

Wie behandelt **long-covid-patiënten?**

Pag 14 • leestijd 2,30 min

Kennisdossier:
kwetsbare ouderen

Pag 15 • leestijd 5,10 min

Bertine Lahuis: 'Reguliere
zorg **opgeschaald**'

Pag 20 • leestijd 2,50 min

Verb1nd.

VOORJAAR 2021

Specialist Ouderengeneeskunde
Daniëlle Gommers en student
Geneeskunde Annelies Ekelmans
over het tekort aan
eerstelijnspecialisten:

**'Bij veel
studenten
speelt status
een rol'**

Pag 10 • leestijd 4,50 min



Colofon

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

Redactie Beatrijs Bonarius (hoofd-redacteur), Pieter Matthijssen, Jannie Meussen, Gijs Munnichs, Johan Oltvoort, Gloedcommunicatie

Fotografie Gettyimages, Kees Martens, Paul Lagro, Eric Scholten

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

Correspondentie vragen over bezorging: verbind@radboudumc.nl

Vormgeving Gloedcommunicatie

Drukwerk DPN-Rikken Print, Nijmegen

Oplage 2.500 exemplaren

Tips voor de redactie, opmerkingen en aanvullingen: verbind@radboudumc.nl
De volgende *Verb1nd* verschijnt in het najaar van 2021.

Eén jaar later

Aan het begin van de coronacrisis stonden de media bol van de voorspellingen. Over wat er in de eerste lijn allemaal zou veranderen. Patiënten zouden niet meer voor elk 'wissewasje' aankloppen bij de huisarts. Huisartsen zouden massaal insteken op online zorg. Ook waren er veel zorgen over uitgestelde zorg. Nu, een jaar later, is een goed moment om de voorlopige balans eens op te maken.

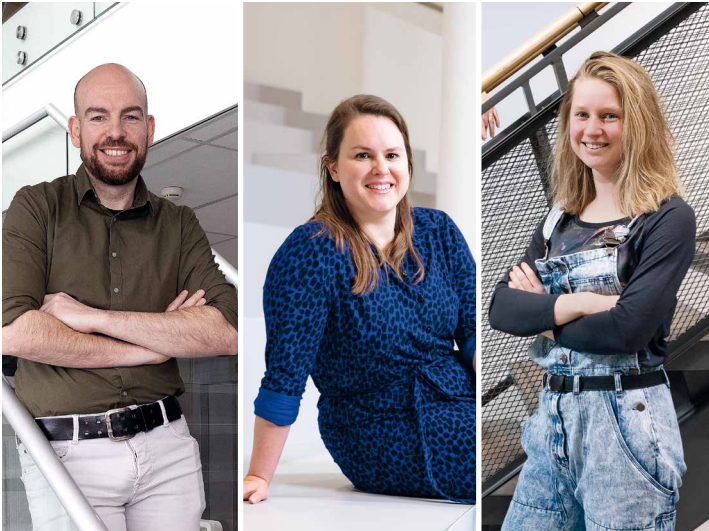
'Een betere samenwerking in de zorg, die hopelijk blijft'

De cijfers uit ons netwerk laten inderdaad zien dat huisartsen het afgelopen jaar minder patiënten zagen, en vaker zorg op afstand verleenden. Maar veel online zorg is inmiddels ook alweer afgeschaald. We zien weer meer mensen voor die zogenaamde wissewasjes. Ook zien we in onze cijfers dat de chronische zorg en preventie in het afgelopen jaar vooruit werden geschoven, maar dat patiënten met acute gezondheidsproblemen zich wel degelijk gewoon bij de huisarts meldden. Bovendien wachtten ze niet langer dan voorheen voordat ze aan de bel trokken. De mogelijke schade blijft nog ongewis.

Terugkijkend zagen we nog een andere belangrijke verandering. Zorgprofessionals werkten intensiever samen dan ooit: huisartspraktijken, huisartsengroepen en zelfs de landelijke koepels trokken opeens vol samen op. De samenwerking met de GGD en met de ziekenhuizen liep vanzelf. Alles werd uit de kast getrokken om de crisis te bestrijden. Die focus op samenwerking stemt hoopvol, en is volgens mij de belangrijkste winst van deze crisis. Laten we dat vasthouden. Deze editie van *Verb1nd* staat misschien wel daarom bol van verhalen over samenwerking. Bijvoorbeeld over samenwerking bij de nazorg voor COVID-patiënten, bij de zorg voor kwetsbare ouderen en in het hartcentrum. Want als de crisis ons één ding geleerd heeft, is het wel: alleen samen kunnen we meer!

Henk Schers
Huisarts en hoofd Netwerken
Huisartsgeneeskunde
Radboudumc





10

De schaarste aan eerstelijns-specialisten neemt toe. Waarom kiezen studenten Geneeskunde hier niet massaal voor? Twee specialisten en een student Geneeskunde gaan in gesprek over imago, uitgestippelde paden en het opleidingsaanbod.

Voor mensen met langdurige klachten van corona is er een COVID-nazorgpoli in het Radboudumc en nazorg in het paramedische netwerk in de regio. **Met welke klachten kunnen patiënten waar terecht?**

8

Interview

Welke nazorg is er voor patiënten met langdurige coronaklachten? Longarts Bram van den Borst en fysiotherapeut Jolanda van 't Hof over de COVID-nazorgpoli en het paramedische netwerk in de regio.

15

Kennisdossier

Onderzoek naar geïntegreerde zorg voor kwetsbare, thuiswonende ouderen toont aan dat de meeste zorgprofessionals de huisarts zien als belangrijkste initiator en organisator van integrale ouderenzorg.

20

Interview

Waarom kon er tijdens de tweede coronagolf zoveel meer reguliere zorg worden geleverd dan tijdens de eerste? Bertine Lahuis, voorzitter van de Raad van Bestuur van het Radboudumc én van het ROAZ, blikt terug. En vooruit.

VERDER

- 6 Impact: Dakloos zijn tijdens de coronacrisis
- 14 Column van huisarts en docent Chantal Hensens
- 19 Stelling: De medisch specialist moet meer de wijk in voor goede zorg
- 22 Facts & Figures
- 23 1 dag van cardioloog Marc Brouwer
- 24 Onmisbaar



Zorgen of angst om corona

Een grote groep mensen met een licht verstandelijke beperking (LVB) maakt zich zorgen over, of is bang voor corona. Deze gevoelens worden onder meer veroorzaakt door tegenstrijdige boodschappen over corona, de maatregelen in de media en niet duidelijk te vinden informatie. Door verminderd/gestopt werk vallen dagstructuur en sociale contacten weg, waardoor mensen zich minder blij en somberder voelen. Dat zijn enkele bevindingen uit een onderzoek naar de impact van COVID-19 op laaggeletterden en mensen met een LVB.

Verskillende duidingssessies met ervaringsdeskundigen en experts leidden vervolgens tot twee factsheets met

tips, een voor professionals én een exemplaar voor laaggeletterden en mensen met LVB. Deze zijn te downloaden op www.sterkeropeigenbenen.nl/nieuws.

Het onderzoek werd uitgevoerd door academische werkplaats AMPHI in samenwerking met de academische werkplaats Sterker op eigen benen, GGD Gelderland-Zuid, GGD Gelderland-Midden, MEE Gelderse Poort en Pharos. ZonMw subsidieert het onderzoek. Het onderzoek krijgt in 2021 een vervolg.

Meer informatie

✉ anouk.menko@radboudumc.nl



4 nieuwe UKON-partners

Zorgorganisatie Norschoten (Barneveld), Zorggroep Charim (Veenendaal), Zorggroep Elde Maasduinen (Boxtel) en Zinzia Zorggroep (Wageningen) participeren sinds begin 2021 in het Universitair Kennisnetwerk Ouderenzorg Nijmegen (UKON). Onderzoek doen dat aansluit bij de praktijk en bijdraagt aan de vraag van revalidanten en bewoners, is voor de kersverse partners een belangrijke beweegreden om zich bij het netwerk aan te sluiten. UKON telt nu negentien partners op het gebied van de ouderenzorg.

📄 www.ukonnetwerk.nl



Valkuilen en oplossingen bij zorginnovaties

Om onze gezondheidszorg toegankelijk te houden, goedkoper en kosteneffectiever te maken en de beleefde kwaliteit te verbeteren, zijn zorginnovaties nodig. Maar de praktijk leert dat zorginnovaties vaak niet optimaal worden ingezet. Daarom ondersteunt het Field Lab Eerstelijnszorg zorgondernemers om hun innovaties in de eerstelijnszorg te laten slagen. Ervaringen, valkuilen en oplossingen van eerdere innovatieprojecten staan beschreven in het gratis, digitale boek *Van lokale commerciële testfaciliteit naar regionaal living lab*.

📄 fieldlabeerstelijns.nl

Bloedafname in de regio

Patiënten van het Radboudumc in de regio's Arnhem, Nijmegen, Eindhoven, Geldrop, Uden, Tiel en Winterswijk kunnen voor bloedafname voortaan terecht bij de prikposten van de trombosedienst. Dat scheelt hen een rit naar het Radboudumc voor alleen het afnemen van bloed. Als de patiënt daags erna op zijn poli-afspraak komt, is de uitslag geautomatiseerd verwerkt in het elektronisch patiëntendossier. Patiënten waardeerden een pilot met deze service in 2020 met een 8,7.



Nieuw: via teleconsultatie kunnen huisartsen voortaan direct vragen stellen aan Radboudumc-specialisten. Zo kunnen huisartsen zelf de zorgvraag van hun patiënten beantwoorden en hoeven patiënten niet te worden doorverwezen naar het Radboudumc.

📄 www.radboudumc.nl/teleconsultatie

IN DE MEDIA

TONGWONDEN

Het meest gelezen artikel van 2020 in Huisarts & Wetenschap-nieuwsbrief is het artikel *Een wond van de tong, wel of niet hechten?*, onder meer geschreven door de huisartsen/onderzoekers Pim Keurlings, Martijn Rutten en Louky van Orsouw. De auteurs geven hier praktische aanbevelingen voor de huisartsenpraktijk en HAP over tongwonden. Wordt een afwachtend beleid gevoerd of moet er juist worden gehecht? Aan de hand van een aantal cases uit de praktijk geven ze advies. Pim Keurlings won er ook de H&W Casuïstiekprijs 2020 mee, een jury-prijs voor de beste casuïstiekbeschrijving.

📄 www.henw.org



IN DE AGENDA

GENDER IN DE SPREEKKAMER

Een informatief event vol bewustwording over sekse/gendersverschillen, inclusief handvatten voor in de spreekkamer.

Datum: 25 november 2021,
09.00-16.30 uur

Plaats: Radboudumc (indien nodig online)

Meer informatie

✉ events.rha@radboudumc.nl

Jan van Es-prijs voor hielonderzoek

De prijs voor de beste Critically Appraised Topic (CAT), de Jan van Es-prijs, ging tijdens de NHG-wetenschapsdag naar – toenmalig aios, inmiddels huisarts – Jeffrey Bouwmeester. In de CAT *Fasciitis plantaris, zitten we op de juiste golflengte?* onderzoekt hij of shockwave-therapie vermindering van pijnklachten geeft bij fasciitis plantaris (overbelastingsblessure aan de hiel) in vergelijking met een placebo.

Jeffrey Bouwmeester presenteert zijn onderzoek:

📺 vimeo.com/508774805/9c718512a6



Op pad voor hoognodige huisartsenhulp aan daklozen

Daklozen hebben het zwaar te verduren tijdens de coronacrisis, blijkt uit recent onderzoek van bijzonder hoogleraar Gezondheidsverschillen Maria van den Muijsenbergh. 'We zien dat de negatieve impact van de coronamaatregelen groot is bij daklozen. Zij kampen met meer angstige en sombere gevoelens dan voor de crisis. Ook gebrek aan eenduidige informatie leidt tot stress. Toegang tot zorg is voor hen lastig. Daarnaast hebben ze vaak slechte ervaringen met hulpverlening. In het zoeken van hulp zijn ze dan ook terughoudend.' Daarom fietst Wendy Broeren, sociaal verpleegkundige bij de Gemeentelijke Gezondheidsdienst (GGD), naar daklozen toe. Zij motiveert hen en

andere sociaal kwetsbare mensen, zoals verslaafden en prostituees, om bij gezondheidsproblemen een spreekuur van Praktijk Buitenzorg te bezoeken. Binnen Praktijk Buitenzorg werken Nijmeegse huisartsen op vrijwillige basis samen met de GGD, Iriszorg en RIBW (Regionale Instelling voor Beschermend en Begeleid Wonen) om mensen zonder vaste huisarts toch laagdrempelige huisartsenzorg te bieden. De spreekuren houden ze op locatie, bijvoorbeeld bij die van de daklozenopvang. Maria: 'Een warme, belangstellende houding en oprechte interesse in hun verhaal is de sleutel om als huisarts het vertrouwen van sociaal kwetsbare mensen weer terug te winnen.' ●



Als corona maar niet overgaat ...

‘Iedere patiënt heeft eigen “pakket” aan klachten’

Voor mensen met langdurige corona-klachten is er een **COVID-nazorgpoli** in het Radboudumc en **nazorg in het paramedische netwerk** in de regio. Met welke klachten kunnen patiënten waar terecht? En hoe verwijst je als huisarts voor de juiste nazorg?

Ongeveer 10 procent van de mensen die corona hebben gehad, heeft na drie maanden nog klachten. Zij kunnen terecht op de COVID-nazorgpoli op locatie Dekkerswald van het Radboudumc. In een jaar tijd zijn hier zo'n 400 mensen gezien met langdurige klachten. 'Deze zijn heel divers: van ernstige vermoeidheid en kortademigheid bij inspanning tot angst en concentratie- en slaapproblemen, maar ook tintelingen, spierzwakte en pijn in je lijf. Iedere patiënt heeft zijn of haar eigen "pakket" aan klachten', vertelt longarts Bram van den Borst, een van de initiators van de nazorgpoli.

TWEE DERDE VERWEZEN DOOR HUISARTS

Ongeveer een derde van de patiënten op de nazorgpoli komt van de IC of een verpleegafdeling, twee derde is door de huisarts

Jolanda van 't Hof

‘We zien meer jonge mensen dan verwacht’



Bram van den Borst:

‘Hun omgeving denkt: je hebt toch corona gehad?’



verwezen. ‘Mensen die met langdurige klachten thuis hebben gezeten, voelen zich doorgaans slechter dan patiënten van de IC die corona hebben gehad’, zegt Bram. ‘We denken dat dit verschil komt doordat IC-patiënten beter in beeld waren en sneller passende hulp aangeboden kregen. Mensen die thuis langdurig ziek zijn geweest, hebben langer met hun klachten doorgelopen. Denk bijvoorbeeld aan een voorheen actieve veertiger die het maar niet lukt om werk en gezinsleven weer op te pakken omdat hij maar moe blijft. Voor deze groep is erkenning voor hun situatie heel belangrijk. Want in hun omgeving denkt men: je hebt toch corona gehad?’

UITGEBREIDE DIAGNOSTIEK

Bij langdurige klachten na corona kan de huisarts de patiënt verwijzen naar de nazorgpoli voor uitgebreide diagnostiek. Dit bestaat uit medisch onderzoek naar hart- en longfunctie, beeldvorming naar de longen voor restschade, bloedonderzoek, het meten van iemands fysiek functioneren (inspanningscapaciteit, spierkracht) en de gezondheidstoestand. Bram: ‘We bespreken de klachten in een multidisciplinair team met een longarts, verpleegkundig specialist en fysiotherapeut en zonodig een psycholoog, neuroloog, internist of cardioloog. Ook de klinisch arbeidsgeneeskundige is betrokken. We stellen een zorgplan op maat op voor de patiënt en stemmen dit ook af met de huisarts. Afhankelijk van de klachten verwijzen we een patiënt naar bijvoorbeeld een fysiotherapeut, ergotherapeut, psycholoog of derdelijns longrevalidatie, of een combinatie van zorgverleners.’

REGIONAAL NETWERK VAN PARAMEDICI

Een van de fysiotherapeuten die nazorg verleent aan mensen met corona is Jolanda van 't Hof van Fysiocentrum Nijmegen. ‘De huisarts verwijst bijvoorbeeld patiënten die last houden van kortademigheid of intense vermoeidheid. Bijvoorbeeld, na een half uur inspanning is iemand de hele dag gevloerd’, vertelt Jolanda. ‘Dit kan mensen onzeker maken. We zien meer jonge mensen dan verwacht die veel impact van de klachten op hun

leven ervaren. Als fysiotherapeut begeleiden we patiënten om energiemanagement toe te passen, spierkracht op te bouwen, gedoseerd conditie te verbeteren en geven we ademhalingsoefeningen om de kortademigheid te beïnvloeden. Met name het sterk veranderde ademhalingspatroon is onbekend terrein voor veel mensen die herstellend zijn. Hierin kunnen wij een belangrijke rol spelen.’ Vanuit fysiotherapienetwerken in de regio Nijmegen, Cuijk en Noord-Limburg is de website www.longfysionacorona.nl opgezet. Jolanda: ‘Hierop vind je de longfysiotherapeuten en de samenwerkingsafspraken met andere paramedici, zoals diëtisten en ergotherapeuten. Zo kunnen verwijzers en de patiënt makkelijk de juiste behandelaars vinden in de regio. De resultaten van de behandelingen worden teruggekoppeld naar de huisarts of naar de COVID-nazorgpoli.’ Als een patiënt eerst via de huisarts verwezen wordt, kan later blijken dat alsnog de COVID-nazorgpoli erbij betrokken moet worden. Jolanda: ‘Wanneer na herhaaldelijke sessies blijkt dat iemands situatie niet verbetert, dan kan op de COVID-nazorgpoli onderzocht worden of er naast of dóór de corona meer aan de hand is.’ Bram: ‘Vanuit onze multidisciplinaire analyse kan naar voren komen dat er problematiek speelt die nog onvoldoende werd geadresseerd, of dat er bijvoorbeeld verdenking is op onderliggende hartproblematiek of een andere aandoening.’

MEER KENNIS

COVID-19 kent een gevarieerd natraject, waarover gaandeweg meer kennis wordt opgedaan. ‘We zien dat veel patiënten goed geholpen zijn met adviezen van de huisarts en de paramedische ondersteuning in de eerste lijn’, aldus Bram. ‘Desondanks zijn er patiënten die na maanden nog niet opknappen. Er is behoefte aan nog meer kennis over langdurige klachten na corona. We doen hier ook wetenschappelijk onderzoek naar. Hiermee kan de organisatie en invulling van COVID-nazorg verder worden verbeterd, en kunnen we strategieën ontwikkelen ter voorkoming van deze klachten.’ ●

GEZOCHT:

Duizenden nieuwe eerstelijns- specialisten

De toenemende schaarste aan eerstelijnspecialisten moet worden aangepakt. Daarover zijn de overheid, opleidingscentra, beroepsverenigingen en andere stakeholders het gloeiend eens. Maar hoe? Specialist Ouderengeneeskunde Daniëlle Gommers en aios Huisartsengeneeskunde Ron Geerts gaan – samen met student Geneeskunde Annelies Ekelmans – in gesprek.



Daniëlle Gommers



Annelies Ekelmans



Ron Geerts

Ooit wist Daniëlle Gommers het zeker. Ze zou internist worden. Waarschijnlijk ook hoogleraar; ze legt de lat graag hoog. Voortvarend nam ze alle hordes, tot en met een opleidingsplaats aan toe. Daniëlle Gommers: 'Ik was blij en mensen feliciteerden me ook: doel bereikt! Voor ik het wist, stond ik met een pieper op een afdeling Spoedeisende Hulp. Pas daar, na alle opleidingsjaren, ging ik twijfelen. Alles in het ziekenhuis moest snel, ik werd voortdurend uit mijn contact met patiënten weggetrokken. Zo'n dokter wilde ik helemaal niet zijn!' Met pijn in het hart nam Daniëlle Gommers het rigoureuze besluit om te stoppen. Ze werkte daarna een tijd als docent Verpleegkunde. 'Mooie ervaring, maar vanbinnen wilde ik nog altijd dokter zijn', vertelt ze. 'Ik kreeg de kans om mee te lopen met een specialist Ouderengeneeskunde. Al gauw zag ik het: dit is het voor mij!'

'Heel herkenbaar', reageert aios Huisartsengeneeskunde Ron Geerts. 'Ik volgde ook het uitgestippelde pad. Na twaalf jaar studie en opleiding werd ik orthopedisch chirurg in een ziekenhuis. Prima geregeld, dacht ik, maar mijn onderbuikgevoel gaf aan dat er iets niet klopte.'

TWINTIG SCHOUDERS

Het stoorde Ron Geerts steeds vaker dat hij vooral letsels en ziektebeelden aan het 'wegwerken' was, zonder veel persoonlijk contact met de patiënt en diens naasten. Ron Geerts: 'Specialisatie betekent ook versmalling. Twintig "schouders" na elkaar. Met veel prestatiedruk. Ik zat in eigen tijd policonsulten en operaties voor te bereiden, te studeren en te vergaderen. Mijn gezin leed daaronder. Ik had mijn "trucje" tot mijn 67ste jaar kunnen volhouden. Maar zou ik er gelukkig van worden? Ik wist dat ik eerder ook Huisartsen-





‘Werd je specialist, nou dan had je het gemaakt’

Orthopedisch chirurg **Ron Geerts** is nu aios Huisartsengeneeskunde (via SBOH)

Extra aandacht in opleiding

Nederland heeft de komende decennia duizenden nieuwe eerstelijnspecialisten nodig, blijkt uit rekenwerk van onder meer het Centraal Plan Bureau en de Sociaal Economische Raad. In 2040 telt bijvoorbeeld de verpleeghuiscare 261.000 bedden, het dubbele van het huidige aantal. Door vergrijzing en bevolkingsaanwas zijn er sowieso meer huisartsen en specialisten Ouderengeneeskunde nodig. Maar ook het tekort aan verslavings-, verzekerings-, bedrijfs- en AVG-artsen loopt op. In Noord-Oost Nederland lukt het nu al niet meer om vacatures in te vullen. Op advies van het Capaciteitsorgaan mogen alle eerstelijns (vervolg)opleidingen in Nederland groeien. Nijmegen, bolwerk van eerstelijnsopleidingen, speelt bij het werven en opleiden van nieuw talent een belangrijke rol. Maar hoe haal je artsen in spé over om voor de eerstelijns te kiezen? Zo’n 90 procent van de jongerejaars Geneeskunde wil het liefst medisch specialist worden, blijkt uit onderzoek.

Om het tij te keren, komt er binnen het curriculum Geneeskunde naast inhoudelijk onderwijs over de eerstelijns extra aandacht voor de verscheidenheid aan eerstelijns specialismen. Het raamplan Artsopleiding 2020 benoemt dit nadrukkelijk. Verder zijn de pogingen om basisartsen voor de eerstelijns te interesseren flink opgeschroefd. Ook komen er meer stagemogelijkheden, waar ook het werven en begeleiden van opleiders bijhoort. Een nieuwe ontwikkeling is het werven onder artsen niet in opleiding tot specialist (anios), die hun specialisatie nog moeten kiezen.

‘Studenten zeggen me vaak: “Ik wist niet dat jullie dit óók doen”

Daniëlle Gommers

geneeskunde leuk vond en ben uiteindelijk geswitcht. Nu na een jaar Huisartsengeneeskunde weet ik: mijn gevoel klopte, in dit ongebruikelijk gevarieerde vak vind ik wél voldoende persoonlijk contact, verdieping en afwisseling.’

HEROÏSCHE DOKTERS

Student Geneeskunde Annelies Ekelmans staat nog aan het begin van haar loopbaan. Na drie jaar Psychologie aan de Radboud Universiteit koos ze alsnog voor Geneeskunde. Hoe verklaart ze de populariteit van tweedelijnszorg onder haar studiegenoten? Annelies Ekelmans: ‘Bij veel studenten speelt status een rol. Van oudsher ging je met een ernstig medisch probleem naar een universitair geschoolde man, naar wie iedereen tegenop keek. Dat imago is nog niet helemaal weg.’ Ron Geerts: ‘Ik zie ook een verband met films en tv-series met heroïsche ziekenhuisdokters in de hoofdrol. Ik zat tijdens mijn studie in een vriendengroep van allemaal alfamannetjes. Die willen presteren, snijden, uitblinken. We legden elkaar daarvoor een bepaalde druk op. Werd je specialist, nou dan had je het gemaakt.’

MEER, VAKER, BETER

Al pratend zijn de drie het er al snel over eens dat het zou helpen om studenten Geneeskunde meer, vaker en beter te laten zien hoe interessant een eerstelijns carrière is. Idem aan coassistenten, aiossen en aniossen. Annelies Ekelmans: ‘Bepaalde aspecten van de eerstelijns komen maar sporadisch aan bod. Ik startte in 2018 met Geneeskunde en hoorde bijvoorbeeld nog niets over wat verslavings- en verzekeringsartsen doen. Dit komt later nog aan de orde, maar je zou het ook eerder kunnen vertellen.’ ‘Onbekend maakt onbemind,’ stelt Daniëlle Gommers, ‘ik begeleid studenten en hoor vaak zeggen: “Ik wist niet dat jullie dit óók doen!” Eerstelijns werk wordt vaak te vluchtig aangestipt. Wat zou helpen om de beeldvorming te veranderen zijn

meer meeloopdagen, stages en eerstelijns coschappen.’ Annelies Ekelmans beaamt dat het onderwijs over eerstelijnszorg te vrijblijvend is. ‘Studenten kunnen intekenen op bijeenkomsten over onderbelichte specialismen, ook uit de eerste lijn. Supergoed dat ze dat aanbieden, maar wie niet inschrijft, krijgt er niks van mee.’ Ze oppert een aantal mogelijkheden om de eerstelijns extra te promoten: ‘Bijvoorbeeld gastcolleges door eerstelijns artsen, informatiebijeenkomsten organiseren via faculteitsverenigingen en eerstelijns casussen inpassen in opdrachten voor zelfstudie.’ Ook noemt ze een eigen studentenvereniging voor eerstelijnsers en een Instagramaccount om eerstelijnsstudies te promoten.

STOPTREIN

Ron Geerts: ‘De voorlichting mag van mij veel positiever. Laat zien hoeveel eerstelijnsers betekenen voor patiënten en hun familie door niet alleen naar somatiek te kijken, maar ook naar context en communicatie. Laat zien hoe modern de jongere generatie de eerstelijnsberoepen invult en wat de balans is tussen praktijk en privéleven. En laat studenten veel meer praktijkervaring opdoen in de eerstelijns. Niet voor niets zijn veel Geneeskundestudenten na hun coschap Huisarts-geneeskunde veel positiever over dit vak.’ Zitten er voldoende reflectiemomenten in de studie Geneeskunde ingebouwd om studenten te helpen om het best mogelijke pad te kiezen? Annelies Ekelmans geeft aan dat ze van nature al veel reflecteert en bovendien het studieonderdeel ‘professionaliteit’ volgt, waarin reflectie centraal staat. Voor haar is dat voldoende. Ron Geerts ziet het anders. ‘Zoals het nu gaat, stappen studenten in een sneltrein die hen linea recta richting tweede lijn brengt’, zegt hij, terwijl Daniëlle Gommers instemmend knikt. ‘Ik pleit voor een stoptrein, met onderweg meer kansen om na te denken over wat bij je past en hoe je verder wilt.’ ●





Daniëlle Gommers
specialist Ouderengeneeskunde
bij Stichting De Waalboog,
was internist in opleiding en
docent Verpleegkunde

Annelies Ekelmans
derdejaars student
Geneeskunde

Chantal Hensens is episodecoördinator CKO7 en docent op de afdeling Eerstelijns geneeskunde van het Radboudumc en huisarts in het UGC Heyendaal. Als episodecoördinator is ze verantwoordelijk voor het onderwijs in het betreffende deel van de master Geneeskunde, waarbij ze aanspreekpunt is voor studenten en docenten.

Onrust

Nu ik dit schrijf, eind maart, staan we aan het begin van de derde coronagolf. In delen van het land liggen IC's weer vol, de vaccinaties met AstraZeneca zijn net herstart. En ik maak me zorgen. Natuurlijk om al onze patiënten, zoals kwetsbare 90-plussers die vanwege de afstand nog geen vaccinatie bij ons konden halen. Maar ook om onze studenten, van wie velen dag-in-dag-uit op hun kamertje colleges volgen. Met alle psychische gevolgen van dien.

Hoe kan een leek die informatie in het juiste perspectief zien?

Maar er is ook iets anders dat me onrust baart. Dat is de manier hoe op radio, tv en in andere media wordt omgegaan met deze pandemie. Ik zie al tijden die honger naar scoops en het uitvergroten van tegenstelde meningen. Over mondkapjes, over vaccinaties, over AstraZeneca, over ...

Afgelopen week werd ik gebeld door een weldenkende, hoogopgeleide patiënt van me. Zij twijfelde om zich te laten vaccineren. 'Waarom?', vroeg ik. 'Omdat ik me afvraag of het vaccin wel veilig voor me is, al die verhalen over ernstige complicaties.'

En daar zit de crux: want hoe kan een leek de wetenschappelijk informatie in het juiste perspectief zien? Hoe moet je je informatie over de OMT-koers wegen als je geen medische achtergrond hebt? Hoe kun je maatschappelijk draagvlak voor maatregelen creëren als alles ter discussie wordt gesteld?

Begrijp me niet verkeerd: natuurlijk staat elke discussie vrij. Maar als in de massamedia stelselmatig de wetenschappelijke lijn, de OMT-koers – soms ook door wetenschappers – in twijfel wordt getrokken, dan zaait dat landelijk twijfel. Onrust. En het is ernstig dat door die groei aan twijfelaars ook de bereidheid afneemt om zich aan de maatregelen te houden. Ik ben ervan overtuigd dat we hierdoor nu in die derde golf zijn beland. Terwijl we die gezamenlijke bereidheid, in die laatste meters voordat alle leeftijdsgroepen zijn gevaccineerd, juist zo hard nodig hebben.

Het eerder beoogde doel om voor de zomer weer vrijuit te kunnen gaan, zullen we vermoedelijk niet halen. Ik verzet mijn stip op de horizon: met kerst zullen we hopelijk weer 'ouderwets' met onze geliefden om tafel zitten. ●



WAT PATIËNTEN ZIEN EN PROFESSIONALS DENKEN

Onderzoek naar geïntegreerde zorg voor kwetsbare, thuiswonende ouderen



34% van de kwetsbare, thuiswonende ouderen weet van samenwerking tussen mantelzorgers en huisarts

Ouderenetwerken bestaan uit gemiddeld **15** actoren die via **54** verbindingen met elkaar zijn verbonden

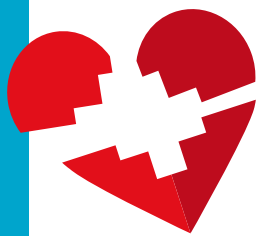


Een nieuw tuinbankje als beste medicijn?

Kwetsbare, thuiswonende ouderen zijn voor ondersteuning in meer of mindere mate afhankelijk van geïntegreerde zorg door een multidisciplinair team waarin de huisarts vaak een hoofdrol speelt. Wat vinden ouderen van deze integrale samenwerking? En: hoe kijken huisartsen naar hun rol, die van collega's naar de invloed van het hervormde zorgstelsel op de juist zo fragiele ouderenzorg? Kleinschalig kwalitatief onderzoek werpt nieuw, lokaal licht op belangrijke thema's die tot nu toe vooral op macroniveau werden geduid.

Door de toenemende vergrijzing stijgt het aantal kwetsbare ouderen, van wie er sinds de sluiting van verzorgingshuizen en de daaropvolgende grootschalige hervorming van de gezondheidszorg (2015) steeds meer thuis wonen. Daarbij worden ze ondersteund door een of meerdere mantelzorgers en niet in de laatste plaats: een multidisciplinair team, met professionals uit de wereld van zorg, welzijn en (soms) preventie die op basis van individuele wensen en behoeften zorg 'dichtbij de patiënt' moeten bieden. Wie antwoorden zoekt over hoe kwetsbare, thuiswonende ouderen deze multidisciplinaire samenwerking ervaren, vindt vooral resultaten die ontwikkelingen op macroniveau duiden. Voor multidisciplinaire

teams op hun beurt blijft het lastig inschatten hoe deze 'kwetsbare' ouderenzorg het beste vorm te geven, simpelweg omdat het aan heldere normen ontbreekt om de kwaliteit en effectiviteit van ouderen(keten)zorg te sturen. En dan bestaan nog de nodige vragen over de rol van de huisarts, van oudsher hoofdrolspeler in de zorg voor kwetsbare ouderen. Omdat de meeste literatuuronderzoeken inzoomen op de medische taak van huisartsen, blijft onvoldoende duidelijk hoe zij hun spelfunctie in de sterk veranderende zorg voor ouderen het beste kunnen invullen. Bovendien lijkt hun positie alleen maar complexer te worden, sinds structureel meer ouderen thuis wonen en gemeenten een almaar



grotere verantwoordelijkheid hebben gekregen op zorg- en welzijnsgebied.

PERSOONLIJK ERVARINGEN

Om meer inzicht te krijgen in geïntegreerde zorg voor kwetsbare, thuiswonende ouderen, onderzocht Sietske Grol (zie pagina 22) de perspectieven op deze zorg van zowel oudere patiënten als zorgverleners. Aan de kwalitatieve studie (2013-2018) deden multidisciplinaire teams uit vier verschillende (Gelderse) wijken en 63 ouderen met een kwetsbare gezondheid mee. Waarbij iemand 'kwetsbaar' was als hij/zij complexe zorg ontving en in het multidisciplinaire overleg (MDO) werd besproken. Tijdens het onderzoek deelden ouderen hun persoonlijke ervaringen in gestructureerde interviews. Multidisciplinaire teams (MT's, met daarin onder meer een fysiotherapeut, POH, wijkverpleegkundige en welzijnswerker) lieten in een kwalitatief actie-begeleid onderzoek via focusgroepen, interviews en vragenlijsten hun licht op verschillende thema's schijnen. Ook werden spiegelbijeenkomsten georganiseerd waar hulpverleners onder leiding van een onafhankelijke moderator luisterden naar wat hun patiënten van de door hen geleverde zorg vonden (zie kader).

ZACHTE SAMENWERKINGS-KENMERKEN

Ouderen wisten goed aan te geven hoe ze dachten over de samenwerking tussen zorgverleners, de

continuïteit van zorg en het gevoel van betrokkenheid bij hun eigen zorgplan. Positief waren ze over geleverde zorg en zorgverleners, van wie de huisarts en wijkverpleegkundige het vaakst over de vloer kwamen. Waarbij moet worden opgemerkt dat ouderen hun mantelzorger als meest relevante zorgverlener beschouwden. Ouderen vonden samenwerking heel belangrijk, al hadden ze weinig zicht op de onderlinge verhoudingen tussen de verschillende professionals. Wat logisch was, omdat 'zachte' samenwerkingskenmerken zoals organisatiecultuur en aanspreekgedrag tussen professionals, dus hoe mensen samenwerken, zich buiten hun gezichtsveld afspeelden. Verder bleken ouderen netwerken te bestaan uit gemiddeld vijftien actoren die via 54 verbindingen met elkaar waren verbonden. Hoewel huisarts en mantelzorger in de meeste netwerken de best verbonden actoren waren, was slechts 34 procent van de ouderen hiervan op de hoogte.

ROL VAN DE HUISARTS

Volgens het onderzoek speelden de huisartsen in de ouderenzorgteams vijf rollen, namelijk die van netwerker, facilitator, teambuilder, zorgintegrator én leider. Hoe en of huisartsen precies hun rollen uit-

Spiegeltje, spiegeltje ...

Spiegelbijeenkomsten vergroten de patiëntgerichtheid van zorg door zorgverleners bewust deelgenoot te maken van de belevingswereld van hun patiënten. Dit onderdeel van participatief actieonderzoek geldt daarom als een veelbelovend instrument om succesvol een nieuwe manier van werken te implementeren en aansluitend de integrale samenwerking en dus multidisciplinaire zorg voor patiënten te verbeteren.

oefenden, hing onder meer af van hun persoonlijkheid, het type huisartspraktijk en het ontwikkelingsstadium van het MDO. Huisartsen in net gestarte teams speelden een dominantere rol dan collega's in meer ervaren teams. Hier deelden huisartsen juist rollen en verantwoordelijkheden met teamleden, omdat ze uit ervaring wisten wie welke expertise in huis had. In eigenlijk alle gevallen namen huisartsen het voortouw in het initiëren en verbeteren van zorg voor kwetsbare, thuiswonende ouderen, mede omdat teamleden hen zagen als de professional met het beste overzicht over de zorg voor deze doelgroep.





Er gaat een sterk preventieve werking uit van de koppeling tussen proactieve zorg en welzijn

TEVEEL TOEVALLIGE FACTOREN

Om de zorg voor kwetsbare, thuiswonende ouderen breder te duiden, werd huisartsen ook gevraagd welke invloed hervormingen van de langdurige zorg volgens hen hadden op de multidisciplinaire samenwerking, specifiek voor hun patiëntenpopulatie. De huisartsen identificeerden verschillende positieve effecten, waaronder de toename van het aantal specifieke zorgverleners (zoals de specialisten Ouderengeneeskunde en consulenten dementie) en de (kans op) directere communicatie als huisarts en sociaal wijkteam in hetzelfde gebouw waren gehuisvest. Negatieve gevolgen van stelselwijzigingen, aldus de huisartsen, waren onder meer het feit dat gemeenten vaak hun eigen 'ouderenplan' trokken zonder te kijken naar al bestaande activiteiten in de eerste lijn, de onvoorspelbare financiering van het MDO en de versnippering van de thuiszorg die het voor huisartsen en wijkverpleegkundigen lastig maakt om onderlinge relaties op te bouwen. Per saldo pakten volgens de huisartsen alle hervormingen negatief uit op de multidisciplinaire samenwerking, mede omdat vaak teveel afhing van toevallige factoren.

SAMEN LEREN, SAMEN WERKEN

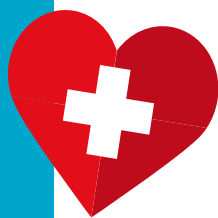
Kijkend vanuit het patiëntperspectief mag worden gesteld dat ouderen het liefst thuis wonen volgens hun eigen voorkeuren, daarbij geholpen door een vast team van zorgverleners. Om dit te bereiken, kunnen mantelzorgers een belangrijke rol spelen via het verstrekken van informatie, het uitvoeren van zorg- en welzijnstaken en het leggen van verbindingen tussen het (formele) zorg- en (informele) patiëntnetwerk. Het zorgverlenersperspectief in het onderzoek toont nog maar eens aan dat de meeste zorgprofessionals de huisarts zien als belangrijkste initiator en organisator van integrale ouderenzorg. In het verlengde daarvan mag worden geconcludeerd dat meer aandacht voor thema's als 'leiderschap' en 'organisatie van ketenzorg' in de huisartsenopleiding en tijdens nascholingen is gewenst om huisartsen beter toe te rusten om multidisciplinaire eerstelijnszorg te organiseren. Of het uiteindelijk allemaal anders moet? Nee. Als dit onderzoek (nóg) iets bewijst, is dat een sterk preventieve werking uitgaat van de koppeling tussen proactieve zorg en welzijn. Dus professionals, de huisarts voorop: heb het met kwetsbare, thuiswonende ouderen over medische zaken, maar vraag óók of ze genieten van dat nieuwe bankje in hun voortuin. Want praten over wat er écht toe doet in het leven, is soms het beste medicijn. En dat biedt extra perspectief, voor uiteindelijk iedereen. ●



Dit artikel kwam tot stand met behulp van **Sietske Grol** (1971). Zij studeerde Gezondheidswetenschappen aan de Universiteit van Maastricht en werkte van 1999 tot 2010 aan het VUmc o.a. als hoofd van het Academisch Netwerk Huisartseneeskunde en als projectmanager van de eerste Universitaire Huisartsenpraktijk van Nederland. In 2010 startte zij als projectmanager van Universitair Gezondheidscentrum Thermion in Lent en trad zij in dienst van het Radboudumc, waar zij in 2013 begon met haar promotieonderzoek bij de afdeling Eerstelijnseneeskunde. Sinds 2015 is zij werkzaam als beleidsadviseur transmurale zorg bij de Concernstaf Strategieontwikkeling van het Radboudumc. Op 2 juli a.s. promoveert Sietske Grol op het proefschrift *Integrated primary care for frail older people. On what patients see and professionals think*. De promotie is te volgen via www.ru.nl/aula/livestream (10.30 uur).

Vragen of reageren?

✉ verbind@radboudumc.nl



Steeds vaker kijken medisch specialisten bij patiënten achter de voordeur. Een ontwikkeling die zorgprofessionals én patiënten prijzen, maar waar ook vanwege kosten en efficiëntie veel vraagtekens bij worden gezet.

STELLING

De medisch specialist moet meer de wijk in voor goede zorg



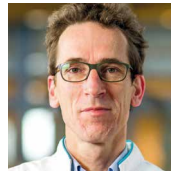
Guido Adriaansens

Huisarts in Beuningen en coördinator Juiste Zorg Juiste Plek bij NEO Huisartsenzorg

‘Medisch specialisten mogen de wijk in, maar dan meer richting de huisartsenpraktijk. Een pilot met gezamenlijke spreekuren van huisartsen en specialisten in onze regio liet de voordelen ervan goed zien. Deze samenwerking leidde tot wederzijds inzicht, vertrouwen en afstemming van beleid. Daarnaast kregen de patiënten meer vertrouwen in ons werk omdat ze ons zagen samenwerken. Zelfs verwijzingen werden voorkomen. Helaas vonden de zorgverzekeraars deze samenwerkingsvorm te duur. Een betaalbare en efficiënte

‘Patiënten profiteren van een betere samenwerking met de tweede lijn’

oplossing is digitale zorg op afstand, zoals beeldbellen, teleconsultaties en chatten via Patiëntoverleg in ZorgDomein of Siilo. Zo kunnen specialisten, patiënten en huisartsen elkaar goed bereiken. Voor een betere samenwerking tussen eerste en tweede lijn kunnen we deze digitale opties nog meer en slimmer inzetten. En daarvoor hoeft de specialist niet fysiek de wijk in.’



Michel van den Heuvel

Afdelingshoofd Longziekten Radboudumc

‘Tegen alle medisch specialisten zeg ik: schoenmaker, blijf bij je leest. We hebben binnen de zorgketen allemaal onze eigen rol en verantwoordelijkheden. Zelf de wijk ingaan behoort absoluut niet tot het takenpakket van medisch specialisten.

‘Blijf bij je eigen taken en verantwoordelijkheden’

Ze zijn niet opgeleid om zelf de wijk in te gaan en kunnen dat werk dan ook niet goed genoeg uitoefenen. Daarnaast zou het enorm kosteninefficiënt zijn om medisch specialisten huisbezoeken af te laten leggen. Natuurlijk is het goed om als specialist de persoonlijke situatie van patiënten te weten en mee te nemen in beslissingen. Maar het is echt de taak van de eerste lijn deze informatie op te tekenen en met ons te communiceren. Die communicatie verloopt goed en kan nog wel wat beter. De specialisten moeten in ieder geval geen grotere verantwoordelijkheid nemen dan ze nu al doen.’



Kris Vissers

Anesthesioloog en hoogleraar Pijn en Palliatieve Geneeskunde

‘Uit eigen ervaring en onderzoek blijkt dat huisbezoeken door medisch specialisten resulteren in betere zorg, kostenbesparingen en patiënten die beter reageren op hun behandeling. Omdat ze ons, huisartsen en specialisten, als een team in de eigen woonkamer aan het werk zien. Dat geeft patiënten direct meer motivatie om onze behandeling goed op te volgen. Als specialisten jaarlijks één huisbezoek afleggen, voorkomt dat al veel onnodige verwijzingen naar het ziekenhuis.

‘Betere zorg en kostenbesparing door huisbezoeken’

Ik zie koudwatervrees bij collega’s. Ze denken dat ze de veilige ziekenhuismuren nodig hebben om complexe zorg uit te voeren. Helaas zien ze nog niet de meerwaarde van het beter leren kennen van patiënten en hun naasten op eigen terrein. Onze integrale persoonsgerichte zorg krijgt hierdoor juist veel beter vorm. Daarom roep ik hen op tot: ziekenhuis uit, woonkamer in.’

Vragen of reageren?

✉ verbind@radboudumc.nl

Voorzitter van de Raad van Bestuur van het Radboudumc en ROAZ-voorzitter Bertine Lahuis:

‘Bedden voor COVID- en non-COVID-zorg zijn als het ware communicerende vaten’

In de eerste coronagolf ging alle aandacht uit naar COVID-19, en werd de reguliere patiëntenzorg in het Radboudumc bijna volledig stilgelegd. Dat was in tweede golf wel anders. Waarom lukte het toen wel om reguliere patiënten te behandelen? Wat gebeurde er achter de schermen? Bertine Lahuis: **‘De eerste golf overspoelde alles.’**

WELKE DYNAMIEK HEERSTE ER REGIONAAL

TIJDENS DE EERSTE CORONAGOLF? ‘Waar het Regionaal Overleg Acute Zorgketen (ROAZ) gewoonlijk twee keer per jaar bijeenkomt om te spreken over spoedzorg, regionale acute zorg voor bijvoorbeeld psychiatrische patiënten of het regionale antibioticabeleid, kwam de focus in maart 2020 louter op COVID-19 te liggen. Bestaande overlegstructuren hebben we snel hervormd en geïntensiveerd. En we formeerden onder meer een crisis-ROAZ: het ad hoc DB (dagelijks bestuur), met vertegenwoordigers van ziekenhuizen, Verpleeg- & Verzorgingshuizen & Thuiszorg, huisartsen, publieke gezondheid en de ambulancediensten. Ook de gehandicaptenzorg, GGZ en de zelfstandige behandelklinieken werden aangehaakt. Frequent werd overlegd over de onderlinge en buitenregionale verdeling van COVID-patiënten. We ontwikkelden bijvoorbeeld gezamenlijk

scholing voor gespreksvoering over beademingskeuze van oudere IC-patiënten.

In de regio hebben we elkaar ontzettend geholpen met het opvangen van COVID-patiënten en delen van beschermingsmiddelen, maar ook met het uitlenen van verpleegkundigen, zoals de Sint Maartenskliniek bij het Radboudumc deed. En nog steeds overleggen we wekelijks, de lijnen zijn kort.’

WAT SPEELDE ER IN HET RADBODUMC? ‘De eerste golf overspoelde alles. We hebben bijna alle reguliere zorg radicaal stilgelegd, alleen de acute en urgente zorg ging door. En ook ons onderwijs en onderzoek lagen grotendeels stil. Stuk voor stuk met enorme impact. Onze inzet was, bij de te verwachten tweede golf, om onderzoek en onderwijs grotendeels voort te zetten, digitaal en – waar noodzakelijk – fysiek. Dat is gelukt. Daarnaast was het van groot belang dat we naast COVID-zorg ook non-COVID-zorg zouden leveren; er is immers geen rechtvaardiging waarom we de ene acute patiënt met COVID wel zouden behandelen en een andere, acute non-COVID-patiënt niet. Om deze twee patiëntenstromen efficiënter op elkaar te laten aansluiten, is onze ervaring en versterkte inzet met capaciteitsmanagement goed van pas gekomen.’

‘Er is geen rechtvaardiging waarom we een acute COVID-patiënt wél en een acute non-COVID-patiënt niet behandelen’



HOE GAAT DAT CAPACITEITSMANAGEMENT IN

ZIJN WERK? Door wekelijks de landelijke en regionale besmettingscijfers en opnames te monitoren, kunnen we steeds tijdig handelen. Ook hebben we dagelijks inzicht in onze beschikbare bedden – en daarmee personeel – en in de zorgcategorieën 1 tot en met 5, die voor die bedden gepland staan. Trekt de COVID-zorg aan, dan helpen zorgprofessionals van afdelingen waar categorie 4- en 5-zorg gepland staat op een van onze COVID-afdelingen en gaan de bedden op hun eigen afdeling dicht. Wordt het rustiger op de COVID-afdelingen, dan kan personeel weer op de eigen afdeling werken en wordt de zorg opgeschaald: het zijn als het ware communicerende vaten.

Sinds de tweede golf is vanuit het Landelijk Netwerk Acute Zorg afgesproken dat we het afschalen van categorie 1, 2 en 3 maximaal moeten voorkomen. Al deze facetten samen hebben ertoe geleid dat we vanaf de tweede golf héél veel meer urgente zorg, dus zorg die geen uitstel van meer dan 4 tot 6 weken verdraagt, hebben kunnen leveren dan tijdens de eerste golf.

TERUGKIJKEND ZULLEN ER VEEL LESSONS LEARNED ZIJN. WAT BRENGT DE TOEKOMST?

'Landelijk moeten we aandacht vestigen op het aantal IC-bedden bij piek-

'We zijn ons nog beter gaan realiseren dat iedereen in de keten nodig is voor een goed proces, van schoonmaker tot dokter'

momenten en op de productieketen van beschermingsmiddelen. Ook is goede landelijke data-infrastructuur noodzakelijk om flexibeler te kunnen op- en afschalen. Dichterbij huis is het verstandig om onze flexibele schil anders te organiseren; als we bij een volgende pandemie snel voldoende mensen scholen, dan kunnen we ook sneller ons werk uitbreiden.

Terugblikkend hebben we het samen goed gedaan. Er was en is veel solidariteit op alle niveaus. Daarbij zijn we ons nog beter gaan realiseren dat iedereen in de keten nodig is voor een goed proces, van schoonmaker tot dokter. En het belang van goede netwerken, van organisaties die je vertrouwt, is bijzonder groot.

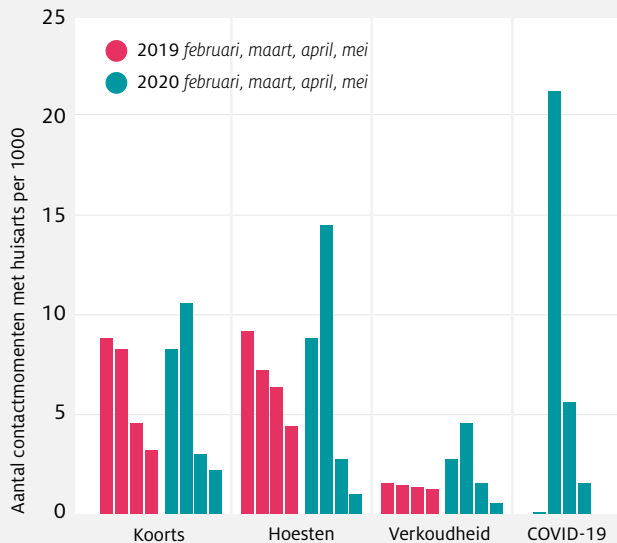
Al zijn onze mensen nog moe, en dat geldt voor alle betrokken ziekenhuizen en andere zorgsectoren, toch hebben we als ROAZ en Radboudumc veel vertrouwen dat we met de nieuwe structuren een volgende golf aankunnen. Voor onze COVID- én non-COVID-patiënten.' ●

COVID-19 in de huisartsenpraktijk

Natuurlijk had (en heeft) COVID-19 impact op de huisartsenpraktijk. Zo veranderde het aantal én de vorm van contactmomenten tussen patiënt en huisarts. Maar ook was er een nieuw ziektebeeld: **naar wie werden COVID-patiënten doorverwezen?** Enkele feiten.

De afdeling Eerstelijngeneeskunde van het Radboudumc deed onderzoek naar de veranderingen in de gezondheidsproblemen en de vraag naar eerstelijngeneeskunde in tijden van corona. Hiervoor werden bij 25 huisartsen in Nijmegen en de regio praktijk-contacten geanalyseerd. www.radboudumc.nl/nieuws/huisartsenpraktijk

Ander onderzoek is verricht bij huisartsenpraktijk Thermion in Lent. www.annfammed.org/content/19/1/44



KLACHTEN

Patiënten met koorts, hoest en verkoudheid namen tussen februari en mei 2019 (rode staafjes) contact op met hun huisarts. Wat deden patiënten met dezelfde klachten in diezelfde periode, tijdens de eerste coronagolf (groene staafjes)?

DOORVERWIJZING NAAR ...

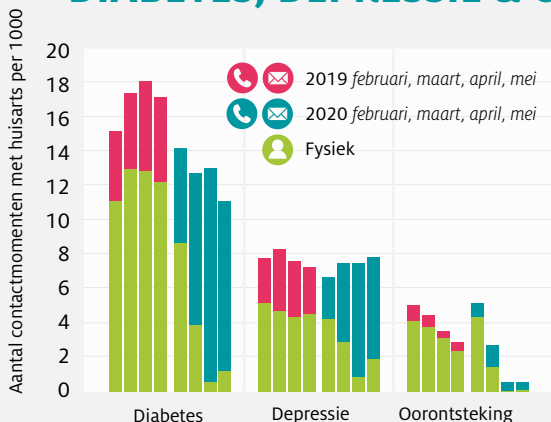


Van de **12.000 ingeschreven patiënten** kregen **563 patiënten COVID-19** (t/m 6 maart 2021).

41 van hen werden **doorgestuurd naar de eerste lijn**

Fysiotherapie	21
Ergotherapie	10
Cesartherapie	3
Diëtiëk	2
Logopedie	2
Functie-onderzoek	1
Andere zorgaanbieder	1

DIABETES, DEPRESSIE & OORONTSTEKING



Hoe ze ook contact hadden, **telefonisch, per mail**, of middels **fysieke consulten**, huisartsen hadden minder vaak contact voor **diabetes** en **oorontsteking**; voor **depressie** bleef het aantal nagenoeg gelijk.

35 van hen werden **doorgestuurd naar de tweede lijn**

Longziekten	20
Interne geneeskunde	4
Revalidatiegeneeskunde	3
Cardiologie	2
Eerste hulp	1
Keel-, neus- en oorheelkunde	1
Kindergeneeskunde	1
Oogheelkunde	1
Specialist Ouderengeneeskunde	1
Sportgeneeskunde	1

Wie zijn de professionals in ons netwerk? Wat doen ze, wat drijft hen? Deze keer in '1 dag van ...' volgen we **Marc Brouwer**, Radboudumc-cardioloog en initiatiefnemer van het Hartcentrum – een samenwerkingsverband tussen het CWZ en het Radboudumc.

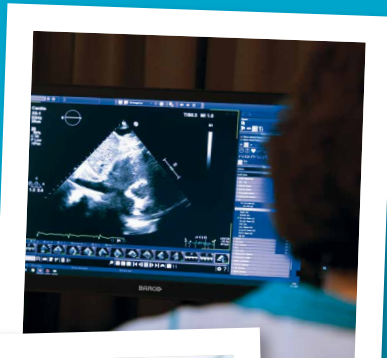


9.30 uur

Huisartsen verwijzen laagrisicopatiënten met hartklachten naar het Hartcentrum voor een snelle selectie: binnen een dag weten de patiënten of ze terug kunnen naar de eerste lijn, of verder gaan in de tweede lijn. Onze assistente neemt met deze patiënte het dagprogramma door.

9.45 uur

Een laborante bepaalt met de echo hoe krachtig het hart is, ziet hoe de hartkleppen functioneren en zoekt een verklaring voor een eventuele hartruis.



11.00 uur

Na de fietsproef, gericht op haar conditie en zuurstoftekort van het hart, bespreek ik met onze patiënte de bevindingen van alle onderzoeken.



11.20 uur

Ik geef mevrouw een afsluitende samenvatting, recepten, en stuur de ontslagbrief naar haar huisarts. 60 tot 70 procent van onze patiënten stroomt terug naar de eerste lijn.

17.00 uur

Er is altijd mogelijkheid tot laagdrempelig overleg met mijn CWZ-collega's. 30 tot 40 procent van onze patiënten zet de behandeling voort in de tweede lijn: een deel wordt verder gecontroleerd in het CWZ, waar ook ons Hartcentrum zit, anderen gaan naar het Radboudumc.



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



Ines Kramer-Weggelaar is naast SEH-arts ook twee dagen per week coördinator bij het Centrum Seksueel Geweld Gelderland-Zuid en -Midden. Hierin werken politie, GGD, het Universitair Geneeskundig Centrum Heyendaal en het Radboudumc nauw samen. Het CSG biedt acute en niet-acute slachtofferhulp na seksueel geweld. Ook huisartsen en andere professionals kunnen er voor advies terecht.

In het Centrum Seksueel Geweld (CSG) op het Radboudumc-terrein ligt het boek *Verlamd van angst* van Agnes van Minnen. 'Dat boek vind ik echt een aanrader, voor zowel slachtoffers van seksueel geweld, hun naasten maar ook voor hulpverleners', zegt coördinator Ines Kramer-Weggelaar. 'Laatst zei een vader van een slachtoffer van verkrachting: "Ik ben zo blij dat ik het gelezen heb, het geeft zoveel inzicht." Zijn dochter worstelde enorm met zichzelf. Ze verweet zichzelf dat ze niet had teruggevochten, niet had geschreeuwd.' Het boek laat zien dat je verschillende overlevingsreacties hebt. Vluchten, vechten, maar vaker verlammen slachtoffers tijdens een verkrachting, uit doodsangst. Ines: 'En dan leggen ze later vaak de schuld bij zichzelf neer, dat is een vorm van *victim blaming*. Het schuldgevoel wordt versterkt door *victim blaming* door hun omgeving: "Waarom was je ook zo laat nog daar? Wat deed je daar dan alleen?" Dat zijn vaak niet helpende eerste reacties.'

'Voor de **verwerking** is het belangrijk dat je omgeving goed reageert'



Voor de verwerking is het belangrijk dat de omgeving goed reageert. En daar kan dit boek bij helpen. Tips van Ines: 'Bied een luisterend oor zonder te oordelen. Stel niet-suggestieve, open vragen. En laat weten dat je er altijd voor iemand bent.' In het CSG Gelderland-Zuid en -Midden kwamen afgelopen jaar 137 slachtoffers voor acute hulp na seksueel geweld. 95 procent daarvan is vrouw, tweederde van de slachtoffers is onder de 25 jaar. Ines: 'We kunnen dna-sporen veilig stellen en eventuele behandeling inzetten tegen mogelijke zwangerschap, hiv of soa. Daarnaast kunnen we onder meer adviezen geven voor juridische stappen, maar bovenal bieden we psychosociale begeleiding.' ●