

Betere routes in  
**acute ouderenzorg**

Pag 8 • leestijd 2.20 min

Inniger samenwerken  
binnen **de spoedzorg** loont

Pag 15 • leestijd 3.10 min

'Meer **verslavings-  
artsen** opleiden'

Pag 20 • leestijd 1.30 min

# Verb1nd.

NAJAAR 2019

Lezers-  
onderzoek  
**Doe je  
mee?**

**'Samen op huisbezoek  
geeft de patiënt rust'**

Palliatieve samenwerking tussen huisarts Carel Veldhoven en internist-oncoloog Evelien Kuip

---

## 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, Jannie Meussen, Gijs Munnichs, Irene Spann, Gloedcommunicatie

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

**Contentcommissie** Harry van Goor, Annoek van der Gouw, Freek Kinkelaar, Viola Peulen, Sietske Grol, Henk Schers, Patrick Dielissen, Yvonne Schoon, Jacintha van Oosten (projectleider)

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

**Vormgeving** Gloedcommunicatie

**Drukwerk** DPN-Rikken Print, Nijmegen

**Oplage** 2.500 exemplaren

Tips voor de redactie, opmerkingen en aanvullingen: [verbind@radboudumc.nl](mailto:verbind@radboudumc.nl)  
De volgende *Verb1nd* verschijnt in het voorjaar van 2020.

**Radboudumc**

---

## voorwoord.

### *Snel en laagdrempelig*

Het is vrijdagavond. Een patiënt komt vanuit de Intensive Care op onze afdeling Geriatrie. De oudere man is sterk vermagerd en kwetsbaar. Een partner heeft hij niet. Hij is zelf slecht aanspreekbaar, en ook zijn familie kan ons weinig vertellen over zijn medische voorgeschiedenis of zorg die hij al krijgt. Zijn huisarts is niet bereikbaar omdat het weekend is. Dat lukt op maandag. Pas dan krijgen we een totaalbeeld van de man en kunnen we de juiste zorg voor hem thuis organiseren.

Dit voorbeeld, voor jou vast herkenbaar, maakt twee zaken duidelijk. Eén: de context van de patiënt is onmisbaar

om de juiste zorg te kunnen bieden. Twee: bij transmurale zorg is toegang tot elkaars informatiebronnen snel en laagdrempelig nodig. Sinds kort ben ik voorzitter van de nieuwe regiegroep Transmurale Zorg van het Radboudumc, die zich onder andere met deze punten bezighoudt. We onderzoeken hoe we de context van onze patiënten meer op de voorgrond kunnen krijgen. En we bekijken hoe we meer inzicht krijgen in elkaars zorg en medische dossiers.

### Het is weekend en zijn huisarts is onbereikbaar...

En we zijn goed op weg samen. Ook daarvan hebben we gelukkig genoeg voorbeelden.

Het is donderdag, vroeg in de avond. Een vrouw met verward gedrag komt via de spoedeisende hulp op onze afdeling Geriatrie. Ze is onrustig, heeft gevorderde dementie en gedragsproblemen. Haar familie is overbelast en kan niet behulpzaam zijn. Onze afdeling kan haar zo niet de juiste zorg bieden. De volgende ochtend bel ik de huisarts; hij bemiddelt tussen de familie en ons en regelt een plek in een verpleeghuis. Zo zorgen we samen voor de juiste zorg, op het juiste moment, op de juiste plek. Dát is zorg voor onze gezamenlijke patiënt.

**Yvonne Schoon**  
*klinisch geriater en afdelingshoofd  
Spoedeisende Hulp Radboudumc*





## 10

Binnen het palliatief team van het Radboudumc hebben huisartsen en medisch specialisten muren doorbroken; ze werken samen in elkaars ruimte. Zo brengt internist-oncoloog Evelien Kuip de medisch-specialistische kennis bij de patiënt thuis, en schuift huisarts Carel Veldhoven aan bij het multidisciplinair overleg. **Wat levert deze samenwerking op?**



## Wat is goed, wat kan beter en wat mist Verb1nd?

zie pag. 23

### 8

Ouderen belanden vaak onnodig op de spoedeisende hulp van het ziekenhuis. Die zorg moet en kán beter worden georganiseerd. Bijvoorbeeld door proactiever te handelen. De projectgroep **Acute zorg voor ouderen** kan hierin ondersteunen.

### 15

#### Kennisdossier

Zinnig en zuinig: recent promotieonderzoek van huisarts Martijn Rutten toont aan dat het loont als de huisartsenpost en spoedeisende hulp inniger samenwerken.

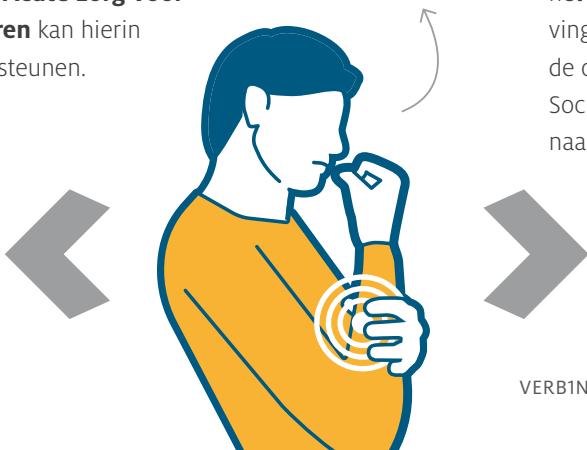
### 20

#### Interview

In de regio Nijmegen zijn er ongeveer tien verslavingsartsen. Gezien de toenemende problematiek, zijn er meer nodig, zegt **Mary Janssen van Raay**. Maar wat behelst het werk van een verslavingsarts? En, waarom is de opleiding verhuisd van Sociale Wetenschappen naar Geneeskunde?

#### VERDER

- 6** Impact: coschappen buiten het ziekenhuis
- 13** Facts & Figures
- 14** Column van Minke Nieuwboer: zzp'ers in netwerkzorg
- 19** De stelling: huisartsen zijn de dupe van oplopende GGZ-wachttijden
- 22** 1 dag van Bertine Bast
- 24** Onmisbaar

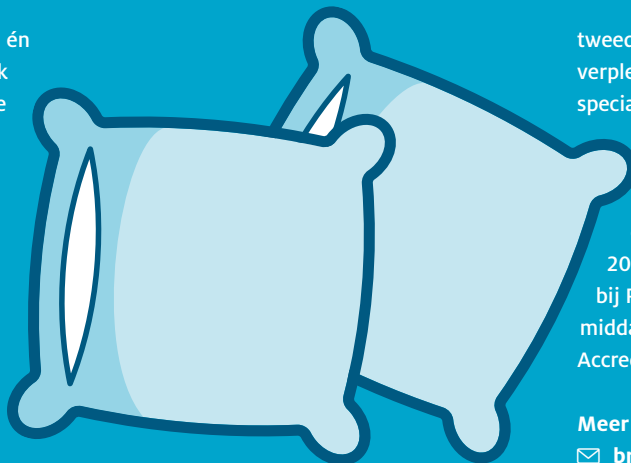


Vorm jij met je partner een transmuraal koppel?

## Bedpartners gezocht voor Pillow Talk

Om transmurale zorg beter vorm én inhoud te geven, is het belangrijk inzicht te krijgen in de praktische knelpunten. En waar worden deze nou beter besproken dan thuis...?

Het Radboudumc is daarom op zoek naar stellen waarbij een partner actief is in de regionale eerstelijnszorg (bijvoorbeeld huis-, bedrijfs-, verzekerings- of verslavingsarts, AVG of specialist ouderengeneeskunde) en de wederhelft werkt in de



tweede- of derdelijnszorg, als verpleegkundig specialist, medisch specialist of aios.

Vorm jij samen met je partner zo'n transmuraal koppel? Dan zijn jullie beiden op donderdagmiddag 30 januari 2020 van harte welkom bij Pillow Talk, een inhoudelijke middag inclusief cabaret en diner. Accreditatie is aangevraagd.

Meer informatie?

✉ [breg.braak@radboudumc.nl](mailto:breg.braak@radboudumc.nl)

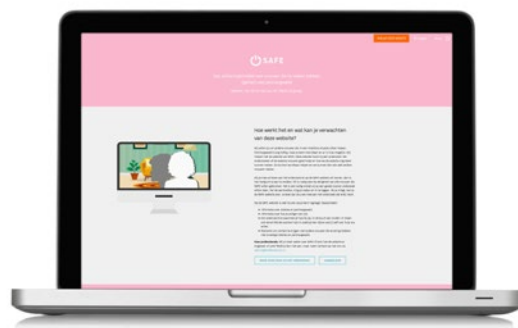


### Claudia Lobo nieuw hoofd VOHA

De Vervolgopleiding tot huisarts (VOHA) heeft een nieuw hoofd: Claudia Lobo. Als huisartsdocent, kaderarts hart- en vaatziekten en docent professionalisering heeft Claudia al sinds 2011 verschillende taken vervuld binnen VOHA. Ze volgt Lidwien Bernsen op, die zestien jaar betrokken was bij deze opleiding en dit jaar met pensioen is gegaan.

## Partnergeweld? Online hulp!

Eén op de drie vrouwen in Nederland is slachtoffer van partnergeweld. De nieuwe website SAFE Women biedt vrouwen laagdrempelig en veilig inzicht in hun eigen situatie en de hulpopties, informatie over relaties en partnergeweld, veiligheid en soorten hulp, een hulpdatabase, mogelijkheden voor contact met lotgenoten en ervaringsdeskundigen.



📄 [www.safewomen.nl](http://www.safewomen.nl)

## Vaardigheden van **de toekomst**

Het artsenvak is de laatste jaren steeds complexer geworden. Wat zijn de belangrijkste competenties waarover de basisarts van de toekomst moet beschikken? De Raamplancommissie, een vertegenwoordiging van alle Nederlandse universitair medische centra, heeft hiertoe een toekomstvisie op de nieuwe basisarts geformuleerd. Eind 2019 wordt deze door de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra vastgesteld.



Projectcoördinator van het Raamplan en opleidingsdirecteur geneeskunde Marjolein van de Pol: 'De arts van de toekomst moet

**'Artsen moeten blijven leren'**

met de veranderende wereld om kunnen gaan en de vaardigheid om continu te blijven leren onder de knie hebben.'

### OPLEIDING

## Meer focus op **communicatie**

Patiëntgerichte communicatie is van wezenlijk belang in de zorg. Studenten Geneeskunde krijgen dan ook communicatieonderwijs aangeboden. Toch is er nog veel te winnen, stelt Marianne Brouwers, huisarts en onderzoeker, die recent op dit onderwerp promoveerde. 'Studenten willen graag vaker en meer feedback op hun communicatievaardigheden in hun coschappen, ook in de kliniek. Omdat studenten in de praktijk soms andere zaken zien dan dat ze aangeleerd krijgen, zouden rolmodellen betere voorbeelden moeten geven. Het gaat dus niet alleen om aandacht voor en toetsing van patiëntgerichte communicatie in de opleiding, maar ook in

de specialisatieopleidingen en in de latere loopbaan van iedere arts. Daar ligt een uitdaging om arts-patiëntcommunicatie een volwaardig onderdeel van de opleidingen en *continuous professional development* te laten zijn. Dat willen we de komende tijd in het Radboudumc oppakken.'



### IN DE MEDIA

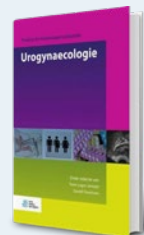
#### FAKE NIEUWS OP SOCIAL MEDIA

Op Nederlandstalige social media wordt regelmatig gepost over de veiligheid van medicijnen voor zwangere vrouwen. Veel zwangere vrouwen gebruiken deze berichten als informatiebron. Onderzoekers van het Radboudumc bestudeerden ruim 1.200 berichten op Nederlandstalige fora, blogs, Facebook en Twitter. Hieruit blijkt dat de informatie over het risico van medicijngebruik in die berichten in 43% van de gevallen niet overeenkomt met de richtlijnen met de veiligheidsrichtlijnen van de Teratologie Informatie Service.



#### BOEKENTIP: UROGYNAECOLOGIE

Dit nieuwe boek helpt bij de diagnostiek en behandeling van 35 veelvoorkomende (uro)gynaecologische klachten. Hoewel gericht op eerstelijnsprofessionals, is het boek ook geschikt voor andere zorgprofessionals die met deze thematiek te maken hebben. ELG-onderzoekers en huisartsen Toine Lagro en Doreth Teunissen stelden *Urogynaecologie* samen. Het is deel uit de reeks *Praktische huisartsgeneeskunde*.



📄 [www.springer.com](http://www.springer.com)  
(zoek op urogynaecologie)





Studiecentrum  
Radboudumc

## Coschappen buiten het ziekenhuis

'Van oudsher lopen studenten alleen coschappen in het ziekenhuis en enkele ook bij de huisarts', vertelt Marjolein van de Pol, opleidingsdirecteur Geneeskunde. 'Een aanzienlijke groep gaat echter later werken als jeugdarts, bedrijfsarts of verzekeringsarts. Sinds een klein jaar kunnen Nijmeegse geneeskundestudenten daarom hun seniorkeuzecoschap doen bij een aantal bedrijfspoli's en de GGD.'

'Ik wil later niet binnen een ziekenhuis als specialist aan de slag', vertelt coassistent Jessica Oudenampsen (op de foto). 'Ik vind de medische zorg interessant, maar wil me ook specialiseren in de sociale context van een patiënt.' Jessica volg-

de daarom een keuzecoschap bij HumanCapitalCare in Eindhoven, waar ze de kneepjes van het vak als bedrijfsarts leerde. 'Bijvoorbeeld hoe je een goed verzuimgesprek voert en hoe je iemand kunt laten re-integreren.' Coassistenten doen bij de GGD Nijmegen ervaring op als jeugdarts in wording. Op het consultatiebureau voeren ze bijvoorbeeld controles uit bij jonge zuigelingen en signaleren ze gezondheidsproblemen bij kinderen. 'Studenten zijn enthousiast over de nieuwe seniorcoschappen', vertelt Marjolein. 'Ze kunnen zo al tijdens hun studie ervaren hoe je als arts werkt in deze richtingen.' ●

Acute zorg voor ouderen moet beter

# ‘Meneer is plots kanariegeel, wat nu?’

Paniekvoetbal bij de acute zorg voor kwetsbare ouderen. Zij belanden vaak **onnodig op de spoedeisende hulp** van het ziekenhuis. Dat kan beter. Bijvoorbeeld door het gebruik van een stroomdiagram van projectgroep Acute zorg voor ouderen. ‘Vaak zijn er betere routes.’

Huisarts Marianne Dees van De Schakel in Dukenburg schetst twee voorbeelden. ‘Een dochter belt in paniek naar de huisartsenpost. Haar vader (76 jaar) met de ziekte van Parkinson kan zijn bed niet meer uit. Hij ligt in zijn urine, heeft hoge koorts ... En: een 94-jarige patiënt is plotsklaps kanariegeel en zorgafhankelijk, heeft geen kinderen en dus geen vangnet.’ Twee situaties waarbij de patiënt in de regel naar de spoedeisende hulp (SEH) zal gaan.

## BETERE ROUTES

De SEH’s raken, met steeds meer ouderen, overbelast. Maar dat is niet de reden waarom het project Acute zorg voor ouderen is opgezet, vertelt voorzitter en kaderhuisarts ouderenzorg Chantal Hensens. ‘Wij willen dat ouderen passende zorg krijgen, naar hun eigen wensen en

zo mogelijk thuis.’ In de projectgroep zijn ziekenhuizen, wijkverpleging, VVT-instellingen, Pro Persona en afgevaardigden van de huisartsenkring vertegenwoordigd. ‘Samen hebben we in kaart gebracht wat mogelijke wegen zijn om te bewandelen, als bij thuiswonende kwetsbare ouderen een acute zorgvraag ontstaat. Hier hebben we een

‘Wat is nou het grootste probleem bij die verwarde dame?’

stroomdiagram van gemaakt. Vaak zijn er meer en betere routes dan de weg naar het ziekenhuis. Wat is bijvoorbeeld het grootste probleem bij een 90-jarige dame die long-

ontsteking krijgt en verward is? Dat ze niet alleen thuis kan zijn. Dat kun je opvangen door haar met antibiotica een paar dagen ter observatie op te laten nemen op een eerstelijnsbed, om daarna zo snel mogelijk weer naar huis te gaan. Of schakel bij een zorgvraag eerder de thuiszorg in.’

## PROACTIEF

De projectgroep wil mensen bewust maken dat er meer routes zijn dan de weg naar het ziekenhuis. Daarvoor is het volgens Chantal belangrijk dat je de zorg proactief organiseert. ‘Door ouderen, wanneer ze nog stabiel zijn, te vragen naar hun wensen als het slechter mocht gaan: Wil je nog gereanimeerd worden? Wil je naar het ziekenhuis? Kies je voor een heupoperatie of wil je liever volstaan met pijnstilling, zodat je nog wel elke week naar de markt kunt lopen? En niet: wat doen we niet meer? Maar wel: wat heb je nodig om je zo goed mogelijk te blijven voelen? Het gaat om wat de patiënt wil.’ We gaan huisartsen daarbij ondersteunen, vertelt Chantal. ‘We gaan hun scholing aanbieden, zodat ze op een gemakkelijke en eenduidige wijze kunnen werken aan deze Advance Care Planning. Deze





Huisarts Marianne Dees (links) en Chantal Hensens, kaderhuisarts ouderenzorg en voorzitter projectgroep Acute zorg voor ouderen.

gegevens kunnen ze vervolgens goed invoeren in het digitale 'complexe memo'. Zodat huisartsen tijdens hun dienst op de huisartsenpost in één oogopslag in de digitale notities van collega's zien wat de wensen zijn van een patiënt die voor hen onbekend is.

Deze notities zijn nu vaak niet of onvolledig ingevuld.'

#### **KORTE LIJNEN**

Dit gaat huisartsen zeker helpen om passende keuzes te maken, verwacht huisarts Marianne Dees. In haar praktijk in de Nijmeegse

wijk Dukenburg werken ze al jaren met een soortgelijk ouderenzorgprogramma. 'Goed dat alle praktijken in de regio hierin nu ondersteuning krijgen. Wij hebben alle kwetsbare ouderen al in kaart gebracht met hun behandelwensen. Daar ging aanvankelijk veel tijd in zitten, maar nu levert het juist tijd op. We hebben korte lijnen met de wijkzorg, fysiotherapeuten en bijvoorbeeld maatschappelijk werkers. Via een hulpverleners-app, uiteraard in een beveiligde digitale overlegomgeving, stemmen we met elkaar af. Je leert zo te denken vanuit verschillende perspectieven. En belangrijk, patiënten voelen zich "gedragen" omdat er een netwerk voor hen onder ligt. Van paniekvoetbal is nog zelden sprake. Samen zetten we schijnbaar acute zorgvragen nu veel sneller om in een plan van aanpak, dat aansluit bij de wensen van de oudere.' ●

#### SYMPOSIUM ACUTE OUDERENZORG

### **Denken, doen of allebei?**

Ouderen willen de juiste zorg op de juiste plaats. Ook bij acute zorgvragen. Onze 'zorgreflex' is: direct handelen. Proactief inrichten van ouderenzorg kan deze reflex voorkomen. Onder leiding van zorgtrainer Jeroen de Blij werk je op een bijzondere en interactieve manier aan dit dilemma tijdens dit symposium.

**Datum:** 21 november, 16.00-20.30 uur

**Plaats:** Hotel Van der Valk, Hertog Eduardplein 4, Nijmegen-Lent.

**Informatie:** [ocenijmegen.nl/scholingsagenda](https://ocenijmegen.nl/scholingsagenda)

‘Ik haal de huisartsen het Radboudumc binnen’, zegt huisarts **Carel Veldhoven**. ‘En ik breng de medisch-specialistische kennis bij de patiënt thuis’, vult internist-oncoloog **Evelien Kuip** aan. Binnen het palliatief team van het Radboudumc komen hun werelden samen. Maar, hoe werkt dat in de praktijk? En wat levert zo’n samenwerking op?

Ruim tien jaar geleden liep Carel het teamhoofd van het palliatief team tegen het lijf. Ze raakten in gesprek over elkaars werk en vonden elkaar in de overtuiging dat je een goede behandeling voor de patiënt samen uitvoert. Zo weet een huisarts vaak meer over de thuissituatie van de patiënt, terwijl de medisch specialist specifiekere kennis heeft over mogelijke behandelmethodes. Dat ene gesprek leidde tot de aanstelling van Carel binnen het palliatief team, met als doel de samenwerking met huisartsen op gang te brengen.

#### **COMPLETER BEELD**

**CAREL:** ‘Tijdens een multidisciplinair overleg bespreekt het palliatief team de complexe patiënten. Hierbij heb ik de afgelopen jaren vaak opgeworpen dat contact met de huisarts zorgt voor een completer beeld van de patiënt. We leveren namelijk goede zorg als we de behandeling van de patiënt holistisch benaderen en hiervoor met elkaar samenwerken. De meerwaarde hiervan wordt nu gelukkig steeds meer gezien en gewaardeerd. Als gevolg hiervan hoor ik ziekenhuisartsen steeds vaker zeggen dat ze bij patiënten met een complex

Huisarts en medisch specialist breken door de muren heen

# Zo versterken samen de

**Evelien Kuip** (links, 39) werkt sinds 2015 als internist-oncoloog bij het Radboudumc. Hier is zij werkzaam binnen de afdelingen Medische Oncologie en Anesthesiologie, Pijn en Palliatieve Geneeskunde.

**Carel Veldhoven** (60) is huisarts en mede-eigenaar van Huisartsenpraktijk Berg en Dal. Daarnaast is hij gespecialiseerd in palliatieve zorg en werkt sinds 2008 in het Radboudumc als arts binnen het palliatief team.

# ken ze zorg



verhaal de huisarts bellen voor meer informatie. Dat is een zeer positieve ontwikkeling.'



'We leveren goede zorg als we de behandeling holistisch benaderen'

Carel Veldhoven

## BIJ DE PATIËNT THUIS

**CAREL:** 'Naast bellen, nodigt het palliatief team de huisarts ook uit bij het multidisciplinair overleg. Zo stellen we samen het optimale behandelplan voor de patiënt op.'

**EVELIEN:** 'Omgekeerd brengen de medisch specialisten uit ons team samen met de huisarts een eenmalig bezoek bij de patiënt thuis. Deze beslissing wegen we van tevoren zorgvuldig af, aangezien we als ziekenhuisartsen niet bij alle patiënten op huisbezoek kunnen gaan. Vaak doen we dit alleen bij patiënten waarbij het niet wenselijk of haalbaar is om naar het ziekenhuis te komen en die binnen een redelijke afstand van het Radboudumc wonen. Ook moeten er geen aanvullende onderzoeken nodig zijn. We kunnen niet bij iemand thuis röntgen- of labonderzoek verrichten.'

## FRISSE BLIK

**EVELIEN:** 'Het fijne van een gezamenlijk huisbezoek voor de patiënt is dat deze ziet dat de huisarts en de medisch specialist echt contact met elkaar hebben. Dat ze elkaar kennen, geeft de patiënt een zekere rust.'

**CAREL:** 'Voor ons als huisartsen geldt dat wij sommige patiënten al heel lang kennen. Soms loop je dan met zo'n patiënt even vast. Met de frisse blik van de medisch specialist kun je het behandeltraject weer een goede richting op sturen. Ook komt het voor dat wij als huisartsen gevraagd worden een bepaalde handeling bij de patiënt

te verrichten, bijvoorbeeld vocht weghalen uit de buik. Als je dat als huisarts pas drie keer tijdens je loopbaan hebt hoeven doen, dan is het fijn als de medisch specialist dit bij een huisbezoek nog eens voor doet. Zo wordt de kennis van de huisarts ook weer opgefrist.'



'Door even langs te fietsen, voorkom je duurdere zorg'

Evelien Kuip

## Uit de praktijk

**Birgit Bertholet, huisarts bij Huisartsenpraktijk Bertholet in Nijmegen:** 'Een patiënt van mij in een pre-terminale situatie had zoveel pijn dat hij euthanasie wilde. Voor mijn gevoel was dit nog te vroeg. Vervolgens nodigde het palliatief team mij uit voor een multidisciplinair overleg. Mijn patiënt en ik waren beiden onder de indruk dat zoveel artsen vanuit verschillende disciplines zich samen bogen over deze situatie. Na dit overleg en het gezamenlijke huisbezoek zijn er alsnog behandelopties tegen de pijn vastgesteld. Mijn patiënt heeft nu weer meer perspectief.'

**EVELIEN:** 'Zo'n handeling thuis verrichten scheelt weer een ambulance en een dagopname. Door even langs te fietsen voor een eenmalig huisbezoek voorkom je duurdere zorg. De huisarts en medisch specialist stemmen veel zaken direct af tijdens zo'n huisbezoek. Deze tijdsbesparing komt uiteindelijk de kwaliteit van de zorg weer ten goede.'

## EÉN STEM

**CAREL:** 'Duidelijk communiceren is tijdens een gezamenlijk huisbezoek belangrijk. De patiënt wil namelijk weten wie in het vervolg het aanspreekpunt is. In de praktijk is dit meestal de huisarts. Kom je er tijdens een gezamenlijk consult niet direct uit met de andere arts? Overleg even buiten de patiënt om wat de beste vervolgstappen zijn en spreek uiteindelijk met één stem richting de patiënt.'

**EVELIEN:** 'Een huisbezoek samen met de huisarts geeft echt een extra dimensie aan je eigen vak. Door een kijkje in de woonkamer van de patiënt krijg je soms waardevolle informatie die je binnen de ziekenhuismuren niet had gekregen, maar die wel kan bijdragen aan een beter behandelplan. Uiteindelijk willen we allemaal dat het voor de patiënt goed geregeld is. Daar heb je elkaar bij nodig.'

**CAREL:** 'Het belang van de patiënt staat natuurlijk altijd voorop. Daarom is het goed als medisch specialisten weten dat ze de hulp van de huisarts kunnen inschakelen en omgekeerd. Binnen het palliatief team komen deze twee werelden samen. Dat is de kracht van onze aanpak.' ●

## Vragen of reageren?

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

# Nieuw AVG-portaal voor huisartsen

Nu duizenden mensen met een beperking geen huisarts hebben, of hun huisartszorg dreigen kwijt te raken, stuurden overkoepelende organisaties een brandbrief aan minister De Jonge. Daarnaast voelen ook huisartsen zich niet genoeg toegerust om zorg te bieden aan verstandelijk beperkte patiënten. Voor hen wordt binnenkort AVG-portaal **avgartsportaal.nl** gelanceerd.

## WANNEER IS IEMAND VERSTANDELIJK BEPERKT?



## 3-3,5%

van de patiënten van een huisartsenpraktijk in het Rijk van Nijmegen heeft een verstandelijke beperking. Landelijk is de prevalentie ongeveer 2%. Slechts 0,4% hiervan is als zodanig geregistreerd in huisartsendossiers.

Vanuit een **AVG-poli** kan de arts voor verstandelijk gehandicapten de huisarts ondersteunen met kennis, en/of de zorgregie overnemen. In Nederland bestaan 77 AVG-poli's. In de **regio Rijk van Nijmegen** zijn er 3.



[i](#) Wil je weten waar?

Ga naar [nvavg.nl/zoek-een-polikliniek-op-de-kaart](https://nvavg.nl/zoek-een-polikliniek-op-de-kaart)

[i](#) Half november gaat **avgartsportaal.nl** als onderdeel van **artsportaal.nl** van start. De informatie wordt beschikbaar gesteld door de AVG-artsen van het Radboudumc.

**Minke Nieuwboer**, adviseur van de Adviesgroep Procesverbetering en Implementatie bij het Radboudumc en coördinator DementieNet bij Radboudumc Alzheimer centrum.

## Zzp'ers in netwerkzorg

Recent las ik in de krant dat het aantal zzp'ers weer verder is toegenomen. En in de zorg zelfs explosief. Ik snap dat wel. Verpleging is een schaars artikel. De markt is nu goed, je hebt veel autonomie, kiest je eigen werktijden, en het wordt goed betaald. Dat gun ik iedereen.

### De basis van goede samenwerking is ook: elkaar kennen

Toch kreeg ik ook meteen een onrustig gevoel. Ik ben zelf betrokken bij netwerksamenwerking in de eerste lijn rond kwetsbare ouderen en dementie in het Radboudumc Alzheimer centrum. De basis van goede samenwerking, ook transmuraal, is elkaar kennen, vertrouwen, goede werkafspraken maken, stabiliteit en continuïteit creëren. Je wilt dat jouw patiënt bij een ander in

goede handen is. Dat zit in heel subtiele dingen. Uit onderzoek weten we dat wisseling van professionals voorspellend is voor de kwaliteit van zorg en samenwerking. Met 'loslopende' professionals is het moeilijker samenwerken en dat is niet goed voor – uiteindelijk – de patiënt.

De zzp'ers vormen in de netwerkenadering een nieuwe dimensie. Een tegengestelde beweging zelfs, waarvan het effect nu nog niet duidelijk is. Begrijp me goed, ik ben ervan overtuigd dat zzp'ers deskundig zijn en met de beste intenties hun werk doen. Maar het gaat er mij om hoe we die krachten omarmen en moeten organiseren. Aan de zzp'ers dus de taak om bij een nieuwe patiënt contact te leggen met de huisarts, zodat ze weten wat het plan is en hun zorg daarop kunnen afstemmen. We moeten er met zijn allen van bewust blijven hoe belangrijk goede samenwerking is voor onze zorg. ●



# ZINNIG & ZUINIG

Innigere samenwerking in spoedzorg



---

**17** procent van de spoedeisende-hulpbezoekers zijn mensen zonder verwijzing (zelfverwijzers)

Bij **75** procent van de zelfverwijzers kan de zorg door de huisartsenpost worden geleverd

---

# Zorg op de spoedeisende hulp is vaak onnodig

**In zijn promotieonderzoek bracht huisarts Martijn Rutten de samenwerking tussen huisartsenpost en de spoedeisende hulp in kaart. En wat blijkt? Een innigere samenwerking binnen de gehele spoedzorg is zinnig: 'De potentiële winst is groot.'**

In toenemende mate vestigen huisartsenposten (die 's avonds, 's nachts en in het weekend de spoedzorg door de huisarts bieden) zich in de nabijheid van de spoedeisende hulp. Hiermee ontstaan kansen voor verdere samenwerking tussen die post en de spoedeisende hulp. En die samenwerking loont. Dat zien we bijvoorbeeld bij zelfverwijzers, mensen die zonder verwijzing de spoedeisende hulp bezoeken. 17 procent van de SEH-bezoekers is zo'n zelfverwijzer. Deze zelfverwijzers hebben echt niet altijd die acute specialistische hulp nodig, vaak volstaat de hulp van een huisarts. Martijn Rutten: 'We hebben in feite een interventie gedaan met deze

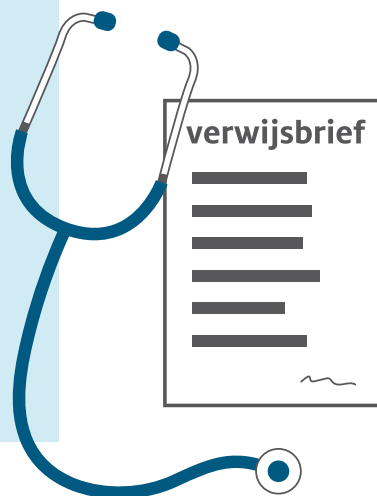
groep. Op het moment dat iemand zonder verwijzing de spoedeisende hulp binnenkwam, hebben we

**'Huisartsen die röntgendiagnostiek toepassen, verwijzen maar 40% van de mensen door'**

diegene doorgestuurd naar de huisartsenpost. En wat blijkt? Maar liefst driekwart van de zelfverwijzers die we doorsturen naar de huisartsenpost blijft ook daar, en had dus eigenlijk helemaal geen

## Huisarts: goedkoper en sneller

Als een zelfverwijzer naar de huisartsenpost gaat in plaats van naar de spoedeisende hulp, dan kost de zorg zo'n drie keer minder. Maar veel zelfverwijzers lijken niet te beseffen dat het voor hen zelf veel duurder is om naar de spoedeisende hulp te gaan. Martijn Rutten: 'Bij de huisarts vallen de kosten buiten het eigen risico, behalve een röntgenfoto, maar dat kost een paar tientjes. Terwijl een bezoek aan de spoedeisende hulp bijna altijd je hele eigen risico opslokt. Afhankelijk van de behandeling kan het voor een verwezen patiënt die niet door de huisarts geholpen kan worden, oplopen tot zeshonderd of duizend euro.' En dat terwijl de huisarts ook sneller kan zijn. 'In ons onderzoek zagen we dat patiënten die een röntgenfoto nodig hebben en uiteindelijk geen spoedeisende hulp behoeven tot wel de helft minder lang hoeven te wachten. En ze waardeerden die hulp ook beter.'





zorg in het ziekenhuis nodig. We hebben overigens bevestigd in vervolgonderzoek dat de zorg die ze bij de huisarts kregen goed was, en dat dit een veilige stap was.'

De vraag is waarom die zelfverwijzers dan wel op de spoedeisende hulp terechtkomen. Uit eerder onderzoek blijkt dat dat ongerustheid kan zijn, maar de zelfverwijzer kan ook het idee hebben die diagnostiek nodig te hebben. 'De meeste zelfverwijzers zijn jonge mensen tussen de twintig en veertig, met bijvoorbeeld een sportblessure of een huis-tuin-en-keuken-ongelukje. Waarschijnlijk is het deels onwetendheid dat zij dan onnodig naar de spoedeisende hulp gaan, maar misschien is het ook wel gemak. Bij de huisarts word je namelijk eerst ondervraagd en wordt een afspraak ingepland.' Wat de reden ook is, onnodige belasting van de spoedeisende hulp post zorgt voor meer werkdruk en langere wachttijden. In het samenspel tussen huisarts en spoedeisende hulp is een bijzon-

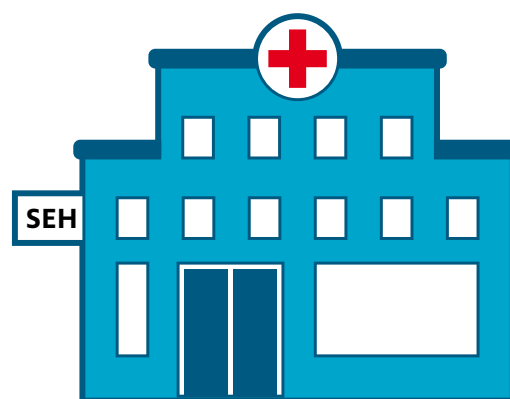
dere rol weggelegd voor de röntgen-diagnostiek. Want ook al bezoeken mensen terecht als eerste de huisartsenpost, wanneer de dienstdoende arts vermoedt dat er een breuk of ontzetting in het spel is, dan kan er niet zomaar een röntgenfoto worden aangevraagd.

### EFFICIËNT

Rutten: 'De huisarts moet al deze patiënten dan naar de spoedeisende hulp sturen, waar vervolgens een röntgenfoto gemaakt kan worden en een verdere behandeling wordt geboden. Dat is niet altijd efficiënt, want als uit de foto geen breuk blijkt, had de patiënt door de huisarts behandeld kunnen worden.' Het lijkt dus efficiënter om de huisartsenpost de mogelijkheid te geven direct röntgenfoto's te kunnen laten maken. 'Dat is wel wat we zien', zegt Rutten. 'Bij huisartsen die zelf röntgendiagnostiek kunnen toepassen, wordt uiteindelijk maar 40 procent van de mensen die een röntgenfoto nodig hebben, doorverwezen.'

### Formalisieren?

De werkelijkheid van de spoedeisende hulp is niet zo zwart-wit als hij vaak lijkt en dat werkt twee kanten op. Martijn Rutten: 'Bij het willen veranderen van het systeem zijn er altijd partijen die hun belangen zien veranderen, en die daardoor in verzet komen. Dat maakt het lastig. Aan de andere kant zijn er nu ook ambulances die soms een patiënt bij de huisartsenpost afleveren omdat er geen acute zorg nodig is, terwijl daar juist geen protocollen voor zijn. Er is echt nog veel te winnen voor de samenwerking als we die informele oplossingen kunnen formaliseren, en tegelijkertijd goed omgaan met de gebruikelijke weerstand. Daar zouden we lokaal eens mee kunnen gaan experimenteren en het vervolgens groter aanpakken.'





## Cijfers

Nederland had in 2018  
**118 huisartsenposten (HAP).**

**63%** daarvan zat in, of op loopafstand van, een ziekenhuis.

De kosten voor een bezoek van een zelfverwijzer aan een HAP zijn gemiddeld **€217** (incl. follow-up).

De factuur voor patiënten die na de HAP worden doorverwezen naar de spoedeisende hulp bedraagt gemiddeld **€654** (incl. follow-up).

En 60 procent blijft dus bij de huisarts. Dat scheelt enorm in de belasting voor de spoedeisende hulp.' Bovendien speelt het ook in op de redenen die zelfverwijzers lijken te hebben. 'Veel zelfverwijzers gaan direct naar de spoedeisende hulp omdat ze denken dat ze de diagnostiek nodig hebben. Als je die direct bij de huisarts kunt bieden dan is dat ook een signaal naar hen dat ze beter eerst de huisartsenpost kunnen proberen. Ongeveer de helft van de zelfverwijzers die toch bij de spoedeisende hulp terecht komt, komt daar voor een röntgenfoto,

€?  
eigen risico

dus de potentiële winst is groot.'

Al met al ziet Rutten genoeg reden voor een betere samenwerking tussen de huisartsenpost en de spoedeisende hulp. 'Op basis van mijn onderzoek denk ik dat elke spoedeisende hulp een samenwerking zou moeten hebben met een huisartsenpost in een spoedpost, zodat het aantal niet-noodzakelijke specialistische consultaties op de spoedeisende hulp naar beneden kan. We doen heel

## 'We doen heel veel dingen dubbel, en dat hoeft niet'

veel dingen dubbel, en dat hoeft niet.' Uiteraard zijn er nog wel wat praktische bezwaren aan de invulling van zo'n groots plan. Bijvoorbeeld, hoe weet de burger straks waar hij heen moet met zijn mischien niet zo spoedeisende vraag?

### APART TELEFOONNUMMER

'Misschien moet je wel een apart telefoonnummer hebben voor medische spoedgevallen, zodat je niet meer hoeft te kiezen tussen de huisarts en de spoedeisende hulp en de ambulance, maar dat er vanaf die centrale plek besloten kan worden waar de patiënt het beste heen kan.' Er zal nog veel moeten gebeuren voor dit werkelijkheid wordt, maar voor Martijn Rutten staat als een paal boven water: 'De samenwerking tussen de huisartsenpost en de spoedeisende hulp in de vorm van een spoedpost heeft grote meerwaarde voor zowel de patiënt als de professional.' ●



**Martijn Rutten** (1982) is als huisarts verbonden aan Radboudumc/UGC Heyendaal. Hij promoveerde onlangs met het onderzoek *Acute primary care in the Netherlands; the cooperation between general practitioner cooperatives and emergency departments*, dat hij deed vanuit de afdeling IQ Healthcare van het Radboud Institute for Health Sciences.

### Meer weten?

Lees het proefschrift van Martijn Rutten op de website van de Radboud Universiteit:

📄 <http://hdl.handle.net/2066/206292>

De Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) kent lange wachttijden. Veel patiënten komen bij de huisarts terecht met psychische klachten. Kan de eerste lijn deze stroom van patiënten wel aan?

## STELLING

# Huisartsen zijn de dupe van olopemde GGZ-wachttijden



**Nadja Joosen**  
huisarts in Nijmegen

‘Die wachttijden zijn vooral een probleem voor patiënten, zij moeten immers lang op de juiste GGZ-zorg wachten. Daarnaast blijven wij vanuit onze rol betrokken bij patiënten en komt dus veel van de zorg die elders zou moeten plaatsvinden op ons bord. Dat is een belasting voor ons; het is

*‘Het is erg frustrerend’*

een ander type zorg dan de generalistische eerstelijnszorg waar we als huisarts voor staan. In veel gevallen doet het ook geen recht aan wat de patiënt nodig heeft. Voor huisartsen is dat erg frustrerend. We hebben wel een samenwerking met het sociale domein via de sociale wijkteams. We overleggen met hen hoe we deze kwetsbare groep kunnen helpen. Maar deze teams zijn, met lange wachttijden van vier maanden, ook onder druk komen te staan.’



**Errez Bar**  
GGZ-psycholoog en praktijkhouder,  
werkzaam in eerste lijn

‘Omdat wij, psychologen, langer dan noodzakelijk behandelen, staan onze cliënten minder snel op eigen benen, én kunnen we minder mensen helpen. En mensen gaan naar de huisarts als ze verder nergens terecht kunnen. Die ondervinden dus veel last van de wachttijden. Daarom ben ik het deels eens met de stelling. Daarnaast behandelt de praktijkondersteuner GGZ soms langer dan thuishoort in de huisartsenpraktijk. Als hij na een aantal gesprekken niet verder komt, verwijst hij de cliënt door naar de Basis GGZ. Daar moet

*‘Zorg moet naar de juiste plek’*

de cliënt dan opnieuw beginnen. Zo is het weer moeilijker de patiënt snel vooruit te helpen. Maar ook de GGZ zelf is de dupe, want die kan niet op tijd de zorg bieden die ze zou willen geven. Uiteindelijk is de hulpvrager zelf het meest de klos. De zorg zou op de juiste plek moeten worden geboden.’



**Indira Tendolkar**  
psychiater Radboudumc

‘De huisarts krijgt meer op z’n bordje, maar ik denk dat er mogelijkheden zijn om wachttijden te verkorten. Het netwerk van de huisarts, de spin in het web, is ook erg belangrijk. Huisartsen waar wij consulten lopen, weten mij en collega-psychiaters ook op vrijdagmiddag te vinden als hun patiënt in crisis zit. Wij spreken daarnaast regelmatig met het team in deze huisartsenpraktijken, waarbij we overleggen

*‘Wachttijd verkorten is mogelijk’*

hoe we de zorg voor patiënt het beste kunnen afstemmen. Dat voorkomt onnodige verwijzingen naar de tweede lijn. Ook kunnen we bestaande eerstelijns mogelijkheden meer gebruiken, zoals eHealth (online therapie). Zo zijn we nu bezig met depressiebehandelingen op afstand. Als je deze op tijd inzet, kun je misschien voorkomen dat een situatie verergert. Een patiënt hoeft daardoor niet naar de GGZ.’

### Vragen of reageren?

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



De opleiding tot verslavingsarts valt sinds 1 september inhoudelijk én organisatorisch onder Radboudumc-afdeling Eerstelijns geneeskunde. Hoofdopleider Mary Janssen van Raay over de opleiding, de samenwerking met de eerste lijn en het fascinerende van de verslavingszorg.

# ‘Verslaving is een ingewikkelde puzzel’

*Kun je vertellen wat de opleiding tot verslavingsarts inhoudt?*

‘In deze tweejarige master leiden we basisartsen op tot verslavingsarts. Als verslavingsarts behandel je mensen die verslaafd zijn aan

**‘Er melden zich meer mensen met een verslaving’**

bijvoorbeeld alcohol, drugs, opiaten of pijnstillers, maar ook aan gamen. Je leert psychische, lichamelijke en sociale problemen van een patiënt

in kaart te brengen. Ook worden je gespreksvaardigheden getraind en getoetst en leer je de laatste wetenschappelijke inzichten in de verslavingsgeneeskunde.’

*De opleiding is verhuisd van Sociale Wetenschappen naar Geneeskunde. Welke kansen biedt dit?*

‘We kunnen het medisch perspectief nog meer verduidelijken. Twaalf jaar geleden is de opleiding gestart vanuit Sociale Wetenschappen. Bij verslaving spelen echter naast gedrag allerlei neurologische, farmacologische en psychiatrische aspecten, waardoor dit echt een medische discipline is. We kunnen

nu meer de samenwerking opzoeken met andere medische disciplines. Ook kunnen we bijvoorbeeld het interprofessioneel leren met huisartsen en verzekeringsartsen in opleiding vormgeven.’

*Speelt verslaving tegenwoordig meer een rol?*

‘Ja, er melden zich meer mensen met een verslaving. Het veelvuldig drinken van alcohol is minder getolereerd in de samenleving. Mogelijk zoeken hierdoor meer mensen hulp. Ook neemt de verslaving aan opiaten en pijnstillers toe. Tot slot is cocaïnegebruik veel “normaler” geworden dan twintig jaar geleden.

Een gewoonte is niet meteen een verslaving, maar daar begint het wel mee.'

*Op welke manier werkt de verslavingsarts samen met de eerste lijn? Gaat dit veranderen?*

'Nu gebeurt het vooral nog op consultbasis. De huisarts vraagt de verslavingsarts om advies, bijvoorbeeld als een patiënt op het spreekuur komt die niet van de pijnstillers af komt. Wat kun je als huisarts doen om dit af te bouwen, of verwijst je door? In Brabant begint

## 'Huisartsen zijn geschikt voor dit vak'

een pilot waarbij de verslavingsarts een dagdeel in de huisartspraktijk werkt. Zo kunnen patiënten sneller geholpen worden. Landelijk zijn er echter te weinig verslavingsartsen om buiten de muren van hun eigen verslavingszorginstelling te werken.'

*Er zijn dus meer verslavingsartsen nodig?*

'Ja, in Nederland zijn er ruim tweehonderd, in de regio Nijmegen ongeveer tien. Gezien de toenemende verslavingsproblematiek,

moeten we meer mensen opleiden. Het streven is om elk jaar zestien nieuwe verslavingsartsen "af te leveren". Nu volgen vijftien artsen het eerste jaar, twintig het tweede jaar. Dit zijn vooral artsen in het midden of einde van hun carrière. Huisartsen hebben een goed profiel voor dit vak, gezien hun goede gespreksvaardigheden en hun diagnostische kennis. Jonge basisartsen kiezen er te weinig voor om verslavingsarts te worden. We moeten geneeskundestudenten daarom meer enthousiasmeren voor dit mooie vak.'

*Wat maakt dit voor jou zo'n prachtig vak?*

'Verslaving is hoogcomplexere zorg, een ingewikkelde puzzel. Wat gaat er in iemands hoofd om, is er psychiatrische problematiek? Welke neurologische verschijnselen treden op? Welke werking hebben bepaalde drugs of medicijnen in iemands lichaam? Je moet al die puzzelstukjes leggen om te weten welke behandeling nodig is. Daarnaast zijn het mensen met een verhaal. Niemand denkt op een dag: ik wil verslaafd worden. Er gaat vaak veel leed aan vooraf. Hulp bieden aan deze mensen, zodat ze hun autonomie kunnen herwinnen, maakt dit werk heel waardevol.' ●

### Vragen of reageren?

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

## Master in Addiction Medicine

De opleiding tot verslavingsarts (Master in Addiction Medicine) is een postacademische tweejarige master. Als toekomstig verslavingsarts leer je de nieuwste wetenschappelijke inzichten in de verslavingsgeneeskunde en pas je je kennis en vaardigheden toe in kenmerkende beroepssituaties. Je volgt één dag per week onderwijs in Nijmegen, de andere drie of vier dagen werk je in de praktijk. Het Radboudumc verzorgt als enige plek in Nederland deze opleiding.

📄 [www.radboudumc.nl/onderwijs/scholingen/vervolgopleiding-tot-verslavingsarts-knmg](http://www.radboudumc.nl/onderwijs/scholingen/vervolgopleiding-tot-verslavingsarts-knmg)

Wie zijn de professionals in ons netwerk? Wat doen ze? En met wie werken ze samen? In deze rubriek volgen we ditmaal een dag van **Bertine Bast** (33), huisarts en oprichter van de gloednieuwe praktijk Bast & Van Damme in Nijmegen-Noord (waarover ze blogt: [praktijkmanagement.health.blog](http://praktijkmanagement.health.blog)). Ook is Bertine juniordocent bij Eerstelijns geneeskunde in het Radboudumc.



07.30 uur

Op weg naar mijn werk. 1 juni zijn we begonnen met onze nieuwe praktijk in de Waalsprongpoli van het CWZ, we zijn daarom vijf dagdelen per week open.



09.00 uur

We starten met een korte dagbespreking, waarna ik een patiënt voor een kennismaking zie. Ik vind het prettig om onze nieuwe patiënten op deze manier te leren kennen.



10.12 uur

Omdat we voor het eerst de griepvaccinatie voor onze patiënten organiseren, loop ik met onze assistente de patiëntenlijst door. Ook bespreken we hoe wij hen zullen informeren. We besluiten de patiënten te mailen.

11.15 uur

Naast patiëntenzorg ruim ik veel tijd in voor de praktijkorganisatie. Zo maak ik een protocol over de verwerking van herhaalrecepten, en bespreek ik met collega Rob van Damme de manier waarop wij de zorg voor patiënten met een chronische aandoening willen organiseren.



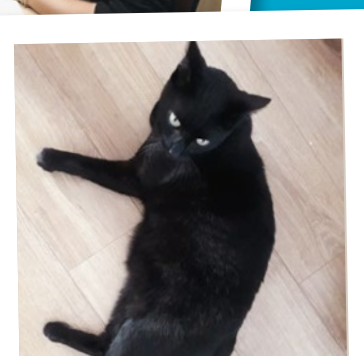
11.45 uur

Assistente Marije heeft haar eigen plek, naast de spreekkamer. Zij regelt nu de aanmeldingen van nieuwe patiënten en het verkrijgen van medische dossiers.



13.40 uur

Onderwijs voorbereiden. Ik laat de meest voorkomende vaardigheden in de huisartsenpraktijk zien, daarna oefenen de co-assistenten zelf.



20.45 uur

De dag eindigt thuis. Als de kinderen op bed liggen, drink ik een kopje thee. De kat springt op de bank en begint rustig te spinnen.

## 2019 NOVEMBER

**29 NOVEMBER** Om 10.30 uur verdedigt **Claudia Smeets**, onderzoeker bij de afdeling Eerstelijns-geneeskunde, haar proefschrift *Psychopharmacological treatment of neuropsychiatric symptoms: proper prescription in perspective*.

[www.ru.nl](http://www.ru.nl) (via Onderzoek, Actueel, Promoties)

## DECEMBER

**17 DECEMBER** **Marleen Lovink**, onderzoeker bij de afdeling IQ Healthcare, verdedigt om 14.30 uur haar proefschrift *The impact and organization of skill mix change in healthcare for older people: substituting physicians with nurse practitioners, physician assistants or nurses*.

[www.ru.nl](http://www.ru.nl) (via Onderzoek, Actueel, Promoties)

## 2020 JANUARI

**17 JANUARI** **Marloes Heutmekers**, onderzoeker bij de Academische werkplaats Sterker op eigen benen, verdedigt om 10.30 uur haar proefschrift *Out-of-hours primary care for people with intellectual disabilities: Out-of-sight, out-of touch, out-of mind*, over de verbetering van de eerstelijnszorg in de avonden, nachten en weekenden voor mensen met een verstandelijke beperking.

[www.ru.nl](http://www.ru.nl) (via Onderzoek, Actueel, Promoties)

**30 JANUARI** Vorm jij samen met je partner een transmuraal koppel? Dan zijn jullie van harte welkom op de Pillow Talk-bijeenkomst over transmurale zorg (zie pagina 4-5).

## APRIL

**16 APRIL** **Debby Gerritsen**, hoogleraar Welbevinden kwetsbare ouderen en mensen met een chronische ziekte in de langdurige zorg (Eerstelijns-geneeskunde) spreekt haar inaugurele rede uit. Voorafgaand aan deze rede vindt het jaarlijkse symposium van het Universitair Kennisnetwerk Ouderengeneeskunde Nijmegen (UKON) plaats.

### LEZERSONDERZOEK

## Wat wil jij lezen in Verb1nd?

Lezers-  
onderzoek  
Doe je  
mee?

Je leest nu de vierde editie van *Verb1nd*, het relatiemagazine voor én door eerstelijnspartners van het Radboudumc. Zijn er specifieke onderwerpen waar je meer aandacht voor wilt? Mis je bijvoorbeeld informatie over verpleeghuiszorg, of wil je juist een bredere aanpak van onderwerpen? Of, zou het magazine vaker moeten verschijnen? Heb je hier ideeën over? Of, vind je *Verb1nd* juist goed? Dat horen we graag via het *Verb1nd*-lezersonderzoek!

In slechts 5 minuten kun je je wensen, ideeën en gedachten doorgeven.

We maken *Verb1nd* tenslotte voor (en met!) jou; we willen graag dat het zoveel mogelijk aansluit bij jouw wensen.

#### DEELNEMEN?

##### Online enquête (5 minuten):

Heb je weinig tijd maar wil je wel je ideeën kwijt? Ga dan naar

[www.radboudumc.nl/verb1nd](http://www.radboudumc.nl/verb1nd) en vul de enquête in.

##### Telefonisch interview (20 minuten)

Vind je het zinnig om dieper in te gaan op de vragen? Mail naar [verb1nd@radboudumc.nl](mailto:verb1nd@radboudumc.nl). We maken dan een afspraak voor een telefonisch interview op een tijdstip dat jou goed uitkomt.

**Ga nú naar [www.radboudumc.nl/verb1nd](http://www.radboudumc.nl/verb1nd) en help ons *Verb1nd* te verbeteren!**



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

Een cadeau met een boodschap. Huisarts Kees Lindeman kreeg dit beeldje bij het behalen van zijn artsexamen van zijn ouders. De bijgaande mededeling was helder: 'Opdat je Nijmegen niet zult vergeten. En, vergeet niet de moraal van het originele mirakel: hoezeer de mens ook zondigt, hij/zij kan altijd vergiffenis krijgen...'

Al sinds 1983 staat Mariken op zijn bureau in de spreekkamer. 'De boodschap is nog even actueel als toen. En ik heb die boodschap altijd ter harte genomen: Nijmegen ben ik altijd trouw gebleven, en ik ben er

**'Mariken herinnert me aan het goede in de mens'**

in mijn praktijk altijd vanuit gegaan dat de meeste mensen deugen, dat de mens een vriendelijk wezen is dat je

serieus moet nemen. Dat heeft mij in de loop van jaren mooie, dierbare contacten opgeleverd met mensen die veelal niet in prettige omstandigheden zijn.

Dat ik daarin met hen mocht meelopen, ontroert mij nog steeds. En gelukkig wordt er tijdens mijn spreekuur ook veel gelachen. Ieder patiëntcontact vind ik nog steeds een feestje. Mariken, die ik ook gebruik als presse-papier, is van al die gesprekken een stille getuige.'

Eenmaal viel Mariken van haar sokkel en brak ze haar voet. 'Maar de beeldhouwende vader van mijn toenmalige coassistent heeft haar weer versterkt op de been gekregen. Ze kan er weer jaren tegen, ook al verlaat ze – samen met mij – over niet al te lange tijd mijn spreekkamer.' ●



Mariken van Nijmegen (brons, naar het werk van beeldhouwster Vera van Hasselt, dat op de Grote Markt in Nijmegen staat)



### Kees Lindeman

werkt sinds 1985 als huisarts in Lindenholt, nu in Medisch Centrum Onder de Linde. In de loop van 2020 gaat hij met pensioen. Het beeldje gaat dan zeker mee naar huis: 'Ze heeft me al die jaren goed gezelschap gehouden.'