

IN ZICHT

NR.1 | januari
2017



Thuis in
mijnspaarnegasthuis.nl

Big data, big deal
of big problem?

dossier
SAMEN BESLISSEN

Ouderen worden draaideurpatiënten

Vandaag ben ik op bezoek bij mw. T. Zij is een van de ouderen die zo lang mogelijk thuis wil blijven wonen. Door alle veranderingen in de zorg is de problematiek rondom thuiswonende ouderen complexer geworden. Zo loopt mw. T. het risico te gaan behoren tot de groep 'draaideurpatiënten': patiënten die met enige regelmaat in het ziekenhuis belanden, vaak via de SEH, en weer naar huis worden ontslagen. Terwijl de vraag om zorg en begeleiding toegenomen is. Dit brengt onrust en onzekerheid bij patiënt en mantelzorgers, en de herhaalde opnames leiden tot hoge zorgkosten.

Sinds een jaar bestaat Wijkgerichte zorg Zuid-Kennemerland voor de groep thuiswonende

kwetsbare ouderen. Hierin zijn wij, 130 huisartsen in Zuid Kennemerland, samen met verpleegkundigen ouderenzorg de spil. Een initiatief om de zorg voor kwetsbare ouderen te optimaliseren. Met de verpleegkundige ouderenzorg stem ik af welke problemen er bij de patiënt spelen, en welke we kunnen verwachten. *Advanced care-planning* is een belangrijk onderdeel, net als het voeren van MDO's. Ik bespreek dan met de patiënt wat zijn wensen en verwachtingen rond het levenseinde zijn. We maken hier afspraken over om ongewenste ziekenhuisopnames te voorkomen. Dit soort gesprekken voer ik steeds meer, en zie dit ook terug bij mijn collega-huisartsen in de regio. ○

BEELD JEAN-PIERRE JANS



Marieke Verlaan,
huisarts en
coördinator
Wijkgerichte Zorg

inhoud

IN ZICHT #1 JANUARI 2017

4

Peter van Barneveld: "Alles start met de wil om er samen iets moois van te maken voor elkaar en patiënten."



17

SAMEN BESLISSEN

dossier

Hoe beslis je samen? Wat heeft een patiënt daarvoor nodig van de arts? Artsen en patiënten vertellen.



12

Een andere cultuur op het spreekuur. Huisarts Wouter van Kempen over zijn 40 jaar in een multiculturele praktijk.



Betere
diagnostiek
mondholte-
kanker

28

Minder onnodige halsklierdissecties door schildwachtprocedure

VERDER **P7** Te oud voor de poli **P8** Ruimte voor rust **P10** Kort **P15** In de etalage
P16 Weten **P23** Op zoek naar afwisseling en dynamiek **P24** Big data, big deal?
P26 Thuis in mijn spaarnegasthuis.nl **P27** Column **P30** Zicht op patiënt met Verwijzerslink
P31 Contact **P32** Dappere dokter Van Houtum



Het is Haarlem en omstreken niet ontgaan, de fusie van het Kennemer Gasthuis en het Spaarne Ziekenhuis. Bestuursvoorzitter Peter van Barneveld voorspelt veel betere regionale zorg: "De afzonderlijke ziekenhuizen hadden deze plannen nooit voor elkaar kunnen krijgen." Een gesprek over één Spaarne Gasthuis, de leiderschapscultuur die daarbij hoort en de optimale patiëntenzorg.

TEKST FRED HERMSEN BEELD DIGIDAAN ILLUSTRATIE MARIEKE VAN GIL S

Dat meerdere ziekenhuislocaties in Haarlem en Hoofddorp nu onder dezelfde vlag varen, heeft de hele regio geraakt. Logisch, de ziekenhuiszorg in je buurt gaat iedereen aan. "Mijn vrouw en ik hoorden zelfs bij het uitlaten van onze hond de verhalen erover. En dat begrijp ik heel goed. Teams van verpleegkundigen die na twintig jaar samenwerken werden opgesplitst. Specialisaties die op één van de locaties werden samengebracht. Dat gaat niet zonder pijn natuurlijk. En dat praat zich rond."

Dus de rouw was onvermijdelijk?

"Rouw hoort natuurlijk bij zo'n ingrijpend proces. Maar als er één ding is dat we achteraf gezien iets meer tijd hadden moeten geven, dan was het de voorbereiding op de eerste lateralisatie, oftewel de verhuizing van het specialisme chirurgie van Hoofddorp naar Haarlem. Die kwam bij sommige betrokkenen wel erg rauw op het dak. Ze zijn als eerste op 1 januari 2016 samengebracht in Haarlem, vlak nadat we het bekend hadden gemaakt. Bij latere keuzes hebben we meer tijd gelaten tussen de aankondiging en de uitvoering. Mensen moeten aan het idee kunnen wennen. En je ziet dat de lateralisaties nu soepeler verlopen."

In 2010 vonden de eerste snuffelgesprekken plaats tussen de ziekenhuizen, in maart 2015 volgde de juridische eenwording, kwam er één raad van bestuur en één raad van toezicht. Niet bepaald een gespreid bedje voor een bestuurder...

"Ik was natuurlijk al bestuurder van een van de twee ziekenhuizen en besepte dat dit de beste

oplossing voor zowel de patiënten in de regio als de ziekenhuizen is. Het ligt bovendien in mijn aard om naar de toekomst te kijken, ik voel in die zin een echte missie. Het woord fusie verdween al gelijk uit mijn woordenschat. Het is dat je er nu over begint, maar wat mij betreft zijn we al direct vanaf mijn aantreden één ziekenhuis geworden, met gezamenlijke belangen. Mensen die zeggen: 'Maar vroeger deden wij het hier altijd zus of zo', het *not invented here-syndrome*, daar heb ik persoonlijk niet zoveel mee. Dat heb ik nooit onder stoelen of banken gestoken."

'Rouw hoort bij zo'n ingrijpend proces'

Houd je wel rekening met de bloedgroepen?

"Ik denk zeker dat het goed is om gevoeligheden te adresseren en serieus te nemen. Je wilt geen negatieve bagage meevoeren. Frustraties die geen uitweg vinden zijn niet alleen vervelend, ze houden de voortgang ook tegen. Ik ben van huis uit longarts, en weet dat medisch specialisten gewoon hun werk zo goed mogelijk willen uitvoeren. Ik respecteer dat ze niet van nature enthousiast worden om organisatieveranderingen mede vorm te geven. Ook verpleegkundigen doen gewoon het liefst hun werk goed. Maar feit is wel dat we sámen dingen anders doen, en dat ik wel iedereen nodig heb om ons als Spaarne Gasthuis verder



Sinds de fusie in maart 2015 voorzitter van de raad van bestuur. Daarvoor bestuursvoorzitter van het Kennemer Gasthuis en longarts.

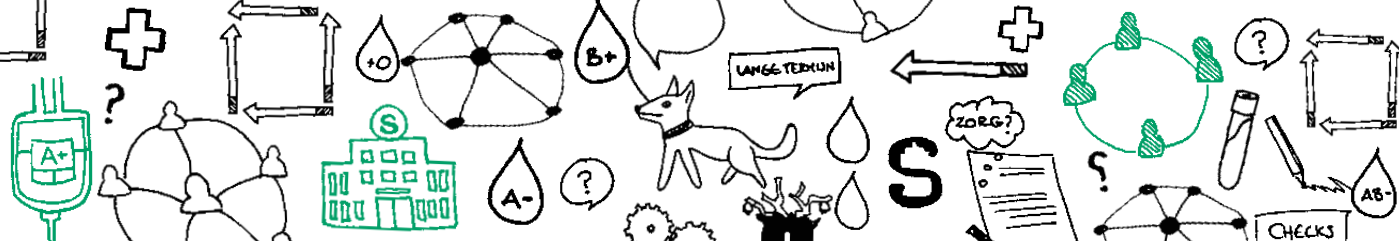
Wat zijn in deze situatie de cruciale vragen die je stelt?

Je hebt het eigenlijk over leiderschap, heb je daar specifieke ideeën over?

goede documenten? Als jij ja zegt, onderteken ik ze. En pas als ik na een paar keer tekenen terug hoor dat het toch niet zo goed was, hebben we een ander gesprek.' Het mooie was, dat deze manager zijn werk steeds beter ging doen. Je zag hem groeien in zijn rol. En natuurlijk heb ik zelf ook ideeën die ik graag verwezenlijkt zie worden. Dus ik ga ook vaak genoeg het gesprek aan. Maar ik luister daarbij altijd heel goed, vraag om argumenten en probeer mensen nooit het idee te geven dat ik ze overrule."

Wil je dat het hele ziekenhuis zo werkt?

'Leidinggevenden moeten hun medewerkers durven vertrouwen om te kunnen loslaten'



mensen die hun werk uitvoeren. In de overtuiging dat iemand die z'n werk doet uiteindelijk zelf het beste weet hoe het gewenste resultaat bereikt kan worden, en welke verbeteringen daarin mogelijk zijn. Via een heel programma voeren we dit momenteel in. Het roept veel enthousiasme op, hoewel het voor sommigen ook wel even wennen is om niet langer langs de geijkte, hiërarchische paden zaken gedaan te krijgen. En natuurlijk blijven er *checks and balances* nodig, moet je zaken als begrotingen en plannen op orde hebben. Maar je begint er naar mijn overtuiging niet mee. Alles start met de wil om er samen iets moois van te maken voor elkaar en patiënten. En die overtuiging leeft nu steeds breder in het ziekenhuis. Daar word ik heel gelukkig van."

'Het woord fusie verdween meteen uit mijn woordenschat'

Over patiënten gesproken, wat merken zij op korte termijn van dat ene ziekenhuis?

"In het verleden moesten de twee ziekenhuizen afzonderlijk alles kunnen leveren. Dat werkte versnippering in de hand. Om die reden zijn we nu met lateralisaties bezig. Oncologie en orthopedie vinden voornamelijk plaats in Hoofddorp, meer acute hulpverlening, zoals bij neurologie, verplaatsen we naar Haarlem. Klinische zorg voor kwetsbare ouderen evenals de hulp aan moeder en kind in Haarlem. Soms betekent die verdeling een paar kilometer meer reisafstand voor patiënten, maar er staat een enorm voordeel tegenover: we hebben in de nieuwe situatie volcontinu specialisten beschikbaar. 24/7 een traumateam, een hart- en vaatteam, een oncologieteam. Tot voor kort was dat niet zo. Als er dan in het weekend iemand met een gecompliceerde beenbreuk binnenkwam, was het maar de vraag of we daar gelijk de meest toegeruste specialist naar konden laten kijken. Hetzelfde geldt voor de beschikbaarheid van verpleegkundige specialisaties. Je kunt je voorstellen wat dat betekent voor de snelle beschikbaarheid van hoogkwalitatieve zorg."

En op langere termijn?

"Ik zie een toekomst waarin we als ziekenhuis een regionale rol vervullen, in nauwe samenwerking

met partijen om ons heen. Een regirol is misschien een groot woord, het gaat meer om nauw overleg, zodat het hele zorgpad van de patiënt zorgvuldig kan worden ingevuld en gevolgd. We zullen ook een ziekenhuis zijn dat heldere keuzes heeft gemaakt over specialisaties. Dat zal doorverwijzen als dat nodig is, maar dan wel op een manier waar de patiënt niets van merkt. We zullen een onderdeel van een regionaal netwerk zijn, van de maatschappij zelfs. Het integrale zorgconcept dat daarbij hoort, heet *Value Based Healthcare*, waarbij de noodzakelijke specialisten samenkomen in een team rondom een patiënt. Ook andere relevante partijen in het veld, zoals een huisarts of een verpleeghuisarts doen hierin mee. De patiënt zelf heeft in zo'n team ook een belangrijke stem trouwens. De eerste pilots op dit gebied starten we binnenkort al."

En die toekomst kan alleen in de nieuwe constellatie?

"Afzonderlijk waren de ziekenhuizen elkaar ongetwijfeld blijven beconcurreren en dingen dubbel blijven doen. Dat ten eerste, maar ik zie ook iets anders gebeuren van grote waarde. Het mooie is dat onze fusie een begin is, een startpunt, en geen nieuw status quo. We zeggen niet: 'Zo, de fusie is een feit, en nu weer verder met de orde van de dag.' We slaan echt een nieuwe weg in. We bundelen kennis en ervaring, maken efficiënte keuzes, profiteren van de grotere inkoopkracht, zoeken meer samenwerking met bijvoorbeeld huisartsen en andere zorginstellingen en bieden uiteindelijk onze patiënten meer continuïteit en kwaliteit. Wat ik ook heel belangrijk vind, is dat het aantrekkelijker voor toptalent wordt om hier te werken. Je biedt immers meer carrièrekansen, opleiding en onderzoeksmogelijkheden. En als we op termijn ook nog eens op één nieuwe plek kunnen werken, komt de zorg in de regio op een nog hoger niveau te liggen. Maar ik voorzie dat dat laatste nog wel even duurt; het heeft tijd nodig om je huisvesting zo ingrijpend te veranderen. Maar al met al vind ik onze ambitie om als topklinisch ziekenhuis bij de Nederlandse top te horen een heel logische. We hebben zeker nog een weg te gaan, maar het bruist van de energie hier." ●

'Alles start met de wil om er samen iets moois van te maken voor elkaar en voor patiënten'



Te oud voor de poli

Jelle Nijssen is nu achttien en onlangs was zijn laatste bezoek aan de Upside Down Poli. "Ik ben er te oud voor". Vanaf zijn geboorte is hij al onder behandeling in het Spaarne Gasthuis.

In 2009 startte kinderarts Peter de Winter de Upside Down poli met een team van verschillende specialisten om samen eventuele problemen sneller te herkennen en te behandelen. "Dan heb je echt affiniteit met kinderen met Down", vindt Jelle's vader Erik. "Eens per jaar krijgen we de uitnodiging met afspraken bij de kinderarts, orthopedagoog, logopedist, fysiotherapeut, ergotherapeut, oogarts en kno-arts. Alles zit bij elkaar, je loopt het in een ochtend af. Dat gaat op een ongedwongen manier en in een prettige sfeer, ook voor Jelle. En wij hebben een gesprekspartner,

kunnen ervaringen uitwisselen, ook met andere ouders."

Moeder Jet: "Jaarlijks gebruik kunnen maken van de expertise van al die specialisten voelt goed. Nu is hij een gezonde kerel, maar toen Jelle jonger was had hij longproblemen. Daar is hij gelukkig overheen gegroeid. Het bloedprikken was voor hem alleen een drama." Erik: "Dat gebeurt inmiddels bij het bloedlab, maar het is misschien een idee om dat los te koppelen van deze leuke ochtend. Hij vond het fijn om iedereen weer even te zien. Ook die fysiotherapeute die hem niet be-

handelde, maar hem wel ooit een tip gaf over zijn houding met lopen.

De laatste keer vertelde Jelle de orthopedagoog over zijn werk. In het winkeltje van verzorgingshuis De Rijk in Bloemendaal en sinds kort ook bij Brownies & downies in Haarlem. Toen ze vroeg of ze hem nog ergens mee kon helpen, zei Jelle dat hij die cursus in de Hartekamp nog wel eens wilde, over seksualiteit en intimiteit. Hij voelt zich dus op zijn gemak, en krijgt aandacht." Op de vraag welke dokter de aardigste was, is Jelle duidelijk: "Dokter de Winter!" ●



Symbolische
gebedsnis
van gouden
stof.

De vilten wand hangt
schuin in de ruimte,
maar recht richting
Mekka. Achter de
wand gloeit zachtjes
de verlichting. Het
vilt is goed voor de
akoestiek van de
ruimte en verbergt
de verwarming.

Een boekhou-
der om de
koran op te
laten rusten,
verlicht van
bovenaf.

Door kunstenaar
Simone de Groot
ontworpen tapijt
met een patroon
in de richting van
Mekka, in lijn met
de vilten wand.

Ruimte voor rust, aandacht en
bezinning. Daar kun je naar
verlangen, als je zelf ziek bent of
als iemand die je lief hebt ziek is.



Op de muur de Bismillah calligrafie. Voluit is het 'Bismillah Al Rahman Al Raheem', wat betekent: 'In Naam van Allah de meest Barmhartige de Genadevolle'.

Een kast gemaakt van esdoorn, ontworpen door Jonas Strous. De vakverdeling is losjes gebaseerd op Arabische letters, maar vormt geen bestaand woord.

BEELD MARK VAN DEN BRINK

Soms helpt het bezoeken van een fysieke ruimte je om je innerlijke rust te vergroten. Frans Bossink, een van de geestelijk verzorgers in het Spaarne Gasthuis: "Als patiënten daar behoefte aan hebben, praat ik met hen over wat hen bezighoudt. Waar leef ik nou echt voor? Wie is belangrijk voor me? Waar kan ik nog op vertrouwen, nu mijn toekomst onzeker lijkt? Hoe vind ik de balans tussen sterk zijn en mijn verdriet uiten? Vragen over wat je leven waardevol maakt. Vragen om bij stil te staan. Samen zoeken we naar een manier om ruimte te creëren voor rust. Het Spaarne Gasthuis heeft

verschillende ruimtes met elk een eigen sfeer, waar patiënten, bezoekers en medewerkers gebruik van kunnen maken. De stiltecentra, een rondom een gedicht van Rutger Kopland. De bidkapel, om een lichtje op te steken. De kerkzaal, waar patiënten op zondag een dienst kunnen bijwonen. Twee Islamitische gebedsruimten en de lichttuin in de buitenlucht. De Islamitische gebedsruimte in Hoofddorp kreeg in 2016 een prachtig nieuw jasje. Het ontwerp en de uitvoering van het interieur van deze sfeervolle ruimte zijn van beeldend kunstenaar Simone de Groot: Hoe langer je kijkt, hoe meer details je ziet. ●

De Winter De lat te hoog?

Dat vraag ik me af als ik kijk naar de goede expertisecentra die we hebben, maar die straks waarschijnlijk niet in het Zorgregister komen te staan. Wat is er aan de hand? De STZ heeft de lat voor topklinische zorg hoger gelegd. Er komt een online register, het Zorgregister, waarin patiënten kunnen zien welke gespecialiseerde behandelingen de STZ-ziekenhuizen bieden. De criteria zijn echter zo scherp gesteld dat eerder als topzorg aangemerkte behandelingen een vermelding in het register niet gaan halen. Iets dat bijvoorbeeld onze Downpoli kan overkomen.

We hebben deze poli jaren geleden opgericht toen we ontdekten opvallend veel kinderen met het syndroom van Down op de neonatologie-nazorgpoli te zien. We kregen erkenning van de stichting Down Syndroom, publiceerden met de NW-groep en VUmc onderzoek en kregen internationale aandacht voor de landelijke richtlijn Down Syndroom. Een mooie samenwerking met een transfer naar artsen voor gehandicapten is gestart. Kortom, een goedlopende poli, prettig samenwerkingsverband, tevreden ouders en patiënten, en niet onbelangrijk, eerdere erkenning van de STZ.

Meld ik de Downpoli nu aan voor het Zorgregister, dan worden we niet erkend. Omdat we te weinig wetenschappelijke activiteiten ondernemen, geen supra-regionale functie hebben en minder dan 30% van alle Downkinderen in Nederland zien. Dit geldt voor een tiental andere (poli) klinische activiteiten van mijn collega's. Ontzettend jammer!

Streven naar nog betere topklinische zorg is goed. Maar wat heeft de patiënt aan een Zorgregister waarin goed functionerende topzorg opeens niet meer te vinden is?

Peter de Winter
Kinderarts en decaan
Spaarne Gasthuis
Academie



Welke kliniek zit waar In het Spaarne Gasthuis

In 2016 zijn verschillende afdelingen verhuisd en samengegaan. In januari 2017 verhuizen cardiologie en longgeneeskunde naar Haarlem. Zodra de verbouwing voor het Vrouw & Kind Centrum in Haarlem is afgerond, verhuizen de laatste afdelingen.

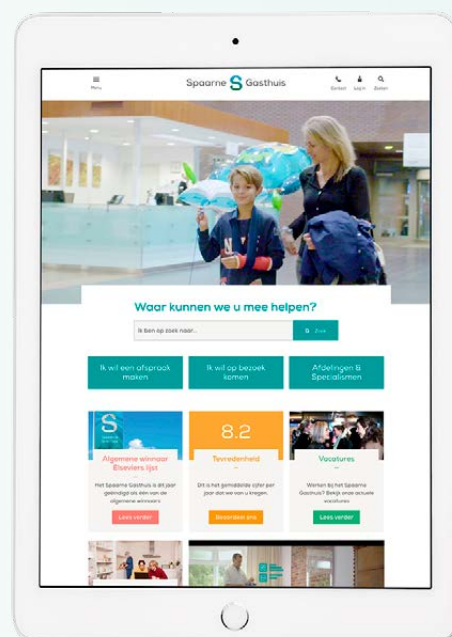
Overzicht klinieken per januari 2017, op alfabetische volgorde

Haarlem Zuid

- cardiologie (na verhuizing in januari)
- chirurgie: algemeen, hoogcomplex trauma's, vaten en longchirurgie
- geriatrie: gaazinterne geneeskunde: algemeen en nefrologie
- longgeneeskunde (na verhuizing in januari)
- kindergeneeskunde
- keel-, neus- en oorheelkunde
- mond-, kaak- en aangezichts chirurgie
- neurologie & stroke, neurochirurgie
- plastische chirurgie
- psychiatrie
- SEH, OK en IC
- verloskunde

Hoofddorp

- chirurgie: algemeen, mammaoncolgie, gastro-enterologie, trauma
- geriatrie: geriatrie trauma-unit
- gynaecologie
- interne geneeskunde: algemeen, oncologie, hematologische intensive care
- kindergeneeskunde
- keel-, neus- en oorheelkunde
- longgeneeskunde: oncologie
- maag-, darm- en leverziekten
- mond-, kaak- en aangezichts chirurgie
- orthopedie
- plastische chirurgie
- SEH, OK en IC
- urologie: algemeen
- verloskunde



IN/UIT

Medisch specialisten



Naam: Pieter Bot

Komt van: Maxima Medisch Centrum Veldhoven

Werkt als: cardioloog

Per: juni 2016



Naam: Tom van Mierlo

Komt van: VUmc

Werkt als: neuroloog

Per: juni 2016



Naam: Brigitte Drooglever
Fortuyn

Komt van: Sophia Revalidatie Delft

Werkt als: GZ psycholoog

Per: juni 2016

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

Nieuwe website in de lucht

800 nieuwe webpagina's, 150 pagina's met teksten voor ruim veertig specialismen en bijna 400 nieuwe beelden. Sinds begin december is de nieuwe website van het Spaarne Gasthuis live, helemaal gericht op de patiënt. Die heeft nu één plek waar hij informatie over het Spaarne Gasthuis vindt.

Kort



MINDER HAARUITVAL DOOR HOOFD-HUIDKOELER

Hoofdhuidkoelers helpen haaruitval tijdens en na de chemokuur te verminderen of zelfs helemaal te voorkomen.

De patiënt heeft voor en na de kuur een soort ijskap op het hoofd. Deze kap vernauwt de bloedvaten en beschermt de haarwortels tegen de gevolgen van chemotherapie. Het Spaarne Gasthuis heeft nu vier hoofdhuidkoelers om zo veel mogelijk patiënten deze service aan te bieden. Het koelen werkt echter niet bij elke chemotherapie. Oncologie-verpleegkundigen hebben inmiddels ervaring en kunnen aangeven hoe groot de kans is op haaruitval. Twee van de vier koelers zijn gekocht dankzij een gift van de stichting Vrienden van het Spaarne Gasthuis.

290

medisch specialisten werken er in het Spaarne Gasthuis, de meesten als vrijgevestigd specialist.

818

bedden heeft het Spaarne Gasthuis in totaal. 461 in Haarlem en 357 in Hoofddorp.

38.000

mensen worden per jaar opgenomen in het ziekenhuis. Er zijn 246.000 polibezoeken.



Marilva in traditionele koto. Ze is een 'dinari' en wordt regelmatig gevraagd bij rituelen rond de dood. Als huisarts is het goed om dit te weten.

Huisarts Wouter van Kempen over
de invloed van je culturele achtergrond

Ziek in een andere cultuur

Migratie is van alle tijden, maar de laatste jaren is er veel meer aandacht voor. In ons Gezondheidscentrum Schalkwijk hebben we er vanaf het begin in 1975 al mee te maken omdat er toen grote groepen zogenaamde gastarbeiders in onze wijk woonden. Het betrof toen vooral mensen uit Turkije, Marokko, Suriname en de Antillen.

TEKST WOUTER VAN KEMPEN BEELD JEAN-PIERRE JANS

In 1989 kreeg ik mijn eerste vluchteling op het spreekuur. Een man, afkomstig uit Afghanistan, toen nog bezet door de Sovjet-Unie. Daarna ging het hard. Binnen een jaar had ik meer dan 500 asielzoekers en vluchtelingen in mijn praktijk. De gemeente Haarlem stelde vooral woningen in Schalkwijk ter beschikking! In die jaren ging het vaak om mensen uit Afghanistan, Iran, Somalië, Ethiopië, maar ook uit Roemenië dat toen nog achter het 'IJzeren Gordijn' lag, en ook uit Chili en Vietnam. Later kwamen daar landen bij als voormalig Joegoslavië, Sudan, Sri Lanka en Libanon. De laatste jaren gaat het vooral om mensen uit Syrië en Eritrea. Inmiddels heb ik vele duizenden migranten op mijn spreekuur gehad. Sommigen blijven kort, ande-

ren hebben zich blijvend gevestigd in Haarlem.

Waarom mensen maar niet beter worden

Het is de nieuwe werkelijkheid in alle praktijken van ons gezondheidscentrum en waarschijnlijk ook bij onze andere collega's in Schalkwijk: zo'n 50-60% van onze tijd besteden wij aan patiënten met een migrantenachtergrond. Het Spaarne Gasthuis en zeker locatie Haarlem Zuid, ligt midden in ons werkgebied en zal ook veel met deze migranten te maken hebben. Net als alle andere hulpverleners. We kunnen er niet meer omheen. We zullen ons moeten verdiepen in andere culturen om de bezieling van mensen beter te begrijpen, waarom onze goedbedoelde adviezen soms niet aanslaan,

waarom sommige mensen maar niet beter worden, maar ook om onze therapie beter af te stemmen op de verwachtingen van de migrant. Drie casus ter illustratie.

Casus 1. Afvallen geen optie

Een vrouw uit Congo kwam op mijn spreekuur. Een trotse verschijning.

‘Toen moest ik in mijn beste Frans uitleggen dat haar bloeddruk en bloedsuiker veel te hoog waren’

gekleed in een Afrikaanse jurk en met een zeer fors postuur. Zij kwam voor het eerst en sprak Frans. Voor mij lastig, ik ben daar niet goed in. Maar ik begreep dat zij een aantal controles wilde laten doen. Ze wees op de bloeddrukmeter en op haar vinger. Zonder goed door te vragen mat ik de bloeddruk: 240/125, en meteen ook maar de bloedsuiker: 22 mmol/l. Ik heb haar ook op de weegschaal gezet: 125 kilo.

Tja, toen moest ik in mijn beste Frans uitleggen dat zowel de bloeddruk als de bloedsuiker veel te hoog waren. En dat haar gewicht hier zeker een rol in speelde. Ik merkte al aan haar lichaamstaal dat een gesprek over het gewicht niet in goede aarde viel. Ik besloot eerst een uitgebreid bloedonderzoek te laten doen en vroeg haar na een paar dagen terug te komen met een tolk. Ik had bewust meer tijd gereserveerd voor het volgende consult om, eigenlijk voor het eerst, fatsoenlijk kennis te maken. Ze legde mij uit dat in haar cultuur een flink gewicht een teken is van welstand. Daarbij zijn de mannen in haar land erg gesteld op dikke billen en grote borsten. Hoewel zij nu in Nederland woonde was zij niet van plan om af te vallen. Ik hield haar voor dat ze dan de rest van haar leven medicijnen zou moeten gebruiken. Zij begreep dat en accepteerde de consequenties.

Casus 2. Ander licht op klachten

Marilva is een Creools-Surinaamse vrouw van 68 jaar. Zij komt regelmatig op het spreekuur met klachten, waarvoor niet direct een verklaring is te geven. Zij vertrouwt mij wel, vooral ook omdat ik vaak in Suriname kom en wat weet van haar cultuur. Dat



Huisarts Wouter van Kempen stopt na 41 jaar met zijn praktijk in Gezondheidscentrum Schalkwijk. In die jaren zag hij patiënten van meer dan 70 verschillende nationaliteiten.

praat makkelijker. De Creoolse cultuur is een versmelting van diverse Afrikaanse culturen met indiaanse en Europese invloeden. Marilva heeft een uitgebreide collectie aan traditionele kledingstukken. Allereerst is er de 'koto'. Vrouwen die een koto aan hebben worden 'kotomisi' genoemd (misi betekent mevrouw). De koto wordt nog steeds gedragen bij speciale gelegenheden. Er zijn onder andere koto's voor verjaardagen, rouw of een huwelijk. De bijbehorende hoofddoek, de anisa, heeft een speciale betekenis. De vouwijze drukt een boodschap uit. Het vouwen van deze hoofddoeken is een kunst die mondeling wordt overgedragen. Ook de draagwijze van de koto zelf kan een boodschap uitdrukken.

Op de foto zien we Marilva in een speciale koto en anisa die zij draagt bij haar werkzaamheden voor de 'aflegvereniging'. In de rituelen rond de dood bij Creolen speelt zo'n vereniging een belangrijke rol. De overledene wordt gewassen volgens strikte en geheime rituelen, die mondeling worden overgedragen van generatie op generatie. Marilva is een zogenaamde 'dinari' en wordt regelmatig ingeschakeld door de familie van een overledene. Als

huisarts is het goed om dit te weten. Haar lichamelijke en psychische klachten kunnen zo in een ander licht gezien worden.

Casus 3. Familietraditie

Jasmina, een 20-jarige vrouw opgegroeid in een Marokkaans gezin, kwam zeer gespannen op het spreekuur. Ik kende Jasmina al vanaf haar geboorte. Zij is gezond. Eén keer zag ik haar voor de 'morning afterpil'. Ze viel met de deur in huis: "Dokter u moet me helpen! Ik ga over twee weken trouwen en nu is mijn maag-denvlies niet meer heel". Jasmina was echt in paniek. Zij dacht dat ik met een paar draadjes het maag-denvlies wel kon herstellen.

Ze ging trouwen met een man, die ze had leren kennen van vakanties in Marokko. Hij had haar ook ontmoet en vond het geen probleem, maar zijn ouders die speciaal voor de bruiloft naar Nederland kwamen, waren zeer traditioneel. Zij wilden een bebloed laken zien. Omdat we niet genoeg tijd hadden, gaf ik haar eerst een folder mee met informatie over het maag-denvlies. Na een paar dagen kwam Jasmina terug. Ze was nu wat rustiger, had de folder goed gelezen en begreep ook dat zij niet de enige was met dit probleem. Een hersteloperatie wilde zij niet meer. Zij koos voor de oplossing van 'nep-bloed' zodat zij toch een rood doekje konden tonen.

Maak cultuur bespreekbaar

Het gaat om culturen waar de meesten van ons weinig van weten, maar die wél een grote invloed hebben op de betrokkenen. Vermoed je die grote culturele invloed? Neem dan de tijd voor een gesprek en stel vragen als: 'Waar bent u geboren? Met welke taal bent u opgegroeid? Hoe denkt u dat het komt dat u deze klachten heeft? Wat denkt uw familie? Bent u gelovig? Haalt u steun uit het geloof? Voelt u zich thuis in Nederland? Heeft u contact met overige familie? Waar wonen zij?' Vooral dat laatste kan veel stress verklaren. Vooral als er weer bommen vallen op Aleppo of Mosul... 

'Waar de familie woont kan veel stress verklaren. Vooral als er weer bommen vallen op Aleppo of Mosul'



*Zicht en gehoor
worden geprikkeld,
zo voel je je
onderdeel van
de omgeving*

Een virtuele blik op onderwijs

Vanuit je luie stoel op de OK staan, hiervan leren en je zo goed voorbereiden voor de praktijk. Het wordt binnenkort werkelijkheid voor studenten in het Spaarne Gasthuis.

Samen met YouSurge ontwikkelt het ziekenhuis een interactieve operatiekamer om te gebruiken in het onderwijs. Te bekijken door een virtual reality bril.

Virtual reality (VR) wordt al op verschillende

manieren gebruikt in de zorg. Bijvoorbeeld in de behandeling bij angststoornissen, posttraumatische stress en pijnbestrijding. Juist omdat je je door de bril onderdeel van de virtuele omgeving voelt, kan VR helpen in de voorbereiding van niet alleen studenten maar ook patiënten op bijvoorbeeld een OK.

VR wordt steeds toegankelijker. Via je smartphone kun je filmpjes, die met een 360 gradencamera zijn gemaakt, afspelen in een VR-bril. o

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

januari-oktober 2016

Sam G et al, Int J Clin Pharm. 2016

Vertigo door Ménière kan behandeld worden met gentamicine injecties in het middenoor. Gehoorverlies dat daarbij vaak ontstaat, lijkt op te treden in de lage frequenties.

Stelling 6 – Proefschrift Brian O.

Bingen, Oktober 2016 – Leiden.

Omdat de tweede wet van de thermodynamica voorschrijft dat 'orde nooit kan ontstaan uit chaos zonder externe kracht' zullen defibrillatoren nooit uit de mode raken.

AATM Bosch et al, EBioMedicine. 2016

Kinderen geboren via een natuurlijke geboorte hebben een gunstiger bacteriesamenstelling in de keelneus-holte dan kinderen geboren via een keizersnede. Vooral de gunstige bacteriën (commensalen) *Corynebacterium* en *Dolosigranulum* komen vaker voor en worden geassocieerd met bescherming tegen luchtweginfecties.

Schellart RP, Casteleijn FM, Dijkgraaf MG, Tutolo M, Roovers JW. 2016

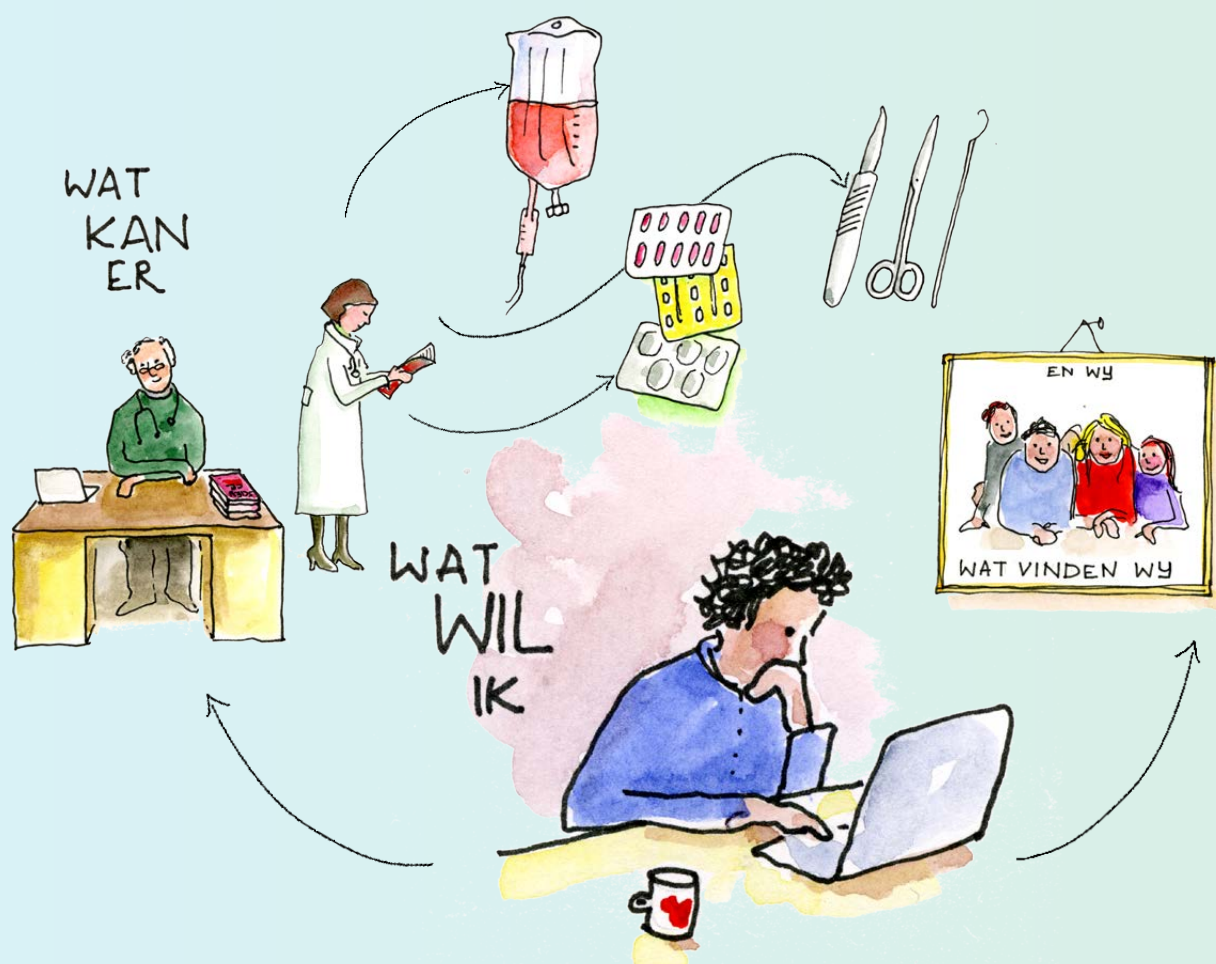
Wegens geringe kans op minder resultaat en beduidend minder postoperatieve pijn kiest de stressincontinente vrouw voor de Minisling.

SAMEN BESLISSSEN

dossier

Hoe beslis je samen? Wat heeft een patiënt daarvoor nodig van de arts? En wat als de patiënt niet wilsbekwaam is? Artsen en patiënten vertellen hoe zij samen beslissen, bij kanker, een heup op je 84^e en bij dementie.

ILLUSTRATIES MARIEKE VAN GILS





'Het ging over mij. Over wat ik wilde'

Met respect voor persoonlijke voorkeuren de behandelopties met een patiënt bespreken en hem ondersteunen bij het maken van zijn keuzes. Dát is 'Samen kiezen bij kanker', één van de speerpunten van het Spaarne Gasthuis. Wat betekent dit in de praktijk? We vroegen het een patiënt en twee artsen.



Wel of geen chemo? In veel gevallen ligt de keuze voor de hand en is die dan ook snel gemaakt. Maar soms ligt het gecompliceerder. Zo ook in het geval van Frans Zwart (59). Nadat er bij hem een tumor uit zijn darmen was verwijderd, konden artsen niet met honderd procent zekerheid zeggen dat hij schoon was. De volgende stap? Preventieve chemotherapie. Er volgde een gesprek met internist-oncoloog Gerty de Klerk. "Ze vertelde me wat de chemo zou betekenen en over mogelijke bijwerkingen", zegt Zwart. "Maar het ging ook over mij. Over wat ik wilde. Dat had ik niet eerder meegemaakt bij een arts. Ik heb veel vragen gesteld, om een weloverwogen beslissing te kunnen nemen. En vervolgens kreeg ik een week de tijd om na te denken."

Niet laten regeren door angst

En nadenken deed Zwart. Hij sprak met vrienden en familie, belde met zijn huisarts. Hij luisterde naar zijn gevoel. "De bijwerkingen van de chemo stonden me tegen", vertelt hij. "Ik wil blijven werken, ik sport graag, ik hou van het leven. Het is 't me niet waard." Dus belde hij een week later met De Klerk om zijn keuze – géén chemo – kenbaar te maken. "Ze vroeg me, 'wat als de kanker toch terugkomt, heb je dan spijt van je beslissing?' Die vraag kon ik volmondig met 'nee' beantwoorden. Ik blijf nog vijf jaar onder controle en als ze iets vinden, dan zien we dat dan wel weer. Ik laat mijn leven niet regeren door angst. Dokter de Klerk respecteerde dat. Het voelde goed."

En dat is precies het doel van 'Samen kiezen bij kanker', waarbij de arts samen met de patiënt en eventueel het medisch team om hem of haar heen beslissingen neemt over de behandeling. "De persoonlijke context van de patiënt staat hierbij veel meer centraal", zegt huisarts Sjoerd Joustra. "Wat zijn de normen en waarden van de patiënt? Waar is hij bang voor, wat zijn z'n behoeften? Door goed te luisteren en te handelen naar de wensen van de persoon tegenover je, krijg je patiënten die zich gehoord voelen, beter meewerken aan de behandeling en tevreden zijn over de samenwerking. Met als gevolg ook, wat mij betreft, gelukkige dokters."

Schipperen met tijd

Natuurlijk zitten er nog haken en ogen aan de nieuwe werkwijze, ziet ook Gerty de Klerk, die Frans Zwart hielp met het maken van zijn keuze.

"Het kost meer tijd. Je wilt tenslotte het vertrouwen krijgen van de patiënt. Soms zijn er meerdere consulten nodig om samen tot de juiste keuze te komen. Gelukkig zijn mensen tegenwoordig goed geïnformeerd via internet en weten ze al veel als ze op consult komen. Maar ja, soms blijft het schipperen, want iedereen vraagt, terecht, om aandacht."

En wat nu als de patiënt iets anders wil dan de arts? "Ook dat kan gebeuren", zegt De Klerk. "Ik heb er sowieso nooit van gehouden om anderen mijn wil op te leggen. Mijn taak is om iemand zo goed mogelijk voor te lichten en alle opties en kansen te bespreken, zonder daarbij mijn eigen emoties of ego mee te laten spelen. Vaak overleg je ook nog met de huisarts, met verpleegkundig specialisten en met de teamondersteunende palliatieve zorg. Maar uiteindelijk beslist de patiënt."

Houding verandert

De tijd is dan ook rijp voor 'Samen kiezen', zeggen zowel Joustra en De Klerk met overtuiging. "Ik zie de houding van artsen al veranderen", zegt De Klerk. "Ze zijn veel meer geneigd om te overleggen en reageren goed op 'Samen kiezen.' We moeten ook wel, want uit veel onderzoeken blijkt dat patiënten zich onvoldoende gehoord voelen." "En los daarvan, brengt het je als arts ook veel", besluit Joustra. "Ieder geval is anders, dus je stelt je open, je anticipeert en je werkt met elkaar samen. Als mijn patiënt het gevoel heeft te worden gesteund door een goed samenwerkend team, dan heb ik mijn werk goed gedaan."

—

'Wat als de kanker terugkomt, heb je dan spijt van je beslissing?'

INSPIREREND

Oog voor elkaar, daar gaat het om



Een opname op een intensive care kan een aangrijpende ervaring zijn. In Haarlem Zuid is er daarom een terugkomdag waarop patiënten en hun naasten met medewerkers en artsen terugkijken naar de opname.

In het het zorgconcept Planetree (spreek uit Plain tree) staat de mens centraal. Sylvia Bakker, adviseur patiëntenvoorlichting en Tula van de Sanden, vanaf maart programmamanager Planetree, zijn ambassadeurs van Planetree. "Een oudere dame vraagt om een andere bejegening dan een jongen van 18."

De essentie van Planetree is pure, oprechte aandacht, in alle facetten, in alle lagen van de organisatie, op alle vlakken. Bakker schetst wat dat betekent in de praktijk: "Als een verpleegkundige ziet dat iets voor een patiënt beter anders kan, dan is het belangrijk dat de specialist dat weet en ervoor openstaat. Voordat je nieuwe wachtkamerstoelen aanschaft, moet je weten wat wensen en behoeften zijn van diegenen die er gebruik van gaan maken. En als iemand op de

gang aarzelend rondloopt, dan is het een logische stap diegene verder te helpen."

Oog voor elkaar(s situatie)

Nu is klantgerichtheid natuurlijk niet iets van gisteren. Aan de hand van het zorgconcept Planetree geeft het Spaarne Gasthuis er echter op diepgaande en gestructureerde manier invulling aan. Tula van der Sanden benadrukt dat dit vaak begint bij bewustzijn van de medewerkers zelf: "Ze moeten inzien hoe een ander iets ervaart en zich vervolgens bewust worden van hun eigen rol in de behandeling van bijvoorbeeld patiënten. Op een gedifferentieerde manier. Natuurlijk spreek je een oudere dame anders aan dan een jongen van 18, dat is logisch. Maar tegelijkertijd is ook niet iedere oudere dame of jongen gelijk, net zomin als

de situatie waarin ze verkeren. Vul niet in, maar check het."

In Haarlem wordt momenteel de mammokamer verbouwd met Planetree in gedachten. Bakker: "Daarbij houden we nadrukkelijk rekening met de patiënt in haar stressvolle situatie. Hoe kan ze zich meer op haar gemak voelen? Tintje op de muur, licht wat minder fel, warme wachtruimte. Een handdoek om zich mee te bedekken."

Warm welkom

Uiteindelijk zal iedere medewerker zich zorgverlener voelen. En Bakker weet zeker dat de patiënten daarvan de vruchten zullen plukken. Ze schetst: "De patiënt voelt zich dan thuis en ervaart de ruimte om vragen te stellen. Merkt dat er echt geluisterd wordt door de secretaresse, de verpleegkundige en de medisch specialist."

JA/NEE

Een nieuwe heup na je 80^e?

Een zware operatie gevolgd door een lange revalidatie. Is het wel verstandig om mensen na hun tachtigste nog een nieuwe heup te geven? Orthopedisch chirurg Peter Nolte en zijn patiënt Harmen Hoek, die op zijn 84^e nog een nieuwe heup kreeg, over de voor- en nadelen.

hartproblemen of als de spierconditie te slecht is, waardoor iemand zal blijven manken. Bij twijfel zoek ik in ieder geval altijd de samenwerking op, zoals met de geriater of anesthesioloog. Je wilt er met elkaar, het team en de patiënt, goed uitkomen. Het is, en blijft maatwerk, ieder geval is anders."

JA/NEE

Peter Nolte

Soms zijn de risico's te groot, zoals bij hartproblemen of als de spierconditie te slecht is. Dan is opereren geen optie. Maar het gaat om de kwaliteit van leven. Kan ik die vergroten? Wie ben ik dan om te zeggen dat iemand te oud is.

Peter Nolte: "Meestal hebben oudere mensen bij heupklachten alles al gedaan om een operatie te vermijden. Fysiotherapie, medicijnen, een prik in de heup. Blijven ze dan toch met pijn rondlopen? Dan ga ik samen met ze kijken wat we kunnen doen. Naast medisch onderzoek bespreek ik het intensieve traject, de risico's – zoals botbreuken tijdens de operatie –, en de ambities. Wat verwacht een patiënt van de nieuwe heup? Wat wil of kan hij nog doen? Het gaat om de kwaliteit van leven. Kan ik die vergroten? Wie ben ik dan om te zeggen dat iemand te oud is. Ik zie mensen er vaak enorm op vooruit gaan met een nieuwe heup. Soms zijn de risico's te groot, zoals bij

Harmen Hoek, 85, heeft twee

nieuwe heupen: "Mijn linkerbeen is korter dan mijn rechterbeen, dus ik heb mijn hele leven al problemen. In 2001 kreeg ik mijn eerste nieuwe heup van dokter Nolte, aan de linkerkant. Na vijf weken voelde ik me als herboren! Vorig jaar kreeg ik opnieuw veel pijn. Vreselijk! Nog erger dan jeuk. Dokter Nolte vond het op mijn leeftijd riskant om nog te gaan opereren. Maar ik zei, 'weet u, ik heb kleinkinderen, daar wil ik nog zoveel mee doen'. Ik durfde het wel aan. En de dokter gelukkig ook, want ik ben toen toch geopereerd. Binnen *no time* stond ik op een ladder in mijn tuin de haag te snoeien. Als ik sta, zit en kook voel ik geen pijn, alleen nog een beetje als ik loop – daarvoor ga ik naar de fysio. M'n kleinkinderen kunnen weer met opa over de grond rollen. Nadelen aan de operatie? Die zijn er niet. Alleen maar voordelen, ik voel me fantastisch!"

JA

Harmen Hoek

Dokter Nolte vond het op mijn leeftijd riskant om te opereren. Ik durfde het wel aan. Binnen *no time* stond ik op een ladder in mijn tuin de haag te snoeien.



Altijd in gesprek blijven

Hester van der Kroon, geriater in het Spaarne Gasthuis en Marleen Faes, lid van de cliëntenraad van het Spaarne Gasthuis, gaan met elkaar in dialoog over samen beslissen bij dementie.



De moeder van Faes verblijft op een gesloten afdeling in een verpleeghuis omdat ze dementie heeft. Ze heeft dus ook persoonlijk te maken met 'samen beslissen'.

Faes: "Niet iedere patiënt is in staat ingewikkelde medische beslissingen te nemen. De patiënt met dementie is daarvan bij uitstek een voorbeeld."

Van der Kroon: "Het is belangrijk om in iedere situatie opnieuw te bekijken of een patiënt met een dementie wilsbekwaam is. Mensen weten vaak heel goed dat ze pindakaas op brood lusten. Daarin zijn ze dus wilsbekwaam. Beslissen over bloed prikken, dat kan een patiënt wellicht ook nog goed, maar de noodzaak inzien om een heupfractuur te opereren misschien niet. De afweging of een patiënt wilsbekwaam is maakt een arts in iedere medi-

sche situatie opnieuw. Dat is niet persé aan de geriater voorbehouden. Is een patiënt niet wilsbekwaam, dan is de partner de wettelijke vertegenwoordiger. Is die partner er niet, dan zijn er kinderen en daarna broers of zussen. Met hen gaat de dokter dan in gesprek. Verdeeldheid tussen familieleden maak ik niet vaak mee. Familie wil het beste voor partner, vader of moeder."

Ingewikkeld is het soms als de dokter met het belang van de patiënt voor ogen een ander besluit neemt dan de familie graag ziet. Neem de sondevoe-

—
'Als kind wil je niet dat je vader of moeder ophoudt met eten'

ding als een patiënt op basis van een gevorderde dementie niet meer wil eten of drinken.

Van der Kroon: "Mensen die zullen overlijden, stoppen meestal met eten en drinken. Familie wil soms dat we dan toch sondevoeding geven." Faes: "Eten en drinken zijn natuurlijk basale menselijke behoeften. Als kind wil je niet dat je vader of moeder daarmee ophoudt."

Van der Kroon: "Het is ook enorm verdrietig als een ouder niet meer wil eten of drinken. Als dokter moeten we ons dan tot het uiterste inspannen om uit te leggen dat sondevoeding het leven niet verlengt." Faes: "Veel komt dus aan op goede communicatie als dokters en familie samen beslissen. Het is in feite de essentie om in gesprek te blijven tot de beslissing is gevallen." ●

‘De beste worden om beter te maken’. De Spaarne Gasthuis Academie helpt medewerkers zich te blijven ontwikkelen in hun vak. In iedere editie komt een medewerker aan het woord over zijn professionele ontwikkeling.

OP ZOEK NAAR AFWISSELING EN DYNAMIEK

“Ik had weer zin in een nieuwe uitdaging. In oktober startte ik daarom met de vervolgopleiding SEH-verpleegkundige. Deze opleiding sluit aan op mijn vorige opleidingen. De basis is hetzelfde maar veel is ook nieuw zoals de traumapvang en de verschillende patiëntencategorieën, van geriatrie tot aan kindergeneeskunde.”

Paula de Ram (32) werkt sinds juni 2016 als verpleegkundige op de SEH in Haarlem Zuid en doet de opleiding tot SEH-verpleegkundige aan de Amstel Academie van VUmc. “Hiervoor werkte ik als verpleegkundige op de recovery/ PACU in andere ziekenhuizen. De recovery is een leuke afdeling, maar ik was op zoek naar nog meer afwisseling en dynamiek en wilde me specialiseren in een nieuw vakgebied. Het is een mooie kennisverbreding en als professionaal groei je weer door vanuit een leersituatie.

Voor een aantal vakken kreeg ik vrijstelling. In januari 2017 begint voor mij de theorie pas echt: iedere maand een week school en een toets. Daarnaast leer je in de praktijk presentaties geven, casussen uitwerken om klinisch

redeneren verder te ontwikkelen, en een eindopdracht maken voor kwaliteitsverbetering. Tijdens mijn inwerkperiode had ik de luxe om boventallig te werken, ik trok samen op met een SEH-verpleegkundige. Dit was erg fijn, er komen veel nieuwe dingen op je af en je kunt dan makkelijk terecht met al je vragen. Daarna volgde de voorwerkperiode, waarin ik ‘los’ stond. Sindsdien werk ik zelfstandig, waarbij ik wel terugkoppel naar mijn collega’s. Af en toe sta ik met mijn vaste begeleiders nog een dag boventallig, zo kunnen zij beoordelen of ik op het juiste niveau zit.

Een opleiding doen is naast je fulltime baan natuurlijk wel een uitdaging. Maar uit ervaring weet ik dat je met een strakke planning al een heel eind komt. Ik probeer in de weekenden ‘huiswerkvrij’ te zijn, om de balans er een beetje in te houden: afspreken met vrienden/familie, sporten en naar het strand gaan.

Het meest opvallende wat ik tot nu toe geleerd hebt, is dat je enorm flexibel moet zijn op de SEH. Op de recovery kijk je geruime tijd naar dezelfde patiënt en ben je ook betrokken in het beleid. Op de SEH moet je sneller schakelen; je brengt de patiënt in kaart en dan moet je alweer door naar de volgende. Het is nog meer prioriteiten stellen.”

‘Ik probeer de weekenden “huiswerkvrij” te houden’



Big data in de zorg

Big deal of big problem?

“Zoals zo vaak in de ICT is er ook geen goede definitie van big data. Het is zeker meer dan heel veel gegevens. Het is een manier van omgaan met gegevens uit diverse bronnen, van verschillende mate van betrouwbaarheid en met een variëteit als tekst, geluid en beeld.” Aan het woord is Carol van der Palen, manager ICMT in het Spaarne Gasthuis.

TEKST CAROL VAN DER PALEN
BEELD MIRJAM VERDONK
ILLUSTRATIE ISTOCK

“De snelheid waarmee de gegevens binnenkomen en verwerkt worden is van belang. Duurt dit te lang, dan is het resultaat van geen enkele waarde meer. Big data kun je daarom omschrijven als de drie V's; Volume, Variety en Velocity, soms aangevuld met Veracity, waarheidsgetrouwheid. Deze laatste is in de zorg een terugkerende discussie, wat is de betrouwbaarheid van de gegevens? Een patiëntenonderzoek binnen ons eigen elektronisch patiëntendossier valt daardoor niet binnen de definitie 'Big data'.”

Wat kun je met big data? Kun je een voorbeeld uit de zorg geven?

➡ “Big data kan helpen bij het achterhalen van de oorzaak van ziektes. Het blijft lastig om klinische data te koppelen aan genetische afwijkingen. Welk stukje DNA veroorzaakt de ziekte? Door het samenvoegen van genetische data en klinische informatie komt er inzicht in ziektebeelden en is het

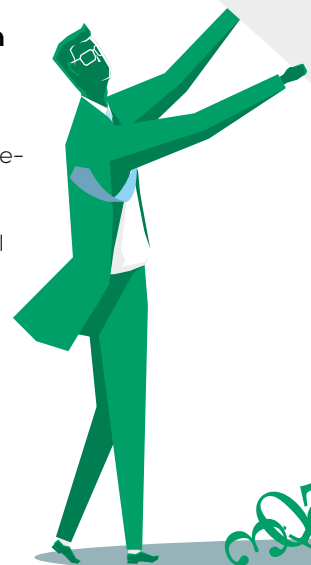
mogelijk deze preventief te behandelen. Zo is er in 2006 met Europees geld het samenwerkingsverband gestimuleerd tussen genetica, informatica en medicatie. En in Nederland richtte de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra een jaar later het Parelsnoer Instituut op. Dit instituut biedt een infrastructuur voor het verzamelen van klinische data en het opzetten van bio(data)banken over patiëntcohorten. Allemaal met het idee dat multidisciplinair onderzoek door medici, informatici, statistici en wiskundigen samen de oorzaak van ziektes kunnen achterhalen. In de medische wereld blijft dat een issue, er wordt meer aan symptoombestrijding gedaan. We weten vaak nog niet wat de exacte oorzaak van de ziekte is of hoe medicatie werkt op microniveau. Of zoals een bevrind die-renarts eens opmerkte, ondanks medicijngebruik is de koe toch beter geworden.”

Big data is zo volumineus dat traditionele ICT-systemen niet meer voldoen. De beschikbare data is niet gestructureerd maar bestaat onder andere uit vrije tekst, video's, foto's en geluidsfragmenten. Hoe haal je hier nuttige informatie uit?

➡ “Het soort bestand mag niet beperkend zijn. De uitdaging zit in het herkennen van patronen. Het menselijke brein is hier zeer goed in, computers hebben daar meer moeite mee. Een goed voorbeeld komt van IBM. IBM versloeg met schaakcomputer Deep Blue de grootmeesters, ging verder met ontwikkelen en won met computer Watson het populaire Amerikaanse tv-spelletje Jeopardy! In deze tv-quiz winnen kandidaten geld als ze als eerste vragen goed beantwoorden. In 2011 won de computer met glans van de twee beste kandidaten. Met Watson had IBM een computer ontwikkeld die op basis van ongestructureerde data opgeslagen in een diversiteit aan bronnen, lerend van zichzelf, onverslaanbaar was geworden.”

Als hij kennisspelletjes kan winnen, kan Watson dan meer? Kan hij ook iets betekenen in de zorg?

➡ “Met Watson heeft IBM aangetoond dat een computer om kan gaan met ironie en raadsels. De kracht van Watson ligt in 'natural language processing'. Op basis van vraag en antwoord leert Watson en kan op basis van deze kennis interpreteren, evalueren en kennis toevoegen aan zijn 'corpus of knowledge'. Hierdoor wordt Watson steeds slimmer. Samen met een aantal medische faculteiten wordt Watson geschikt gemaakt om



medische diagnoses te stellen. Het grote voordeel van Watson is dat de kans op een mogelijke bias minder is. Immers, een arts denkt vanuit zijn specialisme en ervaring. De mens is geneigd alleen die signalen toe te voegen die een bijdrage leveren aan de hypothese, een computer heeft daar minder last van. Alhoewel dit wel enige nuance behoeft. Doordat Watson gevoed wordt met medische artikelen is dat zijn waarheid. De kans op onjuistheden in artikelen neemt toe naarmate de studie kleiner is, de effecten geringer zijn en er minder selectie is op de mogelijke verbanden. Watson zal in het begin ondersteunend zijn aan de arts en helpen verbanden en dus oorzaken te zoeken. In het Engelstalige deel van de wereld zijn er reeds successen gemeld. In Nederland doet het UMC-Groningen onderzoek naar de inzet van Watson."

Als computers steeds slimmer worden, waar zit dan het risico nog om ze te gebruiken?

➡ "Een computer helpt complexe verbanden door te rekenen. Toch zal de mens altijd de basis moeten leggen voor de causale verbanden, een computer heeft daar geen idee van. Zo deed het Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam binnen het Europese samenwerkingsverband onderzoek naar de oorzaak van parodontitis. Een complexe aandoening met een genetische component en waarbij diverse soorten bacteriën een rol spelen, maar ook diabetes, roken en een vitaminegebrek. Welke component levert nu welke bijdrage? Gegevens van onderzoek onder ruim 60.000 studenten waren beschikbaar, in het kader van big data is dat niet veel. De complexiteit zit in de waarde van de data, iemand

die veel groente en fruit eet en dit op een vragenformulier invult, hoeft nog niet veel vitaminen opgenomen te hebben. Als vitaminen een belangrijke component zijn, kan een deficiëntie in de opname van vitaminen een belangrijkere rol spelen in het krijgen van de ziekte dan een andere component. Een computer helpt de bijdrage van een component aan te geven en complexe verbanden door te rekenen. Waarbij de mens dus het causale verband moet bepalen. Want werken met grote getallen geeft altijd een risico dat toeval het overneemt, dat als de kat zich uitrekt het gaat regenen."

Hoe zit het met de privacy van de gegevens? Hoe anoniem is big data?

➡ "Om goed onderzoek te kunnen doen zijn heel veel gegevens nodig. Onderzoekers verzamelen ook liever meer dan minder gegevens. Mensen die mee doen aan onderzoek tekenen een 'informed consent' waarin ze aangeven dat hun gegevens en bio-materialen gebruikt mogen worden voor onderzoek. In bijna alle gevallen wordt aangegeven dat het onderzoek anoniem is. Echter, door bestanden aan elkaar te koppelen en zaken uit te sluiten is het relatief eenvoudig te achterhalen wie het zou kunnen zijn. Als de computer aspecten kan vinden die een aandoening kunnen beïnvloeden, zeker als er demografische gegevens bij worden gebruikt, is het ook te achterhalen waar iemand woont. Aan de andere kant, als bio-materiaal wordt onderzocht en een onderzoeker vindt een aandoening die goed preventief te behandelen is, zal de patiënt waarschijnlijk blij zijn dat hij wordt benaderd. De wetgeving loopt hierbij altijd achter bij de technische mogelijkheden. In het geval van big data zal een goede privacywet een harde noot worden waar veel emotie bijkomt. Misschien Watson maar eens vragen of hij een wet kan maken die perfect is. Zou er geen privacywet bestaan en niemand misbruik maken van de resultaten, dan is het een kwestie van tijd en geld voor er heel veel meer oorzaken en gevolgen aangetoond worden." ○



BIG DATA VOOR DOSERING

De juiste dosering voor medicatie is essentieel. Twee Amsterdamse ziekenhuizen doen een onderzoek waarbij data over geslacht, lengte en gewicht, maar ook aandoeningen van de patiënt worden geanalyseerd op welke bijdrage ze leveren voor het resultaat. De resultaten moeten inzicht geven in de juiste dosering per patiënt.



Carol van der Palen

is manager ICT, Communicatietechnologie en Medische Techniek in het Spaarne Gasthuis. Ook is hij bioloog en gepromoveerd op het gebied van microbiële fysiologie en genetika. Data verzamelen en het zoeken naar verbanden en resultaten loopt als rode draad door zijn carrière.

Mijnspaarnegasthuis.nl biedt meer dan alleen inzage in dossier



TEKSTELS HEEREMANS BEELD ROGIER VELDMAN

Mevrouw C. is wat vergeetachtig de laatste tijd. Afspraken in het ziekenhuis, de juiste medicijnen innemen, haar zoon weet niet zeker of het goed gaat. Samen met zijn moeder regelt hij inzage in het medisch dossier via mijnspaarnegasthuis.nl.

Mijnspaarnegasthuis.nl is een beveiligde website waarop de patiënt toegang krijgt tot een deel van zijn dossier. Je kunt er onder andere uitslagen van onderzoeken bekijken, vragen stellen aan het zorgteam en (herhaal)afspraken maken. Niet alle uitslagen van onderzoeken zijn direct digitaal inzichtelijk. Sommige vragen om uitleg en extra informatie, die de zorgverlener toelicht tijdens de afspraak met de patiënt.

De zoon van mevrouw C. leest het verslag van de chirurg terug en kijkt of de laatste bloeduitslag al binnen is. Hij uploadt meteen een

foto van een huidaandoening op de hand van zijn moeder die hij eerder maakte. Ook maakt hij een vervolgspraak met de dermatoloog, op een dag dat hij mee kan naar het ziekenhuis.

Voor complexere afspraken, zoals bij de poliklinieken chirurgie, orthopedie, mond-, kaak- en aangezichtschirurgie en revalidatie, is telefonisch contact met het Spaarne Gasthuis nodig. Bij de polikliniek kindergeneeskunde kan een verzoek voor een afspraak gestuurd worden. Wanneer iemand langer dan 1 jaar niet bij een zorgverlener is geweest, is het niet mogelijk

om via mijnspaarnegasthuis.nl een afspraak te maken.

Weer thuis krijgt de zoon bericht op zijn mobiel: de laatste bloeduitslag van zijn moeder is binnen. Hij bekijkt de uitslag direct in het dossier en belt zijn moeder om dit door te geven.

Wilt u als huisarts ook toegang tot onderdelen van het dossier van uw patiënt? Dat kan, met toestemming van de patiënt, via de Verwijzerslink. Lees er meer over op pagina 30.

Waarom doe je wat je doet?

Evidence based practice leidt tot aanpassing van werkwijze

Koppel je een infuuslijn af voor het douchen? Hoe vaak meet je een bloedsuiker? Wat zijn de richtlijnen voor nuchter blijven voor een operatie? Werkwijzen worden onder de loep genomen en aangepast waar dat kan. Vaak met positief gevolg voor de patiënt.

Het begint bij een klinische vraag die wordt omgezet in een PICO: *Patient; Intervention; Comparison; Outcome*. Vervolgens is het met een informatiespecialist zoeken naar richtlijnen en artikelen om de vraag te beantwoorden. Blijkt uit de wetenschappelijke literatuur dat een werkwijze beter anders kan, dan worden protocollen aangepast.

Infuusnaalden niet meer standaard vervangen

Op de afdeling cardiologie werden infuusnaalden standaard elke 72 uur vervangen. Na een grote Cochrane systematic review bleek dit achterhaald. Infuusnaalden worden nu op indicatie vervangen, bijvoorbeeld als het infuus is gesneuveld, de huid rondom de insteek rood of pussig is of als de infuusarm gezwollen of pijnlijk is. Veel patiëntvriendelijker, er wordt alleen opnieuw geprikt als het nodig is, en het heeft verpleegkundigen tijd opgeleverd.

Ouder en heup gebroken? Geriater aan bed

Waar vroeger alleen de chirurg aan het bed stond van de oudere

patiënt met een gebroken heup, komt nu na de operatie vaker de geriater in beeld. Veel oudere patiënten hebben naast de heupfractuur andere problemen, waar een geriater beter raad mee weet dan een chirurg. Dit levert betere zorg op voor de patiënt. ●



column

THUIS IN ELKAARS HUIS

"Mevrouw, zoekt u iets?" In één van de polikliniekgangen in Hoofddorp staat een oude dame. Al steunend op haar rollator kijkt ze vertwijfeld zoekend om zich heen, een briefje in haar hand. De verpleegkundige die net voorbij loopt, vraagt haar nog eens: "Mevrouw, kan ik u helpen?" Opgelucht kijkt de vrouw op. "Zuster, ik denk dat ik verdwaald ben. Ik moet naar route 58, maar ik weet niet waar dat is." "Mevrouw", zegt de verpleegkundige, "ik weet ook niet waar dat is. Ik werkte tot voor kort in Haarlem, dit is pas mijn eerste week in Hoofddorp. Maar die dokter daar, die weet het vast wel." Ik sta wat verder in de gang te wachten op een collega als ze mij wenkt. Nou ben ik nog steeds niet gewend aan de nieuwe routenummering in Hoofddorp, waardoor route 58 ook mij niet zo veel zegt. Gelukkig weet de dame te vertellen dat ze voor een CT-scan komt. Vanzelfsprekend weet ik de radiologie wel blindelings te vinden en bied aan om mevrouw daar naartoe te begeleiden. De verpleegkundige is echter veel slimmer dan ik en stelt voor om met z'n drieën te gaan: "Want dan weet ik gelijk waar de röntgenafdeling is." Teruglopend schudden we elkaar de hand en praten wat over de impact van de fusie en de verhuizingen. Als afscheid zegt de verpleegkundige: "Ik hoop toch zo dat we een echt Gasthuis blijven." Het komt overduidelijk uit de grond van haar hart. Ik kan weinig meer zeggen dan: "Met medewerkers zoals jij, maak ik me daar helemaal geen zorgen over."

Arjen Noordzij
Uroloog en voorzitter
medische staf



Schildwachtklier- procedure ook bij mondholtekanker



Nauwkeurigere diagnostiek met de schildwachtklierprocedure vermindert het aantal onnodige halsklierdissecties bij patiënten met een klein mondholtecarcinoom. Onderzoek van KNO-arts Géke Flach leidde tot aanpassing van de behandelrichtlijn.

TEKST GÉKE FLACH BEELD MIRJAM VERDONK

Hoofd-halskanker is wereldwijd het negende meest voorkomende tumortype. In Nederland wordt jaarlijks bij 3000 nieuwe patiënten hoofd-halskanker gediagnosticeerd. De aan- of afwezigheid van uitzaaiingen in lymfeklieren van de hals is bij hoofd-halskanker een belangrijke factor in de prognose van de patiënt en essentieel voor het opstellen van een behandelplan.

Dilemma: voorzorg of afwachten

Bij patiënten met kanker in de mondholte kan een kleine tumor vrij eenvoudig via de mondholte verwijderd worden. Aan de buitenkant zie je dan zelfs geen litteken. Afhankelijk van het risico op lymfklieruitzaaiingen naar de hals moet besloten worden of de hals geopereerd wordt, of dat kan worden afgewacht. De chirurgische verwijdering van lymfeklieren, een zogenaamde halsklierdissectie, heeft nadelige effecten en comorbiditeit, zoals schouderklachten, gevoelsstoornis en soms bewegingsbeperking. Met de oorspronkelijke diagnostische onderzoeken, zoals een MRI-scan, CT-scan of echografisch onderzoek in combinatie met cytologische punctie uit de lymfeklier, bleef het risico op een lymfeklieruitzaaiing nog steeds 30%. Het dilemma was dan te kiezen voor een halsklierdissectie uit voorzorg of voor observatie.

Een halsklierdissectie uit voorzorg is bij ongeveer 70% van de patiënten achteraf gezien onnodig en dus overbehandeling. Zij blijken geen lymfklieruitzaaiingen te hebben. Daarnaast hebben zij dus wel de nadelen van de schouderklachten. Observatie van de hals leidt bij 30% van de patiënten tot onderbehandeling, omdat zij ge-

durende de follow-up uitzaaiingen ontwikkelen. Hiervoor hebben zij dan alsnog een halsklierdissectie nodig, soms met aanvullende radiotherapie. Wanneer de diagnostiek naar lymfklieruitzaaiingen in de hals nauwkeuriger is, kunnen overbehandeling met onnodige halsklierdissecties, en onderbehandeling met later alsnog een halsklierdissectie met of zonder radiotherapie, voorkomen worden. Met dit doel is onderzoek gedaan naar de schildwachtklierprocedure. De schildwachtklierprocedure is bekend van borstkanker en melanomen, en wordt bij deze kankertypes routinematig toegepast in de diagnostiek.

De procedure

De schildwachtklierprocedure detecteert die lymfeklieren die via lymfebanen het meest direct in contact staan met de primaire tumor en dus het hoogste risico op lymfkliermetastasen hebben. Deze zogeheten schildwachtklieren worden opgespoord met radioactief gelabeld eiwit dat rondom de primaire tumor wordt geïnjecteerd en met een gammacamera zichtbaar wordt. De radioactieve lymfeklieren worden tegelijk met de tumorresectie verwijderd en uitgebreid onderzocht onder de microscoop middels weefsel onderzoek. Indien een uitzaaiing wordt aangetoond in de schildwachtklier, vindt een halsklierdissectie plaats tijdens een tweede operatie. Is er geen lymfeklieruitzaaiing, dan zal de hals poliklinisch worden geobserveerd.

Minder overbehandeling

Uit de landelijke multicenterstudie bleek dat de schildwachtklierprocedure nauwkeurig is, en dat het risico op occulte lymfklieruitzaaiingen tot 8% wordt gereduceerd. Dit is aanzienlijk lager dan de oorspronkelijke 30%. Bij patiënten met een eerder behandelde hals, vanwege bijvoorbeeld een tumor in het verleden, was de schildwachtklierprocedure

eveneens nauwkeurig. Bovendien gaf deze extra informatie over eventuele veranderde lymfedrainage patronen wat nuttig kan zijn wanneer aanvullende behandeling van de hals nodig is. Wanneer patiënten gevraagd werden naar hun behandelvoorkeur koos de meerderheid voor een beleid gebaseerd op de schildwachtklierprocedure boven direct een halsklierdissectie. Daarnaast bleek uit een kosteneffectiviteitsanalyse dat de schildwachtklierprocedure in vergelijking tot de halsklierdissectie uit voorzorg of observatie het meest kosteneffectief was in een model met 5- en 10-jaar follow-up.

Deze resultaten hebben ertoe geleid dat de schildwachtklierprocedure is geïmplementeerd als routine diagnostiek bij kleine mondholte-tumoren in de nieuwe Nederlandse richtlijn 'Mondholte- en orofarynxcarcinoom'. 

Meer weten? Lees het proefschrift van Géke Flach via pubmed: 'Minimally invasive diagnostics for occult lymph node metastases in head and neck cancer'.



Géke Flach is KNO-arts bij de Vijf Meren Kliniek, een samenwerkingsverband met het Spaarne Gasthuis. Ze promoveerde op 11 oktober 2016 aan het VUmc.

Uitzaaiingen in lymfeklieren zijn een belangrijke factor in de prognose van de patiënt

ZICHT OP DE PATIËNT

In het samenspel tussen huisarts en medisch specialist kan onduidelijkheid ontstaan over de medische status of voorgeschiedenis van patiënten. Het Spaarne Gasthuis implementeerde de applicatie Epic Care Link, die huisartsen inzicht geeft in informatie uit het dossier van een patiënt.

TEKST JAN JOOST ATEN

Is de uitslag van dat ene bloedonderzoek al binnen? Of: welke onderzoeken zijn nu precies uitgevoerd, en welke niet? Het Spaarne Gasthuis wil deze blinde vlekken uitwissen met Epic Care Link (ECL), ook bekend als 'Verwijzerslink'. Via ECL dat ontsloten wordt binnen het regioportaal doc2doc, kunnen huisartsen *real time* gegevens van patiënten inzien zoals die bij het ziekenhuis bekend zijn. *Real time* is hierbij belangrijk: zodra een laboratorium of ziekenhuis een uitslag heeft, kan de huisarts deze ook inzien. Zo worden voorlopige uitslagen van bloed, radiologie of pathologie in ECL gezet, en zijn ze door de huisarts met een druk op de knop te bekijken.

Overzicht van de Big Four

Theo Blöte, die in het Spaarne Gasthuis de applicatie ontwikkelde, vertelt hoe ECL ingericht is. "We hebben dat samen met huisartsen gedaan. Zij wilden een overzicht hebben van de 'Big Four' van patiënten: voorgeschiedenis, thuismedicatie, allergieën en gestelde diagnoses. Van elke patiënt die toestemming heeft gegeven, staat die geschiedenis er nu in. Inclusief scans van papieren documenten als verslagleggingen en verwijsbrieven van andere instellingen." En ECL kan veel meer. Het Spaarne Gasthuis kijkt in 2017 of functies zijn toe

te voegen zoals het inscannen van röntgenfoto's, MRI's en ECG's. Of de mogelijkheid voor huisartsen om binnen ECL direct contact te leggen met een specialist. "Bovendien kunnen we partijen aansluiten en toegang geven tot alleen die informatie die voor hen specifiek van belang is, vanzelfsprekend weer na toestemming van de patiënt. Denk aan opticiens, fysiotherapeuten, verloskundigen of verzorgingshuizen."

Verbetering van zorg

Op dit moment maken ongeveer zestig huisartsenpraktijken gebruik

van ECL. Huisarts Peter de Groof is tot nu toe positief. "Het scheelt telefoontjes bij onduidelijkheden. Bijvoorbeeld bij gesprekken met oncologische patiënten, die niet goed kunnen uitleggen wat er te zien was op een scan. Het is prettig om daarna te kunnen lezen wat er precies is gevonden. Dat kan tijdens een consult, want je hebt de gegevens binnen een minuut op je scherm." Ook huisarts Matt Allison ziet duidelijke voordelen. "Ik merk een sterke verbetering van de zorg bij patiënten met meerdere aandoeningen, waarbij er verscheidene bezoeken in het ziekenhuis plaatsvinden en door diverse specialisten onderzoeken worden aangevraagd. Met Epic ben ik sneller op de hoogte."

In de toekomst ziet De Groof een belangrijke taak voor ECL die verder gaat dan 'praktische' informatie. "Medische hulpverleners gaan - zeker met oudere - patiënten vaker het gesprek aan over hun verwachtingen van het leven. Wat willen ze nog doen? Welke medische ingrepen mogen er verricht worden, welke niet? Het zou heel goed zijn om de uitkomsten van zo'n gesprek in dit systeem vast te leggen. Al is het maar als stimulans voor specialisten om op basis van die resultaten een vervolggesprek aan te gaan." ●

'Het is prettig om na te kunnen lezen wat er precies gevonden is. Dat kan snel, je hebt de gegevens binnen een minuut op je scherm'

Wilt u ook gebruikmaken van de Verwijzerslink? Stuur een e-mail naar info@sdk.nl. De Stichting Digitale Snelweg Kennemerland (SDSK) stuurt u een aanmeldformulier en regelt uw toegang tot het regioportaal verder.

DAPPERE DOKTERS

Drie nieuwe projecten voor 2017

'Optimale zorg - Dappere dokters' draait om de gunstigste zorg voor de patiënt waarbij de persoon van de patiënt belangrijker is dan de ziekte. Op 22 november kwamen dappere dokters uit de regio van het Spaarne Gasthuis bijeen om onder andere drie nieuwe projecten te kiezen waar in 2017 aan gewerkt wordt:

1. Medicatieoverdracht tussen alle zorgverleners in 1^e en 2^e lijn moet in 2017 op orde komen.
2. Goede zorg voor de niet-acuut zieke oudere patiënt. Doordat ouderen steeds langer thuis blijven wonen worden zowel huisartsen als specialisten geconfronteerd met niet acuut zieke ouderen die niet opgenomen hoeven worden maar die (tijdelijk) niet thuis kunnen blijven.
3. De palliatieve pop-up: Snelle hulp aan patiënten in een palliatief traject. Zo moet een patiënt met terminale kanker en ernstige pijn direct naar de afdeling voor behandeling en niet eerst twee uur voor allerlei onderzoek op de SEH liggen. Het moet dan wel duidelijk zijn op de SEH dat het een patiënt in het palliatieve traject betreft.

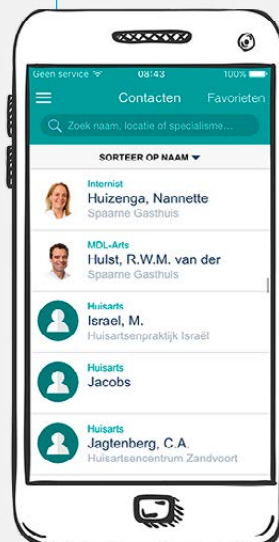
De Haarlem en Meer contact app, zie hiernaast, is een van de projecten die de dappere dokters in 2016 gerealiseerd hebben.



<14 Ook identificatieplicht

In Nederland geldt een identificatieplicht in de zorg. Deze identificatieplicht geldt óók voor kinderen jonger dan 14 jaar, omdat zij vanaf 2012 niet meer bijgeschreven kunnen worden in het paspoort van de ouders. Het ziekenhuis is wettelijk verplicht de identiteit van patiënten te controleren. Acute hulp wordt uiteraard altijd geleverd, met of zonder identificatie. Na de acute hulp heeft de patiënt veertien dagen de tijd om zich alsnog te identificeren bij de afdeling patiëntenontvangst van ons ziekenhuis. Voor pasgeborenen geldt ook een meldingstermijn van maximaal 14 dagen. Meer informatie op www.rijksoverheid.nl.

Contact



Altijd contactgegevens van huisarts en specialist bij de hand?

Download de Haarlem en Meer contact app!

In deze app staan de contactgegevens van huisartsen, specialisten ouderengeneeskunde en medisch specialisten uit de regio van het Spaarne Gasthuis. In deze eerste versie van de app staan alleen openbaar beschikbare gegevens zoals naam, specialisme, instelling-

en praktijknaam en telefoonnummer. Elke deelnemer kan via zijn/haar persoonlijke account de gegevens aanvullen met specifieke informatie zoals een direct telefoonnummer, aandachtsgebied, werktijden en vakantie. Om de app te laten slagen is het erg belangrijk dat elke deelnemer zijn eigen gegevens aanvult en up-to-date houdt.



Nog geen inloggegevens ontvangen en bent u huisarts of specialist in de regio van het ziekenhuis? Stuur een e-mail naar Nannette Huizenga, internist en coördinator 1e lijn, nhuizenga@spaarnegasthuis.nl.

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

Hoofredactie

Peter de Winter,
Augusta Noya

Carol van der Palen,
Maaike Slierings, Manja
Tijssens

Eindredactie

Ilse Groesz

Fotografie

Mark van den Brink,
Sebastiaan ter Burgh,
Digidaan, Jean-
Pierre Jans, Rogier
Veldman, Mirjam
Verdonk

Bladconcept en vormgeving

Maters & Hermen
Vormgeving

Artikelen

Jan Joost Aten,
Hilde Duyx, Géke Flach,
Els Heeremans, Fred
Hermesen, Wouter van
Kempen, Ellen Kleverlaan,

Illustraties Dossier

Marieke van Gils

Drukwerk

Easyprint
Nieuw-Vennep

Van intensieve samenwerking profiteert de patiënt

Tot ziens

Patiënten die bij Van Houtum op de polikliniek komen hebben diverse problemen en klachten. De zoektocht naar de oorzaak en dus uiteindelijk de oplossing, onderneemt hij samen met de patiënt.

Als internist – endocrinoloog ziet hij veel mensen met diabetes en schildklierproblematiek. Medisch technisch is diabeteszorg en de zorg voor mensen met schildklierproblemen meestal niet complex. De sociale gevolgen en de consequenties op emotioneel vlak maken deze ziektebeelden soms een ware last om te dragen. Mensen hierin begeleiden vergt een andere aanpak waarbij het samen optrekken met de mensen, goed luisteren en soms afstappen van de gebaande paden een noodzaak is. Dit maakt het werk afwisselend en uitdagend

en de uitkomst voor de patiënt wellicht waardevoller.

Van Houtum heeft contact met bijna alle disciplines in het ziekenhuis. Goed overleg met collega's intern en extern, zoals huisartsen, die allemaal samenwerken om de gezondheid van de patiënt te bevorderen. Daar heeft de patiënt, in zijn optiek, profijt van.

Ook is Van Houtum bestuurslid van het Medisch Coördinerend Centrum, Haarlem en Meer. Een samenwerkingsverband waarin huisartsen en specialisten o.a. regionale transmurale afspraken vastleggen. Van Houtum kan zich helemaal vinden in het gedachtegoed van de Dappere dokters. Voor wie de persoon die ziek is belangrijker is dan de ziekte. ●

**Internist-
endocrinoloog**
William van Houtum,
een Dappere dokter
in de dagelijkse
praktijk van polikliniek
en afdeling. "Een
goede samenwerking
met de 1ste lijn,
daar heeft de patiënt
profijt van."

