

IN ZICHT

NR. 2 | november
2018



Palliatieve zorg
**'Die schakel
is onmisbaar
voor mij'**

**Meer aandacht
voor laag-
geletterdheid**

dossier
**VOEDING EN
GEZONDHEID**

Kleine dingen, groot plezier

Marja Arensman geniet van haar vrijwilligerswerk als gastvrouw in het Spaarne Gasthuis. Net als haar man, gastheer Dick, verwelkomt ze al 13 jaar 'onze gasten'. Ze vinden het jammer dat de kerkdiensten gestopt zijn, daar hielpen ze graag bij. Dick heeft nu in de centrale hal oog voor de zoekende bezoeker, die hij welkom heet, zijn hulp aanbiedt, even in de goede richting helpt en een rolstoel aanprijst omdat de gangen in Hoofddorp naar orthopedie, chirurgie en oncologie écht heel

lang zijn. Voor de regelmatige bezoeker is hij een vertrouwd gezicht; van die mevrouw die telkens wat vergeetachtiger lijkt, weet hij haar bestemming. Als iemand onwel wordt, schiet hij te hulp en gebruikt de alarmknop. Zelf handelen mag niet, terecht, maar soms lastig. Hoewel Marja naast hun vaste woensdagochtend ook regelmatig bijspringt in de centrale hal, op de dagbehandeling of oncologie, is zij vooral te vinden op de verpleegafdeling orthopedie en urologie.

Hier vangt ze nieuwe patiënten op, maakt ze wegwijs. Een patiënt bekende eens: als u er niet was geweest, was ik uit angst zo weggelopen. Een jarige patiënt hielp ze haar bezoek te verrassen met taart. Met tips over ademhaling stelt ze mensen gerust voor een operatie. Het is zoveel meer dan het verversen van bloemen en een kopje koffie. Die niet-medische aandacht blijkt al die jaren al van onschatbare waarde. Zoals Marja het noemt: kleine dingen, groot plezier. 

TEKST: MAAKE SLIERINGS
BEELD: LARS VAN DEN BRINK



inhoud

IN ZICHT #2
NOVEMBER 2018

4

Vakgroep palliatieve zorg.
"Die schakel tussen arts en
behandeling is onmisbaar
voor mij."



13

dossier VOEDING EN GEZONDHEID



7

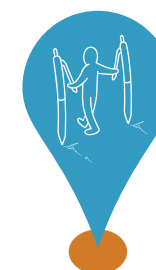
"Er is behoefte aan duidelijke
richtlijnen om ouderen-
mishandeling aan te pakken."



24

Nederland telt ruim
2,5 miljoen laaggeletterden.
Wat doet het Spaarne
Gasthuis?

Taalpunt



Hulp en een
luisterend
oor bij het
Taalpunt

VERDER **P8** Kort **P10** Je bent nooit te oud om te spelen **P12** Weten **P20** Kritisch
kijken naar het nut van een topzorglabel **P23** Hoe Financieel Management en NLP
elkaar aanvullen **P26** Maatregelen tegen antibioticaresistentie **P27** Contact en
colofon **P28** De gewenste zorg ná het ziekenhuis

'Die schakel
is onmisbaar
voor mij'



Gerry van Amersfoort (63)

"Dertig jaar geleden kreeg ik voor het eerst de diagnose borstkanker. Ik bleef daarna twintig jaar kankervrij, ondanks het feit dat ik niet beter was verklaard. Maar toen kwam het weer terug. Na al die jaren van onzekerheid, zakte de grond onder mijn voeten weg. Om ook geestelijk dingen weer op een rijtje te krijgen, verwees mijn oncoloog me door naar Astrid Kleiweg, verpleegkundig specialist van de vakgroep palliatieve zorg. Astrid kent me inmiddels door en door. Als ik het even niet zie zitten, kan ik met haar praten. En als het lichamelijk niet lekker zit, pakt zij het meteen voor me op en zorgt in overleg met mijn oncoloog of huisarts voor aanpassingen in mijn medicatie. Die schakel tussen arts en behandeling is onmisbaar voor mij én mijn man Jos – want het ontlast hem ook. Ze is iemand waar we altijd op kunnen terugvallen en dat is een enorme steun."

Nieuwe vakgroep
palliatieve zorg

'Het gaat juist om het leven'

Samen met de verwijzer zorg en aandacht geven aan ongeneeslijk zieken. Dat doet de nieuwe vakgroep palliatieve zorg van het Spaarne Gasthuis. Initiatiefnemers Gerty de Klerk, internist-oncoloog en kaderarts palliatieve zorg, en Mascha Juffermans, verpleegkundig specialist palliatieve zorg, vertellen wat het team kan betekenen voor patiënt, ziekenhuis én behandelend (huis)arts.

TEKST HILDE DUYX BEELD FRANK RUITER

Hoe is het volgens jullie gesteld met de palliatieve zorg in Nederland?

De Klerk: "Het krijgt gelukkig steeds meer aandacht. Vroeger viel de palliatieve zorg onder de 'gewone' generalistische zorg en werd het niet gezien als een specialisme. Maar dat verandert. We zijn ons er beter van bewust dat sommige complexe patiënten meer zorg nodig hebben. Bijvoorbeeld op het gebied van symptoombestrijding, beslissingen nemen of psychosociale en verwerkingsproblemen. Daarom hebben wij in 2013 al een multidisciplinair team ondersteunende en palliatieve zorg (TOPZ) opgericht, dat meteen al veel consultvragen kreeg vanuit verschillende afdelingen. Er was dus vraag naar."

Nu hebben jullie ook nog een vakgroep opgericht. Waarom vonden jullie dat nodig?

De Klerk: "Omdat je als vakgroep beter zichtbaar bent. Ziekenhuizen zijn zo georganiseerd; medische hulpverleners die zich verenigen rondom een probleem. Daarnaast krijgen wij als vakgroep meer tijd voor palliatieve zorg – we zijn nu bijvoorbeeld 24/7 bereikbaar – en kunnen we patiënten meer aandacht, en dus betere zorg, geven."

Wat houdt die betere zorg precies in?

Juffermans: "We ondersteunen de behandelend arts en werken met hem samen bij de zorg voor patiënten die te horen hebben gekregen dat ze niet meer beter

worden. Als een arts dat wil of tegen een probleem aanloopt, schakelt hij ons in voor overleg en advies. Het kan dan zowel om klinische als poliklinische consultaties gaan, maar we kunnen mensen hier ook kortdurend opnemen vanuit de thuissituatie voor bijvoorbeeld symptoombestrijding of om de familie te ontlasten."

Nemen jullie de zorg van bijvoorbeeld de huisarts over?

De Klerk: "Nee, zeker niet. We kijken mee en helpen. Daarna kan de arts zelf verder, tenzij hij vraagt of we onderdeel willen blijven van het behandelteam. Dan doen we dat."

Juffermans: "Laatst vroeg een huisarts ons bijvoorbeeld om hulp bij een patiënt met COPD. Het bleek lastig te zijn om zijn benauwdheid onder controle te krijgen en hij hing bovendien erg aan het ziekenhuis. Toen ben ik samen met de huisarts en een longarts uit ons team bij hem op bezoek gegaan en konden

'Je komt heel
dicht bij mensen.
Dat vind ik mooi.'



Gerty de Klerk

Mascha Juffermans

we de medicatie iets aanpassen, waardoor de benauwdheid verdween. Hierdoor hoefde hij niet meer naar het ziekenhuis te komen en kon de huisarts goed met hem verder.”

Weten (huis)artsen jullie al goed te vinden?

De Klerk: “Ja, maar het kan altijd beter. We spreken op symposia en geven interviews om meer bekendheid te genereren. Maar uiteindelijk moet je het hebben van de kwaliteit van je consulten, zodat artsen ook onderling doorverwijzen naar ons.” Juffermans: “En in die consulten steken we enorm veel tijd. We kijken altijd breder dan de consultvraag. Hoe zit het sociaal met de patiënt, hoe gaat hij of zij met de ziekte om, wie staan er om hem of haar heen? Dan kijken we wat wij kunnen oppakken en geven de arts een advies. Het is dan aan de arts om dat op te volgen, wat gelukkig meestal gebeurt.”

Worden jullie vooral ingeschakeld in de laatste periode van het leven van de patiënt?

De Klerk: “Nee, dat is echt een misverstand. Artsen vragen ons vaak om al eerder in het proces van een ongeneeslijke ziekte mee te kijken. Mensen denken ook dat we alleen zorg geven aan patiënten met kanker. Maar je wordt met bijvoorbeeld COPD,

nierfalen of hartproblematiek ook niet meer beter – en zo’n ziekteproces kan jaren duren, met ups en downs.”

Lopen jullie vaker tegen misverstanden aan in de palliatieve zorg?

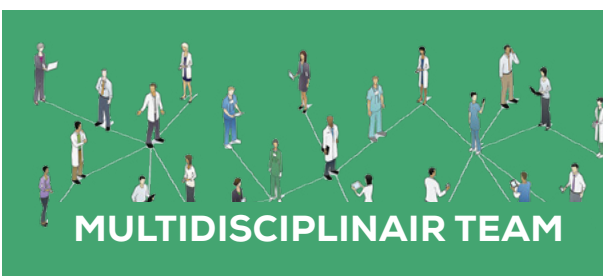
Juffermans: “Ja, ook onder patiënten. Daarom is het zo belangrijk dat wij rustig de tijd nemen voor gesprekken, want er speelt veel angst door deze misverstanden. Vaak kunnen we die wegnemen door dingen gewoon uit te leggen. Nee, als je morfine krijgt, betekent dat niet automatisch dat je snel doodgaat. Je gaat ook niet stikken. Dan zie je mensen meteen ontspannen.”

Die gesprekken zullen soms ook zwaar zijn. Hoe gaan jullie daar zelf mee om?

Juffermans: “Sowieso zijn we er voor elkaar. Als iets me raakt, kan ik binnen ons team altijd bij iemand aankloppen om erover te praten – naast ons overleg waarin we alle patiënten bespreken. Daarnaast kom je heel dicht bij mensen. Dat vind ik mooi. Je kunt iets toevoegen in een hele verdrietige periode.” De Klerk: “Het gaat om de kwaliteit van leven, om rust en comfort. Mensen zijn vaak gespannen als we voor het eerst op bezoek komen. ‘Oh, nu moeten we het over de dood hebben’, denken ze dan. Maar het gaat juist om het leven. We willen samen met de behandelend arts kijken hoe we de laatste periode van het leven van mensen zo fijn en comfortabel mogelijk kunnen maken. Daar doen we het voor.”

Wat zou over tien jaar het mooiste resultaat van TOPZ zijn?

De Klerk: “Ik verwacht dat we dan al vroeg in het palliatieve proces met een groot team van medisch specialisten om de patiënt heen staan. We zorgen dan transmuraal, dus over de muren van het ziekenhuis heen, met bijvoorbeeld de huisarts, voor de patiënt. Het aantal consulten is hopelijk afgenomen, omdat artsen zelf meer kennis hebben over palliatieve zorg en ons dus minder nodig hebben. Daarom is het zo fijn dat het Spaarne Gasthuis sinds dit jaar een deelstage palliatieve zorg biedt voor huisartsen in opleiding. Alles om de kennis te vergroten. Ze staan ervoor in de rij.”



Bij TOPZ zijn aangesloten:

- Medisch specialisten, zoals kaderarts palliatieve zorg, oncoloog, longarts, anesthesioloog-pijnarts, geriater
- Verpleegkundig specialisten palliatieve zorg
- Maatschappelijk werker
- Psycholoog
- Geestelijk verzorger
- Huisartsen
- Specialistisch verpleegkundigen van de thuiszorg

NIEUWE RICHTLIJN

Ouderenmishandeling tijdig signaleren

Eén op de twintig thuiswonende 65-plussers heeft ooit te maken gehad met ouderenmishandeling. Een nieuwe richtlijn helpt zorgverleners om alert te zijn, op tijd misstanden te signaleren en vervolgens adequate maatregelen te nemen. TEKST HILDE DUYX

Mishandeling van ouderen komt helaas lang niet altijd boven water. Plegers zijn vaak partners, (klein) kinderen of andere familieleden, maar ook professionele verzorgers, waarbij de oudere lichamelijke, psychische en/of materiële schade lijdt. In sommige gevallen speelt ook overbelasting bij mantelzorg een rol bij het ontstaan van ouderenmishandeling, waarbij mantelzorgers soms uit onmacht het verkeerde doen.

“Omdat ouderen vaak van deze zorg afhankelijk zijn, praten ze er niet graag over”, vertelt Miriam van Houten, klinisch geriater niet praktiserend en arts-docent in onder ander het Spaarne Gasthuis. Zij is voorzitter van de richtlijn Vermoeden van ouderenmishandeling in het medisch-specialistische domein. “Wij merkten de afgelopen jaren dat collega geriateren en andere zorgverleners behoefte hadden aan duidelijke handvatten om ouderenmishandeling aan te pakken. Wat is het precies? Wat zijn relevante signalen en risicofactoren? En wat kunnen we doen als we het signaleren?”

Signaleringsvraag in medisch dossier

Het staat nu allemaal beschreven in de nieuwe richtlijn Vermoeden van ouderenmishandeling, te vinden op www.richtlijnen database.nl. “Het geeft praktische aanbevelingen voor de dagelijkse praktijk”, zegt Van

Houten. “Hiermee kunnen zorgverleners mishandeling tijdig signaleren. We adviseren daarnaast om een signaleringsvraag over ouderenmishandeling – of een vermoeden ervan – in het medisch dossier op te nemen, om de bewustwording te vergroten. En je kunt in bepaalde situaties een zogeheten mantelzorgverleningscheck uitvoeren, waarbij wordt nagegaan of een mantelzorger de zorg nog wel voldoende aankan.” Voor de thuiswonende oudere is een functionerende zorgketen van groot belang om duidelijk te communiceren over ouderenmishandeling en eventuele interventies, vindt Van Houten. “Hierbij is, met instemming van de patiënt, een volledige, correcte en tijdige communicatie met de huisarts essentieel.”

Op de agenda

Ook vanuit de overheid is er veel interesse voor de nieuwe richtlijn. Ouderenmishandeling staat sinds 2010 op de politieke agenda, en krijgt de laatste jaren steeds meer aandacht. “Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft het Actieplan ‘Ouderen in veilige handen’ opgesteld, met als doel ouderenmishandeling te voorkomen dan wel zo vroeg mogelijk te signaleren en te stoppen”, besluit Van Houten. “Onze nieuwe richtlijn sluit perfect aan bij deze doelstellingen. Het begint met bewustwording, maar de ontwikkelingen – bijvoorbeeld op het gebied van screeningsinstrumenten – staan niet stil.”

*Naast klinisch geriateren zijn ook huisartsen, psychiaters, SEH-artsen en verpleegkundigen betrokken bij de samenstelling van de richtlijn. Het Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten heeft dit traject begeleid.



De Winter Taalbarrière

Abdil is een zevenjarige Syrische vluchteling die samen met zijn vader op mijn spreekuur komt omdat hij weleens benauwd is. Rekening houdend met een taalbarrière plan ik een dubbele afspraak in op een rustige plek met toegang tot een tolktelefoon. Het gesprek loopt prima, ik spreek af dat we na een longtest opnieuw contact zullen hebben en dat Abdil al kan starten met medicatie als hij benauwd is. Via de tolk geef ik aan dat ik de behandeling van de te verwachten diagnose astma op papier voor de familie heb en ik ben erg blij dat ik kan melden dat het in het Arabisch geschreven is. Na de longfunctietest zie ik ze weer. Via de tolk wil ik kort de volgende stappen bespreken, ervan uitgaande dat de familie het stukje over astma heeft gelezen. Ik voel onrust bij de vader, maar hij beweert de tekst volledig gelezen te hebben en dat hij alles snapt. Ik twijfel. De tolk heeft ervaring en helpt mij uit de droom. "Ik denk dat de vader niet kan lezen of het gewoon niet snapt", zegt hij in het Nederlands tegen me. De tolk vraagt vervolgens op mijn verzoek of de tekst wat te moeilijk is opgeschreven en ik zie de opluchting bij de vader van Abdil. "Zullen wij het samen bespreken?" De vader knikt en samen met de tolk leg ik alles nog eens goed uit. De vader kan het daarna goed aan zijn zoon uitleggen. Hij kan overigens wel lezen maar de tekstschrijver van het Arabische artikel over astma ging toch uit van een andere basiskennis. De vader blijkt laaggeletterd te zijn en volgt inmiddels een taaltraining. Voortaan stel ik toch maar de vraag hoe ik het beste de informatie kan delen. 3 maanden later blijkt Abdil trouwens al erg goed Nederlands te spreken en heb ik geen tolk voor hem nodig. Mooi om te zien dat bij kinderen taal veel minder vaak een barrière is!

Peter de Winter
Kinderarts en decaan
Spaarne Gasthuis
Academie



Aandacht voor antistolling

Het Spaarne Gasthuis wil de zorg verbeteren voor patiënten die antistollingsmiddelen gebruiken. Daarom is de vakgroep interne geneeskunde per 3 september 2018 gestart met een STOL-polikliniek in Hoofddorp, waar patiënten (vooral nog) op maandagochtend terecht kunnen met vragen en voor advies. Medisch specialisten, huisartsen en andere zorgverleners uit de eerste lijn kunnen bij de STOL-poli terecht voor advies over diagnose, behandeling en nazorg bij (verdenking op) een veneuze trombo-embolie. Ook bij vragen over anticonceptie en trombose profylaxe tijdens zwangerschap, vragen over de noodzaak van vervolgonderzoek bij (erfelijke) trombofilie of over complicaties bij therapie kan men bij de STOL-poli terecht. De STOL-poli is te bereiken via **(023) 224 5643**.

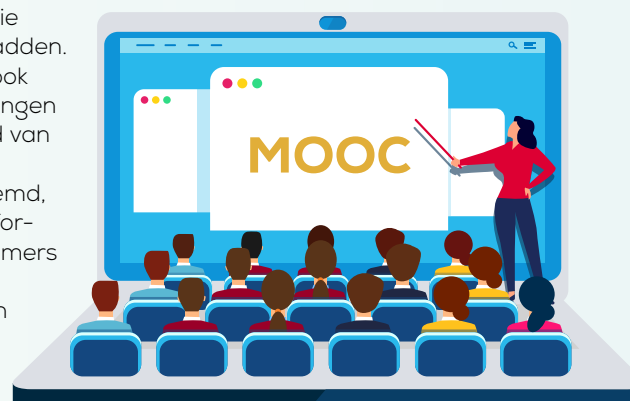
Samen online leren

Hoe kan je als zorgprofessionals samen trots de toekomst in gaan? Door een MOOC (Massive Open Online Course) te organiseren! Het Spaarne Gasthuis opende een MOOC voor alle Nederlandstalige verpleegkundigen (van Nederland, de Nederlandse Antillen, Aruba en België) van 12 mei tot 15 juni 2018.

Thema's als e-health, administratielast en robotisering kwamen aan de orde. Deelnemers kregen in elk hoofdstuk vragen waarop zij konden reageren. Bijna 600 personen namen deel aan de MOOC. Zij plaatsten ruim 2500 reacties die over het algemeen een positieve lading hadden. Een inhoudelijke analyse onthulde dat er ook zorgen zijn, bijvoorbeeld over de ontwikkelingen in het vak verpleegkunde en op het gebied van technologie.

Er werden tal van praktijkdilemma's genoemd, over het zorgproces of de omgang met informatie. De positieve inbreng van de deelnemers was zeer inspirerend en leerzaam. Mooie voorbeelden van leren en samenwerken in de 21e eeuw!

Zie: www.moocacademy.org



IN/UIT Medisch specialisten 2018

IN

Per 1 juni

Marielle Bleecke

GZ-psycholoog

Per 1 september

Juliette Driessen

KNO-arts

Elke Hobbelink

SEH-arts

Ben Vermin

intensivist

Per 17 september

Abbas Solouki

radioloog

Per 1 oktober

Jeanine Aalbers

SEH-arts

Fleur Sprangers

kinderarts

Rachel Wolff

oogarts

UIT

Per 1 juni

Joppe Bouwman

MKA chirurg

Per 1 augustus

Erik Vermeulen

chirurg

Per 17 september

Rob van der Beek

radioloog

Kort



Spaarne
Gasthuis
2017
in cijfers

80%
groei in verwijzingen
via ZorgDomein

408
vacatures uitgezet

500
vrouwen gingen
naar Gala van de
Vrouwenkwaaltjes

6
kruidenbakken
gevuld

1403
zonnepanelen
geplaatst

E-LEARNING OVER MIGRAINE

Twee miljoen Nederlanders lijden in meer of mindere mate aan migraine. Daarmee staat het op de tweede plaats van meest belastende ziektes die zorgen voor veel uitval op het werk en in het sociale leven. Met een expositie en een informatieavond besteedde het Spaarne Gasthuis in oktober aandacht hieraan.

Henriette Bienfait, neuroloog in het Spaarne Gasthuis, is binnen de Vereniging van Nederlandse Hoofdpijncentra (VNHC) actief met het ontwikkelen van e-learning voor huisartsen. Want elke vorm van hoofdpijn vraagt een eigen behandeling.

U kunt de e-learning vinden en gratis volgen via www.hoofdpijnacademie.nl.

UITGELICHT

Als de bloemen worden aangeraakt worden ze groter. Het aanraken geeft een geluid. Zo worden meerdere zintuigen geprikkeld.

Elke 5 minuten wordt een ander spel geactiveerd.

De Tovertafel bestaat uit een kastje dat aan het plafond boven de tafel wordt gehangen. In het kastje zitten een beamer, infraroodsensoren, een luidspreker en een processor waarmee interactieve spellen op tafel worden geprojecteerd.

Met de komst van een Tovertafel is een langgekoesterde wens op de afdeling geriatrie in vervulling gegaan. Activiteitenbegeleidster Nancy Langbroek vertelt.

TEKST TAMARA NASERI-PAUL BEELD MARK VAN DEN BRINK

'De Tovertafel is echt een zorginnovatie. Op de tafel worden verschillende interactieve spellen geprojecteerd. Deze spellen stimuleren ouderen om te bewegen, na te denken, samen te werken en te spelen. De Tovertafel begint zelf een spel, omdat mensen met dementie vaak moeite hebben om initiatief te nemen. Elke 5 minuten wordt een ander spel geactiveerd. Ook geeft de tafel regelmatig prikkels zodat mensen die even afgedwaald waren, weer actief meedoen. De spellen

brengen een heleboel vrolijkheid en plezier. We hebben de tafel dankzij hulp van de Vrienden Spaarne Gasthuis en vele donaties kunnen kopen."

De bedenker van de Tovertafel is Hester le Riche. In zorginstellingen lijdt 90 procent van de bewoners met dementie aan apathie. De doelstelling van Hesters promotieonderzoek was om de passiviteit van ouderen met dementie te verminderen door een product te ontwikkelen dat hen stimuleert in fysieke activiteit en sociale interactie. Want je bent nooit te oud om te spelen! ●

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

2018

Mulders MAM, Sosef NL, et al, Pediatr Radiol. 2018

Sinds de implementatie van de 'Amsterdam pediatric wrist rules' op de eerste hulp voor kinderen met polsklachten, werden er 19% minder röntgenfoto's gemaakt. Ook bleven patiënten gemiddeld 26 minuten korter op de SEH. 98% van alle klinisch relevante fracturen werd geïdentificeerd.

SKwakman JA1 et al. Eur J Gastroenterol
Hepatol. 2018

Hoewel de richtlijnen zeggen dat colonoscopieën en gastroscopieën alleen geïndiceerd zijn bij bloedarmoede met ijzergebrek (IDA), worden ook mensen doorverwezen door de huisarts met bloedarmoede zonder ijzergebrek. Onderzoek liet zien dat er net zo vaak een klinisch relevante uitkomst werd gevonden na een endo- of colonscopie bij mensen mét als zonder ijzertekort.

Jansen CHJR, van Stralen KJ et al.
Fertil Steril. 2017

Bij patiënten die IUI moeten ondergaan is er geen kleinere kans op zwangerschap wanneer het sperma een dag vóór de inseminatie wordt verwerkt. Dit geeft stellen de mogelijkheid iets flexibeler te zijn wanneer de man niet aanwezig kan zijn op de dag van de ovulatie.

Smit DL, de Ronde W. Neth J Med. 2018

Van alle patiënten die zich tussen 2011 en 2016 meldden op het 'anabolensprekkuur' waren acne (38%), borstvorming (34%), geagiteerd zijn (27%), verlaagd libido (34%) en erectieproblemen (20%) de voornaamste klachten. Er werden geen levensbedreigende situaties gerapporteerd.

dossier

VOEDING EN GEZONDHEID

Wie herinnert zich niet de aanmoediging: 'Eet je worteltjes nou maar op, dat is goed voor je ogen.' Inmiddels weten we dat voeding onze gezondheid structureel beïnvloedt. Nieuwe inzichten en technieken leiden tot andere werkwijzen, in het ziekenhuis en erbuiten. In dit dossier zetten we een paar van die inzichten op een rij.

ILLUSTRATIES MONIQUE WIJBRANDS



NIEUWE VISIE OP ETEN EN DRINKEN VAN HOSPITALITY EN DIËTETIEK

Met meer gastvrijheid naar betere gezondheid

Bij Jeroen van Zon, afdelingshoofd hospitality in het Spaarne Gasthuis, staat gastvrijheid hoog in het vaandel. Na jaren werkzaam te zijn geweest in het Hilton en het Amstelhotel, kan hij zich richten op gastvrijheid die er écht toe doet.

TEKST MAAIKE SLIERINGS

Als je uit eten gaat, eet je meestal je bord leeg. Omdat je zelf kiest én samen eet, waar en wanneer je wilt. Daar willen we hier ook naartoe. Dat het eten ook gezond is en voldoende eiwitten bevat, wordt volgens Van Zon in goed overleg afgestemd met de afdeling diëtetiek.

Ruim, smaakvol en maatwerk

De visie op eten en drinken is nieuw omdat nu eenduidig op papier is gezet wat eerder al het streven was van de hospitality-

afdeling, de keuken en diëtetiek samen. Kort gezegd: een ruim, smaakvol, gezond assortiment en maatwerk voor elke gast, die zelf meer de regie heeft. Goed voorbeeld hiervan is dat de patiënt straks zelf via een app op telefoon of tablet kan kiezen wat hij of zij wil eten, hoe laat en waar. Dat maakt het nieuwe voedingsmanagementsysteem mogelijk. Van Zon: "Begin oktober startte de pilot, het wordt sterk gefaseerd ingevoerd. Het vergt namelijk nogal wat voorbereiding op de achtergrond. Maar we streven eraan dat eind volgend jaar onze gasten zelf kunnen kiezen uit eten wat zij ook echt mógen eten."

Samen eten

Mensen die ziek zijn hebben niet altijd trek, terwijl goede voeding juist dan nodig is. "Zelf kiezen aan bed - op dit moment uit drie menu's - en samen eten stimuleert al", zegt van Zon. "Iedere gast is uniek, heeft

specifieke wensen. Daar willen we flexibel in zijn. Als iemand die chemo krijgt heel graag cola wil, dan krijgt hij dat. Als een arts blij is dat een kind een kroketje wil, maken we dat - wel in de oven. Op de afdeling geriatrie eten mensen vaak weinig, dus bieden we ze vaker eiwitrijke tussen-doortjes aan. De afdelingskeukens worden zo ingericht dat er meer afdelingsgericht aanbod zal zijn."

Maaltijden ook thuis

"Met nieuwe lokale leveranciers gaan we voedzame maaltijden ook thuis leveren. Om partners van patiënten te ontlasten en kwetsbare mensen voor ondervoeding te behoeden. Ook voor de tijd na ontslag. Als iemand geen puf heeft om te koken en alleen maar een kom soep neemt, steekt de ondervoeding zo weer de kop op. Misschien zou je dit initiatief wel 'transmurale gastvrijheid' kunnen noemen!"



HOE HEILIG IS DE SCHIJF VAN VIJF?

Diëtisten Charlotte Koops en Nikita Buis vinden de schijf van vijf zeker nuttig, maar patiënten kunnen een aanvulling vaak goed gebruiken.

TEKST MAAIKE SLIERINGS

Gezonde voeding is belangrijk, maar kijken naar wat een patiënt nodig heeft om beter te worden misschien nog wel meer. Vaak zijn dat voldoende eiwitten, calorieën en beweging. Elk ziektebeeld vraagt om een eigen dieetadvies. Daar zorgen binnen het Spaarne Gasthuis 14 diëtisten voor. Voor goed herstel is meer focus op voeding belangrijk."

Niet altijd binnen de schijf

"De schijf van vijf en de aanbevolen dagelijkse hoeveelheid brood, melk en groente die elke doelgroep nodig heeft, zijn de vertolking van richtlijnen voor goede voeding", vertelt Koops. "Voeding in het ziekenhuis moet hier natuurlijk niet mee botsen, maar patiënten eten vaak minder, terwijl tijdens een opname vaak anderhalf keer meer nodig is aan voedingsstoffen vergeleken met iemand die fit is. Vooral extra eiwitten zijn belangrijk omdat ziekte invloed heeft op spierweefsel. Dan zijn eiwitrijke maaltijden die zuivel, vlees, vis, kaas, vegetarische vleesvervangers of sojaproducten bevatten soms niet genoeg." Buis: "De voeding van de patiënt wordt dan aangevuld met extra eiwitrijke producten. En die vallen niet altijd binnen de schijf van vijf. Naast juiste voeding is waar mogelijk beweging ook erg belangrijk."

Thuis al screenen op ondervoeding

"We zien in het ziekenhuis steeds meer mensen die ondervoed zijn", weet Buis. "Ze zijn te kort hier om dat op te lossen. Vroegtijdig signaleren van ondervoeding kan veel complicaties voorkomen." "En gelijk met eiwitrijke voeding behandelen", vult Koops aan. "Iedereen die thuiszorg krijgt en chronische patiënten die regelmatig de huisarts bezoeken, zouden gescreend moeten worden. Op www.stuurgroepondervoeding.nl staat veel informatie en handige screeningsmethodes, wij gebruiken de SNAQ-score. Als iemand aangeeft minder eetlust te hebben, of duidelijk afgevallen lijkt - losse ringen, ruimer vel - dan is het lichaam al verzwakt. Dat geldt ook voor iemand die overgewicht heeft maar zonder er iets voor te doen tien procent gewicht is kwijtgeraakt. Met eiwitrijke voeding blijft spiermassa beter intact, voelt iemand zich sterker. Thuis blijven wonen blijft langer een optie. Om ondervoeding voor te zijn en gezamenlijk beter te behandelen is voor en na opname overleg tussen diëtist en huisarts een goed idee."

'Als een arts blij is dat een kind een kroketje wil, maken we dat.'

'VAN VAGE KLACHTEN IETS CONCREETS MAKEN'

Diagnose glutenintolerantie vergt heel wat stappen

Slechts een kwart van de mensen die lijden aan glutenintolerantie (coeliakie), is zich daarvan bewust. Paradoxaal genoeg neemt de hype rondom glutenvrij eten tegelijkertijd bijna groteske vormen aan, vooral in de voedingsmiddelenindustrie. Hoe komt dat tot uiting in de praktijk van huisarts Martin van der Plas?

TEKST RUUD SLIERINGS

Die anti-glutenhype speelt zich vooral buiten het gezichtsveld van zorgverleners af. Martin van der Plas, huisarts in Nieuw-Vennep, merkt er bijvoorbeeld weinig van: "Vragen rondom coeliakie zijn niet anders of talrijker dan tien jaar geleden. Er is meer aandacht voor het vermijden van gluten, maar de meeste mensen komen blanco naar de praktijk: ik heb last van mijn buik, wat kan het zijn?"

Lastige diagnose

Dat de ziekte zwaar ondergediagnosticeerd is, snapt hij: "De klachten zijn vaag en kunnen in de richting van tientallen andere ziektes wijzen. Obstipatie bijvoorbeeld of maag/darmvirusinfecties komen bij buikklachten vaker voor dan coeliakie. Dus in mijn zoektocht – anamnese, onderzoek, waarschijnlijkheidsdiagnose – probeer ik van die vage klachten iets concreets te maken. Ik pak niet gelijk het labformulier. Een bloedonderzoek biedt ook niet altijd sluitend bewijs; zelfs als de uitslag negatief is, kan er sprake zijn van glutenintolerantie of overgevoeligheid. Door weefsel af te nemen in de dunne darm kun je het stappenplan in de diagnosestelling wel 100% rond maken." Onbekendheid met de kenmerken en symptomen van coeliakie is volgens Van der Plas niet de reden voor de onderdiagnose van de ziekte: "Er is de afgelopen tijd genoeg voorlichting over geweest, en in de nascholing voor huisartsen

is het aanbod aan richtlijnen en handgrepen ruim voldoende."

Glijdende schaal

De ziekte kan zich met een sterk wisselende intensiteit manifesteren, dat maakt de diagnose complex. Daarnaast zijn er mensen die weliswaar niet aan coeliakie lijden, maar wel baat hebben bij glutenvrij eten. "Het is een glijdende schaal", zegt Van der Plas. "De één heeft er veel en blijvend last van, bij een ander valt het mee. En we weten misschien niet voldoende welke voedingsmiddelen allemaal irritatie in het darmkanaal kunnen brengen. Daarom adviseer ik soms om een periode glutenvrij te eten om te ervaren wat daarvan het effect is. Verder onderzoek in bloed of weefsel kan dan eventueel in een later stadium." ●

'Een bloedonderzoek biedt niet altijd sluitend bewijs; zelfs als de uitslag negatief is, kan er sprake zijn van glutenintolerantie.'



DE VELE GEZICHTEN VAN COELIAKIE

Coeliakie is niets anders dan een auto-immuunziekte: door gluten te eten ontstaat er door een immunologische reactie schade aan het slijmvlies van de dunne darm. Eén op de 100 à 150 mensen heeft coeliakie. Voor de diagnose van dit veelkoppig monster kun je niet blind varen op een enkele test. En eten mensen al vóór de testen glutenvrij, dan kan dit de uitslagen vertroebelen.

TEKST RUUD SLIERINGS

MDL-arts Tessa Uiterwaal is blij met de toegenomen aandacht voor coeliakie: "Ongeveer de helft van de mensen met coeliakie heeft de 'stille' variant, en dus geen of weinig klachten. En de ziekte presenteert zich sterk variabel. We komen er wel steeds meer over te weten. Eerlijk gezegd denk ik dat juist dankzij de hype de bekendheid en herkenning verbetert."

Vaker bij vrouwen

Een veelheid van klachten kan op coeliakie wijzen, zowel gastro-intestinale klachten (diarree, gewichtsverlies, braken, buikpijn, opgezette buik, obstipatie), als extra-intestinale klachten (vermoeidheid, ijzergebrek, osteoporose, jeukende exantheem, milde leverenzymstoornis of infertiliteit). En bij kinderen kan coeliakie het groeiproces verstoren. Coeliakie kan zich op elke leeftijd manifesteren, maar twee

à drie keer zo vaak bij vrouwen als bij mannen.

Feit is dat coeliakie vrijwel alleen voorkomt bij dragers van het HLA DQ2 of DQ8 gen. Bij eerstegraads familieleden van coeliakiepatiënten is de kans op aanwezigheid van de ziekte beduidend hoger dan bij de totale populatie (gemiddeld genomen wijst onderzoek op een kans die tien keer zo hoog is). Maar niet elke drager van dit HLA-gen krijgt

>>

<<



coeliakie. "Dit gegeven is dus alleen interessant bij de screening van risicogroepen, zoals familieleden, patiënten met het syndroom van Down, het syndroom van Turner en Williams, diabetes type 1, een schildklierziekte of een andere auto-immuunziekte", nuanceert Uiterwaal. "En dan nog: een positieve HLA-DQ-typering zegt niks over de individuele patiënt. Je kunt het krijgen of hebben. Of niet."

Serologie en gastroscopie

Een erfelijkheidsonderzoek is meestal ook niet de eerste actie na een vermoeden van coeliakie. Gangbaar is eerst een bloedtest, de IgA antistoftest tegen tissuedtransglutamine (IgA-TTG). Volgens Ferry Bergkamp, klinisch

chemicus bij Atalmedial, ligt de 'pakkans' rond de 95%. Daardoor kun je onderbouwd doorverwijzen (of juist niet) voor een darmonderzoek: "Als de IgA-TTG sterk positief is en dat resultaat is bevestigd met een serologische test tegen endomysium of geëamineerd gliadine, en er is een positieve HLA-DQ 2/8-typering, dan zijn biopsen niet nodig. Bij risicogroepen screenen we eerst op HLA-DQ 2/8. Een negatieve uitslag sluit (het ontwikkelen van) coeliakie uit, maar een positieve uitslag wil niet zeggen dat die persoon coeliakie heeft of zal gaan ontwikkelen."

Is de uitslag van de IgA-TTG-bloedtest negatief, dan is de conclusie normaal gezien ook duidelijk: geen aanwijzingen voor coeliakie. Maar als gluten al uit de voeding zijn gehaald, is de test onbetrouwbaar. Bergkamp: "De ontstekingsreacties in de dunne darm kunnen dan (sterk) afgenomen zijn en er kunnen alweer vlokken aanwezig zijn die de nutriëntenopname verbeteren. Ik snap dat dit dieetadvies wordt gegeven – het is een pragmatische oplossing – maar het lost de onzekerheid niet op. Dan zal de patiënt eerst weer gluten moeten gaan eten om coeliakie te kunnen uitsluiten of bevestigen."

Meerdere testen

Om er echt achter te komen, kunnen vervolgens meerdere testen nodig zijn. Naast de hierboven geschetste vorm van onbetrouwbaarheid van een testuitslag kan de IgA-TTG screeningstest ook vals negatief zijn bij personen met een IgA-deficiëntie. Het laboratorium controleert dit en zal in zo'n geval altijd de IgG-DPG inzetten. Is er na serologie nog geen zekerheid, dan is een gastro-duodenoscopie met biopsen de volgende stap. Ook hier geldt: een glutenvrij dieet vertroebelt de

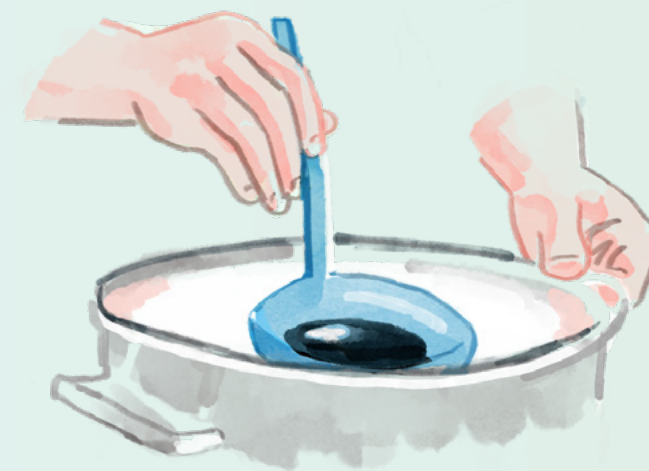
uitslag. Beter is het dat de MDL-arts, samen met een gespecialiseerde diëtist, zo'n dieettraject pas na het onderzoek en de diagnose start. Overigens kunnen ook na uitsluiting van coeliakie de klachten aanhouden. Dan is er wellicht sprake van glutensensitiviteit of het prikkelbare darm syndroom.

Drempel verlagen

Hoewel er veel wetenschappelijk onderzoek naar coeliakie wordt gedaan, is een glutenvrij dieet vooralsnog de enige therapie. Uiterwaal: "Nul milligram gluten is in de praktijk niet haalbaar. Volgens de Codex Alimentarius mogen glutenvrije dieetproducten nog altijd 20 milligram gluten bevatten per 100 gram. We moeten deficiënties dus blijven opsporen en monitoren. Los daarvan zou ik willen pleiten voor een liberaler serologisch testbeleid. De drempel bij bijvoorbeeld patiënten met alleen extra-intestinale symptomen mag best lager." ●

- **Gluten:** eiwitten die voorkomen in graansoorten (o.m. tarwe, gerst, rogge, spelt, durum).
- **Glutenintolerantie of coeliakie:** een chronische auto-immuunziekte; door het eten van gluten ontstaat schade aan het slijmvlies van de dunne darm, resulterend in o.m. vlokatrofie.
- **Glutensensitiviteit:** overgevoeligheid voor gluten; geen schade aan de dunne darm.
- **Tarwe-allergie:** na het eten van gluten (en andere tarwes) ontstaat een hevige reactie die een anafylactische shock kan veroorzaken.

'Coeliaki manifesteert zich twee à drie keer zo vaak bij vrouwen als bij mannen.'



MACULADEGENERATIE

Voeding als preventie

Leeftijdsgebonden maculadegeneratie (LMD) is een van de belangrijkste oorzaken van slechtziendheid in de westerse wereld. Veel mensen weten niet dat gezonde voeding een grote rol speelt bij het voorkomen ervan. Oogarts Adrie de Winter werkte enige jaren terug mee aan een boek hierover. Wat is de laatste stand van zaken?

TEKST PETER DAMEN

De Winter: "Maculadegeneratie komt in Nederland ongeveer net zo vaak voor als reuma of Alzheimer. Zeker in de laatste vijf à tien jaar is er steeds meer onderzoek dat het belang van gezonde voeding in de oogheelkunde onderschrijft. Hierbij ligt de nadruk vooral op preventie. Gezonde voeding verkleint namelijk de kans om LMD te ontwikkelen aanzienlijk. Er valt nog een hoop te winnen rondom de bewustwording hiervan."

Op tijd signaleren

Patiënten die last hebben van metamorfose – een teken dat onder andere kan duiden op beginnende LMD – worden nu vaak al tijdig doorverwezen naar de oogarts. "Als dit op tijd wordt gesignaleerd, kunnen we een correct behandelingstraject starten", stelt De Winter. "Bijvoorbeeld met anti-VEGF-injecties in het oog. Maar voor de huisarts ligt er ook een mooie kans om patiënten die in een risicogroep vallen preventief te wijzen op het belang van goede voeding."

Groene bladgroenten, paprika en...

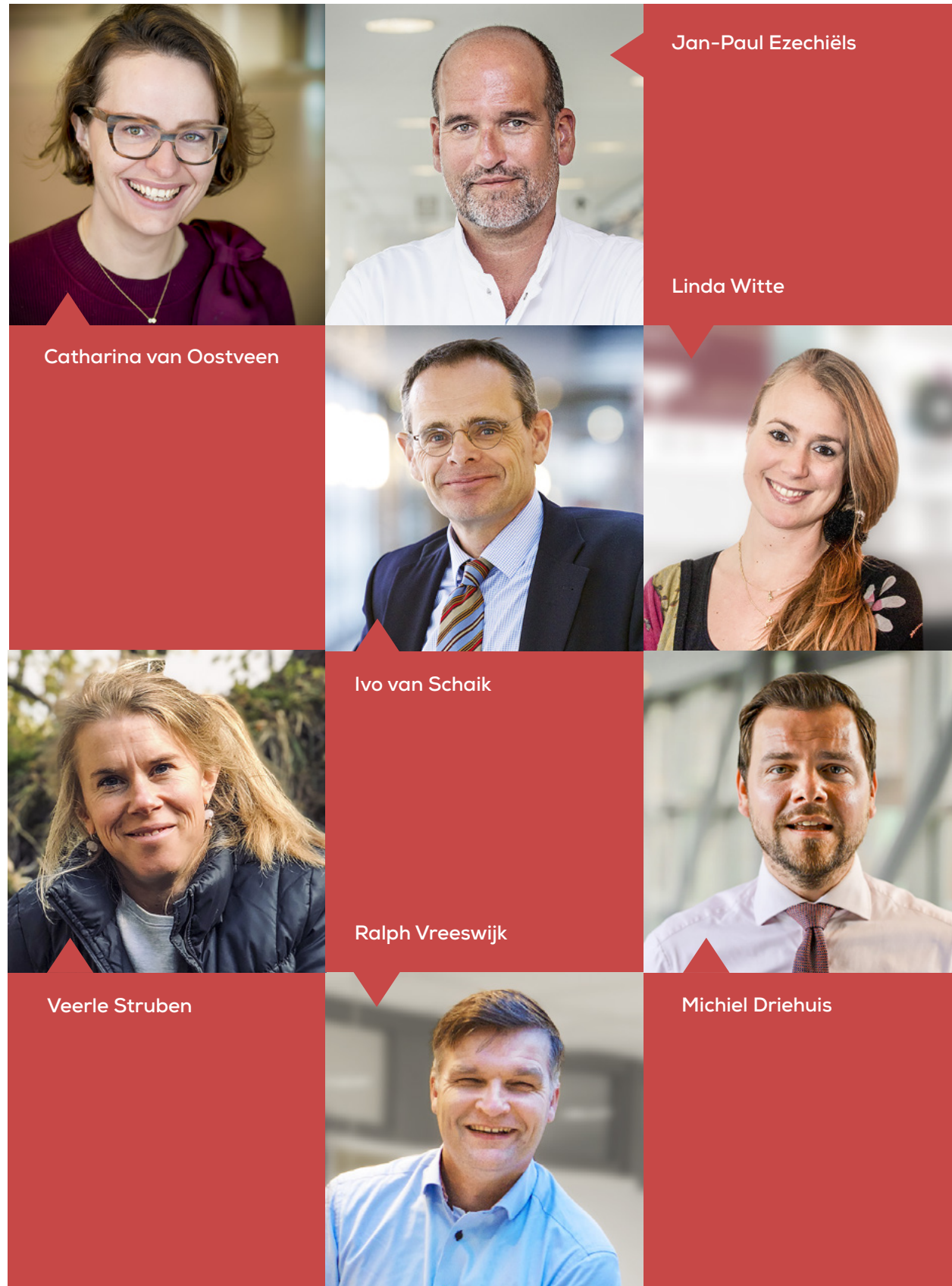
"Als bij de intake bij de huisarts blijkt dat LMD voorkomt in de familie van de patiënt, dan valt hij of zij in de risicogroep. Deze patiënt heeft door genetische aanleg

een vier keer zo hoog risico om LMD te ontwikkelen. Met gezonde voeding kan dit verhoogde risico als het ware worden weggegeten, waardoor de kans dat de patiënt LMD ontwikkelt bijna net zo hoog wordt als voor de gemiddelde Nederlander. Dat is een enorme winst. Voeding die luteïne en zeaxanthine – beide carotenoiden – bevatten, zijn gunstig voor het voorkomen van LMD. Vooral groene bladgroenten, zoals spinazie of rucola, maar ook paprika's, avocado's en fruit bevatten veel van deze stoffen."

Niet te snel voedingssupplementen

"Ik raad af om preventief op jonge leeftijd al voedings-supplementen voor te schrijven", besluit De Winter. "Doordat het lichaam went aan de continue aanwezigheid van de stoffen, wordt het minder efficiënt in het resorberen ervan. Dit kan op de lange termijn dus juist nadelig zijn. Bij vergevorderde maculadegeneratie zijn voedingssupplementen volgens de Areds 2-formule wel aan te raden." ●

Adrie de Winter schreef samen met zijn dochters het boek 'Gezond eten voor je ogen'. Voor geïnteresseerde huisartsen stelt De Winter een gratis exemplaar beschikbaar voor in de wachtkamer. Neem hiervoor **vóór 15 december** contact op met anne@voedings-advies.nl.



KRITISCH KIJKEN NAAR HET NUT VAN EEN TOPZORGLABEL

'STZ geeft Spaarne Gasthuis duurzaam bestaansrecht'

STZ (samenwerkende topklinische opleidingsziekenhuizen) is een verzameling Nederlandse ziekenhuizen die zich als voorlopers plaatsen tussen academische en algemene ziekenhuizen in. Binnen het topklinisch klimaat spelen toegepast wetenschappelijk onderzoek, opleidingen en topzorg voor patiënten de hoofdrol. Wat betekent STZ voor medewerkers en het ziekenhuis?

TEKST FRED HERMSEN

Onderwijscoördinator van de opleiding geneeskunde Linda Witte regelt de masteropleidingen van in totaal 1.400 geneeskundestudenten. Na hun bachelor aan de AUMC doorlopen ze als coassistenten een driejarig masterprogramma op alle geneeskundige vakgebieden, van psychiatrie tot heelkunde. Ze zegt over STZ: "We hadden als opleidingsziekenhuis natuurlijk al een heel scala aan randvoorwaarden goed geregeld, zoals een kwaliteitsstelsysteem en een 'teach the teacher'-programma. Maar STZ houdt ons scherp. We moeten aan criteria voldoen en dat ook laten zien. Ik ben daar blij mee. Ook levert het ons een effectief netwerk op. Zo hebben we een affiliatiecontract kunnen sluiten met VU, samen met andere STZ-ziekenhuizen, zoals OLVG en de Noordwest Ziekenhuisgroep. Daarin delen we leerpunten en denken we samen na over onderwijsontwikkeling."

Zandkorreltheorie

Veerle Struben, innovatiecoördinator bij het Spaarne Gasthuis, maakt minder intensief gebruik van STZ: "Innovatie is geen thema dat je simpelweg op de agenda zet, zo van: 'Wie heeft er nog geïnnoveerd

vandaag?' Ik geloof in de zandkorreltheorie. Iedereen is er vanuit vakgedrevenheid wel op een bepaalde manier mee bezig, ook zonder STZ. Op een gegeven moment krijgen vernieuwingen massa en samenhang, vaak met behulp van bijvoorbeeld start ups of studenten. Dan worden zandkorrels een berg zand. In dat kader stimuleert het ziekenhuis persoonlijk ondernemerschap en creëert het ruimte om te experimenteren. Het ziekenhuis ontwikkelt momenteel voor dat proces een infrastructuur – een ecosysteem. STZ geeft daar nu niet meer dan oppervlakkige aanwijzingen voor. Ook van het netwerk van vakgenoten maak ik beperkt gebruik, dus om nu te zeggen dat STZ leidend is in onze innovatiestrategie, nee."

Rol STZ kan groter

Het Spaarne Gasthuis telt zo'n 1.100 verpleegkundigen. Senioradviseur en onderzoeker bij het wetenschapsbureau Catharina van Oostveen helpt als gepromoveerd verpleegkundige bij de wetenschappelijke onderbouwing van de verpleegkundige zorg – het ziekenhuis streeft naar Evidence-based Practice. Hierin werken verpleegkundigen niet alleen volgens heldere protocollen, maar zijn die protocollen ook wetenschappelijk onderbouwd. In de praktijk bete-

kent dit, dat mbo-verpleegkundigen ermee moeten kunnen werken, dat hbo-verpleegkundigen bestaand wetenschappelijk bewijs moeten kunnen toepassen en dat er ook verpleegkundigen zijn die op academisch niveau onderzoek uitvoeren. Zij moeten daarnaast ook helpen de onderzoeksuitkomsten in nieuwe protocollen te verwerken. Daarnaast benadrukt ze: "Het ontwikkelen van klinisch academische carrièrepaden voor verpleegkundigen is een landelijke trend. Ook wij willen daarop inspringen omdat je hiermee aantrekkelijk blijft als werkgever in de schaarse arbeidsmarkt; we voorkomen zo dat academisch opgeleide verpleegkundigen wegtrekken van het bed."

Van Oostveen zegt dat STZ vooral in de sfeer van kennisdeling invloed heeft op deze trend, via een werkgroep. "In de werkgroep vragen we ons af hoe ziekenhuizen verpleegkundig onderzoek kunnen positioneren. We geven daar ook weer adviezen over aan STZ zelf." In de praktijk loopt het Spaarne Gasthuis voor op STZ, is haar indruk: "Ik denk dat de rol van STZ veel groter zou kunnen worden. Er is bijvoorbeeld nog geen actieve steun vanuit STZ voor meer academische verplichtingen op verpleegkundig gebied. Dat is echt nodig voor het onderbouwen

van verpleegkundig handelen en voor topklinische verpleegkundige zorg.”

Focus primair bij patiënten

Cardioloog Jan-Paul Ezechiëls laat een ander geluid horen; hij schat in dat hij tot een minderheid behoort onder de medisch specialisten. “Voor artsen die onderzoek leuk vinden, en ambities hebben op dat terrein, past STZ heel goed. Zij kunnen jaarlijks hun publicaties verzamelen en zo bijdragen aan de accreditatie. Voor mij ligt dat anders. Onderzoek ligt me simpelweg niet zo; mijn focus ligt primair bij de patiënten. Ik wil mijn kennis en kunde volledig voor hen inzetten. Ik zie ook geen 1-op-1 verband tussen zelf onderzoek doen en de kwaliteit die je je patiënten kunt bieden.” Dat wil niet zeggen dat hij het belang van onderzoek onderschat: “Integendeel, maar ik denk dat je grote studies moet beleggen bij academische centra. Laat onze primaire taken liggen bij 98% van de tweedelijns zorg, meer handen aan het bed en goed onderwijs.”

Voedingsrituelen

Van Ralph Vreeswijk, verplegingswetenschapper en verbonden aan de vakgroep geriatrie, kun je zo'n stellingname niet verwachten. Hij won de STZ Toponderzoekerprijs. “Al vanaf 1999 zit ik in een STZ-commissie voor verpleegkundig onderzoek. Ik heb vastgesteld dat eigen onderzoek tot veel resultaat heeft geleid. Bijvoorbeeld een reductie van 56,3% van het aantal delieren op de afdeling cardiologie. Ook binnen geriatrie lag het aantal delieren in 2010 – toen ik hier kwam werken – nog hoog. We hebben dat flink teruggebracht door eigen onderzoek. Ook heel concreet: onze geriatrie trauma-unit heeft met behulp van STZ een topklinische expertise status gekregen.” Hij noemt desgevraagd ook een wat prozaïscher voorbeeld: “Neem de voedingsrituelen van ouderen. Wij ontdekten dat een tafel dekken tot betere eetpatronen onder ouderen leidt in vergelijking met het traditionele dienblad dat je op het kastje naast een bed zet.

‘Heb je daarvoor STZ nodig?’ kun je jezelf afvragen. Misschien niet perse, maar het stimuleert je wel om altijd weer te willen verbeteren in het belang van je patiënt. In de context van een STZ-ziekenhuis kun je niet zeggen: ‘Ik word verpleegkundige, en verder vind ik het dan wel welletjes met mijn persoonlijk ontwikkeling.’ Je moet hier echt aan education permanente doen. En daar profiteren de patiënten per definitie van.” Hetzelfde geldt volgens hem voor opleidingen – Vreeswijk zette samen met geriater Kees Kalisvaart een geriatrieopleiding voor arts-assistenten op – en voor de standaarden die je steeds weer naar een hoger plan tilt. “Als STZ één uitdaging heeft”, zegt hij, “ligt die op het terrein van de PR. STZ is niet altijd zichtbaar, terwijl onze werkwijzen er vaak wel mee te maken hebben. Verpleegkundigen weten dat bijvoorbeeld vaak niet.”

‘Het Spaarne Gasthuis wil haar regionale rol duurzaam borgen. We gaan daarom ook complexere zorg aanbieden’

Ivo van Schaik

Bestaansrecht

Als programmamanager strategie en manager sales weet Michiel Driehuis dat het STZ-label geen panacee voor alle uitdagingen van het ziekenhuis is. “STZ geeft je de mogelijkheid te specialiseren op specifieke expertises – in ons geval oncologie, spoed, vrouw-kind zorg, geriatrie en sinds kort ook hart- en vaataandoeningen. Daardoor kun je op die terreinen innoveren en complexere zorg gaan aanbieden, en geven zorgverzekeraars je de ruimte daarvoor passende tarieven te rekenen. Dat klinkt financieel

gunstig, maar het prijsniveau wordt door meerdere factoren beïnvloed. Dus veronderstellen dat een STZ-label voldoende zou zijn, wat nog wel eens gebeurt, is dus een wat naïeve gedachte.”

Hij ziet wel om hele andere redenen het cruciale belang in van STZ. “Het is hoog tijd om onze rol in de waardeketen op te eisen. De landelijke trend is dat complexiteit verder afdaalt in de keten. Wij bespreken met onze huisartsen of laag complexe zorg naar de eerste lijn kan worden gebracht, ZBC's eisen hun deel van de taart op en aan de andere kant van het spectrum leveren academische centra vormen van zorg waar STZ-ziekenhuizen goed voor gepositioneerd zijn. Als we in deze zorgtransitie niet de zwaarte van ons eigen zorgprofiel versterken, kunnen wij als ziekenhuis daardoor met een verschaald aanbod achterblijven, waarmee op termijn ons bestaansrecht onder druk kan komen te staan. De patiënt kan dan te maken krijgen met langere reis- en wachttijden, waar ze ons niet dankbaar voor zullen zijn.”

Duurzame toekomst

Bestuursvoorzitter Ivo van Schaik onderschrijft dat: “Het Spaarne Gasthuis wil haar regionale rol duurzaam borgen. We gaan daarom ook complexere zorg aanbieden op gekozen expertisegebieden, zoals dotteren in een tijd waarin steeds meer hart- en vaatziekten ontstaan. Daarnaast gaan

we voor bepaalde complexe zorg innovatieve technieken en robotica inzetten. Het is heel simpel: met STZ geven we handen en voeten aan die duurzame toekomst. Het is nu zaak onze focus verder te verfijnen en op gekozen specialistische terreinen echt een topinstituut te worden. Daardoor krijg je aantrekkingskracht tot ver buiten de regio. Er valt nog veel te winnen om dat belang van STZ voor iedereen ook echt zichtbaar te maken. Maar ik verwacht dat iedereen in het ziekenhuis en in de regio die ambitie een warm hart gaat toedragen.” 

Financieel Management en NLP Hoe twee studies elkaar aanvullen

Een opleiding volgen naast een baan als afdelingshoofd OK in Haarlem is intensief. Nadine Caminada-Ruiter deed er twee in een half jaar. Financieel Management ('eigenlijk omdat het moest') en NLP ('omdat ik wilde weten wat er 'gebeurt' in een team'). Heel uiteenlopend, maar allebei goed bruikbaar en uitnodigend voor vervolg.

Ze wilde ooit arts worden, maar tijdens de opleiding in dode mensen snijden, stootte haar af. Operatieassistent was een bewust alternatief. Na de specialisaties longchirurgie en vaatchirurgie wilde ze 'iets met een team'. In het VUmc, waar ze werkte, mocht ze een managementopleiding gaan volgen. Een vacature in het toenmalige Kennemer Gasthuis voor uniteider operatieassistenten maakte de cirkel rond. Na de reorganisatie en fusie, werd ze afdelingshoofd OK.

Wat cijfers vertellen

Het financiële deel van haar werk trok haar minder, maar de verdiepingsmodule Financieel Management, 3 maanden op zaterdag, heeft daar verandering in gebracht. “Ik vind het stiekem steeds leuker worden. Een jaarrekening is interessanter als je begrijpt wat het zegt over het ziekenhuis. Voor mijn eindopdracht heb ik verzuimmanagement opgepakt; een eyopener hoeveel dat kost! Ik heb een aanbeveling gedaan ten aanzien van verzuim. Samen met HR en onder-

steunende afdelingen wil ik kijken naar oplossingen.

Daarvoor zijn ook de medewerkers via het MTO (medewerkerstevredenheidsonderzoek) gevraagd wat voor hun oplossingen zouden kunnen zijn. Voorkomen is beter.”

Volledige aandacht

Door wijziging van de begindatum startte de opleiding NLP (Neuro Linguistisch Programmeren) Leadership Practitioner vrijwel gelijktijdig. “Niet ideaal, maar wel te doen. Telkens 3 dagen les en 3 weken reflectieverslagen schrijven, die input vormen voor de volgende 3 dagen les. NLP geeft inzicht in het effect van communicatie. Bedenk eens hoe vaak je 'moeten' gebruikt, terwijl een andere formulering een ander effect heeft. Of 'ik ga proberen je vrij te plannen', nee je gaat het dóen, en

dan lukt het of niet. Of je doet het niet. Ik ben me veel bewuster van de weerslag op anderen van wat ik doe of zeg, en hóe ik dat doe. Volledige aandacht, zonder (voor)oordeel. Ik geef nu leiding aan een ander team, dat ga ik op mijn eigen manier doen. Jaargesprekken niet in een kantoor, elke maand een teamoverleg en twee keer per jaar doen we dat buiten. De eerste was tijdens een picknick. Op een interactieve manier bezig zijn met de visie bleek heel inspirerend. De laatste MTO scoorde al hoger. Wie weet heeft dat ook zijn weerslag op minder verzuim!” 

TEKST MMAAIKE SLIERINGS BEELD JEAN-PIERRE JANS



SPAARNE GASTHUIS OPENT TAALPUNT

Meer taalbegrip maakt samenleving gezonder

In de centrale hal van het Spaarne Gasthuis Hoofddorp is sinds kort een Taalpunt. Een extra service voor alle gasten van het ziekenhuis, en vooral voor een groep mensen die misschien onzichtbaar, maar omvangrijk is: de laaggeletterden. TEKST ESTHER DE WILDE



Nederland telt ruim 2,5 miljoen laaggeletterden in de leeftijd van 16 tot 65 jaar. Zij zijn niet analfabeet maar hebben wel grote moeite met lezen, schrijven, rekenen en digitale vaardigheden. Daardoor kunnen ze niet altijd meekomen in de maatschappij.

Laaggeletterden komen tal van problemen tegen: een brief van de Belastingdienst, reizen met het ov, de gebruiksaanwijzing en het gebruik zelf van een smartphone. Gevolg is ontwijkend gedrag. Daardoor heeft deze groep vaker te kampen met geldproblemen, werkloosheid en eenzaamheid.

Risicofactor voor gezondheid

Laaggeletterdheid vormt ook een risico voor de gezondheid. Onderzoek geeft aan dat er een verband bestaat tussen laaggeletterdheid en een ongezonde leefstijl, chronische ziekten als COPD en diabetes, een hogere sterftesans en verkeerd medicijngebruik. Laaggeletterden gaan daarbij vaker naar de huisarts of het ziekenhuis. Niet alleen omdat zij zich vaker ziek zouden voelen, maar ook zijn ze onzekerder en minder zelfredzaam. Als je weet waar op te letten, herken je ze als arts vaak wel: mensen die stelselmatig te laat (of helemaal niet) op hun afspraak verschijnen, een onsamenhangend verhaal vertellen, formu-

lieren niet invullen of inleveren, geen vervolgspraak maken of hun medicatie niet of niet juist gebruiken. Daardoor blijven zij vaak terugkomen met dezelfde klachten, ondanks adequaat voorgeschreven behandelingen.

Lage gezondheidsvaardigheden

Nog groter is het aantal mensen met lage gezondheidsvaardigheden. Met gezondheidsvaardigheden vinden, begrijpen en beoordelen mensen informatie over gezondheid, wat hen in staat stelt beslissingen over hun gezondheid te nemen. Uit de meest recente studie (mei 2018) blijkt dat 36,4 procent van de Nederlandse bevolking kampt met lage gezondheidsvaardigheden. Zo lezen ze instructies of een bijsluiter niet goed. Een zin als 'driemaal daags 3 tabletten van 500 mg bij de maaltijd' levert problemen op. Het maakt sommige mensen zo onzeker dat ze besluiten het medicijn dan maar helemaal niet te nemen. Het kan ook voor gevaarlijke situaties zorgen. Zo werd een moeder verteld dat haar kind het medicijn oraal moest innemen. Zij goot het vloeibare medicijn in het oor van haar kind.

Vooroordeel en schaamte

Vaak wordt gedacht dat mensen die grote moeite hebben met taal, allochtoon, laagopgeleid, of simpelweg 'niet zo slim' zijn. Deze etiketten en hardnekkige vooroordelen -want dat zijn het- werken schaamte over laaggeletterdheid in de hand. Van alle laaggeletterden is 65 procent van autochtone afkomst met Nederlands als moedertaal. De meeste laaggeletterden zijn inderdaad lager opgeleid, maar ook hoogopgeleiden kunnen beperkte gezondheidsvaardigheden hebben.

Veel laaggeletterden zijn een kei in het verbergen, wat hen moeilijk bereikbaar maakt. Ze wringen zich in allerlei bochten om niet door de mand te vallen. 'Ik ben mijn bril vergeten' is een veelgebruikte smoes. Of ze stoppen hun arm in een mitella om maar niet te hoeven schrijven. Of ze zijn de formulieren kwijtgeraakt. Of ze hebben geen mobiele telefoon, 'want die knopjes zijn zo klein.' Maar behalve schaamte weten heel veel laaggeletterden ook gewoonweg niet waar ze hulp kunnen krijgen.

Herkennen, hulp bieden en communiceren

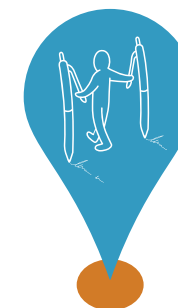
Bewustwording bij zorgprofessionals is een eerste stap om dit tij te keren. Stichting Lezen en Schrijven ontwikkelde de training 'Herkennen en doorverwijzen' (ook vrij beschikbaar als e-learning). Daarin leer je niet alleen hoe je een laaggeletterde herkent, maar ook hoe je laaggeletterdheid aankaart. Want na bewustwording is het bespreekbaar maken de volgende stap. Aangeven dat veel mensen het formulier of de vragenlijst lastig vinden en vragen hoe dat voor de patiënt is, kan al een zucht van opluchting teweeg brengen. Vertellen dat er iets gedaan kan worden aan laaggeletterdheid, bij de bibliotheek of het buurthuis bijvoorbeeld, zonder per se de schoolbanken in te hoeven, heeft dat effect ook.

Een moeder goot het vloeibare medicijn in het oor van haar kind

Ook helpt het om de eigen communicatie met de patiënt onder de loep te nemen. De zogeheten teach-back methode ('Ik wil graag weten of ik het goed heb uitgelegd. Kunt u me vertellen wat de behandeling inhoudt?') helpt om te ontdekken of de patiënt het heeft begrepen. Basiskennis over het lichaam ontbreekt bij laaggeletterden, dus uitleg visueel ondersteunen met plaatjes of tekeningetjes helpt enorm. Net als het stellen van open vragen om de patiënt te stimuleren zelf na te denken en zelf vragen te stellen.

Er valt dus nog een wereld te winnen. Het Spaarne Gasthuis wil met de opening van het Taalpunt, een bewustwordingscampagne onder de medewerkers en de training 'Herkennen en doorverwijzen', haar steentje bijdragen. We zijn ervan overtuigd dat terugdringing van laaggeletterdheid een gezondere samenleving oplevert.

Taalpunt



Het Taalpunt in Hoofddorp biedt gasten hulp bij onder meer het begrijpen van medische informatie en het invullen van formulieren en vragenlijsten. Mensen kunnen desgewenst worden doorverwezen naar het Taalhuis bij de bibliotheken in de regio om een cursus of taaltraject te volgen. We willen in 2019 ook in Haarlem Zuid en Haarlem Noord een Taalpunt openen.

Openingstijden: dinsdag, woensdag en donderdag van 10:00 uur tot 13:00 uur.

Aandacht voor zorgvuldig antibioticagebruik



BEELD MIRJAM VERDONK

In de antibiotica awareness week (12-18 november) wordt aandacht gevraagd voor zorgvuldig gebruik van antibiotica. Het bestrijden van infecties wordt namelijk steeds lastiger en dit vraagt om extra maatregelen. Het Spaarne Gasthuis en het Streeklab Haarlem werken hiervoor samen met huisartsen.

Wanneer patiënten worden opgenomen in het ziekenhuis, krijgen zij de vraag of ze een risico hebben op resistente bacteriën. Bijvoorbeeld als gevolg van een opname of behandeling in een buitenlands ziekenhuis. Dit kan de huisarts, indien bekend, bij verwijzing vermelden. Wanneer de huisarts zelf kweken afneemt is het belangrijk om niet alleen te controleren op resistente micro-organismen als MRSA, maar ook op andere Bijzonder Resistente Micro-Organismen (BRMO). Met toestemming van de patiënt kan deze informatie gedeeld worden in het elektronisch patiëntendossier. De medisch specialist ziet dan wat eerder door de

huisarts gekweekt is. Bij een ernstig zieke patiënt op de spoedeisende hulp kan dan direct met de juiste therapie gestart worden.

Extra maatregelen bij ontslag

Bij ontslag van een BRMO-positieve patiënt is het overdragen van juiste informatie essentieel. Hiervoor koppelt het Spaarne Gasthuis binnenkort een vast item aan de ontslagbrief. Het is van belang dat de huisarts op de hoogte is dat een patiënt drager is van een BRMO, om direct met de juiste therapie te starten bij een mogelijke infectie. Maar ook de thuiszorg moet dit weten. In de thuissituatie moet de thuiszorg soms naast de basishygiënemaat-

regelen, aanvullende maatregelen nemen zoals het dragen van mondkapjes en schorten.

Het Streeklab Haarlem heeft onder andere een epidemiologische functie. Het lab koppelt de regionale resistentiecijfers terug aan het RIVM maar ook aan aanvragers, bijvoorbeeld via een diagnostisch toets overleg (DTO). Daarom is informatie delen belangrijk. Het Streeklab is 24/7 bereikbaar voor vragen over alles wat met bacteriën, resistentie en infecties te maken heeft. 

Met dank aan arts-microbioloog Jan Sinnige en deskundige infectiepreventie Patricia Houtman

Contact

Zwijgen is goud



Neeltje de Vries – verpleegkundige in het Spaarne Gasthuis op de afdeling interne geneeskunde – deed samen met 9 studenten verplegingswetenschappen onderzoek naar de invloed van praten tijdens de bloeddrukmeting op meetresultaten. Zij merkten dat tijdens de bloeddrukmeting geregeld met patiënten wordt gepraat. Protocollen geven echter aan dat stemgebruik tijdens de meting niet wenselijk is, omdat dit effect heeft op de bloeddruk. Aan dit onderzoek deden 59 jongvolwassenen met een gemiddelde leeftijd van 25,8 jaar mee. Uit de resultaten blijkt dat de systolische bloeddruk tijdens het praten toenam met 10,07 mmHG. De diastolische bloeddruk had een gemiddelde toename van 9,49 mmHG. Praten tijdens de bloeddrukmeting kan dus leiden tot een vals positieve diagnose van hypertensie. Het is dus van belang niet te praten tijdens een meting voor een zo nauwkeurig mogelijk resultaat.



RENOVATIE DIALYSECENTRUM HAARLEM ZUID

Op 3 september begon de renovatie van het dialysecentrum in Haarlem Zuid. Het huidige gebouw dateert van 17 jaar geleden en is inmiddels aan een grondige verbouwing toe. De afgelopen maanden is een bouwteam hard bezig geweest de wensen van alle belanghebbenden in te passen in het nieuwe ontwerp. Daarbij hebben ook dialysepatiënten meegedacht. De renovatie vindt in 4 fasen plaats en zal ongeveer 11 maanden duren. Tijdens de renovatie blijft het dialysecentrum gewoon in bedrijf. Wel zal een aantal patiënten op een andere locatie of op andere tijden gaan dialyseren.



Jongvolwassenen en diabetes

Voor jongeren van 18 tot 25 jaar met diabetes is er in het Spaarne Gasthuis een speciale polikliniek: de adolescentenpoli. Het leven van jongvolwassenen staat vaak in het teken van verandering: studeren, een eerste baan, op jezelf wonen. Het hebben van diabetes en de bijbehorende behandeling en ziekenhuisbezoeken kunnen dan een zware wissel op het leven trekken. Daarom plant de adolescentenpoli de polikliniekbezoeken zoveel mogelijk op 1 middag

in. De HbA1c-meting vindt plaats tijdens het controlebezoek, evenals de afspraak met de oogarts. Een klinisch psycholoog is direct betrokken bij het diabetesteam. Het team bestaat verder uit een diabetesverpleegkundige, een diëtist, een doktersassistente en een internist. De patiënt krijgt ieder jaar 4 afspraken van 1,5 uur. Na iedere jaarcontrole stuurt de internist een brief naar de betreffende huisarts over het verloop van de behandeling.

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.

Hoofdredactie
Augusta Noya,
Peter de Winter,
Els Heeremans

Eindredactie
Esther de Wilde

Redactie
Els Heeremans,
Esther de Wilde

Bladconcept en vormgeving
Maters & Hermen
Vormgeving

Tekst
Peter Damen,
Hilde Duyx,
Fred Hermen,
Tamara

Illustraties
Naseri-Paul,
Ineke Schotman,
Maaike Sliering,
Ruud Sliering,
Karlijn van Stralen,
Esther de Wilde

Beeld
Lars van den Brink,
Mark van den Brink,

Drukwerk
Easyprint

Lithografie
Studio Boon

Tot ziens



Simone Kerkdijk is nazorgcoördinator. Met 14 collega's regelt zij dat patiënten na ontslag uit het ziekenhuis de gewenste zorg krijgen. Dat kan in een hospice zijn, thuis, in een revalidatiecentrum, een woonzorgcentrum en zelfs bij het Leger des Heils.

Naar huis

"Gisteren kreeg ik laat op de middag een telefoontje van een arts, over het ontslag van een terminale patiënt. Daarop heb ik snel het hospice gebeld waar mevrouw graag naartoe wilde. Daar kon ze vandaag al terecht, maar het bleek niet mogelijk om haar al zo snel comfortabel te ontslaan. Hier ga ik vandaag mee verder. Een terminaalverklaring naar het hospice, zuurstof regelen, de zoon bellen. Dan kan ze morgen verhuizen." De afdeling nazorg krijgt 's ochtends een overzicht van patiënten die ontslagen worden en voor wie nazorg geregeld moet worden. "Dan bekijken we of we voldoende informatie hebben om aan de slag te gaan", aldus

Kerkdijk. "Soms moet de geriater nog even langskomen, of er moet nog een onderzoek plaatsvinden. Wij willen wel het plaatje compleet hebben, om gepaste zorg te kunnen regelen en om de juiste informatie te kunnen versturen naar een zorgaanbieder." Kerkdijk heeft dus veel contacten, zowel intern met artsen en verpleegkundigen, als extern met zorgaanbieders, huisartsen, het CIZ en uiteraard met familie van patiënten. "Een goede samenwerking tussen al die partijen is van essentieel belang. Alleen dan kunnen we de zorg na ontslag uit het ziekenhuis adequaat regelen. Gelukkig weten we elkaar goed te vinden." ●