

Radbode #6

Personeelsmagazine Radboudumc | Jaargang 47

oktober 2022



Terugblik

Koning op bezoek & Groote Pleinfeest

Hebben wij een **dreigend tekort aan hulpmiddelen?**

De toekomst van
borstkankerscreening

Duurzame zorg
Wat is het, en
waarom is dit nodig?

Ad Roelofs, die vervuilde instrumenten desinfecteert en steriliseert.

Ad werkt bij de Centrale Sterilisatie Afdeling en CSD (Centrale Scopen Desinfectie). Samen met veertig collega's zorgt hij ervoor dat de vervuilde instrumenten die van de operatiekamers en poliklinieken komen, binnen 4,5 uur gereinigd, gedesinfecteerd en gesteriliseerd zijn voor de volgende patiënt. We kijken een ochtendje mee.

1

'In de vuile desinfectieruimte sta ik met beschermende kleding, want hier komt het gebruikte instrumentarium binnen. Ik leg alle scharnierende instrumentarium open en dakpansgewijs in de rekken, zodat het water en de chemie in de wasmachine overal bij kan. Zwaar vervuild materiaal krijgt eerst een voorbehandeling, waarbij we bijvoorbeeld onder druk bot-, bloed- en weefselresten verwijderen. En dan gaan de negen wasmachines draaien.'

07.00 uur



3

'In de assembleerruimte controleer ik nogmaals of alles schoon is, of alles nog functioneert, of er bijvoorbeeld geen bramen, scherpe randjes, aanzitten. Boorhandstukken smeer ik zonnodig door, want die moeten weer goed en soepel draaien op de operatiekamers. Ook testen we of de elektrische elementen van bijvoorbeeld scopen voor kijkoperaties nog helder van beeld zijn. En dan gaan we de sets weer opnieuw samenstellen met behulp van ons track- en trace-systeem T-Doc. Op ons scherm kunnen we zien hoe we de set opnieuw moeten samenstellen, zodat ze weer gebruikt kunnen worden.'

09.15 uur



08.00 uur



2

'Na een uur haal ik de rekken er aan de andere kant uit, in de schone desinfectieruimte. Ik kijk of alles goed is gereinigd en alles droog is. We controleren of de parameters van het wasproces kloppen. Sommige instrumenten spuiten we hier ook nog handmatig door met steriel water. Dan sorteren we alles op specialisme. En gaan de karren door naar de assembleerruimte.'

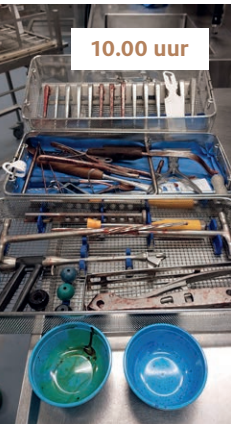
09.30 uur



4

'Nu pakken we de sets zo in, met twee lagen papier, dat het OK-personeel het kan openen zonder dat ze de instrumenten aanraken. Dat doen we deels zelf, maar er loopt ook een pilot met een inpakrobot, de eerste ter wereld. We scannen overigens ook elke handeling, zodat elke set van uitgifte tot einde proces traceerbaar is.'

10.00 uur



5

'Tot slot gaat het ingepakte instrumentarium in de sterilisator, met stoom van 134 graden. Na het steriliseren moet de lading nog een half uur afkoelen. Dan kunnen de transportmedewerkers de sets en los instrumentarium terug naar de afdelingen en OK's brengen, waar het zonder risico weer gebruikt kan worden. Bacteriën krijgen bij ons geen kans. Jaarlijks gaan er zo'n 90.000 verschillende sets door onze handen.'

LEESTIP

MARJOLIJN KLOMP-KOOI, ADVISEUR STRATEGISCHE RELATIES & HOSPITALITY RAAD VAN BESTUUR TIPT HET GETAL, PAGINA 4-5

Koning op bezoek

Al een jaar geleden verzochten we het Koninklijk Huis of Koning Willem-Alexander ons gebouw wilde openen. Eerst was het natuurlijk afwachten óf het in zijn agenda paste, maar na de bevestiging bleek hij zelfs op de voor ons zo speciale 29e september te kunnen.

Vervolgens stelden we, op basis van onze wensen en die van het Koninklijk Huis, een programma samen. Natuurlijk wilden we ons prachtige gebouw tonen, maar ook wilden we ontwerpkeuzes toelichten, én het effect hiervan op patiënten en medewerkers.

Pas twee weken voor de opening mochten we naar buiten brengen dat Zijne Majesteit de Koning de openingshandeling zou verrichten. Daarna raakte de organisatie – én de hoeveelheid persaanvragen – in een stroomversnelling. Er kwam veel regelwerk bij. Ook de patiënt met wie hij sprak, konden we pas een dag van tevoren vragen. Uiteindelijk werd het bezoek van 1,5 uur samengevat in een draaiboek van twintig pagina's.

Ik kijk terug op een geslaagde dag. Niet alleen door de enthousiaste reacties, maar ook omdat alles volgens planning verliep. Sowieso was de betrokkenheid en interesse van collega's erg mooi. Het moment waarop de Koning in de glazen lift in het atrium omhoogging, en iedereen naar hem zwaaide vanachter de ramen bij elke verdieping: dat was echt indrukwekkend! ■

MARJOLIJN KLOMP-KOOI

Radboudumc

Inhoud

12



12

Duurzame zorg: 'We moeten soms tegen de stroom en systemen in'

8

ONDERZOEK – Oktober is borstkankermaand. Een goede reden om hoogleraar Mireille Broeders te vragen naar de wapenfeiten over borstkankerscreening. 'De huidige aanpak redt levens, maar kan beter.' Hier lees je hoe.

zuurstofslangen en zelfs vuilniszakken en verpakkingsmateriaal. Hoe komt dat? Wat merken we nu in de voorraadkasten? Hoe keren we het tij? En wat kunnen wij doen?

12

FIT FOR THE FUTURE – Steeds vaker komt de term 'duurzame zorg' voorbij. Maar wat is dat eigenlijk? Bestuursvoorzitter Bertine Lahuis legt uit waarom we vol op duurzame zorg willen en móeten inzetten. Drie collega's vertellen over het effect van zingevende zinvolle zorg op preventie, betaalbaarheid en duurzaamheid.

16

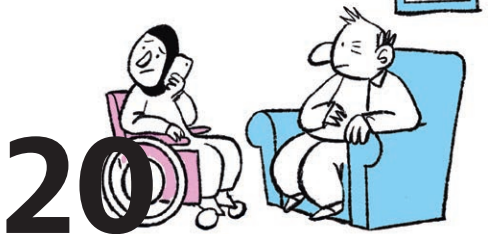
ORGANISATIE – In de ziekenhuizen dreigt een tekort te ontstaan aan hulpmiddelen zoals pipetjes,

18

FACTS & FIGURES – Griepvaccinatie in feiten en cijfers. Vanaf deze maand kunnen we de grieprik weer halen.

Wat merk jij van de opgelopen wachttijden?

20



En verder

4

HET GETAL

6

KORT

11

EEN HELEBOEL VRAGEN AAN

19

DE PATIËNT RONDVRAAG

20

COLLEGA'S

23

HET MOMENT ACHTEROP

HET GETAL

Beatrijs Bonarius Beeldfanaat



Dertien foodtrucks, honderden soepjes, karma kebabs en stukjes taart, duizenden mocktails en bionades, één muzikaal duo Summerchic (piano en zang), en nóg een muzikaal duo Timebeatz (dj en saxofonist), een duo Complimentenmeisjes dat lieve, rake teksten op kaartjes schreef, én duizenden collega's ... Dat waren slechts enkele van de vele ingrediënten van het geslaagde Groote Pleinfeest op 29 september. Na de officiële opening van het hoofdgebouw door Koning Willem-Alexander, werd het Experience Center een vrolijke ontmoetingsplaats. Geniet hier nog even na! ■

KORT



Dominique Lagarrigue-de Santy

Radboudumc Health Academy communicatiemedewerker

Dag Dominique, jij organiseert de college tours?

‘Ja, zo fijn dat het nu weer fysiek kan. We starten deze maand en organiseren er zo’n tien per jaar. Ze zijn voor scholieren, van veertien tot twintig jaar, die interesse hebben in de verschillende zorg- en paramedische beroepen.’

Wat is jullie ‘geheim’ om hen te enthousiasmeren?

‘We laten scholieren op een leuke manier kennismaken met de zorgberoepen. Als ze bijvoorbeeld interesse hebben in de opleidingen tot verpleegkundige of doktersassistent kunnen ze hier workshops volgen op verschillende verpleegafdelingen. Ze krijgen begeleiding van studenten die de opleiding al volgen. Ze mogen ook zelf handelingen verrichten, zoals bloedprikken of verband aanleggen. Meestal zie je meteen wie zich daadwerkelijk gaat aanmelden, leuk om ze dan later als stagiair van ROC of HAN hier terug te zien. Twijfelaars nodigen we uit om ook nog eens op een andere afdeling te gaan kijken. Want heelkunde is natuurlijk heel anders dan cardiologie of verloskunde.’

Zijn er nog meer tours?

‘We hebben ook college tours voor scholieren die operatie-assistent of anesthesiemedewerker willen worden. Zij krijgen een rondleiding op de operatiekamers. En de groep die een baan overweegt met medisch beeldvormende en radiotherapeutische technieken laten we de PET-CT bij Nucleaire Geneeskunde zien. Ze mogen ook zelf ervaren hoe het is om in een bestralingstoestel te liggen.’

Wat kunnen wij collega’s hierin betekenen?

‘Zegt het vooral voort! Promoot het bij je kinderen, neefjes, nichtjes, buurkinderen, dat ze hier aan een college-tour kunnen deelnemen. En vertel hen enthousiast over je eigen werk. We hebben ze zo hard nodig, jonge mensen die de zorg straks gaan versterken. Of meld je als afdeling aan om te helpen bij het organiseren van een college tour!’



IMPACT

Anticonceptie voor malariaparasieten

Een nieuw medicijn blokkeert de overdracht van malariaparasieten door muggen, en kan daarmee een belangrijke rol spelen in de strijd tegen malaria. Het middel, een antilichaam, is in het Radboudumc ontwikkeld en voor het eerst getest en veilig bevonden in mensen. Het medicijn doet na injectie eigenlijk niets in het menselijk lichaam. Maar als een mug een bloedmaal neemt, komt het medicijn via het bloed in de mug terecht. Daar zorgt het dat malariaparasieten zich niet kunnen voortplanten en verder verspreiden. De onderzoekers verwachten dat een enkele injectie van het middel de overdracht van parasieten en daarmee nieuwe malariagevallen gedurende een heel malariaseizoen kan voorkomen. Dit medicijn kan daarom een waardevol hulpmiddel gaan vormen tegen de huidige 200 miljoen malariagevallen per jaar.



Foto: iStock



in Tim Antonius, Neonatologie
Weekenddienst op een single-room neonatale intensive care unit. Wat een verademing vergeleken met enkele maanden geleden toen we nog met zijn allen op een grote zaal aan het werk waren. Wat een rust voor onze babies en hun ouders! Maar dus ook voor ons team.

@FloortjeAgema Dankbaar dat vrijwilligers deze kleurrijke en vrolijke troostkonijntjes haken voor **@Mort_Radboudumc @Radboudumc** Eentje blijft bij het kindje, de ander is voor papa en mama (of broer of zus). Ze brengen houvast en troost als het verdriet heel donker is.



Om elkaar beter te leren kennen, vroegen we collega’s in de Radbode: **Wat is jouw guilty pleasure?**



Guilty Pleasure

Dominique
Mijn game Horizon spelen op de PS5 als de baby slaapt!



Trek in een gezonde snack?

Op het digitale poliplein op -1 (voorheen de Tuinzaal) is onlangs een Health Food Wall geopend. Hier haal je gezond eten 'uit de muur'; de verse wraps, sandwiches, maaltijden, snacks en sappen zijn plantaardig en voedzaam. Ook in het Amalia kinderziekenhuis vind je een Health Food Wall.

@verloskunde_radboudumc

1000e baby! 🥰🥰🥰
Vorige week is de 1000e baby van dit jaar bij ons geboren. Namens de afdeling Verloskunde wensen wij de ouders heel veel geluk 🍀💖
#baby #verloskunde #radboudumc

Steuntje in de rug op de weg terug

Als je al wat langer uit het arbeidsproces bent, bijvoorbeeld door overbelasting, mantelzorg of het verlies van een dierbare, heeft dat dat veel impact. Bij ‘Samen werk(t)’ kun je ervaringen uitwisselen met gelijkgestemden, onder begeleiding van bedrijfsmaatschappelijk werk. In wekelijkse bijeenkomsten van een uur (aanmelden niet nodig), kun je twijfels en onzekerheden bespreken, maar ook mooie momenten en inzichten delen.

Kijk in de agenda op intranet voor data en locaties.



Enorme belangstelling: circa 5.000 geïnteresseerden kwamen op 1 oktober naar onze Open Dag!

GETIPT

Help! Het ziekenhuis verdwijnt

Boek: Vanuit haar ervaring als internist-hematoloog en bestuurder beschrijft Fenna Heyning hoe het ziekenhuis zich heeft ontwikkeld van gasthuis voor langdurige verpleging van patiënten tot modern technisch bolwerk. Moet een ziekenhuis per se een gebouw zijn, waar patiënten met toch al zwakke conditie regelmatig van ver naar toe reizen? Digitale mogelijkheden worden nog te weinig benut. **€ 19,95**



COLUMN | ETHIEK

MEDEWERKERS VAN DE SECTIE MEDISCHE ETHIEK (IQHEALTHCARE) GEVEN EEN BESCHOUWING OVER EEN ACTUEEL ONDERWERP. DIT KEER: JELLE VAN GURP.

Tering naar de nering?

Duurzaamheid kan en moet in vele vormen worden uitgewerkt. Nu staat vooral ons afscheid van de fossiele energie centraal, bemoeilijkt door een economische en internationale politieke crisis. In de slipstream van deze crises zal een deel van onze (toekomstige) patiënten met grote geldzorgen geconfronteerd worden, en daardoor zorg uitstellen. Neem de tandartszorg. Voor mensen boven de achttien jaar zit deze nog maar heel beperkt in de basisvergoeding. Een reguliere controle zal een grote groep patiënten in deze

‘Een deel van onze patiënten heeft grote geldzorgen’ tijdens waar-schijnlijk maar even laten. En ook het hoge eigen risico,

door velen gebruikt om de zorgverzekeringskosten te drukken, zal een grotere drempel en dus (te lang) uitgestelde zorgvragen opleveren. Het lijkt me daarom sterk dat wij in de komende jaren onze gemiddelde gezondheid op peil gaan houden. In de media wordt gerept over een ‘perfect storm’ waarin allerlei crises in elkaar grijpen en samen een steeds desastreuzer leven creëren voor veel Nederlandse burgers. Wat te doen, en waar te beginnen? Het is een deugd om de tering naar de nering te zetten, maar moeten we wel genoeg nemen met de nering als die leidt tot louter empathie tonen voor en meedenken met hen die met meer dan alleen gezondheidszorgen over onze drempel stappen? Of moeten wij als ziekenhuis, samen met politiek en verzekeraars, meer doen om ook onze publieke gezondheid duurzaam te onderhouden?

Gaan we borsten anders bekijken?

‘Borstkankerscreening kan veel persoonlijker’

Borstkankerscreening redt levens, maar het kan beter. Hoogleraar Mireille Broeders: ‘Ik wil graag toe naar een veel persoonlijkere aanpak. Dat betekent rekening houden met factoren die de kans op borstkanker verhogen en in specifieke gevallen kiezen voor een andere techniek dan de standaard mammografie.’

Al sinds 1990 ontvangen alle vrouwen in Nederland tussen de 50 en 75 jaar elke twee jaar een uitnodiging voor het bevolkingsonderzoek naar borstkanker. Zij krijgen een mammografie van de borsten: een tweedimensionale röntgenfoto, zowel vanaf de zijkant als van boven. ‘Eigenlijk is het screeningsprogramma sindsdien nauwelijks veranderd’, vertelt Mireille Broeders, hoogleraar Personalized Cancer Screening. ‘We zijn alleen van analoog naar digitaal gegaan. Dat heeft gezorgd voor een iets betere opsporing van tumoren.’

Risico’s inschatten

Is die mammografie dan hopeloos ouderwets? ‘De mammografie is nog steeds een prima test’, antwoordt Mireille. ‘Ik vind het jammer dat het onderzoek een slecht imago heeft. Vrouwen maken elkaar bang dat het veel pijn zou doen als hun borsten

tussen de platen worden samengedrukt voor de foto’s. Door die angst kan het zijn dat vrouwen juist meer pijn ervaren.

‘Alle vrouwen krijgen dezelfde aanpak, maar niet alle borsten zijn hetzelfde’

Uiteindelijk vinden veel vrouwen het meevallen. Ze scoren de pijn gemiddeld als 4 op een schaal van 0 tot 10.’

Toch denkt Mireille dat de screening op borstkanker beter kan. ‘Op dit moment krijgen alle vrouwen dezelfde aanpak, maar niet alle vrouwen en borsten zijn hetzelfde’, legt ze uit. ‘Wat mij betreft gaan we de screening veel persoonlijker maken, waarbij

we rekening houden met het risico dat een vrouw loopt op borstkanker, en waarbij we in bepaalde gevallen voor een andere techniek kiezen dan de mammografie.’

Veel klierweefsel

Het risico op borstkanker hangt af van veel factoren, zoals genetische kenmerken, aantal zwangerschappen, hormonen, familiegeschiedenis en leefstijl. Mireille startte in 2014 een studie onder 70.000 vrouwen, over de invloed van deze factoren. Zij liet de vrouwen vragenlijsten invullen en nam bloed af voor DNA-analyse. Ze verzamelde borstfoto’s en hield bij hoe vaak borstkanker voorkwam. ‘De analyse van deze studie is nog in volle gang, maar gaat zeker aanwijzingen geven waar we op moeten letten voor risicobepaling’, zegt Mireille. Een belangrijke factor is de samenstelling van de borsten. In Nederland heeft ongeveer 8 procent van de vrouwen ouder dan vijftig jaar borsten met zeer dicht klierweefsel. Deze vrouwen hebben een twee keer zo hoog risico op borstkanker. ‘En precies bij deze groep heeft onderzoek laten zien dat de mammografie niet goed werkt’, vertelt

radioloog Ritse Mann. ‘Tumoren en klierweefsel kleuren namelijk allebei wit op een mammografie, terwijl vetweefsel zwart kleurt. Bij veel klierweefsel zoek je daarom naar een witte vlek in een witte achtergrond, dat is heel lastig.’

Op zoek naar een betere techniek

‘Voor deze groep vrouwen weten we inmiddels dat een MRI-scan veel beter werkt. Die is recent ook opgenomen in de Europese richtlijn’, zegt Ritse. Maar de implementatie van MRI voor screening is traag. Dat komt met name doordat het onzeker is of er voldoende goed getrainde laboranten zijn voor MRI bij alle vrouwen met veel klierweefsel, zoals recentelijk is gebleken uit een rapport in opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid. Daarnaast is de MRI een relatief dure techniek. Ritse onderzoekt daarom of een kortere scan, van slechts drie minuten, ook voldoende informatie geeft. Het Ministerie van Volksgezondheid wil nu eerst een andere techniek verder laten ►

Bevolkingsonderzoek in cijfers

De opkomst van het borstkankerbevolkingsonderzoek is rond de 75%. Het onderzoek spoort bij 7 op de 1.000 vrouwen een kwaadaardige tumor op en bespaart daarmee volgens de website van het RIVM 850 doden door borstkanker in Nederland per jaar. Maar er zijn ook nadelen: zo krijgen 17 van diezelfde 1.000 vrouwen te horen dat ze naar het ziekenhuis moeten voor vervolgonderzoek, terwijl later blijkt dat er geen sprake is van een kwaadaardige tumor. Met alle bijbehorende stress. Daarnaast mist het bevolkingsonderzoek alsnog 1 op de 4 tumoren.



B&B Vol Liefde

Mireille Broeders

is hoogleraar Personalized Cancer Screening bij de afdeling Health Evidence. In de borstkankermaand oktober houdt zij haar oratie.

Ritse Mann

is radioloog en onderzoeker bij de afdeling Beeldvorming. Ritse en Mireille doen samen veel onderzoek naar borstkankerscreening.



Luid (en vals) meezingen met oude heavy metal-klassiekers

onderzoeken bij screening van vrouwen met dicht borstweefsel: mammografie met contrast. ‘Dat is een nuttig onderzoek, maar het kost zeker acht jaar’, zegt Mireille. ‘In die tussentijd weten we dat we vrouwen met dicht borstweefsel niet de beste screening bieden. Ik vind dat we in elk geval voor die jaren de MRI zoveel als mogelijk moeten aanbieden.’

Heldere communicatie

Daarbij wijst Mireille wel heel duidelijk op het zogenaamde *right not to know*. ‘Bij vrouwen met dicht klierweefsel zouden we graag MRI-scans maken. Maar sommige vrouwen willen helemaal niet weten of ze dicht klierweefsel hebben en daarmee een hogere kans op kanker. En dat moeten we respecteren. Een meer persoonlijke screening begint daarom met goede voorlichting en communicatie, waarbij we vrouwen vragen wat ze zelf willen.’ Vrouwen die hun risico wel willen weten

kunnen mogelijk in de toekomst een ander screeningstraject volgen. ‘Een vrouw met weinig klierweefsel in de borsten en een laag risico, zou bijvoorbeeld minder vaak hoeven komen voor onderzoek. Terwijl je iemand met een hoog risico misschien juist vaker wilt zien’, vertelt Mireille. ‘Ook dat moeten we heel goed uitleggen aan vrouwen. Ze zijn nu gewend aan elke twee jaar onderzoek. Ze moeten niet het gevoel krijgen dat ze bijvoorbeeld tekort komen, doordat de buurvrouw vaker mag komen.’

Screeningscentra

Naast de uitgebreidere communicatie brengt een meer persoonlijke aanpak ook praktische uitdagingen mee. Het vereist meer capaciteit en een andere infrastructuur. ‘Een MRI-scan of mammografie met contrast kun je niet uitvoeren in de speciale bussen, zoals die nu rondrijden om het screeningsprogramma laagdrempeliger te maken’, legt Mireille uit.

‘Bij een specifieke groep werkt mammografie niet goed’

‘Misschien moeten we toewerken naar speciale screeningscentra met meerdere technieken, met een aanbod passend bij het risico dat een vrouw heeft.’ Dat is geen omslag van vandaag op morgen. Mireille: ‘Wat mij betreft voeren we aanpassingen in het screeningsprogramma stap voor stap door, op basis van wetenschappelijke resultaten. Welke stappen precies, dat moet nog blijken, maar screening zal in de toekomst zeker persoonlijker worden.’

6 technieken om borsten te screenen

Wat is de techniek, en in hoeverre kan deze worden toegepast?	Borsten samengedrukt?	Geeft straling?
Mammografie: 2D-röntgenfoto. Is nu de standaard voor screening. Toevoeging van contrastmiddel verbetert opsporing van tumoren, maar is nog niet getest voor screening.	JA	JA
Tomosynthese: beperkte 3D-röntgenfoto, meet in cirkel rondom de borst en spoort beter tumoren op dan mammografie. Radboudumc coördineert studie naar screening met tomosynthese. Toevoeging van contrastmiddel is in ontwikkeling.	JA	JA
MRI: werkt met magnetische golven en contrastmiddel en is beter dan mammografie bij vrouwen met dicht klierweefsel. Zonder contrastmiddel (DWI-MRI) werkt het iets minder goed.	NEE	NEE
Echo: werkt met geluidsgolven. Echo is standaard in de kliniek als aanvulling op mammografie. Voor screening is dit te arbeidsintensief. Elastografische echo ‘voelt’ hoe hard een knobbeltje is, en daarmee of het een tumor is. Deze techniek is in ontwikkeling.	NEE	NEE
3D Mamma CT: volledig 3D-beeldvorming met röntgenstraling. Kan met of zonder contrastmiddel. Nog niet getest voor screening.	NEE	JA
Foto-akoestiek: gebruikt licht en meet vervolgens geluid. Techniek werkt zonder contrastmiddel. Nog in ontwikkeling.	NEE	NEE

Gijs Munnichs Jack Tillmanns

EEN HELEBOEL VRAGEN AAN...

IN DEZE RUBRIEK STELLEN WE PERSOONLIJKE VRAGEN AAN EEN COLLEGA DIE EEN RADBOUDPLUIM HEEFT GEKREGEN.

Marga Teulen (60), senior researchanalist Apotheek

‘De wereld ligt weer helemaal open’

Werkmotto? ‘Nieuwe dag, nieuwe kansen.’

Lunch? ‘Drie volkoren boterhammen, melk en soms soep.’

Hoe reis je naar je werk? ‘Van april tot oktober met de elektrische fiets. 25 kilometer heen, 25 kilometer terug. Ik woon in Duiven, één rit duurt ongeveer 65 minuten. Mijn hoofd is dan helemaal leeg. De rest van het jaar reis ik met de trein.’

Waar maak je je boos over? ‘Als mensen onderpresteren op het werk en anderen daardoor harder moeten lopen.’

Trots op? ‘Op een nieuwe techniek die we op ons laboratorium gebruiken. Hiermee analyseren we eiwitten die gebruikt worden bij de bestrijding van kanker. Verder heb ik geholpen om een lab voor tuberculose-analyses in Bandung, Indonesië op te zetten. Tuberculose komt daar veel voor. Ik heb analisten daar geleerd om met onze analysemethoden te werken.’

Wat ga je doen in de herfstvakantie? ‘Voor mij start na 28 september een nieuwe fase, want dan stop ik met werken. Ik ga eerst samen met mijn man in onze camper rondtrekken in Europa. Een nieuwe uitdaging in mijn leven. Spannend, maar ook zin in.’

Duurzaam? ‘Zonnepanelen op mijn huis. Fietsen naar het werk. En op het lab proberen we bijvoorbeeld het gebruik van chemicaliën te minderen.’

Waar word je blij van? ‘Van problemen oplossen. Als een collega met een vraagstuk worstelt, triggert mij dat heel erg om daar iets aan te doen.’

Wat zou je doen met een miljoen? ‘Een mooi huis kopen waar ik samen met mijn man, mijn broer en twee zussen onze oude dag kan doorbrengen.’

Guilty pleasure? ‘Meezingen met liedjes op de radio in de auto, thuis of op het lab. Dat terwijl ik niet kan zingen, maar wel hoop nog eens in een karaokebar terecht te komen.’

Wat wil je nog bereiken? ‘Mijn werk stopt... Privé zie ik het wel. Ik wil een cursus Frans doen. En mogelijk begin ik met vrijwilligerswerk. Maar eerst wil ik helemaal loskomen van het werk. Ik heb 25 jaar in het Radboudumc gewerkt, altijd met veel toewijding. Nu ligt de wereld weer voor me open.’

VAN NIJMEGEN TOT BANDUNG

Marga werkte 25 jaar in het laboratorium van de Apotheek. Met al haar kennis en kunde én de bereidheid collega's altijd te helpen, is zij een gewaardeerde vraagbaak en sparringpartner voor onderzoekers, ziekenhuisapothekers en collega-researchanalisten. Marga zette zich in voor de ontwikkeling van nieuwe analysemethoden en voor de accreditaties van het laboratorium. Haar laatste wapenfeit: ze hielp bij de totstandkoming van een lab in Bandung, Indonesië voor tuberculose-analyse..



Bertine Lahuis over duurzame zorg

‘We hebben de morele plicht om voorop te lopen’



Nu al, maar zeker in de aanloop naar de nieuwe organisatie, staat 'duurzame zorg' hoog op de agenda. Maar wat houdt het brede begrip dan eigenlijk in, en waarom is dit zo belangrijk? Bestuursvoorzitter Bertine Lahuis legt uit waarom we vol op duurzame zorg willen en móeten inzetten.

‘Als umc kunnen we niet álle wereldproblemen oplossen, wel kunnen we veel bijdragen als kennisinstituut.’ Bertine licht de gevolgen van het ‘urgente klimaatprobleem’ toe: ‘Denk aan de achteruitgang van biodiversiteit, hittestress en overstromingen, en de effecten die deze hebben op gezondheid, migratie en conflicten. Denk ook aan de ongelijkheid in welvaartsverdeling. De zorg wordt steeds duurder, en nog belangrijker zijn de grote vraagstukken rond arbeidstekorten. Alles bij elkaar roept dit om betere processen, ander gedrag én innovatieve oplossingen. Duurzame zorg is daar een van.’

Wat verstaan we onder duurzame zorg?

‘Duurzame zorg begint bij kritisch nadenken over welke zorg we leveren. Is het wel zingevende zinnige zorg? Stelt een patiënt bijvoorbeeld wel een zorgvraag, of ligt eronder een sociaaleconomische vraag die voortkomt uit financiële stress of een slechte woonsituatie? En áls het wel een zorgvraag is: hoe kunnen wij die dan duurzaam beantwoorden? Via videoconsult, via de eerste lijn? En, als we overgaan tot behandeling: hoe duurzaam voeren we die uit? Kunnen we OK-materiaal hergebruiken, medicatie verminderen, het gebouw waarin we werken verduurzamen?’

Uiteindelijk begint duurzame zorg met de dialoog aangaan en goed luisteren: wat heeft de patiënt nodig om verder te gaan? Die vraag wordt niet door iedereen hetzelfde beantwoord. En daarbij moeten wij onszelf de vraag durven stellen: moet alles wat kan?

‘We kunnen en móeten rode vlaggen hijsen als we weten dat overheidsbeleid leidt tot gezondheidsproblemen’

Ik wil meteen benadrukken dat de vitaliteit van onze medewerkers ook onder duurzaamheid valt: zijn zij vitaal, dan heeft dat positief effect op de te leveren zorg.’

Duurzame zorg is dus een containerbegrip. Waar focussen we ons op?

‘Onze strategische thema’s **PREVENTIE**, **ZINGEVENDE ZINNIGE ZORG** en **DUURZAAMHEID** geven richting aan de maatschappelijk te beantwoorden vragen. En de andere drie thema’s (AI/datagebruik, moleculaire mechanismen van ziekten en het opleiden van de professional van morgen) zijn belangrijke bijdragende manieren om daar antwoorden op te vinden. De thema’s hebben onderling interactie. Neem Fit4Surgery, het

preoperatieve preventieprogramma waardoor patiënten fitter een operatie ingaan en daardoor sneller herstellen. Dit heeft positieve invloed op de gezondheid van de patiënt, op de betaalbaarheid – door minder ziekenhuisdagen – én op de duurzaamheid – door minder materiaalgebruik en bewegingen.’

Welke rol hebben onderzoek en onderwijs in de duurzame zorg?

‘Als kennisinstituut hebben we de maatschappelijke taak om kennis en innovaties te ontwikkelen, te experimenteren, te delen én te verspreiden. Hiermee behandelen we – nationaal én internationaal – patiënten, én kunnen we beleidsmakers beïnvloeden. We kunnen – en moeten – rode vlaggen hijsen als we weten dat overheidsbeleid tot gezondheidsproblemen leidt. Denk aan de gezondheidsgevolgen door uitstoot van de zware industrie of door het gebruik van pesticiden. Of aan de gevolgen van alcoholgebruik of het eten van ongezonde voeding. Slecht beleid heeft invloed op ieders gezondheid, en al helemaal op de meest kwetsbaren van onze samenleving. Dat zien we dagelijks in ons umc.’

Waarom is duurzame zorg voor het Radboudumc zo belangrijk?

‘In onze wortels zit een grote maatschappelijke betrokkenheid: medemenselijkheid, morele en ethische afwegingen zijn hier vertrouwde onderwerpen. Vooroplopen in duurzaamheid past ons dan ook goed. Maar er zijn nog veel meer nodige stappen te zetten. Daarom moeten we nóg meer lef en moed tonen. Soms tegen de stroom en systemen in. Helpen het beleid verder te brengen. Het is onze morele plicht, onze maatschappelijke en wetenschappelijke verantwoordelijkheid, om die duurzame, innovatieve en betaalbare gezondheidszorg ook voor de toekomst van onze kinderen te kunnen blijven bieden.’

‘Per kortdurende opname besparen we ongeveer 2.000 euro’

ZINGEVENDE ZINNIGE ZORG

DUURZAAMHEID

Stroke unit without beds

Frank Erik de Leeuw, hoogleraar Neurologie:

‘Krijgt iemand een herseninfarct, dan zijn er twee dingen belangrijk: snel behandelen en snel de oorzaak onderzoeken. De onderzoeken werden jarenlang op de verpleegafdeling verricht, maar door snelle, innovatieve beeldvormingstechnieken kan dit inmiddels op de Spoedeisende Hulp (SEH). Patiënten hoeven hiervoor dus niet meer te worden opgenomen. Dat is vooral van belang voor de 15 tot 20 procent van alle patiënten die zo weinig neurologische uitval hebben dat klinische opname niet nodig is. Daarom startten we vier jaar geleden *Stroke unit without beds*, via het programma Betaalbaar Beter. Na een zorgvuldige pilotfase gaan patiënten met een mild herseninfarct direct vanaf de SEH weer naar huis, om daar verder te herstellen; jaarlijks zo’n tachtig personen. Zij krijgen goede instructie en worden nauwkeurig gemonitord: dag en nacht kunnen ze een gespecialiseerde “stroke-verpleegkundige” bereiken. De ervaring is echter dat patiënten na de goede uitleg op de SEH daar nauwelijks gebruik van maken. De ochtend na thuiskomst neemt een CVA-nazorg-verpleegkundige contact op.

Op deze manier kunnen we in de huidige tijd van krapte toch onze zorg beschikbaar houden voor patiënten die dit écht of nog meer nodig hebben. Daarnaast levert ons initiatief ook een flinke bijdrage aan duurzaamheid door minder afval op de verpleegafdeling en minder bezoekbewegingen. Al met al besparen we de maatschappij forse zorgkosten: per kortdurende patiëntopname al zo’n 2.000 euro.

Maar misschien nog wel het allerbelangrijkste is dat patiënten het liefst thuis herstellen, immers *there is no place like home* om beter te worden!’



Bertine
Pure chocolate

PREVENTIE

ZINGEVENDE
ZINNIGE ZORG

DUURZAAMHEID

Beter Verwijs

Bart Kiemeney, hoogleraar Epidemiologie en afdelingshoofd Health Evidence:

‘De tijd dat leefstijl géén onderwerp van gesprek is, moet echt voorbij zijn. Met allerhande cijfers is aangetoond dat een betere leefstijl een positieve invloed heeft op kwaliteit van leven, een lagere ziektekans en een betere ziekteprognose. Zo blijkt dat kankerpatiënten die na hun diagnose en behandeling meer bewegen, ongeveer 10 procent minder kans op terugkeer van de ziekte hebben. Dat is echt fors! Leefstijl moet dus onderdeel van de behandeling worden, niet alleen bij kanker. Als ziekenhuisprofessionals moeten wij daarin onze verantwoordelijkheid nemen.

Omdat we zagen dat tweede- en derdelijnszorgverleners, van verpleegkundigen tot medisch specialisten, onvoldoende overzicht hebben van bestaande en vergoede leefstijlinterventies, en daar ook niet makkelijk naar kunnen verwijzen, namen we vanuit Beter Gezond het initiatief voor Beter Verwijs. Via dit landelijke online instrument – nu nog een pilot – kunnen zorgprofessionalssamen met patiënten een passende leefstijlinterventie begeleider kiezen en ernaar verwijzen. Nu bieden we interventies rondom voeding, beweging en alcohol aan. Later willen we uitbreiden met interventies voor roken, ontspanning en slaap. En voor mensen die eenzaam zijn, of financieel zelfredzamer willen zijn. De eerste ervaringen zijn positief: patiënten zijn – mede doordat ze aangesproken worden door hun behandelaar (het “wittejasseneffect”) – beter gemotiveerd, én zorgverleners vinden het fijn dat ze handelingsperspectief hebben.

Een betere leefstijl is niet alleen voordelig voor het welzijn van patiënten, ook zorgkosten verminderen hierdoor. Denk maar eens aan diabetespatiënten die door bijvoorbeeld meer beweging met minder medicatie toe kunnen, of niet naar het ziekenhuis hoeven. We móeten de druk op de gezondheidszorg verlagen. Onze inzet is dat elke zorgverlener in Nederland leefstijl onderdeel van de behandeling maakt. Beter Verwijs kan daarbij een *game changer* zijn.’

‘Leefstijl moet onderdeel van de behandeling worden’



Bart
Romantische komedies
& Jennifer Aniston

DUURZAAMHEID

ZINGEVENDE
ZINNIGE ZORGTerugdringen
medicijngebruik**Hoogleraar en kindernefroloog Nicole van de Kar:**

‘Nierpatiënten met de zeldzame aandoening atypische HUS – jaarlijks vijf tot tien nieuwe patiënten in Nederland – kunnen worden behandeld met het geneesmiddel Eculizumab. Door dit middel herstellen de aangetaste kleine bloedvaten in de nier: bloedstolsels die leiden tot verstopte nierfilters – met nierfalen als gevolg – én die leiden tot versnelde afbraak van rode bloedcellen en tekort aan bloedplaatjes, verdwijnen.

Maar Eculizumab is zo duur – per patiënt jaarlijks tot ruim 450.000 euro en dat levenslang – dat het Zorginstituut Nederland wilde adviseren dit niet meer te vergoeden. Samen met collega-nefroloog Jack Wetzels en de Nierpatiënten Vereniging Nederland konden we dat voorkomen. We richtten een landelijke werkgroep op en maakten een protocol voor terughoudend gebruik van Eculizumab. De eerste evaluatie laat zien dat bij de meeste patiënten de toediening na drie maanden kan worden gestopt, en bij terugval weer worden gestart. Bij diegenen die het middel langer nodig hebben, kan de tijd tussen twee toedieningen worden verruimd. Goede instructies voor patiënten om een terugval te herkennen en goede bereikbaarheid van het behandelteam zijn essentieel. Ook zijn een goede regie en concentratie van kennis in een expertisecentrum voorwaarden voor succesvolle implementatie. In de afgelopen jaren heeft dit nieuwe behandelprotocol laten zien dat dit restrictieve gebruik mogelijk en veilig is. We hebben 70 procent aan kosten bespaard: ruim 50 miljoen euro in vier jaar tijd. Ook hebben we meer inzichten gekregen in deze zeldzame ziekte; die kunnen we in de toekomst verder benutten.’ ■

‘Bij de meeste van deze patiënten kon toediening na drie maanden worden gestopt’



Nicole
Zoetigheid

4 vragen over een (dreigend) tekort aan hulpmiddelen

(en wat heeft duurzaamheid daarmee te maken?)

Het tekort aan beschermingsmiddelen tijdens de coronacrisis zit vast nog vers in je geheugen. Maar wie had gedacht dat er in de ziekenhuizen van het welvarende Nederland ook tekorten zouden ontstaan aan hulpmiddelen zoals pipetjes, zuurstofslangen en zelfs vuilniszakken en verpakkingsmaterialen? Vier vragen aan manager inkoop **Kevin Overgoor** en strategisch adviseur duurzaamheid **Harriette Laurijsen**.

1 Wat veroorzaakt de schaarste?

Kevin: 'Veel hulpmiddelen en andere artikelen komen uit Azië. De COVID-pandemie heeft daar nog altijd grote gevolgen voor onder meer productie en transport. Denk aan personeels-tekorten, gesloten havens en problemen met zeecontainers. Daarnaast heeft de Oekraïne-oorlog effect op beschikbaarheid, kosten en transport van grondstoffen. Bovenop die problemen is er een nieuwe, strengere Europese certificering (MDR) voor medische hulpmiddelen in aantocht. De aangescherpte regels zijn voor veel fabrikanten aanleiding om hun assortiment fors in te krimpen. Deels bewust, deels noodgedwongen door capaciteitsproblemen bij certificerende instanties.'

Harriette: 'Daarnaast spelen uiteraard ook de klimaatcrisis, grondstoffencrisis en biodiversiteitscrisis. Deze problematiek noodzaakt ons om anders te werken. Niet voor niets heeft ons umc samen met de Radboud Universiteit een duurzaamheidsbeleid uitgewerkt voor de periode 2021-2025. Inkoop speelt daarbij een belangrijke rol. Bij inkoop gebruiken we de drietrapsraket: voorkom onnodige aankopen (*refuse*), kies voor herbruikbare producten waar mogelijk (*re-use*) of kies voor recyclebare producten (*recycle*).'



'Deze problematiek noodzaakt ons om anders te werken'

2 Wat merken we nu in de voorraadkasten?

Kevin: 'We hoeven nog geen zorg uit te stellen, maar het aantal backorders (orders die niet geleverd worden, red.) stijgt en de levertijden lopen op. Soms met maanden, zonder dat een nieuwe leverdatum bekend is. Veel van onze assortimentscoördinatoren en voorraadbeheerders zijn 80 procent van hun werktijd op zoek naar de juiste materialen. Tot voor kort was dat hooguit 20 procent. Dat betekent dat er soms een alternatief in de kast ligt of dat we daadwerkelijk op een andere manier zorg moeten verlenen, maar uiteraard altijd in overleg met de (medisch) specialist.'

Harriette: 'Als we "wegwerp" vervangen door herbruikbare producten, vermindert dat de schaarste. Denk aan het tekort aan isolatiejassen tijdens de COVID-periode. Door te kiezen voor herbruikbare isolatiejassen voorkomen we voorraadproblemen én het is beter voor het milieu. De schaarste raakt overigens niet alleen de zorg, maar ook onderzoek en onderwijs. Ook daar gebruiken we veel wegwerpproducten, zoals kweekmateriaal en pipetten.'

'Wij kunnen leveranciers helpen met verduurzamen'

3 Hoe keren we het tij?

Kevin: 'Alle inkopers en voorraadbeheerders werken keihard om spullen tijdig binnen te krijgen. We maken knelpuntenanalyses en zoeken continu naar oplossingen, zoals het vergroten van bepaalde voorraden. Dat doen we al langer samen met de andere academische ziekenhuizen, maar nu ook in een bredere samenwerking binnen de zorg. Wat betreft duurzaamheid: afgelopen juni keurde de Raad van Bestuur ons Maatschappelijk Verantwoord Inkoopbeleid (MVI) goed. We voeren die plannen en ambities nu uit. Dit heeft ook concrete gevolgen voor de directe beschikbaarheid van hulpmiddelen, zoals in het voorbeeld van de isolatiejassen. Maar de grootste impact is dat we uitvoering geven aan de duurzaamheids-



Harriette
Niets doen



Kevin
Ongegeneerd
meezingen en dansen

doelen (zie het kader hierboven) van ons umc. Als ziekenhuizen kunnen we hoge eisen stellen aan leveranciers en daarmee de leveranciersmarkten helpen verduurzamen.'

Harriette: 'We gaan voor duurzame zorg. Denk aan de Green Deal Duurzame Zorg, ons zo duurzaam mogelijk gebouwde hoofdgebouw en onze ambities voor "de groenste OK van Europa". We keren het tij door nog een stevige tand bij te schakelen. In 2030 willen we energieneutraal zijn en het afval terugdringen en voor 75 procent recycleren. Nu wordt 25 procent gerecycled. De weg is nog lang, maar we boeken al successen. Bijvoorbeeld de keuze voor herbruikbare warmtedekens, laryngoscoopbladen en bloeddrukbanden. In Europese aanbestedingen stellen we eisen aan milieu, klimaat, inclusiviteit en een gezonde omgeving. Duurzame keuzes en schaarstebestrijding gaan hand in hand.'

4 Hoe kunnen collega's helpen?

Harriette: 'Op intranet vind je onder "duurzaamheid" info over wat je kunt doen. Bijvoorbeeld je aansluiten bij een Green Team op de afdeling. Zo'n team werkt aan klimaat-neutrale en circulaire bedrijfsvoering. Ze voorkomen bijvoorbeeld verspilling en zoeken duurzame alternatieven voor producten. Dit leeft sterk en levert mooie resultaten op.'

Kevin: 'Zuinig zijn met producten helpt. Vanuit de thema's beschikbaarheid en duurzaamheid snijdt dat mes aan twee kanten. De komende tijd blijven we ons duurzaamheidsnieuws delen. Onze inkoopadviseurs zullen de afdelingen ook op dit punt ondersteunen. Samen nog duurzamer inkopen, daar liggen enorme kansen voor de sociale, ecologische en economische kanten van onze bedrijfsvoering.' ■

Onze duurzaamheidsdoelen



FACTS & FIGURES

Vanaf deze maand kunnen we weer de grieprik halen. We beschermen daarmee onze kwetsbare patiënten en voorkomen ziekteverzuim onder zorgpersoneel. Met de huidige drukte in de zorg is het belangrijk met voldoende collega's zorg te kunnen blijven bieden. Zeker als door een influenza- of corona-uitbraak meer patiënten worden opgenomen.

Voor het **18e jaar** op rij biedt het Radboudumc de grieprik aan alle medewerkers aan. De focus ligt op medewerkers met direct patiëntencontact. In 2022 vallen **4.728 collega's** in deze doelgroep.

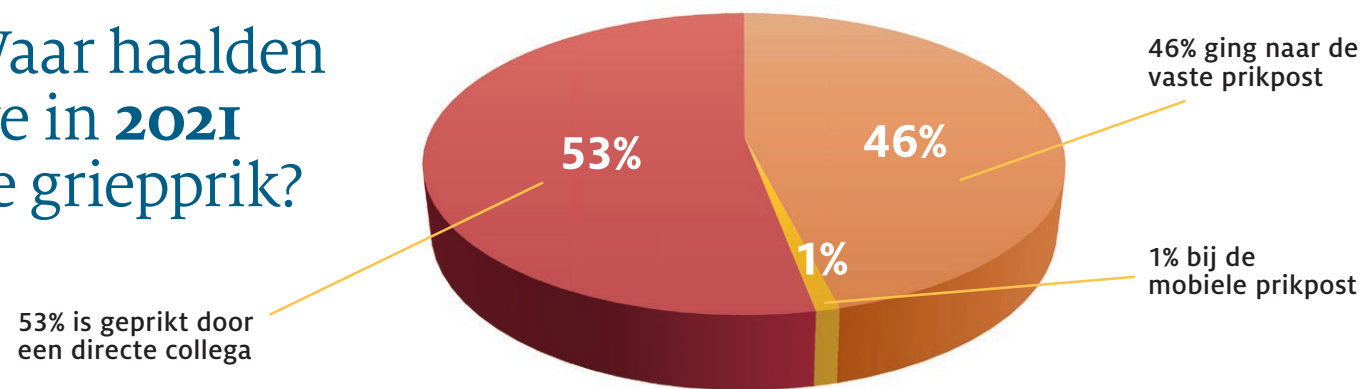
In 2021 haalde **52%** van de collega's met direct patiëntencontact de grieprik.

IN TOTAAL WERDEN 4.834 VACCINATIES GEZET, WAARVAN 2.514 BIJ COLLEGA'S IN DE DOELGROEP.

4.834

2.514

Waar haalden we in **2021** de grieprik?



Wanneer kun je de grieprik krijgen?

Elkaar vaccineren blijkt succesvol. Daarmee starten we de griepcampagne dit jaar. Van 10 oktober tot en met 4 november geven collega's op de afdelingen elkaar de grieprik. Van 31 oktober tot en met 11 november kunnen medewerkers de grieprik op locatie halen.

28 afdelingen behaalden in 2021 een griepvaccinatiegraad van **50% of meer**. De spreiding tussen afdelingen was **24,3%** tot **84,9%**.

Het hoogst scoorde **Geriatricie**, het laagst de afdeling HR, waar de FLEX-krachten onder vallen.

Radboudumc versus andere umc's

In 2021 was de griepvaccinatiegraad in het Radboudumc hoog ten opzichte van de andere umc's, waar die varieerde tussen 22% en 51%.

In het najaar start een nieuwe **vaccinatiecampagne COVID-19**. Zorgverleners met direct patiëntencontact hebben hierbij voorrang. Houd intranet in de gaten voor de precieze informatie. In 2021 haalden **10.483** de primaire vaccinatie (1x Janssen of 2x Moderna of Pfizer) en **9.297** medewerkers de booster.

DE PATIËNT

IN DEZE RUBRIEK HET PERSOONLIJKE VERHAAL VAN ONZE ACADEMISCHE PATIËNT EN DE REACTIE VAN CORRIE ERASMUS, KINDERNEUROLOOG

'Genieten, dat is wat ik voor Luna zo lang mogelijk wil'

Met een erfelijke spierziekte in je familie, is het spannend of je kind het ook heeft. Nancy stelde diagnostisch onderzoek bij haar dochter Luna zo lang mogelijk uit om – voor zover dat kon – onbezorgd te blijven. Maar inmiddels blijkt dat Luna net als Nancy de erfelijke spierziekte FSHD heeft. De zorg vanuit het Kinderspiercentrum van het Radboudumc Amalia kinderziekenhuis voelt als een enorme steun.

'Houd het maar stil, verzekeraars kunnen moeilijk doen. Dat was 25 jaar geleden de boodschap toen uit familieonderzoek bleek dat bij ons FSHD voorkomt', vertelt Nancy. 'Ik weet niet beter dat mijn opa, moeder en ik jarenlang gelukkig hebben geleefd zonder te weten dat we deze spierziekte hadden. Daarom wilde ik Luna niet snel laten testen. Als ze achttien wordt, kijken we wel verder, dacht ik. Totdat ze opeens vaak begon te vallen. En eigenlijk vermoedde ik al eerder dat Luna FSHD had. Ze loopt hetzelfde als ik, we waggelen allebei. Ze heeft dunne schouderbladen. Afgelopen zomer is in het

Amalia kinderziekenhuis bij Luna de diagnose FSHD gesteld. Dat biedt rust. Op school hebben we geen discussies waarom Luna een keer niet kan meedoen met gym of een activiteit. Hoe de ziekte gaat verlopen, weten we niet. Ik wil Luna onbezorgd laten, maar tegelijk wel doen wat goed voor haar is. Zo moet ze bewegen en sporten om haar spieren sterk te houden.

In het Amalia kinderziekenhuis wordt gekeken wat Luna het beste zal helpen. We spraken met de fysiotherapeut, ergotherapeut, revalidatiearts, verpleegkundig specialist en met kinderneuroloog Corrie Erasmus. Ik weet hoeveel impact deze ziekte kan hebben. Ik kan bijvoorbeeld niet lang lopen. Een dagje dierentuin met de kinderen doe ik deels met een

'Ik weet hoeveel impact deze ziekte heeft'

scootmobiel. Er komt van alles op ons af. Welke beperkingen zal Luna ervaren? Wat moeten we allemaal regelen? Ik had er veel zorgen over. Toen de verpleegkundig specialist tegen me zei: "Maar dat hoeft je niet alleen te doen, wij helpen jou", moest ik gelijk huilen. Ik voelde me zó gesteund. Ik wil dat Luna net als andere kinderen plezier heeft en zoveel mogelijk geniet. Ik weet zeker dat dit met de hulp vanuit het Radboudumc zo lang mogelijk gaat gebeuren.' ■

'MEER MOGELIJK DAN JE DENKT'

'FSHD (facioscapulohumerale spierdystrofie) is een erfelijke spierziekte. Het begint met langzame verlamming van het gezicht en verminderde spierkracht in schouderbladen en armen. De ziekte is progressief. De ernst verschilt per patiënt. Circa 20 procent belandt uiteindelijk in een rolstoel. In 2015 heb ik de kinderen met FSHD in Nederland in kaart gebracht. De literatuur benadrukt vooral hoe ernstig de ziekte is, maar in de praktijk blijkt er veel meer mogelijk dan je denkt. Als je maar de juiste zorg bundelt en patiënten goed begeleidt. In ons Kinderspiercentrum zorgt een multidisciplinair team voor diagnostisch onderzoek en behandelen we zo'n 20 kinderen. Zo geeft de fysiotherapeut advies over sporten en bewegen, de logopedist bij slik- en spraakproblemen, de diëtist over voeding, en de ergotherapeut over aanpassingen op school. Ons doel is te zorgen dat deze kinderen zo normaal mogelijk kunnen meedoen met sporten, school en de maatschappij. Dat doen we samen met het regionale revalidatieteam van de patiënt. Er is nog geen medicijn voor FSHD, maar we verwachten in de nabije toekomst wel geneesmiddelenstudies waar kinderen aan mee kunnen doen. We blijven doorgaan met ons wetenschappelijk onderzoek naar FSHD.'

KINDERNEUROLOOG CORRIE ERASMUS, KINDERSPIERCENTRUM, RADBOUDUMC AMALIA KINDERZIEKENHUIS

RONDVRAAG

Jannie Meussen Maikel Verkoelen I StudioMIK

Ook al doen we er alles aan om opgelopen wachttijden te normaliseren voor patiënten, ontstaan door corona en personeelskrapte, we hebben er helaas nog steeds mee te maken. Niet alleen in de directe zorg maar ook op andere afdelingen werkt dit door. We vragen vier collega's:

Wat merk jij van de opgelopen wachttijden?



Kim van Miert, casemanager Cardiologie

‘Ik voel me soms machteloos’



‘Samen met een collega beheer ik de wachtlijst voor mensen die een nieuwe aortaklep moeten krijgen. Het is een kwetsbare groep, het merendeel 75-plus. Wij merken dat ze soms wanhopig thuis zitten te wachten, bang dat het straks te laat is. Niet onterecht, want met een vernauwde aortaklep kan de conditie snel achteruitgaan en hartfalen ontstaan. Ik voel me soms machteloos. Je kent hen persoonlijk, weet hoe de thuissituatie is. We houden goed in beeld bij welke patiënt de nood het hoogst is, maar dat kan heel snel wisselen. De ene week kan iemand er nog heel goed bijzitten en een week erna is de situatie urgent. Via de telefoon kunnen we dat moeilijk inschatten, daarom hebben we een goed contact met onze verwijzende cardiologen en de huisarts van de patiënt. We doen er alles aan om dié patiënten te behandelen, die de zorg het hardste nodig hebben. Eigenlijk ook weer best knap hoe we samen met het team van hartchirurgie de boel zo goed mogelijk draaiende houden.’

Martien Barten, zorgmanager i.o. van onder meer de High Flow Unit

‘Korte opnames scheiden van lange, werkt efficiënt’



‘Onze High Flow Unit (HFU) heeft een belangrijke functie gekregen bij het inlopen van de wachttijden. We hebben twaalf bedden voor met name chirurgische patiënten, die hier een dag met eventueel een nacht verblijven. Alle specialismen kunnen met patiënten naar ons uitwijken. Door korte opnames te scheiden van lange, kunnen afdelingen hun bedden efficiënter inzetten. Wanneer een afdeling bijvoorbeeld vijftien bedden ter beschikking heeft en er volgens de OK-planning achttien nodig zijn, dan komen er drie patiënten naar de HFU op C5. In het wekelijkse centraal planningsoverleg stemmen we de vraag en beschikbaarheid op elkaar af, dat helpt in nood en zorgt voor een optimale inzet van bedden en personeel. We melden ook proactief als er bijvoorbeeld bij ons extra verpleegkundigen zijn, dan kunnen we nog een paar bedden openen zodat een afdeling meer ruimte krijgt voor spoedopnames. We werken sinds een jaar ook op vrijdagavond en op zaterdag tot einde van de middag.’

Daan de Jong, adviseur Procesverbetering en Implementatie

‘Er is behoefte aan centrale coördinatie’



‘Ik ben betrokken bij het tactisch planningsoverleg OK. Ik merk dat er echt behoefte in huis is aan centraal overzicht en centrale coördinatie. Wij monitoren maandelijks hoe de wachtlijsten zich bij alle specialismen ontwikkelen. Daarop sturen we en maken we de laatste wijzigingen in de verdeling van de OK-capaciteit. De wachtlijsten voor een ingreep laten we meewegen in de keuzen voor welke specialismen we meer OK-tijd inplannen. Dat gaat in nauw overleg. Afdelingen weten het beste voor welke patiënten langer wachten het meest nijpend is. We zien dat met deze gerichte werkwijze wachtlijsten ook echt stabiliseren.’

Margie Alders, woordvoerder Communicatie

‘We doen ons best om elk gaatje te vullen’



‘In september was er weer een piek aan vragen van journalisten, toen de Nederlandse Zorgautoriteit concludeerde dat de uitgestelde zorg amper is ingehaald. Dan komt ook hier de vraag of we al licht aan het einde van de tunnel zien. Ik heb intern korte lijntjes met collega's die hier alles over weten. Hoe je dan antwoordt? Dat we ons best doen om elk gaatje te vullen als het kan. Dat we het erg vinden als er patiënten moeten worden afgebeld; dat we patiënten nu kort voor de operatiedatum laten weten wanneer ze aan de beurt zijn. Nadeel is dat ze zich dan korter kunnen voorbereiden, maar het grote voordeel is dat de kans kleiner is dat ze worden afgebeld. Dat veroorzaakt minder onrust en minder vragen van de pers, want journalisten worden ook getriggerd door verhalen die ze op de verjaardag van hun buurman horen. Ze laten ons dan vaak wel weten: “Wij gaan dit plaatsen, willen jullie een reactie geven?” Dat vind ik wel chic, want dan zijn we geïnformeerd; maar we geven sowieso nooit informatie over individuele patiënten. Als er nieuws te melden valt, bijvoorbeeld over de wachttijden, zoeken we ook zelf de media proactief op om te vragen of ze daarin zijn geïnteresseerd. Dat weten ze ook!’ ■

Steeds meer grip

Door corona en personeelskrapte wacht een patiënt gemiddeld drie weken langer op een operatie dan vóór corona. Voor sommige ingrepen is die opgelopen wachttijd langer. Bijvoorbeeld voor patiënten die wachten op een complexe kaakoperatie, een complexe operatie aan de urinewegen of een borstreconstructie. Met centraal en integraal capaciteitsmanagement krijgen we steeds meer grip op de opgelopen wachttijden. We gaan de zorg ook slimmer organiseren. Zo is er in oktober een pilot gestart met een opnamelounge op locatie C2. Hier wordt een deel van de patiëntenpopulatie van C2 en C5 opgenomen en klaargemaakt vóór de OK. Zo kunnen de verpleegafdelingen zich in de ochtend beter op het ontslag van patiënten richten. Ondanks alle inspanningen hebben we, zonder nieuwe coronagolf, nog tot eind 2023 nodig om de wachttijden terug te brengen naar het niveau van voor corona.

COLLEGA'S

MOOIE WOORDEN HOREN BIJ EEN JUBILEUM EN AFSCHIED. DEZE PAGINA'S STAAN ER VOL VAN. SPECIAAL VOOR AL DIE COLLEGA'S DIE IETS TE VIEREN HEBBEN.

25 jaar in dienst



Monique van Asseldonk
Analist

‘Monique is gestart als histologisch analist op de afdeling Pathologie. Enkele jaren daarna heeft ze een uitdaging gevonden op één van de snelst ontwikkelende laboratoria binnen het Radboud, het Laboratorium Tumorgenetica. Wij hopen dat Monique met haar discipline en kritische blik nog lang met veel plezier bij ons blijft werken.’
Paul Rombout, teamleider Laboratorium Tumorgenetica, afdeling Pathologie



Heleen van der Niet-Colijn
Verpleegkundige

‘Heleen is een betrokken longverpleegkundige, die met grote deskundigheid de zorg voor de longpatiënten uitvoert. Ze is één van de kartrekkers binnen de CAD keten en ziet daarin altijd mogelijkheden voor verdere ontwikkeling. Wij bedanken haar namens iedereen van Longziekten voor haar enorme inzet.’
Marijke ten Dam, zorgmanager Longziekten



Anton Lamers
Onderhoudstechnicus

‘Anton is een vertrouwd gezicht voor de diverse afdelingen van het Radboudumc. Bij technische vragen en storingen met betrekking tot onze gebouwgebonden installaties, is hij een van de medewerkers die ingezet wordt om de vragen te beantwoorden of storingen te verhelpen. Hij is gespecialiseerd in het oproepsysteem voor verpleegkundigen en de communicatie-installaties. We hopen nog lang gebruik te kunnen maken van zijn kennis!’
Bennie Wintjes, hoofd Uitvoering



Edith Klappe
Internist

‘Naast allround internist vasculaire geneeskunde heeft Edith zich lange tijd Radboudbreed ingezet voor kwaliteit en veiligheid. Inmiddels is ze ook waarnemend opleider Interne Geneeskunde: van alle markten thuis!’
Niels Riksen, internist/sectiehoofd vasculaire geneeskunde Interne Geneeskunde

Hoe aanleveren? Wil je ook een bijdrage leveren voor deze rubriek? Stuur dan een korte tekst, maximaal 70 woorden, naar radbode@radboudumc.nl. Vermeld daarbij de naam en functie van de medewerker en het aantal dienstjaren. Omschrijf wat hem of haar typeert, wat hem of haar bijzonder maakt. Het stukje wordt ondertekend door de leidinggevende. Voor de foto geldt: aanleveren als apart jpg-bestand, scherp, niet te donker en minimaal 1 MB.

De deadline voor de volgende Radbode (#7) is 11 oktober 2022.



Nathalie Derks
NICU-verpleegkundige

‘Nathalie is als zeer ervaren NICU verpleegkundige twee jaar geleden overstapt naar de functie researchverpleegkundige binnen ons RTC CS team Vrouw-Kind. Zij is een belangrijke schakel in de researchwerkzaamheden voor zowel Kindergeneeskunde als Revalidatie en verzorgt de uitvoer en logistiek van diverse researchwerkzaamheden. Ze is gedreven en een echte doorzetter, dat waarderen we enorm.’
Chantal Slaa, teamleider RTC CS team MDL-Reuma/Vrouw-Kind/Nefrologie/Urologie/AIG



Karina Horsting-Wethly
Analist

‘Karina werkt al vele jaren in de Mitochondriële enzymdiagnostiek binnen TML, de laatste jaren in een meer coördinerende rol. Met haar jarenlange ervaring zorgt ze ervoor dat de diagnostiek op een kwalitatief hoog niveau blijft. Ze geeft daarbij altijd haar duidelijke mening op zaken. Ze is een vrolijke flapuit die van aanpakken weet.’
Richard Rodenburg, laboratorium specialist Klinische Genetica, Eva Berkhout, hoofdanalist TML



Bianca Krebbers
Zorghulp

‘Bianca heeft de meeste jaren bij Hematologie gewerkt. Ze levert haar bijdrage in de ondersteuning van de zorg. Bianca is goed in het beheren en duurzaam gebruik van materialen. Daarnaast weet ze haar computervaardigheden toe te passen binnen haar werkzaamheden. Ze heeft door de jaren een groot netwerk opgebouwd in het Radboudumc en weet deze in te zetten ten bate van de afdeling en de zorg. Bianca is technisch aangelegd, mocht iets niet naar behoren functioneren dan weet ze het met regelmaat zelf te repareren. En ze heeft ook haar bijdrage geleverd binnen de feestcommissie.’
Corné Mauritz, teamleider Zorg, Richard Ellenbroek, zorgmanager Hematologie



Marianne Linkels
Monitor mensgebonden wetenschappelijk onderzoek

‘Marianne is een vertrouwd gezicht op vele afdelingen in het Radboudumc. Ze is een zeer ervaren monitor en met haar ervaring ondersteunt ze al jarenlang een groot aantal onderzoekers van veel verschillende afdelingen in huis. Hiermee levert ze een bijdrage aan de kwaliteit van het wetenschappelijk onderzoek. We waarderen haar grote betrokkenheid, inzet en flexibiliteit.’
Jackie Droste, manager RTC Clinical studies, Beleid en Integraal

40 jaar in dienst



Gerda van Veldhuizen-Peters
Zorghulp

‘In al die jaren heeft Gerda zich op verschillende afdelingen en functies ingezet voor patiënten en medewerkers. De laatste jaren op de afdeling Perinatologie, unit Verloskunde. Ze is een gedreven, vriendelijke en hardwerkende collega en wordt zeer gewaardeerd door de mensen om haar heen, we hopen nog lange tijd met haar samen te werken.’
Ellen Timmerman, teamleider Zorg, afdeling Perinatologie



Shanta Moelchand
Analist

‘Shanta begon als stagiaire en heeft daarna al die tijd als laboratoriumanalist gewerkt. Na het behalen van haar diploma is zij als IVF-analist bij de afdeling Gynaecologie gaan werken. Daar heeft ze mee geholpen aan de fertiliteitsbehandelingen van vele paren. De afgelopen jaren heeft Shanta veel betekend voor de diagnostiek en preservatie van mannelijke vruchtbaarheid. Daarnaast is ze altijd betrokken geweest bij het geven van onderwijs en de organisatie van de semen-cursus. We wensen haar veel succes met haar nieuwe baan.’
Liliana Ramos, hoofd Fertiliteitslaboratorium



Sylvia Ebbeng
Managementassistent

‘Haar loopbaan begon Sylvia op het Bouwbureau en het cluster ZZO. Intussen werkt ze al ruim 20 jaar bij de Dienst Geestelijke Verzorging en Pastoraat. In die tijd heeft ze zich verder ontwikkeld tot een zeer betrokken en deskundige managementassistent. Wij danken haar zeer voor haar werk en voor wie ze als persoon is. Graag wensen we haar nog mooie jaren bij onze Dienst!’
Jocelyn van Nieuwenhuijzen en Wim Smeets, leiding DGVP



Pia Neijenhuijzen
Secretarieel medewerker patiëntenzorg

‘In 40 jaar heeft Pia veel patiënten gezien en te woord gestaan. Haar werkzaamheden op de patiëntenadministratie van de polikliniek Heelkunde is aan vele veranderingen onderhevig geweest en Pia heeft daar telkens in mee kunnen bewegen. Zij is een ijverige collega waar het prettig mee samenwerken is, die begaan is met de polikliniek en haar collega's.’
Joyce Verhaeg, zorgmanager polikliniek Heelkunde, Maag-darm- en leverziekten, Plastische chirurgie en Orthopedie

Met pensioen



Barbara Alferink-Auping
Verpleegkundige

‘Barbara’s loopbaan begint in 1974. Vele jaren werkt ze al voor de afdeling Hematologie. Eerst op de verpleegafdeling en sinds enkele jaren op de dagbehandeling. Barbara is een betrokken collega, die patiëntenzorg hoog in het vaandel heeft staan. Ze gaat nu genieten van haar welverdiende pensioen. We zullen haar aanwezigheid, kunde en ervaring enorm gaan missen. Barbara, alle goeds voor de toekomst!’
Suzanne Bens, teamleider Zorg, Richard Ellenbroek, zorgmanager Hematologie



Henriëtte Koch
Audiologie-behandelaar

‘Een echte Zeeuwse met een groot hart voor bijzondere patiënten: dat is Henriëtte Koch. In de ruim 44 jaar die zij voor het Radboudumc gewerkt heeft, stond (het belang van) de patiënt bij haar altijd op de eerste plaats. En dat liet zij weten ook! Henriëtte, het ga je goed. Geniet van je welverdiende pensioen!’
Lisa Lemson, operationeel manager Audiologisch Centrum



Lucy Louhenapessy
Baliemedewerker

‘Lucy is net voor de verhuizing van Dekkerswald naar het Radboudumc met pensioen gegaan. Ze zat altijd met een grote glimlach aan de frontoffice van de poli en heette alle patiënten welkom. Ze was op haar geheel eigen manier het visitekaartje van de polikliniek. Je kon altijd een beroep op haar doen en in de vele jaren dat ze op Dekkerswald heeft gewerkt was ze een vraagbaak voor menig medewerker.’
Marijke ten Dam, zorgmanager Longziekten



Nikkie Meijers
Studieadviseur

‘Na ruim 25 jaar neemt Nikkie Meijers afscheid van de Radboudumc Health Academy. Ze heeft kwaliteit hoog in het vaandel staan, kijkt vanuit verschillende perspectieven naar situaties en heeft een groot hart voor jonge mensen in ontwikkeling. Haar focus ligt op de master Geneeskunde en haar brede inzetbaarheid en kennis, ook over wet- en regelgeving, wordt zeer gewaardeerd. Wij danken haar voor haar inzet en bijdrage de afgelopen 25 jaar.’
Chantal Fonteijn, teamleider professionalisering, Radboudumc Health Academy



Sandra Eichelsheim
Managementassistent

‘Na afronden van één van haar laatste huzarenstukjes, de verhuizing naar het gebouw A, nemen we met pijn in ons hart afscheid van Sandra. Spil van de afdeling, collectief geheugen, nauwgezet, met een groot netwerk in het Radboudumc en een echt visitekaartje voor onze afdeling. Minpunten? Te bescheiden! Bovenal een fijne, warme collega voor velen.’
Saskia Middeldorp, afdelingshoofd, Simon Broecheler, bedrijfsleider en Chantal Doedens, manager Bedrijfsbureau Afdeling Interne Geneeskunde

HET MOMENT

IN DEZE RUBRIEK VERTELLEN MEDEWERKERS OVER EEN BIJZONDERE ERVARING TIJDENS HUN WERK IN HET RADBOUDUMC. DIT KEER **RON HAMELEERS**, SPECIALIST OUDERENGENEESKUNDE, JURIST EN PRINCIPAL LECTURER.



‘Al die aandacht voor preventie vond hij maar suf gedoe’

‘Studenten die Geneeskunde gaan studeren, hebben daarbij vaak spannende dingen voor ogen: opereren, medisch-technische handelingen uitvoeren en alles leren over anatomie. Ze leren snel en merken gaandeweg hun studie: “Ik ben niet meer alleen mezelf als persoon, ik kán ook iets.” Valt er iemand flauw of snijdt iemand zich in de vinger, dan wordt er snel naar hen gekeken: “Want jij doet Geneeskunde”. Aandacht voor leefstijl, gezondheid en gedrag is steeds belangrijker in de opleiding. Studenten vinden dit vaak een saai onderdeel van hun toekomstige vak. Tot ze de waarde ervan ontdekken. Zo coachte ik een student die al die aandacht voor preventie maar suf gedoe vond. Tot hij een openbaring kreeg. Hij woonde in een dispuutshuis, en wilde er een niet-rokenhuis van maken. Dat was voor hem natuurlijk lastig. Het risico dat je uitgehoond en uitgelachen wordt door de rokende studenten was best groot: “Waar bemoei je je mee?” Maar hij kwam enthousiast naar me toe en vertelde dat zijn lobby was gelukt. Hij had de geleerde vaardigheden rondom leefstijlinterventie in de praktijk gebracht. Hij was niet gaan preken: “Weet je wel dat je twintig ziektes kunt krijgen van roken!” Nee, hij gebruikte de technieken van *motivational interviewing*. “Wat vind je er positief aan dat je rookt? Vind je dat niet-rokers rekening met jullie moeten houden?” Door serieus maar op een vriendschappelijke manier het gesprek aan te gaan, lukte het hem om zijn huisgenoten te laten stoppen met roken. Daarmee was hij ook meteen door zijn weerstand tegen leefstijlinterventie heen. Hij zag nu in zijn eigen omgeving hoe zinvol het kan zijn. En dat niet-behandelen en juist voorkomen van ziekten zeker zo belangrijk zijn als medisch-technische hoogstandjes. Het is hem in het dispuutshuis goed afgegaan. Bij de introductie vertellen de dispuutsleden nu enthousiast aan nieuwe studenten: “Luister, leuk als je hier komt, maar binnen roken we niet!” ■

 **Ron Podcasts. Ik luister ze op de fiets, tijdens het hardlopen en zelfs onder de douche**

 Jannie Meussen  iStock

COLOFON

Radbode is het personeelsmagazine van het Radboudumc en verschijnt 8 keer in 2022

Redactie Beatrijs Bonarius (hoofredacteur), Jannie Meussen, Gijs Munnichs, Irene Spann

Contentcommissie Miranda Bennink, René Bindels, Gerben Ferwerda, Miranda Heijser, Suzanne Teunissen-Hendriks, Annie Moedt, Nienke Plass-Verhagen, Judith Prins, Angela van Remortele en Veronique Jacobs

Aan dit nummer werkten mee Beeldfanaat, Bert Beelen, Pauline Dekhuijzen, Annemarie Eek, Jelle van Gulp, Johan Oltvoort, Marcel Rekers, Jack Tillmanns en Maikel Verkoelen

Correspondentie vragen over bezorging via radbode@radboudumc.nl

Concept en realisatie ZB Communicatie & Content (zb.nl) i.s.m. Ray Heinsius en Modderkolk Grafische Projecten

Oplage 13.000 exemplaren. De volgende Radbode verschijnt 15 november 2022.



ACHTEROP

DEZE RUBRIEK IS DÉ ONTMOETINGSPLEK VOOR COLLEGA'S DIE ELKAAR BETER WILLEN LEREN KENNEN. UIT NIEUWSGIERIGHEID, WANT OP DE WERKVLOER KOMEN ZE ELKAAR NIET OF WEINIG TEGEN.

📍 Johan Oltvoort 📷 Jack Tillmanns



Jocelyn
→

←
Monique

‘Hoe de tijd ook raast, we moeten erdoorheen’, zingt *De Dijk*. Maar hoe: meerazend of anders? In het sfeervolle nieuwe Stiltecentrum in gebouw A ontmoeten HR-adviseur **Monique Jans** en geestelijk verzorger/waarnemend hoofd DGVP **Jocelyn van Nieuwenhuijzen** elkaar. De ontmoetingsplek blijkt goed te matchen met het gespreksonderwerp.

Monique: ‘Mooie plek is dit geworden! Dat ik hier aanklop, is omdat ik een missie heb: “echt luisteren” op de kaart zetten. Er zit een enorme voorwaartse energie in onze organisatie. Keihard werken, veel veranderingen. Ik trap af en toe graag op de rem om stil te staan bij wat er in de basis nodig is. Iedereen loopt rond met grote of kleine zorgen. Is daar voldoende oog en oor voor?’

Jocelyn: ‘Je bent aan het goede adres, luisteren zit in het DNA van een geestelijk verzorger. Wij luisteren naar patiënten én collega’s.

Juist in tijden van veranderingen en bezuinigingen kan goed luisteren het verschil maken. Wat zou je willen?’ **Monique:** ‘Meer en bewuster luisteren. Oprechte aandacht, meer verbinding.’

Jocelyn: ‘Dit zijn grote thema’s die van enorme invloed zijn op hoe een organisatie zich ontwikkelt. Maar het begint heel simpel: op de werkvloer.’ **Monique:** ‘Er is winst te behalen, als we leren luisteren vanuit de wil om de ander echt te begrijpen. Antwoorden en oplossingen mogen soms gewoon even achterwege blijven.’

Jocelyn: ‘Inderdaad, het zijn tenslotte de vragen die ons met elkaar verbinden. Dan is luisteren zonder oordeel vaak genoeg, vanuit de intentie dat die ander de ander is, en mag zijn. Je draagt een mooi initiatief aan. Laten we er een vervolg aan geven!’ ■



Jocelyn Dikke ham-kaas-croissant na het sporten
Monique Mijn boekentik