

IN ZICHT

NR.1 | augustus
2026



dossier
De oudere
patiënt: als
kwetsbaarheid
dichtbij komt

AMU
**NIET NAAR HET
ZIEKENHUIS, WEL DE
JUISTE ACUTE ZORG**

THUISMONITORING
zorg die meebeweegt
met de patiënt



NEELTJE DE VRIES
'Werkdruk, samenwerking, erkenning en zeggenschap bepalen samen of mensen blijven'

Behoud van zorgprofessionals vraagt om samenhang

Hoe houden we zorgprofessionals duurzaam inzetbaar in een tijd van toenemende zorgvraag en personeelstekorten? Verpleegkundige en verpleegwetenschapper Neeltje de Vries promoveerde op 13 mei aan de Radboud Universiteit op dit actuele vraagstuk.

Uit haar onderzoek blijkt dat de keuze van verpleegkundigen en artsen om te blijven of te vertrekken zelden door één factor wordt bepaald. Factoren als werkdruk, samenwerking, organisatie van het werk en persoonlijke omstandigheden grijpen op elkaar in en vormen samen een complex geheel. Juist die samenhang maakt dat losse interventies vaak onvoldoende effect hebben. Duurzaam behoud vraagt daarom om een bredere benadering: "Als we willen dat zorgprofessionals blijven, moeten we niet alleen losse problemen oplossen, maar ook kijken naar het hele systeem waarin zij werken."

Zorgprofessionals willen niet alleen functioneel ingezet worden, maar ook als mens en professional gezien worden, met ruimte om invloed uit te oefenen op hun werk.

Het onderzoek laat ook zien dat drijfveren en uitdagingen verschillen per beroepsgroep. Bij verpleegkundigen spelen werkdruk en emotionele belasting een grotere rol, terwijl voor artsen factoren als carrièreperspectief en collegiale ondersteuning zwaarder wegen in de afweging om te blijven of te vertrekken.

Een deel van het onderzoek vond plaats binnen het Europese METEOR-project, met betrokkenheid van het Spaarne Gasthuis. Neeltje bleef tijdens haar promotie klinisch actief, waardoor praktijk en wetenschap nauw met elkaar verbonden bleven. Zij promoveerde onder begeleiding van promotor prof. dr. Peter de Winter, hoogleraar en kinderarts. 

inhoud

IN ZICHT #1
AUGUSTUS 2026

4

Niet naar het ziekenhuis,
wel de juiste acute zorg



13

dossier

**DE OUDERE PATIËNT:
ALS KWETSBAARHEID
DICHTBIJ KOMT**



10

Check de Vlek: samen eerder
huidkanker herkennen



20

Thuismonitoring: zorg die
meebeweegt met de patiënt

'We zien
veranderingen
vaak al
voordat een
patiënt zelf
aan de bel
trekt'

VERDER

P2 Kom binnen **P7** Gynaecologen in de wijk **P8** Column en kort
P12 RFA als alternatief bij goedaardige schildkliernodus **P22** Adolescenten
in de spreekkamer **P23** Kort en colofon **P24** Nieuw Sociaal Loket



Niet naar het ziekenhuis, wél de juiste acute zorg

Een ziekenhuisopname is niet altijd de beste oplossing bij acute zorg en behandeling voor kwetsbare ouderen. Juist in een spoedeisende situatie kan een andere omgeving beter aansluiten bij wat kwetsbare ouderen nodig hebben. Daarom openden het Spaarne Gasthuis en de JacobKliniek in november een Acute Medische Unit (AMU). Ruim een half jaar later blijkt de AMU een waardevolle aanvulling op de acute ouderenzorg in de regio.

TEKST LYANNEKE KRAUSS BEELD JACOBKLINIEK

Van een eerste kop koffie tot de opening van de AMU: er zaten maar een paar maanden tussen. Tijdens die ontmoeting bespraken intensivist Marco Goeijenbier en specialist ouderengeneeskunde Tjomme de Graas hun ideeën voor acute ouderenzorg buiten het ziekenhuis. “We vonden allebei dat het ziekenhuis niet altijd de meest geschikte plek is voor kwetsbare ouderen met multiproblematiek. Integendeel: vaak zie je dat ouderen in het ziekenhuis verder achteruitgaan, omdat ze niet rustig kunnen herstellen”, legt Marco uit.

Passende zorg

De AMU is opgezet om kwetsbare ouderen met acute, maar stabiele medische zorgvragen sneller op de juiste plek te behandelen. Omdat de AMU volledig toegespitst is op de vaak complexe zorgvraag, krijgen kwetsbare ouderen niet alleen snel de juiste behandeling, maar ook zorg die beter past bij wie zij zijn en wat zij nodig hebben. Zo hebben ze bijvoorbeeld een eigen kamer met privésanitair. Patiënten die vanuit het ziekenhuis naar de AMU worden verwezen, komen daar onder behandeling en verantwoordelijkheid van een specialist ouderengeneeskunde te staan. “Naast goede en veilige zorg hebben we ook veel aandacht voor preventie”, vertelt Tjomme. “Ouderen lopen bijvoorbeeld een groter risico op een delier, doordat hun lichaam sneller ontregeld kan raken. Hoe meer er speelt, hoe groter die kans wordt. Binnen de AMU doen we er alles aan om te voorkomen dat een patiënt verder achteruitgaat.”

De juiste plek om te herstellen

De verwijzing van een oudere patiënt naar de AMU verloopt altijd via het Spaarne Gasthuis. Nadat iemand op de spoedeisende hulp (SEH) is onderzocht, wordt aan de hand van een beslisboom en in overleg met de specialist ouderengeneeskunde van de AMU bepaald of diegene in aanmerking komt voor opname. “We kijken bijvoorbeeld naar leeftijd, maar ook naar het aantal aandoeningen dat iemand heeft”, legt Marco uit. “Bij meer dan vier aandoeningen is de kans op verdere achteruitgang groter. De AMU is dan een betere plek om te herstellen.” Tjomme vertelt dat met name het tempo op de AMU anders is. “Er is hier meer rust dan in het ziekenhuis en we merken dat patiënten dat waarderen. Ook kijken we vooruit: hoe gaat het straks als de patiënt de AMU verlaat? Hoe is de thuissituatie? Welke ondersteuning is dan nodig? Zo proberen we niet alleen goede zorg te bieden tijdens het verblijf op de AMU, maar ook bij te dragen aan veilige en passende vervolgzorg.”

Aantrekkelijke werkplek

Een belangrijk kenmerk van de AMU is dat de afdeling is ingericht op het verlenen van hoog-complexe zorg. “Veel patiënten liggen bij ons aan een of meerdere infusen en er zijn ook patiënten die veel zuurstof nodig hebben”, vertelt Tjomme. Die complexiteit maakt de AMU een aantrekkelijke werkplek voor onze gekwalificeerde verpleegkundigen. “Veel van hen vinden het werk hier uitdagend. Ook stagiaires vragen vaak wanneer ze naar de AMU mogen. Het mooie is dat ervaren



‘Dit initiatief bewijst dat we veel meer vanuit de keten moeten gaan denken.’

verpleegkundigen op deze manier hun kennis kunnen overdragen aan jongere collega's.”

Vertrouwen als startpunt

De AMU ging in november 2026 van start. Dat was slechts een aantal maanden nadat Marco en Tjomme een eerste kennismaking hadden. Zij waren ‘gekoppeld’ door Nannette Huizenga, die naast haar werk als internist in het Spaarne Gasthuis ook coördinator ketenzorg is. “Tjomme en ik vonden allebei dat spoedzorg voor ouderen ook buiten het ziekenhuis kan plaatsvinden. Daar komt bij dat de JacobKliniek veel beter is ingesteld op oudere patiënten met multiproblematiek”, zegt Marco. “Aanvankelijk begonnen we met het uitwerken van verschillende scenario's. Gaandeweg leken er daardoor steeds meer beren op de weg te komen, waardoor het proces dreigde vast te lopen. Dat moest anders, vonden we. Daarom hebben we een kleine projectgroep opgericht en besloten om gewoon te starten. Ons uitgangspunt was: we zien gaandeweg wat we tegenkomen en sturen bij waar nodig. Wat daarbij vooral hielp, was het onderlinge vertrouwen en het enthousiasme van alle betrokkenen. We zagen het project nadrukkelijk als een learning pilot: een traject waarin we mochten ontdekken, leren en verbeteren. Ook wanneer iets niet helemaal goed ging, konden we daar gemakkelijk en laagdrempelig met elkaar over in gesprek.”

Een unieke aanpak

Inmiddels kan de AMU op veel belangstelling van andere organisaties rekenen. Want hoewel er ook op andere plekken in het land soortgelijke initiatieven zijn, onderscheidt de AMU zich door een unieke aanpak. “Bij ons is de specialist ouderengeneeskunde de hoofdbehandelaar”, licht Tjomme toe. “Bij andere initiatieven zie je dat de medisch specialist nog wel als behandelaar betrokken is, maar wij hebben daar bewust niet voor gekozen. Zo kunnen we de beschikbare zorgcapaciteit efficiënter benutten.” Dat deze aanpak werkt, blijkt wel uit de betere doorstroming en ontlasting van het ziekenhuis zonder kwaliteitsverlies. Ook patiënten én medewerkers zijn tevreden: zij beoordelen de AMU met ruim een acht. “Dit initiatief bewijst dat we veel meer vanuit de keten moeten gaan denken, in plaats van vanuit individuele organisaties”, vindt Marco. “Dat vraagt wel iets van de manier waarop de zorg nu is ingericht, maar met de AMU hebben we laten zien wat er mogelijk is als organisaties voorbij hun eigen Excel-sheet kijken.” 



Marco Goijenbier
intensivist



Tjomme de Graas
specialist ouderengeneeskunde

DE AMU IN CIJFERS



84

De gemiddelde leeftijd van patiënten is 84 jaar.

4-6-9

De AMU beschikt over 4-6 bedden met de mogelijkheid tot opschaling naar 9 bedden.



85%

De gemiddelde bedbezetting is 85%.

5

De gemiddelde verblijfsduur is 5 dagen.





TEKST ANNA VAN OS BEELD ANNA VAN OS

Gynaecologen in gesprek met wijkbewoonsters over vrouwenkwaaltjes

Twee gynaecologen, een buurtcentrum in hartje Schalkwijk. Tientallen vrouwen die eindelijk hun vragen durfden te stellen over vrouwenkwalen. Afgelopen tijd trokken gynaecoloog Astrid Vollebregt en gynaecoloog-in-opleiding Habibe Özcan op uitnodiging van buurtbewoners de wijk in om informele voorlichtingsmiddagen te verzorgen over vrouwengezondheid.

Lage drempel

Geen spreekkamer, geen wachttijd, geen verwijfsbrief nodig. Gewoon een ruimte waar vrouwen met vragen over menstruatiepijn, overgangsklachten, urineverlies of infecties terecht konden. En dat werkte: de drempel om te spreken bleek een stuk lager zodra buurvrouwen het ook deden. Wat de bijeenkomst blootlegde, was wat we als ziekenhuis vaker moeten erkennen: veel mensen met behandelbare

klachten wachten jarenlang voordat ze hulp zoeken. Door taboe, door onzekerheid over wat 'normaal' is, door culturele drempels of simpelweg door het niet weten waar te beginnen. Astrid Vollebregt; "Het zijn vaak klachten die wij in de kliniek in tien minuten kunnen duiden en aanpakken. Vaak lopen vrouwen al jaren met vragen of klachten. De afstand tot de zorg is niet altijd geografisch; die zit ook in vertrouwen.

Regionale zorg

Als Spaarne Gasthuis zijn we er voor de regio. Dat betekent niet alleen dat mensen naar ons toe kunnen komen, maar ook dat wij naar hen toe gaan. Door aanwezig te zijn in buurtcentra, moskeeën en wijklocaties willen we de verantwoordelijkheid voor goede zorg breder opvatten dan de muren van het ziekenhuis. "Het is een directe investering in vroegere zorgopsporing, gezond-

heidswinst en het opbouwen van vertrouwen bij mensen die het systeem nog niet goed kennen," aldus Habibe Özcan.

Taboe

Volgens de aanwezige Razijje, die veel last heeft van opvliegers, is deze middag enorm belangrijk. "Je ziet het zelf. We vinden het heel erg lastig om vragen te stellen. Door samen te zijn kunnen we elkaar aanmoedigen. Zo leren we erover praten." Volgens Astrid Vollebregt is de opbrengst van dit soort bijeenkomsten concreet. Vrouwen gaan daarna sneller naar hun huisarts. Ze vragen explicieter om een verwijzing. Ze weten wat endometriose is, hoe een pessarium werkt, waarom HPV-vaccinatie zinvol blijft. "Kenni is hier letterlijk preventie. En voor ons als professionals biedt het ook iets: we zien welke vragen er écht leven in de gemeenschap, los van de routine van het spreekuur." ●

Column

De zorg groener?
Jazeker!

Duurzame zorg is allang geen keuze meer, maar een gezamenlijke verantwoordelijkheid. Want juist binnen een ziekenhuis zijn er volop kansen om verschil te maken – en daar kunnen we allemaal aan bijdragen.

Daarom zetten wij ons als Green Nurse Champions binnen het Spaarne Gasthuis actief in voor het landelijke programma Samen de zorg vergroenen. Vanuit onze rol werken we samen met collega's aan het verduurzamen van de verpleegafdelingen. Hierbij richten we ons op praktische, direct toepasbare interventies die bijdragen aan het verminderen van materiaalgebruik en het stimuleren van hergebruik.

Binnen het landelijke programma zijn 21 interventies geselecteerd. En we zijn al goed bezig, want 9 daarvan hebben we in ons ziekenhuis al geïmplementeerd. Een concreet voorbeeld is het gebruik van medicatiebekertjes. Jaarlijks werden circa 300.000 bekertjes gebruikt. Voor vaste medicatie zijn wij overgestapt op papieren bekertjes. In samenwerking met de afdeling Infectiepreventie hebben wij een protocol ontwikkeld waarbij een bekertje, mits schoon, gedurende één dag gebruikt kan worden. Dit betekent dat een bekertje in de ochtend wordt uitgegeven en pas aan het einde van de dag wordt weggegooid. Deze werkwijze vermindert afval zonder concessies te doen aan patiëntveiligheid.

Onze ervaring is dat structureel overleg, bijvoorbeeld met Infectiepreventie, helpt om sneller duurzame stappen te zetten. Daarnaast merken wij dat bewustwording essentieel is: steeds de vraag stellen of materiaalgebruik noodzakelijk is. En dan merk je dat kritisch kijken naar materiaalgebruik stap voor stap helpt om de zorg verder te verduurzamen.



Wieke van Hasselt en Marieke van der Zalm
Verpleegkundigen en Green Nurse Champions

624.000

poliklinische consulten
in 2025

In 2025 vonden in het Spaarne Gasthuis ruim 624.000 poliklinische consulten plaats. Daarnaast waren er 47.200 SEH-bezoeken, 28.000 ziekenhuisopnames, 29.000 dagbehandelingen en ruim 19.100 operaties. Deze cijfers laten zien hoeveel patiënten jaarlijks via huisartsen, huisartsenposten en andere zorgpartners hun weg vinden naar het ziekenhuis.

Goede samenwerking in de keten is daarbij onmisbaar: van verwijzing en diagnostiek tot behandeling, nazorg en overdracht terug naar de eerste lijn.

Wist je dat...



het Spaarne Gasthuis zorg biedt aan
ruim 500.000 inwoners in de regio?



veel behandelingen tegenwoordig in dagbehandeling plaatsvinden, waardoor patiënten dezelfde dag weer naar huis kunnen?



zorg steeds vaker buiten de muren van het ziekenhuis plaatsvindt? In het artikel over thuismonitoring in deze editie lees je hoe dat er in de praktijk uitziet.

IN/UIT

Medisch specialisten

JANUARI 2026

Meneer R. van Wilpe
anesthesioloog

Mevrouw C. Blokhuis
kinderarts

Mevrouw E. Langereis
kinderarts

Mevrouw L. van Leeuwen
kinderarts

Mevrouw A. Wever
kinderarts

MAART 2026

Meneer R.M. Prince
oogarts

Meneer S.B. Nicia
anesthesioloog

MEI 2026

Mevrouw L. Roosendaal
geriater

JUNI 2026

Meneer O. Haver
revalidatiearts

Meneer J. Nutzinger
longarts

JANUARI 2026

Meneer J. van der Spelt
psychiater

Meneer A.K. Ahmed
plastisch chirurg

Meneer W.J. van der Pot
plastisch chirurg

Mevrouw M. Mérelle
kinderarts

Mevrouw J.L. Ruppert
psycholoog

FEBRUARI 2026

Meneer J.D. Burggraaf
patholoog

Mevrouw J.U. Breeveld
oogarts

JUNI 2026

Mevrouw A.D. Sulzer-van Driel
intensivist

Kort



Digitaal KNO-consult versnelt zorg bij gehoorverlies

Patiënten met gehoorverlies kunnen sneller duidelijkheid krijgen dankzij een digitaal consult tussen audiciens en KNO-artsen. De KNO-artsen van Vijf Meren Kliniek in het Spaarne Gasthuis, beoordelen op afstand de onderzoeksgegevens die door de audiciens veilig digitaal worden aangeleverd.

De audiciens verricht het gehooronderzoek en stuurt onder meer het audiogram en de bevindingen van het onderzoek naar de KNO-artsen. Op basis hiervan beoordeelt de KNO-arts of een bezoek aan de polikliniek nodig is, of dat de audiciens de patiënt met een advies verder kan helpen.

Voor huisartsen betekent deze werkwijze dat patiënten met ongecompliceerd gehoorverlies in veel gevallen sneller duidelijkheid krijgen, terwijl onnodige verwijzingen naar de polikliniek worden voorkomen. Tegelijkertijd blijft de specialistische KNO-zorg beschikbaar voor patiënten die aanvullend onderzoek of behandeling nodig hebben.

Deze digitale samenwerking tussen audiciens en KNO-artsen is een voorbeeld van hoe regionale samenwerking kan bijdragen aan toekomstbestendige zorg. Door expertise slim te combineren, ontvangen patiënten sneller de juiste zorg en wordt de beschikbare capaciteit efficiënter ingezet.

**PREVENTIE IN DRIE
WOORDEN**

Weren, kleren,
smeren:
zonbescherming
blijft de basis van
huidkankerpreventie.

Check de Vlek: samen huidkanker eerder herkennen

TEKST TAMARA NASERI-PAUL BEELD CHECKAMOLE

Huidkanker is de meest voorkomende vorm van kanker in Nederland. Jaarlijks krijgen tienduizenden mensen de diagnose. Toch bestaat er geen landelijk bevolkingsonderzoek. Vroege herkenning begint daarom bij alertheid: van patiënten, hun naasten én zorgverleners. Met de campagne Check de Vlek slaan Spaarne Gasthuis en de non-profitorganisatie Spot the Dot de handen ineen om die alertheid te vergroten. Het initiatief is ontstaan uit een

gedeelde missie van dermatoloog dr. Göran van Rooijen en Marije Kruis, oprichter van Spot the Dot en zelf ex-melanoompatiënt. Hun boodschap is eenvoudig: hoe eerder huidkanker wordt ontdekt, hoe groter de kans op een eenvoudige behandeling en een goede prognose.

“De stijgende aantallen huidkankerdiagnoses zijn voor mij de belangrijkste motivatie om mensen bewuster naar hun huid te laten kijken”, vertelt Marije Kruis. “Opvallend genoeg zien we verdachte moe-

dervlekken op onze eigen huid vaak juist níét. Daarom willen we mensen helpen om veranderingen eerder te herkennen.”

Ook Göran van Rooijen ziet dagelijks hoe belangrijk die bewustwording is. “Mensen willen genieten van de zon, en dat moet ook kunnen. Maar ik zie iedere dag de gevolgen van jarenlang zonlicht. Als mensen weten waar ze op moeten letten en bij twijfel de huisarts bezoeken, kunnen we huidkanker vaker in een vroeg stadium opsporen.”

ABCDE BLIJFT PRAKTISCH

Asymmetrie,
Begrenzing,
Colour, Diameter
en Evolutie
geven houvast bij
beoordeling.

UGLY DUCKLING

Een plek die anders
oogt dan alle andere
moedervlekken
verdient extra
aandacht.

EVOLUTIE WEEGT ZWAAR

Groei, jeuk, bloeden,
korstvorming of
kleurverandering:
vraag actief naar
verandering in tijd.

VAN GAME NAAR SPREEKKAMER

Spot the Dot
leert patiënten
kijken; de huisarts
helpt duiden wat
verdacht is.



De campagne draait om een gratis online game waarin deelnemers spelenderwijs leren werken met de bekende ABCDE-methode voor verdachte moedervlekken: asymmetrie, begrenzing, kleurvariatie, diameter en evolutie. Vooral verandering in

de tijd verdient aandacht. Groei, kleurverandering, jeuk, bloeden of korstvorming kunnen aanleiding zijn voor nader onderzoek. Ook het ugly duckling-principe blijft een bruikbaar hulpmiddel: een moedervlek (naevi) die duidelijk afwijkt van de andere moedervlekken van dezelfde patiënt, vraagt om een extra kritische blik.

Voor de huisarts biedt de campagne een mooie aanleiding om het gesprek over huidbewustzijn aan te gaan. Gerichte vragen naar het ontstaan van een plek, veran-

deringen in de tijd en risicofactoren zoals een licht huidtype, veel naevi, zonverbrandingen op jonge leeftijd, zonnebankgebruik of een familiale voorgeschiedenis helpen bij de beoordeling. Bij twijfel geldt: liever laagdrempelig beoordelen of verwijzen dan afwachten.

Deze zomer ontvangen huisartsenpraktijken in de regio een campagnepakket met posters en flyers. Zo dragen patiënten, huisartsen en dermatologen samen bij aan één doel: huidkanker eerder herkennen. 



Bas-Jeroen van Kelckhoven

Ruth Versteeg

Minimaal
invasieve
behandeling

RFA als alternatief bij goedaardige schildkliernodus

Sinds januari 2026 biedt het Spaarne Gasthuis een nieuwe behandeloptie voor patiënten met een goedaardige schildkliernodus: radiofrequente ablatie (RFA). Deze minimaal invasieve techniek vormt een aantrekkelijk alternatief voor chirurgie bij geselecteerde patiënten.

Waar voorheen vaak werd gekozen voor afwachten of een operatie, ontstaat nu een derde route. "Met RFA kunnen we een schildkliernodus van binnenuit verhitten, waardoor het weefsel geleidelijk krimpt," legt interventieradioloog Bas-Jeroen van Kelckhoven uit. "Het grote voordeel is dat we dit doen via een dunne naald, onder lokale verdoving en in dagbehandeling. Patiënten hebben geen litteken, geen risico op ontwikkelen van hypothyreoïdie en herstellen snel."

De behandeling is bedoeld voor patiënten met een benigne, solide schildkliernodus van ongeveer 2 tot 7 centimeter, die klachten ervaren zoals druk in de hals, slikproblemen of cosmetische hinder. Vooraf wordt altijd cytologisch onderzoek gedaan om de goedaardigheid te bevestigen.

Internist Ruth Versteeg benadrukt het belang van goede selectie: "Wij beoordelen of een patiënt geschikt is, op basis van echo, schildklierfunctie en een punctie van de nodus. Het blijft maatwerk. Niet iedere nodus komt in aanmerking, maar voor de juiste patiënt is dit een heel patiënt-vriendelijke optie."

Voor huisartsen is het goed om te weten dat patiënten met een schildkliernodus en een mogelijke behandelvraag in principe naar de internist verwezen

kunnen worden voor verdere beoordeling van het behandeltraject. Versteeg: "In de praktijk zien we dat deze patiënten soms eerst bij de KNO-arts terechtkomen, terwijl beoordeling via de internist voor dit zorgpad logischer is. Zo kunnen we sneller bepalen of afwachten, RFA of een operatie het best past." Dat maakt RFA tot een waardevolle uitbreiding van het behandelarsenaal. Waar bij klachten eerder al snel richting chirurgie werd gedacht, kan nu ook een minder ingrijpende behandeling worden besproken. "Zeker voor patiënten die opzien tegen een operatie of narcose is dit een mooi alternatief," zegt Versteeg.

Het effect van RFA treedt geleidelijk op. In de maanden na de behandeling neemt het volume van de nodus gemiddeld met ongeveer 70 procent af, met doorgaans duidelijke vermindering van klachten.

"Het is geen quick fix, maar wel een duurzame oplossing met weinig belasting," aldus Van Kelckhoven. De samenwerking tussen interne geneeskunde en radiologie is essentieel binnen dit zorgpad. De internist verzorgt de indicatiestelling en nazorg, terwijl de interventieradioloog de behandeling uitvoert. Na de procedure volgt een telefonische controle en na enkele maanden een echo-evaluatie. ●



dossier

De oudere patiënt: als kwetsbaarheid dichtbij komt



We worden met z'n allen steeds ouder, en het liefst wonen we zo lang mogelijk in onze eigen, vertrouwde omgeving. Maar hoe doen we dat als de gezondheid hapert? En wat als 'langer thuis' niet meer de beste optie is? In dit dossier kijken we door de ogen van de oudere patiënt. Van preventie en leefstijl tot veelvoorkomende aandoeningen, van de hectiek op de spoedeisende hulp tot het belang van tijdige gesprekken over wensen, grenzen en de laatste levensfase. Ook samenwerking tussen zorgprofessionals speelt daarin een cruciale rol. Wat is écht belangrijk als de kwetsbaarheid toeneemt?

Dit dossier wordt opgedragen aan Hans Nieuweboer, die op hoge leeftijd patiënt werd van het Spaarne Gasthuis. Hij was diep dankbaar voor de betrokken en liefdevolle zorg die hij hier ontving. Dit dossier is daarmee ook een eerbetoon aan hem en aan alle zorgverleners die oudere patiënten met aandacht, deskundigheid en menselijkheid bijstaan.

'DE ZORG VOOR OUDEREN GAAT DE HELE MAATSCHAPPIJ AAN'

Irene Gomez Bruinewoud is klinisch geriater in het Spaarne Gasthuis en vindt ouderen de leukste patiënten die er zijn. "Deze mensen hebben al zoveel meegeemaakt en dragen een schat aan levensverhalen en wijsheden met zich mee. Daar kunnen jongere generaties nog veel van leren." Tegelijkertijd brengt deze groeiende patiëntengroep grote uitdagingen met zich mee en neemt de druk op de zorg én de maatschappij toe. "Daarover moeten we als samenleving veel meer met elkaar in gesprek."

Wat ik zo mooi vind aan de geriatrie in het Spaarne Gasthuis, is de aandacht voor de oudere patiënt en de samenwerking tussen artsen, verpleegkundigen en paramedici. Die interdisciplinaire aanpak is binnen de ouderengeneeskunde essentieel, omdat oudere patiënten vaak meerdere aandoeningen tegelijk hebben. Die multimorbiditeit neemt alleen maar toe, mede doordat mensen dankzij verbeterde behandelingen langer leven. Dat is uiteraard een prachtige ontwikkeling, maar tegelijkertijd brengt het ook een belangrijke uitdaging met zich mee: een groeiende groep patiënten met complexe zorgvragen en daarmee een steeds grotere druk op de zorg én de maatschappij."

Een overbelaste maatschappij

Irene benadrukt dat de zorg voor ouderen iets is dat de hele samenleving aangaat. "Als we op de huidige manier doorgaan, hebben we straks niet alleen veel overbelaste zorgprofessionals, maar ook veel overbelaste mantelzorgers. Van die laatste groep wordt namelijk steeds meer gevraagd, terwijl het vaak om mensen gaat die zelf een drukke baan en een gezin hebben. Of het zijn partners of vrienden die zelf ook al op leeftijd zijn. Laatst had ik een 99-jarige patiënt die werd verzorgd door een 88-jarige vriendin. Die vriendin deed dat met alle liefde, maar eigenlijk was het te veel voor haar."



'Goede zorg voor ouderen vraagt niet alleen om behandeling, maar ook om het gesprek over wat kwaliteit van leven betekent.'

In gesprek over wensen en grenzen

Een kant-en-klare oplossing heeft Irene niet, maar volgens haar is een bredere maatschappelijke discussie wel noodzakelijk. "We moeten nadenken over hoe we onze samenleving willen inrichten. Denk bijvoorbeeld aan nieuwe woonvormen of ruimere mogelijkheden voor zorgverlof. Maar minstens zo belangrijk is dat we met elkaar in gesprek gaan over ziek zijn en doodgaan. De geneeskunde is nog vaak sterk gericht op langer leven, terwijl kwaliteit van leven minstens zo belangrijk is. Daarom moeten we het vaker hebben over wensen en grenzen: niet alleen over wat medisch mogelijk is, maar vooral over wat iemand zélf nog wil doen, ervaren of bereiken. En in welke situaties wil iemand nog behandeld worden, en wanneer niet meer? Door die gesprekken tijdig en meerdere malen te voeren, geef je mensen autonomie en regie over hun eigen leven. We moeten niet vergeten dat een mooi leven belangrijk is, maar een mooi einde is dat ook." 

VEELVOORKOMENDE AANDOENINGEN BIJ OUDEREN

● Reuscelarteriitis

Polymyalgia rheumatica (PMR) is een vorm van ontstekingsreuma die vooral bij ouderen voorkomt. "Deze aandoening treft ongeveer één op de duizend 50-plussers", vertelt Saskia ten Wolde, reumatoloog in het Gasthuis. "Bij een deel van de patiënten gaat PMR samen met reuscelarteriitis: een ontsteking van grote bloedvaten. Daarbij is snel handelen belangrijk, omdat de aandoening in het ernstigste geval tot blindheid kan leiden. Klachten kunnen onder meer bestaan uit hoofdpijn, pijn bij het kauwen en dubbelzien of lichtflitsen zien. Soms zijn de symptomen minder specifiek, zoals koorts en gewichtsverlies. Als patiënten er op tijd bij zijn, zijn er goede behandelmogelijkheden, zoals prednison en biologicals."

● Artrose

Artrose is een aandoening waarbij het kraakbeen in een gewricht geleidelijk dunner en minder soepel wordt. "Het RIVM voorspelt dat in 2050 drie miljoen mensen artrose hebben", vertelt Saskia. "Uiteindelijk krijgt iedereen in meer of mindere mate last van artrose en dit proces is onomkeerbaar. Helaas bestaan er nog geen behandelingen die dit proces kunnen afremmen. Daarom moeten we inzetten op preventie. Een gezond lichaamsgewicht en veel bewegen helpt om het proces van artrose te vertragen. Bij ouderen is krachtspport effectief, omdat spieren de gewrichten beschermen."

● Jicht

Jicht is een pijnlijke vorm van reuma die ontstaat doordat urinezuurkristallen zich ophopen in een gewricht. "Jicht komt vooral voor bij mannen boven de veertig jaar en vrouwen na de menopauze", legt Saskia uit. "Mensen met overgewicht, diabetes en nierproblemen lopen een groter risico." Jicht komt in het begin in acute aanvallen, waarbij het gewricht, vaak in de grote teen, enkel of knie, een paar dagen hevig en pijnlijk ontstoken is. Hoe langer een patiënt jicht heeft, hoe vaker de aanvallen optreden en hoe langer ze kunnen aanhouden. Uiteindelijk kunnen de klachten chronisch worden en kan er gewrichtsschade ontstaan. "Gelukkig bestaat er medicatie die kan voorkomen dat iemand een aanval krijgt. Dat vraagt wel om goede voorlichting, zowel richting de patiënt als richting zorgverleners in de eerste lijn."

● Educatie en zelfmanagement

Saskia pleit voor een standaard zorgpad waarin ook ruimte is voor educatie en zelfmanagement. "Patiënten zien de dokter vaak als iemand die alles oplost. Daar moeten we vanaf. Mensen hebben zelf ook een rol als het gaat om leefstijl, ontspanning en zingeving. Als artsen kunnen we informatie laagdrempelig toegankelijk maken, bijvoorbeeld met behulp van video's die mensen thuis kunnen bekijken. Door de zorg anders te organiseren, hoop ik dat we ruimte houden voor de patiënten die dat écht nodig hebben."

● Dementie

"Ruim de helft van alle 85-plussers krijgt dementie, vaak is dat alzheimer", vertelt Niki. "Als neuroloog ben ik vooral betrokken bij jongere patiënten die dementie krijgen, namelijk de groep onder de 70 jaar. Bij deze patiënten presenteert de ziekte van Alzheimer zich anders dan bij oudere mensen: er zijn meer problemen met de taal of het verrichten van handelingen. Frontotemporale dementie (FTD) is een vorm van dementie die na alzheimer het meest voorkomt. Hierbij worden vooral de voorste delen van de hersenen aangetast: de frontaalkwab en de temporaalkwab. Daardoor begint FTD vaak niet met vergeetachtigheid, maar juist met veranderingen in gedrag, karakter of taal." Volgens Niki wordt dementie op jonge leeftijd niet altijd herkend door de huisarts of bedrijfsarts. "Vaak wordt gedacht aan een burn-out of depressie. Daardoor krijgen deze mensen onnodig lang geen passende behandeling. Uiteindelijk willen we dementie op jonge leeftijd eerder en gericht herkennen. Daarvoor is een duidelijk zorgpad nodig, met aandacht voor triage en voor onderzoeken die de neuroloog kan inzetten, zoals een hersenscan, erfelijkheidsonderzoek of biomarkers in bloed of hersenvocht. Ook is het belangrijk dat de huisarts goed met de patiënt bespreekt waarom doorverwijzing nodig is en welke onderzoeken mogelijk volgen."



● Medicatie en leefstijl bij dementie

Bij alzheimer bestaan er medicijnen die symptomen kunnen vertragen of verminderen, maar genezen kunnen ze de ziekte niet. "In Nederland gebruiken we cholinesteraseremmers. Die ondersteunen de communicatie tussen hersencellen", legt Niki uit. "Ze werken vooral in de begin- en middenfase van de ziekte, en helaas niet bij iedereen." Ook leefstijl speelt een rol in het verloop van de ziekte. Voldoende bewegen, niet roken, gezond eten, goed slapen en cognitieve uitdaging, zoals het leren van nieuwe dingen, kunnen de kans op dementie verkleinen.

● Samen zorgen voor meer verbinding

Als Niki naar de toekomst kijkt, is ze hoopvol. "Ik zie veel meerwaarde in transmurale samenwerking tussen neurologen, specialisten ouderengeneeskunde, huisartsen, psychiaters en casemanagers. Ook ontstaan er steeds meer ontmoetingsplekken voor mensen met cognitieve achteruitgang. Daar kunnen zij van elkaar leren en iets voor elkaar betekenen. Het is belangrijk dat deze mensen een plek houden in de samenleving, waar ze van betekenis kunnen zijn en waar aandacht is voor wat er nog wél kan." ●



GERIATRISCHE ZORG VRAAGT OM MAATWERK ÉN GOEDE SAMENWERKING

Als verpleegkundig specialist geriatrie beoordeel ik het medisch beleid, stuur ik bij waar nodig en vorm ik vaak de brug tussen artsen, verpleegkundigen en andere betrokken zorgverleners. Het mooie aan mijn vak is dat iedere oudere patiënt uniek is en dat vraagt om een brede blik. Het zoeken naar de juiste diagnose kan soms een hele puzzel zijn. Daarnaast hebben ouderen vaak praktische uitdagingen die bij jongere patiënten minder vaak voorkomen, zoals slechthorendheid, slechtziendheid of moeite met medicatiegebruik. Leef tijd zegt daarbij lang niet alles: een fitte 95-plusser kan

minder kwetsbaar zijn dan iemand van 70.

Juist omdat iedere patiënt anders is, speelt samen beslissen een belangrijke rol in mijn werk. In het begin vond ik dat best lastig. Als zorgprofessional heb je veel behandel mogelijkheden 'in de kast' en dan kan het voelen alsof je iemand iets ontnemt wanneer je niet alles inzet. Inmiddels weet ik: je hoeft daar niet bang voor te zijn. Iedere patiënt heeft een eigen perspectief, een eigen leven en eigen grenzen. Daarom neem ik de tijd om verschillende scenario's te bespreken. Wat levert een behandeling op? Wat vraagt die van iemand? En past

TIJDIG IN GESPREK OVER BEHANDELWENSEN

Kwaliteit van leven in de laatste levensfase krijgt steeds meer aandacht. Wat die kwaliteit precies inhoudt, verschilt per patiënt. Gerty de Klerk is internist-oncoloog en lid van het Team Ondersteunende en Palliatieve Zorg (TOPZ). Ze is een groot voorstander van proactieve zorgplanning. "We moeten tijdig met mensen in gesprek over wat voor hen belangrijk is in het leven."

dat bij wat de patiënt belangrijk vindt? Niet alles hoeft vandaag besloten te worden. Soms kan morgen verder praten juist ruimte geven.

Het belangrijkste is dat we samen met de patiënt keuzes goed kunnen onderbouwen, zodat iemand daar later op kan terugvallen. Het bespreken van verwachtingen speelt daarbij een belangrijke rol. Tegelijkertijd hebben we in het ziekenhuis soms het gevoel dat wat bij ons gebeurt het allerbelangrijkst is. Maar patiënten brengen vaak veel meer tijd door in de eerstelijnszorg. Daar gebeurt ook veel op het gebied van samen beslissen, bijvoorbeeld in gesprekken met de huisarts of met de thuiszorg.

De grootste uitdaging is om de cirkel rond te krijgen. Juist bij geriatrische patiënten is goede communicatie tussen zorgverleners en professionals belangrijk, omdat aandoeningen en behandelingen elkaar beïnvloeden. Over het algemeen verloopt die communicatie heel goed, maar in crisissituaties laat de afstemming soms nog wat te wensen over. Ik denk dat we daar nog winst kunnen behalen." ○

Erik van Duijvenvoorde

Verpleegkundig specialist geriatrie

Ieder ziekenhuis met een oncologisch centrum, moet een team voor palliatieve zorg hebben", legt Gerty uit. "Ik vind dat iedere patiënt met een levensbedreigende ziekte toegang moet hebben tot deze zorg." Het doel van palliatieve zorg is onder andere om met patiënten te bespreken wat voor hen belangrijk is en hoe het team ze daar zo goed mogelijk in kan ondersteunen. "Daarbij hebben we aandacht voor het fysieke, sociale, psychische en spirituele domein en werken we samen met geestelijk verzorgers, maatschappelijk werkers, thuiszorg en huisartsen. Die multidimensionale zorg biedt een belangrijke meerwaarde, omdat we zo de kwaliteit van leven voorop kunnen stellen." Gerty ziet een duidelijk verschil tussen jongere en oudere patiënten. "Bij jongere mensen zie je dat zij vaker gericht zijn op levensverlengende behandelingen dan ouderen. Die laatste groep kan vaak wat meer berusting vinden in het naderende levenseinde."

Praten vóór het te laat is

Proactieve zorgplanning betekent dat arts en patiënt regelmatig met elkaar in gesprek gaan over wat voor de patiënt belangrijk is, en welke behandelingen hij of zij in de toekomst wel of niet meer wil ondergaan. Ook hebben mensen veel vragen, zoals: kan ik thuis blijven wonen? Wie gaat er voor mij zorgen? Wie moet ik bellen als ik klachten heb? Wat moet ik regelen als ik voor euthanasie in

aanmerking wil komen? Gerty legt uit dat het essentieel is dat zulke gesprekken worden gevoerd vóórdat zich een crisissituatie voordoet. "In zo'n situatie kan de patiënt vaak niet meer duidelijk maken wat hij wil. Gevolg is dat iemand bijvoorbeeld gereanimeerd wordt, terwijl de patiënt dat helemaal niet wilde." Gerty merkt dat veel zorgverleners het lastig vinden om een dergelijk gesprek te voeren, bijvoorbeeld door tijdgebrek in het spreekuur. "Maar doorgaans waarderen patiënten het juist wanneer de zorgverlener hier tijd voor neemt en hun wensen bespreekbaar maakt. Daarnaast is het belangrijk dat familieleden en andere naasten daar ook bij betrokken worden. Ik zeg altijd: hoe meer mensen een patiënt bij zo'n gesprek aanwezig wil hebben, hoe beter."

Afstemming tussen zorgverleners

Gerty legt uit dat het ziekenhuis slechts één schakel is binnen proactieve zorgplanning. "Huisartsen spelen hierin een belangrijke rol, en dat doen ze ook heel goed. Waar nog winst te behalen valt, is in de communicatie tussen verschillende zorgprofessionals. Het is belangrijk dat alle zorgverleners rondom een patiënt op de hoogte zijn van diens wensen. Door de privacywetgeving hebben we echter geen toegang tot elkaars elektronische dossiers, waardoor we vaak afhankelijk zijn van digitaal verzonden brieven. Ik hoop dat daar in de toekomst een betere oplossing voor komt." ○





Met de toenemende vergrijzing komen ook meer ouderen op de spoedeisende hulp. Toch wordt de druk op de SEH volgens SEH-arts Maarten Kok niet zozeer veroorzaakt door deze patiëntengroep zelf, maar vooral door de manier waarop de zorg is georganiseerd. “We zouden ons veel meer moeten richten op zinnige zorg.”

MEER OUDEREN OP DE SEH, MAAR WAAR WRINGT HET ÉCHT?

Maarten wil allereerst het beeld nuanceren dat alle ouderen op de SEH automatisch kwetsbaar zijn. “Ook een vitale 75-plusser kan simpelweg pech hebben en na een fietsongeluk met een gebroken sleutelbeen binnenkomen. Daartegenover staat een andere groep: de kwetsbare geriatrische patiënt, bij wie bij aankomst vaak niet direct duidelijk is wat er precies speelt.”

Geriatrische spoedzorg

Ouderen presenteren klachten vaak anders dan jongere patiënten. “Een oudere patiënt met een infectie heeft bijvoorbeeld niet altijd koorts”, vertelt Maarten. In zulke

KWETSBAARE OUDEREN THUIS: TUSSEN ZELFSTANDIGHEID EN ZORG

Ouderen blijven steeds langer thuis wonen. Voor veel mensen is dat precies wat zij willen: in hun vertrouwde omgeving blijven, met zoveel mogelijk eigen regie. Maar thuis blijven wonen is niet voor iedereen passend. Zeker voor kwetsbare ouderen kan zelfstandig wonen ook risico's met zich meebrengen. Huisarts Ben van Delft ziet in zijn praktijk wat deze ontwikkeling betekent voor ouderen, hun naasten én de organisatie van zorg.

'Met het verdwijnen van bejaarden- en verzorgingshuizen is er een groep kwetsbare ouderen ontstaan die tussen wal en schip valt”, vertelt Ben. “Zij komen niet in aanmerking voor een plek in het verpleeghuis, maar kunnen zich thuis ook steeds minder goed redden. Eenzaamheid en lichamelijke klachten liggen op

de loer, en die twee kunnen elkaar bovendien versterken.”

De beperking van de spreekkamer

In zijn praktijk ziet Ben veel kwetsbare ouderen. Vaak gaat dat om mensen met dementie, ouderen die herstellen van een heupfractuur, patiënten met kanker of mensen die last hebben van algehele achteruitgang. Toch hoort hij in de spreekkamer vaak maar een deel van het verhaal. “Net als veel andere zorgprofessionals sta ook ik onder tijdsdruk. In een consult van vijftien minuten is het lastig om een compleet beeld te krijgen van iemands gezondheidssituatie. Hoe iemand zich thuis redt, wordt pas echt duidelijk wanneer je bij iemand thuis komt. “Tijdens een huisbezoek zie ik hoe iemand woont en of er risico's zijn in de thuissituatie. Ik kan mensen er dan bijvoorbeeld op

wijzen dat de inrichting van hun huis de kans op vallen vergroot. Denk aan losse kleedjes.”

Zorg vraagt om samenwerking

Om kwetsbare ouderen zo goed mogelijk thuis te ondersteunen, is samenwerking volgens Ben onmisbaar. De huisarts kan veel signaleren en coördineren, maar kan het niet alleen. Thuiszorg, praktijkondersteuners, geriaters, specialisten ouderengeneeskunde en verpleeghuizen spelen allemaal een belangrijke rol. Tegelijkertijd staan ook zij onder druk. “Er zijn overal personeelstekorten en het is soms lastig om passende zorg of een passende plek te vinden”, zegt hij. “Gelukkig is er inmiddels een regionaal aanmeldpunt voor de thuiszorg, waardoor aanmelden eenvoudiger is geworden. Ook voor verpleeghuizen bestaat een online aanmeldpunt.

situaties kan de SEH de geriater inschakelen. Die kijkt niet alleen naar de acute klacht, maar ook naar de algehele gezondheid, het functioneren en de zelfredzaamheid. "Bij een val bijvoorbeeld is niet de val zelf altijd het grootste probleem, maar de onderliggende oorzaak", legt geriater Irene Gomez uit. "Dat geldt ook voor een delier. Als er lichamelijk iets misgaat, kan het brein tijdelijk ontregeld raken. Iemand kan dan plots hallucineren, onrustig of angstig zijn, of juist erg suf worden. Meestal verdwijnt een delier als de lichamelijke oorzaak behandeld wordt."

Te lang zonder hulp

Dat meer ouderen op de SEH terecht komen, wordt vaak in verband gebracht met langer thuis wonen. Maarten ziet dat genuanceerder. "Langer thuis wonen kan juist goed zijn: hoe zelfstandiger mensen functioneren, hoe vitaler ze vaak blijven. Het probleem is dat de randvoorwaarden niet op orde zijn." Volgens

hem zijn er onder meer te weinig eerstelijnsverblijfplekken, wachten mensen na een Wlz-indicatie soms lang op een passende plek en duurt het soms weken voordat thuiszorg beschikbaar is. "Daardoor blijven sommige ouderen noodgedwongen te lang thuis, zonder de juiste ondersteuning. Juist deze groep komt uiteindelijk op de spoedeisende hulp terecht, terwijl dat misschien voorkomen had kunnen worden." Irene vult aan dat het gesprek wat haar betreft breder gevoerd moet worden dan alleen over ziekenhuiszorg of langer thuis wonen. "Autonomie is belangrijk, maar ouder worden draait ook om betekenis, veiligheid en verbondenheid. Als verzorgingshuizen daar opnieuw ruimte voor bieden, kunnen ze later ook voor mij een passende plek zijn."

Zinnige zorg

Naast tijdige ondersteuning ziet Maarten kansen in zinnige zorg. "Op de SEH wordt vaak breed diagnostisch onderzoek gedaan. Zorgvul-

digheid is belangrijk, maar niet elk onderzoek voegt iets toe voor de patiënt. Zeker oudere patiënten zitten niet altijd te wachten op extra diagnostiek als die geen invloed heeft op hun behandeling of kwaliteit van leven." Daarom is het volgens hem belangrijk om eerder te handelen vanuit het perspectief van de patiënt en wensen goed vast te leggen. "Zo voorkomen we onnodige onderzoeken én verlagen we de druk op de zorg." Irene sluit zich daarbij aan, maar plaatst een nuance. "Bij oudere patiënten is het belangrijk om eerst goed in te schatten hoe kwetsbaar iemand is. Een kleine klacht kan samengaan met problemen die niet direct zichtbaar zijn, zoals uitdroging, geheugenproblemen of een hartritmestoornis." Volgens beide artsen draait het daarom om passende zorg: niet standaard méér of minder onderzoek, maar beter selecteren. Nauwere samenwerking tussen spoedeisende hulp en geriatrie kan daarbij helpen, bijvoorbeeld in een geriatrisch emergency team. ●

Voorheen moest ik soms eindeloos bellen om een plek te vinden; dat is nu niet meer nodig." Binnen de huisartsenpraktijk is de ouderenzorg nu anders georganiseerd. "Mijn praktijkondersteuner ondersteunt nu bij somatische zorg voor ouderen, en dat geeft mij meer lucht", vertelt Ben. Daarnaast werkt hij samen met geriaters en specialisten ouderengeneeskunde, via een meedenkconsult of verwijzing. "Die samenwerking verloopt prettig en het helpt mij om inzichtelijk te krijgen welke vervolgstappen nodig zijn."

Niet langer thuis tegen elke prijs

De kern van Bens boodschap is duidelijk: zelfstandig thuis wonen kan waardevol zijn, maar mag geen doel op zich worden. Voor kwetsbare ouderen moet steeds opnieuw worden gekeken wat passend en veilig is. Dat vraagt om tijdige signalering, goede samenwerking en meer woonvormen waarin ouderen niet alleen zelfstandig kunnen blijven, maar ook steun en nabijheid ervaren. ●



Thuismonitoring: zorg die meebeweegt met de patiënt



Waar thuismonitoring een paar jaar geleden nog voorzichtig werd verkend, is het inmiddels uitgegroeid tot een volwaardig onderdeel van de zorg in het Spaarne Gasthuis. Wat begon als een pilot, ontwikkelt zich nu tot een structurele manier van werken, waarbij patiënten op afstand worden gevolgd en begeleid. Het Thuismonitoring centrum (TMC) speelt daarin een centrale rol. Met nieuwe zorgpaden en een groeiend aantal patiënten laat het centrum zien hoe zorg dichterbij huis georganiseerd kan worden – zonder concessies te doen aan kwaliteit of veiligheid.

TEKST TAMARA NASERI - PAUL BEELD ISTOCK

‘W’ e zijn echt een volgende fase ingegaan,” vertelt Emilie Voskens, verpleegkundige bij het TMC. “In het begin waren we vooral aan het ontdekken wat werkt. Nu zien we dat thuismonitoring op meerdere plekken in de zorg waarde toevoegt en goed schaalbaar is.”

Van pilot naar praktijk

De ontwikkeling van thuismonitoring sluit aan bij een bredere beweging in de zorg: patiënten blijven, waar mogelijk, thuis en houden zelf regie, terwijl zorgverleners op afstand meekijken. Het vraagt om een andere manier van werken, maar levert ook veel op. Longarts Folkert Brijker ziet dat dagelijks terug in de praktijk. Binnen het COPD-zorgpad worden patiënten

op afstand gevolgd, waarbij zij zelf metingen doen en vragenlijsten invullen. Zorgverleners kunnen zo tijdig signaleren wanneer het minder goed gaat. “Wat thuismonitoring ons brengt, is dat we eerder kunnen ingrijpen,” zegt Brijker. “We zien veranderingen vaak al voordat een patiënt zelf aan de bel trekt. Daardoor kunnen we verergering van klachten soms voorkomen.” Tegelijkertijd ervaren patiënten meer rust en gemak. “Ze hoeven niet meer voor elke controle naar het ziekenhuis te komen. Dat scheelt tijd en energie, zeker voor mensen die al kwetsbaar zijn.”

Snelle groei in de praktijk

Een van de meest opvallende ontwikkelingen is te zien binnen de urologie. Daar is het zorgpad rondom PSA-controles in korte tijd sterk gegroeid. Waar voor-



heen controles standaard in het ziekenhuis plaatsvonden, gebeurt dit nu grotendeels op afstand. Uroloog Jan Willem Mazel: "We zijn pas een paar maanden bezig, maar er zitten nu al zo'n 200 patiënten in thuismonitoring. Dat laat zien dat deze manier van werken goed aansluit bij wat patiënten nodig hebben." Volgens Mazel zit de kracht vooral in de combinatie van gemak en veiligheid. "We blijven de patiënt goed volgen, maar maken het proces een stuk laagdrempeliger. Alleen als het nodig is, zien we iemand fysiek op de poli." Deze verschuiving vraagt ook iets van zorgverleners. Het werk verandert, maar volgens Mazel levert het juist meer ruimte op voor patiënten die dat echt nodig hebben. "We kunnen onze tijd gericht inzetten. Dat is in de huidige zorg, met toenemende druk, ontzettend belangrijk."

Nieuwe vormen van nazorg

Een zorgpad dat misschien nog het meest tot de verbeelding spreekt, is dat van de bariatric. Hier is gewerkt aan een model waarbij patiënten na een operatie grotendeels op afstand worden begeleid. Laurien Kuipers, teamleider van Baria Nederland en verpleegkundig specialist, is nauw betrokken bij deze ontwikkeling. "We kijken hoe we de nazorg anders kunnen inrichten. In plaats van standaard controles in het ziekenhuis, begeleiden we patiënten via thuismonitoring." Dat betekent concreet dat patiënten vanaf zes maanden na hun operatie – als het goed gaat – hun

controles digitaal doen, tot wel vijf jaar na de ingreep. "Dat is een enorme verandering," aldus Kuipers. "Maar het past bij deze doelgroep. Mensen willen hun leven weer oppakken, en daar hoort niet bij dat je steeds terug moet naar het ziekenhuis." Hoewel het zorgpad nog in de opstartfase zit, zijn de verwachtingen hoog. "We denken dat dit echt de toekomst is van nazorg," zegt Kuipers. "Meer op maat, meer gericht op de patiënt en minder belastend."

Samenhang en schaalbaarheid

Wat de verschillende zorgpaden gemeen hebben, is dat ze allemaal bijdragen aan hetzelfde doel: zorg toegankelijk en toekomstbestendig houden. Door slim gebruik te maken van technologie en de zorg anders te organiseren, ontstaat ruimte binnen het ziekenhuis. Het Thuismonitoring centrum fungeert daarbij als spil. Hier worden signalen opgevolgd, patiënten begeleid en zorgpaden verder ontwikkeld. Die centrale aanpak maakt het mogelijk om snel op te schalen en kennis te delen tussen specialismen.

"Het mooie is dat we niet meer per afdeling het wiel hoeven uit te vinden," aldus Emilie. "We bouwen samen aan een manier van werken die we op meerdere plekken kunnen toepassen."

Blik op de toekomst

De komende periode staat in het teken van verdere uitbreiding en verdieping. Nieuwe zorgpaden worden verkend en bestaande trajecten worden doorontwikkeld. Daarbij is er ook steeds meer aandacht voor de ervaring van de patiënt.

Die ervaring is cruciaal, benadrukken betrokkenen. Thuismonitoring is geen doel op zich, maar een middel om zorg beter te laten aansluiten bij het dagelijks leven van patiënten.

"Uiteindelijk gaat het erom dat mensen zich goed voelen en passende zorg krijgen," zegt Brijker. "Als we dat kunnen bereiken door een deel van de zorg naar huis te verplaatsen, dan moeten we die kans benutten." Met de groei van het Thuismonitoring centrum laat het Spaarne Gasthuis zien hoe die beweging er in de praktijk uitziet: stap voor stap, met oog voor kwaliteit en voor de mens achter de patiënt. ●



Adolescenten
in de
spreekkamer

Tussen autonomie en ouderlijke betrokkenheid

Wanneer mag een adolescent zelf beslissen over een medische behandeling? En wanneer moet medische informatie vertrouwelijk blijven, ook richting ouders? Voor huisartsen zijn dit herkenbare vragen in de spreekkamer. Zeker bij jongeren die steeds zelfstandiger worden, maar tegelijk nog volop in ontwikkeling zijn.

Een cross-nationale studie onder bijna 2.000 Belgische en Nederlandse ouders onderzocht hoe ouders kijken naar medische besluitvorming door adolescenten. Daarbij werd ook gekeken naar de relatie met opvoedingsdynamies, zoals betrokkenheid, ondersteuning van autonomie, gedragsverwachtingen, controle en straf. De studie is mede uitgevoerd door Peter de Winter, hoogleraar en kinderarts bij het Spaarne Gasthuis. Het project is inmiddels uitgegroeid tot een promotietraject met een Nederlandse promovendus, die door De Winter in Leuven wordt begeleid.

Uit het onderzoek blijkt dat ouders adolescenten gemiddeld rond de leeftijd van 16,7 jaar beslissingsbekwaam vinden. Nederlandse ouders geven hun kind op jongere leeftijd autonomie dan Belgische ouders, vooral als het gaat om toestemming voor medische behandeling. Dat verschil past mogelijk bij het juridische kader: in Nederland mogen jongeren vanaf 16 jaar zelfstandig medische beslissingen nemen, terwijl in België sterker wordt gekeken naar de individuele bekwaamheid van de minderjarige. Opvallend is dat de meeste ouders in het

onderzoek matig tot zeer restrictief zijn. Veel ouders willen dus tot ongeveer 16 of zelfs 18 jaar betrokken blijven bij medische beslissingen van hun kind. Tegelijk laat de studie zien dat opvoedingsstijl ertoe doet. Ouders die autonomie actief ondersteunen, zijn eerder geneigd hun adolescent op jongere leeftijd zelfstandigheid te geven. Ouders met sterke gedragsverwachtingen schuiven die leeftijd juist vaker op. Voor de huisarts is vooral de dynamiek in de spreekkamer relevant. Een adolescent kan juridisch of ontwikkelingsmatig toe zijn aan meer zelfstandigheid, terwijl ouders nog sterk de behoefte voelen om betrokken te blijven. Dat kan spanning geven, zeker bij gevoelige onderwerpen zoals seksualiteit, middelengebruik, psychische klachten of leefstijlkeuzes.

De studie onderstreept het belang van goede communicatie in de ouder-kind-arts-triade. Door open vragen te stellen, de jongere actief aan te spreken en tegelijk de zorgen van ouders serieus te nemen, kan de huisarts helpen om autonomie geleidelijk vorm te geven. Niet door ouders buitenspel te zetten, maar door ruimte te maken voor de stem van de adolescent. ●

Kort



Bij een rug- of nekhernia kan de pijn fors zijn, maar een operatie is lang niet altijd nodig. Neurochirurg Carmen Vleggeert-Lankamp van het Spaarne Gasthuis legt uit waarom tegenwoordig terughoudender wordt geopereerd.

“De belangrijkste reden is het gunstige natuurlijke beloop”, zegt Carmen. “Uit onderzoek blijkt dat het overgrote deel van de patiënten een jaar na de diagnose goed hersteld is, ongeacht of zij geopereerd zijn of niet. Het lichaam kan het uitpuilende herniaweefsel vaak zelf opruimen, waardoor de druk op de zenuw vermindert. Een operatie kan sneller verlichting geven bij ernstige of

langdurige zenuwpijn, maar kent ook risico’s. Daarom is opereren niet altijd de eerste stap.”

Belangrijk is het onderscheid tussen zenuwpijn en vooral rug- of nekpijn. Bij die laatste groep is een operatie meestal niet zinvol. Bij patiënten boven de 65 jaar lijken klachten soms op een hernia, maar berusten ze vaker op een vernauwing van het wervelkanaal. Dat komt doordat tussenwervelschijven op oudere leeftijd indrogen, waardoor er minder materiaal is dat kan uitpuilen. Let bij alarmsymptomen zoals acuut krachtsverlies, rijbroekanesthesie, urineretentie of incontinentie altijd op mogelijke spoed. 

COLOFON

Inzicht is een uitgave van het Spaarne Gasthuis en geeft inzicht in hoe het ziekenhuis als lid van de vereniging Samenwerkende Topklinische opleidings-Ziekenhuizen 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.

Hoofdredactie

Peter de Winter
Tamara Naseri-Paul

Eindredactie

Tamara Naseri-Paul
Jetta Roozeboom

Bladconcept en vormgeving

Maters en Hermesen
Vormgeving

Artikelen

Lyanne Krauss, Tamara Naseri-Paul, Jetta Roozeboom, Anna van Os

Fotografie

Michel ter Wolbeek, iStock,
Mark van den Brink

Illustraties

Monique Wijbrands

Drukwerk

Easyprint

Lithografie

Studio Boon

SPAARNE GASTHUIS OPNIEUW ERKEND ALS STZ-ZIEKENHUIS

Het Spaarne Gasthuis heeft opnieuw de STZ-erkenning ontvangen voor de komende vijf jaar. Daarmee blijft het ziekenhuis onderdeel van de Samenwerkende Topklinische Ziekenhuizen: ziekenhuizen die naast brede basiszorg ook topklinische zorg bieden en zich onderscheiden op samenwerking, opleiding, onderzoek en innovatie.

Ook zijn 11 topklinische functies binnen het Spaarne Gasthuis (her) erkend als Topklinisch

Expertisecentrum (STZ-TEC). Deze erkenning onderstreept de specialistische expertise die in huis aanwezig is en de inzet van onze teams om complexe zorg dichtbij de patiënt te organiseren.

Wat betekent het om een topklinisch ziekenhuis te zijn? In deze korte video laten we zien hoe het Spaarne Gasthuis werkt aan zorg die dichtbij en specialistisch is. Met aandacht voor patiëntenzorg, opleiding, onderzoek en innovatie

blijven we onze zorg ontwikkelen – samen met collega’s, patiënten en verwijzers in de regio. 



**Scan de
QR-code
en bekijk
de video.**

Nieuw Sociaal Loket verbindt zorg en welzijn

Niet iedere hulpvraag vraagt om medische zorg. Soms ligt de oplossing juist in het sociaal domein. Daarom werd in de centrale hal van het Spaarne Gasthuis in Haarlem Zuid het Sociaal Loket geopend.

Het loket is een samenwerking tussen het ziekenhuis, Buurts en andere organisaties uit het sociaal domein. Patiënten, mantelzorgers en bezoekers kunnen er terecht met vragen die niet direct medisch zijn, maar wel invloed hebben op gezondheid en dagelijks functioneren. Denk aan eenzaamheid, financiële zorgen, mantelzorg, mobiliteit of het ontbreken van een sociaal netwerk.

Juist het ziekenhuis is daarvoor een logische plek: hier komen veel mensen samen en tijdens een ziekenhuisbezoek wordt soms zichtbaar dat er meer speelt dan de medische vraag

alleen. Waar nodig verwijst het Sociaal Loket door naar passende ondersteuning in de regio.

Tijdens een eerdere pilot en op de spoedeisende hulp zijn al veel mensen doorverwezen naar organisaties als BUUV, Tandem, Huis van de Wijk, MeerWaarde en WIJ Heemstede. Het Sociaal Loket biedt informatie, advies en verwijst bijvoorbeeld door naar mantelzorgondersteuning, Wmo-voorzieningen, welzijnsactiviteiten, mantjesprojecten en initiatieven tegen eenzaamheid.

Het Sociaal Loket is voorlopig twee dagdelen per week geopend. Medewerkers van onder andere Buurts, PlusPunt en STERK Bloemendaal Heemstede zijn dan aanwezig om bezoekers te helpen. Zo helpt het Sociaal Loket om signalen die in het ziekenhuis naar voren komen, direct te verbinden met ondersteuning dichtbij huis. 

