

Radbode

#2

Personeelsmagazine Radboudumc | Jaargang 47

maart 2022

Promovendus **Sander Groen in 't Woud** (links),
postdoc Health Evidence **Loes van der Zanden** en
hoogleraar Kindernefrologie **Michiel Schreuder**:

‘Zo lang mogelijk schade uitstellen bij kinderen met één nier’

Gebouw P is uniek
Allerbeste zorg bij
infectieziekten

Grensoverschrijdend gedrag
‘Iedereen heeft andere
grenzen’

Fit for the Future
Hoe laten kwartiermakers
hun achterban meebouwen?

Milou van Ingen



Physician assistant Neonatologie Milou van Ingen helpt sinds 2015 mee om een Neonatale Intensive Care Unit (NICU) in een missieziekenhuis in Tanzania op te zetten. Afgelopen oktober reisde ze voor een half jaar af naar het Sengerema Hospital, waar ze de laatste stappen zet om van de NICU een zelfredzame afdeling te maken.



7.30-8.30 uur

De algemene ziekenhuisoverdracht start, gevolgd door een patiëntpresentatie van een Tanzaniaanse coassistent. Rond half 9 loop ik samen met de zaalarts en een verpleegkundige een ronde over de NICU. We beoordelen de meest kritieke baby's en bespreken de ochtendvisite voor. Hierna vervolgt onze zaalarts de visite en start ik met het geven van onderwijs.



09.00-13.00 uur

Drie dagen per week geef ik onderwijs aan lokale artsen en verpleegkundigen. Voor deze trainingen komen medici vanuit alle windstreken van Tanzania naar ons ziekenhuis afgereisd.



Ik verzorg onderwijsprogramma's over neonatale reanimatie, verdieping in de neonatologie en triage van kinderen op de spoedeisende hulp. Deze interactieve trainingen sluiten aan bij de beschikbare middelen en mogelijkheden in ons ziekenhuis. Tussendoor worden we getraakteerd op lokale delicatessen: zoete chai (thee) met vette oliebolletjes en chapati's, een soort wraps. Na deze *sugar rush* kan iedereen vol energie verder!



14.00 uur

's Middags ben ik aan het werk op de NICU, waar gemiddeld 20 ernstig zieke baby's opgenomen liggen. Gezamenlijk herevalueren we de conditie van onze patiënten, beoordelen eventuele laboratoriumuitslagen en passen waar nodig het beleid aan. Ook breng ik met enige regelmaat baby's per ambulance naar het academische ziekenhuis (2,5 uur verderop) voor bijvoorbeeld een specialistische operatie.

Ik loop mijn laatste ronde over de afdeling. Samen maken we beleid voor de nieuwe baby's die tussendoor zijn opgenomen. Ik eindig mijn dag stevast op de verloskamers, waar we zo'n 20 bevallingen per 24 uur hebben. Zo weet ik welke baby's mogelijk op korte termijn nog geboren gaan worden. Ik woon hier naast het ziekenhuis, en blijf 24 uur per dag bereikbaar voor noodgevallen op onze verloskamers en NICU.



17.30 uur

LEESTIP

YVONNE LEUSINK IS VERPLEEGKUNDIG ZORG-COÖRDINATOR VAN DE DAGBEHANDELING OPERATIEKAMERS. ZIJ TIPT HET ARTIKEL 'OP WEG NAAR EEN "GEZONDE" CAMPUS' OP PAGINA'S 18 EN 19.

Minder gespannen

'Warme kleuren en fotobehang met mooie natuurafbeeldingen ... Onze vernieuwde Dagbehandeling Operatiekamers voelt zo prettig. Dat zeggen zowel patiënten als collega's. Het draagt eraan bij dat patiënten minder gespannen de operatie ingaan, waardoor ze ook rustiger wakker worden. En met dat doel bieden we hen bij binnenkomst ook muziek aan, via een tablet waarop een muzieklust staat. Het is zo eenvoudig en heeft zo'n mooi resultaat: een patiënt die je bijvoorbeeld nerveus ziet binnenkomen, ligt even later ontspannen in bed, op de maat wiebelend met zijn voeten.

Ik heb een enquête gehouden onder 25 patiënten, en zij vonden het unaniem een fijne afleiding waardoor ze naar hun idee minder gespannen de operatie ingingen. Nu gaan we in een werkgroep kijken om 'Muziek als medicijn' op alle OK's te introduceren. Misschien gaan we er onderzoek aan koppelen. Bijvoorbeeld meten of patiënten hierdoor minder morfine nodig hebben. In het artikel op pagina's 18 en 19 lees je hoe ook in het ontwerp van het nieuwe gebouw A alles gedaan is om voor patiënten, bezoekers én medewerkers het welzijn te bevorderen en stress te verminderen. En hoe ze bij Psychiatrie, na de renovatie in 2016, al hebben ervaren wat de kracht is van een *healing environment*.' ■



YVONNE LEUSINK

Radboudumc

Inhoud



Render: EGM architecten

'De beleving en historie van Dekkerswald hebben we naar gebouw P gehaald'

8 ONDERZOEK – De meeste mensen worden geboren met twee werkende nieren, maar soms komt er maar één gezonde nier tot ontwikkeling. Hoe ontstaat een zogeheten mononier, en welke gevolgen heeft dit voor patiënten?

Waar werken ze naartoe? En hoe laten de kwartiermakers hun achterban meebouwen? De kwartiermakers van het Centrum voor Buik en Bekken en het Centrum voor Hart en Vaten vertellen over hun doelen en stappen.

12 BOUW – Wat er straks in ons nieuwe zorggebouw P gebeurt? Hier worden patiënten opgenomen met tuberculose en longinfecties. Daarnaast krijgen we hier – als enige ziekenhuis in Nederland – een volledig nieuwe *high level isolation unit*, voor de behandeling van de meest besmettelijke ziekten.

20 RONDVRAAG – In het Radboudumc werken we met heel veel mensen in verschillende (hiërarchische) verhoudingen. Nu grensoverschrijdend gedrag zo actueel is, vragen we vier collega's: in hoeverre ben jij je bewust van jouw gedrag tegenover anderen?

16 ORGANISATIE – De stappen naar de nieuwe inrichting van onze organisatie worden steeds concreter. Maar in welke fase zijn de nieuwe centra nu met hun ontwikkeling?

'Per ongeluk iemands borst raken gebeurt soms gewoon'



Rubrieken

4 HET GETAL
6 KORT
11 EEN HELEBOEL VRAGEN AAN

15 DE PATIËNT
22 COLLEGA'S
23 HET MOMENT

24 ACHTEROP

31 januari,
15.35 uur



Een deel van de studenten kwam vanwege quarantaine of klachten niet naar dit werkcollege over vetstofwisselingsstoornissen in de module Atherosclerose van hoogleraar interne geneeskunde Niels Riksen en biochemicus Merel Adjobo-Hermans. Niels: 'Na twee jaar was dit mijn eerste fysieke college. Zeker voor interactief onderwijs, waarbij studenten vragen kunnen stellen, werkt fysiek samenzijn zoveel beter; ik kan reageren op non-verbale reacties of via het bord snel iets verhelderen.'

Sinds maart 2020 verliep het meeste medische onderwijs online. Opleidingsdirecteur Geneeskunde Marjolein van de Pol: 'Werkgroepen en practica stonden we wel toe: in kleine groepjes, met mondneusmaskers op. In het overige onderwijs hebben we ten opzichte van de landelijke maatregelen langer de 1,5 meter gehandhaafd, juist vanwege de vele docenten die in de zorg werken. En ook nu blijven we rekening met hen houden: mondneusmaskers en de 1,5 meter afstand blijven de norm voor onze docenten. Studenten hoeven onderling die afstand niet te houden. Daarnaast denken we na over de organisatie van het onderwijs: hoe kunnen we hybride onderwijs aanbieden wanneer er bij volgende golven weer thuisblijvers zijn?'

Voor al voor studenten vindt Marjolein het fijn dat het onderwijs sinds 25 februari grotendeels fysiek kan plaatsvinden. 'Dat is veel inspirerender dan vanaf je laptop op je kamer. En eindelijk kunnen studenten hun studentenleven weer oppakken.'

KORT

1 minuut bellen met...

Mariska Klaassen
teamleider longrevalidatie op locatie
Dekkerswald

Jullie gaan in het Hemelvaartsweekend
verhuizen?

‘Ja! Zelf werk ik al ruim 27 jaar op Dekkerswald, en nu gaan we naar de Radboudumc-campus. Voor de ene collega is het een grotere stap dan voor de andere. En er zitten ook plussen en minnen aan. Zo is de huidige locatie natuurlijk prachtig, maar ons gebouw is echt niet meer van deze tijd. Denk alleen al aan klimaatbeheersing of de patiëntkamers zonder eigen sanitair. Dat gaat allemaal verbeteren. Ook werken we straks in mooie open ruimtes waardoor we elkaar eenvoudiger ontmoeten en kunnen samenwerken.’

Wat bereid je nu voor?

‘Alle werkprocessen brengen we gedetailleerd in kaart. Omdat ons team Longziekten straks op zeven verschillende locaties werkt, *timen* we bijvoorbeeld hoe lang het voor onze paramedici duurt om van de ene werkplek naar de andere te komen.’

Wat ga je missen?

‘Hoewel er écht mooie parken worden aangelegd op de campus, kijk ik nu vanaf mijn werkkamer uit over een bos ...’

Waar verheug je je op?

‘Die moderne ruimtes, open plekken, gericht op elkaar ontmoeten. We zullen straks letterlijk en figuurlijk minder afstand voelen; we gaan er helemaal bij horen.’



Tweede leven

Met je eigen bestek eten in een van onze restaurants? Dat kan. Horecapartner Vermaat werkt sinds kort samen met een bedrijf voor ‘tweedelevenbestek’ om zo min mogelijk wegwerpbestek te gebruiken en hergebruik te stimuleren. Dus heb je thuis bestek liggen dat nog goed is voor gebruik? Lever dat dan in bij de espressobar van het Personeelsrestaurant (route 607). Als dank krijg je een kopje koffie.

Narrowcasting vernieuwd

Recent kreeg kregen onze informatieschermen, die onder meer hangen in wachtkamers, op verpleegafdelingen en in de researchtoren, een moderner jasje: een frissere uitstraling en nieuwe huisstijlsjablonen. Neem vooral een kijkje.



Radboudumc_nierziekten

Wist je dat ongeveer 15% van de verpleegkundigen mannen zijn? Verpleegkunde blijft tot heden het imago houden dat het een ‘vrouwenberoep’ is. Juist de mix in collega’s maakt het werk leuk en dat is ook belangrijk voor de balans. Onze mannelijke collega’s zijn dus vaak in de minderheid. En per toeval hebben er nu drie avonddienst. 😊

IMPACT

Klachten na IC-opname
bij COVID-19

Driekwart van de patiënten die met COVID-19 op de Intensive Care hebben gelegen, ervaren na een jaar nog fysieke, mentale en/of cognitieve klachten. Dit blijkt uit onderzoek van het Radboudumc in samenwerking met tien andere Nederlandse ziekenhuizen. De symptomen variëren van spierzwakte en vermoeidheid tot angstgevoelens en vergeetachtigheid. Deze conclusies komen overeen met cijfers uit eerdere onderzoeken naar patiënten die om een andere reden op de IC werden opgenomen, bijvoorbeeld na een trauma of andere plotselinge gebeurtenis. IC-opname heeft op veel mensen een enorme impact. Niet alleen op patiënten zelf, maar ook op hun naasten. Veel patiënten spreken van een leven voor en leven na de IC. Meer aandacht voor deze langetermijneffecten moet bijdragen aan betere nazorg en beter herstel.

Interessant!

In elke aflevering van Ambulance - De Podcast vertellen diverse professionals uit het hele land over de wereld van de ambulance(diensten). Zo komt in aflevering 3 de inzet van helikopter Lifeliner tijdens de coronacrisis aan bod. De gesprekken zijn vakinhoudelijk én persoonlijk.

Luister via Spotify of andere podcastaanbieders

Radboudumc_mediumcare

Op deze druilerige dag, een foto toen het zonnetje nog scheen! Een collega van de afdeling Psychiatrie fietst elke dag langs onze afdeling en zag een paar omgevallen vogelhuisjes en besloot hier iets aan te doen. Haar vader en de buurman gingen aan de klus met dit prachtige resultaat. En als extra cadeau kregen we er ook nog vogelvoer bij. Ontzettend lief! Het vogelhuisje is zo geplaatst dat je er vanuit 3 patiëntenkamers naar kan kijken. Weet dat zoiets kleins als vogels kijken iets groots en moois is voor onze patiënten. 🍷



Nieuws & Verhalen-pagina al gezien?

Op onze nieuwe Nieuws & Verhalen-pagina vind je het laatste Radboudumc-nieuws, wetenschapsdossiers én interviews met patiënten.

www.radboudumc.nl/nieuws-en-verhalen

GETIPT

Diversiteit en inclusie

Theater: Diverse en inclusieve organisaties blijken succesvoller en aantrekkelijker om bij te werken. De praktijk van inclusie is echter weerbarstig; ieder mens krijgt te maken met vooroordelen, de een meer dan de ander. Het Radboudumc en de Radboud Universiteit staan voor diversiteit en inclusie. Deze interactieve theatervoorstelling is er voor jou en je collega’s. Durf jij je bril af te zetten in hoe je naar diversiteit en inclusie kijkt? Deze voorstelling met korte sketches biedt ruimte voor reflectie en inspiratie. De verhalen komen uit de alledaagse praktijk. Soms uitvergroot, vaak humoristisch, óók ongemakkelijk, maar altijd raak. **Experience Center, 19 mei, 21 juni, 23 juni en 14 juli. Informatie en aanmelden: intranet, agenda.**



COLUMN | ETHIEK

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

De grens over

Wordt dit eindelijk het jaar dat we weer zorgeloos op vakantie kunnen naar het buitenland?

Dat reismaatschappijen ons adviseren om de grens over te gaan zal niemand verbazen, maar hoe gaan wij in de gezondheidszorg om met wensen en grenzen van patiënten? In mijn onderzoek naar nieuwe voortplantingstechnieken sprak ik regelmatig met wensouders over hoe zij een vruchtbaarheidstraject ervaren. Wat opviel, is dat de grenzen die zij zichzelf voornamen in zo’n traject continu leken te verschuiven. ‘Als de volgende poging mislukt, stoppen we ermee’, maar als de poging vervolgens daadwerkelijk mislukte, deed zich een nieuwe optie voor, waardoor na lang twijfelen toch werd doorgegaan. Vaak willen koppels alles hebben geprobeerd om zwanger te raken. Het is dan moeilijk om het naar henzelf en hun omgeving te ‘verantwoorden’ om een nieuwe kans niet te grijpen.

Maar hoe moeten zorgverleners hiermee omgaan in het kader van persoonsgerichte en zingevende zinnige zorg die wij in het Radboudumc zo belangrijk vinden? Je kunt dit natuurlijk breder trekken dan een vruchtbaarheidstraject. Denk aan het willen deelnemen aan experimentele studies die als ‘laatste redmiddel’ worden gezien, of aan levensverlengende behandelingen rondom het levenseinde. Het oneindig blijven opperen van nieuwe behandelmethoden kan mogelijk in de hand werken dat patiënten verder gaan dan zij in eerste instantie hadden gewild. De vraag is: bereiken we daarmee wel echt het doel dat we voor ogen hebben? Is alles maakbaar en haalbaar? Of moeten we soms even pas op de plaats maken en nadenken over waar de grens ligt?

ONDERZOEK

Pauline Dekhuijzen Paul Lagro iStock

Als één nier het werk van twee doet ...

Verreweg de meeste mensen worden geboren met twee werkende nieren, maar soms komt er maar één gezonde nier tot ontwikkeling. De ander ontbreekt, of wordt niet goed aangelegd. Hoe ontstaat een zogeheten mononier en welke gevolgen heeft dat voor de patiënten? 'Die ene nier slijt veel sneller.'

Onze nieren filteren het bloed, waarmee ze afvalstoffen verwijderen en urine produceren. De nieren bestaan ieder uit een miljoen kleine filtertjes, die alleen onder een microscoop zichtbaar zijn. Als een baby wordt geboren, is de ontwikkeling van de nieren afgerond. Met de filters die je dan hebt, moet je de rest van je leven doen. Ouderdom en bijvoorbeeld overgewicht leiden tot slijtage van deze filters. En hoe minder er functioneren, hoe harder de anderen moeten werken. Dus als je geboren wordt met één werkende nier, heb je de helft van het aantal filters. Die doen werk voor twee.

1 nier kan geen kwaad ... of toch wel?

In Nederland worden jaarlijks vijftig tot tachtig kinderen geboren met een mononier. Lang werd gedacht dat dit geen kwaad kan. Elk jaar staan zelfs gemiddeld 500 mensen hun nier af aan een naaste of onbekende. Zij leven over het algemeen zonder complicaties verder. Er was geen reden om aan te nemen dat dit bij een aangeboren mononier anders zou zijn. Maar promotieonderzoek van Michiel Schreuder, inmiddels hoogleraar

'Lang werd gedacht dat dit geen kwaad kan'

Kindernefrologie, liet zien dat een mononier vanaf de geboorte bij een deel van de mensen wel degelijk grote gevolgen heeft.

'Dit kan niet kloppen'

Michiel: 'Ik bestudeerde de aanleg van nierfilters, en onderzocht hiervoor een groep mensen met een aangeboren mononier. Tot onze verbazing zagen we veel patiënten met nierschade. Die ene nier werkt twee keer zo hard, en slijt dus sneller. Daarnaast werken de filtertjes minder secuur. Hierdoor verliezen patiënten eiwitten via de urine.' Als een nier voor minder dan dertig procent werkt, is er sprake van nierfalen. Dit heeft grote gevolgen, zoals hoge bloeddruk en vermoeidheid. Als de schade te groot is,

komen dialyse, waarbij het bloed door een machine gefilterd wordt, of niertransplantatie in beeld. Michiel kreeg zijn werk moeilijk gepubliceerd. 'In 2007 was de heersende opinie echt dat één nier geen schade geeft.

Onze resultaten konden niet kloppen.' Maar de publicatie kwam er anderhalf jaar later toch, en bracht fundamentele veranderingen teweeg: jonge patiënten worden tegenwoordig veel beter gevolgd. Een grote groep komt op controle in het



Naam: Michiel Schreuder
Is: hoogleraar Kindernefrologie
Verheugt zich op: 'Hopelijk kunnen we als gezin dit jaar weer meer gaan genieten van alles dat de afgelopen tijd niet kon, zoals een mooie reis door Canada maken.'

Radboudumc Amalia kindziekenhuis. 'De meeste kinderen komen hun jeugd zonder problemen door', aldus Michiel. 'Maar we willen meer van ze weten. Voor onderzoek naar de beste behandeling willen we weten wie een verhoogd risico loopt op hoge bloeddruk of nierschade. Op dit moment hebben we nog niet goed in beeld hoe we deze groepen kinderen kunnen onderscheiden. Daarom is onze SOFIA-studie (*SOLitary Functioning kidney: Aetiology and prognosis*; Solo-werkende nier: oorzaak en prognose) gestart: hiermee proberen we te achterhalen welke kinderen een verhoogd risico lopen op klachten.'

Tijdens de zwangerschap

Onderzoeker van de SOFIA-studie is promovendus Sander Groen in 't Woud. 'De oorzaken van een mononier willen we achterhalen, evenals de prognose in kaart

brengen. Nieren zijn bij de geboorte al volledig ontwikkeld, het enige dat ze nog doen, is groeien. Je krijgt er geen nierfilters meer bij. De ontwikkeling tijdens de zwangerschap is dus allesbepalend. Welke mechanismen bepalen de nierontwikkeling? Omgevingsfactoren of erfelijke factoren? En hoe verhouden die zich tot elkaar? We bestuderen beide.'

Biobank

Voor zijn onderzoek struinde Sander het hele land af op zoek naar kinderen met één nier. Hij vond er bijna duizend. Hun gegevens zijn ondergebracht in de AGORA data- en biobank van het Radboudumc, ►

'We willen weten welke kinderen een verhoogd risico lopen'



Naam: Loes van der Zanden
Is: postdoc Health Evidence
Verheugt zich op: ‘De marathon van Leiden. Die wil ik gaan lopen.’

gecoördineerd door Sander en collega-onderzoeker Loes van der Zanden. Loes: ‘In de AGORA biobank verzamelen we gegevens van kinderen en volwassenen met verschillende aangeboren aandoeningen, bijvoorbeeld aan de lip en het gehemelte of het hart. Maar de grootste groep vormen kinderen met aandoeningen aan de nieren of urinewegen.’

Op zoek naar snips

Met behulp van speeksel of bloed van de kinderen probeert Sander meer inzicht te krijgen in de genetische oorzaak van de mononier. In het bijzonder richten de onderzoekers zich op *Single Nucleotide Polymorphisms* (SNP's, uitgesproken als *snips*). Ieder mens heeft een uniek DNA-patroon, dat op talloze minieme punten, de zogeheten SNP's, kan verschillen van het DNA van iemand anders. Sander: ‘Eén enkele SNP verhoogt de kans op een aangeboren mononier hooguit minimaal, maar een flink aantal bij elkaar kan wél een duidelijk verhoogd risico geven. SNP's opsporen bij aangeboren aandoeningen is lastig, omdat de aandoeningen meestal zeldzaam zijn. We hopen dat onze groep van duizend wel groot genoeg is om

‘Zou ziekte van ouders invloed hebben gehad op het ongeboren kind?’

afwijkingen in het DNA te vinden.’ Daarnaast wordt aan de hand van vragenlijsten voor ouders gezocht naar relevante omgevingsfactoren. ‘Denk hierbij aan factoren die tijdens de zwangerschap invloed kunnen hebben gehad op het ongeboren kind, zoals ziektes en medicatiegebruik’, aldus Sander.

Meerwaarde tweede nier

Vraag de onderzoekers naar de belangrijkste stappen voor de toekomst, en je krijgt er heel wat. Sander wil de oorzaak van de aan-

geboren mononier achterhalen: ‘Ik wil de relevante omgevingsfactoren en erfelijke componenten achterhalen. Bij tien tot twintig procent van de patiënten kunnen we een genetische oorzaak vinden. Voor de rest weten we het nog niet precies.’ Loes sluit zich hierbij aan en benadrukt het belang van epidemiologisch onderzoek: ‘Met behulp van AGORA willen we zoveel mogelijk data verzamelen. We zijn net begonnen met een heel groot project, ArtDECO, waarin verschillende academische ziekenhuizen samen nog veel meer onderzoek naar aangeboren nieraandoeningen gaan doen. AGORA verzamelt alle data. Hiermee wil ik impact hebben op de zorg voor deze jonge patiënten.’ Michiel, die veel jonge patiënten ziet, wil schade aan de mononier zo lang mogelijk uitstellen. Michiel: ‘Eén van onze recente dierstudies liet zien dat als we de nier al in de eerste weken na de geboorte met medicijnen behandelen, de slijtage aan de filters langer uitblijft. Dit gaan we verder onderzoeken, maar is waardevolle informatie: snel aanpakken lijkt een positief effect te hebben op het functioneren van de mononier.’ We hebben dus nog veel meer te leren, maar één ding staat vast: onze tweede nier betekent meer dan alleen reservecapaciteit. ■



Naam: Sander Groen in 't Woud
Is: promovendus Health Evidence
Verheugt zich op: ‘Ik hoop dit jaar eindelijk een lange reis door Nieuw-Zeeland te kunnen maken met mijn vriendin.’



Verskillende nieren bij eeneiige tweelingen?

Speciaal onderzoek loopt naar twee eeneiige tweelingen, waarvan één kind is geboren met twee normaal werkende nieren en de ander met een mononier. Opvallend, want bij een eeneiige tweeling ontstaan beide embryo's uit dezelfde ei- en zaadcel. Ondanks hetzelfde genenpakket, ontstaat er soms toch genetisch onderscheid nadat de twee embryo's zich gesplitst hebben. Ook kunnen er verschillen bestaan in de manier waarop het erfelijke materiaal afgelezen wordt (epigenetisch verschil). Als zo'n (epi)genetisch verschil zit in een gen dat cruciaal is voor nierontwikkeling, kan dit wellicht de mononier veroorzaken. Samen met de afdeling Genetica proberen de onderzoekers nu dergelijke genetische verschillen te vinden.

Sanne Botden (38), kinderchirurg

‘Met je handen kinderen beter maken, is het allermooiste’

Werkmotto? ‘Verbeter jezelf voortdurend. Zodat je de beste zorg biedt aan de patiënt.’
Fijnste werkplek? ‘Onze verpleegafdeling in het Amalia kinderziekenhuis. Tussen de patiënten, verpleegkundigen, artsen, physician assistants en alle andere collega's, dáár gebeurt het.’
Lunch? ‘Helaas niets. Ik heb een maagdarmaandoening en krijg eten via een centraal veneuze lijn. Sinds twee jaar heb ik een gastrostoma. Zo kwam ik op het idee om poppen te maken met stoma's, zodat kinderen hier meer over kunnen begrijpen. Voor mij is dit ingrijpend, omdat ik mijn vak niet meer kan uitvoeren zoals ik graag zou willen. Ik richt me nu op innovatieve projecten.’
Duurzaam? ‘Zonnepanelen. En douchen met een wekker.’

Waar word je boos van? ‘Van grensoverschrijdend gedrag. Ik heb een project geïnitieerd bij Heelkunde om meer bewustzijn hierover te creëren. Niet iedereen heeft in de gaten wat grensoverschrijdend gedrag is, en hoe je daarmee iemand onheus bejegt, intimideert of zich onveilig laat voelen.’ (Zie ook pag. 20, red.)
Als ik het in het Radboudumc voor het zeggen had ... ‘dan zou ik zorgen dat je anoniem klachten kunt melden voor grensoverschrijdend gedrag. Om met naam en toenaam je klacht kenbaar te maken, is juist vaak wat iemand ervan weerhoudt dit te doen.’

Waar ben je trots op? ‘Op mijn twee kinderen natuurlijk! En het succes van onze oefenmodellen voor zeldzame kinderchirurgische operatieprocedures. Ze worden voor onze eigen cursussen gebruikt, maar ook bijvoorbeeld in Amerika, Kroatië en Oostenrijk.’
Wat durf je niet? ‘In een volle zaal een vraag stellen. Dan denk ik: iedereen kijkt naar me. En dan kom ik niet uit mijn woorden.’
Welke collega ‘bewonder’ je? ‘Bas Verhoeven, regionale opleider Heelkunde. Supergoede kinderchirurg, die heel veel rust uitstraalt op de OK en alles het beste regelt voor zijn aiossen.’
Mijn vak is mooi omdat ... ‘ik met mijn handen kinderen beter maak. Kinderen zijn heel puur, een kinderlichaam is van binnen nog onaangetast. Om daarin te mógen opereren om bijvoorbeeld een aangeboren aandoening te verhelpen, is het allermooiste wat er is.’ ■

JUNIOR RADBOUDUMC-PENNING

Sanne ontving dit jaar de junior Radboudumc-penning. Ze verbetert de chirurgische technieken bij zeldzame aangeboren afwijkingen. Ze ontwikkelde hiervoor simulatiemodellen waarop kinderchirurgen (in opleiding) dit kunnen oefenen. Ook ontwikkelde Sanne poppen met een stoma, voor kinderen die dit ook hebben om zo hiermee vertrouwd te raken. Inmiddels zijn er ook poppen met dialyselijnen en bepaalde voedingslijnen ontwikkeld, die dienen voor uitleg.



Voor patiënten met long-gerelateerde infectieziekten

Veilig thuisgevoel in zorggebouw P

In ons nieuwe gebouw P, aan de Erasmuslaan, worden vanaf eind mei patiënten opgenomen met tuberculose en longinfecties. Ook krijgen we hier – als enige ziekenhuis in Nederland – een volledig nieuwe *high level isolation unit* om mensen met de meest besmettelijke ziekten, zoals ebola, te behandelen. Veiligheid én huiselijkheid staan voorop in P.



Na ruim honderd jaar is Dekkerswald (bouwjaar 1913) straks geen sanatorium meer. Voor mensen met tuberculose en longinfecties wordt ons nieuwe zorggebouw P de aangewezen plek. Omgeven door bomen en groen. 'Ik ben blij dat we aan de zijflank van het umc komen te zitten', vertelt **Martin Boeree**, hoogleraar Klinische tuberculose en andere mycobacteriële infecties, en voormalig hoofd Dekkerswald. 'Een rustige omgeving is belangrijk voor onze patiëntengroep. Patiënten met tbc moeten soms maandenlang in het ziekenhuis blijven. Daarbij gaat het hier om een heel specifieke patiëntengroep. Tuberculose komt vaker voor bij mensen met een alcohol- of drugsverslaving, vanwege hun verminderde weerstand. Ook asielzoekers hebben het meer, omdat in de herkomstlanden – Eritrea, Somalië, Azië – het meer heerst. Sociale, psychologische en culturele factoren spelen hierdoor een belangrijke rol in de zorg.'

'De beleving en historie van Dekkerswald hebben we naar het umc gehaald'



De zorg in P is anders dan op een gemiddelde verpleegafdeling. 'We hebben meer een huiselijke sfeer gecreëerd, met leefruimtes voor patiënten en toegang tot een afgeschermd tuin', vertelt zorgmanager

Marijke ten Dam. 'Patiënten moeten zich hier thuis voelen; de omgeving moet ze motiveren de therapie te blijven volgen. We hebben daarom gekozen voor een inrichting die bij deze patiëntengroep past, met kleurgebruik en, vanwege de culturele diversiteit, een meer wereldse uitstraling.'



Historie van Dekkerswald

Voor mensen met de besmettelijke ziekte open tuberculose zijn er tien isolatiekamers, voorzien van een sluis. Daarnaast is er een open unit met vijf kamers: hier worden patiënten met long-gerelateerde infectieziekten verzorgd die niet besmettelijk zijn voor hun omgeving. 'Hier worden nieuwe toepassingen uit Smart Hospital toegepast, zoals de Zorgtelefoon voor oproepen van patiënten, en monitoring op afstand', aldus Marijke. 'We hebben heel goed gekeken naar wat patiënten nodig hebben. Hierbij zijn meerdere disciplines en vooral patiënten zelf betrokken geweest.' Martin: 'Rust, reinheid en regelmaat is heel belangrijk in onze zorg; dat gevoel hoorde ook bij Dekkerswald als sanatorium. Die beleving en historie van Dekkerswald hebben we nu naar het umc gehaald.'

High level isolation unit

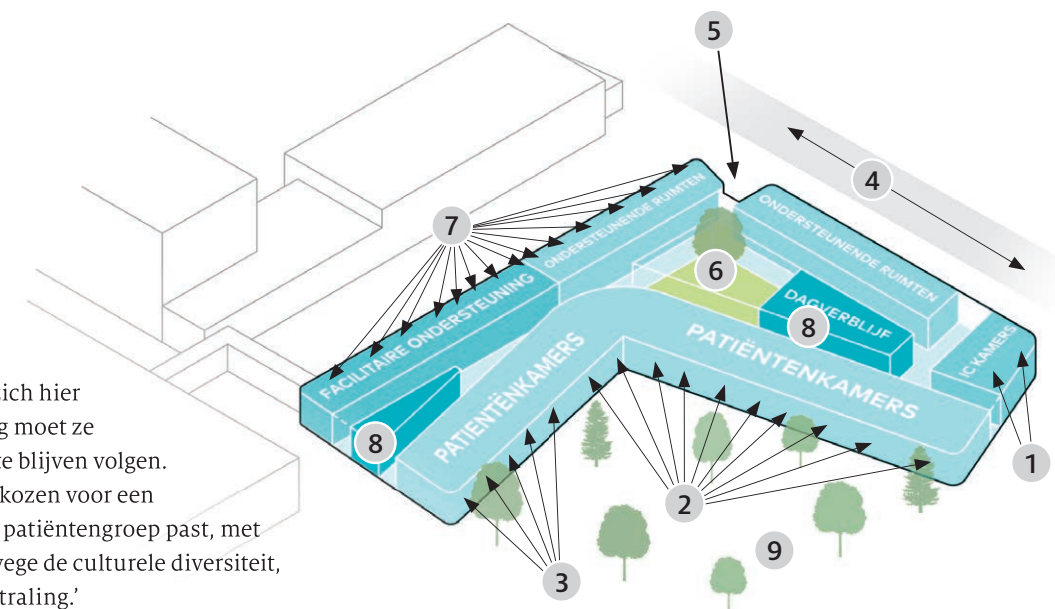
Een speciaal onderdeel van P vormt de *high level isolation unit*: twee isolatiekamers waar patiënten met virale hemorrhagische koorts (VHK), zoals ebola, worden behandeld. 'Dit zijn ernstige, zeer besmettelijke ziekten, waarbij patiënten volgens zeer strikte procedures en isolatie-eisen moeten worden opgenomen', vertelt **Chantal Bleeker**, hoogleraar Uitbraak van infectieziekten. 'Er zijn in ons land vijf VHK-centra. Als enige in Nederland hebben wij een volledig nieuwe *high level isolation unit* voor deze patiënten. We hebben ook een eigen entree voor patiënten en bezoekers én een eigen ambulance-ingang. VHK-patiënten komen dus niet, zoals elders, in contact met andere afdelingen, wat natuurlijk nog veiliger is.'

Al onze veiligheids- en kwaliteitswensen, voor patiënt én medewerker, zijn meegenomen in het ontwerp van P. **Manon Tingen**, deskundige infectiepreventie



Medische Microbiologie: 'Zo hebben de kamers in de *high level isolation unit* een dubbele sluis. Deze sluisen zijn de ruimtes voor- en achter de isolatiekamers. In de "sluis in" wordt de beschermende kleding bij de zorgverlener aan gedaan. Ook krijgen we hier een klein lab, voor snelle basisbepalingen van bloed of urine. In de "sluis uit" wordt het isolatiepak bij de medewerker weer uitgedaan. Voorheen gebeurde het aan- en uitkleden in dezelfde ruimte, met meer kans op besmetting.'

Het omkleden gebeurt altijd met een collega én volgens strikte veiligheidsprocedures. Nieuw is dat hiervoor opgeleide collega's via camera's ter controle meekijken. Chantal: 'Zo nodig grijpen zij in als iets niet goed gaat. Ook komt er een nieuw communicatiesysteem, waardoor je beter met elkaar kunt praten als je een isolatiepak aan hebt.' ►



- 1 High level isolation unit
- 2 Isolatiekamers met sluis
- 3 Open unit met 5 kamers
- 4 Erasmuslaan
- 5 Hoofdingang
- 6 Patio
- 7 Ondersteuningsruimten, zoals ontvangstbalie, apotheek, kasten en teampost
- 8 Dagverblijf
- 9 Tuin



Foto: Simon Warner



'Omkleden gebeurt volgens strikte veiligheidsprocedures'

‘Je hoopt natuurlijk
nooit op een
ebola-uitbraak’



Behalve veiliger wordt de isolatie-unit ook meer patiëntgericht. ‘Zo is er een familiekamer en staan we, uiteraard onder strenge veiligheidseisen, bezoek toe bij de zeer besmettelijke patiënt’, zegt Manon. ‘Mocht dit alsnog niet verantwoord zijn, dan kan familie buiten voor het raam “op bezoek”.’

Upgraden tot IC

Nieuwbouw P is voorzien van geavanceerde technologie. Zo is er de nieuwste onderdruk-installatie, om te zorgen dat er voldoende onderdruk in de isolatiekamers voor ebola en tbc is; dit is belangrijk om de besmettelijke lucht te laten afvoeren. De *high level isolation unit* is verder te upgraden tot een IC. ‘Mocht een VHK-patiënt zodanig verslechteren, dan is verplaatsing door het ziekenhuis naar de IC niet nodig. Dat is veiliger én prettiger. De IC-apparatuur wordt hier aangesloten én IC-personeel komt naar gebouw P.’ Tbc-patiënten die ernstig verslechteren moeten wel náár de IC toe. ‘Op Dekkerswald konden we ernstigere gevallen echter sowieso niet opnemen, omdat er de kans was dat ze alsnog vervoerd moesten worden naar de IC in het Radboudumc’, vertelt Martin. ‘In P kunnen we de meest kritieke patiënten wel op voorhand opnemen, omdat de IC nu veel dichterbij is.’

Trainingen

In geval van een uitbraak, zoals bij een pandemie, kan de gehele afdeling van zeventien bedden worden gebruikt als cohort en isolatie-unit. In gebouw P kan Optiflow worden gebruikt, dat is een stap vóór beademing zoals op een IC. Chantal: ‘Er lopen grote zuurstofleidingen naar gebouw P. Stel dat we de hele afdeling moeten gebruiken voor infectieziekten anders dan tbc, dan kunnen we met behulp van Optiflow veel patiënten tegelijk van voldoende zuurstof voorzien.’ Het Radboudumc maakt samen met het RIVM deel uit van het PANDEM-2-project. Dit project, gefinancierd door de EU, wil de paraatheid bij en de respons op pandemieën verhogen en versterken. ‘Gebouw P past heel goed bij deze leidende rol. Het biedt de kans om innovatieve zorg te leveren, en om onderzoek hieraan te koppelen’, zegt Chantal. Ook wordt de *high level isolation unit* een trainingscentrum. Manon: ‘We gaan hier medewerkers trainen in de opvang van VHK-patiënten; later ook collega’s van andere ziekenhuizen, ambulancediensten en eerstelijnsprofessionals. Voorheen toetsten we in een training vooral onze protocollen. Met deze volledig uitgeruste isolatie-units kunnen we ieders rol en wat je daadwerkelijk dóet oefenen. Hoewel je natuurlijk nooit hoopt op een ebola-uitbraak, zijn we met nieuwbouw P straks wel optimaal voorbereid.’ ■

 Nieuwbouw P wordt op 30 mei in gebruik genomen. Meer informatie, artist impressions en een plattegrond vind je op intranet onder Projecten, Nieuwbouw gebouw P.

 Jannie Meussen  Shirley van Lieshout Fotografie

DE PATIËNT

IN DEZE RUBRIEK HET PERSOONLIJKE
VERHAAL VAN ONZE ‘ACADEMISCHE’ PATIËNT
EN DE REACTIE VAN HANS DELYE, NEUROCHIRURG.

‘Zijn schedel groeide in de lengte’

‘Zoveel kinderen, zoveel hoofdjes’, zei een kinderarts toen Marieke met haar pasgeboren zoon Freek (nu 10) op zijn spreekuur kwam. Maar daar nam ze geen genoegen mee. ‘Zijn schedel groeide in de lengte in plaats van de breedte. En ik voelde een raar hard richeltje boven op zijn hoofd.’ Door haar alertheid kwam ze op tijd bij het Radboudumc, dat is gespecialiseerd in het behandelen van kinderen met een zogeheten bootschedel. Een zeldzame aandoening die circa zestig kinderen per jaar treft.

‘Freek huilde veel. We hadden geluk met een kraamverzorgster van de oude stempel die zijn hoofdomtrek had gemeten. Na een maand was zijn hoofd extreem in de lengte gegroeid en ik voelde een rare richel boven op zijn hoofdje. Wat bleek, hij is geboren met een bootschedel. Daarbij sluit de pijnnaad bovenop het hoofdje al in de baarmoeder, in plaats van tot een jaar na de geboorte. Via twee gaatjes in de schedel heeft het craniofaciaal team de pijnnaad bij Freek opengemaakt. Daarna moest hij een jaar een helmpje dragen, zodat de schedel weer de goede kant opgroeit. Daarmee is de behandeling voor de meeste kinderen klaar. Maar Freek heeft de pech dat zijn schedel niet of nauwelijks meegroeit. Rond zijn derde levensjaar kreeg hij heftige hoofdpijn.

‘Hij had zoveel heftige hoofdpijn’

Op scans was geen afwijking te zien. Maar na het inbrengen van een drukmeter, bleek de druk in het hoofd opnieuw veel te hoog. Toen Freek vier was, is zijn schedel voor het eerst opengemaakt en verbreed met eigen bot. En op zijn achtste volgde opnieuw een grote ingreep om de schedelplaat te verbreden. Hij ontwikkelt zich normaal, maar het is wel belastend voor hem. Hij heeft een tijdje thuis-onderwijs gehad, omdat hij de drukte in de klas niet aankon. Hij had zoveel hoofdpijn en was ontzettend moe. Na de laatste ingreep gaat het gelukkig weer goed met hem, hij voetbalt zelfs weer. Wel met een helm op, omdat de schedel nog kwetsbaar is. Het blijft spannend, of zijn schedel straks groot genoeg is als hij is uitgegroeid.’ ■

‘BELANGRIJK OM EEN BOOTSCHEDEL VROEG TE HERKENNEN’

‘Wij behandelen in het Radboudumc jaarlijks dertig tot veertig patiëntjes met een vergroeiing van de schedelnaad (craniosynostose), en alleen de kinderen die daarbij geen onderliggend syndroom hebben.’ De eerste zes maanden na de geboorte kunnen we de pijnnaad via twee kleine gaatjes met een scoop openen. En met 3D-lichtfoto’s volgen we de schedelgroei tijdens de daaropvolgende helmtherapie, en ook daarna. Freek is onze enige patiënt die we drie keer hebben moeten opereren, omdat zijn schedel niet meegroeit. Voor de schedelverruiming nemen we een heel stuk bot uit. Met 3D-techniek maken we vooraf een digitaal operatieplan en met een 3D-geprinte tekenmal kunnen we de botdeeltjes precies op maat uitzagen en splitten. Zo kunnen we het verbrede bot vervolgens met oplosbaar reconstructiemateriaal aan elkaar zetten en terugplaatsen. Belangrijk is dat een bootschedel tijdig wordt herkend. Daarom zetten we sterk in op voorlichting aan verwijzend artsen. Ze kunnen ons met vragen rechtstreeks mailen via craniofaciaal.nch@radboudumc.nl.



NEUROCHIRURG HANS DELYE
RADBOUDUMC EXPERTISECENTRUM VOOR
CRANIOFACIALE AANDOENINGEN

ORGANISATIE

Beatrijs Bonarius

Centrum voor Buik en Bekken & Centrum voor Hart en Vaten

‘We willen nog meer luisteren naar onze achterban’

De stappen naar de nieuwe inrichting van onze organisatie worden steeds concreter. Maar in welke fase zijn de nieuwe centra nu met hun ontwikkeling? Waar werken ze naartoe? En hoe laten de kwartiermakers hun achterban meebouwen? We vragen het de kwartiermakers van het Centrum voor Buik en Bekken & het Centrum voor Hart en Vaten.

Erst even kennismaken, waar staat jullie centrum voor?

Sharon Hubner, kwartiermaker - bedrijfskundig directeur Centrum voor Buik en Bekken

Sharon: ‘Met de afdelingen Gynaecologie, Urologie, Heelkunde en Maag-, Darm-, Leverziekten dragen we straks zorg voor niet-oncologische – vaak jonge – patiënten met buik- en bekkenproblemen, bijvoorbeeld endometriose of alvleesklierontsteking. Zij hebben vaak (chirurgische) zorg nodig, die niet centraal is geregeld, zoals in de oncologische zorg. In Nederland zijn wij het enige academische centrum dat – mét die vier betrokken specialismen – de zorg voor deze patiëntgroepen levert. Een unieke kans om de zorg binnen ons ziekenhuis en in de regio toekomstbestendig te organiseren. Daarnaast zijn preventie, leefstijl en voeding belangrijke speerpunten. En we zetten in op *virtual care*: hierbij kan de patiënt – afhankelijk van zijn vraag – naar ons óf naar

een van de regionale partners komen. Ons centrum zal in deze regio een regierol spelen, waarbij wij de voornaamste partner voor omliggende ziekenhuizen zijn.’

Joost Wagener, kwartiermaker - bedrijfskundig directeur Centrum voor Hart en Vaten

Joost: ‘In het inrichtingsplan hebben we ons doel heel mooi beschreven: we willen een internationaal toonaangevend kennis-centrum zijn voor hart- en vaatziekten waar continu nieuwe kennis wordt ontwikkeld (onderzoek), waar kennis wordt toegepast (zorg) én wordt overgedragen (onderwijs en opleiding). Bij ons centrum zijn straks acht (onderdelen van) departments betrokken: Cardiologie, Cardiothoracale chirurgie (Hart- en

‘Ik begrijp goed dat je hoofd soms niet naar de toekomst staat’

aortachirurgie), Interne geneeskunde (Vasculaire geneeskunde en Diabetes), Heelkunde (Vaatchirurgie), Beeldvorming (Interventieradiologie) en Anesthesiologie (Cardioanesthesiologie). Ook de afdelingen Neurochirurgie en Neurologie zijn betrokken (met Vasculaire neurochirurgie en Vasculaire neurologie).’

Hoe smeed je dan een team van al die verschillende pijlers en afdelingen?

Paul Smits, kwartiermaker - medisch directeur Centrum voor Hart en Vaten

Paul: ‘Dat is inderdaad enorm belangrijk. Daarom proberen we als centrumdirectie iedereen te betrekken bij onze plannen. Door de coronamaatregelen was echte teambuilding moeilijk, maar nu volgen gelukkig betere tijden. Er wordt al goed afdelingoverstijgend samengewerkt, maar op sommige punten kan dat echt beter. De bouw van zorgpaden gaat ons daarin helpen.’

Angelina van den Ende, kwartiermaker - verpleegkundig directeur Centrum voor Buik en Bekken

Angelina: ‘Ons centrum is juist mede op initiatief van de vier betrokken afdelingen ontwikkeld. De afdelingshoofden waren betrokken bij het inrichtingsplan. Daarom

verloopt de samenwerking met hen, bedrijfsleiders en centrumdirectie naar wederzijdse tevredenheid.’

Hoe betrekken jullie je achterban bij de centrumvorming?

Angelina: ‘Een paar factoren maken dit lastig: ten eerste zitten we midden in een traject waarbij – ook voor ons – sommige onderdelen nog onduidelijk zijn. Daarnaast is de dagelijkse last hoog, onder meer door COVID-zorg en de hoge druk op de dienst-roosters. Ik begrijp goed dat je hoofd dan niet staat naar een verandering in de toekomst. Philip, Sharon en ik willen samen meer aandacht besteden om iedereen te betrekken, willen weten waar hun behoefte ligt en hoe ze geïnformeerd willen worden. Daarom gaan we naar ze toe. Om te vragen en vooral om te luisteren.’

Nanda Vermeulen, kwartiermaker - verpleegkundig directeur Centrum voor Hart en Vaten

Nanda: ‘Dat speelt ook bij ons: wij bezoeken iedereen, van paramedici, verpleegkundigen en medische staven tot ondersteuners en bedrijfsleiders, en nodigen hen uit om kritisch mee te denken. Dat willen we ook blijven doen.’ Angelina: ‘Onze ervaring is: zodra een verandering de zorg raakt, raakt het ook zorgverleners en denkt men graag mee. Die inhoud in patiëntenzorg, onderzoek én onderwijs zijn de verbindende factoren, daar krijgt iedereen energie van. Het doel is dat ook onze collega's in de directe patiëntenzorg meebouwen aan de ontwikkelingen van onze zorgpaden, patiëntenparticipatie en verpleegkundig wetenschappelijk onderzoek. Vanuit de inhoud moet dat lukken.’

‘Die zorgpaden gaan echt het verschil maken’

Waar werken jullie uiteindelijk naartoe?

Philip de Reuver, kwartiermaker - medisch directeur Centrum voor Buik en Bekken

Philip: ‘Natuurlijk staat bij ons de patiënt centraal, maar ook onze verpleegkundigen, paramedici en andere professionals op de poliklinieken, verpleegafdelingen, laboratoria en het Endoscopiecentrum. Een van onze speerpunten is het beter borgen en faciliteren van verpleegkundig wetenschappelijk onderzoek, innovatie én carrièremogelijkheden voor onze verpleegkundigen. Het werk op de verpleegafdeling maken we bijvoorbeeld aantrekkelijker door in te zetten op scholing en opleiding. Om klaar te zijn voor veranderingen in het zorglandschap en de veranderende zorgvraag van onze patiënten, hechten we ook belang aan het toekomstbestendig maken van het verpleegkundig vak. Hierbij is verpleegkundig leiderschap van groot belang; verpleegkundigen hebben goed zicht op veranderingen en zijn bedreven in verbinden en netwerken. Ons centrum zal staan voor de verpleegkundige beroepsgroep! Daarnaast werken we inmiddels – samen met de PAR en patiëntenverenigingen aan nieuwe zorgpaden; binnen ons umc, maar net zo belangrijk: met partners daarbuiten.’ Paul: ‘Bij ons hebben zorgprogramma's nu prioriteit. Hiermee worden de speerpunten van ons centrum concreter, bijvoorbeeld complexe hypertensie of aortapathologie.

fit for the future

Elk zorgprogramma omvat zo'n drie tot vijf zorgpaden, inmiddels zijn we gestart met de bouw van vier zorgpaden. Over die zorgpaden ben ik heel enthousiast: die gaan echt het verschil maken: voor de patiënt (kwaliteit en veiligheid én patiënt-tevredenheid), voor ons als professionals én voor onderwijs en onderzoek.’ Nanda: ‘Waarbij de basisgedachte is: alles wat goed is, blijft goed.’

Bonusvraag

De twee centrumdirecties hebben elkaar ook een vraag gesteld. Op intranet lees je hun antwoorden.

De vraag van Centrum voor Buik en Bekken aan het Centrum voor Hart en Vaten:

Hoe zorgen jullie dat deze verandering als positief wordt gezien door de collega's? En hoe zorgen jullie ervoor dat deze verandering aansluit bij de vraaggestuurde zorg waar we als Radboudumc naartoe willen?

De vraag van het Centrum voor Hart en Vaten voor de medisch directeur van Centrum voor Buik en Bekken:

Net zoals wij, werken jullie met chirurgen van andere afdelingen. Voor sommigen kun je - vanuit je deskundigheid als medisch directeur - nauwelijks medische verantwoordelijkheid dragen. Hoe denk jij hierover?

Sharon Hubner, kwartiermaker - bedrijfskundig directeur Centrum voor Buik en Bekken



Joost Wagener, kwartiermaker - bedrijfskundig directeur Centrum voor Hart en Vaten



Paul Smits, kwartiermaker - medisch directeur Centrum voor Hart en Vaten



Angelina van den Ende, kwartiermaker - verpleegkundig directeur Centrum voor Buik en Bekken



Nanda Vermeulen, kwartiermaker - verpleegkundig directeur Centrum voor Hart en Vaten



Philip de Reuver, kwartiermaker - medisch directeur Centrum voor Buik en Bekken



BOUW

Jannie Meussen Iris Hobo/iStock/Instagram Psychiatrie



Op weg naar een ‘gezonde’ campus

Het nieuwe hoofdgebouw A is een hightech-omgeving. Toch krijgen de patiënt, bezoeker en medewerker er een thuisgevoel, door het vele licht en groen. Er is in het ontwerp alles aan gedaan om het welzijn te bevorderen en stress te verminderen. Ook de tuinen, die onze gebouwen straks omringen, hebben een helende werking.

Veel onderzoek is er nog niet gedaan naar de effecten van een *healing environment*. Simpelweg omdat het lastig te meten is. Maar de Nederlandse architect Marie Helene Herweijer is hierop gepromoveerd en heeft richtlijnen voor ontwerpers geschreven. Een mooi aanknopingspunt voor onze designmanager Iris Hobo.

Het lijkt wel een saunaresort

Bij Psychiatrie ervaren ze, sinds de renovatie in 2016, wat de kracht van een *healing environment* is. In dit gebouw zijn voor het eerst de elementen hiervan toegepast (zie kader). ‘Het heeft ons zoveel gebracht’, vertelt zorgmanager Marlous Peters. ‘Nog steeds krijgen we



Marlous Peters

regelmatig bezoek van andere ziekenhuizen die inspiratie op willen doen. En we vielen twee keer in de internationale prijzen voor Health&Design.’

‘Het heeft de sfeer van een saunaresort, horen we vaak terug. Het was hier voorheen erg donker’, vertelt Marlous. ‘Nu hebben we lichte kleuren, natuurlijke materialen, veel glas en dimbare sfeerverlichting. Je kunt overal naar buiten kijken. Patiënten hebben eigen geluidsichte kamers, waar familie kan blijven slapen. Ook in de gemeenschappelijke ruimten zijn er hoekjes waar patiënten rust kunnen opzoeken. We hebben bewust geen separeercellen meer om patiënten af te zonderen. Daarvoor gebruiken we nu een High Intensive Care Unit. We kunnen daar bijvoorbeeld water of elektriciteit afsluiten, er zijn camera’s en we kunnen via een intercom met elkaar communiceren. Zowel medewerkers, patiënten en familie ervaren de vernieuwde afdeling als erg plezierig.’

‘Het stressniveau van verpleegkundigen ging sneller omlaag’

Dagritme volgen

Ook in het nieuwe gebouw A is er veel oog voor een helende, stressverminderende omgeving. Designmanager Iris Hobo noemt wat voorbeelden: ‘Mensen kunnen zich er straks goed oriënteren en vinden gemakkelijk de weg. Patiënten hebben privacy op hun eenpersoonskamer, kunnen zelf licht en temperatuur regelen en gordijnen sluiten via een tablet. De centrale verblijfsruimten nodigen meer uit tot sociaal contact. Het is rustig en ruimtelijk, techniek is weggewerkt achter panelen. En er is overal daglicht, voor de gezondheid is het belangrijk dat je het ritme van de dag blijft volgen. Bovendien heeft natuur een positieve werking. Daarom is er uitzicht op daktuinen en is er binnen overal “groen”. Elke verdieping heeft eigen themabehang, dat gaat van de onderwaterwereld naar het bladerdak van bomen op de bovenste etages.’



Iris Hobo

‘Patiënten die uitzicht hebben op natuur, hebben minder medicatie nodig’

Stressniveau omlaag

‘We halen niet alleen het groen naar binnen, maar stimuleren patiënten, bezoekers en medewerkers ook om naar buiten te gaan’, vertelt René Bleeker, directeur Bouw. Hij richt zich samen met tuinarchitecten op de *healing gardens*. Tijdens een congres ontmoette hij de Amerikaanse professor Roger Ulrich, een goeroe op dit gebied. René: ‘Hij ontdekte bijvoorbeeld dat patiënten met uitzicht op natuur minder stress ervaren, minder medicatie nodig hebben en eerder worden ontslagen. Ulrich onderzocht ook het verschil in effect tussen een pauze van 25 minuten in een koffiekamer met



René Bleeker

tl-lampen of een wandeling in een groene omgeving. Het stressniveau van verpleegkundigen ging sneller omlaag met langduriger effect.’

Er komen straks diverse *healing gardens* op onze campus. René: ‘Geen grasveldjes met een paar coniferen of rododendrons, maar specifiek voor bepaalde doelgroepen ontworpen tuinen. Denk aan werk-, meditatie-, kunst-, of gewoon rustgevende tuinen, om je even terug te trekken en te relaxen.’ Boven de parkeergarage komt na de ingebruikname van gebouw A bijvoorbeeld een kruidentuin met wandelpad en zitplekken in schaduw en zon.

Betere gesprekken in de tuin

Ook met de *healing gardens* heeft de afdeling Psychiatrie inmiddels ervaring opgedaan. Zorgmanager Marlous Peters: ‘We hebben verschillende tuinen met allemaal een eigen doelstelling. Voorheen was er bij de gesloten afdeling bijvoorbeeld een betegelde binnenplaats met een groot hek eromheen. Eerder stresserend dan rustgevend voor de patiënten. Er zijn nu paadjes gemaakt met hoog gras eromheen. Onze patiënten zijn veel meer buiten, om te wandelen of om zich even af te zonderen. Ook mindfulness-oefeningen doen we in de buitenlucht. En medewerkers gaan “therapeutisch” wandelen met patiënten. Je krijgt dan vaak betere gesprekken dan in een formele setting van een spreekkamer, is onze ervaring.’ ■

Healing Environment De belangrijkste aandachtspunten

- Privacy en autonomie
- Daglicht, uitzicht en natuur
- Faciliteiten en personeel
- Inrichting, oriëntatie en routing
- Veiligheid

RONDVRAAG

👤 Beatrijs Bonarius 📄 Maikel Verkoelen | StudioMIK

In het Radboudumc werken we met heel veel mensen in verschillende (hiërarchische) verhoudingen. Nu grensoverschrijdend gedrag zo actueel is, vragen we:

In hoeverre ben jij je bewust van **jouw** gedrag tegenover anderen?

Bas Verhoeven, chirurg afdeling Heelkunde, opleider
‘Iedereen heeft andere grenzen’



‘Op de OK sta je vaak dicht op elkaar. Per ongeluk iemands borst raken met je elleboog, gebeurt soms gewoon. Dan kun je je kort verontschuldigen: niks aan de hand. Maar een grap maken over hoe *awkward* dit was, kan aanstootgevend zijn. Iedereen heeft andere grenzen. Een concretere gedragscode zou ons betere handvatten kunnen

bieden voor een gesprek. Want dat gesprek hierover is cruciaal, leerden wij met opleiders en afdelingshoofden al jaren geleden in een workshop. Inmiddels hebben we tijdens de OK-dagevaluatie ruimte om dit soort onderwerpen te bespreken. Maar ik snap dat iemand een drempel kan voelen om te melden dat de sfeer onprettig was. Een open aanspreekcultuur is dan een voorwaarde. Zelf sta ik bewust open voor kritiek. En om het onderwerp op de agenda te houden, stuur ik vaak stof tot nadenken naar diverse appgroepen. Ik ben niet heilig, hoor, maar probeer wel het goede voorbeeld te geven.’



[anoniem]
Hij zei dat het gewoon een beetje dollen was’

‘In een training, een paar jaar geleden, leerden we ons aan te kleden met speciale pakken. Collega’s moesten elkaar hierbij helpen. De sfeer was jolig. Hij hielp mij. En kneep daarbij opzettelijk een paar keer in mijn borsten. Ik was flabbergasted, sloeg volkomen dicht. Ik heb die dag, samen met hem, gewoon doorgewerkt. Maar de werkdag erna heb ik een gesprek aangevraagd bij mijn leidinggevende. Die riep ons bij elkaar. Mijn collega erkende het grensoverschrijdende gedrag maar zei dat het “gewoon een beetje dollen” was geweest en niet seksueel bedoeld. Maar voor mij ging het om macht: hij nam de vrijheid om zonder mijn toestemming aan mijn lichaam te zitten. Dit incident heeft ontzettend veel impact op me gehad. Privé, maar ook kostte het me bijna mijn carrière. Met mijn collega samenwerken lukte niet meer. Daarnaast twijfelde ik of ik nog wel in het Radboudumc wilde werken. Uiteindelijk dacht ik: die macht mag hij niet ook nog over mij hebben. Ik trok daarop mijn eigen plan, en zit nu – na enkele maanden afwezigheid en therapiesessies – goed op mijn nieuwe werkplek. Mijn toenmalige leidinggevende spreek ik nog regelmatig; hij realiseerde zich destijds niet hoeveel impact dit voorval had. Laatst zei hij nog dat hij adequater had moeten reageren. Hij heeft hiervan geleerd. Dat hij me dit nu nog zegt, werkt helend voor me.’ *Naam bekend bij redactie*



Leonore Schaecken, coördinerend vertrouwenspersoon
‘De regie ligt bij de melder’



‘Na het *The Voice*-incident kregen we meerdere reacties. Bevestiging als: “Goed dat jullie er zijn”, maar ook meldingen van collega’s die nu toch hun verhaal kwijt willen of durven te vertellen. Dat kan zelfs als een dader niet meer in dienst is.

Over allerlei ongewenste omgangsvormen kun je contact met ons team opnemen: (seksuele) intimidatie, pesten, agressie en geweld, en discriminatie. Wat bij ons wordt gemeld, blijft absoluut binnenskamers en anoniem. Tenzij de melder aangeeft meer te willen. Dan kijken we samen naar de te nemen stappen, en kunnen we bijstaan bij gesprekken of bij het indienen van een klacht. Maar die regie hierover ligt altijd bij de melder. Ook voor Integriteits-kwesties en wetenschappelijke integriteit kun je bij ons loket terecht. Wij verwijzen dan door naar de juiste vertrouwenspersoon. Wat we na afloop vaak horen? Dat iemand zich eindelijk gehoord voelt.’

Natasja Looman, gedragswetenschappelijk docent en promovendus
‘Beloon een afwijkende mening’



‘Hoe je een groepssituatie ervaart, hangt sterk samen met jouw rol in die groep. Dat zag ik ook in mijn onderzoek naar de manier waarop macht de interactie tussen mensen in medisch vervolgonderwijs beïnvloedt (*power dynamics*). Een aios Eerstelijns geneeskunde durfde zich niet uit te spreken in een tweedelijns groep, omdat een

tweedelijns specialist eerder negatieve opmerkingen had gemaakt over eerstelijnsers. De vraag is: hoe creëer je – allemaal samen, want elk groepslid speelt een rol – een constructieve interactie? Zelf vraag ik regelmatig of iemand een ander perspectief heeft bij een onderwerp. Ik beloon die afwijkende inbreng. Zo ontstaat er een veilig klimaat. In de masterclass *Psychological Safety*, waarin we aiossen helpen een veiliger klimaat te creëren, komt dat ook aan bod.

Mijn tip? Weet dat emoties in de groep “besmettelijk” zijn. Met positieve emoties kun je groepsinteractie dus ook positief beïnvloeden.’ ■

(Seksuele) intimidatie, discriminatie, agressie: onze organisatie staat van niemand grensoverschrijdend gedrag toe. Hoofd Arbo- en Milieudienst (AMD) [Els van Asperen](#): ‘In een academisch ziekenhuis hebben we met gedrag en emoties te maken van bezoekers, patiënten en collega’s. Er staat vaak veel op het spel, we zijn afhankelijk van elkaar en er zijn machtsverschillen. Grensoverschrijdend gedrag kan zich voordoen. Soms aantoonbaar, vaker subtiel. Het is belangrijk dat we dit aanpakken. Heb je hiermee te maken, of wil je dit (in je team) voorkomen, dan bieden we hulp in de vorm van begeleiding, training en nazorg. Ook kun je bij vertrouwenspersonen terecht. De expertisegroep Grensoverschrijdend gedrag zorgt voor voorlichting en bijvoorbeeld begeleiding van (externe) coaches.’

- Direct hulp nodig? Bel 55555
- Vertrouwenspersoon bereiken? Mail: vertrouwenspersoon@radboudumc.nl
- Meer informatie op intranet: [services/grensoverschrijdend-gedrag](#) (daar kun je ook een incident melden)

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

Mira de Lange
IC-verpleegkundige
‘Mira is een innovatieve kartrekker. Ze heeft deelgenomen aan verschillende ontwikkelprojecten, van neuro-expertise tot visiedocumenten. Momenteel levert ze een waardevolle bijdrage aan het project *Menskracht in beweging*, een fundament voor meer eigenaarschap en leiderschap voor verpleegkundigen.’ *Marloes Hazelhoff, teamleider IC, C1c*

Drifa El Bakkali
IC-verpleegkundige
‘Drifa staat voor persoonsgerichte zorg, met oprechte aandacht en de juiste bejegening aan patiënt en familie. Op de afdeling IC Ontwenning draagt ze bij aan het dedicated team. Ze doet haar werk vanuit haar hart!’ *Franka Janssen, teamleider IC Ontwenning van de Beademing*

Suzanne Teunissen
Zorgmanager
‘Suzanne is onze zeer betrokken, hardwerkende en loyale zorgmanager van zowel poli Urologie als Anesthesiologie en Medische Oncologie. Met haar kennis en kunde is zij onmisbaar in de vele projecten waaraan zij deelneemt. Wij waarderen haar inzet en altijd positieve instelling.’ *Peter Mulders, afdelingshoofd, Jessica Wagenmaker, bedrijfsleider Urologie*

Erna Verdijk
Opleider praktijkleren
‘Erna zet zich breed in als opleider voor de zorgopleidingen, het medisch vervolgonderwijs en de bachelor geneeskunde. Ze blijft leren en ontwikkelen, is een doorzetter en brengt een ander geluid in, waarmee ze het werk verder brengt. Dit waarderen wij zeer.’ *Chantal Fonteijn, teamleider professionalisering, Radboudumc Health Academy*

Emmy Odding-Wagenaar
Verpleegkundig consulent
‘Emmy heeft als verpleegkundige en daarna als verpleegkundig consulent een belangrijke bijdrage geleverd aan de zorg voor de hematologische patiënt. Ze is positief, hardwerkend en enorm betrokken bij het welzijn van de stamceltransplantatie-patiënten, hun naasten en alle collega’s om haar heen. Persoonsgerichte zorg is haar op het lijf geschreven. Op 1 augustus gaat ze ons verlaten om te genieten van pensioen, man, kinderen, en kleinkinderen in Engeland.’ *Ankie Sneek, teamleider zorg Hematologie/SCT-team*

Huib de Jong
Teamleider
‘Huib is voor de opleiding tot bedrijfsverpleegkundige naar Nijmegen gekomen. Hij is altijd bezig met de ontwikkeling van verpleegkundigen, als coach en docent. Hij werkt al die jaren bij Hematologie, nu als teamleider. Hij is erg goed in netwerken. Bij vacatures weet hij altijd de juiste kandidaten te enthousiasmeren.’ *Richard Ellenbroek, zorgmanager Hematologie*

Sandy Peters-Donkers
Hoofd bedrijfsbureau
‘Veel jaren werkte Sandy bij Oogheelkunde. Twee jaar geleden heeft zij de overstap gemaakt naar de afdelingen Neurochirurgie, Plastische Chirurgie en Orthopedie. Ze is een positief ingestelde en flexibele collega: erg betrokken bij het Radboudumc en in het bijzonder bij haar medewerkers.’ *Josien van Geel, bedrijfsleider Neurochirurgie, Plastische Chirurgie en Orthopedie*

Peter Pickkers
Hoogleraar research IC
‘Peter is het boegbeeld van de researchunit van onze afdeling. Door zijn enthousiasme, inventiviteit en humoristische werkwijze heeft hij een groot aantal promovendi succesvol begeleid met hun onderzoek. Nationaal en internationaal is hij een zeer gewaardeerd spreker.’ *Hans van der Hoeven, afdelingshoofd, Annemiek Broods, bedrijfsleider Intensive Care*

40 jaar in dienst

Hetty van Marwijk
Hoofdanalist
‘Haar carrière kenmerkt zich door het ondersteunen van en later leidinggeven aan het laboratorium locatie Dekkerswald. Als hoofdanalist is Hetty betrokken geweest bij de transitie van het laboratorium Dekkerswald naar het Radboudumc. Ze is een betrokken en gewaardeerde collega die een verbindende factor is, zowel binnen het team als in de kliniek. Het is een plezier om met haar samen te werken.’ *Ruben Smeets, laboratoriumspecialist, Patrick Clijsters, operationeel manager frontoffice Radboudumc Laboratorium voor Diagnostiek*

Wim Jansen
Hoofdanalist
Transfusielaboratorium
‘Wim is gestart als analist en doorgegroeid naar hoofdanalist. Hij is toegankelijk en benaderbaar, betrokken en enorm toegewijd. Als leidinggevende staat hij voor zijn mensen. Het is vooral aan zijn empathie en gevoel voor humor te danken, en aan het enthousiasme waarmee hij activiteiten binnen en buiten het werk organiseert, dat er zo’n hecht transfusieteam binnen het RLD werkzaam is.’ *Annegeet van den Bos, arts transfusie, Elke de Grouw, hoofd RLD*

Ria Posthumus-Bruijsten
Verpleegassistent IC
‘Ria is een collega waar we gezegend mee zijn! Ze zorgt al vele jaren met ontzettend veel passie voor onze patiënten. In de hectiek en dynamiek van de IC houdt Ria focus voor het menselijk karakter van onze zorg. Ze heeft daarbij ook altijd oog voor haar collega’s en een goede werksfeer. We zijn enorm trots op haar.’ *Pieter Reintjes, zorgmanager i.o. Team C3ab*

Marga Melsinga-Vermaat
Medewerker Telefooncentrale
‘Bij de Telefooncentrale is Marga het eerste aanspreekpunt en daardoor betrokken bij veel zaken die in onze organisatie spelen. Ze gaat er altijd voor om de beller op een professionele manier zo goed en snel mogelijk van dienst te zijn. We feliciteren haar met deze mijlpaal.’ *Brechje Zegers-Lakeman, manager Ontvangst*

Jan Leijters
Researchverpleegkundige
‘Jan werkt via het RTC CS voor de afdeling Psychiatrie. Hij heeft een rijke carrière achter de rug en is voor velen dé vraagbaak op het gebied van research. Na al die jaren is hij nog steeds even actief en betrokken. Hij is van enorme toegevoegde waarde voor de afdeling.’ *Marlous Peters, zorgmanager Psychiatrie, Erik Derks, teamleider Radboudumc Technology Center Clinical Studies*

Ger Heesen
Verpleegkundig specialist
‘Ger combineert de functies van verpleegkundig specialist en IC-verpleegkundige voor kinderen. Hij zorgt met toewijding en enthousiasme voor kinderen die binnen de IC worden opgenomen. Met speciale aandacht voor kinderen met een tracheacanule en hun ouders/verzorgers.’ *Mieke Meulendijks, zorgmanager Intensive Care*

Met pensioen

Antoinella Postuma
CCU-verpleegkundige
‘Antoinella gaat ons na 35 jaar helaas verlaten. Ze heeft hier altijd met veel plezier gewerkt en dat is ook te merken aan haar tomeloze inzet, interesse en betrokkenheid. Ze wist elke patiënt en collega te raken en we gaan haar en haar gezelligheid missen.’ *Hilke Romijnders, operationeel manager Hartbewaking*

Marina Methorst
Verpleegkundige
‘Zeg je urologie, dan zeg je Marina. Ze heeft 42 jaar op Urologie gewerkt. Ze is een verpleegkundige met hart voor de patiënt, heeft altijd een luisterend oor. We zullen haar enorme kennis en ervaring gaan missen, maar ook een sympathieke en betrokken collega.’ *Rein Jansen, teamleider C5*

Magda Janssen
Verpleegkundige
‘Magda heeft zich 36 jaar met passie en enthousiasme ingezet voor de hematologische patiënt (A51, nu E00). Betrokken, zeer gemotiveerd en het hart voor de zorg op de goede plaats. Magda is een zeer gewaardeerde en gezellige collega. We gaan haar aanwezigheid, kennis, kunde & ervaring enorm missen.’ *Suzanne Bens, teamleider zorg, Richard Ellenbroek, zorgmanager Hematologie*

Ruud Geurts
Verpleegkundige
‘Na bijna 40 jaar neemt Ruud afscheid. Hij begon op de afdeling Orthopedie, ging naar de Verkoeverkamer en maakte daarna de overstap naar de Chirurgische dagbehandeling. Met Ruud gaat er een gedreven verpleegkundige met hart voor de patiënt en collega’s weg. Efficiënt, scherp, technisch maar ook praktisch en nog net geen dokter. We gaan de “haan in de hennenkooi” missen.’ *Myriam Berben, operationeel manager Dagbehandeling Operatiekamers*

Annelies van de Broek-Faassen
Ziekenverzorgende
‘Na ruim 25 jaar neemt Annelies van de Broek-Faassen afscheid van haar KNO-kinderen en de Dagbehandeling operatiekamers. Met Annelies vertrekt één van de laatste ziekenverzorgenden uit het Radboudumc. Ze begon op de KNO dagbehandeling met de kindergeneeskunde, die ze meenam naar de chirurgische dagbehandeling. Ze liet zien een volwaardig lid (klein maar dapper) te zijn van het verpleegkundig team en maakte zich de diverse specialismen eigen. Het zwak voor de KNO bleef. Haar lach, gezelligheid en optimisme gaan we missen.’ *Myriam Berben, operationeel manager DOK*

Jaco Pasman
Neuroloog/klinisch neurofysioloog
‘Jaco gaat ons verlaten na een indrukwekkende loopbaan als neuroloog en klinisch neurofysioloog. Hij was een van de grondleggers van de botulinezorg in Nederland, en droeg deze patiëntengroep altijd een warm hart toe. In Nederland was hij expert en kundig docent op het gebied van EEG-registraties bij kinderen, tremor-registraties en evoked potentials. De afdeling gaat hem missen.’ *Karin Klijn, afdelingshoofd Neurologie*

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 (#3) is 5 april 2022.

HET MOMENT

IN DEZE RUBRIEK VERTELLEN MEDEWERKERS OVER EEN BIJZONDERE ERVARING TIJDENS HUN WERK IN HET RADBOUDUMC. DIT KEER INTERNIST/INTENSIVIST **FRANK BOSCH**, HOOGLERAAR ACUTE INTERNE GENEESKUNDE.



‘Met het reanimatieteam rukten we uit naar een verpleegafdeling, waar een patiënt onwel was geworden. Ter plekke hoorden we dat hij uitgezaaide kanker had, maar er was geen behandelbeperking in het EPD vastgelegd. Het voelde niet goed. Moesten we deze man nog wel reanimeren? Als arts heb je altijd de mogelijkheid om vanuit je professionele verantwoordelijkheid te besluiten niet te reanimeren. Maar dat is ingewikkeld als je op een andere afdeling komt, in een acute situatie waarbij je de patiënt zelf niet kent. Je moet dan sterk in je schoenen staan om er niet aan te beginnen.

Toen we deze meneer al twintig minuten aan het reanimeren waren, kwam er toevallig familie. Zij smeekten ons ermee te stoppen, dat hebben we direct gedaan. Heel vervelend dat het voor hen zo traumatisch moest verlopen. Dit was nóóit de wens van de patiënt geweest, vertelden ze later. Thuis hadden ze er uitgebreid over gesproken. Ze waren zo blij dat ze toevallig in het ziekenhuis kwamen en dat hun dierbare verder lijdens bespaard is gebleven. Later sprak ik de behandelend arts. Hij voelde zich ongemakkelijk dat er geen Niet Reanimeren-afspraken in het dossier stond.

We bespraken dat een ziekenhuisopname een goed kantelmoment is om behandelwensen met patiënten te bespreken. Vaak wordt de reanimatievraag op de Spoedeisende Hulp gesteld. Er zijn ziekenhuizen waar je niet verder komt in het EPD als dit vakje niet is ingevuld. Terwijl de vraag dan nogal eens ongepast voelt, als iemand bijvoorbeeld binnenkomt met een acute blindedarmontsteking. Beter is het dit op de afdeling te doen, als je de patiënt beter leert kennen en de hoofdbehandelaar betrokken is.

Het moet in ons algemene bewustzijn komen om vragen over behandelwensen in een vroege fase te bespreken met de patiënt en telkens opnieuw als de gezondheid verandert. Verpleegkundigen hebben hierbij een belangrijke signalerende rol. Daarmee hopen we dat schrijnende situaties zoals van deze patiënt, niet meer voorkomen.’ ■

In het nieuwe protocol ‘Reanimatie en behandelwensen’ kun je wensen, doelen en voorkeuren voor zorg gemakkelijk vastleggen in Epic. Lees op intranet het nieuwsbericht en bekijk het webinar (zoekwoord: behandelwensen). Het nieuwe protocol staat op het Q-portaal.

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,

Marja Jilissen, Annie Moedt, Nienke Plass-Verhagen, Judith Prins, Angela van Remortele en Marie-Louise Roovers

Aan dit nummer werkten mee Pauline Dekhuijzen, Iris Hobo, Verna Jans, Paul Lagro, Shirley van Lieshout Fotografie,

Eric Scholten 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

Opplage 12.000 exemplaren. De volgende Radbode verschijnt XXXX 2022.



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.



Artsen en verpleegkundigen leren beter samen te werken door interprofessioneel leren. In ons Skills- en Simulatielab verzorgt **Heidi Alsem**, instructeur simulatieonderwijs, trainingen hierin. **Lia Fluit** doet er, als hoogleraar Innovatief en persoonsgericht leren, onderzoek naar.

Lia: 'We ontmoeten elkaar hier in een collegezaal. Eigenlijk staat dat haaks op interprofessioneel leren.' **Heidi:** 'Klopt. Je leert goed samen te werken in de praktijk. Door te dóén. In ons simulatielab bootsen we situaties na die op een verpleegafdeling voorkomen. Artsen en verpleegkundigen trainen bijvoorbeeld hoe ze moeten samenwerken bij een acuut bedreigde patiënt. Na afloop reflecteren ze hierop, zodat er meer bewustwording ontstaat.'

Lia: 'Uit onderzoek blijkt dat er over en weer veel aannames zijn. Professionals verifiëren vaak niet wat de ander denkt.' **Heidi:** 'In trainingen zie ik vaak dat verpleegkundigen veronderstellen dat een arts alles weet. Zo kreeg een simulatiepatiënt een allergische

reactie op antibiotica en verslechterde zijn situatie. De verpleegkundige vraagt er een arts bij, en gaat ervan uit dat die meteen ziet wat het probleem is. Zonder dat er iets over de antibiotica is gezegd.' **Lia:** 'Ook coassistenten kunnen zaken goed signaleren, maar tegelijk denken: dat zal de arts wel weten, ik houd mijn mond maar. Deze ervaren hiërarchie is een van de belemmeringen om interprofessioneel te leren. Om goed samen te werken, is gelijkwaardigheid tussen professionals een vereiste.'

Heidi: 'We horen na een training vaak dat er meer begrip ontstaat tussen artsen en verpleegkundigen op de werkvloer.'

Lia: 'Het informele karakter is ook belangrijk. Waarom zijn er soms aparte koffiekamers voor verpleegkundigen, artsen en arts-assistenten? Zoek elkaar meer op voor een praatje. Daardoor spreek je elkaar ook vakinhoudelijk makkelijker aan.' ■



Het Radboudumc organiseert samen met de RU, HAN en ROC van 21 tot en met 25 maart voor onderwijsprofessionals de Onderwijsdagen over grenzeloos leren. Interprofessioneel leren is een van de subthema's. Meer info in de agenda op intranet.