

IN ZICHT

NR. 2 | mei 2017



**Escaperoom
Spel als leervorm**

—
**Plastische chirurgie
Meer dan repareren**

—
**OUDEREN
ZORG**
dossier

Snel schakelen met de gynaecologen

Eveline Lenselink heeft al zo'n 250 vrouwen begeleid bij hun bevalling. Geen dag is hetzelfde en niets is zo onvoorspelbaar als de verloskunde. Dit werd maar weer eens duidelijk bij een bevalling die ze laatst begeleidde. Wat begon als een thuisbevalling, eindigde vanwege een uitgezakte navelstreng in een spoedkeizersnede. Voor Eveline betekende dit snel schakelen met het ziekenhuis. Gelukkig is de zorg voor zwangeren in de regio goed geregeld, helemaal met de start van Rndom zwanger. In het netwerk Rndom zwanger werken verloskundigenpraktijken intensief samen met de afdeling verloskunde van het Spaarne Gasthuis en

de kraamzorg. Een zwangere vrouw meldt zich aan op www.rndomzwanger.nl of rechtstreeks bij een van de verloskundigenpraktijken. Na een intakegesprek bespreken verloskundigen en gynaecologen waar zij de beste zorg kan krijgen. Zo is in een vroeg stadium duidelijk wie de zwangere vrouw het beste kan begeleiden en hoe haar persoonlijke zorgpad eruit ziet. Dat zorgpad kan de zwangere vanaf deze zomer ook bekijken in de app die hiervoor gebouwd wordt. Door de nauwe samenwerking zijn de verloskundig zorgverleners in de regio goed op elkaar ingespeeld. Ook bij complicaties zoals bij deze spoedkeizersnede. ●

TEKST MANJA TIJSSSENS BEELD JEAN-PIERRE JANS



Eveline Lenselink,
een van de zes
verloskundigen bij
Verloskundigen-
praktijk Haar-
lemmermeer &
Bollenstreek

inhoud

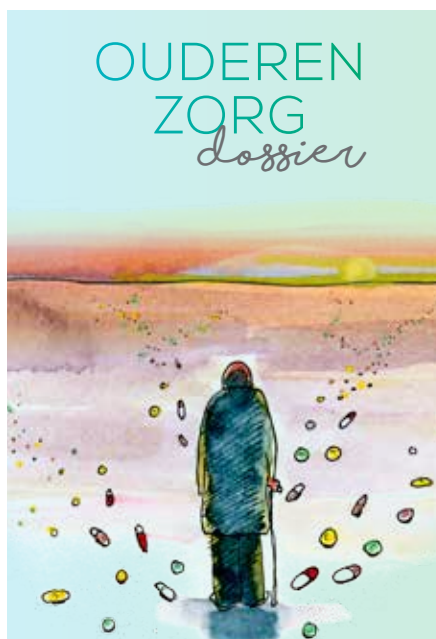
IN ZICHT #2 MEI 2017

4

Het ene kind is aan de lopende band ziek, het andere niet. Wat maakt ze vatbaarder?



15



8

Een ervaring zoals een escaperoom blijft beter hangen dan een boek. Het ziekenhuis gaat anders leren.



24

Plastisch chirurg Kalam Ahmed: "Het is een zeer creatief vak, het is meer dan repareren."

What you
see is what
you get

VERDER **P6** Gespecialiseerde afdeling BCU vergroot goed herstel
P11 Urineverlies gênant? **P12** Kort **P14** Interessante onderzoeksresultaten
P27 3D mammogram **P28** Alles voor vrouw en kind **P30** Eerste nursing liaison officer
P31 Contact en colofon **P32** 'Dokter' Laurens

Waarom zo vatbaar



Er is nog maar weinig bekend waarom het ene kind aan de lopende band ziek of verkouden is, en het andere kind veel minder vatbaar is voor luchtweginfecties. Dragerschap van bacteriën is een risicofactor voor ziekte, maar de aanwezigheid van bacteriële ziekteverwekkers, pathogenen, hoeft niet te betekenen dat een kind ziek wordt. Wel of niet ziek worden lijkt mede te worden bepaald door de aanwezigheid van andere bacteriën in de neuskeelholte die geen ziekteverwekkers zijn, de commensalen. Astrid Bosch onderzocht de ontwikkeling van de microbiota bij een groot cohort jonge kinderen.

Samen met de pathogenen vormen commensalen een microsamenleving, de microbiota. De microbiota is onmisbaar voor de mens. Zo is de microbiota belangrijk voor de uitrijping en stimulatie van cellen van het immuunsysteem. Ook zorgt de microbiota ervoor dat pathogenen niet kunnen koloniseren of overgroeien en zo ziekte veroorzaken. Door virusinfecties of het gebruik van antibiotica kan de samenstelling van de microbiota zodanig veranderen dat belangrijke commensalen verdwijnen. Hiermee gaat de beschermende functie van de microbiota verloren en krijgen pathogenen een kans om een ziekte te veroorzaken.

Ander bacterieprofiel voor kind met luchtweginfectie

Tot enkele jaren geleden konden bacteriën alleen maar onderzocht worden door ze te kweken. Door nieuwe technieken kunnen we nu het DNA van bacteriën analyseren. Dit heeft geleid tot nieuwe inzichten in het ontstaan van ziekten. Bacteriesoorten die tot voor kort onbekend waren, blijken nu belangrijke spelers te zijn bij het ontstaan van of juist het beschermen tegen ziekte. Uit eerder onderzoek bleek dat vaak één of een paar bacteriesoorten overheersen in de microbiota. Dit noemen we een bacterieprofiel, naar die bacterie die de microbiota overheerst. Het bacterieprofiel van kinderen met luchtweginfecties en oorontstekingen is anders dan van gezonde kinderen. Het is daarom belangrijk te achterhalen hoe zulke bacterieprofielen ontstaan en welke profielen geassocieerd zijn met gezondheid en ziekte. Dit kunnen belangrijke aanknopingspunten zijn voor nieuwe behandelingen tegen luchtweginfecties.

Door keizersnede instabiel microbiota

Uit de literatuur blijkt dat kinderen die worden geboren via een keizersnede over het algemeen vaker luchtweginfecties hebben dan kinderen die vaginaal geboren

worden. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat er bij een keizersnede een andere bacterieoverdracht van moeder op kind plaatsvindt. We zagen dat kinderen geboren via een natuurlijke bevalling vooral bacteriën van de vaginale en darmflora bij zich droegen, terwijl kinderen geboren na een keizersnede een gemixte flora hadden van huidbacteriën en bacteriën die voorkomen in de omgeving. Na deze eerste kolonisatie veranderde de microbiotasamenstelling naar bacterieprofielen die specifiek zijn voor de neus-keelholte. Dit was afhankelijk van de wijze van geboorte. Kinderen geboren via een natuurlijke bevalling hadden vaker een bacterieprofiel dat werd gedomineerd door de commensalen *Corynebacterie* en *Dolosigranulum*. Kinderen die via een keizersnede te wereld kwamen, wisselden vaker tussen diverse bacterieprofielen. Dit zorgt voor meer instabiliteit van de microbiota, hetgeen geassocieerd is met een hogere kans op luchtweginfecties.

Meer commensalen bij borstvoeding

Borstvoeding beschermt tegen luchtweginfecties. Het bleek dat borstgevoede kinderen vaker een bacterieprofiel hebben met de commensalen *Corynebacterie* en *Dolosigranulum*. Dit is hetzelfde profiel als bij de natuurlijke bevalling. De verschillen in bacterieprofielen tussen borstgevoede en flesgevoede kinderen waren er vooral tijdens de eerste levensmaanden.

Antibiotica maakt vatbaar

Antibiotica zijn erg effectief in het bestrijden van pathogenen, maar ze roeien ook de commensalen uit. Het onderzoek laat een negatieve relatie zien tussen antibioticagebruik en de aanwezigheid van commensalen zoals *Corynebacterie* en *Dolosigranulum*. Dit effect was zelfs tot een maand na het antibioticagebruik waarneembaar. Het dragerschap van pathogenen zoals *Haemophilus influenzae* en de pneumokok nam daarentegen toe. Dit zou kunnen verklaren waarom sommige kinderen na een antibioticakuur vatbaarder zijn voor een andere infectie.

Verskil in profiel al voor eerste infectie

Is er een verschil tussen kinderen die veel of juist weinig luchtweginfecties hadden in hun eerste jaar? Het bleek dat kinderen die vaak ziek waren, al vanaf jonge leeftijd een andere bacteriesamenstelling hadden dan kinderen die weinig ziek waren. De groep die vaak luchtweginfecties had, had vaker dragerschap van pathogenen, terwijl ook duidelijk werd dat bepaalde bacterieprofielen gunstig zijn en bescherming bieden tegen het ontstaan van luchtweginfecties. Opvallend genoeg waren de veranderingen al vanaf jonge leeftijd aanwezig, al voordat het kind de eerste keer een luchtweginfectie had. Dit geeft aan dat in het ontstaan van luchtweginfecties de microbiota een belangrijke rol speelt.

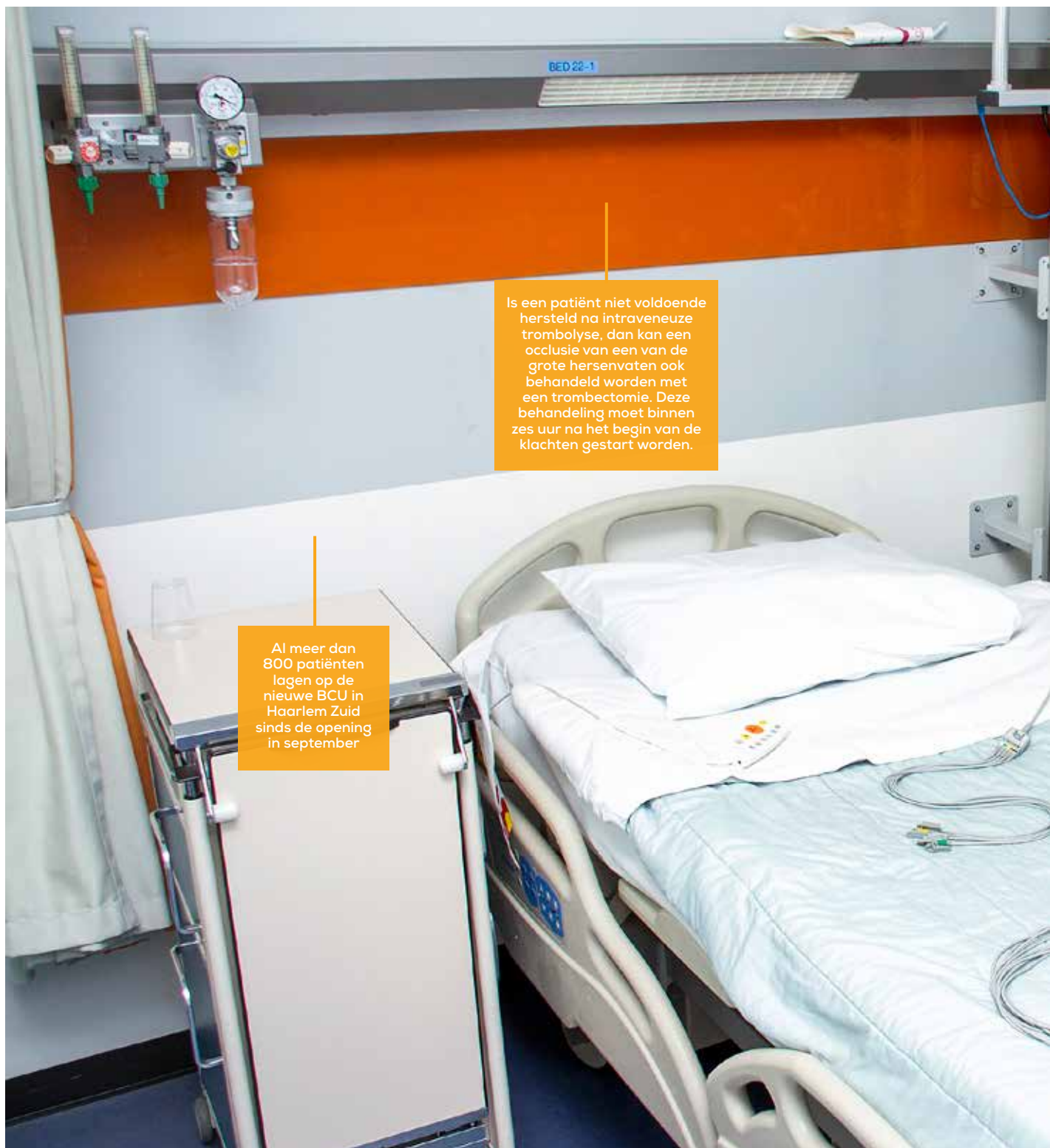
Mogelijk kunnen we in de toekomst al in een vroeg stadium uitvinden of een kind vatbaar is voor luchtweginfecties. Het beïnvloeden van de ontwikkeling van de microbiota is daarbij ook een optie. Dit biedt mogelijkheden voor behandeling en preventie van luchtweginfecties. ●

Meer weten? Lees het proefschrift van Astrid Bosch via pubmed: [The development of respiratory microbiota and its role in respiratory disease](#).

Astrid Bosch is gepromoveerd bij dr. Marlies van Houten, kinderarts in het Spaarne Gasthuis, in samenwerking met het WKZ onder leiding van prof. Lieke Sanders en prof. Debby Bogaert. Na een jaar als zaalarts kindergeneeskunde in Birmingham gewerkt te hebben, is Astrid begin maart gestart met de huisartsenopleiding in Utrecht.



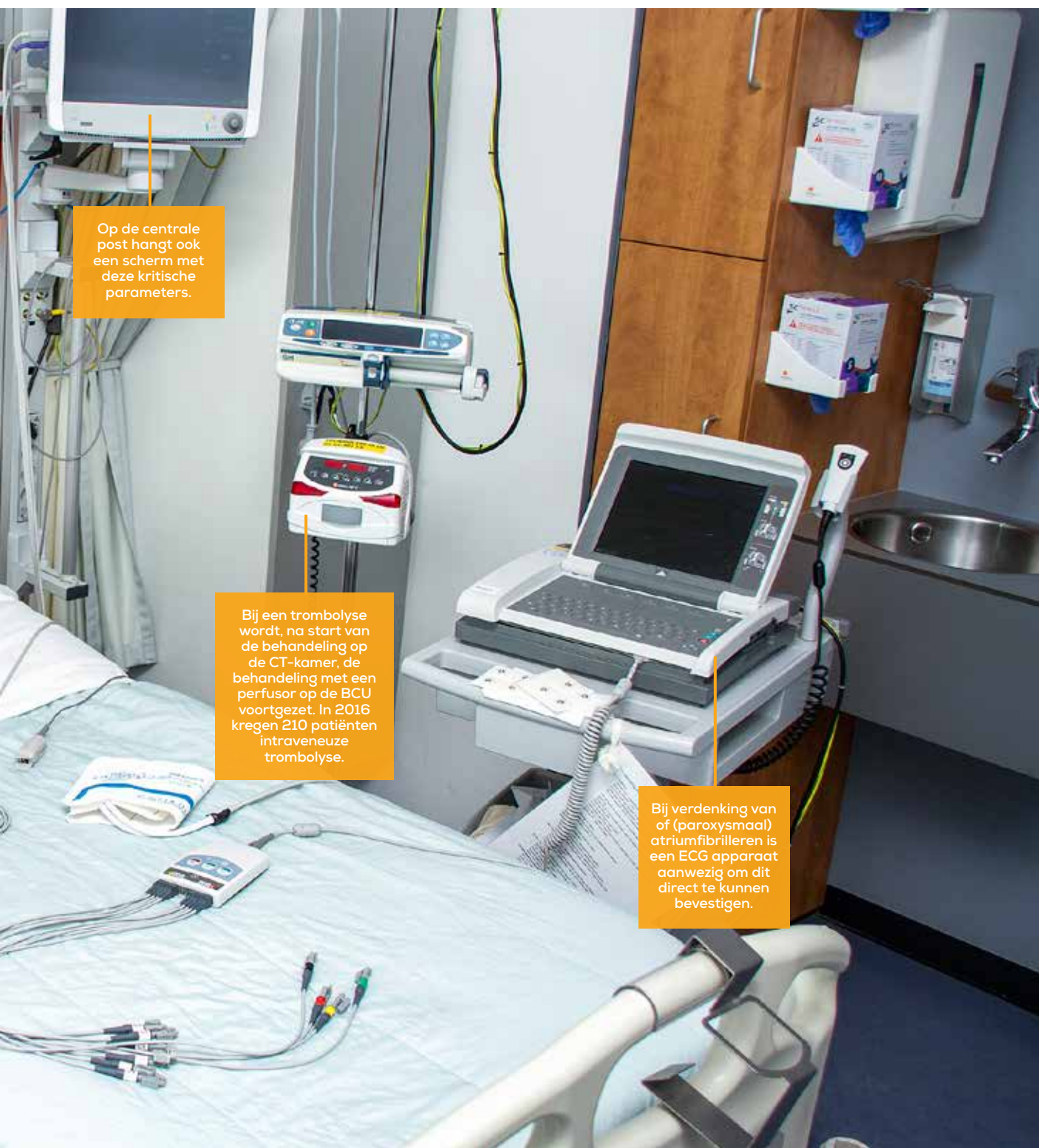
'Wel ziek worden lijkt mede te worden bepaald door de aanwezigheid van andere bacteriën'



Is een patiënt niet voldoende hersteld na intraveneuze trombolysie, dan kan een occlusie van een van de grote hersenvaten ook behandeld worden met een trombectomie. Deze behandeling moet binnen zes uur na het begin van de klachten gestart worden.

Al meer dan 800 patiënten lagen op de nieuwe BCU in Haarlem Zuid sinds de opening in september

De extra bewaking op de Brain Care Unit (BCU) geeft patiënten een grotere kans op goed herstel. Sinds september 2016 heeft het Spaarne Gasthuis een BCU.



TEKST TAMARA PAUL BEELD MARK VAN DEN BRINK

De afdeling heeft twaalf bedden en vanuit een speciale centraalpost houden artsen en verpleegkundigen direct toezicht op patiënten en hun vitale parameters. Patiënten met neurologische aandoeningen in de acute fase, bijvoorbeeld een herseninfarct, hersenbloeding of voortdurende epileptische aanval, krijgen hier dag en nacht extra zorg en bewaking. Neuroloog Frank de Beer: "Er is aangetoond dat opname op zo'n gespecialiseerde afdeling de kans op goed herstel vergroot bij patiënten met een

herseninfarct. Patiënten zijn minder afhankelijk van een verpleeghuis na hun opname op de BCU. Dit geldt ook voor mensen met een hersenbloeding. Waarschijnlijk spelen meerdere factoren hierbij een rol: een gespecialiseerd team, snelle diagnostiek en behandeling waaronder intraveneuze trombolysse bij een acuut herseninfarct. Maar ook vroege planning en start van revalidatie en het direct kunnen ingrijpen bij dreigende complicaties – mede door direct zicht op de patiënt vanuit de centraalpost. ○



Je moet het zelf weten

Het Spaarne Gasthuis gaat anders leren

Met z'n allen luisteren naar de docent, het boek lezen, de toets maken. Zo kan leren natuurlijk nog, maar het Spaarne Gasthuis gaat het ook anders doen. Manager Spaarne Gasthuis Academie Pim Verra en manager HR Henk Wellen vertellen waarom: "Iedereen leert op zijn eigen manier, het is dus niet meer one size fits all."

TEKST ILSE GROESZ BEELD MARK VAN DEN BRINK ILLUSTRATIE KAISA POHJOLA

"Het leren stopt niet nadat je bent gediplomeerd. Je moet je blijvend ontwikkelen", voegt Wellen toe. "Hoe je dat doet, mag je voor een belangrijk deel zelf bepalen." Wellen en Verra lichten aan de hand van drie toepasselijke quotes en verschillende voorbeelden de nieuwe visie op leren toe.

'Niets is zo ongelijk als de gelijke behandeling van ongelijken'

– Hans Galjaard

Verra: "Tot nu toe behandelden we de 4200 medewerkers van het Spaarne Gasthuis als gelijken als het om leren ging. Dat gaan we niet meer doen. Leren doet iedereen op zijn eigen manier. Dat is dus niet meer alleen in een klasje maar kan overal. Leren is een continu proces en tegelijkertijd urgent. Continu omdat je altijd leert, ook tijdens je werk. Daar maken we nu te weinig gebruik van. Urgent omdat het werk snel verandert, niet alleen technisch of procedureel, maar ook in wat patiënten willen en vragen." Wellen: "Blijf je ontwikkelen, anders kun je niet meer meekomen." Verra voegt toe: "Daarin is het belangrijk dat je je persoonlijk leiderschap gebruikt, liefst samen met anderen en als het even kan wanneer het jou uitkomt."

Loslaten en vertrouwen

"Hoe je leert, welke weg je neemt is belangrijk, en de verantwoordelijkheid van de medewerker", vertelt Wellen. "Het leren en ontwikkelen koppelen we aan het gewenste resultaat." "En dat is wennen", zegt Verra. "Neem de e-learning en een verpleegkundige die een toets moet doen om een risicovolle voorbehouden handeling te mogen blijven uitvoeren. Tot nu toe moest ze eerst de e-learning 'vinken' voor ze de toets kon maken. Nu hebben we onze leermanagementsystemen anders ingericht en kan ze de toets meteen doen. Het is toch gek om er vanuit te gaan dat je maar een keer in de zoveel jaar leert, voor die toets. Je leert iedere dag, en gebruikt die kennis." Wellen: "De e-learning is er ter ondersteuning, het resultaat is dat je bekwaam bent. Als je dat kan zonder e-learning, vinden we dat prima. Dit meten van resultaten is een belangrijke verandering. Het is een andere manier van leren en dus ook van leidinggeven, een die vraagt om loslaten en vertrouwen. Leidinggevend vinden dat best ingewikkeld en hebben behoefte aan een kader."

Verschillende wegen, zelfde resultaat

"Dat kader om leren te koppelen aan resultaten is er", vertelt Verra. "In onze functieomschrijvingen staat wat we moeten presteren. Dit geeft de leidinggevende en de medewerker houvast en moet de basis zijn voor hun gesprek over 'hoe gaat het, waar sta je nu en wat heb je nodig?'" Wellen: "Aanvaard de filosofie van meneer Galjaard. Je hebt als leidinggevende misschien wel 85 individuen in je team. Die kun je niet gelijk behandelen. Natuurlijk hebben ze voor een deel



Manager HR **Henk Wellen** en manager Spaarne Gasthuis Academie **Pim Verra** in de escaperoom van het ziekenhuis.

dezelfde ontwikkelbehoefte, maar een deel verschilt per persoon. Daarover ga je in gesprek. En leveren die verschillende wegen dan wel hetzelfde resultaat op? Daar ben je leidinggevende voor om dat te kunnen bepalen.”

‘Het zijn niet de sterkste soorten die overleven. Het is de soort die het best reageert op veranderingen’

– Charles Darwin

Wellen: “De maatschappij verandert snel. Om mee te blijven doen moeten we voortdurend leren. Over een aantal jaar bestaat het instituut ziekenhuis niet meer zoals we het nu kennen. We worden veel meer als netwerkorganisatie opgenomen in de directe omgeving. We leveren natuurlijk nog wel specialistische zorg, maar alles erom heen moeten we op een andere manier organiseren. Dat vraagt wat van medewerkers. En kijk bijvoorbeeld naar de verpleegkundige. We krijgen te maken met een krapte op de

Zit je zonder bescherming aan een onbekende stof? Dan vind je de juiste code of sleutel niet en kun je niet ontsnappen uit de escaperoom. In de escaperoom, bedacht door de Spaarne Gasthuis Academie, komen allerlei veiligheidsthema's aan bod. Of het team ontsnapt of niet, er is altijd een nabespreking. Hoe gaat het werken in een soms onbekend team? Wie doet wat? Ook krijgen de deelnemers advies welke trainingen ze kunnen doen om hun kennis bij te spijkeren. De escaperoom kreeg veel aandacht in landelijke media en won in maart de Planetree Innovatie Award.

arbeidsmarkt in de aanwas van jonge verpleegkundigen en zien tegelijkertijd dat naarmate de leeftijd vordert ‘alles kunnen’ niet voor iedereen zo vanzelfsprekend meer is. Dit kunnen we niet alleen als ziekenhuis aanpakken.”

Kun je anders denken

Verra: “Verandering is er overal, niet alleen binnen ons gasthuis maar ook van buitenaf is er een continue stroom van veranderingen zoals over opleidingseisen, over de rol van de zorgverzekeraar, de grenzen van behandeling en de maatschappelijke visie over gezondheid. Door deze veranderingen vraag je je als professional steeds vaker af ‘wat doet dat met mijn werk?’





Verra: "Kennis is belangrijk, maar vul het niet in voor een ander. Wij denken bijvoorbeeld te weten wat een patiënt nodig heeft als hij vanuit het ziekenhuis naar huis gaat, maar het is de 1e lijn die hier veel meer kennis van en ervaring mee heeft. We moeten dus af van het zelf bedenken en toe naar gezamenlijk leren en ervaren, over de muren van ons ziekenhuis heen. Zodat we de kennis en ervaringen die we samen hebben, kunnen gebruiken in de zorg voor de patiënt. Als die er beter van wordt, hebben we gezamenlijk ons doel gehaald."



Kleine ingreep groot effect

Sjannie Steffens is bij gynaecoloog Astrid Vollebregt voor controle. Ze is bij het Bekkenbodencentrum behandeld voor ongewild urineverlies. Iets wat in haar familie wel vaker voorkwam.

Ze had er last van bij het tillen en bukken. Maar ook bij onverwachte bewegingen en moest heel vaak naar het toilet. Het begon haar steeds meer te irriteren, maakte haar humeurig en chagrijnig. Via haar huisarts kwam ze terecht bij een bekkenbodemspecialist. Ze kreeg een maand of zes training en oefeningen voor de bekkenbodem. Toen dat niet voldoende hielp, werd ze verwezen naar het Bekkenbodencentrum, voor onderzoek door de gynaecoloog en eventueel ook de uroloog. Ze kreeg vrijwel meteen een

afspraken, met wat voorbereiding: een vragenlijst over haar medische voorgeschiedenis en van tevoren veel drinken om haar blaas vol te krijgen. Ze werd onderzocht door gynaecoloog Vollebregt en kreeg meteen de diagnose en advies voor de behandeling.

Een kleine tvt-operatie (tensie vrije vaginale tape) zou helpen. Daarvoor kon ze binnen drie weken terecht. Snel na de operatie verdwenen haar klachten. Bij de tvt-operatie werd er onder de plasbuis een klein sneetje gemaakt

en ook twee kleine sneetjes bij het schaambeentje. Door deze openingen bracht de gynaecoloog een kunststof bandje onder de plasbuis. Hierdoor sluit de plasbuis beter en verdwenen haar klachten.

Sjannie merkt, ook in haar werk in een drogisterij, dat vrouwen het urineverlies gênant vinden en er veel te lang mee blijven lopen. Daarom vraagt ze soms door als klanten vragen hebben over mid-deltjes. En geeft advies om naar de huisarts te gaan, omdat er wat aan te doen is! 

De Winter Geen diagnose

Het komt regelmatig voor dat ik bij mijn patiënten met een lichamelijke klacht geen diagnose kan vinden. Denk hierbij aan kinderen met hoofdpijn, duizeligheid, buikpijn en moeheid. Het niet kunnen vinden van een oorzaak geeft bij het kind, vooral bij de ouders en ook bij mij een onbevredigend gevoel. Ik ben getraind om een differentiaal diagnose te stellen die gaat leiden tot een diagnose en merk dat ik moeite heb met een onbegrepen klacht. Het druist tegen mijn gevoel in om een kind zonder diagnose naar de huisarts terug te sturen. Daarom heb ik mij de laatste jaren verdiept in Somatisch Onvolgdoende verklaarde Lichamelijke Klachten (SOLK). Maar leg dat de ouders maar eens uit. Die zijn naar mij gekomen om te achterhalen wat hun kind heeft en zitten niet te wachten op mijn diagnose dat er GEEN diagnose te stellen valt.

Ik heb me aangeleerd om bij de meeste aandoeningen aan SOLK te denken en ouders hier geleidelijk en vaak al vanaf het eerste contact aan te laten wennen. Overigens heb ik het liever over een functionele stoornis met de uitleg hoe het lichaam werkt en hoe je klachten kunt krijgen zonder dat er een (ernstige) diagnose te stellen is. Meestal lukt dit wel. Soms gaat het helemaal mis en worden de uitleg en het plan niet geaccepteerd. De dwang tot *second opinion* is soms hoog en daar zwicht ik dan ook uiteindelijk voor. Dit voelt niet goed, want dit houdt de onrust bij kind en ouders in stand en de kosten zijn onnodig hoog.

Het kan ook goed werken om een collega uit een academisch ziekenhuis met een andere bril te laten kijken. Verrassingen lees ik bijna nooit in de brief met de terugkoppeling. Overigens, andersom gebeurt het ook wel eens. Een *second opinion* vanuit een academisch ziekenhuis naar mij. Gelukkig, ook daar komt het dus voor.

Peter de Winter
Kinderarts en decaan
Spaarne Gasthuis
Academie



Dialyse thuis, ook in de Janskliniek

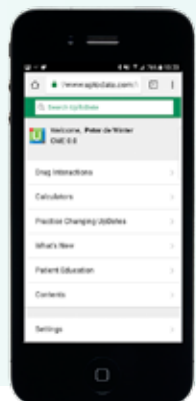
Thuisdialyse was een uitkomst voor meneer en mevrouw Janknegt. "Het brengt rust en scheelt een heleboel heen en weer gereis." Toen meneer Janknegt verhuisde naar de Janskliniek in Haarlem, dachten ze even dat die rust verstoord zou worden. Ze zijn dan ook heel blij dat Tanja Reffeltrath, die bij het echtpaar thuis kwam, ook naar de Janskliniek komt. Tanja is coördinator van de thuisdialyse en één van de verpleegkundigen van het Spaarne Gasthuis die op locatie dialyse uitvoeren. Een samenwerking van de Janskliniek, Vitaal Thuisdialyse en het Spaarne Gasthuis.

BEELD MARK VAN DEN BRINK



Dat zoeken we op

UpToDate is een actuele klinische vraagbaak waar artsen snel antwoord krijgen op hun vragen. Dat kan overal, ook thuis en mobiel. In 2016 werd UpToDate 40.000 keer gebruikt, zo'n 400 tot 1000 keer per week. In het Spaarne Gasthuis zijn de internisten de grootste groep gebruikers, gevolgd door de kinderartsen en masterstudenten.



IN/UIT

Medisch specialisten

naam Mark Kolenbrander
werkt als anesthesioloog
komt van UMC Utrecht
per 1 januari 2017

naam Maartje Salomons
werkt als SEH-arts
komt van Westfriesgasthuis
per 1 januari 2017

naam Nathaly Rius Ottenheim
werkt als psychiater
komt van Erasmus MC
per 1 februari 2017

naam Arinda Brinkman
werkt als anesthesioloog
komt van VUmc
per 1 mei 2017

naam Sefik Karagozoglu
werkt als anesthesioloog
komt van AvL
per 1 juni 2017

naam Inco van Beijeren
werkt als anesthesioloog
vertrekt per 1 mei 2017

naam Jan van Heteren
werkt als anesthesioloog
vertrekt per 1 mei 2017

Bekijk het overzicht van alle medisch specialisten op www.spaarnegasthuis.nl

845

masterstudenten geneeskunde liepen in 2016 hun verschillende coschappen in het Spaarne Gasthuis.

182

aios specialiseerden zich bij 23 verschillende opleidingen.

232

leerlingen verpleegkunde liepen hun stages.

Kort

BEELD JEAN-PIERRE JANS



Lachgas voor kinderen op SEH

Met lachgas vinden kinderen hun behandeling minder pijnlijk en minder traumatisch. Sinds 21 april kunnen kinderen op de SEH lachgas krijgen.

Lachgas heeft een licht verdovend effect waardoor kinderen in een lichte slaap vallen, minder pijn voelen en minder angstig zijn. Hierdoor is het eenvoudiger om bijvoorbeeld een wond te hechten, een infuusnaald in te brengen of bloed te prikken. Een ander voordeel van lachgas is dat kinderen de behandeling na afloop vergeten. Zij ervaren het bezoek aan de spoedeisende hulp niet meer als traumatisch.

Lachgas wordt gebruikt bij kinderen tussen de 2 en 18 jaar, is volkomen veilig en kent geen bijwerkingen. Verpleegkundigen zijn geschoold in het gebruik van de apparaten.

Een nieuwe behandelmethode? Een ander medicijn? Of juist geen verandering? Het Spaarne Gasthuis doet als STZ-ziekenhuis wetenschappelijk onderzoek. Met als resultaat een reeks aan publicaties. Meer weten over de uitgelichte citaten? In pubmed vindt u het volledige artikel.

Onderzoeksresultaten

december 2016 – april 2017

Rensen A, Verhoogt E et al. BMC Health Serv Res. 2017

Onderzoek in zes ziekenhuizen bij familieleden van patiënten op de intensive care laat zien dat deze 'geen tegenstrijdige informatie ontvangen', 'begrijpelijke informatie krijgen van artsen en verpleegkundigen' en 'serieus genomen worden' als meest belangrijk ervaren. Lotgenotencontact, overlast en contact met een geestelijk verzorger worden als minst belangrijk ervaren.

Goedhart NS,
van Oostveen CJ,
Vermeulen H.
J Nurs Manag. 2017

Als verpleegkundigen toegang hebben tot leiderschap leidt dit tot betere uitkomsten op het gebied van kwaliteit, effectiviteit, veiligheid, de patiënt centraal en efficiëntie.

Lilij S et al. Int J Med Inform. 2017

Het specifiek maken van medicatie pop-ups, dus alleen pop-ups als het echt nodig is, leidt tot een veel betere naleving van de richtlijnen (van 84 naar 94%) en veel minder pop-ups (van 980 naar 217).

van Bergen et al. 2016 Dec 18;7(12):814-820.

Kitesurfen leidt vaker tot blessures dan windsurfen, hoewel de blessures niet ernstiger waren.

Ravenhorst MB et al. Clin Microbiol Infect. 2017

Zestien procent van de jongeren in de leeftijd van 13-23 jaar is drager van een meningococcal C bacterie. Dragerschap nam sterk toe met de leeftijd, maar deze stijging werd vooral verklaard door roken, opleiding, bezoeken aan drukke plekken, zoenen en alcoholgebruik.

Velzel, Molkenboer,
Vollebrect et al. BMJ. 2017

Fenoterol en atosiban worden regelmatig gegeven voor ontspanning van aanstaande moeders voordat zij een uitwendige versie krijgen. Hoewel bleek dat fenoterol iets vaker leidde tot een succesvolle draaiing na 30 minuten, was er geen verschil in succes tijdens de bevalling.



OUDEREN ZORG

dossier

Man, 89 jaar, weduwnaar, thuiswonend, diabetes, houdt van een goed glas wijn, eenzaam, lichte vorm van dementie, heupoperatie, zkt arts voor goed gesprek over het leven.





Ouder en kwetsbaarder, maar niet allemaal slechter

Als we sommige media en politici mogen geloven, hebben ouderen het maar slecht in Nederland. Ze verpieteren thuis of in verzorgingstehuizen en komen te laat in het ziekenhuis terecht, waar ze niet de juiste zorg krijgen. Geriater Kees Kalisvaart wil een ander geluid laten horen. "Vaak kun je met een simpele oplossing, en met warmte en aandacht, heel veel bereiken."

TEKST HILDE DUYX BEELD JEAN-PIERRE JANS

We worden allemaal steeds ouder, en dus kwetsbaarder. Aan de zorgverleners de taak om in te spelen op die toenemende kwetsbaarheid. Uit onderzoek blijkt dat een oudere die in het ziekenhuis belandt, het risico loopt om er slechter uit te komen dan hij of zij erin kwam.

Hoe hebben jullie de zorg ingericht om deze ouderen zo goed mogelijk te beschermen?

“Bij iedere acute opname van een oudere is het belangrijk om te beoordelen of de patiënt kwetsbaar is. Als er iemand bij ons binnenkomt, maken we veel tijd vrij voor een consult en stellen veel vragen, aan de patiënt zelf, maar ook aan de familie en huisarts. Zijn er problemen met het geheugen? Hoe zijn de eetgewoonten? Zijn er andere aandoeningen of valt iemand vaak? Daarnaast doen we een volledig lichamelijk onderzoek en brengen we het alcohol- en medicijngebruik in kaart. Zodat we aan het einde van de rit precies weten wat de risico's zijn, op bijvoorbeeld vallen, ondervoeding en delier en we de behandelaar goed kunnen adviseren over de behandeling en of er geopereerd kan worden.”

Dit betekent veel samenwerken met andere specialisten. Hoe gaat dat?

“De geriater is in dit ziekenhuis inderdaad mede-behandelaar, wat betekent dat andere specialisten ons advies moeten volgen. En dat gaat goed. Ik weet nog dat ik hier acht jaar geleden begon en sommige medewerkers niet wisten wat een geriater precies is. Door onszelf te laten zien – ook in wetenschappelijke publicaties –, onze hulp aan te bieden, bereikbaar te zijn en te doen wat we beloven, zijn we steeds meer gaan doen. Nu nemen wij standaard de behandeling van oudere patiënten over die aan hun heup zijn geopereerd.”

Zouden ouderen niet altijd na een operatie bij jullie moeten komen?

“Dat vind ik wel, aangezien wij die specialistische kennis van ouderen hebben. Even generaliserend: een longarts kijkt naar de longen, een cardioloog naar het hart. Wij kijken naar de hele mens. Denk aan alcoholgebruik. Twee borrels per dag heeft een andere impact op iemand van 82 dan op iemand van 40. Hetzelfde geldt voor medicijngebruik. We kunnen goed beoordelen of er bepaalde medicatie is waarmee kan worden gestopt. Vooral medicatie die op het zenuwstelsel werkt, geeft een risico op delier en op duizeligheid, en dus op vallen. Misschien eet iemand minder omdat hij bepaalde pillen gebruikt. Natuurlijk stoppen we niet met de medicijnen die de patiënt echt nodig heeft, maar we brengen het allemaal goed in kaart. Voorkomen is beter dan genezen.”

Het beeld dat de media schetsen, dat ouderen het slecht hebben in Nederland, herkent u dat?

“Nee. Natuurlijk zijn er ouderen die eenzaam zijn en niet alle verzorgingstehuizen zijn goed. Maar in Nederland doen we het helemaal niet slecht. Er loopt ontzettend veel gemotiveerd, betrokken en liefdevol personeel rond dat zich inzet voor ouderen en daarnaast ervaar ik dat mensen elkaar willen helpen. Ik zie dat in mijn buurt, maar er zijn ook enorm veel vrijwilligers in het land die iets doen voor onze ouderen. Vaak kun je met een simpele oplossing, en met warmte en aandacht, heel veel bereiken. Zo had ik laatst een man op mijn spreekuur, een gepensioneerd meubelmaker, die zich eenzaam voelde. Ik heb hem gekoppeld aan een student bij 't Gilde die op zoek was naar een mentor. Ze zijn er allebei hartstikke gelukkig mee. Die man heeft nu weer zin in het leven en dat doet hem echt goed. Ik zie om mij heen dat mensen – in de wijk, in het ziekenhuis, huisartsen, vrijwilligers, – dat voor elkaar doen. Het wordt allemaal zo ontzettend opgeklept in de media, net zoals die verhalen over de wet voltooid leven. Het lijkt soms wel alsof het daarbij om duizenden mensen gaat. In werkelijkheid gaat het om zo'n twintig tot dertig gevallen per jaar. Belangrijk bij deze mensen is om veel aandacht te geven en niet over één nacht ijs te gaan. Maar uiteindelijk vind ik dat mensen het recht hebben om hun eigen keuzes te maken.”

—

**'Generaliserend:
een longarts kijkt naar
de longen. Een cardioloog
naar het hart. Wij kijken
naar de hele mens'**

Wat hoopt u nog voor de toekomst?

“Mijn hoop is dat de patiënt nog meer op één komt te staan en de zorg straks volledig om hem heen is georganiseerd. Dat ook de cardioloog of longarts een oudere patiënt standaard naar ons verwijst en er geen tussenschotten meer bestaan. Gelukkig weten ook mensen van buiten, zoals huisartsen en andere zorgverleners, ons steeds beter te vinden en werken we intensief met hen samen. De geriatrie is een jong vak, maar groeit enorm snel. Hier in het Spaarne Gasthuis is het een open, veilige plek waar mensen erg graag komen én werken. Mensen met het hart op de juiste plek. En daar vaart iedereen – patiënt en medewerker – wel bij.” 

Als ik dat geweten had...

Duidelijkheid over behandelwensen en -verboden op het moment van crisis. Dat wil elke behandelaar én patiënt. Een tijdig gevoerd levensverwachtingsgesprek helpt om optimale zorg te kunnen bieden in de geest van de patiënt. Huisarts en projectmanager Inez Boekhout en huisarts Jennifer Baars verwachten dat deze positieve benadering zich als een olievlek over de regio gaat verspreiden.



"Veel ouderen komen in verpleeghuizen terecht en zeggen achteraf: "Als ik dit geweten had, dan had ik niet naar het ziekenhuis gewild", vertelt Baars. "Bijtijds goed informeren kan zo iets voorkomen. Een levensverwachtingsgesprek actief aanbieden aan kwetsbare ouderen van 75plus, ogenschijnlijk 'gezond', maar waarbij het je niet zal verbazen als binnen een jaar een val, een beroerte of een andere ernstige medische situatie plaatsvindt, geeft die patiënten meer eigen regie. Voor het te laat is."

Dappere dokter

Op de Dappere Doktersconferentie eind 2015 kwam het levensverwachtingsgesprek bij kwetsbare ouderen als een speerpunt naar boven. Gert Bucher won er een prijs mee bij LHV huisartsenkring Noord-Holland Midden. Met het 'prijzengeld' is het project in de regio Haarlem en Haarlemmermeer gestart en ontwikkelden Boekhout en Baars een cursus.

Niet reanimeren is niet hetzelfde als niet behandelen

Boekhout: "Vijfentwintig huisartsen en vijftien specialisten van het Spaarne Gasthuis zijn nu getraind. We geven handvatten hoe je zo'n gesprek aangaat, een mal waarin je de wensen van de patiënt vastlegt, en richtlijnen voor het delen tussen de eerste en tweede lijn. Patiënten vinden het meestal prettig dat het ter sprake komt. We geven informatie mee, die ze thuis met een naaste invullen. In een vervolgspraak bespreken we dat. Zo begrijp je hoe mensen tot hun keuzes komen en kun je alternatieven voorleggen. Hun wensen leg je vervolgens vast." Baars vult aan: "Een enkeling schrikt ervan, is bang dat de dokter niets wil doen. Vaak denken mensen dat 'niet reanimeren' gelijk staat aan 'niet behandelen' bij bijvoorbeeld een hartinfarct. Als zo'n gesprek gevoerd is en iemand kan na een beroerte niet meer praten, geeft het rust voor iedereen als in de geest van de patiënt gehandeld kan worden."

Check het levensverwachtingsgesprek

Baars: "Zolang ICT geen sluitende oplossing biedt, vragen we de patiënt dierbaren te vertellen waar het verslag van het gesprek ligt en het aan behandelende artsen te geven. De specialist kan het verslag uploaden, binnenkort komt in Epic op het voorblad dan een linkje. Als iemand op de SEH binnenkomt is dat snel te vinden. Of bellen met de huisartsenpost. Daar kunnen huisartsen in Haarlem het via een zorgmelding doorgeven, in Haarlemmermeer via een Doc2Doc melding, met toestemming van de patiënt." Boekhout: "Check altijd of een patiënt zo'n gesprek heeft gehad, of biedt het aan. Het kan ongewild lijden schelen en - ook niet onbelangrijk - zorgkosten." ●

Meer informatie? Mail naar levensverwachtingsgesprek@gmail.com.

Minder angst geeft beter herstel

Ouderen met een depressie, angststoornis of geheugenproblemen leveren vaker zelfstandigheid en conditie in na een ziekenhuisopname. Bovendien hebben ouderen met een psychiatrische voorgeschiedenis een grotere kans op complicaties.

"Ouderen die psychofarmaca gebruiken, kunnen daar niet zomaar mee stoppen voor een operatie. Dat geeft onttrekkingsverschijnselen", vertelt psychiater Judith Godschalx. "Antidepressiva kunnen gevaarlijke interacties geven met pijnstillers of andere medicatie die bij een narcose wordt gegeven. Ook hebben ouderen met een depressie een risico op verminderd (wond)herstel omdat ze passiever zijn en minder goed voor zichzelf zorgen."

Optimaal voor OK

De meeste mensen voelen wel enige spanning voor ze een medische ingreep moeten ondergaan. Godschalx: "Maar ouderen met geheugenproblemen zijn gevoeliger voor veranderingen in de omgeving, zoals slapen in het ziekenhuis in plaats van in hun vertrouwde slaapkamer. Sommigen zijn vooraf zo angstig dat ze niet meer kunnen slapen en hartkloppingen of angstaanvallen hebben. Vaak hebben zij eerder vervelende of beangstigende ervaringen gehad in de gezondheidszorg. Of zijn er ingrijpende en stressvolle gebeurtenissen geweest zoals een auto-ongeluk of mishandeling. Graag zien we die patiënten voorafgaand aan hun opname of ingreep. Door hun medicatie aan te passen en/of de angst te verminderen met een behandeling, worden deze ouderen in een zo goed mogelijke conditie opgenomen. Hierdoor hebben zij kans op een beter herstel, zowel geestelijk als lichamelijk." 

TEKST JUDITH GODSCHALX

BEELD MYUNG BEEKMAN



Signaleren wat patiënten kunnen

Nancy Langbroek en Christel Roodenburg werken als activiteitenbegeleider op de verpleegafdeling geriatrie. Langbroek: "Bij alles wat we met de patiënten doen letten we op verschillende signalen. Naast

het organiseren en activeren speelt observeren, signaleren en rapporteren een grote rol. In de beweeggroep die we samen met de fysiotherapeut doen, letten we op motoriek, cognitie en het sociale aspect. Maar ook als we

samen appeltaart bakken of gezellig koffie en thee drinken letten we op hoe de patiënten snijden, een kopje oppakken, hoe ze bewegen en reageren. Dat levert waardevolle informatie op." 



Polyfarmacie zorgt voor dilemma's

Waarom een preventief medicijn als een statine, met risicovolle bijwerkingen, voorschrijven aan een patiënt van wie de levensverwachting niet hoog meer is? Het is een van de dilemma's van polyfarmacie. Maar wat doe je? Praten met elkaar, en de patiënt, zegt specialist ouderengeneeskunde bij SHDH Adrienne de Jonghe.

De Jonghe is belast met extra-murale consulten in Haarlem. Op verzoek van een huisarts bezoekt zij kwetsbare ouderen en inventariseert patiënten welbevinden qua 'vallen, vereenzamen en vergeten'. Bij het merendeel van deze mensen zie je polyfarmacie.

In de war van al die pillen

Door comorbiditeit zijn verschillende medisch specialisten betrokken bij een patiënt, die in het voorschrijven van een medicijn kunnen stuiten op een interferentie met een ander medicijn. Maar polyfarmacie zorgt voor meer dilemma's, legt De Jonghe uit: "Voor ouderen is omgaan met al die pillen lastiger. Het geheugen laat hen bijvoorbeeld in de steek

of de frequentie van innemen verschilt per medicijn. En een andere verpakking van een medicijn kan voor verwarring zorgen." Ook hebben ouderen een andere fysiologie. "Neem mensen met een slechte nierfunctie; zij scheiden medicijnen langzamer uit, waardoor het langer in het lichaam blijft met meer bijwerkingen tot gevolg."

Omdat de dokter het zegt

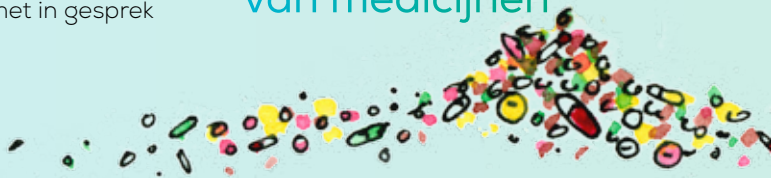
Heilig vertrouwen in hun specialist speelt ook mee bij het ontstaan van een dilemma. Vaak hebben patiënten een jarenlange relatie met hun specialist. De Jonghe vertelt over een oudere man, woont zelfstandig, met multimorbiditeit en polyfarmacie. Bovendien is hij dwangmatig en weert hulp af. Na een CVA kreeg hij bloedverdunners. Maar hij valt vaak; de kans op een interne bloeding is daarom groot. Stoppen met de bloedverdunner is voor hem echter geen optie omdat zijn neuroloog heeft gezegd dat hij 'nooit met bloedverdunners mag stoppen'. Samenwerking is geboden, zegt De Jonghe, in dialoog treden met elkaar. "Eerste en tweede lijn, maar ook specialisten onderling. We denken als dokters nog zeer vanuit het medische model, terwijl we het in gesprek

met elkaar al snel eens worden dat veel vallen en een grote kans op interne bloedingen evenmin wenselijk is."

Voor iedereen een andere uitkomst

"Kwaliteit van leven en levensverwachting moeten meespelen bij het voorschrijven van medicijnen en bij polyfarmacie. Zo kunnen we dilemma's het hoofd bieden. Praat echt met de patiënt en beschouw ieder individu op zich, elk mens is anders. Die opdracht heeft iedere dokter. En dan goed vastleggen wat je afspreekt." Hoe is het met deze meneer afgelopen? "Hij zou zeer angstig en onrustig zijn geworden als hij met de bloedverdunner had moeten stoppen. Hij wilde er per se aan vasthouden. Dat was ondanks de risico's in dit geval een goede reden om ermee door te gaan." ●

'Kwaliteit van leven en levensverwachting moeten meespelen bij het voorschrijven van medicijnen'



Delier bijna nooit zonder restschade

Ouderen die een delier doormaken tijdens een ziekenhuisopname hebben een ongunstige prognose voor volledig herstel, levensverwachting, opnames in zorginstellingen en cognitieve achteruitgang.

Delier wordt als een reversibel beeld beschouwd. Toch blijkt uit onderzoek dat 45% van de patiënten vanaf 50 jaar, die in het ziekenhuis een delier doormaakten, bij ontslag nog symptomen hebben. Drie maanden na ontslag is dit nog 33%. Het risico op langdurig persisterende symptomen is hoger bij patiënten met comorbiditeit zoals dementie, een ernstig delier en een hypoactief delier.

DRAS tegen delier

Wat doet het Spaarne Gasthuis om een delier te voorkomen? Ralph Vreeswijk, verplegingswetenschapper geriatrie, legt uit: "Bij opname is er aandacht voor de kwetsbaarheid van oudere patiënten. Het risico op het ontwikkelen van een delier maakt hier deel van uit. Dit gebeurt bij alle ouderen aan de hand van de Delirium Risk Assessment Score (DRAS).

Bij de DRAS kijken we naar de soort opname (acuut/electief), leeftijd, cognitie, adl/mobiliteit, medicatie, alcoholgebruik, visus/gehoorproblemen en delier in de voorgeschiedenis. Stellen we vast dat de patiënt een risico heeft op een delier, dan starten we met verpleegkundige en medische interventies. Verpleegkundige interventies zijn onder andere het zorgen voor een kalender, foto's, goede vocht- en voedingintake, adequaat gebruik van bril en gehoorapparaat, maar ook de keuze voor een bepaalde patiëntenkamer en plaats in die kamer. Medisch kan het inhouden dat we preventief starten met een lage dosis haloperidol."

Onderzoek bij diverse patiëntenpopulaties heeft aangetoond dat deze interventies leiden tot een reductie van delier oplopend tot 55%. Vreeswijk: "Hoe eerder het risico op delier bekend is hoe eerder we kunnen starten, hoe beter. Het liefst dus al voor opname met de overdracht van de huisarts." ●



POSITIEVE GEZONDHEID

Er is veel onrust. Over dingen die we anders moeten organiseren in de eerste en tweede lijn. Of over de kwetsbare ouderen, die te kwetsbaar zijn om thuis te blijven en niet ziek genoeg voor opname in een ziekenhuis. Een onterechte ziekenhuisopname is voor niemand goed, met zelfs het risico op een infectie met een ziekenhuisbacterie en alle gevolgen van dien.

Hoe ga je hier nu mee om? Moeten we niet heel anders gaan denken over gezondheid en gezondheidszorg? Laatst was ik bij het afscheidssymposium van Marijke 't Hart, directeur van de gezondheidscentra en de huisartsenpost in de Haarlemmermeer. Ik hoorde daar het inspirerende verhaal van Machteld Huber over positieve gezondheid. Mooi verhaal, zeker als je het ziet, hoort en beleeft in de context van het ouder worden. Ook goed passend op een symposium van iemand die met pensioen gaat. Houd zelf de regie en bepaal wat je nodig hebt om gelukkig te leven met je beperkingen, in plaats van te leven met het idee dat je alles moet kunnen blijven doen om gelukkig te blijven.

Kunnen wij iets betekenen voor de positieve gezondheid van onze patiënten? Ja, daar ben ik van overtuigd. Het begint bij een passende ontvangst; optimale toegankelijkheid. Maar minstens zo belangrijk is de vraag aan onze patiënten: wat is belangrijk voor ú? Wat bepaalt voor ú de kwaliteit van leven en wat kunnen wij doen om daaraan bij te dragen?

Het is onze ambitie om, samen met zorgpartners, te werken aan verbetering en vernieuwing van de zorg. Om met elkaar te onderzoeken hoe we ouderen helpen zo gezond mogelijk te blijven. Hoe we samen zorgen voor de juiste zorg op de juiste plek. Kunnen we leren van goede voorbeelden uit andere regio's, van huisartsen, wijkverpleegkundigen, van ouderen zelf? Wat vindt u? Laat het mij weten!

Peter van Barneveld
Voorzitter raad van bestuur
raadvanbestuur@spaarnegasthuis.nl



Wet voltooid leven

Wat als het 'op' is

De afgelopen tijd werd er veel gesproken over hulp bij het beëindigen van een voltooid leven. De ene politieke partij vindt dat daar een uitbreiding van de euthanasiewet voor moet komen, de andere niet.

Recent verscheen het bericht dat de artsenfederatie KNMG tegen stervenshulp bij voltooid leven is. We hebben als ziekenhuis geen rol in het politieke debat, wel hebben we er mee te maken. We vroegen een verpleegkundig specialist, geestelijk verzorger, geriater en een huisarts uit de regio naar hun ervaring en mening

Dan leven ze alleen nog maar om dood te gaan

Kees Kalisvaart, geriater "Als je leest over voltooid leven, lijkt het soms wel alsof het over duizenden mensen gaat. Dat is natuurlijk niet zo. Ik denk dat ik ongeveer een keer in de twee jaar iemand tegenover me heb zitten, die zegt, voor mij is het leven gewoon klaar. Belangrijk is dan om niet over één nacht ijs te gaan en heel veel warmte en aandacht te geven. Maar als iemand toch bij dat gevoel blijft, ook nadat alles is geprobeerd, dan begrijp ik de wens wel. Met de huidige euthanasiewet kun je deze mensen echter niet helpen, want er is bij hen geen sprake van ondraaglijk en fysiek lijden. Ik ben dan ook, in tegenstelling tot de KNMG, vóór een aanvulling van de wet, zodat je op een waardige manier een 'voltooid leven' kunt beëindigen.

En natuurlijk zou dat moeilijk zijn. Maar ik begrijp mijn patiënten ook, soms is het gewoon op. Dan leven ze alleen nog maar om dood te gaan. Waarom zouden we dat niet op een nette manier regelen? Om op tijd de wensen van een patiënt te kennen, zou het goed zijn als (huis)artsen met alle patiënten van boven de 80 jaar een levensverwachtingsgesprek voeren. Niet alleen kun je dan nog proberen te voorkomen dat iemand in een spiraal van eenzaamheid terecht komt, maar je dwingt mensen ook om er goed over na te denken en hierover te praten. Wat wil ik nog? Hoe zie ik de komende jaren voor me? Aan de arts vervolgens de taak om per patiënt te kijken wat er mogelijk is om die laatste jaren zo zinvol en fijn mogelijk te maken."

Meehelpen om uit te houden

Frans Bossink, geestelijk verzorger "Ik ben er als praatpaal voor patiënten die worstelen met vragen over wat het leven juist nu nog waardevol kan maken. Ik probeer daarin met hen mee te zoeken naar geestkracht en hoop. Daarbij zie ik dat mensen soms aangeven dat ze het leven niet meer zien zitten. Het is 'op', zeggen ze, en dat lijkt ook niet meer over te gaan. Wat kun je dan doen? Ik denk: meehelpen om het uit te houden. Als iemand eenzaam blijkt te zijn, probeer ik – als de ander dat wil – iedere dag even langs te gaan. Hoop kun je iemand niet aanpraten. Wel kun je zeggen dat je ziet dat de ander lijdt. Dat geeft dan tenminste erkenning en maakt misschien iets minder alleen.

Lijden is een deel van het leven en lang niet alle lijden is op te lossen. In deze tijd van maakbaarheid en 'eigen regie' lijken we dat soms weleens te vergeten. Een wet die het mogelijk maakt om niet-terminaal leven te beëindigen omdat iemand het als zinloos ervaart, versterkt dat vergeten vooral. Ik zou liever zien dat de overheid meer investeert in maatregelen die het 'samen-leven' versterken, dan in deze wet."

Er speelt meer dan alleen eenzaamheid

Mascha Juffermans, verpleegkundig specialist palliatieve zorg "Ik hoorde Gert-Jan Segers van de Christen Unie op de radio over voltooid leven. Hij gaf aan dat wij als maatschappij onze ouderen meer moeten bezoeken. Eenzaamheid was volgens hem de reden voor mensen om het leven als voltooid te ervaren. Ik vind dat te eenzijdig en wil dit beeld graag nuanceren vanuit mijn werkervaring. Voltooid leven komt lang niet altijd voort uit eenzaamheid. Ik spreek regelmatig ouderen die een mooi leven hebben gehad, maar niet door willen. Ik hoor dan dat een combinatie van factoren, zoals een aftakelende gezondheid, het verlies van zelfstandigheid en het missen van een toekomstperspectief, zorgt voor minder kwaliteit van leven. Er staan vaak betrokken kinderen



naast die, ondanks hun eigen verdriet, de keuze van hun vader of moeder respecteren. Op de Facebook-pagina van de CU heb ik gereageerd. Tot mijn verbazing werd ik door de heer Segers uitgenodigd om over het onderwerp te komen praten. Ik wil vooral mijn ervaringen met hem delen en hoop dat hij daardoor meer inzicht krijgt in waarom mensen hun leven voltooid vinden. Het is een onderwerp dat actueel blijft, we worden tenslotte steeds ouder en dat gaat niet altijd samen met kwaliteit van leven. Meer aandacht is dan niet altijd dé oplossing. Mensen komen niet zomaar tot de conclusie dat ze niet verder willen leven en we doen deze groep te kort als we niet serieus naar ze luisteren."

Dood hoort bij leven, maar dood 'gaan' willen we niet accepteren

Natacha Wagenaar, huisarts en kaderarts

palliatieve zorg: "In mijn praktijk heb ik het niet direct aan de hand gehad dat mensen aangeven dat hun leven voltooid is. Ik vind het daarom onge-
nuanceerd om te zeggen dat ik er tegen ben. Wat

het zo moeilijk maakt is dat iemand laten sterven onherroepelijk is. Een proces waar veel gesprekken aan vooraf gaan. Dat verandert niet, of zou niet moeten veranderen, met een nieuwe wet.

Men wordt gezonder ouder, maar veel ouderen hebben, door verlies op sociaal, psychisch en fysiek gebied, het gevoel steeds meer langs de zijlijn te staan. We zouden de maatschappij beter moet inrichten op ouder worden, op mensen betrokken houden. Daarnaast, de dood hoort bij het leven, maar dood 'gaan' of het proces van doodgaan willen we niet accepteren. In de huidige euthanasiewet zit ruimte om mensen met een opeenstapeling van ouderdomsklachten en een gevoel van voltooid leven bij te staan als dat nodig is. Is een nieuwe wet dan per se nodig? Als aan de andere kant blijkt dat het vaker voorkomt dat je als arts meevoelt met de wens van de patiënt, maar die wens niet uit kunt voeren binnen de wet, dan vind ik dat we verder moeten kijken." ●



"In elk bureau waar-
aan ik werk, heb ik een
handspiegel liggen. Ik ga
vaak naast de patiënt
zitten, geef hem of haar
de spiegel en vraag aan
te wijzen wat er mis is of
wat de wensen zijn. Ik wil
niet dat ze mij aankijken
maar zichzelf."

Plastisch chirurg Kalam Ahmed over
cosmetische en reconstructieve chirurgie.
Voor beide geldt:

“What you see
is what you get”

“Ik zie mezelf zeker niet als kunstenaar”, zegt plastisch chirurg Kalam Ahmed. “Het is een zeer creatief vak, het is meer dan repareren.” Maar het ‘opbouwende, reconstructieve aspect’ is wel wat deze discipline zo boeiend maakt. “Door mijn ‘kunstje’ uit te oefenen kan ik mensen een beter gevoel geven, een sterker zelfbeeld.”

TEKST EN BEELD RUUD SLIERINGS

Het is logisch dat de spiegel een grote rol speelt in de praktijk van Ahmed. Of het nu om reconstructieve of cosmetische ingrepen gaat, what you see is what you get: “In elk bureau waaraan ik werk, heb ik een handspiegel liggen. Ik ga vaak naast de patiënt zitten, geef hem of haar de spiegel en vraag aan te wijzen wat er mis is of wat de wensen zijn. Ik wil niet dat ze mij aankijken maar zichzelf. En ik wil patiënten terugzien na de operatie, of bijvoorbeeld na een liposculptuurbehandeling. Soms leidt dat tot een nacorrectie als ik niet tevreden ben. Ik zoek altijd naar perfectie en wil dat de patiënt – en ikzelf – blij kan zijn met mijn werk.”

Voet tussen de deur

Ahmed is geboren in Bangladesh. Op zijn zevende, in 1980, verhuisde hij naar Nederland. Toen zijn vader

ternauwernood een maagperforatie overleefde, wist de jonge Kalam dat hij dokter wilde worden, misschien ook wel omdat zijn vader tegen zijn arts vertelde dat zijn zoon dokter zou worden. Na zijn geneeskundestudie aan de VU lonkte een carrière als cardiochirurg. “Ik dacht: dat is de koning onder de chirurgen, die is elke dag bezig met het hart. Maar een stage leerde me dat het vooral een kwestie was van bypasses aanbrengen, terwijl ik juist diversiteit zocht in het werk. Plastische chirurgie biedt die bij uitstek: veel verschillende handelingen, van top tot teen, een gevarieerde patiëntenpopulatie, raakvlakken met veel medische vakgebieden, de plastisch chirurg heeft overal een voet tussen de deur.” Toen hij een paar weken mocht meelopen op de afdeling plastische chirurgie van het AMC viel dat kwartje definitief en kreeg hij de opleiding die alle facetten van het vak belichtte: algemene

plastische chirurgie, handchirurgie, kinderchirurgie, oncologische reconstructies, brandwondenreconstructies, het hele palet.

Plooien gladstrijken of diepe wonden dichten

In dat ‘hele palet’ zit ook een dilemma, het spanningsveld tussen medisch noodzakelijk en cosmetisch wenselijk. Hoewel hij er dagelijks mee te maken heeft – hij werkt in het Spaarne Gasthuis, in het Rode Kruis Ziekenhuis in Beverwijk en in

‘Ik dacht altijd: hoe kun je blij worden van het snijden in een gezond lichaam? Maar echt, het kan.’

de privé-kliniek Bloemingdael – ervaart Ahmed die breedte van het vak niet als spanningsveld: “De taboesfeer rondom cosmetische plastische chirurgie verdwijnt langzaam maar zeker. Dat is goed. Als ik bijvoorbeeld merk hoe blij iemand wordt van een borstvergroting of -verkleining, wie ben ik dan om te zeggen: dat moet je niet doen. Met flaporen of rimpels kun je 100 worden, maar als ze je echt in de weg zitten, help ik je graag. Ik kan het me nu nog niet voorstellen, maar als mijn oogleden gaan zakken, kies ik er ook voor. Cosmetische ingrepen bij mijn familie zou ik ook niet tegenwerken. Sterker nog: bij mijn vader heb ik een ooglidcorrectie gedaan. Onderzoek leert dat mensen die een facelift hebben gehad, beoordeeld worden als vrolijker, zelfverzekerder, succesvoller en gezonder. Ik dacht altijd: hoe kun je blij worden van het snijden in een gezond lichaam? Maar echt, het kan.” Neemt niet weg dat de ‘mindset’ bij cosmetische chirurgie anders is dan bij reconstructieve plastische chirurgie. “Plooien gladstrijken is iets heel anders dan een diepe wond dichten. Reconstructieve chirurgie is enorm uitdagend omdat je aan de grenzen van wat mogelijk is bezig bent: weefselverplaatsingen, bloedvaten aansluiten, doorbloeding realiseren. Een patiënt zal niet snel klagen over een litteken, hij is blij dat hij zijn been kan behouden. En een vrouw is na borstkanker dolgelukkig dat ze iets terugkrijgt dat op een borst lijkt. De uitdaging bij een cosmetische



Kalam Ahmed is geboren in Bangladesh en verhuisde op zijn zevende naar Nederland. Hij komt weer geregeld in Bangladesh, voor het opzetten van een brandwondencentrum en een dialysecentrum. Daarnaast gaat hij met Dokters van de Wereld op missie. “Vooral in arme gebieden zitten enorme gaten in de zorg. Een operatie gaat daar nog veel verder dan het versterken van het zelfbeeld.”

cliënt is van een andere orde: er is geen medisch probleem, ik moet iets doen dat hem of haar mooier maakt zonder dat je er iets van ziet. Zulke patiënten zijn enorm kritisch. En terecht.”

Zestig het nieuwe veertig

Met name door tendensen in de samenleving merkt Ahmed dat hij soms zijn psychologische vaardigheden moet aanspreken. De rolmodellen in de muziekwereld en reality shows creëren droombeelden die nu eenmaal niet voor iedereen haalbaar zijn. En hoewel ‘Amerikaanse toestanden’ – een borstverandering of bilverdikking voor je 18e verjaardag – hier niet plaatsvinden, krijgt hij wel verzoeken waar hij moeite mee heeft. “Het gebeurt niet vaak, maar als er echt gekke vragen komen, haak ik af. Ik probeer te beoordelen of een wens reëel is en zo nodig praat ik er uitvoerig over of verwijs ik iemand naar de psycholoog. Ik wil goed kunnen blijven slapen.” Waar

hij veel mee te maken heeft is de ouder wordende mens die zich jong voelt, ook zo’n tendens. Zestig is het nieuwe veertig, maar kijk je in de spiegel – weer die meedogenloze spiegel – dan zie je toch iemand van zestig: “Zo iemand kan ik natuurlijk helpen. Daarbij schets ik van tevoren wel heel duidelijk wat je kunt verwachten, want er zijn grenzen aan de verandering van het uiterlijk. Dat geldt des te meer omdat plastische chirurgie bij ouderen uitdagender is, het weefsel is minder betrouwbaar.” Waar de vergrijzing ook toe leidt, is een enorme toename van huidtumoren. “Steeds meer mensen krijgen huidkanker. Vroeger smeerden mensen zelden zonnebrandcrème. Dat komt nu naar buiten, verspreid over het hele lichaam. Het is goed dat nu de alarmklok geluid wordt om mensen op de gevolgen van zonnenschade te wijzen.”

Letterlijk life changing

De band van Ahmed met zijn geboorteland Bangladesh is nooit verdwenen. Sterker nog, hij komt er weer geregeld. “We zijn met onze maatschap bezig om een brandwondencentrum in Chittagong op te zetten en mensen op te leiden in Beverwijk zodat ze weer thuis behandelingen kunnen uitvoeren. En voor de complexere operaties willen we een soort luchtbrug opzetten zodat wij bij toerbeurt daar kunnen opereren. Daarnaast ben ik bezig met de oprichting van een dialysecentrum in de hoofdstad Dhaka, daar is een enorm tekort aan. En met Dokters van de Wereld ga ik af en toe op missie. Naar Bangladesh, maar kort geleden ook naar Marokko. Vooral in de arme gebieden zitten vaak enorme gaten in de zorg. Een borstvergroting bij een patiënte in Nederland is enorm veelbetekenend, zonder meer, maar een hazenlip-operatie bij een meisje in Bangladesh is letterlijk life changing. Van volkomen kansloos krijgt zo’n meisje ineens weer perspectief op een beter leven. Dat gaat nog veel verder dan het versterken van het zelfbeeld.” 

‘Een hazenlip-operatie bij een meisje in Bangladesh is life changing. Van kansloos krijgt zij ineens weer perspectief op een beter leven.’



3D mammogram

Bij het maken van een mammografie wordt de borst van de patiënt gecompriëerd om het klierweefsel zoveel mogelijk te spreiden. Bij een 2D mammografie worden er vanuit twee verschillende hoeken foto's gemaakt.

Met 3D mammografie wordt een snelle serie lagedosisopnamen gemaakt onder verschillende hoeken. Met behulp van deze beelden kan een weergave van de borst worden gemaakt in afzonderlijke plakjes. Zonder hinderlijke overprojectie van boven- en onderliggend weefsel, kan de radioloog het mammogram beoordelen.

Klinische studies hebben aangetoond dat met deze 3D techniek verdachte structuren in het borstweefsel zichtbaar worden gemaakt die op een regulier mammogram verborgen kunnen blijven. Daarnaast kan dit onderzoek even snel als een traditioneel mammogram worden uitgevoerd.

Het Spaarne Gasthuis heeft tomosynthese in Hoofddorp en binnenkort ook in Haarlem. 

Tomosynthese
maakt het
mogelijk door de
borst te bladeren
op zoek naar
afwijkend
klierweefsel



Verbouwen en verhuizen voor vrouw en kind

In de komende maanden wordt de kinderafdeling van het Spaarne Gasthuis in Haarlem Zuid grondig verbouwd. Onder begeleiding van Sneeuwwitje en Mickey Mouse verhuisden de kinderen daarom op 4 april tijdelijk naar een andere etage. De verbouwing van de kinderafdeling is de aftrap voor het nieuwe Vrouw Kind Centrum dat in oktober 2018 haar deuren opent.

TEKST PETRA TIMMER BEELD DIGIDAAN

In het nieuwe centrum komt naast de kinder-afdeling het geboortecentrum voor de hele regio. Alle ziekenhuisbevallingen in de regio Haarlem en Haarlemmermeer vinden hier plaats, wat het een van de grootste geboortecentra van Nederland maakt. Gynaecologen, verloskundigen, kraamzorg en kinderartsen werken intensief samen om zwangere vrouwen zorg op maat te geven. Tijdens de zwangerschap, bevalling en kraamtijd. Vrouwen kunnen hier zowel onder begeleiding van hun eigen verloskundige als klinisch verloskundige van het Spaarne Gasthuis bevallen. Wanneer de bevalling medisch wordt, blijft zij in de bevalsuite, de juiste zorgverlener komt naar haar toe. En als het nodig is, is er voor de geboorte ook overleg met de kinderarts.

Anderhalf jaar voor opening

Er volgt de komende periode een aantal verhuizingen en verbouwingen. In oktober 2017 start de verbouwing voor het geboortecentrum. Dan verhuizen ook de kraam- en couveuse afdeling tijdelijk naar een andere plek. Wanneer de nieuwe kinderafdeling in gebruik wordt genomen verhuist in april 2018 de kinderafdeling vanuit Hoofddorp naar Haarlem. In oktober 2018 gaat het Vrouw Kind Centrum open en verhuizen ook de afdeling verloskunde en de couveuseafdeling van Hoofddorp naar Haarlem. De poliklinieken kindergeneeskunde en gynaecologie blijven op alle locaties.

Gezin altijd samen na bevalling

In het geboortecentrum van het nieuwe Vrouw Kind Centrum krijgt het gezin alle zorg vóór, tijdens en na de bevalling in een comfortabele suite. Ook als de baby een tijdje in een couveuse moet liggen. Die komt dan in de kraam-neosuite te staan. Dit past in de filosofie van family centered care. Gynaecoloog Karlijn Vollebregt: "Ieder kind verdient de beste start. Voor een goede hechting is het belangrijk dat het kind vanaf zijn geboorte direct wordt omringd door de mensen die van hem houden en voor hem gaan zorgen. Dat betekent dat we moeder en baby na de bevalling niet meer scheiden van elkaar. Niet als een bevalling onder begeleiding van haar eigen verloskundige medisch wordt, en ook niet als moeder of kind extra zorg nodig heeft. Het gezin blijft samen, vanaf het moment dat ze binnen komen tot ze samen weer naar huis gaan."

Alle bevalsuites hebben een eigen badkamer en alle medische faciliteiten die nodig zijn voor de bevalling en de verzorging erna. Ook aan de partner wordt gedacht. Met een slaapfauteuil die uitgekapt kan worden naar een bed. De betrokken zorgverleners komen naar het gezin toe. Karlijn Vollebregt: "Een kindje op de wereld zetten en dat verwelkomen in je gezin is een bijzondere maar ook een ingrijpende gebeurtenis. Om de onderlinge band te verstevigen en ver-

trouwd te raken met elkaar en de verzorging van de baby betrekken we de ouders zoveel mogelijk bij de zorg van hun pasgeboren kind. En natuurlijk bij alle keuzes en beslissingen die ermee te maken hebben. Broertjes, zusjes, opa's, oma's en andere naasten: iedereen is van harte welkom om de baby te komen bewonderen. Net als thuis bepalen de ouders wanneer ze bezoek willen ontvangen."

Neosuites

Ook de zorg voor te vroeg geboren baby's wordt onderdeel van het centrum. Er komen speciale neosuites uitgerust met alle noodzakelijke medische apparatuur, waar ouders bij hun kind kunnen blijven slapen. Het enige verschil is dat de baby wordt verzorgd door een neonatologie-verpleegkundige.

Rondomzwanger.nl

Verloskundigenpraktijken, kraamzorg en de gynaecologen van het Spaarne Gasthuis werken samen in de begeleiding van zwangeren. Met de website www.rondomzwanger.nl is het netwerk en de samenwerking Rondom zwanger officieel gestart. Een zwangere meldt zich aan via de website of direct bij een verloskundigenpraktijk. Daarna bespreken verloskundigen en gynaecologen waar de zwangere de beste zorg kan krijgen. Dit kan bij de verloskundige, gynaecoloog of bij hen samen zijn. Elke zwangere krijgt een persoonlijk zorgpad, dat zij vanaf deze zomer ook in een speciale app kan bekijken. Alle betrokken zorgverleners kunnen dit zorgpad inzien en zijn daarmee altijd op de hoogte. 

In het nieuwe Vrouw Kind Centrum

zijn er zo'n 3.400
bevallingen per jaar,
9 tot 10 baby's per dag

komen 16 bevalsuites,
28 kraam-couveusesuites en
8 couveusesuites

worden straks ruim 3100 kinderen
per jaar opgenomen op de nieuwe
kinderafdeling

De stem en de vertaler

“Er verandert veel in de zorg. Ik kan me goed voorstellen dat verpleegkundigen zich regelmatig afvragen, wat betekent dit nu voor mij? Blijft mijn werk hetzelfde? En hoe kan ik voldoen aan alle nieuwe regels? Mijn taak is om de verbinding te leggen tussen de werkvloer en het bestuur. Tussen uitvoerend en strategisch beleid, tussen wat binnen en wat buiten de muren van het ziekenhuis gebeurt.” Aan het woord is Ariane van Wamel, eerste nursing liaison officer in een Nederlands ziekenhuis.

TEKST HILDE DUYX BEELD MIRJAM VERDONK

Van Wamel begint enthousiast als we haar vragen naar haar plannen, de toekomst van het vak, haar nieuwe rol.

Prioriteit is de professionalisering van de verpleegkundigen, verpleegkunde en het Verpleegkundig Staf Convent. “Ik wil de stem van de verpleegkundigen vertegenwoordigen en andersom ook helpen om de plannen van het bestuur te vertalen naar de werkvloer”, zegt ze. “Het is belangrijk dat verpleegkundigen, in deze tijden van verandering, hun eigen rol kunnen bepalen en zich daar verantwoordelijk voor voelen.”

Nieuw profiel

Want veranderen doet er inderdaad veel. De hbo-v opleidingen werken sinds vorig jaar met een nieuw opleidingsprofiel en in 2020 zal er een duidelijk onderscheid moeten zijn tussen de ‘regieverpleegkundige’ (hbo) en de ‘verpleegkundige’ (mbo). “Om nu en in de toekomst topzorg te kunnen blijven leveren, hebben we die mix aan zorgprofessionals nodig”, zegt Van Wamel. “Je gaat steeds meer in een zorgteam werken, waarin je vanuit je eigen kracht een rol speelt en je elkaar aanvult. Geen enkele professional kan het alleen en straks zijn er te weinig verpleegkundigen op de arbeidsmarkt. De



patiënt gaat namelijk steeds meer van ons vragen.”

Verpleegkundigen denken mee

In deze overgangsperiode wil Van Wamel verpleegkundigen dan ook zoveel mogelijk meenemen en informeren. “Je kunt nu niet meer achteroverleunen en denken, ach, ik zie het wel”, zegt ze. “Mijn indruk hier is dat ze dat ook niet doen. De patiënt komt op één. Verpleegkundigen zitten in werkgroepen

om hun vak te verbeteren, ze denken mee en ze willen de beste zorg geven. Het Verpleegkundig Staf Convent moet dit ook gaan uitdragen. We zijn aanwezig in alle commissies, op intranet en social media, we organiseren lezingen en we informeren. Ik wil dat niemand er in 2017 meer omheen kan.”

Binden en boeien

“Het belangrijkste is dat we worden gezien”, besluit Van Wamel. En de plannen van het ziekenhuis weer spiegelen dit. “Ik ben niet voor niets aangesteld”, zegt ze glimlachend. “Het bestuur wil hierin investeren, door de professionalisering van verpleegkundigen verder te versterken, nieuw talent binnen te halen, te binden en te boeien en te gaan voor duidelijkheid naar 2020 toe. Alles voor kwalitatief hoogwaardige patiëntenzorg en een goede samenwerking. Ik vind het heel erg interessant en leuk om me hiervoor in te zetten.”

—
‘Het belangrijkste is dat we worden gezien’



Arts-onderzoeker Martha Reyman (m) wint wetenschapsprijs

Vloggen over wetenschap

De wijze van geboorte hangt samen met de samenstelling van gunstige en potentieel ziekmakende bacteriën in de darmen van gezonde kinderen. Dit is de uitkomst van het onderzoek van arts-onderzoeker Martha Reyman, prijswinnaar van het Wetenschap in Beeldsymposium van het Spaarne Gasthuis. Zij ontving de Reinier Veenhovenpenning en een cheque van €250 voor de beste presentatie.

In zelfgemaakte, creatieve vlogs presenteerden onderzoekers hun onderzoek in begrijpelijke taal. Medewerkers van het Spaarne Gasthuis brachten hun stem uit voor de publieksprijs. Deze ging naar de vlog van verpleegkundig specialist Sophie Osseweijer, die de kijker meenam in een rondgang op haar werkplek. Zij concludeerde dat er geen osteoporosedagnostiek noodzakelijk is bij patiënten van 80 jaar en ouder na een gebroken heup alvorens over te gaan tot behandeling.

Drie onderzoekers pitchten tijdens het diner aan de tafels van de gasten. De prijs voor de beste pitch ging naar arts-onderzoeker Daan Barug voor haar presentatie over 'Maternale kinkhoestvaccinatie maakt het mogelijk baby's later te vaccineren'. Gastspreker 'volksfilosoof' Bas Haring sloot de avond af met een inspirerende presentatie waarin hij een lans brak om bij onderzoek ook eens buiten de traditionele paden te treden.

Het wetenschapssymposium wordt ieder voorjaar georganiseerd door de Spaarne Gasthuis Academie. ●

Contact



Opening Eerste hartlonghulp

Op 26 juni viert het Spaarne Gasthuis de officiële opening van onze Eerste hartlonghulp (EHLH) en de totaal vernieuwde hartkatheterisatiekamers. Met een presentatie, filmpjes, een rondleiding en een feestelijke borrel. U bent vanaf 17.30 van harte welkom in het Spaarne Gasthuis Haarlem Zuid.

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 drie keer per jaar. Contact met de redactie? Stuur een e-mail naar inzicht@spaarnegasthuis.nl.

Hoofredactie
Augusta Noya
Peter de Winter

Ellen Kleverlaan,
Tamara Paul, Maaïke
Slierings, Ruud Slierings,
Manja Tijssens, Petra
Timmer, Ralph Vreeswijk

Eindredactie
Ilse Groesz

Redactie
Els Heeremans
Manja Tijssens

Fotografie
Cover Marco Okhuizen
Myung Beekman
Mark van den Brink,
DigiDaan, Jean-Pierre
Jans, Ruud Slierings,
Mirjam Verdonk

Bladconcept en vormgeving
Maters & Hermesen
Vormgeving, BuroJan

Illustraties
Mieke van Gils,
Kaisa Pohjola

Artikelen
Astrid Bosch, Hilde Duyx,
Judith Godschalx, Ilse
Groesz, Els Heeremans,

Drukwerk
EasyPrint, Nieuw-Vennep

Samenspraak

Tot
ziens

Laurens Eeftinck Schattenkerk hangt de stethoscoop om de nek van zijn laatste patiëntje op de poli. Dat helpt. Timo is stoer de onderzoeksbank opgeklommen, maar vindt de dokter toch een beetje spannend.

De 'dokter' is vijfdejaars student geneeskunde en één van de ongeveer duizend masterstudenten die jaarlijks in het Spaarne Gasthuis coschappen volgen. Zijn coschap kindergeneeskunde van zes weken zit er bijna op. Coassistenten hebben weinig contact met verwijzers. Soms neemt hij de telefoon van de dienstdoende arts op, wanneer die bezig is. Dan krijgt hij wel eens een huisarts aan de lijn, die graag meteen overleg wil. Wanneer hij op verzoek van de kinderarts of arts-assistent enkele vragen stelt, merkt hij hoe moeilijk het is om telefonisch

een verhaal te beoordelen. Wat hij mooi vindt om te zien is de samenspraak tussen huisarts en kinderarts. Bij een spoedeisende vraag spreken ze in goed overleg af welke stappen ze zetten en wanneer; meteen insturen voor de spoedpoli, de volgende dag op het gewone spreekuur, of is alleen advies voldoende? Hij is benieuwd naar de huisartsstage, dan maakt hij de andere kant mee van het doorverwijzen in acute situaties.

Na zijn diplomering in 2018 zoekt Laurens het avontuur door letterlijk en figuurlijk zijn grenzen te verleggen. Hij vindt het een uitdaging om een aantal jaren eerst als tropenarts te werken met de (beperkte) middelen die daar voorhanden zijn. Daar komen dan al zijn favoriete vakgebieden als kindergeneeskunde, chirurgie en gynaecologie samen. ○

Coassistent Laurens Eeftinck Schattenkerk merkt hoe moeilijk het is om telefonisch een verhaal van een huisarts te beoordelen. De samenspraak tussen huisarts en kinderarts vindt hij daarin mooi om te zien.

