

Radbode

#7

Personeelsmagazine **Radboudumc** | Jaargang 43

oktober 2018

Levens redden in de
baarmoeder

Een rookvrij terrein
zonder verbod, kan dat?

Hoogleraar Peter-Bram 't Hoen over de onmisbaarheid van bio-informatica

Big data voorspellen beste behandeling

Het Hulpfonds helpt!

50
1968-2018

Het Hulpfonds biedt aan alle collega's van het umc en de universiteit financiële ondersteuning. Wij helpen met financieel advies, budgetbegeleiding en renteloze leningen.

Wil je meer informatie?

E-mail: info@hulpfondsradboud.nl | Telefoon: (024) 309 33 10 | www.hulpfondsradboud.nl

Radboud Universiteit



Radboudumc

Radboud in'to Languages opent nieuwe werelden



Cursussen Medisch Duits

Wer gut kommuniziert, heilt besser

www.into.nl

“Ik streef naar behandelingen van dikke darmkanker zonder pijnlijke bijwerkingen voor onze patiënten”

Dr. Sandra Radema, *Oncoloog*

Help je ook mee?



Radboud Oncologie Fonds

PARTNER VAN



Ga naar www.radboudoncologiefonds.nl en kijk wat jij kunt doen

INHOUD



12



8

08 WETENSCHAP – Je krijgt medicijnen, maar ze werken niet. Hoe komt dat? Dankzij de computer kunnen we deze vraag steeds beter beantwoorden. Peter-Bram 't Hoen, afdelingshoofd Centre for Molecular and Biomolecular Informatics, licht toe waarom voor persoonsgericht behandelen bio-informatica onmisbaar is.

12 ZORG EN INNOVATIE – Een piepklein ballonnetje ter grootte van een korrel hagelslag inbrengen in de luchtpijp. Niet bij een baby, maar bij een ongeboren kind in de baarmoeder. Foetale therapie; gynaecoloog en hoogleraar Frank Vandenbussche en zijn team zijn na jarenlange voorbereiding klaar om dit toe te passen.

16 ZORG – Afdelingen werken er hard aan om de zorg meer persoonsgericht te maken. Het ondersteuningsteam persoonsgerichte zorg, met hierin zes bevlogen professionals, biedt hulp.

18 RONDVRAAG – In oktober zijn we de campagne gestart om te zorgen dat in 2020 ons terrein rookvrij is. Een strikt verbod komt er echter niet. Werkt dat wel, een rookvrij terrein zonder verbod? Drie collega's en een patiënt reageren. 'Verbieden roept alleen maar weerstand op.'

RUBRIEKEN

04 HET GETAL

06 KORT

11 4 VRAGEN AAN

21 DE PATIËNT

23 HET MOMENT

24 ACHTEROP

LEESTIP

BART KIEMENEY, DIRECTEUR RADBOUD INSTITUTE FOR HEALTH SCIENCES, TIPT DIT KEER HET ARTIKEL OVER BIG DATA OP **PAGINA 8**.

Digitale tweeling

'Data is het digitale goud geworden. Voor het eerst in de geschiedenis is het probleem niet meer om goedkoop grote hoeveelheden data te verzamelen maar wel om ze goed te verwerken (en beschermen!). Onze nieuwe hoogleraar bio-informatica Peter-Bram 't Hoen heeft er zijn vak van gemaakt. Verderop in deze Radbode legt hij uit wat dat vak gaat betekenen voor *personalized medicine*. Met een sterk staaltje rekenen spoorde hij al nieuwe genen op voor een groeistoornis. En met een moleculaire vingerafdruk van iedereen kunnen we binnenkort voorspellen hoe iemand gaat reageren op een behandeling. Anderen gaan nog verder en spreken van een digitale tweeling. Niet alleen je genoom, proteoom en andere moleculaire 'oomen' maar ook je gedrag ('gedroom?'), voorkeuren ('preferoom?') en omgeving ('environmentaloom?') kunnen nauwkeurig en continu in kaart worden gebracht en gekoppeld met elkaar. Daardoor ontstaat een soort digitale tweeling die je kunt gebruiken om te testen of je allergisch bent voor iets, die je kan vertellen wanneer je naar een arts moet gaan nog voordat je ziek bent geworden, die het perfecte menu voor je samenstelt die avond. Creepy! Maar onvermijdelijk. Lees het stuk over de ideeën van Peter-Bram. En kom vooral ook 1 november naar het Radboud New Frontiers congres "Big data. Better healthcare?"



BART KIEMENEY

Radboudumc

'Ik geef patiënten zoveel mogelijk de regie. Fijn dat ik die van mijn zorgverzekeraar ook krijg.'

umczorgverzekering.nl

HET GETAL

Jannie Meussen John Voermans

3

Drie keer je lichaamsgewicht, zoveel kracht staat er op je knie of heup tijdens het lopen. En vijf keer het lichaamsgewicht bij licht joggen. Ze hebben dus veel te verduren, en dat geldt ook voor de prothesen die een “kapot” gewricht vervangen. Bij het Orthopedie Research Laboratorium (ORL) doen ze onderzoek naar het optimaal functioneren van knie- en heupprothesen. ‘Maar we berekenen bijvoorbeeld ook hoe orthopedische ingrepen het bewegen beïnvloeden’, vertelt Dennis Janssen van het ORL. ‘Als de orthopedisch chirurg bijvoorbeeld een misvormde knie moet opereren, maken wij vooraf op basis van bewegende CT-beelden een spierskelet simulatie van hoe de patiënt beweegt. Met de computer kunnen we voor de chirurg berekenen: als je deze ingreep doet, is dát het resultaat. Zo leveren we steeds meer maatwerk, afgestemd op de anatomie en het bewegingspatroon van die ene patiënt.’

Het ORL werkt nauw samen met het 3D Lab, MITeC en doet ook onderzoek met onder meer de Sint Maartenskliniek en het CWZ. ‘We werken daarnaast veel samen met fabrikanten, om het functioneren van prothesen te verbeteren. En om te berekenen hoe ze het best geplaatst kunnen worden in het bot. Dat gebeurt steeds meer met navigatie, met op maat gemaakte zaagmodellen en met robot-gestuurde chirurgie.’ ■

Masterstudenten Biomedische Wetenschappen volgden eind september het blok ‘Orthopedic biomechanics in Motion’. In het Orthopedisch Research Laboratorium doen ze krachtmetingen op een bewegende knie (kadaver) die nog intact is. Vervolgens assisteren ze bij het plaatsen van een prothese (zie foto), en daarna verrichten ze opnieuw metingen op de volledige knieprothese.

KORT

IMPACT VAN ONDERZOEK

Debatserie over ‘De nieuwe mens’

Het eerste anti-verouderingsmedicijn is dit voorjaar succesvol getest op mensen. Dankzij groeiende kennis van ziektes en ouderdom leven we steeds langer. We worden straks misschien met gemak 130. Maar is ouderdom wel een ziekte die we moeten genezen? Niet alle wetenschappers richten zich op levensverlenging. Sommigen kijken vooral naar hoe we de jaren die we hebben, zo goed mogelijk kunnen leven. Hoe houden we ook op latere leeftijd onze levenskwaliteit hoog?

De biomedische wetenschap ontwikkelt zich razendsnel. Het Radboudumc gaat samen met LUX in de debatserie ‘De nieuwe mens’

het gesprek aan over de impact van biomedische technologie op ons leven. De ene na de andere innovatie dient zich aan. Dat werpt vragen op. Want wat kan er al? Wat kan nog lang niet? En wat vinden we daarvan? In ‘De nieuwe mens’ praten wetenschappers met het publiek over uiteenlopende onderwerpen. Kunnen we leven maken? Onze intelligentie verhogen? Ziektes uitbannen? De eerste editie ging over de wetenschap achter veroudering en langer leven en was helemaal uitverkocht. De tweede editie is op 31 oktober en dan praten we over leven bouwen in het lab. Kaarten zijn te koop via de website van LUX.

DE TOEKOMST IS NU! BOUW JE MEE?



Het slopen is klaar, de nieuwbouw is gestart. De verwachtingen zijn hooggespannen. Wat kan er allemaal in het nieuwe S-gebouw? Welke ongekende mogelijkheden staan ons te wachten?

Maar waarom zouden we eigenlijk wachten? Er zijn vast al technieken die we nu al in kunnen zetten om ons werk klaar te maken voor de toekomst. Misschien zie je al iets gebeuren in andere sectoren, wat ook in de zorg toegepast kan worden. Of je kent technieken die we op nieuwe manieren kunnen inzetten. En we hoeven ook niet op de nieuwbouw te wachten om te starten met compleet nieuwe, vers van de pers technologieën, methodes, producten, samenwerkingsvormen... noem maar op! Wij nodigen jou van harte uit om mee te bouwen aan ons ziekenhuis van de toekomst en jouw innovatieve idee in te dienen. Meld dan uiterlijk 30 oktober jouw innovatieve idee aan op de intranetpagina van de iBoard. Op 14 november gaan we met jou, de andere inzenders én een groep experts aan de slag om de waarde van jouw idee vast te stellen en wat ervoor nodig is om het te realiseren. Met het beste idee wordt de volgende dag al gestart. Dat kan dus jouw idee zijn.

Heb je vragen over jouw idee, de call, de iBoard of innovatie in het algemeen? Mail dan naar innovation@radboudumc.nl. Of bezoek rond lunchtijd onze innovatiehelpdesk, tussen 22 en 26 oktober bij de Innovation Space (route 441).



@AmyVerstraten Kippenvel! Maar tevens legt het ook de rauwe werkelijkheid bloot, van datgene wat wij als buitenstaanders niet mee krijgen... Het gevecht van tientallen medici om de andere 2 levens te redden! Voor hen moet dit ook enorm heftig & confronterend zijn!

@Elsjesanne Nog steeds verbaasd, geïrriteerd, dat een (jonge) arts, tijdens een dagopname, alleen mijn man een hand geeft ter kennismaking en mij als partner niet. [#asociaal](#) [#omgangsnormen](#) [#arrogantie](#) [@radboudumc](#) [#nogveelteleren](#)

@claudiavopstal Dit is leuk. Gevonden in het restaurant van het Radboudumc een mooi boek over de mooie aspecten van het vak van verpleegkunde met op de eerste pagina een winnend verhaal van onze eigen Angeliën Sieben. Ik zal het boek lezen en weer doorgeven [#radboudumc](#) [#wenurses](#)

@Martijnmollers Zou het geen goed idee zijn om tijdens de opleiding verpleegkunde en geneeskunde tijd in te ruimen voor onderwijs over bloggen/social media, zodat er meer collega's zoals [@tommieniessen](#) en [@shossontwits](#) beeldend de schoonheid van werken in de zorg gaan belichten? [#justthinking](#)



Samenwerking met Maastricht UMC+

Marja van Dieijen, bestuursvoorzitter Maastricht UMC+ en Leon van Halder, bestuursvoorzitter Radboudumc proosten samen met collega's op de ondertekende samenwerkingsovereenkomst tussen de twee umc's. Er wordt samengewerkt binnen de genetica, gynaecologische oncologie, hemofilie, kindergeneeskunde, cardiologie, KNO, radiologie en veel meer. Er liggen meer kansen en mogelijkheden bij onder meer oncologie en neurowetenschappen. Op 25 september kreeg de samenwerking een officiële naam: De Academische Alliantie.

Lees meer op intranet



60 jaar Radboudervaring

‘Proud to be a nurse’

Annette Heebink, Hilde Rikken, Olga van Bergen en Jacqueline Deenen (v.l.n.r. op de foto) zijn deze maand 40 jaar in dienst. In 1978 startten ze in groep ‘Femke’ van de verpleegkundige in-service opleiding. Ze waaierden uit over het ziekenhuis en zijn nog steeds gemotiveerd voor het vak en trots op dit huis. Ze hebben veel verbouwingen, verhuizingen, veranderingen en fusies meegemaakt. Daar worden ze niet meer warm of koud van. ‘Maar we zijn niet gehard in ons vak. Bepaalde casussen met patiënten, ze raken ons nog steeds. Misschien zelfs feller, omdat je meer levenservaring hebt.’

Lees het volledige interview op intranet

Laat jij je ook vaccineren?



Van maandag 22 oktober tot en met vrijdag 2 november vindt de jaarlijkse griepvaccinatie plaats. Laat je ook vaccineren en help mee onze kwetsbare patiënten te beschermen! Alle collega's met direct patiëntencontact kunnen zich op elk gewenst moment laten inenten tegen de seizoensgriep bij de prikposten van de Arbo en Milieudienst (AMD) op verschillende locaties in het Radboudumc. Verpleegkundige en voorzitter van de VAR Inge Schouten: ‘De griep prik is zó belangrijk in ons werk met kwetsbare patiënten. Ik laat mij

vaccineren bij een prikpost maar op veel afdelingen kun je je ook door een collega op de afdeling laten vaccineren, dan kan het op een moment dat het jou uitkomt. Zo werken we samen aan veilige patiëntenzorg.’

Meer informatie vind je op intranet: <https://portal.umcn.nl/griep>

GETIPT

LEVEN EN DOOD, GEZONDHEID EN ZIEKTE, WERK EN ZORG VORMEN VOOR VEEL SCHRIJVERS EN CULTUURMAKERS EEN INSPIRATIEBRON. IN IEDERE RADBODE LEES JE TIPS.

Kroniek van een handbewogen leven

Boek: Na een val van een dak belandde Frans Corstens (1944) als 13-jarige voor de rest van zijn leven in een rolstoel. Hij ging later Geneeskunde studeren, werd arts, internist, nucleair geneeskundige, hoogleraar, afdelingshoofd en tenslotte decaan/vicevoorzitter van de Raad van Bestuur van het Radboudumc. Deze kroniek belicht belevenissen en ervaringen uit zijn leven.

ISBN 9789074241403, € 15,00



COLUMN | ETHIEK

MEDEWERKERS VAN DE SECTIE MEDISCHE ETHIEK (IQHEALTHCARE) GEVEN EEN BESCHOUWING OVER EEN ACTUEEL ONDERWERP. DIT KEER UNIVERSITAIR DOCENT JOS KOLE.

Karaktervorming

Wie je bent, welk karakter je ontwikkelt, wordt mede bepaald door de mensen met wie je samenleeft. Slechte vrienden kunnen een puber op het verkeerde spoor zetten. Hoe je werkt wordt net zo goed beïnvloed door je werkomgeving en door de mensen met wie je samenwerkt. Als je mensen vraagt welke eigenschappen een goede zorgprofessional heeft, wordt vaak empathie genoemd: je kunnen inleven in wat een ander meemaakt. Met kunnen leven met wat een patiënt overkomt is van groot belang om je werk in de gezondheidszorg goed te kunnen doen.

Een bekend onderzoek uit de Verenigde Staten (2004) leek aan te tonen dat bij studenten Geneeskunde gaandeweg de studie hun empathie afnam. Het verontrustende onderzoek riep allerlei vragen en vervolgonderzoek op. Hoe meet je empathie eigenlijk? Kun je een deugd meten? Klopt dat onderzoek wel? Maar ook: hoe zou die afname van empathie te verklaren en te voorkomen zijn? Als empathie belangrijk is om als arts goed je werk te kunnen doen, hoop je dat een studie Geneeskunde met coschappen daar geen afbreuk aan doet maar er juist aan bijdraagt.

Studenten leren en ontwikkelen zich expliciet en bewust in een studieprogramma, maar ze nemen ook heel veel impliciet en onbewust over, via het zogenaamde ‘hidden curriculum’. Dat verborgen curriculum vormen we samen in het Radboudumc. Het wordt bepaald door onze cultuur in huis, door hoe ervaren zorgprofessionals het goede maar ook het slechte voorbeeld geven, in het dagelijks contact met patiënten, in de kliniek en in de collegezaal. Dat maakt wel nieuwsgierig: wat zou zo'n onderzoek naar empathie bij bijvoorbeeld onze studenten Geneeskunde en Verpleegkunde opleveren?

Voor persoonsgericht behandelen is bio-informatica onmisbaar

Big data vertellen je of je beter wordt

Je krijgt medicijnen, maar ze werken niet. Hoe komt dat? Dankzij de computer kunnen we deze vraag steeds beter beantwoorden. Grote berekeningen aan informatie over DNA en eiwitten kunnen straks voorspellen welke behandeling een patiënt nodig heeft.

Eiwitten zijn onze werkpaarden. Bij alle processen in de cellen van ons lichaam zijn meer dan een miljoen verschillende eiwitten betrokken. De blauwdruk voor deze eiwitten ligt in onze genen, het DNA. Ieder mens heeft hier een unieke set van, waardoor iedereen dus een uniek eiwitpakket heeft. En daardoor verschillen we niet alleen in uiterlijk van elkaar, maar reageert de een bijvoorbeeld wel op een medicijn en de ander niet. Foutjes in het DNA kunnen ook leiden tot kreupele, of zelfs ontbrekende eiwitten, waardoor iemand ziek wordt. Zodra we de DNA-code weten, weten we dus meer over wat iemand mankeert.

DNA in kaart

In 2003 is na dertien jaar onderzoek voor het eerst het complete DNA van een mens (genoom) in kaart gebracht. In totaal een code van zo'n 3,2 miljard letters. Daarna is het snel gegaan. Tegenwoordig is het met de nieuwste genetische technieken mogelijk om binnen een paar dagen alle genen van een patiënt in kaart te brengen. Bijvoorbeeld om de oorzaak van een verstandelijke beper-

king te achterhalen, of om het effect van een behandeling in te schatten. Inmiddels zijn binnen het Radboudumc al meer dan 10.000 genomen van patiënten in kaart gebracht. Voor de analyse hiervan is de inzet van computers onmisbaar. Want was het vijftien jaar geleden al onmogelijk om met pen en papier enige structuur te ontdekken in alle genetische informatie, tegenwoordig is dat helemaal ondenkbaar.

Informatieberg

Gelukkig is niet alleen de genetische techniek enorm vooruitgegaan. De rekenkracht van computers is dat ook. De inzet van com-

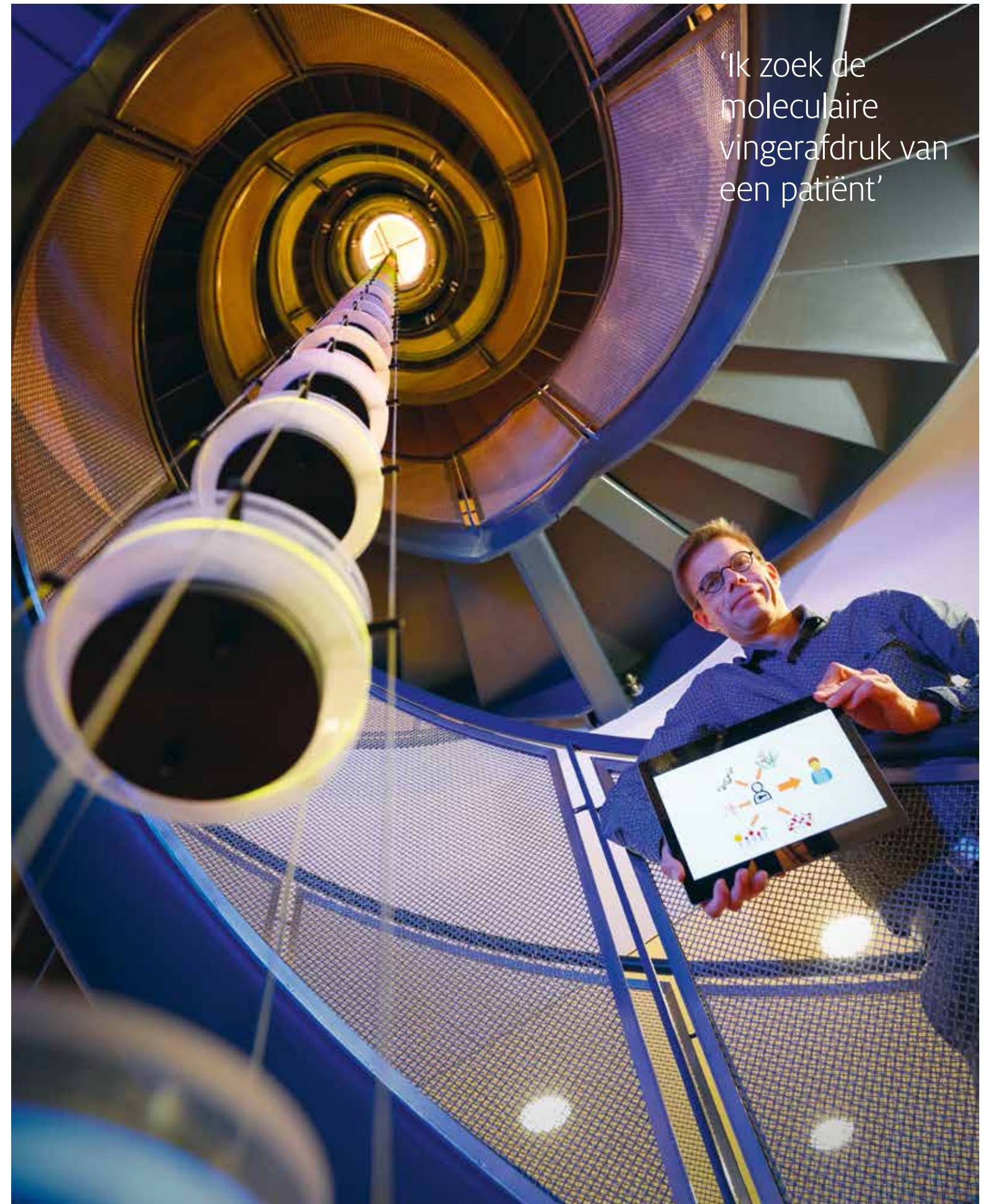
puterkracht voor het rekenen aan medisch biologische data is een vakgebied op zich: de bio-informatica. Bio-informatici maken nieuwe computerprogramma's en rekenmethoden om wegwijs te worden in de groeiende informatieberg. Peter-Bram 't Hoen is sinds februari hoogleraar en afdelingshoofd van het Centre for Molecular and Biomolecular Informatics (CMBI) van het Radboudumc. Hij zit midden in deze ontwikkeling: 'De verschillen tussen mensen liggen gedeeltelijk vast in het DNA en ontstaan gedeeltelijk door verschillen in de omgeving. Het verder in kaart brengen van dat samenspel tussen gen en omgeving is een belangrijk onderdeel van ons werk.'

Onlangs publiceerde hij in het wetenschappelijk tijdschrift *PLOS One* een mooi staaltje brute rekenkracht. Hij liet de computer naar verbanden zoeken tussen de ongeveer 20.000 genen en 20.000 ziektes die beschreven staan in de medische literatuur. In theorie zijn er dan 400 miljoen combinaties tussen een gen en een ziekte. Over de helft hiervan is nog te weinig geschreven om enig verband te kunnen leggen. Blijft een slordige 200 mil- ➤

Knutselen met code

- De genetische code is opgebouwd uit slechts vier letters: A, C, G en T. Deze staan voor de vier verschillende coderende onderdelen van het DNA-molecuul.
- In het RNA wordt de T vervangen door een U. Daar heb je dus A, C, G en U.
- Eiwitten zijn opgebouwd uit aminozuren. Hiervan zijn er twintig.
- Elk aminozuur is gekoppeld aan een of meer drieletterige codes op het RNA. Zo horen de code's GGU, GGC, GGA en GGG bij het aminozuur glycine.

'Ik zoek de moleculaire vingerafdruk van een patiënt'





Peter-Bram 't Hoen

studeerde Biochemie en Farmacochemie in Amsterdam en promoveerde in 2002 in Leiden op onderzoek naar de verschillen tussen mensen in de eiwitten die geneesmiddelen afbreken. Toen was het nog te vroeg om deze informatie te vertalen naar een aangepast recept voor de individuele patiënt, maar nu kan dat wel en gaat hij zich binnen het Radboudumc hiervoor inzetten. Peter-Bram 't Hoen is getrouwd, heeft drie kinderen en bespeelt in zijn vrije tijd het kerkorgel.

joen over. Minder dan één procent van deze relaties is ooit daadwerkelijk onderzocht. Aan de overige 99 procent van de gen-ziekte relaties moeten onderzoekers dus nog beginnen. Maar ondertussen heeft de computer ze al gevonden. Dit ging ongeveer als volgt. Als het ene onderzoek de relatie beschrijft tussen een gen X en een symptoom Y, en een ander onderzoek de relatie tussen datzelfde symptoom Y en een ziekte Z, is er mogelijk een verband tussen dat gen X en die ziekte Z. En zo akkerde de computer ruim 200 miljoen keer de medische literatuur door en vond onder andere nieuwe genen voor een erfelijke groeistoornis.

Brute kracht

Met alleen informatie over het DNA zijn we er nog niet. De eiwitten zijn er immers ook nog. Voordat een eiwit van de lopende band rolt, is het DNA van een gen eerst afgelezen tot RNA. Op basis daarvan wordt een ruw eiwit samengesteld dat vervolgens nog allerlei aanpassingen ondergaat. In al deze stappen kan er iets mis gaan. Dus om echt iets te kunnen zeggen over de relatie tussen DNA en ziekte, moeten we ook informatie over de RNA- en eiwitsamenstelling hebben. 'Nu gebeurt het nog vaak dat onderzoekers een voorspelling doen over iemands eiwitsamenstelling volgens het "één gen, één eiwit" principe,' licht Peter-Bram 't Hoen toe. 'Maar dan krijg je soms voorspellingen die helemaal niet kloppen voor de cel of het weefsel dat is aangedaan. Voor een goede analyse hebben we zoveel mogelijk informatie nodig over de variatie aan RNA- en eiwitmoleculen in dat weefsel. Daar is nog best veel onderzoek voor nodig. Je kunt wel zeggen dat het de heilige graal van ons onderzoek is om het effect van een DNA-variant op een eiwit te bepalen.' In de zoektocht naar die heilige graal komen

bio-informatici al een heel eind met de grootschalige analyse van bestaande RNA- en eiwitdatabases die beschikbaar zijn op het internet. Zo kunnen bijvoorbeeld oorzaken van bekende afwijkingen aan het licht komen. De analyse van nieuwe individuele variaties vereist een andere aanpak, legt de hoogleraar uit. 'De meeste eiwit- en genetische informatie komt uit zogenaamde "shotgun" methodes. Dat wil zeggen dat je al het eiwit en RNA eerst helemaal kapot maakt in kleine stukjes. En dan interpreteer je die kleine stukjes op de best mogelijke manier, zodat je de volledige RNA- of eiwitsequentie krijgt. Als je vervolgens meerdere stukjes vindt van twee varianten van hetzelfde eiwit, is het momenteel best moeilijk om te bepalen of die varianten van hetzelfde chromosoom komen. Gaat het om twee varianten verdeeld over twee eiwitten? Of is het één eiwit met twee varianten erin? Dat maakt voor de patiënt heel veel uit.'

Vingerafdruk

Uiteindelijk moet het onderzoek leiden tot de moleculaire vingerafdruk van een patiënt, zegt Peter-Bram 't Hoen. 'Het doel is om op basis van zo'n vingerafdruk en klinische gegevens te kunnen zeggen: "Voor de eerste patiënt werkt die behandeling het beste, voor de tweede deze behandeling, en de derde patiënt hoeft je helemaal niet te

behandelen." Uit DNA-vingerafdrukken krijgen we een beeld van de genetische invloed. Uit RNA- en eiwitinformatie kunnen we heel veel informatie halen over de invloed van de omgeving. Ik wil deze informatie samenbrengen in een voorspellend model. Ik heb daarbij een soort van beslisboom voor ogen. "Heeft de patiënt deze variatie? Zo ja, leeft hij in een omgeving waar veel gerookt wordt? Zo ja, komt er een bepaald RNA-molecuul tot expressie? Enzovoort, enzovoort." Op grond van zo'n beslisboom kun je de beste behandeling voorspellen. Er is nog veel fundamenteel onderzoek nodig om rekentechnieken, algoritmen en computerprogramma's te ontwikkelen die kunnen helpen deze vragen op te lossen.'

Eigen data

De grote rol voor de computer in het rekenen aan het DNA, RNA en eiwitten van de patiënt, wekt de suggestie dat de arts op de achtergrond komt te staan. Niets is minder waar, volgens Peter-Bram 't Hoen: 'Het is extreem belangrijk dat we onze patiënten in beeld houden, zodat we informatie hebben om de modellen beter te maken. Eén van de nadelen is dat we veel patiënten hier maar een korte tijd zien. Een goed voorbeeld hiervan stond onlangs in *de Volkskrant*. Een neurochirurg beschreef hoe hij een patiënt terugzag, twintig jaar nadat hij hem had geopereerd. Hij was zich rot geschrokken. Hij dacht dat die operatie prima was verlopen, maar gedurende die twintig jaar had de patiënt nog heel veel last gehad. Je kunt wel een voorspelling doen, maar die is alleen nuttig als we precies weten hoe het met die patiënt afloopt.' ■

Reageren?
radbode@radboudumc.nl

Jannie Meussen Paul Lagro

4 VRAGEN AAN

IN DEZE RUBRIEK STELLEN WE PERSOONLIJKE VRAGEN AAN EEN MEDEWERKER DIE EEN RADBOUDPLUIM HEEFT ONTVANGEN.

Rob Anzion (62 jaar), senior research analyst

'Inzetten op rust in de tent'

1 We hoorden van je collega's iets over urine en houtskool, vertel!

'Ik heb 15 jaar op rij het basisblok Labvaardigheden voor eerstejaars studenten Biomedische Wetenschappen verzorgd. In vier weken leren ze laboratoriumonderzoek doen, verslagleggen en zich basale rekenvaardigheden eigen maken. Met aan het eind van het studiejaar het barbecue-project. Lekker eten en vervolgens monsters afnemen van de eigen urine om aan te tonen dat er in houtskool wel degelijk kanker-verwekkende stoffen zitten.'

2 Welk boek houdt je nu wakker?

'*De schaduw van Tambora* van Philip Dröge. Het gaat onder andere over een mislukte wijnogst in België, nadat in 1815 de zwaarste vulkaanuitbarsting ooit in het toenmalige Nederlands-Indië plaatsvond. Door het zwavelgas in de atmosfeer mislukten wereldwijd oogsten. Er stierven alleen al in Zwitserland 10.000 mensen van de honger. Ze slachtten runderen, die eigenlijk voor het vervoer moesten zorgen. Alles hangt samen met alles, dat zie je nu ook met de klimaatverandering. Goed dat duurzaamheid in het Radboudumc veel aandacht krijgt.'

3 Je zit in de OR. Veel vergaderen en en weinig gedaan krijgen?

'Zeker niet, je maakt echt verschil. Op ons aandringen is de positie van PAM'ers (preventiemedewerkers Arbeid- en Milieu) bijvoorbeeld sterker neergezet. Veilig werken krijgt gericht aandacht. En van ons kwam ook het parkeerzone-systeem voor medewerkers om het fietsen te stimuleren: woon je binnen een straal van 7,5 kilometer dan betaal je méér, 5 euro per dag. Wij vonden dat nodig, het was een puinhoop op het terrein. Patiënten konden vaak geen plekje meer vinden. We hebben daarbij wel afgedwongen dat er veel is geïnvesteerd in verbetering van de fietsenstallingen.'

4 Wat zou je doen als je een jaar de baas was?

'Inzetten op rust in de tent. Er zijn grote veranderingen gaande, zoals de thematisering en het nieuwe curriculum. De werkdruk is hoog, niet alleen in de zorg maar ook bij het onderzoek en onderwijs. Het aantal mensen dat langdurig uitvalt met burnout-achtige verschijnselen is toegenomen. Bij onze afdeling Health Evidence besteden we veel aandacht aan hoe je de werkdruk kunt beteugelen. We moeten wel door tot ons zeventigste.' ■



PERSONALIA

Naam: Rob Anzion **Afdeling/functie:** senior research analyst Health Evidence en Farmacologie-Toxicologie **Pluim verdiend op:** 10 juli **Omdat:** Hij heeft veel bijgedragen aan de analyse van toxische stoffen in het lichaam (biomonitoring). Ook het medezeggenschapswerk in OR en OC is hem op het lijf geschreven. Als voorzitter van de OR-commissie Veiligheid Gezondheid Welzijn en Milieu heeft hij veel gedaan aan verbetering van de opleiding en versterking van de positie van de PAM-medewerkers binnen het Radboudumc.

Foetale chirurgie

Levens redden in de baarmoeder

Een piepklein ballonnetje ter grootte van een korrel hagelslag inbrengen in de luchtpijp. Niet bij een baby, maar bij een ongeboren kind in de baarmoeder. Foetale therapie, het Radboudumc is er na vele jaren van voorbereiding klaar voor. We gaan honderd ingrepen per jaar doen om levens te redden.



Dinsdag 11.00 uur. Medewerkers druppelen binnen in de oefenruimte in het Amalia Kinderziekenhuis. Onder wie twee gynaecologen, een neonatoloog, twee technisch geneeskundigen en een verpleegkundige. Routinematig vult Claire Jeltjes, technisch geneeskundige, een doorschijnende plastic bak met water. Ze haalt een beweeglijke babypop uit een kast en legt deze in de “baarmoeder”. Het oefenen kan beginnen.

Ballonnetje

‘Deze bak is doorzichtig, zo leren we ons te oriënteren. Maar we oefenen meestal met een ondoorzichtige zwarte variant, want in het echt kun je de foetus natuurlijk ook niet zien’, vertelt gynaecoloog Mallory Woiski. Ze brengt een lange dunne buis door een gaatje naar binnen. Turend op een beeldscherm gaat ze met de scoop, met een camera die tien keer vergroot, op zoek naar de babypop (foetus) en vervolgens naar het mondje. Ze schuift het flexibele buisje langzaam maar behendig in de keelholte. ‘Dit is het verhemelte, de huid, het strottenhoofd, de slokdarm... Kijk dit zijn de stembanden, ook daar moeten we voorbij. We plaatsen een leeg ballonnetje in de luchtpijp, vlak boven de plek waar deze zich vertakt naar de linker- en rechterlong. En daarna pompen we het voorzichtig op.’

Oefening baart kunst

De eerste echte ingrepen zijn inmiddels uitgevoerd (zie kader, red.). Al twee jaar heeft

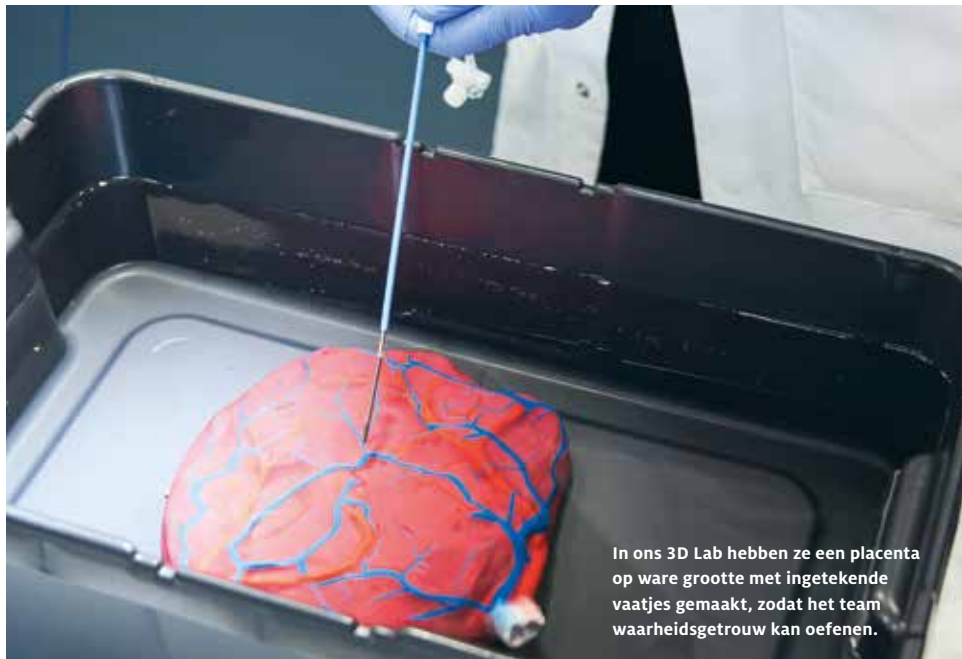
het team wekelijks geoefend met de foetale technieken. ‘De oriëntatie is lastig in de baarmoeder. Het is precisiewerk, zo’n ballonnetje is zo klein als een korrel hagelslag’, vertelt gynaecoloog Joris van Drongelen. Naast deze balloningreep om de longen meer groeiruimte te geven bij een breuk in het middenrif, verricht het team ook een ingreep bij een eenige tweelingen met het levensbedreigende transfusiesyndroom (zie kaders). Hierbij krijgt de een te veel en de ander te weinig voeding binnen. ‘Met laserstralen snijden we de placenta in tweeën, zodat de kinderen als het ware ieder een eigen bordje krijgen’, vertelt Mallory. Ook dat is precisiewerk. Joris legt uit: ‘We moeten beide navelstrengen zoeken, kijken waar de vaatjes lopen die we dicht moeten branden en precies op de goede plek snijden. We werken ook met echte placenta’s, die we na een bevalling met toestemming mogen gebruiken. Dan kun je het laseren echt oefenen.’

Levens redden

De meningen over foetale chirurgie zijn verdeeld. Sommigen zeggen: de baarmoeder, daar moet je afblijven. Het is gevaarlijk voor moeder en kind. Er is nog weinig geïnvesteerd in het kind, laat het overlijden. ‘Maar we kunnen hiermee wel jaarlijks honderd kinderen redden, die anders zouden sterven’, zegt gynaecoloog Frank Vandenbussche, die hier de foetale chirurgie heeft binnengebracht. ‘Grijp je bij deze tweelingen bijvoorbeeld niet in, dan overlijdt 90 procent en de ►



Al twee jaar heeft het team wekelijks geoefend. De eerste echte ingrepen zijn inmiddels uitgevoerd, bij het Tweeling Transfusie Syndroom. We kunnen met foetale chirurgie jaarlijks honderd kinderen redden.



In ons 3D Lab hebben ze een placenta op ware grootte met ingetekende vaatjes gemaakt, zodat het team waarheidsgetrouw kan oefenen.

Wanneer foetale chirurgie?

Bij breuk in het middenrif

Soms blijkt uit een echo dat het ongeboren kind een breuk in het middenrif heeft (Hernia Diafragmatica). De buikorganen schuiven dan omhoog in de borstholte, waardoor de longen minder ruimte hebben om te groeien. Het foetaal team kan in dat geval een ballonnetje in de luchtpijp plaatsen. Een foetus zuigt nog geen lucht naar binnen, maar maakt wel een adembeweging. Hierdoor stroomt er telkens vruchtwater in en uit de luchtpijp. Het ballonnetje houdt het vruchtwater tegen, waardoor de longen meer groeiruimte krijgen. Het wordt bij 28 weken zwangerschap geplaatst en bij 34 weken verwijderd. De moeder verblijft na plaatsing zes weken in het Ronald McDonaldhuis, dichtbij het ziekenhuis. Want stel dat er acute vroeggeboorte dreigt, dan moet het ballonnetje er zo snel mogelijk uit, anders krijgt het kind bij de geboorte geen lucht. Deze ingreep wordt nog niet in Nederland verricht, patiënten gaan nu nog naar België. Na de geboorte gaan deze kinderen een chirurgisch traject in, om de breuk in het middenrif te herstellen.

Bij tweeling transfusie syndroom

Eeneiige tweelingen ‘eten’ samen van één placenta met elk een eigen navelstreng. Het bloed met voedingsstoffen stroomt via de moederkoek van de één naar de ander. Maar soms is er een disbalans in het vatenstelsel en krijgt het ene kind te veel en de ander te weinig binnen. Zonder ingrijpen overlijden ze allebei. Mét behandeling is de overlevingskans 80 procent. Door vaatjes dicht te branden en de placenta met laserstralen door te snijden, krijgen ze elk een eigen bloedstroom. Ofwel: een eigen “bordje”. Deze behandeling vindt ook plaats in het umc in Leiden.

Bij bedreigde luchtweg

Soms blijkt uit een echo dat de foetus een grote tumor heeft bij de luchtweg, of een andere afwijking op die plek. Protocol is dat het kind er dan tijdens een keizersnede half uit wordt gehaald. Zo kan de mond- of keelchirurg zo nodig de luchtweg vrijmaken, als het kind nog via de navelstreng vastzit aan de placenta. Dat is een risicovolle ingreep, waarbij de moeder vaak veel bloed verliest. Met foetale chirurgie-instrumenten kun je nu vooraf in de baarmoeder vaststellen of de luchtpijp daadwerkelijk dicht zit of vernauwd is. Als de luchtweg voldoende open is, kan de moeder gewoon bevallen.



Oefenen met het plaatsen van een ballonnetje in de luchtpijp. Op de foto van links naar rechts: Technisch geneeskundige Anouk van der Schot, verpleegkundige Sacha Venzelaar-Verhoeven, de gynaecologen Joris van Drongelen en Mallory Woiski.

andere 10 procent doet het ook niet goed. Mét de ingreep komt 80 procent van hen gezond ter wereld.’ Dát is zijn drive, levens redden. Frank: ‘We gaan hier geen experimenten doen, maar behandelingen die al geaccepteerd en bewezen zijn. Aan ons de taak om ze nóg beter en veiliger uit te voeren.’ Toen hij de overstap naar Nijmegen maakte, waarschuwde hij dat het een lang traject zou worden. ‘Ik wilde eerst de basis goed op orde hebben en alleen maar hoge kwaliteit bieden. Niet drie bomen omrijden voordat je het rijbewijs haalt. We willen het gelijk goed doen.’

Keihard gewerkt

En daaraan is de afgelopen periode keihard gewerkt. ‘Ons halve umc is erbij betrokken’, benadrukt Frank. ‘We hebben de meest verfijnde apparatuur gezocht. We werken nu met gebruiksvriendelijke ultramobile, flinterdunne scoopjes, met instrumenten erbij met een doorsnee van slechts 2 millimeter, uniek in de wereld. Elders werken ze nog met instrumenten van 3 tot 4 millimeter. Met dunnere instrumenten maak je kleinere gaatjes in de baarmoederwand en daarmee verklein je het risico op het vroegtijdig bre-

ken van de vliezen en vroeggeboorte. En doordat de scoops flexibel zijn, kun je elk hoekje in de baarmoeder bereiken.’ De superdunne holtes moeten wel te reinigen zijn. Daarover heeft de deskundige steriele medisch hulpmiddelen, Jannie Smit, meegedacht. Trots vertelt Frank Vandenbussche ook over de nauwe samenwerking met het 3D Lab. ‘Door de scoop heb je maar beperkt zicht. Technisch geneeskundigen Anouk van der Schot, Claire Jeltens en Jene Meulstee zijn nu software met panoramatechniek aan het ontwikkelen, zodat degene die de ingreep doet op één beeld alle hoeken van de baarmoeder kan overzien en zich met een soort Google Maps kan oriënteren. Een groen bolletje geeft aan waar je je bevindt. Ook dat is uniek in de wereld. Dat maakt het werken straks gemakkelijker met meer mogelijkheden. Bovendien zijn de technieken daardoor ook sneller aan te leren.’ En dat is volgens hem ook een belangrijke voorwaarde. ‘Het gaat veelal om acute ingrepen, we staan 24/7, 365 dagen per jaar met een bedreven team klaar.’ ■



Frank Vandenbussche
Gynaecoloog en hoogleraar Verloskunde Frank Vandenbussche heeft ervaring opgedaan met foetale chirurgie in Engeland en België. Vanaf 2000 heeft hij de technieken toegepast in het umc in Leiden. In 2010 kwam hij naar het Radboudumc. Ook gynaecoloog Esther Sikkels is vanuit Leiden naar Nijmegen gekomen. Voordeel van Nijmegen is dat we hier, in tegenstelling tot Leiden, een ECMO (kunstlong) hebben en een afdeling Kinderchirurgie. Dat biedt meer mogelijkheden. De komende jaren gaat hij de foetale therapie hier uitbouwen. Het Radboudumc werkt samen met de universiteitskliniek Leuven aan een trial.

Reageren?
radbode@radboudumc.nl

‘Een rollercoaster tussen hoop en vrees’

‘Kun je in die wagen twee maxi cosi’s zetten? Dat is gemakkelijk. Welk merk is dat, mag ik even een foto maken?’ Geïnteresseerd kijkt Eveline van Baren naar de tweelingwandelwagen van het bezoek bij haar buurvrouw op kamer 14, Verloskunde. Ze is inmiddels 26 weken en vier dagen zwanger. De tweeling in haar bolle buik doet het goed. 12 weken daarvoor lagen de kaarten heel anders.

Bij 13 weken zwangerschap blijkt uit een echo dat het niet goed gaat met haar tweeling. De ene foetus krijgt veel te weinig en de ander juist te veel bloed via de placenta binnen. ‘Zo kwamen we in het Radboudumc binnen. Daar vertelden ze dat onze tweeling zonder ingrijpen zou overlijden. Mét ingrijpen konden ze hen misschien allebei redden. Door de bloedbanen in de placenta te scheiden, zodat ze niet meer van elkaars bordje aten maar elk een eigen bordje kregen. We hadden geen keuze, de ingreep moest zo snel mogelijk gebeuren.’

Eerste keer

‘Voor het team was het de eerste keer dat ze dit deden. Mijn partner Raynaldo mocht erbij blijven. Het duurde een half uur. Ik heb er, met een roesje, niet zoveel van meegekregen. Het ging goed tot ze bij punt vier kwamen, toen liet het buitenvliesje los waar ze hadden ingeprikt. Mijn man voelde de spanning die binnen het team ontstond, want de kans zou fiftyfifty zijn dat het vlies helemaal zou loslaten. Met dat idee gingen we naar huis, het was een heel spannend weekend. Maar het weeëngevoel stopte weer en op maandag zat het vliesje weer nagenoeg vast. Wij waren helemaal in de wolken en ook het team was blij. Professor Vandenbussche zei: “Heb ik voor niks een heel weekend hoofdpijn gehad.”

Elke dag is winst

Je leeft in een rollercoaster tussen hoop en vrees, vertelt Eveline. Het gaat een hele tijd goed, maar bij 24 weken krijgt ze opnieuw weeachtige krampen. Het vlies is weer een beetje losgelaten, maar gelukkig niet gebroken. De kinderen wegen nu elk een kilo. ‘Ik krijg injecties, waardoor hun longetjes sneller rijpen mocht ik snel gaan bevallen. Maar elke dag is winst. Ik hoop dat ik de 32 weken haal, dan mogen ze komen. Het team wil dan ook graag mijn placenta hebben, om te kijken of het precies klopt wat ze hebben gedaan. Daar kunnen ze weer van leren.’

ZORG

📍 Gijs Munnichs 📷 Paul Lagro



Ondersteuningsteam persoonsgerichte zorg van start

‘Kijk waar patiënt écht behoefte aan heeft’

Hoe geven we persoonsgerichte zorg in ons umc vorm? Er zijn al vele initiatieven, maar afdelingen hebben soms net dat steuntje in de rug nodig om tot mooie resultaten te komen. Het ondersteuningsteam persoonsgerichte zorg, van start sinds oktober, gaat helpen. Wat hoopt het team te bereiken? Wat vinden ze al goed gaan en wat kan beter in persoonsgerichte zorg?

‘Met ons team willen we zorgen voor een continue beweging op de werkvloer met verbeteracties en resultaten op het gebied van persoonsgerichte zorg’, zegt Wilke Schut, projectleider van het ondersteuningsteam persoonsgerichte zorg. ‘Afdelingen en centra zijn “in the lead” om de zorg persoonsgerichter te maken. Veel zijn al gedreven bezig, maar kunnen soms hulp en advies gebruiken; andere afdelingen willen graag aan de slag.’ Afdelingen kunnen een beroep doen op het ondersteuningsteam. Hierin zitten onder meer een verpleegkundige, een specialist en een paramedicus. Wilke: ‘Ze staan met de voeten in de klei, en worden getraind en gecoacht vanuit afdeling Procesverbetering & Implementatie (PVI). De ondersteuning

kan, afhankelijk van de vraag, heel divers zijn. PVI heeft verschillende sets aan hulpmiddelen voor afdelingen en het ondersteuningsteam.’ De leden van het ondersteuningsteam zijn: kinder-IC-verpleegkundige Henny Peelen, communicatieadviseur Karin Hermans, fysiotherapeute/projectleider Beter uit Bed Yvonne Geurts, internist-oncoloog Sasja Mulder, onderzoeker/IC-verpleegkundige Bram Tilburgs en activiteitentherapeut/GIDZ-consultatieteamlid Esther Feskens.

Inspireren

‘Dit is mij op het lijf geschreven’, zegt Karin. ‘De afgelopen twintig jaar heb ik vanuit diverse functies steeds met de blik van de patiënt naar de zorg gekeken. Die blik is voor mij ook leidend in het ondersteuningsteam. Waarbij het niet alleen gaat om samen met de afdelingen te bedenken hoe de zorg persoonsgericht kan, maar dit vooral ook te doen.’ ‘De opvattingen over gezondheid veranderen, de techniek biedt ons steeds meer mogelijkheden’, zegt Henny. ‘De patiënt heeft een prominentere rol in het behandelteam gekregen. De rollen van de patiënt en de zorgverlener veranderen. Dit vraagt van beiden andere vaardigheden. Het lijkt mij prachtig om een team of afdeling te helpen bij het opzetten, invoeren en evalueren van verbeteracties waar deze aspecten in terugkomen.’ Esther: ‘Ik hoop dat we door ons enthousiasme bij de intrinsieke motivatie van medewerkers komen om de zorg persoonsgerichter te maken.’

Alles besproken

Wat gaat er al goed op het gebied van persoonsgerichte zorg? Sasja: ‘Patiënten voelen zich hier vaak echt als mens benaderd. Een patiënt vertelde me: “In het andere ziekenhuis was het gesprek voorbij omdat de tijd om was, in het Radboudumc was het gesprek pas voorbij als alles besproken was”.’ ‘De zorg rond kwetsbare ouderen is de afgelopen vijf jaar enorm verbeterd’, aldus Esther. ‘Het is vanzelfsprekend geworden dat afdelingen ons GIDZ-team benaderen om de



Bram Tilburgs

‘We moeten behoeftes van patiënten doorlopend peilen’



Yvonne Geurts

‘Het is belangrijk dat we verbeteracties meer delen’



Esther Feskens

‘Ik hoop door ons enthousiasme collega's te motiveren’



Sasja Mulder

‘Patiënten voelen zich hier als mens benaderd’



Henny Peelen

‘Opvattingen over gezondheid veranderen’



Karin Hermans

‘We kunnen meer out of the box denken’

Onze 6 principes van persoonsgerichte zorg

1. De mens en zijn kwaliteit van leven zijn vertrek- en eindpunt van onze zorg.
2. Preventie, diagnostiek en behandeling zijn op het individu afgestemd.
3. Zorg dichtbij huis als dat kan en in het Radboudumc als het moet.
4. De patiënt is lid van zijn behandelteam.
5. Mensen worden gastvrij ontvangen.
6. Samen met de patiënt de zorg ontwikkelen en verbeteren.

zorg beter af te stemmen op de persoonlijke behoeften van kwetsbare ouderen.’ Yvonne noemt enkele andere mooie voorbeelden: ‘De diverse patiëntenadviesraden in ons umc, klankbordsessies met patiënten van de IC, en nog veel meer. Het is belangrijk dat ideeën niet blijven hangen bij individuen of specifieke afdelingen, maar dat we umc-breed meer verbeteracties delen.’

Buiten de kaders

Wat kunnen we doen om onze zorg persoonsgerichter te maken? Sasja: ‘We kunnen onze processen veel meer op de patiënt afstemmen. Nu wordt een gecombineerde afspraak vaak gemaakt bij twee afdelingen. Dat is niet efficiënt, plus de verbinding met de patiënt is minder duidelijk.’ Bram: ‘We kijken misschien nog te weinig waar patiënten écht behoefte aan hebben. We moeten dat doorlopend peilen.’ Daarbij is het belangrijk, vindt Karin, dat we out of the box denken. Karin: ‘Een oncologieverpleegkundige vertelde me over een patiënt die na een slechtnieuwsgesprek het liefst wilde schreeuwen. Ze is toen met hem naar buiten gegaan, zodat hij dat kon doen. Ik vind het mooi dat zij buiten de kaders heeft gedacht én gehandeld. Dan kijk je echt naar wat iemand nodig heeft en voelt een patiënt zich gehoord en gezien.’ ■

➡ **Vragen of verzoeken aan het ondersteuningsteam persoonsgerichte zorg?**
Mail Wilke.Schut@radboudumc.nl

✉ **Reageren?**
radbode@radboudumc.nl

RONDVRAAG

Willem Andrée en Gijs Munnichs Michiel Moormann

Rookvrij terrein zonder verbod, werkt dat?

Medewerkers, patiënten, bezoekers en studenten hebben recht op een gezonde werk-, zorg-, en leeromgeving. Daarom is in oktober – ‘Stoptober’ – een campagne gestart om ons terrein rookvrij te hebben vanaf 2020. Een strikt verbod komt er niet. Zo mag er bijvoorbeeld in specifieke zones nog gerookt worden. Maar werkt dat wel: een rookvrij terrein zonder verbod? We vragen het drie collega’s en een patiënt.

Peter Merkus, kinderlongarts en voorzitter campagneteam rookvrije campus

‘WE MOETEN ELKAAR DURVEN AANSPREKEN OP HET ROKEN’



‘Juridisch gezien kun je als eigenaar van een terrein een rookverbod opleggen. Maar daar kiezen we niet voor. We zijn een gezondheidszorginstelling. Roken is een verslaving. Als zorginstelling vind ik dat je begrip moet hebben voor die verslaving; dat doe je niet door roken strikt te verbieden. Wel kunnen we roken ontmoedigen en overlast beperken. We plaatsen daarom rookzones aan de randen van ons terrein. Als je een paar minuten moet lopen om te roken, is dat toch een drempel. Ook moeten we elkaar gewoon aanspreken op het roken. Omdat er rookzones zijn, kunnen we patiënten, bezoekers en collega’s die elders roken, verwijzen naar die zones. Belangrijker nog is dat we stop-met-roken-begeleiding aanbieden aan onze medewerkers, patiënten en studenten. Eén op de vier rokers haalt zijn pensioen niet, één op twee rokers sterft aan een rookgerelateerde aandoening. Deze getallen zijn schrikbarend. Er is enorm veel gezondheidswinst te boeken door te stoppen met roken. We willen de campagne positief insteken, mensen attenderen op een gezonde leefstijl. Last but not least willen we met onze rookvrije campus niet-rokers beschermen voor de gezondheidsrisico’s van meeroken.’



Meer informatie over de rookvrije campus vind je op intranet.

Reageren?
radbode@radboudumc.nl

Monique Aartsen, vicevoorzitter OR en logistiek medewerker Apotheek

‘WE MOETEN NIET BETUTTELEN, NAAR JUIST HELPEN’



‘Wat ik goed vind aan een rookvrij terrein zonder verbod is dat wij ervan uitgaan dat roken een verslaving is en niet dat je smerig bent als je rookt. Ik voorzie wel moeilijkheden; irritatie bijvoorbeeld of onbegrip. Maar ik vind dat we verslaafde patiënten geen rookplek kunnen ontzeggen, bovendien sta ik niet achter betutteling. We moeten hen en rokende collega’s juist helpen. Met een positieve insteek, kom je verder. Ik ben sinds vier weken gestopt, na 33 jaar. Ik krijg daarbij ondersteuning van een verpleegkundige, maar je kunt bijvoorbeeld ook gezamenlijk stoppen. Als ik een terugval krijg, heb ik een telefoonnummer gekregen dat ik kan appen voor extra steun. Informeren helpt ook: binnen drie uur na je laatste sigaret, treedt er al verbetering op in het lichaam. Dat weten veel mensen niet. En wat ik merk: eerder kon ik echt niet naar de zesde etage met de trap, nu wel. En ’s avonds ruiken mijn haren nog steeds naar shampoo.’

Jos Nauts, lid Patiëntenadviesraad Onderwijs

‘VERBIEDEN ROEPT ALLEEN MAAR WEERSTAND OP’



‘Ik ben opgegroeid met rokende ouders en rokende broers en zussen. Na ruim veertig jaar roken lukte het mij eindelijk om te stoppen. Dat was zes jaar voordat er bij mij longkanker werd ontdekt. Ik was leidinggevende en plande ieder uur een rookpauze in. Het is echt een ernstige verslaving, en daarom roept een verbod alleen maar weerstand op. Ontmoedigen is effectiever. Een verslaafde wil zo snel mogelijk zijn behoefte bevredigen. Met rookzones en lange(re) afstanden die je moet afleggen om te kunnen roken, maak je het lastiger, maar niet onmogelijk. Mijn leven is ingrijpend veranderd; de longkanker is weg, maar mijn werk, conditie en energie ook. Erg spijtig. Roken is bepaald niet verstandig, en je benadeelt er ook nog de gezondheid van anderen mee. Dat is onfatsoenlijk. We mogen best opkomen voor onszelf als iemand in je buurt rookt. Niet-roken moet deel uitmaken van het gezondheidsbeleid, een onderdeel dus van een breder programma om te werken aan ieders gezondheid. Door gezond gedrag te ondersteunen gaan mensen elkaar ook makkelijker aanspreken op ongezond gedrag.’

Ingrid van Houts, polikliniekmedewerker Kindergeneeskunde

‘ALS JE MENSEN IETS ONTNEEMT, MOET JE WEL EEN ALTERNATIEF BIEDEN’



‘Ik ben zelf gestopt met roken, vaker dan één keer trouwens. Ik heb periodes veel gerookt en soms ook wat minder. Een rookvrij terrein zou voor mij zeker helpen hebben. Toen ik nog rookte en een collega zag roken, ging ik er makkelijk bij staan om ook een sigaret op te steken. Als er niemand stond, liep ik gewoon door naar mijn werk. Ik was als roker ook niet blij met mijn gewoonten. De doorslaggevende factor om te stoppen was toen ik hoorde dat 50 procent van de rokers een rookgerelateerde aandoening krijgt en daardoor korter leeft. Dan sta je daar met zijn tweeën buiten te roken. Eén van ons twee leeft korter, dacht ik, dat kwam aan. Het roken ontmoedigen lijkt me goed, maar als je mensen iets ontnemt, moet je wel een alternatief bieden. Het is daarom goed om middelen beschikbaar te stellen om mensen te laten stoppen met roken. Uit ervaring weet ik dat het stoppen met roken veel beter lukt als je dit met professionele begeleiding doet.’ ■

Verkiezingen Ondernemingsraad & Onderdeelcommissies 2018

Ben jij niet bang om je uit te spreken? Stel je dan kandidaat!



Margreet Centen
Verpleegkundige Obstetrie
Afdeling Verloskunde
Lid OR

Meer weten over OR- & OC-werk en hoe je je verkiesbaar kunt stellen?
Kijk op www.radboudumc.nl/verkiezingen of kom langs bij de OR.
Bellen of mailen kan ook T 14882, E or@radboudumc.nl

Radboudumc



Gijs Munnichs William Moore

DE PATIËNT

IN DEZE RUBRIEK HET PERSOONLIJKE
VERHAAL VAN ONZE 'ACADEMISCHE' PATIËNT
EN DE REACTIE VAN ZIJN BEHANDELAAR.

‘Eindelijk duidelijkheid, dat is fijn’

OVERSTAPPEN VAN INSULINE
NAAR PILLEN

Op haar 22e kreeg **Judith van den Reek** (39) de diagnose diabetes type 1. ‘Ik voelde altijd al: dit klopt niet.’ Na een zoektocht van jaren bleek dat ze de zeer zeldzame aandoening Transiënt Neonatale Diabetes Mellitus heeft.

‘Toen ik zwanger werd, ontspoorde het. Ik moest veel overgeven, mijn bloedsuikerwaarden stegen enorm en ik viel zelfs tien kilo af. Mijn diabetes was tot dan goed onder controle. Mijn dochter werd te vroeg geboren, met 28 weken. Mijn klachten bleven. Mijn bloedsuikerwaarden schommelden doorlopend. Er kwamen angstklachten bij. Ik ben vijf maanden opgenomen in een centrum voor onverklaarde klachten, ben in therapie gegaan en werd getriggerd door mijn diabetesverleden. Ik was als baby behandeld voor diabetes. Na drie maanden is dit overgegaan. Op mijn 22e kreeg ik echter ketoacidose (te hoge bloedsuikerwaarden) en is diabetes type 1 vastgesteld. Maar door al mijn atypische klachten voelde ik: dit klopt niet.

Ik ben degenen die me als baby hadden behandeld – twee arts-assistenten destijds – gaan googlen en heb een afspraak gemaakt. Dokter De Vries was professor Neonatologie in Utrecht geworden, dokter Odink kinderarts in Eindhoven. Zij twijfelden nu ook over

de diagnose diabetes type 1, en adviseerden DNA-onderzoek te doen. In het Radboudumc werd ik door mijn internist Bernadette Cools hierbij volop gesteund. Zij vroeg DNA-onderzoek aan in een groot DNA-laboratorium in Engeland. Ze nam mijn verhaal heel serieus, luisterde naar me, en ondersteunde me in mijn zoektocht.

In april 2017 kreeg ik de uitslag van het DNA-onderzoek. Ik blijf een zeer zeldzame vorm van aangeboren diabetes te hebben: Transiënt Neonatale Diabetes Mellitus (TND). Ik was even lamgeslagen. Als ik het eerder had geweten, had me dat veel ellende bespaard. Ik liet die gedachten los. Eindelijk duidelijkheid over mijn diagnose, dat is fijn. Daarbij kan TND met pillen behandeld worden in plaats van insuline. Ik hoef niet meer te spuiten. Dokter Cools begeleidde me om de overstap te maken naar medicijnen én om te kijken welke medicijnen voor mij het beste werken. Ik kan weer eten zonder te meten en te prikken. Over mijn ziektebeloop heb ik een boek geschreven dat in november uit komt: *Ik ben niet van suiker*. Ik hoop mensen in vergelijkbare situaties te inspireren. Ik heb veel zware momenten gekend, maar ben er uiteindelijk sterker van geworden.’ ■

Meer informatie over haar boek *Ik ben niet van suiker* vind je op www.judithvandenreek.nl.

‘Transiënt Neonatale Diabetes Mellitus (TND) is een zeer zeldzame diabetesvorm, waarbij iemand als baby enkele weken tot maanden diabetes heeft. Dan gaat de ziekte weg en is er geen behandeling meer nodig. Meestal keert de diabetes in de puberteit of als jongvolwassene terug. Judith heeft als baby tien weken diabetes gehad. Toen ze op haar 22e weer diabetes kreeg, met als eerste symptoom ketoacidose, was de diagnose “gewoon” diabetes type 1. Vorig jaar bleek uit DNA-onderzoek dat ze TND heeft met een afwijking op chromosoom 6. De afdeling Interne Geneeskunde behandelt nu twee patiënten met neonatale diabetes, waarvan TND een specifieke vorm is. Het DNA-onderzoek van Judith vond plaats in Exeter, Engeland. Daar is veruit de meeste kennis en ervaring in onderzoek naar neonatale diabetes. Eind 2017 hadden zij 2.019 patiënten met neonatale diabetes in hun bestand uit 97 landen, waarvan 33 uit Nederland. TND is te behandelen met pillen in plaats van insuline. Het was afwachten of de pillen bij Judith zouden aanslaan. Bij de specifieke diabetes en chromosoomafwijking die zij heeft, is dat niet altijd het geval. Bij Judith werken de pillen goed, ze hoeft geen insuline meer te spuiten, wat veel betekent voor haar kwaliteit van leven.’

BERNADETTE COOLS, INTERNIST

COLLEGA’S

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

25 jaar in dienst

Dimphy Ariaens

Opleider



‘Ze begon als leerling-verpleegkundige en is hier haar hele carrière gebleven, op een korte periode bij het ROC Nijmegen na. De laatste jaren heeft ze haar doordachte en betrokken manier van werken ingezet voor de opleiding tot oncologie verpleegkundige. Daarnaast loopt Dimphy ook op ander vlak heel hard voor het Radboudumc. Letterlijk! Als lid van het zeer succesvolle topteam bij de zevenheuvelen-loop.’ *Anna van der Hoek, Radboudumc health Academy*

Ingrid Meeuwssen

Cardio interventie verpleegkundige



‘Ze begon als CCU-, daarna als IC-verpleegkundige en werkt nu al 22 jaar bij de Hartcatheterisatie. Haar multi-inzetbaarheid maakt haar een duizendpoot van de afdeling. Buiten de directe dagelijkse patiëntenzorg doet ze onder meer de personele planning, naar ieders tevredenheid. Ook als lid van de congenitale interventie werkgroep draagt ze haar steentje bij aan deze “nieuwe”specialisatie binnen onze afdeling.’ *Hans Maas, operationeel manager Hartcatheterisatie en Holding HCK*

Eric Aaldring

trialcoördinator



‘Eric is begonnen als analist klinische chemie en heeft na 15 dienstjaren indertijd besloten zijn carrière voort te zetten bij de diagnostisch industrie. Na enkele jaren is hij toch weer teruggekeerd naar het analistenvak. Recent is hij benoemd tot trialcoördinator van het Radboudumc Laboratorium voor Diagnostiek. Wij waarderen de inbreng en betrokkenheid van Eric bij onze organisatie.’ *Fred Sweep, hoofd a.i. Radboudumc Laboratorium voor Diagnostiek, afdeling Laboratoriumgeneeskunde*



Meer mooie woorden lezen? Ga dan naar intranet voor uitgebreidere loftuitingen. (Kijk onder **Nieuws** bij **Jubileum** en **Afscheid**.)

Chris Neeleman

intensivist



‘Chris is jarenlang het gezicht van onze Intensive Care voor kinderen. Als voorzitter van de sectie IC van de NVvK heeft hij veel betekend voor de opleiding die hij ook in ons ziekenhuis succesvol heeft opgezet. De laatste jaren vervult Chris vooral een klinische functie. Hij is betrokken en kundig met hart voor zijn patiëntjes. Met al zijn sportieve activiteiten straalt hij een aanstekelijk gezonde leefstijl uit waarmee hij anderen tot voorbeeld is. Hij is een leermeester voor de jongere collega’s.’ *Hans van der Hoeven, afdelingshoofd, Anne-Miek Broods, bedrijfs-leider IC*

Theo Tomasila

instrumentbeheerder



‘Hij kwam als leerling binnen bij de Centrale Sterilisatie Afdeling. In zijn functie nu als instrumentenbeheerder is hij een bekend gezicht in het Radboudumc door de vele contacten die hij daarvoor heeft met de verschillende ketenpartners. Hij heeft oog voor kwaliteit en weet anderen hierin mee te nemen. Een fijne collega: kundig, ervaren, gedreven en positief kritisch. Daarnaast is hij sociaal en creatief en een aanjager bij feestjes. We kunnen hem dus het beste omschrijven als een “verbinder”.’ *Mark Meertens, operationeel manager CSA*

40 jaar in dienst

Marianne Nelissen

secretaresse



‘Marianne, voor velen het bekende gezicht van het Anatomisch Museum. Ze zet zich al 40 jaar in voor het reilen en zeilen van het museum. Dit doet ze nog altijd met veel plezier.’ *Lucas Boer, conservator Anatomisch en Pathologisch museum*

Annette Heebink

verpleegkundige



‘Annette is nog een echte nachtzuster. Bijna haar gehele carrière heeft ze als vaste nachtdienst gewerkt. Voor patiënten en collega’s is zij een rots in de branding in de nachtelijke uren.’ *Marion Bardie, operationeel manager C5west*

Gerrie van Haren-Schiks

verpleegkundige



‘Gerrie is met veel plezier hier werkzaam op verschillende plekken en vanaf 2005 op de verpleegafdeling Longziekten van Dekkerswald, destijds ULCD. Ze heeft passie voor haar vak en een groot hart voor haar patiënten. Zij heeft oog voor de details en stelt daarmee de patiënt snel op zijn gemak. Ze

staat open voor ontwikkelingen en draagt daar op haar eigen sympathieke manier een steentje aan bij.’ *Marijke ten Dam, zorgleidinggevende, kliniek longziekten Dekkerswald*

Mirjam Jetten

gedragstherapeutisch medewerker



‘Mirjam heeft een uitstekende expertise op het gebied van eetproblematiek en weet met een vaste aanpak de meest complexe kinderen weer aan het eten te krijgen. Voor ouders is ze in een moeilijke periode een belangrijke steun. Mirjam blijft, dwars door organisatorische veranderingen, staan voor het directe contact met kinderen en hun ouders. Door haar ruime ervaring feilloos inzicht in kinderen en de dynamiek met ouders, zeker bij ernstige somatische problematiek, is zij al jaren van onschatbare waarde voor onze afdeling.’ *Chris Verhaak, sectieleider Kind en Jeugd afdeling Medische Psychologie*

Bea Peek-Kohler

senior analist



‘Bea is in haar loopbaan op meerdere laboratoria werkzaam geweest. Ze heeft een groot verantwoordelijkheidsgevoel en is zeer klantgericht. Ze is recht door zee en kritisch. In de laatste tien jaar die ze werkzaam is op laboratorium Hematologie is ze een gewaardeerde vraagbaak geworden op het gebied van de fibrinolyse en de algehele trombose en hemostase.’ *Trix de Boer, hoofdanalist lab Hematologie, sectie Trombose en H*

Robert Polenewen

senior analist



‘Robert is meer dan 40 jaar geleden in het laboratorium begonnen met een stage bij Lab Hematologie en is nooit meer weg gegaan. De liefde voor trombose en hemostase zit in zijn poriën. Ik ken geen analist die meer betrokken is bij patiënten, collega’s en organisatie. Zijn gedrevenheid en verantwoordelijkheidsgevoel zijn een voorbeeld.’ *Trix de Boer, hoofdanalist lab Hematologie, sectie Trombose en H*

Tiny Heynen-Wijnen

Aanalist



‘Hardwerkend, betrokken, gezellig, flexibel, altijd bereid tot extra inzet voor de cytologie. Vanaf 1978 tot op heden een fulltime cytologisch analist! Vele veranderingen heeft Tiny meegemaakt, van volledig alles op papier, naar bijna volledig papierloos werken. Vorig jaar de grote verandering van het “oude” BVO naar het “nieuwe” BVO, maar gelukkig nog steeds dagelijks kijken door de oude vertrouwde microscoop waarin de komende jaren wellicht ook nog verandering gaat komen.’ *Lia van Zuylen, teamleider cytologie*

Pensioen

Marga Goemans

cardio-interventie verpleegkundige



‘Na 44 jaar gaat Marga met vervroegd pensioen. Ze heeft voornamelijk bij Cardiologie gewerkt, waarvan 23 jaar op de Hartbewaking. In 1997 heeft ze de overstap gemaakt naar de Hartcatheterisatie waar ze tot haar laatste dag heeft gewerkt. Ze is collegiaal en betrokken, “zorg” is haar passie. Tevens heeft een groot aantal CCU-cursisten van haar het vak mogen leren.’ *Niels van Royen, afdelingshoofd Cardiologie, Lonneke van Reeuwijk, bedrijfsleider Cardiologie, Hans Maas, operationeel manager Hartcatheterisatie @ holding*

Jan van der Wijst

hemovigilantie adviseur



‘In 1981 kwam hij binnen als waarnemend hoofdanalist bij de Universitaire Transfusie Dienst. Later is hij coördinerend hoofdanalist en hoofd management ondersteuning geworden. Sinds 2010 werkt hij als hemovigilantie adviseur. Wij zijn Jan dankbaar voor zijn bijdrage aan het bewaken van de veiligheid van de bloedtransfusieketen in het Radboudumc. Hij was erg betrokken bij het dagelijkse “labeleden” en vooral bij het wel en wee van zijn directe collega’s.’ *Fred Sweep en Annegeet van den Bos, Radboudumc Laboratorium voor Diagnostiek, afdeling Laboratoriumgeneeskunde*

Eugenie Westrik

secretaresse patiëntenzorg



‘Eugenie is van nature zeer dienstverlennend met een bewonderenswaardig engelengeduld. Tijdens lastige telefoongesprekken bleef ze altijd beleefd, rustig en zeer klantvriendelijk. Ze zocht altijd alles tot in de puntjes uit om patiënten en studenten zo goed mogelijk te helpen. Eugenie is gewoon een hele lieve collega met een geweldig gevoel voor humor, haar cynische opmerkingen waren vaak erg doeltreffend.’ *René de Haas, manager en Leonie Wolfs, teamleider Tandheelkunde onderwijspraktijk*

Annet Diepstraten

geriater



Annet was vanaf de start van de afdeling Geriatrie, 30 jaar geleden, een zeer betrokken clinicus voor onze complexe oudere patiënten. Eerst werkte ze op de verpleegafdeling, later op de polikliniek en verder bij de ethiek- en geneesmiddelencommissie. We bedanken haar hier graag voor en zullen haar betrokkenheid en gedegenheid missen.’ *Marcel Olde Rikkert, afdelingshoofd Geriatrie*

HET MOMENT

IN DEZE RUBRIEK VERTELLEN MEDEWERKERS OVER EEN BIJZONDERE ERVARING TIJDENS HUN WERK IN HET RADBOUDUMC. DIT KEER **JOYCE KOENDERS**, OPERATIONEEL LEIDINGGEVENDE AFDELING NIERZIEKTEN.



‘Straks gaat deze jongen in zijn eentje dood’

Nooit eerder dacht Joyce Koenders eraan een ervaring te delen voor deze rubriek, het Moment. Tot ze een telefoontje kreeg van een collega. Het ging over een patiënt die als kind al op de afdeling Nierziekten kwam.

‘Een patiënt van ons - een jonge kerel, in de dertig - was als kind al afhankelijk van dialyse en hij was, met tussenpozen, al die jaren bij ons onder behandeling. Hij was al een paar keer getransplanteerd en dan zagen we hem op de dialyse afdeling niet. Hij was iemand die niet voor het geluk was geboren. Geen contact met zijn vader, broers en zussen, moeder overleden. Het enige contact had hij vooral met zorgverleners, van het ziekenhuis of andere instellingen. Hij was verslaafd en zoals ze dat dan noemen echt een straatjochie. Maar ik kon hem aanspreken op zijn gedrag, hij pikte veel van mij. En altijd raapte hij zich weer bij elkaar om van de drugs af te blijven: “Nu gaan we het goed doen”, zei hij dan. Maar het ging altijd weer mis. Ik had een zwak voor hem en was samen met een collega zijn eerste verantwoordelijk ver-

pleegkundige. Op een dag werd hij opgenomen op de SEH, dat gebeurde wel vaker. In de ochtend ging hij plotseling heel hard achteruit. Omdat er geen familie bereikbaar was, twijfelde ik of ik langs zou gaan. Maar dat hoefde niet, werd gezegd; hij was al niet meer aanspreekbaar. Toen dacht ik plotseling: “Dat is toch gek, straks gaat deze jongen in zijn eentje dood. Wat je ook hebt gedaan in je leven, niemand verdient het om in zijn eentje te sterven. Ik ben gegaan en hij was toch goed aanspreekbaar. “Oh Joyce, ik ben zo blij dat je er bent”, zei hij. Ik heb even met hem gepraat, hij voelde zich koud en had pijn. Na tien minuten wilde ik weggaan en sprak af aan het einde van mijn dienst nog even bij hem langs te komen. Hij keek mij indringend aan en zei: “Blijf je nu nog heel eventjes, vijf minuutjes?” Ineens ging hij snel achteruit, binnen deze vijf minuten is hij overleden. Als ik een half uur later was gegaan, was hij alleen gestorven. Ik ben blij dat ik hem heb kunnen begeleiden in de laatste strijd die hij in dit leven moest voeren. Het is goed zo.’ ■

✎ Willem Andréé

COLOFON

Radbode is het personeelsmagazine van het Radboudumc en verschijnt 9 keer in 2018

Redactie Willem Andréé (hoofdredeacteur), Jannie Meussen, Gijs Munnichs

Contentcommissie Miranda Bennink, René Bindels, Mirjam van Dijk-Jager, Gerben Ferwerda, Miranda Heijser,

Marja Jilissen, Bart Klemeney, Annie Moedt, Angela van Remortele, Marloes de Vink, Jessica Vogel,

Aan dit nummer werkten mee Jos Kole, Paul Lagro, William Moore, Michiel Moormann, Eric Scholten,

John Voermans, Marcel Wortel

Correspondentie vragen over bezorging via radbode@radboudumc.nl **Concept en realisatie** ZB Communicatie & Media

(zb.nl) i.s.m. Janita Sassen en Modderkolk Grafische Projecten **Advertenties** Bureau van Vliet, (023) 571 47 45 of

zandvoort@bureauvanvliet.com **Oplage** 12.000 exemplaren. De volgende Radbode verschijnt op 16 november 2018.



DEZE RUBRIEK 'ACHTEROP' DE RADBODE IS EEN ONTMOETINGS-
PLEK VOOR COLLEGA'S DIE ELKAAR BETER WILLEN LEREN KEN-
NEN. UIT NIEUWSGIERIGHEID, WANT OP DE WERKVLOER KOMEN
ZE ELKAAR NIET OF WEINIG TEGEN.

Dit keer ontmoet **Ineke van der Zee**, universitair docent Anatomie en Celbiologie, studentassessor **Lavinia Martis**. Ineke won vijf keer de door studenten ingestelde Docent-van-het-Jaar-verkiezing voor het eerste jaar Geneeskunde en Biomedische Wetenschappen. Lavinia studeert Geneeskunde en is als assessor een jaar lang namens studenten spreekbuis richting de Raad van Bestuur.

Ineke 'Hoe ziet een dag van de studentassessor eruit?'

Lavinia 'Lekker veel vergaderen. Vanochtend om acht uur was ik bij het onderwijsmanagementteam van Biomedische Wetenschappen en Molecular Mechanisms of Disease, daarna bij de proefvisitatie van Tandheelkunde. Vanmiddag heb ik een vergadering met het SOOS, zij coördineren medezeggenschap vanuit de studenten. Daarna moet ik me in drieën splitsen. Dan zit ik tegelijk bij het onderwijsmanagementteam van de bachelor Geneeskunde, de UMC-Raad én bij een bijeenkomst over de visitatie Tandheelkunde. Kortom, dan moet ik gaan kiezen, haha.' **Ineke** 'Wat wordt er van jou verwacht?' **Lavinia** 'Ik vertegenwoordig de stem van de studenten: hoe ervaren zij het onderwijs, waar lopen ze tegenaan? In alle vergaderingen die ik bijwoon zorg ik dat het studentperspectief meegenomen wordt in beslissingen. Ik bespreek mijn bevindingen met de decaan. Ik ben dit academische jaar begonnen en heb er veel zin in.' **Ineke** 'Wat vind je het leukst of interessantst?' **Lavinia** 'Wat ik mooi vind aan bijvoorbeeld de opleidingscommissies is dat je daar nog echt kunt dromen: waar willen we naar toe met onze opleidingen, wat voor studenten willen we neerzetten? Juist dat dromen, wat willen we nu écht, dat kan heel erg inspirerend zijn.' **Ineke** 'Wat hoop je te bereiken in je jaar als assessor?' **Lavinia** 'Ik zie het als mijn taak om de verbinding te leggen tussen mensen en samen ervoor te zorgen dat er goed onderwijs is. Drie jaar geleden is het nieuwe curriculum van Geneeskunde en Biomedische Wetenschappen gestart. Ik was één van die eerstejaars studenten toen. Studenten ervoeren te veel vrijheid en organisatorisch liep niet alles meteen goed. Deze punten zijn meegenomen en oplossingen zijn ook doorgetrokken naar andere curricula van de medische faculteit. Zo is de nieuwe master BMW gestart, komt er een nieuwe master Geneeskunde aan. Waar ik steeds alert op wil zijn, is: hoe zorg je voor een mooi, maar ook praktisch goed ingericht curriculum? Ik wil graag mijn bijdrage eraan leveren dat elk nieuw onderwijsjaar steeds soepel verloopt, zodat studenten met enthousiasme ons onderwijs volgen.' ■



Wil jij ook in deze rubriek?

Laat het weten via radbode@radboudumc.nl