

IN ZICHT

NR. 3 | oktober
2017



Patiënt en familie op de IC
Gescheiden werelden

Cordula Wagner
pleitbezorger patiëntveiligheid

♀ HORMONEN
dossier

Goed onderling overleg over RTA's

Regionale Transmurale Afspraken (RTA's) geven duidelijkheid wat huisartsen en specialisten van elkaar kunnen verwachten in de regio Zuid-Kennemerland en Haarlemmermeer. Huisarts Martijn Bakker is betrokken bij de RTA over cardiovasculair risicomanagement, CVRM. De samenwerkingsafspraken over CVRM komen voort uit de ketenzorg en zijn tussen huisartsen en specialisten – cardiologen, neurologen, vaatchirurgen en vasculair internisten – opnieuw vastgelegd. In dat proces ging Bakker, met enkele collega's, met afgevaardigden van elk specialisme in gesprek, waarna de specialisten onderling hun standpunten bespraken. Punt van discussie was met name de hoogte van het cholesterol. Specialisten willen die doorgaans lager. Huisartsen zien vaker

patiënten die last ondervinden van cholesterolverlagende middelen en zijn hierdoor wat terughoudender. Vanuit het Spaarne Gasthuis coördineert vasculair internist Nannette Huizenga de voorstellen. De korte lijnen in de samenwerking vindt Bakker prettig en handig is ook dat het ziekenhuis intern al logistieke afspraken had vastgelegd, zoals over de communicatie tussen specialisten en huisartsen bij opname en ontslag. Die richtlijnen komen ook in de RTA. Bakker staat erachter. Na goed onderling overleg, ook met de kaderarts in hart- en vaatziekten, is voor het cholesterol nu een waarde van 1,8 voor een hoogrisicogroep afgesproken en voor de groep daaronder 2,5, met daarbij ook duidelijke afspraken wanneer een verwijzing zinvol is. De RTA verschijnt in het najaar. ●

TEKST MAAIKE SLIERINGS BEELD JEAN-PIERRE JANS



Huisarts Martijn Bakker is betrokken bij de totstandkoming van de RTA over cardiovasculair risicomanagement.

inhoud

IN ZICHT #3 OKTOBER 2017

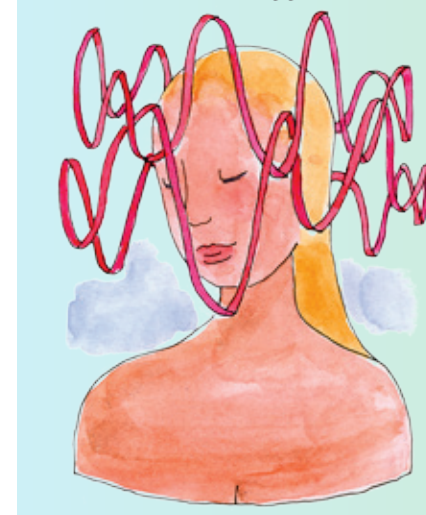
4

De patiënt is blij dat hij er nog is, de familie zit met nare herinneringen.



13

♀ HORMONEN dossier



20

Professor Cordula Wagner: "Het ultieme – nooit een fout in een ziekenhuis – is onhaalbaar."



24

500 jaar ziekenzorg: de barbier was handig met messen en genezing zelden het doel.



Beunhazen, piskijkers en specialisten

VERDER **P7** Satelliet IVF **P8** Kort **P10** Neonatale opvangtafel vergroot kansen baby **P12** Interessante onderzoeksresultaten **P23** Managementopleiding maakt werk leuker **P26** Verpleegkundig specialist verbindt verpleegkundig en medisch domein **P27** Column Peter van Barneveld **P28** Door de colonstraat



Internist-intensivist Bas Kors (l) en IC-verpleegkundige Joep Beneken Kolmer bij een patiënt. "De vraag die iedere dag aan iedere patiënt gesteld zou moeten worden is: 'wat is voor u belangrijk?'"

Patiënt én familie op nummer 1

Waarom Family and patient Centered Intensive Care werkt

Een verblijf op de Intensive Care is meestal onverwacht. De patiënt is er bovendien vaak ernstig aan toe. Dat heeft niet zelden flinke gevolgen voor het leven van de patiënt als hij weer thuis is. Daarom bieden de zorgverleners op de IC's van het Spaarne Gasthuis 'Family and patient Centered Intensive Care'. Internist-intensivist Bas Kors en IC-verpleegkundige Joep Beneken Kolmer vertellen hoe zij met het hele team uitvoering geven aan deze ambitie.

TEKST ELLEN KLEVERLAAN BEELD MARK VAN DEN BRINK ILLUSTRATIE KAISA POHJOLA

Van de mensen die op een IC worden opgenomen, overlijdt ongeveer 20 procent, zo'n 80 procent overleeft het dus. Regelmatig hebben deze mensen last van de gevolgen van hun ziekenhuisopname. Lichamelijk, mentaal en cognitief. Internist-intensivist Bas Kors: "Zowel voor de patiënt als diens familie kan het verblijf grote gevolgen hebben. Mensen zeggen wel dat ze zijn veranderd; dat ze iemand waren voordat ze hier terechtkwamen en iemand zijn die ze

daarna zijn geworden. Als je het leven voorstelt als een rechte lijn, dan betekent het verblijf op de IC vaak een breuk in dat continuüm."

Niet alleen medisch, ook soft

Al jaren geleden zag Kors hoe aandacht voor de mens achter de patiënt verschil maakte voor diens welbevinden tijdens en na het verblijf op de afdeling. Inmiddels is Family and Patient Centered Intensive Care (FCIC), ofwel mens-

'Ze waren iemand voor de opname en ze zijn iemand daarna'

gerichte zorg, beleid op de IC van het Spaarne Gasthuis. Van de twee verpleegkundigen die vanuit Haarlem met mensgerichte zorg aan de slag gingen, is er een inmiddels betrokken bij de Landelijke FCIC-stichting. In Hoofddorp was men al actief vanuit het zorgconcept Planetree. Planetree en FCIC gaan moeiteloos samen, legt Kors uit. "Mensen in een kwetsbare situatie hebben niet alleen de best mogelijke medische zorg nodig. Wij moeten als dokters en verpleegkundigen oog en aandacht hebben voor hun sociaal, emotioneel en geestelijk welbevinden. De softe kant van het vak, zo je wilt. Dat is wat Planetree en FCIC met elkaar verbindt."

Minder sederen

Kors werkt nu tien jaar bij het Spaarne Gasthuis. Beneken Kolmer acht jaar, maar is al sinds 2001 IC-verpleegkundige. Beiden hebben de ziekenhuishuizen zien veranderen. Het zorgproces is veel sneller geworden, onder andere omdat de informatievoorziening door digitalisering van processen zoveel sneller gaat. Maar patiënten verblijven ook veel korter in het ziekenhuis, gaan eerder naar huis en worden dan poliklinisch behandeld als het nodig is. Mensen die wel worden opgenomen, zijn gemiddeld genomen dan ook ernstiger ziek. Zij hebben een hogere leeftijd en vaak is sprake van comorbiditeit. Wetenschappelijke inzichten hebben het vak ook inhoudelijk sterk veranderd. Werden mensen voorheen meestal slapend gehouden op de IC, nu weten we dat hun herstel wordt bespoedigd door zo snel mogelijk de spieren te gaan gebruiken en cognitief uitgedaagd te worden. Met bedfietsen bijvoorbeeld, door rechtop te zitten, met fysiotherapie en door gesprekken te voeren. Voor dit alles moet de patiënt uiteraard wakker zijn. En dat is weer een van de redenen dat het 'turen naar een beeldscherm' door de dokter zonder oog voor de patiënt niet meer van deze tijd is, legt Kors uit. "De patiënt is zeker dan vroeger, maar ook veel vaker wakker omdat we zo min mogelijk sederen."

Herinnering patiënt en familie verschilt

Zorg voor de familie van de patiënt is van groot belang. Ondanks dat de patiënt zijn verblijf niet helemaal bewust heeft meegemaakt, kan het voor familieleden een traumatiserende gebeurtenis zijn geweest. Beneken Kolmer vertelt dat het soms gescheiden werelden zijn.

"De patiënt herinnert zich vrijwel niets meer, of heeft alleen flarden van indrukken. De familieleden hebben alles bewust meegemaakt. Ze kunnen zich over en weer moeilijk in elkaars verhaal herkennen." De patiënt is blij dat hij er nog is, familieleden zitten met allerlei nare herinneringen. Kors: "We zeiden vroeger dat het wel zou slijten, maar dat is nou eenmaal niet zo. We moeten ook voor familie veel oog hebben. Aandacht voor hun behoeften, informatie geven wanneer het maar nodig is. Communiceren is alles. Het menselijke aspect, dat is wat mensen zich herinneren. Dat maakt dat mensen weer verder kunnen."

Meneer De Vries

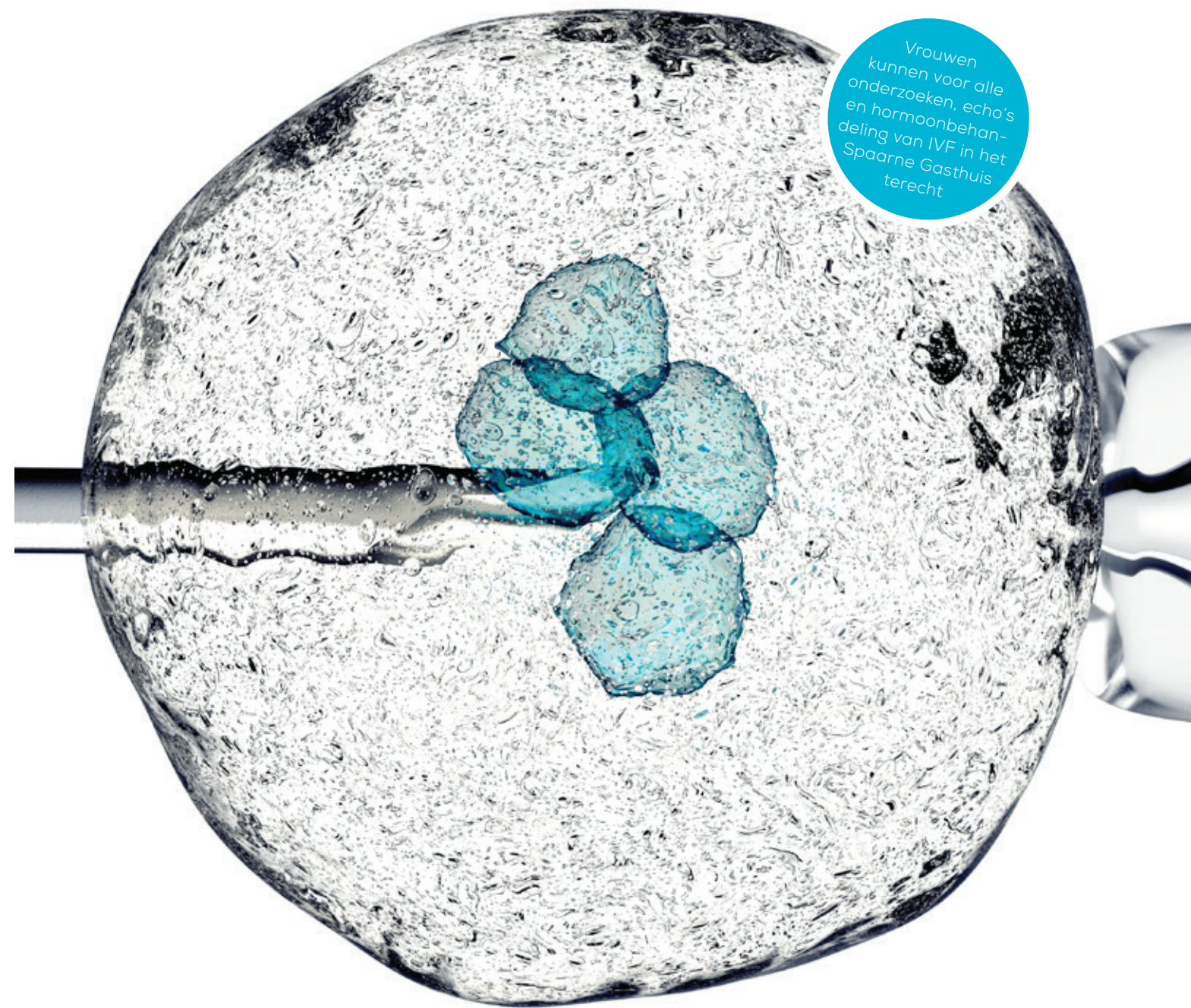
De gesprekken met familieleden leveren bovendien veel informatie op over de patiënt; belangrijk voor de patiëntgerichte zorg. Wie was de patiënt voor de opname eigenlijk? Van welke muziek houdt hij? En als de patiënt zegt dat hij tot voor kort nog auto reed en dus heel goed was, klopt dat met de bevinding van de zoon of dochter? Kors: "Het zijn soms kleine dingen die al enorm helpen. Een voornaam weten, in plaats van telkens 'meneer De Vries' te moeten roepen." De medische basiszorg moet uiteraard goed zijn. Maar je moet verder kijken, met de patiënt en zijn familie. Is de kleinzoon van deze man of vrouw jarig? Wil hij graag bewegen of heeft hij heimwee naar zijn huisdier? Beiden benadrukken hoezeer alle zorgverleners betrokken zijn bij de zorg voor patiënt en familie, inclusief maatschappelijk werk, geestelijke verzorging en fysiotherapie, die allemaal deel uitmaken van de multidisciplinaire zorgteams op de IC.

'De patiënt is blij dat hij er nog is, de familie zit met nare herinneringen'

Je wordt er niet voor opgeleid

Zo logisch als het voor Kors en Beneken Kolmer en hun collega's is, verwondert het hen wel dat er in de opleidingen nagenoeg geen aandacht is voor de humane kant van de zorg. Niet in de opleidingen tot arts of medisch specialist, noch in de opleidingen voor de verpleegkundigen. Verpleegkundigen die voor het vak van IC-verpleegkundige kiezen, zijn wellicht zelfs mensen die meer affiniteit hebben met de medische kant van het vak, dan met de menselijke, softere kant, legt Kors uit. Maar: "In iedere medische discipline is oog hebben voor wat deze patiënt nodig heeft, belangrijk. De vraag die aan iedere

Vrouwen kunnen voor alle onderzoeken, echo's en hormoonbehandeling van IVF in het Spaarne Gasthuis terecht



Mens in wording

Na de bevruchting van de eicel duurt het twee tot drie dagen voor het embryo zich ver genoeg ontwikkeld heeft om in de baarmoeder geplaatst te kunnen worden. In dit stadium bestaat het embryo meestal uit vier tot acht cellen. Om haar baarmoeder geschikt te maken voor de terugplaatsing gebruikt de vrouw minimaal vijftien dagen ervoor hormonen.

Sinds kort is het Spaarne Gasthuis een satelliet IVF, in samenwerking met het VUmc. Voor alle onderzoe-

ken (OFO), echo's en de verschillende hormoonbehandelingen kunnen patiënten in het Spaarne Gasthuis terecht. De eicelpunctie en de embryoplaatsing gebeuren in het VUmc.

Als de vrouw zwanger is, doet de gynaecoloog de controles, ongeveer tot en met de 8e week. Als er geen medische indicatie is dan is er geen reden om in de 2e lijn te blijven. De vrouw wordt dan verder begeleid door een verloskundige. **o**

patiënt iedere dag opnieuw gesteld zou moeten worden, is: 'wat is voor u belangrijk?'" Ideeën te over voor hoe zij daar nog beter invulling aan kunnen geven. Kors: "We willen achter ieder beeldscherm dat boven de bedden op de IC hangt, een soort whiteboard bevestigen. Daar kan familie van alles opschrijven, maar ook wij. Dreigt een patiënt in een delier te raken? Hang foto's erop om hem in de werkelijkheid te houden. Of: stel met de patiënt samen een doel voor die dag en zet dat erop. De mogelijkheden zijn legio." Inmiddels gaat het idee van de whiteboards uitgevoerd worden dankzij een subsidie van Vrienden Spaarne Gasthuis. Wat al gebeurt is dat familie een dagboek krijgt om hun ervaringen in op te schrijven; dat helpt bij het verwerkingsproces. Ook bezoeken de IC-verpleegkundigen de patiënt als hij naar een andere afdeling is gegaan. Beneken Kolmer: "We weten inmiddels ook dat de overgang van de IC naar een gewone verpleegafdeling heel groot is. We kunnen de patiënt daar beter op voorbereiden en we leveren daarmee een eerste stukje nazorg."

Veel kennis bij huisarts

Een andere ontwikkeling is de betrokkenheid van de huisartsen in de regio. Bij de huisarts zit vaak veel kennis over de patiënt, legt Kors uit. "Niet iedere patiënt is in beeld bij een huisarts, die relativering moet ik maken. Maar vaak genoeg heeft de patiënt al een medische geschiedenis waar de huisarts als geen ander van op de hoogte is. Huisartsen kennen familieleden vaak ook." Zij bellen tegenwoordig ook zelf op als ze weten dat een patiënt van hen op de IC is beland. Kors: "We willen huisartsen graag betrekken bij het multidisciplinair overleg of bij een Moreel Beraad. Maar hen ook inzetten om het contact met de familie te leggen." Beneken Kolmer: "De huisarts is voor hen vaak toch een vertrouwenspersoon."

Post Intensive Care Syndroom

Ondanks de goede zorg op de IC, kunnen mensen na hun ontslag klachten ontwikkelen die zich dan later openbaren. Beneken Kolmer: "Geheugenproblemen, gewrichts- of emotionele problemen, maar ook ademhalings- of spierproblemen: een scala aan symptomen duiden op wat we ook wel Post Intensive Care Syndroom noemen." Het is belangrijk dat huisartsen deze symptomen in verband brengen met het verblijf op de IC, en ex-patiënten kunnen een terugkomst bezoeken. Beneken Kolmer: "De erkenning dat zij niet de enigen zijn die met die klachten tobben, maar dat het er soms bij hoort, is vaak al een hele steun. Herkenning en erkenning maken deze terugkomdagen heel

waardevol voor ex-patiënten van de IC. We kunnen ze nadien ook nog verwijzen naar speciale groepen waar mensen lotgenoten kunnen treffen." Voor de terugkomdagen in het Spaarne Gasthuis worden ieder jaar zo'n 150 mensen uitgenodigd, waarvan er tussen 40 en 50 de dag bezoeken.

Schrikken en verbeteren

Deze terugkomdagen leveren informatie op hoe de zorg beter kan, net als de enquête-formulieren die familieleden meekrijgen nadat de patiënt is ontslagen van de IC. Zo bleek dat het te vaak gebeurt dat mensen het idee hebben dat ze geen dokter hebben gesproken. Kors benadrukt dat IC-verpleegkundigen ook veel informatie kunnen geven; het is de familie die graag toch nog even van de dokter hoort hoe het ervoor staat. Maar de jonge man of vrouw in witte jas die voor hen staat, wordt niet altijd herkend als dokter. De IC-afdelingen willen er een oplossing voor vinden. Beneken Kolmer schrikt soms wel van de ervaringen van patiënten: "Een mevrouw die net geopereerd was, verbleef op de IC en lag 's nachts wakker omdat ze heel angstig was. Ze kreeg van een verpleegkundige een slaappil aangeboden. Maar wat zij wilde, vertelde ze later, was iemand die even haar hand zou vasthouden." Het kan altijd beter, en wat niet helpt is de werkdruk, vindt Kors. Daardoor is er soms te weinig mogelijkheid om letterlijk en figuurlijk ruimte te maken voor die andere benadering van de patiënt. Kors benadrukt de ambities van de IC. Ze willen voorop lopen met mensgerichte zorg en een goed voorbeeld zijn. Niet dat hij denkt

'Herkenning en erkenning maken terugkomdagen heel waardevol voor ex-patiënten van de IC'

dat het bij andere afdelingen niet goed gaat. Kors: "Door samen te werken in een keten van zorgverleners, met huisartsen, andere collega's in de eerste lijn maar ook verpleeghuisartsen en revalidatieartsen, kunnen we mensgerichte zorg nog veel meer inhoud geven, met voor ieder een eigen verantwoordelijkheid. We gaan de zorg met mensgerichte zorg innoveren." **o**

De Winter

Gegevensbescherming in 2018? Gewoon doen!

Het gaat echt goed met de flow van wetenschap in ons ziekenhuis. Ik zie geïnteresseerde (aanstande) collega's voorbijkomen die precies begrijpen dat de kwaliteit van onze patiëntenzorg gebaat is met gedegen wetenschappelijk onderzoek. Op verschillende plekken rijzen de ideeën als paddenstoelen uit de grond. Soms kleine en tastbare ideeën, soms juist zeer grote projecten die een landelijke goedkeuring kregen, bijvoorbeeld via ZonMw. Ik moet wel bekennen, onderzoek doen wordt vanaf mei 2018 iets lastiger met de nieuwe Europese privacy verordening: de *Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG)*. Deze wet is gemaakt omdat de Europese Commissie heeft besloten dat de huidige wetgeving niet langer aansluit bij de constante veranderingen in de digitale wereld.

Wat gaat dat nu concreet voor ons betekenen? Kort door de bocht zijn de gegevens van de patiënt veel beter bewaakt en moeten wij meer dan anders de rechten van de patiënt in de gaten houden. De patiënt heeft straks ook het recht om vergeten te worden; op verzoek moeten we zijn gegevens verwijderen. Ik zie het positief in; het is tijd om de rechten van onze patiënten beter te beschermen in de digitale wereld. Wij moeten ons schikken zowel binnen de reguliere gezondheidszorg als binnen het wetenschappelijk onderzoek.

Maar laat je hierdoor niet afschrikken! Het team wetenschap van de Spaarne Gasthuis Academie helpt met een concrete uitleg wat in 2018 wel of niet meer zomaar mag. Bij nieuwe aanvragen geven we uitleg over de nieuwe eisen. We moeten werken met deze nieuwe regels en daar moeten we niet moeilijk over doen. Onderzoek doen is en blijft leuk en nodig voor ons ziekenhuis!

Peter de Winter
Kinderarts en decaan
Spaarne Gasthuis
Academie



12-jarigen krijgen vanaf 2018 meningokokkenvaccin

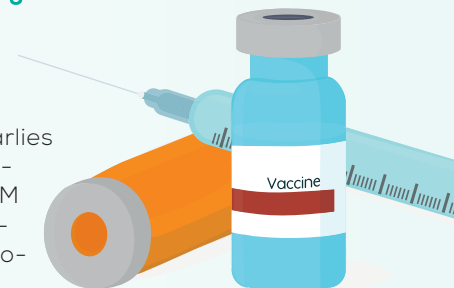
Proefschrift de basis van aanpassing vaccinatieprogramma

Sinds 2002 krijgen kinderen van 14 maanden via het Rijksvaccinatieprogramma (RVP) een vaccin tegen meningokokken groep C. Uit eerder onderzoek bleek dat deze vaccinatie kortdurend bescherming geeft omdat antistoffen in het bloed snel dalen. Een herhalingsvaccinatie is daarom aanbevolen. Sinds 2015 is er daarnaast een sterke toename in ziektegevallen door meningokok groep W gezien.

Arts-onderzoeker Mariëtte van Ravenhorst deed onder leiding van dr. Marlies van Houten promotie-onderzoek bij het RIVM en het Spaarne Gasthuis naar het meningokokken vaccin. Mede door haar onderzoek is het advies om een gecombineerd vaccin tegen meningokokken groep A, C, W en Y in te voeren voor de leeftijd van 15 jaar. Uit een vaccinstudie verricht door Mariëtte bij het RIVM blijkt dat jongeren tussen 12 en 15 jaar immunologisch het beste reageerden op het gecombineerde vaccin.

Daarnaast bleek uit een grootschalig studie in het Spaarne Gasthuis dat meningokokken-dragerschap al voor de leeftijd van 15 sterk toeneemt. Invoeren van het vaccin voor die leeftijd kan dan naast individuele bescherming ook groepsbescherming bieden.

Op 25 september besloot minister Edith Schippers om het RVP aan te passen. In 2018 wordt de vaccinatie tegen meningokokken groep C op de leeftijd van 14 maanden vervangen voor het gecombineerde vaccin. Daarnaast worden jongeren rond de 12 jaar in 2018 opgeroepen voor een vaccinatie.



IN/UIT

Medisch specialisten

naam Julien Labrie
werkt als gynaecoloog
komt van ATZ Tweesteden en Bergman Clinics vrouwenzorg
per 1-7-2017

naam Joline Lind
werkt als longarts
komt van VUmc
per 1-7-2017

naam Martine Raphael
werkt als kinderarts, plaatsvervangend opleider
komt van OLVG
per 1-7-2017

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

Medicijncheck voor jong en oud

Patiënten kunnen sinds kort in Haarlem Zuid en Hoofddorp terecht voor een 'medicijncheck'. Een initiatief van de SAHZ voor patiënten met een geplande ziekenhuisopname binnen een week. De apotheek nodigt patiënten jonger dan 18 of ouder dan 70 uit voor een gesprek in het ziekenhuis. In alle rust en met privacy worden de geneesmiddelen doorgenomen met de patiënt. Ook kunnen patiënten tussen de 18 en 70 jaar, als zij meer dan vijf verschillende medicijnen gebruiken, een medicijncheck laten doen. Voor hen plant de doktersassistente een telefonisch consult met de apothekers-assistent.



De Vijf Meren Kliniek, een samenwerking tussen KNO-artsen en het Spaarne Gasthuis, houdt sinds mei 2017 een continu klanttevredenheidsonderzoek. De artsen en medewerkers bekijken onderzoeken vrijwel 'realtime', reageren snel en verbeteren waar nodig. Patiënten hebben zo daadwerkelijk invloed op de bedrijfsvoering en bejegening. Een tastbaar resultaat zijn de nieuwe 'watercoolers' in Haarlem Zuid, Haarlem Noord en Hoofddorp. Een duidelijke wens van de patiënten.

1202
patiënten vulden het onderzoek in

8,0
is het rapportcijfer dat patiënten de Vijf Meren Kliniek geven

71%
van de patiënten is tevreden over de wachttijden

1/3
van de invullers laat zijn contactgegevens achter bij het onderzoek

Kort



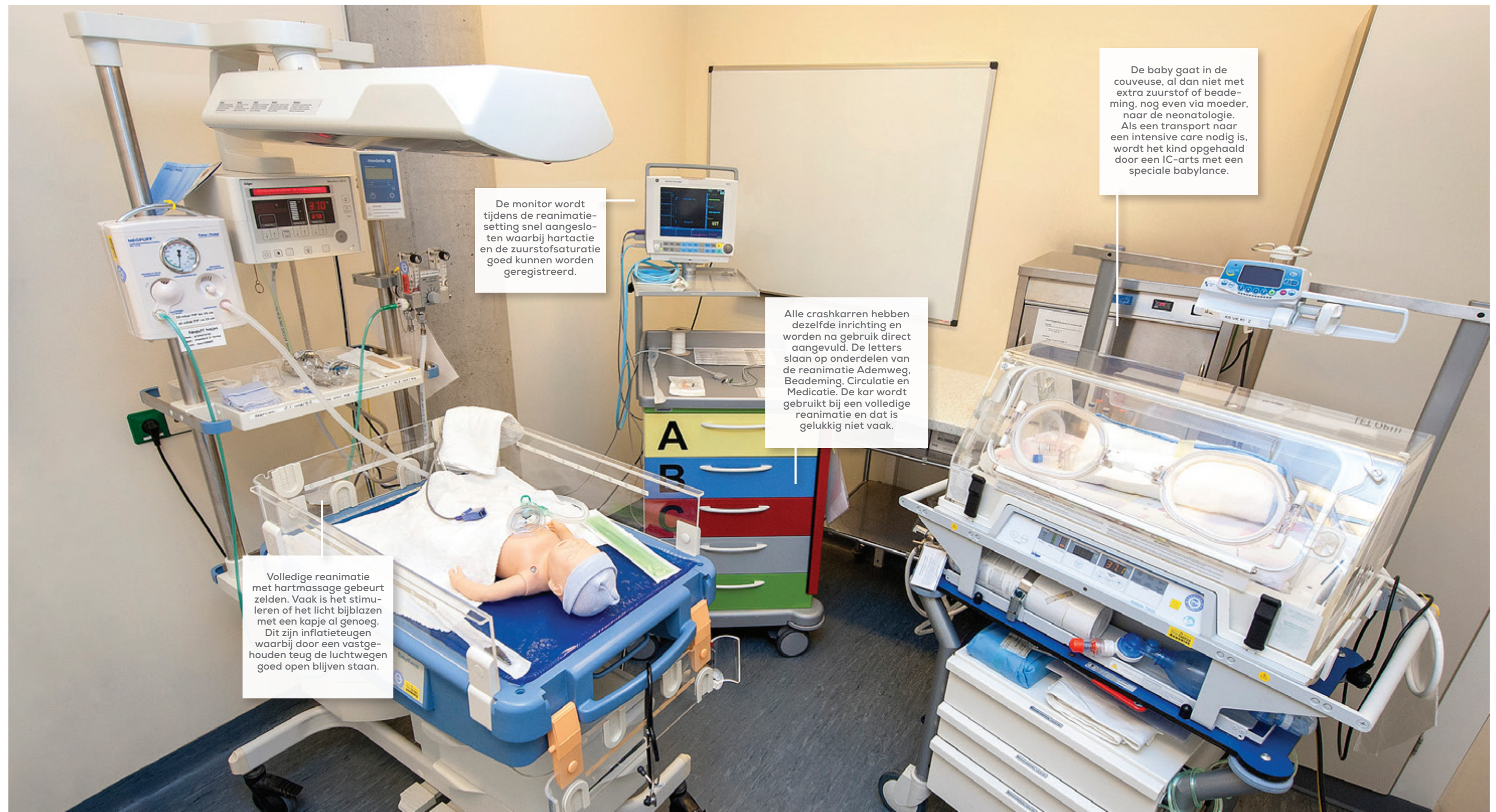
Martijn Weisfelt

Nieuwe stafvoorzitter

Mag ik mij even voorstellen?
Mijn naam is Martijn Weisfelt. Ik werk sinds 2007 als neuroloog in het Spaarne Gasthuis en sinds 1 september heb ik het stokje overgenomen van Arjen Noordzij als voorzitter van de medische staf.

Eerder was ik voorzitter van de kamer kwaliteit & veiligheid in het stafbestuur en betrokken bij het in kaart brengen van de risico's en het voorbereiden van de fusie van het Spaarne Ziekenhuis en het Kennemer Gasthuis. Hier kwam ook naar voren hoe ingewikkeld het samenvoegen van twee grote ziekenhuizen is, en een nieuw ziekenhuis zo te organiseren dat het belang van de patiënt voorop blijft staan.

Om het Spaarne Gasthuis een gasthuis te laten zijn in de ware zin van het woord is het naar mijn overtuiging essentieel dat de artsen de regie en verantwoordelijkheid nemen om de zorg zo in te richten dat we daadwerkelijk ontzorgen, voor de patiënt en voor de huisarts. Ik ga mijn uiterste best doen om ervoor te zorgen dat de medisch specialisten deze regierol binnen het ziekenhuis op een goede manier kunnen uitvoeren. Dit is niet morgen klaar, maar we zijn onderweg. Ik houd u graag op de hoogte.



De monitor wordt tijdens de reanimatietelling snel aangesloten waarbij hartactie en de zuurstofsaturatie goed kunnen worden geregistreerd.

Alle crashkarren hebben dezelfde inrichting en worden na gebruik direct aangevuld. De letters slaan op onderdelen van de reanimatie Ademweg, Beademing, Circulatie en Medicatie. De kar wordt gebruikt bij een volledige reanimatie en dat is gelukkig niet vaak.

De baby gaat in de couveuse, al dan niet met extra zuurstof of beademing, nog even via moeder, naar de neonatologie. Als een transport naar een intensive care nodig is, wordt het kind opgehaald door een IC-arts met een speciale babyulance.

Volledige reanimatie met hartmassage gebeurt zelden. Vaak is het stimuleren of het licht bijblazen met een kapje al genoeg. Dit zijn inflatieteugen waarbij door een vastgehouden teug de luchtwegen goed open blijven staan.

Optimale opvang van een pasgeboren baby is cruciaal om zuurstoftekort na de bevalling zo goed mogelijk te voorkomen of te beperken.

De neonatale opvangtafel is gemaakt om baby's zo goed mogelijk op te vangen. Dit gaat volgens een landelijke richtlijn die regelmatig wordt herzien op basis van nieuwe wetenschappelijke inzichten. Zo is het uitzuigen van een pasgeboren baby niet meer nodig en worden de meest kwetsbare en kleine kinderen opgevangen in een plastic zak om hun temperatuur te handhaven. Bij een te verwachten slechte start van een baby staan de kinderartsen klaar; ze testen de apparatuur en stellen ze in voor dit speci-

fieke kind. Taken worden verdeeld en na de start van een reanimatie gaat de klok lopen om met de APGAR-score bij te houden hoe het gaat met de vitale parameters van het kind. Een ouder mag altijd bij het kind blijven en wordt door een van de aanwezigen bijgepraat. Als het kind goed doorademt en een mooie hartactie heeft mag het snel naar de moeder om daar te blijven of een dikke kus te krijgen voor het naar de neonatologie gaat. In principe worden in het Spaarne Gasthuis alleen baby's geboren na een zwangerschapsduur van 32 weken. ●

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

mei 2017 – september 2017

2017, Almquist M, Oosterling SJ et al.

Het peer reviewsysteem staat onder druk in de huidige vorm. Hoewel reviewers van de British Journal Of Surgery enthousiast waren om hun artikel in te sturen voor online review, bleken er weinig mensen daadwerkelijk bereid om 'open online' te reviewen en was de kwaliteit van de reviews significant slechter dan van normale reviews. PLoS One.

Int Orthop. 2017, Harmsen RTE, Nolte PA, et al.

Weinig orthopedisch chirurgen (22.5%) bespreken de seksuele behoeftes van patiënten voor en na het vervangen van een heup, met als meest genoemde reden dat patiënten er niet om vragen. Vooral artsen in opleiding vinden het een lastig onderwerp (4.9% bespreekt het), terwijl gepensioneerde artsen dit 'slechts' in 41% van de gevallen nooit bespraken. Wel denkt 92% van de orthopedisch chirurgen dat het vervangen van een heup een positief effect kan hebben op de seksuele activiteit. 10% van de artsen had een dislocatie van de heup meegemaakt (vermoedelijk) veroorzaakt door seksuele activiteit.

J Stroke Cerebrovasc Dis. 2017
Muller FF, de Beer F, Visser MC.

Er is een zeer grote variatie in Nederland in de behandeling van een TIA. De verschillen gaan vooral over de afdeling van opname, cardiologische work-up en tijd tot onderzoek. Het is niet bekend of dit ook leidt tot verschillen in de kwaliteit van zorg.

dossier



♀ HORMONEN

Menstratiepijn, opvliegers, botontkalking, verminderde fertiliteit. Hormonen zijn de oorzaak van vele klachten en ziektes bij vrouwen. En tegelijkertijd vaak ook de oplossing.



Angst geen goede raadgever

Hormonen zijn vaak wél de oplossing

Hormonen hebben niet zo'n goede naam. De hormonen die ons eigen lichaam aanmaakt niet, maar ook over hormoontherapie, van anticonceptiepil tot het behandelen van overgangsklachten, bestaan veel negatieve ideeën. Toch kunnen hormonen voor een scala aan aandoeningen verlichting geven of een oplossing zijn. Gynaecoloog Esther Kuijper neemt graag de angst voor hormonen weg die ze bij veel patiënten bemerkt.

De patiënten van Kuijper zijn vrouwen in alle levensfasen. En in alle levensfasen kunnen behandelingen met hormonen een oplossing zijn voor gynaecologische aandoeningen. Kuijper ziet veel jonge vrouwen op haar spreekuur met geen of een onregelmatige cyclus. Blijft de menstruatie standaard langer dan vijf weken uit, dan kan er sprake zijn van polycysteus ovarium syndroom (PCOS). Kuijper: "De anticonceptiepil is voor hen vaak een uitkomst, maar het is wel symptoombestrijding omdat de zo opgewekte cyclus ophoudt als ze stoppen met de pil, bijvoorbeeld als de vrouw kinderen wil. Een behandeling gericht op een regelmatige ovulatie is dan de aangewezen weg."

'Doorslikken is dus prima en moet echt aangeraden worden bij de behandeling van endometriose'

Doorslikken aangeraden

Ook endometriose is een vaker voorkomende aandoening, met klachten als pijnlijke menstruaties. Het is moeilijk vast te stellen omdat alleen een kijkoperatie uitsluitend geeft, waaraan ook risico's kleven. Als door het doorslikken van de pil de klachten minder worden dan is de kans groot dat het inderdaad om endometriose gaat. Om de bloedingen te stoppen is het doorslikken van de pil noodzakelijk, legt Kuijper uit. "Ik hoor heel vaak dat mensen dat niet willen omdat het bloed zich zou ophopen in het lichaam. Mensen weten vaak niet dat het baarmoederslijmvlies steeds dunner wordt als je de pil doorslikt. Er hoopt zich dus geen slijmvlies op, het wordt gewoonweg niet opgebouwd. Doorslikken is dus prima en moet echt aangeraden worden bij de behandeling van endometriose. Overigens is het hormoonspiraal een goed alternatief; ook daarvan wordt het baarmoederslijmvlies zo dun dat de maandelijkse bloedingen minder worden of zelfs verdwijnen."

Tijd om te wennen

De angst voor de anticonceptiepil wordt ook gevoed door andere mogelijke gevolgen als stemmingswisselingen en migraine. Kuijper hoort het regelmatig. "Belangrijk is dat de vrouw minimaal drie maanden de pil slikt voordat ze een besluit neemt. Het lichaam moet eraan wennen. Een vrouw die op de weegschaal schrikt van twee kilo erbij, moet weten dat het vocht is dat ze vasthoudt, dat ze ook weer kwijt zal raken. Daar is wat geduld voor nodig." Klachten zoals migraine of stemmingswisselingen treden vaak op in de stopweek en kunnen verdwijnen door het doorslikken van de pil. De minipil is een lichte pil, als alternatief voor vrouwen die hinder ondervinden van de andere anticonceptiepillen, maar die vereist een strikte inname. Wie afwijkt van het vaste tijdstip wordt zeer

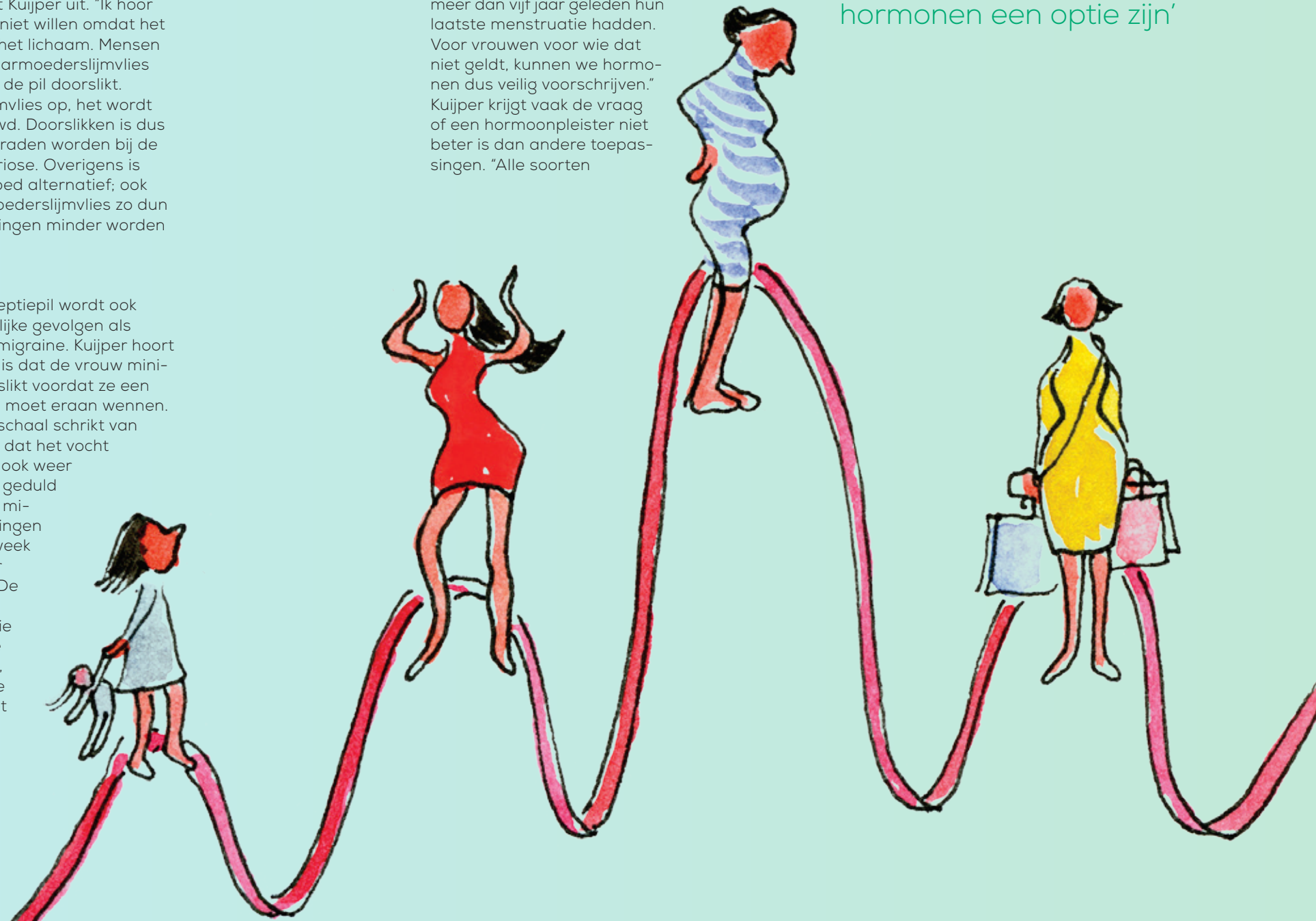
waarschijnlijk geconfronteerd met een doorbraakbloeding en onbetrouwbaarheid van de pil als anticonceptiemiddel.

Verlichting bij overgangsklachten

Overgangsklachten worden meestal in de eerste lijn behandeld. Als dat niet voldoende soelaas biedt, belanden vrouwen ook in de perimenopauze bij Kuijper in de spreekkamer, vanwege stemmingswisselingen, gewrichtsklachten, vaginale droogte, nachtzweeten of de bekende opvliegers. Voor deze vrouwen kan een therapie met hormonen veel verlichting geven maar ook hier speelt angst voor de gevolgen een grote rol. Inmiddels zijn er talloze onderzoeken geweest naar de gevolgen van hormoontherapie en zijn er verschillende meta-analyses gedaan. Kuijper: "De risico's die er zijn, gelden met name voor vrouwen ouder dan 60 jaar en vrouwen die meer dan vijf jaar geleden hun laatste menstruatie hadden. Voor vrouwen voor wie dat niet geldt, kunnen we hormonen dus veilig voorschrijven." Kuijper krijgt vaak de vraag of een hormoonpleister niet beter is dan andere toepassingen. "Alle soorten

toepassingen met hormonen zijn voor vrouwen in de overgang veilig. Wel weten we dat we naast oestrogenen ook een progesteron moeten geven als vrouwen nog een baarmoeder hebben." De iets verhoogde kans op trombose door hormoontherapie geldt voor iedere vrouw en iedere vrouw moet de afweging maken of ze dat risico accepteert. "Alleen de vrouw zelf kan overigens bepalen hoe veel last ze heeft van overgangverschijnselen en of hormonen een optie zijn. Maar zet daarbij je angst opzij." ●

'Alleen de vrouw bepaalt hoeveel last ze van de overgang heeft en of hormonen een optie zijn'



"We moeten osteoporose met z'n allen te lijf gaan"

Maar liefst 900.000 mensen lijden eraan in Nederland en slechts 20 procent daarvan wordt gediagnosticeerd. Osteoporose is een groot onderschat probleem in onze maatschappij. Daarom zet Marieke van Lieshout, reumatoloog van onder andere de fractuur en osteoporose-polikliniek in het Spaarne Gasthuis, zich dagelijks in om de kennis en bewustwording over osteoporose te vergroten.

De impact van een botbreuk door osteoporose is vaak groot. Mensen worden minder mobiel en zijn bang om te vallen. Als je op oudere leeftijd een heup breekt leidt dat tot veel morbiditeit en ook een verhoogde mortaliteit. Vanaf 90 jaar is de kans op overlijden zelfs 50 procent. Helaas wordt osteoporose nog niet altijd goed herkend. "Artsen kijken eerst naar de breuk en denken niet altijd aan osteoporose", zegt

Van Lieshout. "Maar het is bij mensen boven de 50 jaar belangrijk om hen bij een botbreuk altijd door te verwijzen naar de fractuur- en osteoporosepoli voor een botdichtheidsmeting en bloedonderzoek om osteoporose tijdig op te sporen."

Weinig signalen, wel risicofactoren

Een botbreuk is vaak het eerste signaal dat iemand aan de ziekte lijdt. Belangrijke risicofactoren zijn geslacht, leeftijd, vroege menopauze, positieve familieanamnese, reuma en ondergewicht. Osteoporose komt niet alleen voor bij vrouwen na de overgang. Ook mannen kunnen osteoporose krijgen, maar vaak op latere leeftijd dan vrouwen. Een andere groep patiënten met verhoogd risico zijn patiënten die met antihormonale therapie behandeld worden voor mamma- of prostaatcarcinoom.

Bij veel patiënten wordt osteoporose echter niet op tijd gediagnosticeerd, met alle gevolgen van dien.

Niet stoppen

Na de diagnose is therapietrouw heel belangrijk. "Veel mensen stoppen met hun medicatie: 57 procent binnen een jaar, 30 procent al binnen drie maanden. Om fractuurreductie te bereiken moet de patiënt tenminste 80 procent van de medicatie ingenomen hebben. Osteoporosemedicatie lijkt ook minder voorgeschreven te worden uit angst voor bijwerkingen. Het risico op kaaknecrose en atypische femurfracturen is echter maar klein. Patiënten die behandeld worden met denosumab (Prolia), een injectie die ze twee keer per jaar krijgen, in plaats van bisfosfonaten moeten daar niet mee stoppen. In tegenstelling tot orale bisfosfonaten hecht denosumab zich niet aan het bot. Het werkt, zodra je stopt, dus ook niet langer door. Gebleken is dat daarna een verhoogde bot turnover optreedt met een grote kans op (multipele) wervelfracturen. Dat zal bij huisartsen nog niet altijd bekend zijn. Daarnaast moet goed gekeken worden naar de leefstijl van mensen, waarbij meer bewegen, gezond en vitaminerijk eten en minder roken en drinken centraal staan."

Jong? Naar buiten en bewegen!

Meer kennis en een groter bewustzijn van de impact van osteoporose, daar zet Van Lieshout zich, samen met huisartsen, voor in. "Het gaat de goede kant op", besluit ze. "Maar tegelijkertijd zal het aantal osteoporosepatiënten de komende tijd alleen maar toenemen. Niet alleen door de vergrijzing, maar ook omdat de jonge generatie niet genoeg beweegt, te weinig buiten komt en te weinig calcium binnenkrijgt. We moeten dit probleem met z'n allen te lijf gaan." ●

JA, INDIEN NODIG

Esther van Swieten
Bij de gynaecoloog komen vooral vrouwen met ernstige klachten, waardoor ze bijvoorbeeld hun werk niet meer kunnen doen. Dan adviseer ik een behandeling met oestrogenen. Dat heeft bewezen een positief effect.

NEE, TENZIJ

Nicole Troost
Ik zie veel vrouwen met overgangsklachten. Meer inzicht en een gezonde leefstijl werkt vrijwel altijd. Hormoonpreparaten schrijf ik niet voor, tenzij vrouwen ernstig uit hun evenwicht raken door de overgang. Als ons lijf zelf klachten overwint, komen we daar sterker uit.

JA/NEE Helpen hormonen bij overgangsklachten?

Tijdens de overgang hebben vrouwen last van opvliegers, nachtelijk zweten, stemmingswisselingen en gewrichtsklachten. Meestal duren de klachten één tot twee jaar. Helpt een behandeling met medicijnen en wanneer is dat aan te raden? Gynaecoloog Esther van Swieten en huisarts Nicole Troost geven hun visie.

Esther van Swieten: "Als dat nodig is, kunnen we overgangsklachten medisch behandelen. De behandeling van deze klachten hoort in principe bij de huisarts. Ik zie als gynaecoloog vooral vrouwen met ernstige klachten of wanneer de klachten hen in het dagelijks functioneren belemmeren. Denk aan een advocate of lerares met opvliegers tijdens het werk. Begrip voor hoe overgangsklachten werken en aanpassingen in de leefstijl zijn altijd een eerste stap. Maar wanneer vrouwen hun werk niet meer kunnen doen, adviseer ik een behandeling met het vrouwelijke hormoon oestrogenen. Zo worden de daling en schommeling in de hormoonspiegel onderdrukt."

Dat heeft effect op opvliegers en nachtelijk zweten. Ook op seksuele klachten en stemmingswisselingen werkt het positief. Maar dan kijken we altijd goed naar andere mogelijke oorzaken. Natuurlijk wegen we de voor- en nadelen van deze behandeling af. Als vrouwen langer dan vijf jaar hormonen gebruiken, kan dat de kans op borst- en baarmoederkanker verhogen. Ook zijn er risicogroepen, zoals vrouwen die borstkanker of trombose hebben gehad."

Nicole Troost: "De overgang is een fase die elke vrouw doormaakt. Als vrouwen inzicht krijgen in wat er in hun lichaam gebeurt, hebben ze daar al veel aan. Veel vrouwen worden in de overgang zwaarder. Daarom is gezond eten, minder vet en suiker, en buiten bewegen zo belangrijk. Bewegen heeft bovendien een gunstig effect op het psychisch welbevinden. Alcohol zou ik beperken tot een of twee glazen per week en koffie tot twee koppen per dag. Het resultaat is dat je beter slaapt en minder last hebt van opvliegers en nachtelijk zweten. Ik ben geen voorstander van hormoonmedicatie. Bij langdurig gebruik is er een verhoogd risico op borst- en baarmoederkanker en op hart- en vaatziekten. Vrouwen kunnen het homeopathische middel Famosan proberen en kijken of ze daar profijt van hebben. Hormoonpreparaten schrijf ik alleen voor wanneer vrouwen ernstig uit hun evenwicht raken door de overgang. Na drie maanden laat ik hen terugkomen om de behandeling te evalueren. Deze medicatie werkt wel. Maar als ons lijf zelf klachten overwint, komen we daar sterker uit." ●



Luister naar het onderbuikgevoel van vrouwen!

Het is zeldzaam, maar je zult het maar hebben en niet weten dat het te behandelen is. Niet elke huisarts of gynaecoloog is bekend met de ziekte van Asherman. Maar dat moet veranderen, vindt Miriam Hanstede, gynaecoloog en operateur in het Asherman expertisecentrum van het Spaarne Gasthuis.

"De ziekte ontstaat na een zwangerschapgerelateerde ingreep of aan-doening in de baarmoederholte, die trauma, hypoxie of een infectie aan het baarmoederslijmvlies geeft. Dat, in combinatie met de aanwezigheid van intra-uteriene verklevingen – die bij een hysteroscopie bevestigd worden – noemen we de ziekte van Asherman."

Niet direct curetteren

Voorkomen is beter dan genezen. Natuurlijk moet een curettage na een miskraam in geval van nood plaatsvinden. Maar Hanstede adviseert om liever eerst af te wachten, of met medicatie de miskraam op gang te brengen. "Door een curettage kan het gebeuren dat je baarmoederslijmvlies definitief beschadigt, dan gaan de wanden tegen elkaar aan kleven. De baarmoederwand beseft – en hoe dat komt, weten we nog niet – dat die verkleefd zit. Daardoor wordt het slijmvlies ongevoelig voor hormonen die aangeboden worden. Hormonaal is er niets mis, maar bij patiënten met Asherman wordt dus geen baarmoederslijmvlies opgebouwd. Vandaar dat menstruatie uitblijft, of veel minder is."

Geen echo, maar een hysteroscopie

De patiënt heeft zelf vaak door dat er iets mis is. 'Even afwachten' is dan niet het beste advies. Als menstruatie na een zwangerschap-gerelateerde ingreep uitblijft en als die na een kuur

met Primolut of Duphaston nog niet op gang komt, is er een harde indicatie om te verwijzen voor een hysteroscopie. Een echo waarop dun baarmoederslijmvlies te zien is, zegt niet alles. Alleen een hysteroscopie kan de aanwezigheid van de ziekte van Asherman bevestigen.

Unieke expertise, unieke database

Hét hysteroscopisch centrum van Nederland is het Asherman expertisecentrum in het Spaarne Gasthuis in Hoofddorp. Patiënten vanuit heel Europa komen hierheen. Hanstede: "Een van de meest lastige hysteroscopische ingrepen is een adhesiolyse, het wegnemen van verklevingen in de baarmoeder. Ik doe 150 ingrepen per jaar, terwijl de gemiddelde gynaecoloog vijf Asherman-patiënten ziet in zijn carrière. Ons team biedt het hele traject; diagnose, behandelplan, nazorg en natraject. En we doen veel wetenschappelijk onderzoek. Onze database over 500 zwangeren is ongekend, wereldwijd. In dit ziekenhuis is 95% succes op volledig herstel van de baarmoederwand, alleen dan is zwangerschap mogelijk. Maar de take-home-baby-rate is 67%. Onduidelijk is nog of de 30% miskramen, meer dan bij de normale populatie, te wijten is aan de ziekte van Asherman." ●



Gynaecoloog Miriam Hanstede: "Hormonaal is er niets mis, maar patiënten met Asherman bouwen geen baarmoederslijmvlies op. Vandaar dat menstruatie uitblijft, of veel minder is."



Ruurd Plas: "Dokter Hanstede luistert anders, ze luistert écht. Zij volgde Daphne's gevoel en dat klopte altijd."

Daphne en Ruurd Plas zijn blij dat dokter Hanstede, toen ze na een traject van bijna drie jaar een beetje moedeloos werden, zei: 'Ik geef het nog niet op!' Dolgelukkig met hun dochter Elin is Daphne's advies aan de artsen helder: "Ga niet hannesen met echo's of cycli bijhouden, of een eisprong checken, maar laat een hysteroscopie maken. Als het dan Asherman is, weet je waar je aan toe bent."

"Na mijn eerste miskraam bleef mijn menstruatie nagenoeg uit. Ik had een zeurend, trekkend gevoel in mijn buik. Ik vond op internet iets over de ziekte van Asherman en dacht 'het zal toch niet.' Mijn gynaecoloog wilde toch eerst mijn cyclus in kaart brengen, pas na drie maanden stemde ze in met een hysteroscopie. Toen zij zei dat ze wilde gaan proberen de verklevingen – die er inderdaad zaten – te verwijderen, was mijn geduld op. Ik wilde naar Hoofddorp."

Lang, intensief traject

Dokter Hanstede luistert anders, ze luistert écht, vindt Ruurd: "Zij volgde Daphne's gevoel en dat klopte altijd. Het hele team is geweldig, maar niemand kon iets aan de miskramen

doen. Daphne werd, nadat de verklevingen weg waren, vrij snel zwanger. Bij 5, 6, 7, zelfs 8 weken ging het weer mis. De eerste keer werd het eruit gehaald, daarna weer wachten, vervolgens verklevingen, die er weer eruit, weer proberen, weer zwanger en steeds weer dat verdriet. Daar word je zo moedeloos van."

Het beheerst je leven

"Voor onze omgeving was het ook lastig", begrijpt Daphne. "Pas als je er in zit, weet je waarom je doorgaat. We hebben de afgelopen tijd best veel gemist. Die kinderwens beheerst je leven. Elke maand werd mijn baarmoedermond opgerekt, om verkleving te voorkomen. Eisprongtestjes om te kijken wanneer ik mijn menstruatie kon verwachten. Het is belangrijk dat de kennis over Asherman verdiept en verspreid wordt, ik vond het prima dat artsen uit België en Duitsland meekeken tijdens een hysteroscopie. Ik zat in een trial, in de groep die geen hormonen kreeg."

Eigen weg

"Fantastisch hoe dokter Hanstede ons onze eigen keuzes heeft laten maken. Ze stond er wetenschappelijk gezien niet achter, maar heeft ons toch gesteund toen we naar Gent wilden. Daar geven ze hormonen, bloedverdunders en ontstekingsremmers preventief tijdens de zwangerschap om een miskraam te voorkomen. En nu is Elin er! Tot nu toe zijn er nog geen verklevingen. Een koperspiraal moet mijn baarmoeder open houden. Nu eerst genieten van Elin. En wie weet over een tijdje een tweede." ●

"Het ultieme - nooit een fout in een ziekenhuis - is onhaalbaar. Je kunt alles drie keer willen checken om fouten uit te sluiten, maar dan heb je ook driedubbele bezetting nodig. Kwaliteitszorg en patiëntveiligheid moet je altijd in samenhang met andere ambities bekijken: welke risico's accepteer je en welke niet."

Professor Cordula Wagner, lid raad van toezicht, zet patiëntveiligheid op de kaart

Pionier en pleitbezorger

Onderzoek doen naar kwaliteitssystemen en vermijdbare fouten in de zorg. Niet een discipline waarvoor Cordula Wagner aanvankelijk veel applaus kreeg. Maar nu, 22 jaar verder, is er meer transparantie, in het besef dat kennisdeling en samenwerking juist hierin het verschil maken. Maar, zoals van een wetenschapper te verwachten valt: "het kan altijd nog beter."

TEKST EN BEELD RUUD SLIERINGS

Cordula Wagner beoefent wetenschap, is toezicht-houder, geeft les, vertaalt onderzoek naar de praktijk, doet bestuurswerk, en adviseert bestuurders en specialisten. Die breedte is, zo kun je zeggen, haar USP: "Je moet veel schakelen, dat is soms lastig. Maar het is behapbaar, en inhoudelijk goed, omdat het allemaal over hetzelfde onderwerp gaat. Ik ben niet het type super-specialist. Door de breedte van het vakgebied te kiezen, kan ik inzichten combineren, verbanden leggen en wat ik in het onderzoek ontdek toepassen in bijvoorbeeld een training van aios of advies aan bestuurders."

Braakliggend terrein

De rode draad in al die takken van sport is de kwaliteit van de zorg en patiëntveiligheid: "Ik ben begonnen als fysiotherapeut. Mijn nieuwsgierigheid heeft mij naar het onderzoek gedreven, ik wilde de gezondheidszorg beter

leren kennen. Ik ben sociologie gaan studeren en gepromoveerd op de effecten van kwaliteitssystemen in de zorg. Dat was destijds een braakliggend terrein: systematisch analyseren wat de kwaliteit is van het handelen van professionals, van processen in gezondheidszorgorganisaties. Patiëntveiligheid is daar een cruciaal onderdeel in, de basis. De zorg moet veilig zijn, niemand mag schade oplopen als hij een beroep doet op de zorg." Hoe logisch dat ook klinkt, bij haar eerste onderzoeken ontmoette ze nogal wat scepsis. Gek eigenlijk, want haar doel was niet om met de vinger te wijzen, haar drijfveer was - en is - het verbeteren van de zorgverlening: "Er zijn richtlijnen, standaarden en protocollen, voor operaties en behandelingen. Wat daar omheen zit is minder gereguleerd: uitleg geven, patiënten begeleiden, keuzes maken, de overdracht. Toch kun je niet alles in regels vatten, het is geen lopendebandwerk. Gelukkig niet. De zorgverlener heeft daar-

naast een eigen professionaliteit en verantwoordelijkheid. Iedereen die in de zorg werkt doet dat met de beste bedoelingen en wil dat zo goed mogelijk doen. Maar soms is dat lastig door de context of de complexiteit van een organisatie, waardoor dingen mis kunnen gaan. Laten we dat proberen te verbeteren. Nu ziet iedereen in dat je met de feedback uit onze onderzoeken je organisatie en processen kunt verbeteren. Maar in het begin moest ik veel uitleggen en verklaren, aan medisch specialisten, maar ook aan bestuurders."

—
'De zorg moet veilig zijn, niemand mag schade oplopen als hij een beroep doet op zorg'



Theorie en praktijk gaan niet altijd samen

Inmiddels is het een geaccepteerd vakgebied. Cordula Wagner is ook niet meer de enige hoogleraar die dit onderwerp 'beheert': "De eerste cijfers over potentieel vermijdbare schade en sterfte waren een eyeopener. Met die gegevens ga je een oorzaken-analyse maken en kijken waar je interventies kunt plegen, in het onderwijs, in de medische praktijk. Met steeds meer stukjes leg je de puzzel. Nu zitten we in een volgende fase; we zijn van reactief handelen aan het opschuiven naar proactief handelen. Maar de lat ligt ook steeds hoger. Wat vijf jaar geleden bijzonder was, is nu gewoon." En dat vaste werkpatronen er moeilijk uit te krijgen zijn, heeft ze ook ervaren: "Het structureren van de overdracht bijvoorbeeld, of het handen wassen. Dit gaat lang niet overal goed. Hoe komt dat, denk je dan, iedereen snapt het belang? Maar gewoontes zijn moeilijk te veranderen, zeker in de complexe context van een ziekenhuis. Theorie en praktijk, dat gaat niet altijd goed samen." Een ander gegeven is dat het ultieme - nooit een fout in een ziekenhuis - onhaalbaar is: "Patiëntveiligheid is ook zelden de enige ambitie. Je kunt alles drie keer willen checken om fouten uit te sluiten, maar dan heb je ook driedubbele bezetting nodig. Kwaliteitszorg en patiëntveiligheid moet je altijd in samenhang met andere ambities bekijken: welke risico's accepteer je en welke niet. Gelukkig zijn we door de groeiende transparantie steeds beter in staat die risico's in kaart te brengen zodat er gedegen afwegingen gemaakt kunnen worden."

—

'De opkomst van e-health geeft nieuwe risico's. De aandacht voor kwaliteit en patiëntveiligheid mag niet verslappen'



Iets te wensen

Die cultuurverandering - groeiende transparantie en bereidheid om cijfers over potentieel vermijdbare schade te overleggen - betekent dat Cordula Wagner en andere onderzoekers op dit gebied periodiek de balans kunnen opmaken. Of zoals ze het zelf zegt 'de thermometer in onze zorg kunnen steken'. Daarin is Nederland uniek, geen land onderzoekt het eigen functioneren in de gezondheidszorg zo frequent. Neemt niet weg dat er nog wel wat te wensen overblijft: "Ik zou willen dat we meer in de keten samenwerken, dat zorgverleners over de grenzen van hun vakgebied heenstappen, de patiënt werkelijk centraal stellen en verantwoordelijkheid nemen voor het hele traject. Dat is belangrijk, omdat er veel verandert in de zorg. E-health is in opkomst, patiëntenportalen, elektronisch patiëntendossier, de omgang met patiënten wordt complexer. Hoe zet je zoiets op, hoe communiceer je, welke misinterpretaties kunnen daaruit volgen? Dat zijn nieuwe risico's, dus de aandacht voor kwaliteit en patiëntveiligheid mag niet verslappen." Voor wat betreft het Spaarne Gasthuis hoeft ze zich weinig zorgen te maken. Bijna acht jaar geleden werd ze gevraagd om zitting te nemen in de raad van toezicht: "Daar heb ik direct ja op gezegd omdat de raad van toezicht van het toenmalige Kennemer Gasthuis expliciet de ambitie had om een kwaliteitscommissie in te stellen. Nu hebben meer ziekenhuizen zo'n commissie, toen was het een zeldzaamheid. Het werk voor de raad van toezicht geeft een extra dimensie aan de praktische kant

Cordula Wagner begon haar carrière als fysiotherapeut. Haar nieuwsgierigheid leidde haar naar het onderzoek, via een studie sociologie en promotie op de effecten van kwaliteitssystemen in de zorg. Ze is directeur van NIVEL, het Nederlands Instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg. Ook is ze hoogleraar patiëntveiligheid aan VUmc en lid van de raad van toezicht van het Spaarne Gasthuis.

van mijn werk. Ik zit af en toe in de bestuurskamer, loop mee met veiligheidsrondes, laat me informeren op afdelingen, denk mee over visie en missie, en begeleid specialisten in opleiding bij aspecten die met toezicht en patiëntveiligheid te maken hebben. Erg leuk allemaal."

De juiste snaar

Zo is het vooral aan Cordula Wagner te danken dat de thema's patiëntveiligheid en kwaliteit van de zorg op de agenda (blijven) staan bij ziekenhuizen en zorginstellingen in Nederland. Juist doordat zij met één been in de wetenschap staat en met één been in de praktijk, krijgt ze deuren open die anders gesloten blijven: "Ik heb niet het gevoel dat ik telkens met een andere pet op met het onderwerp bezig ben. Ik hoef ook niks te 'verkopen', ik moet de juiste snaar raken. De invalshoek en de taal verschillen per situatie, maar met wie ik ook praat, de motivatie is bij iedereen gelijk: wij willen de zorg beter maken. En dat moeten we samen doen." ●

'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.

Managementopleiding maakt werk leuker

Nicoline Karssen (l) en Danielle Tinholt zijn het er over eens: een leven lang leren is leuk. Naast hun werk als afdelingshoofd, respectievelijk poli urologie en poli oogheelkunde, volgen zij de bacheloropleiding 'Management in de Zorg' aan de Hogeschool van Leiden.

In september 2016 zijn ze begonnen, gaan gelijk op, keurig op schema. Intensief, maar het maakt hun werk beslist leuker. Karssen: "Door mijn kennis te verdiepen, kan ik mijn handelingen krachtiger onderbouwen. Ik begrijp bepaalde beslissingen beter, waardoor ik ze ook beter kan vertalen naar mijn medewerkers. De modules van de studie sluiten naadloos aan op de huidige ontwikkelingen. Duurzaam inzetbaar personeel, shared decision making, distributive leadership."

Zakelijker en breder kijken

"Naast de handvatten die de theorie ons geeft, ben ik ook zakelijker gaan kijken", vult Tinholt aan, "wat breder binnen de organisatie. Voor een verbeterplan dat we moesten schrijven, kwam ik bij finance & control. Daar realiseerde ik me hoe complex een kostprijsberekening van een staaroperatie bijvoorbeeld is. En welk effect kleine veranderingen daarin op mijn poli hebben. Om tafel met HR merkte ik dat de in- en uitstroom van medewerkers wel ziekenhuisbreed wordt gemeten maar niet op poliniveau. Terwijl dat wel heel belangrijk is."

Achterover leunen

De opleiding helpt ook bij de manier waarop ze hun team aansturen. Karssen:

"Waar ik eerst dingen gelijk zelf oppakte, probeer ik nu meer 'achterover te leunen' en te vragen: 'heb jij al een idee voor een oplossing?' Meer vertrouwen in je team, elkaar ondersteunen en het echt samen doen. Distributive leadership, dat stimuleert de raad van bestuur ook." "Een team wordt meer een team als ze samen de oplossingen vinden", zegt Tinholt. "Medewerkers echt betrekken in de processen, dat maakt hun werk veel leuker. Dat stralen ze uit en werkt door op de patiënten."

Leren geeft energie

"Iedereen werkt 'kneiterhard' op de poli's", zeggen ze bijna in koor. Karssen: "Met minder personeel moeten we meer werk verstouwen dan voorheen, maar dat is niet anders. De klant, zowel de patiënt als de verwijzer, is voor ons nummer 1, 2 en 3. Die tevreden stellen en houden, daar is alles op gericht. Dat doen we samen, als team." Tinholt: "Daarbij blijven leren is belangrijk. Het hoeft niet direct een jarenlange opleiding te zijn. Elke workshop, module of klinische les motiveert en geeft energie." ●



'Waar ik eerst dingen gelijk zelf oppakte, probeer ik nu meer achterover te leunen'



Conservator Pina Cardia en directeur Laura van der Wijden van Museum Haarlem aan de balie van de nagebouwde ziekenhuisapothek van het Elisabeth Gasthuis.

'500 Jaar Ziekenzorg' in Museum Haarlem

TEKST EN BEELD RUUD SLIERINGS

Beunhazen, piskijkers en specialisten

Moeilijk voor te stellen dat een kapper ook abcessen wegsnijdt en ledematen amputeert. Toch was dat 500 jaar geleden business as usual. Een directeur die zijn verse palingen in het bad van het ziekenhuis laat zwemmen? Niks mis mee. En dan die Haarlemmerolie, slimme marketingtruc of effectief wondermiddel? Museum Haarlem belicht een rijke geschiedenis.

Tot begin 19e eeuw is de ziekenzorg een kwestie van pappen en nathouden. De armen die in een Haarlems gasthuis of huis voor besmettelijke ziekten belanden, krijgen een bed, af en toe een voetwassing, en als het meezit twee keer per dag een maaltijd. Genezing is zelden het doel, stervensbegeleiding dekt de lading beter. Rijken laten zich thuis verplegen, soms onder toezicht oog van een dokter die vooral vertrouwt op aderlatingen en het toedienen van laxemiddelen. Deze doctor medicinae bemoeit zich amper met het bloedige handwerk. De barbier is veel handiger met messen en kan zich aldus ook als chirurgijn profileren.

Olie, kruiden en zwavel maken schatrijk

In het land der blinden is eenoog koning, het leger aan kwakzalvers, piskijkers en andere beunhazen verdient er een aardige boterham aan. Dat geldt zeker voor de Haarlemse schoolmeester Claes Tilly die een duister mengsel van olie, kruiden en zwavel tot Haarlemmerolie doopt en er wereldberoemd mee wordt. En schatrijk. Pas als de medische wetenschap grote sprongen maakt door ontdekkingen over oorzaak en bestrijding van ziekten en op het gebied van de anesthesie, durven ook rijken het ziekenhuis te bezoeken. Uiteraard gescheiden van de arme sloebers, en met goed eten en goed gevulde drankkarren. Parallel aan die klas- senverpleging gaat ook de verzuiling

een grotere rol spelen: naast het gemeentelijke 'Grootte of St. Elisabeths Gasthuis' aan het Groot Heiligland komen er eind 19e eeuw een katholiek ziekenhuis voor mannen, St. Joannes de Deo, en een voor vrouwen, de Mariastichting, en een Diaconessenhuis uitsluitend voor protestanten.

Piskijker verdrongen

Artsen konden zich steeds meer bekwalen in hun discipline, onder meer in het Haarlemse Theatrum Anatomicum aan het Prinsenhof (later: de Klinische School) waar het snijden en ontleden van lijken werd geoefend - met publiek. De piskijker maakt langzaam maar zeker plaats voor laboratoriumonderzoek en ook de hygiëne in ziekenhuizen krijgt

meer aandacht. Zo krijgen enkele ziekenzalen in de Deo een bad, een geschenk waar de eerste directeur - fervent visser - bijzonder blij mee is, want zijn vers gevangen palingen voelen zich er prima in thuis. Ondanks deze vermenging van hobby en beroep, stijgt de status van medici in de 20e eeuw gestaag, met dank aan de verbetering van de opleidingen en het sterk groeiend aantal mensen dat het ziekenhuis genezen verlaat. Verpleegkundigen moeten langer op erkenning wachten, al verwerft de zusteropleiding van het Elisabeth, die eind 19e eeuw is opgezet, grote faam.

Betaling per ligdag

De groeiende 'populariteit' van het ziekenhuis levert wel een financie-

ringprobleem op. De draagkracht van familie, kerken en gemeenten is onvoldoende. De solidariteit moet elders worden gezocht, bijvoorbeeld bij het in 1859 opgerichte Algemeen Ziekenfonds Haarlem. Nou ja, solidariteit.... dit fonds is alleen voor arbeiders, niet voor gehandicapten, bejaarden, zwangere vrouwen en chronisch zieken. Die nieuwe financieringsstructuur heeft wel weer een bijwerking: tot ver in de 20e eeuw is het modus de patiënt zo lang mogelijk in het ziekenhuisbed te houden (betaling per ligdag) en veel specialisten aan dat bed te verzamelen. Grappig om te zien hoe het ziekenhuis samen met thuiszorg en e-health nu inzet op een zo kort mogelijk ziekenhuisverblijf. Net als 500 jaar geleden eigenlijk.

Feest van herkenning

Hoewel de conservator van Museum Haarlem, Pina Cardia, met gemak een twee keer zo grote ruimte had kunnen vullen, biedt de tentoonstelling een mooi overzicht van zorgverleners en patiënten, instrumenten en visies: "Bijzonder is een van de eerste couveuses: een houten 'bak', verwarmd door kooltjes, bevochtigd door een natte spons, en een schoorsteentje voor frisse lucht. We hebben ook de balie van de ziekenhuisapothek van het Elisabeth Gasthuis nagebouwd, er zijn oude instrumenten van chirurgen, eerste- en tweedeklas bedden, en nog veel meer."

Museum Haarlem is gehuisvest in het pand waar eeuwenlang het Elisabeth Gasthuis zat. "Er kwamen zoveel vragen over dit pand", vertelt directeur Laura van der Wijden, "dat het tijd werd dit verhaal te belichten, zeker nu alle gasthuizen en ziekenhuizen in de regio tot één Spaarne Gasthuis zijn gefuseerd, mét in het nieuwe logo het trapgeveltje van dit pand. We krijgen veel bezoek van mensen die met passie in de zorg werken of hebben gewerkt. Voor velen is het een feest van herkenning."

500 jaar Ziekenzorg in Haarlem en Zuid-Kennemerland. Te zien tot en met 7 januari 2018 in Museum Haarlem, www.museumhaarlem.nl.

De schoonheid van mijn vak

Sophie Osseweijer-Bronsgeest is verpleegkundig specialist op de Geriatrie Trauma Unit, een functie die het verpleegkundig en medisch domein met elkaar verbindt. Osseweijer mag geprotocolleerde medische zorg verlenen. Regelmatisch legt ze uit waarvoor patiënten bij haar terecht kunnen. Maar het is ook de collega-zorgverleners niet altijd duidelijk.

TEKST ELLEN KLEVERLAAN BEELD JEAN-PIERRE JANS

Wat doet een verpleegkundig specialist?

"Verpleegkundig specialisten voeren protocollaire medische zorg uit. Dat betekent dat zij alle medische handelingen die geprotocolleerd zijn, mogen doen. Zodra er met de patiënt iets aan de hand is waarvoor het protocol niet toereikend is, haal ik de geriater erbij. Ook ik mag overigens beargumenteerd afwijken van een protocol. Overleg met de arts ligt dan wel voor de hand."

Wat doe je op de afdeling geriatrie?

"Ik heb een groot deel van de dag met oudere mensen met een gebroken heup te maken. Mensen boven de 70 die vallen, zijn vaak minder gezond en mogelijk is er sprake van multimorbiditeit. Een goede screening is dus essentieel om de kans op complicaties bij de operatie zo klein mogelijk te maken. Botbreuken zijn mijn core business, zeg ik wel eens. Daarnaast zie ik ook oudere mensen die een darmoperatie krijgen. We willen



hen zo goed mogelijk voorbereiden en daarvoor doen we dan een aantal testen."

Is het patiënten duidelijk wat je doet?

"Nee, ik leg altijd uit dat mensen van mij hetzelfde mogen verwachten als van de zaalarts. Een collega, een geriater, noemt mij altijd de zaalmanager. Het is overigens ook wennen voor collega's en voor

huisartsen, dat een verpleegkundig specialist zelfstandig mag handelen. Men vraagt ook wel eens expliciet naar de medisch specialist en niet zelden verwijst die weer terug naar mij – 'het is immers niet mijn patiënt', zegt de geriater dan."

Waarom ben je de opleiding gaan doen?

"Als seniorverpleegkundige op de afdeling chirurgie was ik op zoek naar een volgende stap, naar een manier om mijn werk van een interessante laag te voorzien. Toen ben ik de Master of Advanced Nursing Practice gaan doen. Onze voorlopers zijn de nurse practitioners, maar dat is geen beschermde titel, verpleegkundig specialist wel. Niet te verwarren met de gespecialiseerd verpleegkundige, die gespecialiseerd is op een bepaald verpleegkundig domein zoals de IC of kindergeneeskunde."

Wat maakt dit werk nou zo mooi?

"Mensen die wat ouder zijn en hun heup breken, zijn vaak overdonderd door wat hen overkomt. Ze hebben veel vragen, zijn angstig of ongerust. Het contact met de patiënt is dan heel intens. Ik tref mensen op een heel intiem moment. Dan contact maken, samen verdrietig zijn, of blij, dat is zo mooi. Daarin schuilt voor mij de schoonheid van het vak." ●

'Botbreuken zijn mijn core business'

Contact

Dementie en het levenseinde

Deel 3 van het drieluik over dementie, op donderdag 16 november. Informatie over het programma en aanmelden vindt u op de website van Sociëteit Vereeniging

Ook een dappere dokter?

De Haarlem en Meer Contact app en het levensverwachtingsgesprek zijn resultaten van deze inspirerende conferentie. Op dinsdag 21 november is de volgende editie, vanaf 18 uur in de Lichtfabriek in Haarlem. Zet de datum alvast in uw agenda. Meer informatie volgt.

Kent u de impact van chemoradiatie voor de patiënt met longkanker?

Symposium Longoncologie in het Spaarne Gasthuis Haarlem Zuid, op donderdag 7 december. Informatie volgt.



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

Eindredactie
Ilse Groesz

Redactie
Els Heeremans

Bladconcept en vormgeving
Maters & Hermens
Vormgeving, BuroJan

Artikelen
Hilde Duyx, Ilse Groesz,
Els Heeremans, Ellen

Kleverlaan, Maaike
Slierings, Ruud Slierings,
Janny Terlouw,
Peter de Winter

Fotografie
Mark van den Brink,
Jean-Pierre Jans,
Ruud Slierings,
Mirjam Verdonk

Illustraties
Marieke van Gils, Kaisa
Pohjola

Drukwerk
Easyprint
Nieuw-Vennep

column

VROUWELIJK VOORDEEL

Het afgelopen decennium is het percentage vrouwen in de geneeskunde enorm toegenomen. Maar toen ik begon met mijn opleiding tot longarts, waren de vrouwen ook al in opmars. Het was echter nog ondenkbaar dat er op een bepaald moment meer vrouwelijke dan mannelijke artsen zouden zijn. Het artsenwezen was per definitie mannelijk, de verpleging vrouwelijk. Hoe anders is dat nu.

De opkomst van vrouwelijke artsen is niet meer te stuiten. Het totale aandeel van vrouwen onder alle artsen is toegenomen van 32% in 2005 naar 46% in 2016. Cijfers over de instroom van geneeskundestudenten liegen er ook niet om: in 2015 was 67,8% van de eerstejaars vrouw. Tevens is, sinds vorig jaar, het merendeel van de praktiserende huisartsen vrouw. In 1975 was dit nog geen 5%! De geneeskunde feminiseert dus, in ieder geval getalsmatig. Een prima zaak. De patiënt heeft wat te kiezen en uit Amerikaans onderzoek in JAMA Internal Medicine bleek begin dit jaar zelfs dat (oudere) patiënten een iets kleinere kans op overlijden hebben wanneer de arts een vrouw is.

Wat levert dit grotere aandeel van vrouwelijke artsen nog meer op? Uit eerder onderzoek is bekend dat vrouwelijke artsen zich beter aan behandelprotocollen houden, in gesprekken met de patiënt beter luisteren en beter nagaan of de patiënt alle informatie krijgt en begrijpt en dat ze meer aandacht hebben voor ziektepreventie en psychosociale begeleiding. In het Spaarne Gasthuis zien we deze feminisering ook terug, al gaat het iets minder snel dan de landelijke trend. Op dit moment is bijna 40% van de artsen in ons ziekenhuis vrouw. Maar we zien de cijfers oplopen.

Ik ben niet voor meer vrouwelijke dan mannelijke artsen. Ook niet voor meer mannelijke artsen overigens. Wat mij betreft hebben we het meest aan een 50-50 verhouding. Manlijke artsen hebben andere kwaliteiten dan vrouwelijke artsen; ze vullen elkaar juist aan. We hebben de kwaliteiten van beide geslachten nodig om topzorg te kunnen leveren. En dat geldt ook voor ons gasthuis.

Peter van Barneveld
Voorzitter raad
van bestuur



Door de colonstraat

Tot
ziens

Het bevolkingsonderzoek (bvo) darmkanker, uitgevoerd door screeningsorganisatie Midden-West, vindt meestal plaats uit het zicht van de huisarts. Ook wanneer vervolgonderzoek nodig is. MDL-arts Amabel Vehmeijer ziet in haar praktijk patiënten die deelnemen aan dit bevolkingsonderzoek. Met collega Tim Grool zette ze het onderzoek in het Spaarne Gasthuis op, tien collega MDL-artsen werken mee en zijn hiervoor gecertificeerd. Als er geen poliepen of tumoren gevonden worden, kan iemand in principe tien jaar wegblijven, tenzij er nieuwe klachten ontstaan. In die tussentijd is meedoen aan het bvo niet nodig. Ze vertelt altijd direct haar bevindingen aan de patiënt en de huisarts krijgt ook meteen een verslag. Bij poliepen vindt

er poliepsurveillance plaats volgens de richtlijn. Na drie of vijf jaar wordt de colonscopie herhaald. Als darmkanker wordt ontdekt zijn de tumoren vaak relatief klein, nog niet uitgezaaid en steeds vaker endoscopisch goed te behandelen. Dankzij een goedlopende 'colonstraat' krijgen patiënten binnen een week de uitslag van de aanvullende onderzoeken en een behandelplan. In het onderzoek van het Spaarne Gasthuis in 2015 werd bij 8,7 % van de deelnemers darmkanker vastgesteld en bij ruim 45 % gevorderde- en bij 20 % niet-gevorderde poliepen. Dit is vergelijkbaar met landelijke cijfers. Patiënten die al regelmatig een colonscopie krijgen via de MDL-arts hoeven overigens niet mee te doen aan het bvo. ●

MDL-arts Amabel Vehmeijer vertelt altijd direct haar bevindingen aan de patiënt.

