste lijn

Huisarts en onderzoeker Franca Ruikes promoveerde op 7 november op haar proefschrift *Integrated primary care for frail elderly*. Ze onderzocht of een zorgprogramma voor thuiswonende kwetsbare ouderen – waarin onder meer een multidisciplinair team werkt met een proactief zorgplan – functionele achteruitgang kan voorkomen. De conclusie is 'nee'. Ook het aantal ziekenhuis- en verpleeghuisopnames werd niet verminderd. Ruikes denkt wel dat een geïntegreerde aanpak ervoor kan zorgen dat ouderen, ondanks hun fysieke beperkingen, zelfstandig thuis kunnen blijven wonen. 'We moeten ons veel meer richten op zaken die voor de ouderen zelf van belang zijn, zoals sociaal actief blijven. Dat kunnen we doen door meer samen te werken met wonen en welzijn. We moeten aan de slag in de eerste lijn.'



Sandra Egging, specialist ouderengeneeskunde ZZG Herstelcentrum: 'Ik pleit voor een plek waar mensen zich veilig voelen'

Herstelcentrum en altijd is er wel een bed vrij. Op die manier kwamen er in 2018 30 patiënten het Herstelcentrum binnen.

### PREVENTIE

Of het zorgpad GRZ dé oplossing is voor deze doelgroep? Egging denkt meer aan politieke oplossing: 'Mensen worden gestimuleerd zo lang mogelijk thuis te blijven wonen. Maar voor kwetsbare ouderen is dat niet altijd goed. Ik pleit voor de terugkeer van de verzorgingshuizen, in een modern jasje. Een plek waar op de achtergrond altijd verpleging aanwezig is en waar mensen zich veilig voelen.' Het zorgpad zou dan minder hard nodig zijn. Ook huisarts De Graaf ziet andere mogelijkheden. 'Het is goed dat het zorgpad er is. Maar we kunnen ook crisis voorkomen. We werken nu aan proactieve zorg, waarbij we onze kwetsbare ouderen goed in kaart brengen en meer inzetten op welzijn. Een rondje wandelen, samen koffie drinken, precies dat waar de oudere behoefte aan heeft. Als de mantelzorg dan wegvalt, kunnen we snel schakelen met welzijn en wijkverpleging.' Wat niet wegneemt dat een oudere nog steeds kan vallen of een longontsteking kan oplopen, benadrukt De Graaf. 'Dan is het heel fijn dat we een bed op de SEH kunnen regelen. Maar wel zo kort mogelijk.' ●

### Vragen of reageren?

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

Wie zijn de professionals in ons netwerk? Wat doen ze en wat drijft hen? En: met wie werken ze samen? In de rubriek "1 dag van..." volgen we deze keer **Maya Boot (31)**, in opleiding tot huisarts aan het Radboudumc en AIOS bij huisartsenpraktijk Van der Knaap in Zevenaar.



🕒 06.30

'Als ik geluk heb slapen mijn man en dochtertje om half zeven nog, zodat ik rustig kan ontbijten, mét een kop koffie. Daarna douchen en om zeven uur stap ik de auto in op weg naar Zevenaar.'



🕒 07.45

'Om acht uur begint het spreekuur. Ik begeleid ook een coassistent en heb vandaag extra tijd ingeruimd voor overleg met haar. Het spreekuur vind ik erg leuk, omdat er zoveel verschillende mensen met zoveel verschillende kwalen voorbijkomen. Het sociale aspect ligt me wel.'

🕒 10.02

'Elke dag hebben we een moment van overleg met de assistenten. Ik beantwoord dan vragen, zoals: mogen we antibiotica voorschrijven? Kunnen we een verwijzing schrijven voor de logopedist? Kan er nog een visite ingepland worden? Daarna drinken we met z'n allen koffie, voordat om elf uur het volgende spreekuur van start gaat.'



🕒 15.07

'Na het rijden van visites hebben we twee keer per week een uurtje ingeruimd voor ingrepen. Ik haal een wratje weg, plaats een spiraaltje en verwijder een ingegroeide teennagel. Ik vind het fijn om even niet te focussen op gespreksvaardigheden, zoals tijdens het spreekuur. Heerlijk om gewoon even technisch bezig te zijn.'



🕒 16.05

'Nu is het wekelijkse leergesprek met mijn opleider. Zo vond ik het lastig om een goed gesprek te voeren met terminale of psychiatrische patiënten. Door hierover te praten leer ik veel.'



🕒 17.45

'De energie is op. Ik rijd naar huis, ga eten en als mijn dochter in bed ligt, plof ik op de bank neer. Rond tien uur ga ik naar bed.'



## AGENDA

### 2018 DECEMBER

**11 DECEMBER** Onderzoeksochtend eHealth Eerstelijngeneeskunde

**12 DECEMBER** De nieuwe mens is een designerbaby (debat in LUX Nijmegen)

**12 DECEMBER** Promotie Jeanine Driesenaar: Beliefs and Adherence regarding Inhaled Corticosteroids: Paying attention to patient-provider communication in community pharmacy practice.

### 2019 JANUARI

**14 JANUARI** Symposium 'Inclusief onderzoek in 't eggie – De realiteit van samenwerken met onderzoekers met en zonder verstandelijke beperkingen'. Dit symposium gaat vooraf aan de promotie van Tessa Frankena: Optimising inclusive health research: where expectations and realities meet. Meaningful collaboration with people with intellectual disabilities.

### FEBRUARI



**1 FEBRUARI** Symposium 'Zijn lerende organisaties klaar voor persoonsgerichte zorg'? Tijdens het symposium bespreken nationale en internationale sprekers de uitdagingen voor lerende organisaties om zorgverleners de ruimte te geven om persoonlijke voorkeuren en wensen van de patiënt als uitgangspunt te nemen. Dit symposium vindt plaats voorafgaand aan de afscheidsrede van prof. dr. Ria Nijhuis-van der Sanden en de inaugurele rede prof. dr. Philip van der Wees als nieuwe hoogleraar Paramedische Wetenschappen.

### MEI

**23+24 MEI** Bedrijfsgeneeskundige dagen, Papendal

## NHG-Wetenschapsdag 2019 De meerwaarde van de interactie tussen patiënt en huisarts



Op **VRIJDAG 21 JUNI 2019** is de jaarlijkse NHG-Wetenschapsdag. Dit jaar in samenwerking met de afdeling Eerstelijngeneeskunde en op locatie van het Radboudumc. De meerwaarde van de band tussen patiënt en huisarts lijkt vanzelfsprekend, maar is dat wel zo? Kunnen we dat ook aantonen? Hoe persoonsgericht gaan we te werk in de huisartsenpraktijk? De aandacht voor multimorbiditeit en context passen in een langdurige Nijmeegse traditie. Op deze NHG-Wetenschapsdag willen we bewust een stap verder zetten dan de klassieke evidence-based medicine. Spannend, maar hard nodig om de meerwaarde van de interactie tussen huisarts, patiënt en context te kunnen laten zien.

Indienen van abstracts en inschrijven als deelnemer kan op [www.nhgwetenschapsdag.nl](http://www.nhgwetenschapsdag.nl)

### JUNI

**21 JUNI** NHG-Wetenschapsdag  
'Huisarts, patiënt en context; de meerwaarde van de interactie tussen patiënt en huisarts'.

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



## Smurfen in de spreekkamer

In de spreekkamer van huisarts Wout Suidman staan smurfen op tafel. Hij heeft in totaal zo'n twintig verschillende soorten. Ze zijn er niet alleen voor kinderen, maar juist ook voor volwassenen. 'Op het spreekuur kan ik met de smurfen goed onderlinge menselijke verhoudingen uitbeelden. Bij iemand op het werk, in het gezin', vertelt hij. 'Ook kan ik zo dieper ingaan op iemands eigenschappen. Elke smurf beeldt een personage of karaktertrek uit. Bij de ski- en voetbalsmurf denk je aan sportiviteit, bij de gitaarsmurf aan muzikaliteit. De grote smurf kan symbool staan voor regie nemen, maar ook iemands baas of leidinggevende uitbeelden.' Aan de hand van de smurfen maakt Wout samen met de patiënt opstellingen, om zo inzichtelijk te maken waar iemand tegen-

aan loopt. Wout: 'Iemand met klachten van overspannenheid wil bijvoorbeeld meer afstand nemen van zijn leidinggevende. Dan positioneren we de grote smurf verder weg van de smurf die de patiënt zelf uitbeeldt. Ook kunnen we een sportende smurf dichterbij zetten als het belangrijk is dat iemand meer gaat bewegen. Of de gitaarsmurf komt in beeld als iemand meer tijd wil maken voor zijn hobby.' De smurfen helpen Wout en zijn patiënten om klachten en oplossingen te visualiseren. Daarnaast kunnen kinderen er natuurlijk mee spelen tijdens het spreekuur. Wout: 'Dat maakt een bezoek aan de dokter leuker. Met die smurfen wordt mijn spreekkamer ook minder klinisch; het oogt allemaal vriendelijker.' ●



**Wout Suidman** is als huisarts vijf dagen per week werkzaam bij huisartsenpraktijk Medisch Centrum Nijmegen Oost. Daarnaast is hij als huisartsopleider verbonden aan de afdeling Eerstelijns-geneeskunde.