

IN ZICHT

NR.2 | december
2023



dossier

IZA: Krachtproef
en lakmoes-
proef

FIT VOOR DE OPERATIE
**KORTERE HERSTELTIJD EN
BETERE UITKOMSTEN**

OPLEIDING MEDGEZEL
**DE MENS ACHTER
DE PATIËNT BLIJVEN ZIEN**



BESTUURSLID MARTEN KROESE

'De opdracht waar we in de regio voor staan vraagt om een integrale aanpak en meerdere perspectieven'

Prachtig ziekenhuis met essentiële rol in gezondheidszorg

Na een carrière in de accountancy en het bedrijfsleven stapte ons nieuwe bestuurslid Marten Kroese in 2013 over naar de zorg. "Ik was al enige tijd toezichthouder in de ouderenzorg. Geïnspireerd door deze nevenfunctie ben ik een andere weg ingeslagen en werd ik bestuurder in de zorg, in eerste instantie in de GGZ en daarna in ziekenhuizen. Met mijn blik van buiten heb ik, als bestuurder en toezichthouder, een rol kunnen spelen bij modernisering en verandering in de zorginstellingen."

Na daaropvolgende bestuursfuncties in het Maxima Medisch Centrum en het Admiraal de Ruijter Ziekenhuis lonkte voor Marten een nieuwe uitdaging. "Het Spaarne Gasthuis is een prachtig ziekenhuis met een essentiële rol in de regio. Met de ketenpartners staan we samen voor de uitdaging om samen Passende Zorg vorm te geven en de toegankelijkheid van de zorg ook voor de toekomst te waarborgen."

"Het besturen van een ziekenhuis en de opdracht waar we in de regio voor staan, vragen om een integrale aanpak vanuit meerdere perspectieven. Ik breng daarbij onder andere het perspectief mee van digitalisering, financiën, HRM en vastgoed. Daarbij hecht ik eraan altijd ook een deel van de zorg in de portefeuille te hebben, en daarmee een bestuurlijke bijdrage te leveren aan het primaire proces van het ziekenhuis." 

TEKST MARIJKE DARLANG BEELD DIGIDAAN

inhoud

IN ZICHT #2
DECEMBER 2023

4

Fit voor de operatie:
kortere hersteltijd en betere
uitkomsten



13

IZA: Krachtproef
én lakmoesproef
dossier



7

Capsule met miniatuur-
camera spoort afwijkingen
van de dunne darm op



22

De totale heupvervangings-
voor, achter of lateraal?



"In het
Spaarne
Gasthuis doen
we ze
allemaal"

VERDER **P8** Kort **P11** Uitgelicht **P22** Onderzoek zuurstoftherapie bij benauwde kinderen **P23** Contact en colofon **P24** Tot Ziens



Spaarne Gasthuis zet in op fitte patiënten vóór operatie

Zo fit mogelijk je operatie ingaan. Dat klinkt logisch. Maar wat als je eerst fit moet worden voor je geopereerd wordt? In het Spaarne Gasthuis is begin juli gestart met de pilot 'prehabilitatie' waarbij patiënten die aan darmkanker geopereerd worden eerst een vitaliteitsprogramma volgen.

TEKST TAMARA NASERI-PAUL BEELD TOUSSAINT KLUITERS

Dertig procent minder kans op complicaties, zoals trombose én het lichaam herstelt sneller. Daardoor hoeven patiënten meestal niet dagenlang in bed te blijven liggen, maar willen ze er het liefst dezelfde avond al uit omdat ze zo snel herstellen. Uiteindelijk kiezen veel patiënten ervoor om ook na dit traject verder te gaan met een gezondere leefstijl", zegt Niels de Korte, oncologisch chirurg bij het Spaarne Gasthuis. Hij beschouwt het programma als een doorbraak in het betrekken van patiënten bij hun eigen ziekteproces. Want, zo stelt hij: "Door te sporten

en een gezonder leefpatroon leveren patiënten zelf een bijdrage aan het succes van hun eigen ingreep en herstel. Bovendien vergroten ze hun lichamelijke en geestelijke veerkracht. We zien patiënten die een optimale uitkomst van hun operatie willen en daar keihard voor aan het werk gaan."

Vijf onderdelen

Claudia van Tienderen, gespecialiseerd verpleegkundige, licht het programma toe: "Het vitaliteitsprogramma bestaat uit vijf onderdelen. Patiënten trainen drie keer per week met een fysiotherapeut, krijgen voedingsadvies van een





‘Uiteindelijk heeft iedereen er baat bij als patiënten eerder én gezonder weer naar huis kunnen’

diëtist, we bieden hulp bij het stoppen met roken en alcohol, er is psychologische begeleiding en we bestrijden eventuele onderliggende ziekten.” Een intensief traject van vijf weken, waar volgens collega verpleegkundig specialist Aukje Cnossen in het begin niet iedere patiënt op zit te wachten. „Als je net hebt gehoord dat er een tumor in je buik zit, is de schok groot en wil je eigenlijk maar één ding: zo snel mogelijk dat ding eruit.”

Kosten gaan voor baten uit

Het klinkt zo logisch: patiënten fysiek en mentaal voorbereiden op een operatie, om zo het herstel te bevorderen. Toch staat prehabilitatie in ziekenhuizen nog in de kinderschoenen. Dat komt vooral omdat voor de inzet van tweedelijnszorg als een fysiotherapeut en diëtist een aanvullende verzekering nodig is. Toch wordt de roep om prehabilitatie op te nemen in de basisverzekering steeds luider.

De Korte: „Omdat wij het belangrijk vinden dat patiënten gewoon bij de fysio om de hoek terecht moeten kunnen betalen wij nu zelf de kosten. Dat is een ander voordeel van dit programma: het versterkt de banden tussen de eerste- en tweedelijns zorg in de regio.” Cnossen hoopt - en verwacht dat prehabilitatie in de toekomst zal worden opgenomen in het basispakket, zodat alle patiënten in Nederland ervan kunnen profiteren. „Daar zijn al moties over voorbijgekomen in de Tweede Kamer. De

kosten gaan voor de baten uit; uiteindelijk heeft iedereen er baat bij als patiënten eerder én gezonder weer naar huis kunnen.”



‘Ik wilde dezelfde dag alweer naar huis. Dat kon natuurlijk niet, maar zó goed voelde ik me’

Kitty Verheul (68) uit Lissbroek kreeg te horen dat er een tumor op haar dikke darm zat. In het Spaarne Gasthuis werd ze gewezen op het vitaliteitsprogramma ‘Fit for surgery’. Ze bezocht de fysio, sportte met andere patiënten en kreeg allerlei oefeningen mee voor thuis. Ook werden haar rondjes met de hond een stuk langer. “Al snel merkte ik resultaat. Voelde me fitter en sterker. Had ik echt nooit gedacht.” De diëtist adviseerde haar veel eiwitten tot zich te nemen, om zo extra spierkracht op te bouwen. „Dat vond ik wel moeilijk. Vél vooral. Yoghurt, Skyr, eieren. Ook na de operatie moest ik daar nog een maand mee doorgaan, om het herstel te bevorderen.” Bij de eindtest vlak voor haar operatie bleken Verheuls conditie en spierkracht aanzienlijk verbeterd. Dat betaalde zich direct na de operatie uit. „Ik wilde dezelfde dag alweer naar huis. Dat kon natuurlijk niet, maar zó goed voelde ik me dus. Na een maand was ik weer helemaal de oude.” Ze leeft nu gezonder dan voor haar ziekte, vertelt ze. „Ik beweeg veel meer en loop elke dag een paar kilometer.”



Darmonderzoek met videocapsule

De patiënt slikt eenvoudigweg een draadloze capsule in. Deze capsule bevat een miniaturcamera, die gedurende de reis door het spijsverteringskanaal duizenden gedetailleerde beelden vastlegt. Deze beelden worden draadloos verzonden naar de computer en geanalyseerd door de MDL-arts. Met dit onderzoek worden slijmvliesafwijkingen van de dunne darm opgespoord.

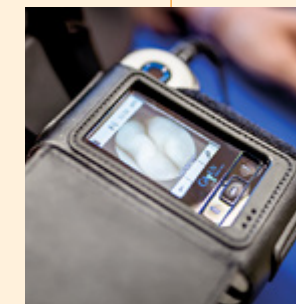
Talrijke voordelen

“De voordelen zijn talrijk”, zegt Marije Bonke, gespecialiseerd verpleegkundige endoscopie. “De videocapsule maakt sedatie overbodig de noodzaak van sedatie, waardoor patiënten meteen na de procedure weer actief kunnen zijn. Het is comfortabeler en veroorzaakt geen ongemak voor de patiënt. Bovendien is het veilig, zonder blootstelling aan schadelijke straling. De capsule verlaat het lichaam met de ontlasting. Een waardevolle aanvulling op onze zorg.”

Twee foto's per seconde

De videocapsule heeft een afmeting van 2 bij 1 cm, is helemaal glad en kan doorgeslikt worden met een beetje water. Binnen enkele seconden zit de capsule in de maag. Hierna moet hij door naar de dunne darm. Dat duurt wat langer. Marije: “We vragen patiënten om te blijven bewegen na de inname van de pil, bijvoorbeeld door te gaan wandelen, dit versnelt het proces. Wanneer wij zien dat de videocapsule de maag gepasseerd is mag de patiënt naar huis. Als de capsule in de dunne darm is aanbeland maakt het twee keer per seconde een foto. De foto's worden opgeslagen in de recorder die de patiënt om de buik heen draagt.”

Natuurlijk zijn er ook situaties waarin aanvullend onderzoek nodig is. Bij een verdachte plek waarvoor een biopsie nodig is doen we alsnog een endoscopisch onderzoek verricht. Marije: “Maar de capsule stelt de MDL-arts wel in staat om direct gerichte weefselmonsters te nemen voor nauwkeurige diagnose en behandeling.”



Patiënten zijn enthousiast. Michelle Schoonen: “De capsule heeft het formaat van een vitaminepil, dat slik je gemakkelijk door. Ook fijn dat ik niet de hele dag in het ziekenhuis hoeft te blijven maar kort na inname naar huis mag. Dat levert ons uiteindelijk allemaal tijds winst op.”

De Winter Een heldere koers naar een duurzame gezondheidszorg

Ons topklinische ziekenhuis, het Spaarne Gasthuis, staat op een kantelpunt, ingeleid door het Integraal Zorgakkoord (IZA). Geleid door nieuwsgierigheid, vroeg ik Open AI's GPT (Generative Pre-trained Transformer) om dit akkoord te duiden in een heldere column.

Volgens GPT zal:

Het integraal zorgakkoord ons ziekenhuis een duidelijke leidraad geven richting een duurzame gezondheidszorg. Met het akkoord kunnen we adequaat inspelen op de verschuivende zorgbehoefte en de financiële druk die daarbij komt kijken. De focus verschuift naar preventie: het voorkomen van ziekten krijgt prioriteit. Dit betekent concreet meer voorlichting, preventieve screenings en het bevorderen van een gezonde leefstijl onder onze patiënten. Als zorginstelling impliceert dit een herallocatie van onze middelen en een omarming van vernieuwing. Het IZA spoorde ons aan om de handen ineen te slaan met lokale zorgpartners, om de zorg optimaal en dichtbij de patiënt te organiseren. Het einddoel is efficiënte, toegankelijke en betaalbare zorg voor onze patiënten, met het Spaarne Gasthuis als pionier in deze gezondheidstransformatie.

Onlangs de beperkingen van AI en GPT, benadert het bijna een 'menselijk' begrip, zo nauwkeurig is het inzicht dat het biedt in de complexe wereld van onze zorgsector. Het is ook bijzonder hoe ik mezelf af en toe betrap op het persoonlijk in gesprek zijn met deze knappe technologische sprong vooruit. Het is cruciaal dat we kritisch blijven en GPT zien als een steuntje in de rug. Maar er is een cliffhanger: de opkomst van AGI (Artificial General Intelligence), een AI die slimmer is dan de mens.

Peter de Winter
Kinderarts en decaan
Spaarne Gasthuis
Academie



1

Een nieuwe heup in één dag.

Sinds een jaar voert het Spaarne Gasthuis heup- en knieprothese operaties uit in dagbehandeling.

Per jaar krijgen honderden patiënten in het Spaarne Gasthuis een nieuwe heup of een nieuwe knie.

Steeds meer patiënten slapen 's avonds weer thuis in hun eigen bed.

De overige patiënten zijn in de regel na 1 nacht in het ziekenhuis weer thuis.

1 dag in het ziekenhuis voor nieuwe heup

Ja, het kan echt. Sinds vorig jaar kunnen patiënten voor een nieuwe heup terecht op de dagbehandeling. Rob Zwarte, orthopedisch chirurg: "Na een goede voorbereiding en met behulp van goede pijnmedicatie kan de patiënt veilig en comfortabel dezelfde dag naar huis. Patiënten worden 's morgens geopereerd en gaan onder begeleiding van de fysiotherapeut in de loop van de ochtend uit bed. De fysiotherapeut en de verpleegkundige leren de patiënt om een stukje te lopen met een hulpmiddel, naar het toilet te gaan, zich te wassen, aan te kleden en de trap op en af te lopen. De patiënten zijn er blij om. Herstellen doen ze toch het liefste thuis."

Naast de tevreden patiënten is er nog een belangrijk voordeel: Rob Zwarte: "De wachttijd voor een heupprothese in dagbehandeling is veel korter doordat er geen bed in de kliniek nodig is."

IN/UIT Medisch specialisten

IN:

JULI 2023
Mw. L.C.C. (Lindsey) de Boer
kinderarts-neonatalog

AUGUSTUS 2023
J.G.J. (Jeroen) Huybregts
neurochirurg

SEPTEMBER 2023
C.L.M. (Camiel) de
Roij van Zuijdewijn
internist

M.H.M. (Mark) Vries
radioloog

S.C.H. (Chris) Hinnen
psycholoog

Mw. L.M. (Liselotte) Klitsie
kinderarts

OKTOBER 2023
T.N. (Tjeerd) Copper
oogarts
H.J. (Henryk Jan) te Kolsté
cardioloog

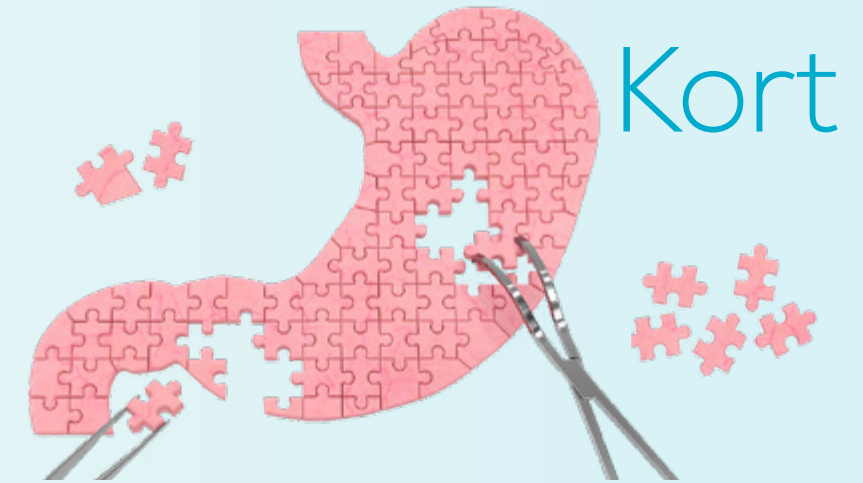
UIT:

AUGUSTUS 2023
L.P. (Léon) Driesen
radioloog

SEPTEMBER 2023
Mw. H.M.E.
(Henriëtte) Bienfait
neuroloog
Mw. C.E.F. (Kiki) van Bilsen
radioloog
N.H. (Niels) Schut
internist

OKTOBER 2023
G.J.E. (Gerard) Verdel
cardioloog
D. (David) Jairath
plastisch chirurg

NOVEMBER 2023
Mw. C. (Carla) Quak
psycholoog



Buikpijn na bariatrische chirurgie

Op de lange termijn is bariatrische chirurgie de meest effectieve behandeling voor ernstige obesitas, resulterend in blijvend gewichtsverlies en verbetering van comorbiditeiten. Helaas is de ingreep niet altijd zonder complicaties. Buikpijn is een veelvoorkomende zorg die leidt tot herhaalde ziekenhuisbezoeken en diagnostische procedures, zo stelt Marjolein Vink, arts onderzoeker bij het Spaarne Gasthuis.

Vink doet onderzoek naar diagnose en behandeling van abdominale pijn bij patiënten na bariatrische chirurgie. Marjolein: "De meest voorkomende diagnoses voor abdominale pijn na bariatrische chirurgie zijn cholecystolithiasis, ulcera en interne herniën. Ongeveer een derde van de onderzochte patiënten bleef onverklaarde klachten houden, wat aangeeft dat de

oorzaak van hun pijn niet kon worden vastgesteld ondanks vaak vele diagnostische testen."

Bij het onderzoek was er een significant verschil in het tijdstip waarop verschillende diagnoses werden gesteld. Zo werden interne herniën en galstenen meestal snel na de operatie vastgesteld, terwijl andere, zoals IBS (irritable bowel syndrome) en ACNES (buikwandpijnsyndroom), later werden geïdentificeerd. Vaak komt dit door een delay in diagnosticeren doordat de meer acute oorzaken eerst worden uitgesloten door middel van meerdere diagnostische onderzoeken. Het onderzoek benadrukt verder het belang van een algoritme om patiënten met acute oorzaken van abdominale pijn te onderscheiden van patiënten met tijdelijke of chronische klachten. Zo voorkomen we onnodige diagnostiek of behandeling.



Fusie Spaarne Gasthuis en SAHZ apotheek

De SAHZ (Stichting Apotheek der Haarlemse Ziekenhuizen) en het Spaarne Gasthuis fuseren per 1 januari 2024. Dat betekent dat vanaf die datum alle medewerkers van de SAHZ in dienst zijn van

het Spaarne Gasthuis. In de dagelijkse praktijk verandert weinig voor patiënten, bezoekers en medewerkers van de SAHZ. De locaties, openingstijden en de gebruikelijke farmaceutische zorg blijven

onveranderd. Daarnaast heeft de SAHZ als één van de weinige ziekenhuisapotheken in Nederland de certificaten om geneesmiddelen op grote schaal te bereiden, te analyseren en te verkopen aan andere apotheken. Alle huidige activiteiten van de SAHZ worden gecontinueerd binnen de fusieorganisatie.



UITGELICHT

Patiënten kiezen zelf wanneer ze willen eten en hoeveel ze willen eten. Hierdoor wordt veel minder eten weggegooid.

Tegen een klein bedrag mag het bezoek een hapje mee eten.

Er is ruimere keuze in het menu en met ingrediënten kan worden gewisseld. Ook een vegetarisch menu of een maaltijdsalade behoort tot de mogelijkheden.

Elke dag is er een vers huisgemaakt dessert met veel eiwitten. Samengesteld met onze diëtisten. Dat is goed voor het herstel na een ingreep of behandeling.

“Heeft u grote trek of kleine trek? Wilt u vroeg eten of liever wat later? En eet uw bezoek ook mee?” Zomaar een greep uit de vragen die worden gesteld sinds het Spaarne Gasthuis startte met de uitrol van een nieuw voedingsconcept. Medewerkers zijn enthousiast en patiënten nog meer.

Lisette de Rooy, afdelingshoofd logistiek, catering en keuken: “Het menu is nu veel gevarieerder. Patiënten kiezen uit 3 verschillende menu’s en kunnen wisselen met ingrediënten. Eén menu is helemaal vegetarisch en ook zijn er maaltijdsalades

toegevoegd aan de menukaart. We geven hiermee gehoor aan de eetgewoonten van tegenwoordig die lang niet altijd meer bestaan uit een dagelijks bord met aardappels, groenten en/of vlees. Daarnaast wordt er iedere dag een eiwitrijk en huisgemaakt dessert uitgedeeld.

Ronald Lijnzaat, medewerker keuken maakt de borden op. Dit doet hij op basis van etiketten die zijn uitgeprint en waarop de patiënt die middag zijn wensen heeft doorgegeven. Vervolgens garneert hij het bord nog met de kruiden uit de kruidentuin van het ziekenhuis. Ronald: “Heeft de patiënt na een ingreep of

operatie minder trek, dan pas ik de portiegrootte hierop aan.”

Jan Opmaat, patiënt op de afdeling chirurgie: “Ik eet heerlijk! Ik heb vanavond de burens uitgenodigd om mee te eten. En zelf hoeft ik daar niks voor te doen. Ja, betalen, dat wel!” ◊



'Als één methode de beste was dan zou iedereen die gebruiken.'

DE TOTALE HEUPVERVANGING: VOOR, ACHTER OF LATERAAL?

Jaarlijks worden er ongeveer 600 totale heupvervangingen uitgevoerd in het Spaarne Gasthuis, net verschillende chirurgische benaderingen, Orthopedisch chirurg Karsten Ottink licht toe: "Bij ons hanteren we zowel de voorste, achterste als de laterale benadering voor deze ingreep."

De totale heupvervangingsoperatie is een van de meest uitgevoerde en succesvolle operaties in de geneeskunde. En een van de meest besproken onderwerpen is welke chirurgische methode daarvoor het meest geschikt is. We hebben de afgelopen jaren gemerkt dat de voorste benadering populairder is geworden. Ten onrechte wordt daardoor het idee gewekt dat het een nieuwe techniek is.

Geen verschil in uitkomst

In werkelijkheid beschreef Heuter de voorste benadering al in 1881, waardoor het de oudst bekende chirurgische benadering van het heupgewricht is. Technologische vooruitgangen hebben

het mogelijk gemaakt om deze voorste benadering makkelijker en veilig toe te passen bij heupvervangingsoperaties.

De realiteit is dat, indien goed uitgevoerd, alle benaderingen goede resultaten opleveren voor onze patiënten. Het grootste effect op een spoedig herstel is dat de juiste nabehandeling zonder beperkingen wordt toegepast. Elke benadering heeft specifieke voordelen en nadelen. Als één methode duidelijk de beste was in elke situatie, zou iedereen die namelijk gebruiken. En dat is niet zo." Ottink verwijst naar een recente meta-analyse, gepubliceerd in 2023 waarin duidelijk wordt dat er qua uitkomst voor de patiënt geen verschil is tussen de verschillende benaderingen waar de arts de voorkeur aan geeft.

Belang van expertise

Ottink constateert een groeiende voorkeur voor de voorste benadering onder artsen, patiënten en paramedici. Hij benadrukt echter: "Het is cruciaal dat patiënten in overleg met hun huisarts een chirurg kiezen op basis van vaardigheid en expertise en niet op basis van benadering." ◦



Karsten Ottink
orthopedisch chirurg

Scan de QR-code om de recente meta-analyse te lezen



dossier

IZA: Krachtproef én lakmoesproef

Zoveel mogelijk effectiviteit halen uit samenwerken in de regio, het is een continue opgave. Een opgave ook die in 'deel-gremia' al tot sterke resultaten heeft geleid. Maar met het Integraal Zorgakkoord ligt de lat echt hoog. Alle vormen van zorgverlening moeten in één groot samenwerkingsjabloon verankerd worden. Doel: (be)dreigende ontwikkelingen pareren, zodat de patiënt op de best denkbare zorg kan blijven rekenen.



Zorgbehoefte versus capaciteit

Het Regiobeeld Kennemerland plus Haarlemmermeer* is een grondige inventarisatie van de ontwikkelingen, opgaven, uitdagingen en verschillen rondom de zorgvraag in de regio. Het document - 218 pagina's - laat er geen gras over groeien: de aanbieders van zorg en welzijn, de gemeenten en zorgverzekeraars staan voor een grote krachtproef. In een context van verdere vergrijzing (= meer kwetsbare ouderen en multimorbide patiënten), van een sterk groeiende GGZ-vraag (vooral bij jongvolwassenen), van grote gezondheidsverschillen op wijkniveau, en van toenemende krapte op de arbeidsmarkt (5-10% minder potentieel in 2030), moeten de toegankelijkheid, de kwaliteit en de betaalbaarheid van de zorgverlening minimaal op peil gehouden worden.

Op veel fronten heeft intensievere samenwerking al tot efficiencyvoordelen en een betere doelmatigheid in onze regio geleid. Je zou bijna denken: wat valt er nog te halen als er al constructieve efficiëncyslagen zijn gemaakt? Tegelijkertijd leren dit soort succesverhalen dat alleen al het inventariseren van ingesloten patronen en het werken aan een optimalisatie van processen nieuwe kansen creëert. Niet alleen dit Regiobeeld laat zien dat er echt nog stappen gezet kunnen worden, ook de covid-periode bewees dat heilige huisjes geslecht en procedures gestroomlijnd kunnen worden. Kortom, een effectievere afstemming van vraag en aanbod, van zorgbehoefte en capaciteit, is niet alleen een krachtproef maar zeker ook een lakmoesproef voor de mate waarin de regio in staat is om een efficiëntere, bijna holistische benadering van de aanbodkant op te tuigen.

Gedroomde vergezichten

Het Regiobeeld ligt nu dus op tafel, we weten waar de knelpunten zitten



en wat er op de sector afkomt. De volgende stap is dit beeld om te zetten in een plan waarin het 'hoe' van de transformatieopgaven en veranderingstrajecten in de regio geconcretiseerd wordt. In deze editie van Inzicht nemen we daar voorzichtig een voorschot op met vier partners in die transitie: Tamara Pieterse (raad van bestuur Zorgbalans), Marjolijne Vergouwen (Huisartsenvereniging Haarlemmermeer), Josephine de Vries (medisch directeur Huisartsen Zuid-Kennemerland) en Leon Aarts (voorzitter raad van bestuur Spaarne Gasthuis). Gevraagd naar het ideaalbeeld van de zorgverlening over vijf of tien jaar, bestaat er grote eensgezindheid: werken in wijkgerichte kernteams, soepele doorstroming vanuit de eerste lijn naar ziekenhuis, VVT-bed en/of thuis, en een verwaarloosbaar arbeidstekort. 'En daaromheen', zegt De Vries, 'een optimale

samenwerking, laagdrempelig en op een manier die energie brengt in plaats van kost.' Pieterse vult aan: 'Ik hoop dat we tegen die tijd kwalitatief uits tekende zorg bieden in een ecosysteem waarin partijen de samenwerking in een logisch en vanzelfsprekend netwerk hebben verankerd, zonder gedoe en belemmeringen in gegevensuitwisseling.'

* Zorgkantoor Kennemerland: Beverwijk, Bloemendaal, Castricum, Haarlem, Heemskerk, Heemstede, Uitgeest, Velzen, Zandvoort. Haarlemmermeer valt onder zorgkantoorregio Amstelland. Maar omdat de primaire samenwerking/verwijzing in de tweede lijn met het Spaarne Gasthuis plaatsvindt, is Haarlemmermeer meegenomen in het Regiobeeld.

1 Ambitie: domeinoverstijgend werken, verwachtingen managen

Hoewel het hoofddoel voor elke partij gelijk is, speelt het perspectief vanuit de eigen organisatie mee bij het vinden van totaaloplossingen. 'Er komt een dubbele vergrijzing op ons af', zegt Pieterse, 'meer ouderen met complexere zorgvragen. Ongemak kunnen we niet wegnemen, maar we kunnen wel de zorg, ondersteuning en begeleiding bieden om die oude dag wat comfortabeler en aangenamer te maken. Die exploderende zorgvraag moeten we meer in de thuish situatie gaan beantwoorden. Dat vraagt om effectievere samenwerking om te voorkomen dat mensen onnodig naar de huisarts stappen of in het ziekenhuis belanden. Maar helemaal maakbaar is dit niet, we zullen dus ook verwachtingen anders moeten gaan managen.' Vergouwen zou het al een hele prestatie vinden als we de zorg op het huidige peil kunnen houden: 'Er komt extra druk op de eerste lijn. Ik maak me zorgen over het feit dat steeds meer mensen met een 'totaalpakket' thuis blijven wonen. Dat is eigenlijk verpleeghuiszorg die, zoals het nu georganiseerd is, door de huisarts geleverd zou moeten worden. Maar dat kunnen we nu al bijna niet aan. Daarom denk ik dat de specialist ouderengeneeskunde een grotere rol in die thuish situatie moet krijgen, niet voor een incidenteel consult maar als mede-behandelaar. Zo kunnen we de werkdruk voor de huisarts iets verlichten en krijgen we niet een zorgvraag in de eerste lijn waar we niet voldoende expertise voor hebben, met als mogelijk gevolg dat de kwaliteit in het geding komt.'

Om die reden wordt door alle partijen sterk ingezet op een effectievere samenwerking op wijkniveau. De Vries: 'Daar zit de grootste meerwaarde van IZA. Niet meer een veelvoud van organisaties en aanbieders, maar compacte teams rond de patiënt met één huisarts, één wijkverpleegkundige, één specialist ouderengeneeskunde, één maatschappelijk werker en één apotheker. Ons huidige zorgsysteem is overgeorganiseerd, IZA zet in op het vereenvoudigen daarvan. Dat is echt nodig, want we merken het dag in dag uit: je kunt de zorg helemaal niet verkokeren. Vroeger had je het hoofdlijnen-akkoord voor elk echelon apart, IZA adresseert het nu voor het eerst integraal en dus domeinoverstijgend. Alle partijen zijn hierbij gebaat en de bereidwilligheid is ook groot. Ik zie dit dan ook vooral als een kans.'

Wachttijden verkorten

Zo ziet Aarts het ook, al is met een wijkgerichte aanpak bijvoorbeeld het probleem van de wachtlijsten in het ziekenhuis nog niet opgelost: 'Een meer wijkgerichte aanpak zal het aanbod van patiënten bij ons niet direct verminderen. Wij - en bijvoorbeeld ook de GGZ - zullen vooral de wachttijden moeten verkorten. Dat kunnen we niet oplossen door meer mensen aan te nemen, want die zijn er niet, maar wel door processen te vernieuwen en bijvoorbeeld meer te sturen op flexibele inzetbaarheid. Niet makkelijk, maar hoognodig.'

—
'We zullen verwachtingen anders moeten gaan managen'



2 Middel: samenwerking intensiveren en stroomlijnen

Tussen droom en daad staan wetten in de weg en praktische bezwaren, dichtte Willem Elschot lang geleden.

Dat het realiseren van de ambitie geen invuloefening is, is duidelijk. Toch is het optimisme groot, vooral omdat er al flink wat voorbeelden zijn van geslaagde samenwerkingsexercities. 'Op een aantal punten kan verdere samenwerking iets oplossen', zegt Vergouwen. 'Neem alleen al de tijd die de huisartsenpraktijk nu kwijt is met het voor elkaar krijgen van wijkzorg. Daar moeten we soms uren voor rondbellen. Eén centrale plek met korte lijnen en met zicht op de volledige beschikbaarheid in de regio, zou de doorstroming in de keten enorm kunnen verbeteren.'

Binnen het samenwerkingsverband MCC (Medisch Coördinerend Centrum, waarin ook de Huisartsenvereniging Haarlemmermeer vertegenwoordigd is) zijn al werkbare transmurale afspraken gemaakt, die in zekere zin de weg wijzen voor verdere finetuning. 'Maar', zegt Vergouwen, 'de huidige situatie vergt veel extra afstemming: wij vallen onder een ander zorgkantoor dan Kennemerland, terwijl we binnen IZA samen willen optrekken vanwege de verwijslijnen. Organisatorisch betekent dit dat plannen op verschillende niveaus moeten worden goedgekeurd.'

Tijd en energie

Los van deze administratieve/logistieke hick-up bij de invulling van IZA, bewijst het MCC dat domeinoverstijgend werken mogelijk is. Dat geldt ook voor CAZHEM (Centraal Aanmeldpunt Zorginzet Haarlem en Meer), hoewel Haarlemmermeer daar nog geen deel van uitmaakt. Pieterse: 'Eén aanmeldpunt waar huisartsen en ziekenhuizen terecht kunnen voor tijdelijke intramurale opvang bij een VVT-organisatie in Zuid-Kennemerland, dat werkt heel goed. Er is wel

ruimte voor verdere ontwikkeling, want nu is de acute thuiszorg voor 24 uur geregeld, de opvolging daarna niet. Dan wordt het weer het probleem van de huisarts. De next step is om dit ook voor erna te organiseren. Daarnaast hebben we binnen CAZHEM met GGZ InGeest goede samenwerkingsafspraken in het geval van IBS-situaties in Zuid-Kennemerland. Het is onze ambitie om CAZHEM uit te breiden naar het werkgebied Haarlemmermeer. We weten elkaar op wijk- en bestuurlijk niveau al heel goed te vinden, dat heeft ook de covid-periode aangetoond. Feit is dat we bij het invulling geven aan IZA niet aan de startstreep staan.' Feit is ook dat administratieve verplichtingen en procedures een sta-in-de-weg zijn voor effectieve stroomlijning, zegt De Vries: 'Ook de zorgverzekeraar moet domeinoverstijgend gaan denken, want de toetsing en verantwoording gebeurt nu heel ambtelijk nauwkeurig.

Marktwerking heeft ertoe geleid dat wij bijvoorbeeld met acht instellingen voor thuiszorg moeten schakelen, we mogen van de wet geen preferente organisatie benoemen. Dat is zeer onpraktisch. Ik zie IZA daarom ook als een kans om regels die ons nu vooral dwarszitten te veranderen. We moeten echt voorkomen dat nieuwe ideeën en samenwerkingen verzanden in administratieve gedrochten.' Belangrijk element in het stroomlijnen van de samenwerking in de keten is ook een soepele dataoverdracht, voegt Pieterse toe. 'Wat ons zeer zou helpen is gegevensuitwisseling zodra een cliënt bij ons komt wonen of in de zorg komt. Regionaal vinden we af en toe een geitenpaadje, maar dit moet landelijk geregeld worden. Als we een versnelling in de keten op gang willen brengen, is dit een absolute voorwaarde.'



—
'We staan, bij het invulling geven aan IZA, niet aan de startstreep'

3 Mensenwerk, ondersteund door technologische innovaties

Zorgverlening is een vakgebied dat in veel gevallen menselijk contact vereist. 'Toch zal de oplossing voor het op peil houden van de kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg deels ook van technologie moeten komen', constateert Aarts. 'Het blijft mensenwerk natuurlijk, maar zowel in het ziekenhuis als in de thuis situatie kan de toepassing van innovaties soelaas bieden. Tegelijkertijd moeten we er ook niet te veel van verwachten, ik zie het vooralsnog meer als bijvangst.'

Gedragsverandering

We hebben ook nog maar amper een beeld van wat technologie vermag, vooral omdat het ontwikkelen van een nieuwe toepassing doorgaans eenvoudiger is dan het inzetten ervan. Vergouwen: 'Het kan een deel van de oplossing voor met name het arbeidsmarktprobleem zijn, maar het is een kwestie van veel tijd en energie investeren voordat je er echt profijt van hebt. Cliënten, maar ook zorgmedewerkers, moeten er mee leren omgaan. Dat vergt dus veel voorlichting om gedragsverandering op gang te brengen.' Toch wordt er al geregeld gebruik gemaakt van zorgverlening op afstand met toepassingen als beeldbellen, informatieve websites en bijvoorbeeld telecoaching. Pieterse: 'Het is één van de puzzelstukjes in de totaaloplossing. Maar het vraagt een ander afwegingsproces, van onze medewerkers maar ook van de cliënt en zijn omgeving. Het is een zoektocht, temeer daar mensen vaak denken: ik heb recht op zorg. Dat is ook zo, maar waar technologie kan, gaan we dat met technologie doen. We moeten duidelijk maken dat de zorg daar zeker niet

slechter van wordt. Waar we binnen IZA naartoe moeten werken is dat mensen na een ziekenhuisopname of revalidatie alvast hebben leren omgaan met de toepassing die in de wijkverpleging wordt gebruikt. Kijken wat mensen zelf kunnen doen of hun omgeving, hoe we hen dat kunnen leren. Lukt dat niet, dan blijven we professionele hulp aan huis bieden. Zo flexibel moeten we daar in deze fase mee omgaan.'

Mooie toepassingen zijn bijvoorbeeld de automatische medicijndispenser of de druppelbril waarmee de patiënt zelf kan druppelen, dat scheelt heel veel live thuiszorg-bezoek. Nadeel is dan wel dat de patiënt het live praatje mist, dus meer zorg op afstand vraagt soms ook een andere oplossing in het sociale domein. Vaststaat dat technologie een steeds belangrijker rol gaat spelen. De Vries: 'Niet iedereen gaat daar even hard in mee, maar de zorgpraktijk wordt steeds meer *blended*, een mix van fysieke en digitale zorgverlening.'



4 De patiënt: behoud van kwaliteit en toegang

ZA zal vooral achter de schermen geëffectueerd worden. Los van het feit dat een patiënt of cliënt misschien minder vaak een medewerker van vlees en bloed aan zijn bed of thuis op bezoek krijgt en dat het doe-het-zelf-gedeelte meer gewicht krijgt, zal er kwalitatief niet veel veranderen voor de afnemers van zorg. Althans, dat is te hopen, zegt De Vries: 'Laten we niet te hoog inzetten. In eerste instantie gaat het erom het huidige kwaliteitsniveau op peil te houden, en dat is gezien de problemen op de arbeidsmarkt al winst. Vóór de start van IZA waren we al bezig om ervoor te zorgen dat de juiste zorg op de juiste plaats geboden wordt. Dat proces gaat onverminderd door.' Ook Vergouwen wil de lat vooral niet te hoog leggen: 'Als er niks gebeurt, is het zeker dat de patiëntenzorg achteruitgaat. In die zin hoop ik dat de patiënt niks van IZA gaat merken.' Waar de patiënt mogelijk wel iets van gaat merken, is een verschuiving aan de aanbodkant. Als het lukt om de wijkgerichte aanpak van een steviger fundament te voorzien en een nadrukkelijker beroep te doen op de omgeving - familie, burens, maar bijvoorbeeld ook een coöperatieve vereniging als Buurts - kan mede via dat kanaal de kwaliteit op het gewenste peil behouden worden. Dat is des te meer van belang omdat er nieuwe inzichten zijn rond bijvoorbeeld dementie; bij de sociale benadering daarvan kijk je naar wat qua ondersteuning nodig is om mensen hun 'gewone' leven te laten continueren. Daar hoeft lang niet altijd een zorgprofessional aan te pas te komen.

Wijkgerichte aanpak

Er zijn ook forse gezondheidsverschillen in de wijken die aangepakt moeten worden. 'Het verkleinen van de kloof', zo luidt de conclusie in het Regiobeeld, 'vraagt om een sociale aanpak en versterking van de eerste lijn in specifieke wijken.' Daar is Zorgbalans al mee bezig, aldus Pieterse: 'Voor Buurts, waar wij lid van zijn, is dat een speerpunt. Als iemand financiële problemen heeft, beïnvloedt dat ook de gezondheid en loont het om eerst ondersteuning bij die problemen te bieden. We moeten dan denken vanuit een breder palet aan oplossingen, en zoveel mogelijk de mensen in een wijk daarbij betrekken.' Het Regiobeeld schetst ook regionaal bepaalde gezondheidsproblemen, zoals een verhoogde kans op huidkanker in kustgebieden, de ongezonde leefomgeving van onder meer Schiphol en Tata Steel en een bovengemiddelde alcoholconsumptie in sommige deelregio's. 'Ook dan biedt een wijkgerichte aanpak waarschijnlijk meer kans op succes', constateert Vergouwen. 'Maar op overgewicht of overmatig

'Ondersteuning bij onderliggende problemen loont'

alcoholgebruik kun je makkelijker een programma richten, dan op bijvoorbeeld luchtwegproblemen door zware industrie. Binnen IZA is daar niet direct een oplossing voor te vinden.' De Vries vult aan: 'Het is in verhouding ook een kleiner probleem dan bijvoorbeeld de toename van de mentale problemen, vooral bij jongvolwassenen. Met die zorgwekkende ontwikkeling heeft heel Nederland te maken, dat geldt niet specifiek voor onze regio. De wachttijden bij GGZ-instellingen zijn een landelijk probleem dat je niet met een meer wijkgerichte aanpak kunt verminderen.'



5 De zorgprofessional: binden en behouden

Hoewel het raamwerk voor efficiënte en doelmatige zorgverlening ook dankzij IZA straks wordt opgetuigd, de mensen die daarbinnen acteren blijven het belangrijkste. En daar wringt de schoen. Toenemende werkdruk, minder plezier in het werk, administratie-frustratie, ziekteverzuim of zelfs uittrekking, alles wordt in het werk gesteld om deze neerwaartse spiraal te doorbreken. Anders gezegd: aan het (demografische) feit dat de toestroom de komende jaren verder zal dalen is weinig te veranderen, maar in het uitdagend en leuk houden van het werk - en dus in het vasthouden van zorgprofessionals - moet verbetering mogelijk zijn. Dat kan elke organisatie voor zich doen, en dat gebeurt ook al, maar de vraag is of samenwerking niet meer oplevert dan met elkaar concurreren. Vergouwen: 'Het arbeidstekort geldt voor elke partij in de keten. Zie dan maar eens over je eigen stukje heen te kijken en naar gezamenlijke oplossingen te zoeken. Toch zal dat moeten. De knelpunten en mogelijke oplossingen bespreken we ook binnen het MCC. En binnen IZA gaan we dat ook nadrukkelijk doen. Werken met vliegende keeps of vormen van flexibele inzetbaarheid kan een

aanvulling zijn, maar voor de patiënt is het het beste als we continuïteit bieden en beslissingen goed kunnen volgen in de tijd.

Talent vasthouden

Ook in de regio Zuid-Kennemerland staat het thema hoog op de agenda, vertelt De Vries, al was het maar om te voorkomen dat de frustratie over bijvoorbeeld het niet soepel lopen van overdrachten met medicatie-overzichten de boventoon gaat voeren: 'We proberen mensen te binden door netwerk-ontmoetingen en intervisiegroepen te organiseren, door bijeenkomsten over goed werkgeverschap voor praktijkhouders op te zetten, door zijinstromers te werven en door nascholing voor alle medewerkers te organiseren, voor artsen, assistenten, triagisten van de huisartsenpost, praktijkondersteuners en -managers en GGZ-medewerkers. De wil is er, iedereen heeft uit overtuiging voor dit beroep gekozen. Ik merk dat bijvoorbeeld bij de Dappere Dokters-events die we periodiek binnen MCC organiseren voor huisartsen, artsen van het Spaarne Gasthuis en specialisten ouderenzorg. Dat creëert verbinding en geeft veel energie. Er komen ook mooie en handige dingen uit, zoals de 'NHZ-Connected app', een digitaal smoelenboek dat prima helpt om elkaar beter en sneller te vinden.'

'Er voor elkaar zijn is belangrijk in het binden van medewerkers', zegt Pieterse. 'Laten zien dat je mensen

waardeert, dat je hun vakmanschap erkent, dat ze bij je terecht kunnen met dilemma's. We willen ook iedereen laten meepraten over de veranderingen en de oplossingen voor de toekomst. En veel investeren in opleiding en ontwikkeling.' Ook binnen het ziekenhuis krijgen nascholing, bijscholing en persoonlijke ontwikkeling veel aandacht. 'Het Spaarne Gasthuis is ook een opleidingsinstituut', verklaart Aarts. 'Als we meer aantrekkelijke stageplekken aanbieden en bijvoorbeeld flexibele inzetbaarheid meer mogelijk maken, kunnen we talent vasthouden. En als wij meer capaciteit kunnen bieden en wachtlijsten kunnen inkorten, verlicht dat de huisartsenpraktijk. IZA zet ook op dit vlak de samenwerking op scherp. Maar hoe groot de uitdagingen ook zijn, ik ben ervan overtuigd dat we door de intensivering van de samenwerking en het zonodig herinrichten van ketenprocessen ons doel kunnen bereiken.' ◉

'We willen iedereen laten meepraten over veranderingen en oplossingen voor de toekomst'

OPLEIDING MEDGEZEL:

'De mens achter de patiënt blijven zien'

Studenten geneeskunde die tijdens hun co-schappen worden opgeleid tot medisch coach. Dat gebeurt sinds augustus in het Spaarne Gasthuis, in samenwerking met opleidingsinstituut MedGezel. Doel van de opleiding is om bij te dragen aan een nieuwe generatie medisch specialisten die de patiënt nog beter begrijpen en ondersteunen.

TEKST HILDE DUUX BEELD ISTOCK

Uit meerdere studies blijkt dat geneeskundestudenten meer empathisch zijn op het moment dat ze beginnen met studeren, dan tegen de tijd dat ze met patiënten mogen werken. Naomi Spiessens, die sinds augustus co-schappen loopt in het Spaarne Gasthuis, begrijpt dat wel. "Ik merk zelf al dat ik wat minder schrik van heftige situaties in mijn werk. Maar ik vind het heel belangrijk om empathisch te blijven en altijd de mens achter de patiënt te blijven zien. Dat leeft ook onder mijn medestudenten. We zijn natuurlijk nog jong en fris, we willen heel graag rekening houden met de behoeften van de patiënt." Toch merkt zij ook dat dat in de drukte van alledag soms moeilijk is. "Onze dagen zijn lang en vol. Ik heb ook nog een bijbaan. Soms cijfer je jezelf weg om het vol te houden. Daarom is het goed om even stil te kunnen staan bij waar je het nu eigenlijk voor doet, wie je bent en wat voor soort arts je wilt zijn."

Menselijke maat centraal

En dat deed Naomi samen met haar medestudenten tijdens de eerste van twee cursusdagen van MedGezel, waarin ze veel theorie en ervaringsverhalen kreeg over medische coaching van onder andere Giliam Kuijpers. Zij richtte het opleidingsinstituut MedGezel op nadat ze persoonlijk meemaakte hoe belangrijk medische coaching is. "Ik werkte als kinderarts tot ik door hartklachten zelf patiënt werd. Ik vroeg toen aan een collega om even naast me te komen zitten om mee te luisteren met de specialist. Als je zelf ziek bent, krijg je niet altijd alles mee. En dat kan invloed hebben op de behandelkeuzes die je maakt." Daarnaast merkte ze hoe fijn het is om niet alleen medische informatie te krijgen, maar ook een gesprek van mens tot mens. "Ik ben daarna letterlijk mijn hart gaan volgen, met de oprichting van MedGezel. Onze missie is om de menselijke maat centraal te stellen in het zorgproces. We leiden geneeskundestudenten op tot MedGezelen, die leren patiënten te begeleiden rondom en tijdens het contact met een medisch specialist. Ze voeren voor het consult een gesprek met de patiënt, zijn aanwezig bij het consult en bespreken het ook na." De voordelen hiervan zijn groot, zegt Kuijpers. "Uit een pilot in het Bravis ziekenhuis blijkt dat patiënten met een MedGezel aan hun zijde beter zijn voorbereid op het consult, zich meer bewust zijn van hun eigen wensen en behoeftes, en zich meer op hun gemak voelen. Dit draagt bij aan hun welzijn en herstel. Wij zijn ervan overtuigd dat dit op termijn leidt tot meer rendement tegen lagere kosten."

Voor iedereen win win


MedGezel heeft inmiddels verschillende opleidingsziekenhuizen en geneeskundefaculteiten overtuigd om mee te doen, waaronder het Spaarne Gasthuis als één van

'Als je zelf ziek bent, krijg je niet altijd alles mee. En dat kan invloed hebben op de behandelkeuzes die je maakt.'

de founding partners. Toen Linda Witte, in het Spaarne Gasthuis de onderwijscoördinator van de opleiding geneeskunde, over het initiatief hoorde, was ze meteen enthousiast. "Artsen die meer empathisch zijn, hebben een positieve uitwerking op hun patiënten", zegt ze. "Uiteindelijk levert dat ook tijdswinst op, want een patiënt die zich begrepen voelt en extra begeleiding krijgt, snapt de behandeling beter, is therapietrouwer en komt later met minder vragen."

Inmiddels is de implementatie van MedGezel, na een lange pauze tijdens corona, in volle gang. "We zijn gestart op de poli kindergeneeskunde, en willen het graag uitbreiden naar andere poli's", vertelt Witte. "Studenten die bij ons coschappen lopen krijgen de training aangeboden. Het is even een tijdsinspanning om het te regelen, maar daar wegen de voordelen tegenop. We geven onze co-assistenten de kans om echt in contact te komen met de patiënt, de zorgverlener krijgt patiënten die beter voorbereid de deur uitgaan en onze patiënten voelen zich meer gehoord. Het is voor iedereen win win."

Arts van de toekomst

Kuijper's droom is dan ook dat MedGezel een volstrekt normaal onderdeel wordt van de opleiding geneeskunde. Ook wil ze graag dat ieder ziekenhuis in de toekomst een loket krijgt waar patiënten zich kunnen melden voor ondersteuning van een MedGezel-buddy. "Zowel de Federatie Medisch Specialisten als de Patiëntenfederatie Nederland erkennen dat de arts van de toekomst een coach moet zijn, maar de opleiding sluit daar nog niet bij aan", zegt ze. "Dat willen we graag veranderen." En daar is co-assistent Naomi het volledig mee eens. "De eerste lesdag van MedGezel, die in het teken stond van zelfreflectie en leiderschap, was ontzettend leerzaam. Je gaat echt kijken naar je eigen rol, je talenten en grenzen. Dat zijn we niet gewend. Maar daarom is het juist goed om dat al vroeg te introduceren in de opleiding. Voor de tweede lesdag ga ik met een patiënt mee naar een poli-afspraken. Dan brengen we de theorie dus in de praktijk. Ik ben erg benieuwd." 



Giliam Kuijpers
oprichter MedGezel



Linda Witte
onderwijscoördinator

'Een patiënt die extra begeleiding krijgt, snapt de behandeling beter, is therapietrouwer en komt later met minder vragen.'



TEKST ANNA VAN OS | BEELD I STOCK

Onderzoek zuurstoftherapie bij benauwde kinderen

Het seizoen van verkoudheids- en griepvirussen is weer losgebarsten en veel kinderen worden op dit moment opgenomen met het RS-virus in het ziekenhuis. In dit soort periodes zien we dat de kinderafdeling snel volloopt met kinderen die benauwd zijn en extra zuurstof nodig hebben. Maar hoeveel zuurstof hebben deze kinderen daadwerkelijk extra nodig bij benauwdheid en hoe voorkomen we onnodige ziekenhuisopnames?

Oxykids studie

Om deze vragen te beantwoorden zijn kinderartsen van het Spaarne Gasthuis zijn een onderzoek gestart naar de doelmatigheid van zuurstoftherapie bij kinderen. Deze 'Oxykids' studie wordt gefinancierd door ZonMw met een subsidie van 8 ton waarvan ook een deel afkomstig is van de Stichting Astma Bestrijding, de Spaarne Gasthuis Academie en het Amphia ziekenhuis in Breda.

Zuurstoftherapie

"We hebben ontdekt dat de huidige richtlijnen voor zuurstoftherapie zijn

gebaseerd op weinig wetenschappelijk bewijs. Hierdoor zie je dat veel ziekenhuizen verschillende maten hanteren. We hopen dat we met deze studie duidelijkheid krijgen wanneer en hoeveel zuurstoftherapie kinderen echt nodig hebben, want te veel zuurstof kan ook schadelijk zijn" aldus hoofdonderzoeker en kinderlongarts Annemie Boehmer.

Geen onnodig ongemak

Daarnaast is duidelijk dat wanneer je alleen zuurstof geeft als dit echt nodig is, dit ervoor zorgt dat kinderen niet onnodig lang in het ziekenhuis hoeven te liggen, geen onnodig ongemak van de zuurstoftherapie hebben én we onderzoeken ook of kinderen sneller herstellen. De verwachting is dat het onderzoek twee jaar duurt en er ongeveer 560 kinderen zullen deelnemen.

Over het onderzoek

De studie loopt in 9 ziekenhuizen in Nederland en kinderen tussen de 6 weken en 12 jaar oud die met benauwdheid zijn opgenomen in het ziekenhuis kunnen deelnemen. Het onderzoek omvat twee groepen. De ene groep,

wat standaardzorg is, krijgt zuurstof bij een zuurstofsaturatie van onder de 92%, terwijl de andere groep behandeld wordt bij een saturatiegrens van onder de 88%.

Deelname kinderen

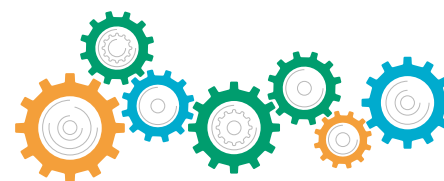
Volgens Sam Louman, de arts-onderzoeker van het Spaarne Gasthuis die de dagelijkse leiding heeft, worden ouders en verzorgers betrokken bij de studie door middel van vragenlijsten. "Hoe meer kinderen meedoen hoe doelmatiger en patiëntgerichter we de zuurstoftherapie kunnen maken." Een team van zeer goede wetenschappers uit het Spaarne Gasthuis en verschillende andere topklinische zorgziekenhuizen en universiteiten is betrokken waardoor het in opzet een hoogwaardige studie is die de antwoorden die we zoeken kan opleveren. ○



Annemie Boehmer
kinderarts



Sam Louman
arts-onderzoeker



Meer capaciteit op de OK door functiedifferentiatie

Het Spaarne Gasthuis heeft, net als andere ziekenhuizen, te maken met een groot tekort aan personeel. Ook op de OK is dit tekort sterk voelbaar. De werkdruk voor OK-medewerkers is hoog en we moeten vaak een beroep doen op hun flexibiliteit.

Bovendien zijn wachtlijsten voor patiënten lang. Dat willen we niet. De toegankelijkheid van zorg in onze regio is van groot belang. Het Spaarne Gasthuis heeft daarom gezocht naar mogelijkheden om de capaciteit op de OK uit te breiden. Op onze poliklinische OK (POK) werken we al een aantal jaar met medewerkers operationele vaardigheden. Dat zijn doktersassistenten van de polikliniek die extra zijn opgeleid, zodat ze op POK kunnen werken. Ze helpen daar bij laag-complexe poliklinische operaties. We breiden

Contact

deze vorm van functiedifferentiatie nu uit naar de reguliere OK. Na zorgvuldige selectie van een aantal van onze medewerkers, bieden we hen de opleiding 'derde deskundigheid'. Op deze manier realiseren we méér capaciteit voor electieve laag- en middelcomplexe operaties, met behoud van kwaliteit. Zo kunnen we de wachtlijsten die er voor deze operaties vaak zijn, verminderen. En we bieden onze medewerkers een uniek loopbaan pad; zij ervaren het als een interessante verbreding van hun werk.



Kinderarts zit 12 uur in levensechte couveuse

12 uur lang hield ze het op Wereld Prematurendag vol in een levensechte, veel te warme couveuse in de centrale hal van het Spaarne Gasthuis in Haarlem Zuid. 12 uur waarin ze de harten stal van menig voorbijganger en er samen met haar collega kinderartsen en het team van All4Small voor zorgde dat er ruim gedoneerd werd. Er werd een bedrag van bijna 7000 euro opgehaald.

Joanne Wieringa, kinderarts neonatoloog: "Met de actie steunen we meer onderzoek naar de gevolgen van vroeggeboorte voor kind en ouders. Een deel van de opbrengst gaat naar

buidelstoelen voor ouders van prematuren in het Spaarne Gasthuis. Wieringa legt dit uit: "We weten dat ouders van te vroeg geboren baby's stress en angst ervaren. Ook is inmiddels bekend dat kinderen hun ouders haarfijn aanvoelen. Het buidelen van ouders met hun baby heeft grote positieve effecten voor baby's én ouders. Juist in deze fase van snelle groei van de hersenen hebben kinderen daar de rest van hun leven profijt van."

7% van alle baby's in Nederland wordt te vroeg geboren. Dit zijn 12.000 baby's jonger dan 37 weken zwangerschap elk jaar.

COLOFON

Inzicht is een uitgave van het Spaarne Gasthuis en geeft inzicht in hoe het ziekenhuis als lid van de vereniging Samenwerkende Topklinische opleidingsZiekenhuizen invulling geeft aan opleiding, onderzoek en ontwikkeling. Inzicht verschijnt 2 keer per jaar. Contact met de redactie? Stuur een e-mail naar inzicht@spaarnegasthuis.nl.

Hoofredactie

Peter de Winter
Tamara Naseri-Paul

Eindredactie

Tamara Naseri-Paul
Marijke Darlang

Bladconcept en vormgeving

Maters en Hermsen
Vormgeving

Artikelen

Marijke Darlang
Hilde Duyx
Anna van Os
Tamara Naseri-Paul
Ruud Slierings

Fotografie

Frank van Beek
Remco Meijer
DigiDaan
Toussaint Kluiters
iStock

Illustraties

Monique Wijbrands

Drukwerk

Easyprint

Lithografie

Studio Boon

Tot ziens



Onderzoek naar prostaatkanker in snelpad

Binnen korte tijd is duidelijk of er sprake is van prostaatkanker. "Soms dezelfde dag als het geruststellend is, zegt Sybren Rynja, uroloog bij het Spaarne Gasthuis.

Voorheen duurde het traject van eerste consult tot de diagnose 6 tot 8 weken. Dit kwam voornamelijk wachttijden bij de MRI-scans en het niet op elkaar afstemmen van afspraken. Nu, met de introductie van het 'snelpad', is dit proces aanzienlijk versneld. Binnen 1 week heeft iedereen met een verhoogd risico een MRI-scan met uitslag ondergaan. Binnen 1 week na de MRI scan is bekend of er sprake is van prostaatkanker en wat het behandelplan is. "Dit efficiënte systeem vermindert de periode van onzekerheid voor patiënten", vertelt Sybren. Voor huisartsen is het belangrijk

om in Zorgdomein relevante informatie over eerdere PSA-metingen en familieanamnese te vermelden bij de verwijzing. Dit helpt in de effectieve triage en behandeling van prostaatkanker. In het algemeen is een PSA bepaling bij mannen met een levensverwachting korter dan 10 jaar niet zinvol. Er is wel meer bewijs dat het bij mannen in de leeftijd tussen 55-69 jaar zinvol is het PSA te bepalen.

Om aandacht te vragen voor prostaatkanker laten veel mannen in november een maand lang hun snor staan. Ook Sybren liet zich zonder tegenzin een grote snor aanmeten. Want aandacht voor prostaatkanker is nodig. Bij ongeveer 40% van de mannen met verhoogd PSA en afwijkend rectaal toucher wordt uiteindelijk prostaatkanker vastgesteld. ●