

# IN ZICHT

NR.1 | augustus  
2020



**COVID-19:  
EEN NIEUWE  
WERKELIJKHEID**

**Hoe ga je als arts om met  
wils(on)bekwaamheid?**

**Obesitas**  
*dossier*

## Een nieuwe werkelijkheid

De eerste helft van 2020 verliep op onverwachte wijze. We werden allemaal verrast door een onbekend virus dat ons leven zowel op het werk als privé behoorlijk op z'n kop zette: SARS-CoV-2 alias corona. Er is enorm hard en constructief samengewerkt. Daardoor zijn we het virus steeds een stapje voor gebleven en hebben we weten te voorkomen dat we zijn overspoeld, zoals dat in Noord-Italië het geval is geweest. Heel belangrijk, want zo hebben we steeds klaar kunnen staan voor alle mensen die deze periode een beroep op ons deden.

Samenwerking is wat deze maanden het meest heeft gekenmerkt. Samenwerking binnen ons ziekenhuis, maar ook daarbuiten. Met de huisartsen, VVT-instellingen en de ziekenhuizen in onze ROAZ-regio. Zo hebben we met de huisartsen de coronapatiëntenstroom geconcentreerd in een corona-HAP, de corona-app voor onze regio in de lucht getild en een huisartsenspreekuur in ons ziekenhuis gefaciliteerd voor patiënten met coronaklachten.

We hebben een uitzonderlijk intensieve periode achter de rug, waarin we veel hebben geleerd. De geleerde lessen maken dat we nú al veel beter voorbereid zijn op een eventueel tweede coronagolf. Ze helpen ons ook op onze weg naar de toekomst. Er is, noodgedwongen, versnelling gekomen in de digitalisering van onze zorg en zorg op afstand. De opgedane ervaringen zijn overwegend positief. Dat sterkt ons in onze ambitie om de juiste zorg op de juiste plek te bieden. We kijken ernaar uit om dat, samen met onze ketenpartners, verder vorm te geven.

**Ivo van Schaik,**  
voorzitter raad van bestuur  
Spaarne Gasthuis.



# inhoud

IN ZICHT #1  
AUGUSTUS 2020

4

Eyeopeners en uitdagingen: hoe COVID-19 de organisatie van ons ziekenhuis veranderde



15



24

Adrienne de Jonghe, specialist ouderengeneeskunde, over wils(on)bekwaamheid



30

Oxycodon: wordt het echt zo veel voorgeschreven?



Aios Noor en Maaike deden onderzoek naar de populaire pijnstillers

VERDER **P7** Revalideren na COVID-19 **P8** Kort **P10** De GTU uitgelicht **P12** Liefde voor de schouder **P14** Weten **P23** Mijn opleiding **P26** 5 ervaringsdeskundigen over COVID-19 **P28** Vroegtijdig signaleren hartfalen met 3D-echo **P29** Eetrevolutie in ziekenhuisland? **P31** Contact en colofon



## Een crisis van een andere orde

Grote problemen hebben zich tijdens de eerste coronaperiode niet voorgedaan. Maar wát een krachtproef om de zorgverlening goed te organiseren. Dominic Snijders, longarts en lid van het operationeel crisisteam, maakt de balans op.

**S**nijders moet lachen als hij terugdenkt aan de twijfel die hij en zijn collega's eind februari hadden over het geplande skiweekend: "Wij zouden met de longartsen en assistenten gaan skiën en zaten te dubben: wel of niet annuleren? Amper een maand later dachten we:

hoe hebben we ooit zo naïef kunnen zijn te denken dat het misschien kon doorgaan?"

### Snel schakelen

Het voorbeeld illustreert de onzekerheid die aan het begin van de COVID-periode heerste: "We werden toch een beetje overrompeld. We hadden ruimte voor isolatie-opvang gecreëerd en de bezetting opgeschreefd. Maar al snel bleek: soms te

weinig plek en mankracht. Het is zeer intensief werk, het was een paar keer zó druk dat we dachten: hoe komen we door al die meldingen heen?" De voorbereiding was grondig. Maar omdat niemand wist wat er op het ziekenhuis zou afkomen, werd het vermogen om snel te schakelen een kernwaarde. Snijders: "We konden niet volstaan met het griepplan, COVID-19 is echt anders. Wat hielp, is dat er een zekere regelmaat in de dag kwam: 's ochtends vrij stil, in de middag liep het vol, met een piek rond zes uur, en daarna vlakke het weer af. Bovendien was de overige zorg afgeschaald, veel mensen konden nu meedenken en meehelpen."

### Flexibel crisismanagement

Om de situatie goed te managen werd een Crisis Beleidsteam opgezet. Daaronder waren drie operationele crisisteams geformeerd. Bovendien is er een corona-expertteam (waarvan Snijders ook deel uitmaakte) opge-



## ‘We kunnen niet nog een keer het OK-programma en de poli’s stilleggen’

tuigd waar collega’s met vragen terecht konden. Snijders: “Nooit eerder was een Crisis Beleidsteam nodig. Nu wel, want er kwam een enorme druk op de organisatie en de bedrijfsvoering te liggen. En aanvankelijk was er ook angst bij het personeel: kunnen we voldoende beschermd werken? Tegelijkertijd wilden we helder hebben hoe we bijvoorbeeld de acute chirurgie konden laten doorgaan. Desondanks bleek bijna elk bedacht scenario in de praktijk iets eerder of in een andere vorm realiteit te worden. En een paar keer waren de mond-

kapjes en het testmateriaal bijna op, dat gaf stress. Maar gelukkig kwamen er net op tijd nieuwe voorraden.”

### Eyeopeners en uitdagingen

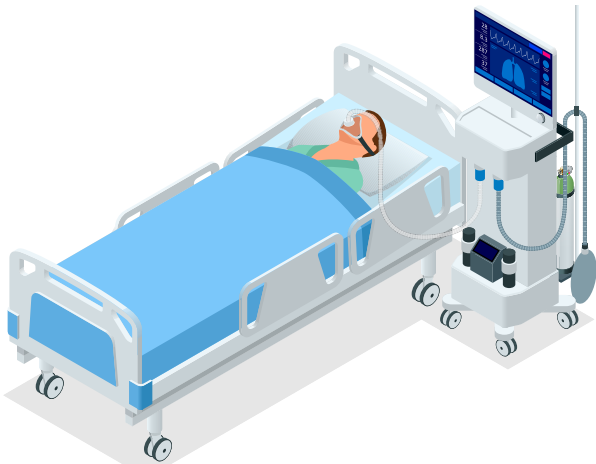
Geen fijne situatie voor controlfreaks: “Je kunt één, hooguit twee weken vooruitkijken. Dat was echt een eyeopener: het gaat niet altijd zoals je vooraf denkt dat het gaat. Je tegen zo’n situatie wapenen is niet echt mogelijk. We hebben het ZIROP-rampenplan. Maar bij bijvoorbeeld een vliegcrisis is de rolverdeling duidelijk, weet iedereen wat te doen. Bij COVID is het aantal betrokken artsen groter, duurt de ongewone situatie langer en zijn er meer structurele gevolgen.” Flexibiliteit in denken en doen is dus geboden, aldus Snijders: “We hebben geleerd hoe we een werk-bare crisisstructuur kunnen opzetten. Maar we kunnen niet nog een keer het hele OK-programma en de poli’s

stilleggen. Bij een tweede golf of nieuwe pandemie is het zaak dat de reguliere zorg zo volledig en veilig mogelijk kan doorgaan. Dat goed organiseren is misschien een nog grotere uitdaging dan het optuigen van de COVID-zorg van de afgelopen maanden.”



**Dominic Snijders**  
longarts

# Coronacrisis in het Spaarne Gasthuis in cijfers



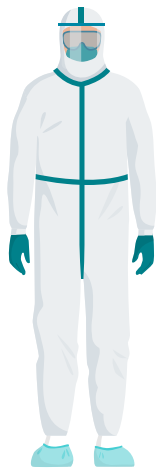
## HET VIRUS

**352**  
patiënten op de  
corona-afdeling

**40**  
corona-patiënten  
overleden

**73**  
corona-patiënten  
op de IC

**13**  
patiënten werden  
naar een ander  
ziekenhuis  
overgebracht



In onze eigen  
sterilisatiestraat  
maakten we  
**4.070**  
**mondmaskers**  
en **10.922**  
**isolatiejassen**  
klaar voor  
hergebruik

**45** nieuwe protocollen werden  
opgesteld

**500** patiënten in 1,5 maand  
tijd op de corona-HAP in  
Haarlem Zuid

## CRISISORGANISATIE

**10,5**  
weken  
crisisopschaling

**38**  
keer kwamen de  
Operationele Crisis  
Teams bijeen

**26**  
keer kwam  
het Crisis Beleids-  
team bijeen

**27**  
keer werden er  
centrale updates  
verstuurd

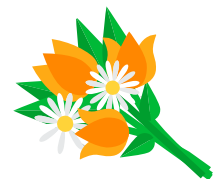


## BETROKKENHEID EN FLEXIBILITEIT

**100**  
collega's voor  
omloop op  
corona-unit

Waardering  
van ruim  
**200**  
gulle gevers

**594**  
mensen volgden  
een corona-  
bootcamp



**150**  
collega's onder-  
steunden het  
facilitair bedrijf



TEKSTENBEELD RUUD SLIERINGS



Julie de Graaf (aios longgeneeskunde), Huub Rockx, Janneke Haisma, Erik Bergkamp (fysiotherapeut) en Donna Hendriks (fysiotherapeut) tijdens het MDO

## Post-COVID revalidatie in de tweede lijn: wat werkt?

**Veel ervaring met post-COVID revalidatie is er natuurlijk niet. Maar de nieuwe multidisciplinaire samenwerking binnen en buiten het ziekenhuis levert wel het best denkbare inzicht op in de revalidatie die voor de ex-patiënt het beste werkt.**

**C**OVID-19 kan een flinke verwoesting teweegbrengen in lichaam en geest, zo is inmiddels wel duidelijk. “Als patiënten thuishkomen na een heftige ziekenhuisperiode merken ze vaak al snel dat het opknappen veel moeite kost”, zegt Huub Rockx, revalidatiearts bij het Spaarne Gasthuis en manager van het post-COVID MDO-team. De klachten zijn allesbehalve eenduidig, vertelt revalidatiearts Janneke Haisma: “Problemen kunnen fysiek zijn, pulmonaal, cognitief of emotioneel, vaak in samenhang. Spierzwakte, vermoeidheid, dyspnoe, onverklaarbaar hoesten, concentratie- of geheugenverlies, angst en somberheid maar ook PTSS.”

### Grote variëteit

Vandaar dus de multidisciplinaire aanpak. Het MDO-team ziet met name patiënten met een Post IC Syndroom (PICS) terug. Maar ook patiënten die opgenomen zijn geweest zonder verblijf op de IC kunnen langdurig klachten houden. Gespecialiseerde paramedici van het Spaarne Gasthuis nemen met iedere ex-patiënt na ontslag contact op om te beoordelen of hulp bij het revalideren gewenst is. Mensen die COVID-19 hebben gehad zonder ziekenhuisopname en klachten houden (bijvoorbeeld sterke gewichtsafname of vermoeidheid)

kunnen, na verwijzing door de huisarts, via de longarts of revalidatiearts besproken worden in het MDO waarbij het revalidatiebeleid wordt afgesproken.

“De onderlinge verschillen tussen mensen die COVID hebben gehad en al dan niet opgenomen zijn geweest, zijn groot”, zegt fysiotherapeut Donna Hendriks. “Ik heb mensen van begin 20 gesproken die na maanden nog niet aan het werk kunnen, en mensen van boven de 70 die vrij snel weer functioneren.”

Veel mensen kunnen revalideren met therapeuten van buiten het ziekenhuis. Er is inmiddels goede regionale afstemming over de post-COVID nazorg tussen huisartsen, eerstelijns paramedici, verpleeghuizen en het Spaarne Gasthuis zodat de patiënt op de juiste plek geholpen wordt. De therapeuten in het Spaarne Gasthuis behandelen alleen complexe, multidisciplinaire problematiek van patiënten na ontslag of patiënten die op een later moment thuis of in de eerste lijn vastlopen in het herstel. Het is aan de huisarts om dan eventueel naar een revalidatiearts te verwijzen voor diagnostiek, advies en eventueel behandeling. “Wat ook een rol speelt bij het herstel is de voorgeschiedenis,” zegt Haisma. “Veel hangt af van het premorbide functioneren van de patiënt.”

### Herstel en opbouw

Wat ondanks de nog korte leercurve al wel een trend lijkt te zijn: veel mensen willen te snel weer aan de slag. Hendriks: “Mensen willen weer werken, sporten, de dagelijkse dingen weer oppakken. Maar dat leidt vaak tot overbelasting en mogelijk een terugval. Dit zijn zaken die we met de huisartsen bespreken.”

Rockx: “Ons doel is de patiënt, al dan niet na een korte behandelperiode in het Spaarne Gasthuis, met een gericht behandeladvies terug te brengen naar de thuissituatie of de eerste lijn.” ◉

## De Winter Patiënt en wetenschap

**D**e afstand tussen wetenschap en de individuele patiënt is nog vaak te groot. Wat mij betreft moet dan ook iedere patiënt de mogelijkheid hebben om mee te doen aan wetenschappelijk onderzoek én daar goed over geïnformeerd worden.

Het ideale onderzoeksvoorstel is er volgens mij dan ook één waarbij de patiënt vanaf het allereerste moment tot en met de uitvoering betrokken wordt. Nog mooier is het als patiëntenverenigingen onderdeel uitmaken van de onderzoeksgroep. Zij kunnen de voortgang bewaken en sturen als dat nodig is. Dit maakt ons ook bewust in hoeverre het geplande onderzoek een bijdrage levert aan de patiëntenzorg. Evidence-based en klinisch goed toepasbaar onderzoek; daar zijn wij als STZ-ziekenhuis goed in. Dit schept ook een verplichting: de uitkomsten van het onderzoek moeten we op een goede manier delen met de deelnemers aan het onderzoek. Versimpelde quotes over de resultaten van een bepaald onderzoek vragen soms om nuanceringen. Wij hebben dit gemerkt aan reacties op een vorige Inzicht waarin een onderzoek werd besproken. De algemene conclusie had meteen de uitzonderingen op de conclusie moeten bevatten. Een extra handreiking is nodig om het als patiënt te snappen. Ik zie steeds vaker tussentijdse nieuwsbrieven gericht aan klinieken die meewerken aan onderzoek, maar ik zie nog te weinig tussentijdse resultaten gericht aan en geschreven voor onze patiënten. Een onderzoek vanuit het LUMC waar ik als deelnemer aan meewerk pakt het goed aan. Ik krijg regelmatig een update per mail en een korte lekensamenvatting over de verschillende deeltrajecten van dit grote cohortonderzoek. Dit waardeer ik erg en ik ben meteen gemotiveerder om weer wat bloed af te laten nemen of, ondanks mijn claustrofobie, een MRI in te duiken.

**Peter de Winter**  
Kinderarts en decaan  
Spaarne Gasthuis  
Academie



## Patiënten- panel



Hoe denken onze patiënten over onderwerpen als patiëntveiligheid, zorg en behandeling, gebouw en omgeving of bijvoorbeeld het ziekenhuis van de toekomst? Wat gaat er goed, wat kan er beter? Begin dit jaar riep het Spaarne Gasthuis een digitaal patiëntenpanel in het leven. Op deze manier geven we patiënten vooraf de kans om mee te denken en hun mening te geven over onderwerpen en vraagstukken van het ziekenhuis. Ruim 600 deelnemers hebben zich inmiddels aangemeld. Aan het eerste onderzoek dat begin maart werd uitgezet rondom het thema 'Zorg op afstand' deden 438 mensen mee. De vragen betroffen onderwerpen als digitale vaardigheid, videobellen en het gebruik van MijnSpaarneGasthuis. Op basis van de resultaten volgt een terugkoppeling en wordt actie ondernomen waar dat nodig is.

**Spaarne Labs** is de innovatieve broedplaats van het Spaarne Gasthuis. We geloven dat wij impactvolle innovaties sneller en makkelijker bij patiënten kunnen brengen. Dit doen we door experimenten op te zetten en snel te testen wat werkt en wat niet. Spaarne Labs is een plek waar we leren, ontwikkelen en samenwerken met pioniers binnen en buiten het ziekenhuis. In ons venture programma faciliteren we samenwerkingen tussen innovatieve startups en de zorg. De eerste deelnemer is Alex Therapeutics. Een Zweedse startup die samen met het Spaarne Gasthuis Obesitas Centrum een tool zal ontwikkelen om patiënten met morbide obesitas te helpen omgaan met ongezonde gewoontes.





## IN/UIT

Medisch specialisten

### IN

Per 1 juni

**F.J. (Faoud) Amraoui**  
internist nefroloog

Per 1 juli

**M.L. (Maarten) Gerdes**  
KNO-arts

Per 1 augustus

**A.C. (Coen) Hiemstra**  
oogarts

### UIT

Per 1 juni

**J.F. (Frits) de Bruïne**  
radioloog

Per 12 juni

**R.H. (Roeland) den Boer**  
chirurg

Per 1 juli

**A.G. (Alex) Munts**  
neuroloog

**J.A. (Jaap) Veldhuizen**  
KNO-arts

Per 1 augustus

**H.B. (Bibi) Kwa**  
longarts

# Kort



## Een tablet aan bed

Half augustus is op de afdeling chirurgie in Hoofddorp de pilot 'Mijn tablet aan bed' gestart. Dit betekent dat iedereen die op deze afdeling wordt opgenomen de beschikking krijgt over een tablet. Met de tablet heeft de patiënt meer regie over zijn opname en de verpleegkundige meer tijd voor zorgtaken.

De patiënt kan met de tablet o.a. extra water, een deken of pijnstilling aanvragen. Ook kan hij gemakkelijk eten en drinken bestellen. De aanvraag komt direct binnen op de medewerkerstabelt van hospitality of via de telefoon van de verpleegkundige/zorgassistent.

De patiënt kan via de app op de tablet inloggen in het medisch dossier, zijn behandelteam en afspraken inzien, vragenlijsten invullen, berichten versturen naar de verpleegkundige, labuitslagen bekijken en op hem toegespitste informatie over zijn aandoening lezen. Beeldbellen met het thuisfront, film en tv kijken, spelletjes spelen en websites bezoeken behoren ook tot de mogelijkheden.

De pilot duurt 3 maanden. Daarna wordt besloten of uitbreiding mogelijk is naar de rest van het ziekenhuis.

## Duurzaam Spaarne Gasthuis

# 60%

minder verspilling  
van over-de-datum-producten

# 1472

TL lampen vervangen door LED-lampen

# 352

meubels ingezet voor hergebruik

# 80

postoele hebben een nieuw leven gekregen in Roemenië

# 100%


van onze koffie en thee is Fairtrade, Utz of RFA gecertificeerd

## UITGELICHT

Op de afdeling werken verpleegkundigen en activiteitenbegeleiders die gespecialiseerd zijn in de zorg voor geriatrische patiënten. Activiteitenbegeleiders Ria en José knutselen, luisteren muziek en spelen spelletjes met de patiënten om ze actief te houden.



Op 3 februari ging de geriatrische trauma unit (GTU) van start; een nieuwe verpleegafdeling in Haarlem Zuid waar patiënten boven de 70 jaar met een gebroken heup opgenomen worden.



De geur van verse koffie en van de hapjes en warme maaltijden die speciaal voor de afdeling bereid worden, zetten aan tot beter eten en drinken. Hierdoor verbeteren de conditie en het gewicht van de patiënten zienderogen.

De GTU is een uniek concept binnen het ziekenhuis. De afdeling heeft een eigen fysio- en ergotherapieruimte, een eigen huiskamer en afdelingskeuken. Dit soort voorzieningen dragen eraan bij de patiënten snel weer te activeren. Ook kan een familielid blijven slapen.

**E**en ideaalbeeld dat werkelijkheid is geworden, zo omschrijft afdelingshoofd Marja van Diemen de GTU. Samen met Ralph Vreeswijk, verpleegkundig specialist geriatricie, maakte zij plannen om de beste zorg voor deze kwetsbare groep patiënten te leveren. In een notendop: excellente zorg in een

zo kort mogelijk traject, geen lange wachttijd voor de operatie, een korte ligduur en goede zorg door een multidisciplinair team.

“Hoe langer een kwetsbare oudere in het ziekenhuis ligt, hoe meer kans op bijvoorbeeld het krijgen van een longontsteking. Doordat we op de

GTU met een bevlogen team van o.a. chirurgen, geriaters, orthopeden, verpleegkundig specialisten en fysiotherapeuten multidisciplinaire zorg bieden, komt dit veel minder voor. Dat maakt dit concept ook zo bijzonder. Alles draait er om dat de patiënt zo gezond mogelijk het ziekenhuis weer kan verlaten.” ●

# Liefde voor de schouder

Binnen de STZ heeft het Spaarne Gasthuis na een jarenlang traject de erkenning als topklinische functie voor schouderpathologie gekregen. Boegbeeld is orthopedisch chirurg Arthur van Noort.

**W**at heb je in je handen?

“Een ‘omgedraaide schouderprothese’. De schouder is een instabiel gewricht.

Om de kop te kunnen bewegen in de kleine en vlakke kom, heb je een functionerende deltaspiër rond de kop nodig, een grote spier die vastzit aan het bot van de bovenarm. Deze prothese vervangt beide delen: de kom vervangen we door een nieuwe kop en op de plek waar oorspronkelijk de kop zat, plaatsen we een nieuwe kom. De schouder krijgt dan meer stabiliteit, de beweeglijkheid neemt toe en de oorspronkelijke pijn zou moeten verdwijnen.”

## Plaats je deze prothese vaak?

“Iets meer dan de helft van de 91 prothesen die we in 2019 plaatsten is de ‘omgedraaide’. Maar lang niet elk schouderprobleem leidt tot een operatie, hoogstens tien procent. We werken nauw samen met fysiotherapeuten en huisartsen in de regio, en op de poli draaien schouderfysiotherapeuten mee. Het is een multidisciplinair vak, ook bij specifieke schouderklachten kijken we naar de hele mens. Daar nemen we tijd voor. En als ik denk: we moeten niet opereren, dan stellen we met de eerste lijn een behandelplan op. Als dat onvoldoende soelaas biedt, kijken we daarna verder. Ik vind opereren hartstikke



## 'Het is een multi-disciplinair vak, ook bij specifieke schouderklachten kijken we naar de hele mens'

—  
mooi en doe het graag, maar ik word ook heel blij van een niet-operatief traject dat goed afloopt."

### Waarom ben je schouder specialist geworden?

"De liefde voor de complexiteit van de schouder heb ik sinds mijn arts-assistentschap. Ik heb het mooiste vak van de wereld. Met plaatjes, schroeven en prothesen reconstrueer ik de puzzel van gebroken botten zo goed mogelijk of verminder ik de pijn als gevolg van artrose. Niet iedereen is gebaat bij een prothese, en bijvoorbeeld een prothese plaatsen na eerdere schouderoperaties geeft altijd een minder resultaat. We denken van tevoren dus goed na over wat de opties zijn. Feit is dat ik dankzij de gegroeide expertise en betere prothesen steeds meer mensen met schouderproblemen een beter voorspelbaar resultaat en meer kwaliteit van leven kan bieden."

### Wat biedt het Sparne Gasthuis aan expertise?

"De laatste jaren neemt de kennis rondom schouderproblematiek een enorme vlucht. In het vinden van de balans tussen de techniek en de mens heeft het Sparne Gasthuis grote expertise opgebouwd. Collega Tjarco Alta en ik zien namens de vakgroep orthopedie alle schouderpatiënten van binnen en buiten de verzorgingsregio en uit heel Nederland krijgen we complexe situaties voorgelegd."

### Wat maakt een patiënt voor jou interessant?


"De interessantste patiënten zijn mensen die al een flink traject achter de rug hebben. Als ik dan iets kan bieden dat helpt, is dat fantastisch. Anderzijds vind ik het ook erg interessant wanneer het lukt een patiënt zonder operatie, met een soms eenvoudig advies, goed geluimd de kamer te zien verlaten."

### Het 'STZ-keurmerk' betekent ook dat onderzoek een prominente rol speelt?

"Zeker. We doen veel onderzoek. Nu bijvoorbeeld naar een nieuwe prothese zonder steel,

waarbij het eigen bot in de prothese groeit. Potentieel een flinke verbetering omdat je dan de positie preciezer kunt bepalen wat kan leiden tot een grotere beweeglijkheid. Maar wat de leverancier claimt, wil ik zelf zien. Dus testen we de prothese nu bij patiënten die willen meedoen. Daarnaast zijn er vijf promovendi aan onze vakgroep verbonden, onder wie Jan Louwerens die overal wordt uitgenodigd om zijn onderzoeksresultaten te delen (zie kader)."

### Ondermijnt kennisdeling de unieke positie van het Sparne Gasthuis niet?

"Integendeel. Het concentreren van expertise is goed, nog beter is het om kennis en ervaring te delen. Ik heb een prachtige positie als opleider: als STZ-ziekenhuis heeft het Sparne Gasthuis een fellowship schouder/elleboogchirurgie. Orthopedisch chirurgen kunnen na de opleiding nog een jaar bij ons aan de slag om hun vaardigheid in het plaatsen van schouderprothesen en het uitvoeren van complexe arthroscopische ingrepen te vergroten. Daarna beginnen zij elders. Bij complexe situaties worden we vaak gevraagd om mee te kijken, ik opereer met regelmaat in andere ziekenhuizen. Die blijvende interactie is heel goed, dat brengt ons vak echt verder." 

### Baanbrekend onderzoek

Verkalkingen in de schouderpezen (tendinitis calcarea) zijn een veelvoorkomende oorzaak van schouderklachten en kan een grote impact hebben op iemands functioneren. Als fysiotherapie en pijnstillers niet helpen werden deze patiënten vroeger geopereerd. In een groot onderzoeksproject dat internationale publicaties en presentaties op congressen heeft opgeleverd, zijn alle minimaal invasieve behandelingen onderzocht. Jan Louwerens, aios orthopedie, gaat op dit onderwerp in 2020 promoveren: "Onderdeel hiervan was een patiëntenonderzoek binnen het Sparne Gasthuis waar 85 personen aan hebben deelgenomen. Dit heeft uitgewezen dat zowel een behandeling met shockwave therapie als barbotage (het echogeleid aanprikken) goede alternatieven zijn voor een operatie."

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

2020

## ACENOCOUMAROL EN ANTIBIOTICA

Matthijs L. Becker, Renate C.A.E. van Uden, Thijs J. Giezen, Karina Meijer, Ilse Houtenbos & Patricia M.L.A. van den Bemt. *European Journal of Clinical Pharmacology* (2020)

Bij patiënten die acenocoumarol gebruiken leidt het tegelijkertijd gebruik van antibiotica in sommige gevallen tot over-anticoagulering (INR>6). Met name Cotrimoxazol, metronidazol en itraconazol hebben een sterk verhoogd risico ten opzichte van amoxicilline – clavulaanzuur. Gelijktijdig gebruik van deze middelen moet voorkomen zien te worden, of de acenocoumarol dosering moet worden verlaagd of de INR nauwlettender gemonitord worden.

## HOESTJE

Mirjam Binnekamp, Karlijn van Stralen,  
 Larissa den Boer, Marlies van Houten,  
*European Journal of Pediatrics*, 2020

Artsen en verpleegkundigen blijken redelijk in staat om een hoestje van het RS virus bij kinderen te onderscheiden van andere hoestjes. Artsen in opleiding zijn hier significant slechter in dan zorgpersoneel dat al meer dan 3 jaar werkt op de kinderafdeling.

## ANTIBIOTICA BIJ ERNSTIG CELLULITIS

Cranendonk, ..., R Soetekauw, et al. *Clin Microbiol Infect* 2020 May; 26(5):606-612.

**Een multicenter studie naar 6 versus 12 dagen antibiotica voor patiënten met ernstige cellulitis liet zien dat er in eerste instantie net zo vaak genezing optrad in beide groepen (50%). Maar na 90 dagen was in de groep van 6 dagen antibiotica in 24% van de gevallen een relapse opgetreden ten opzichte van 6% in de 12 dagen antibioticagroep.**

## SCREENING MET CT-SCAN BIJ (EX)ROKERS

Harry J. de Koning, ..., Ernst T. Scholten,  
 ...Carla Weenink et al. *The New England Journal of Medicine* 2020; 382(6): 503-513.

Een grote Nederlands-Vlaamse trial, waar ook het Spaarne Gasthuis aan deelnam, liet zien dat het screenen door middel van een CT-scan van (voormalig) zware rokers (>15 sigaretten/dag) tussen de 50 en 75 jaar leidt tot 20-25% minder sterfte aan longkanker na 10 jaar follow-up. Er was echter geen verschil in de overall mortaliteit.

# Obesitas

## dossier

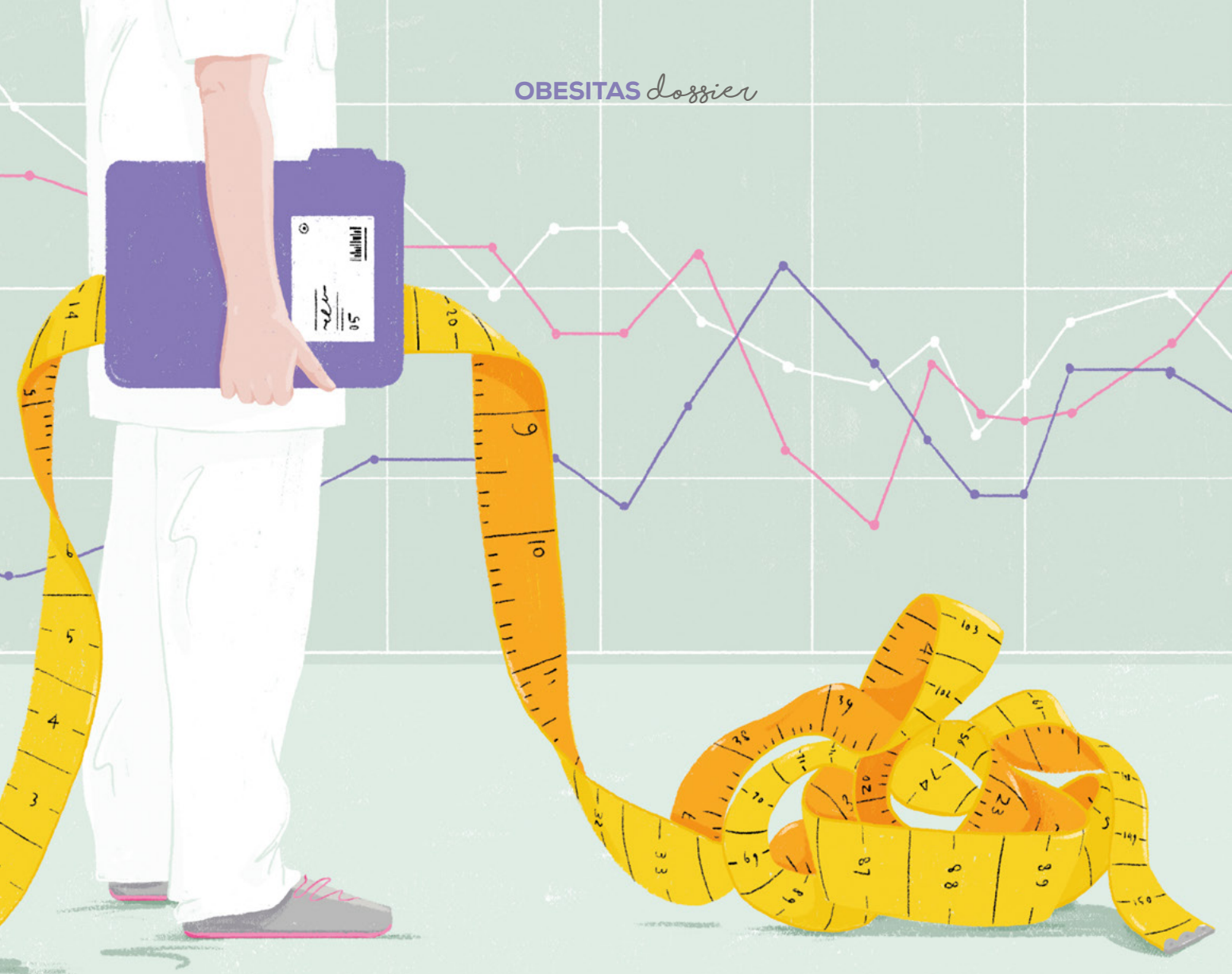


77 procent van de coronapatiënten die in Nederland op de intensive care belandden had overgewicht, blijkt uit recent onderzoek. Preventie en het aanmeten van een gezonde leefstijl zijn de eerste en belangrijkste stappen naar een gezond gewicht. Maar als dat niet lukt, en het overgewicht te ernstig is, kan een maagverkleining of – omleiding een oplossing zijn.

Deze relatief nieuwe geneeskunde, obesitas chirurgie of bariatricie, ontwikkelt zich snel. Door wetenschappelijk onderzoek en het delen van kennis, vergroot het obesitas chirurgie team van het Spaarne Gasthuis de expertise op dit gebied.

ILLUSTRATIES  
ANNEMARIE GORISSEN





## Veel ruimte voor wetenschappelijk onderzoek in relatief nieuwe geneeskunde

Het aantal arts-onderzoekers in het team voor bariatrische chirurgie is bovengemiddeld hoog. Zelf, maar ook in samenwerking met andere ziekenhuizen zet het team van het Spaarne Gasthuis zich in om de expertise te vergroten. "De studies leren ons veel", aldus internist Victor Gerdes. "En sterk aan het Spaarne Gasthuis is dat we onderzoeken inbedden in de patiëntenzorg, onze promovendi draaien ook mee op de poli."



## MAAR IK ROOK NIET

Paula Wolvers rondde onlangs haar onderzoek af naar de effecten van roken op bariatrische chirurgie en naar de perceptie daarover bij patiënten: “Bariatric is succesvol als het leidt tot gewichtsverlies, minder diabetes of bijvoorbeeld minder gebruik van bloeddrukmedicijnen. Ik wilde weten of de uitkomsten voor rokers anders zijn dan voor niet-rokers. We zien dat rokers een verhoogd risico lopen op complicaties na de operatie (nabloedingen, trombose, longembolie, wondinfecties). Daarnaast heb ik gekeken naar de betrouwbaarheid van zelf gerapporteerd gedrag in relatie tot cotinine, een metabooliet van nicotine, dat we al dan niet in het bloed aantreffen.”

De bevindingen van Wolvers zijn enigszins ontluisterend: “Wie in aanmerking voor bariatric wil komen, moet zes tot tien kilo afvallen en stoppen met roken. In het screeningstraject vóór de operatie blijkt 28% van de mensen hierover niet de waarheid te hebben gesproken. Bij hen werd cotinine aangetroffen. Nog groter was de discrepantie als mensen gevraagd werd of ze kort voor de operatie gerookt hadden: hooguit een derde van de mensen sprak de waarheid.”

Die conclusie maakt gelijk veel reeds bestaand onderzoek min of meer nutteloos, omdat de meeste onderzoeken naar de relatie tussen bariatric en rookgedrag gebaseerd zijn op gerapporteerd gedrag en niet op cotinine. Wolvers’ onderzoek is in die zin ook een pleidooi voor alertheid en voorlichting: “Het is belangrijk te weten dat zelfrapportage mogelijk niet betrouwbaar is. Daarbij komt dat rokers vaak een onjuist beeld hebben van het belang van stoppen: waar voormalige rokers misschien wat te optimistisch bleken over de verwachte effecten van het stoppen, zien we dat rokers weinig heil verwachten van het stoppen. We zien ook een rol voor de omgeving van de patiënt: als daarin veel gerookt wordt, is stoppen – of het niet-roken volhouden na de operatie – gemiddeld zeven keer moeilijker.”

Het clichébeeld dat de kilo’s eraan vliegen als gestopt wordt met roken, kan Wolvers op basis van het onderzoek niet helemaal ontkrachten, maar het verschil

in gewichtsverlies is beperkt: “Rokers verliezen de eerste twee jaar na de operatie gemiddeld drie procent meer gewicht. Maar die paar kilo wegen niet op tegen de gezondheidswinst van het stoppen met roken en het verhoogde risico op complicaties als je blijft roken. Het is dus van belang dat we goede voorlichting geven en proberen de onjuiste beeldvorming over de effecten van stoppen te beïnvloeden.”

## BUIKPIJNKLACHTEN

Bariatrische chirurgie heeft uiteraard impact op het maag-darmstelsel. Floris Westerink deed er onderzoek naar: “Relatief veel mensen melden buikpijnklachten na de operatie. Dat kan door verkeerd eten komen, maar ook door ernstiger aandoeningen zoals galstenen of een darmbeknelling. Op een schaal van 1 tot 7 blijkt de pijnbeleving twee jaar na de operatie gestegen van 1,8 naar 2,3. Het is dus goed je te realiseren dat de kans op blijvende klachten na de operatie aanwezig is.”

In een ander deelonderzoek richtte Westerink zijn pijlen op calprotectine en elastase in de ontlasting, en de mate waarin deze eiwitten een indicatie voor een ontsteking of een ander darmprobleem bieden. Die betrouwbaarheid is niet waterdicht: “Bij 90% ligt het calprotectine-gehalte, één tot twee jaar na de operatie, flink boven de norm, zonder dat er extra buikpijnklachten zijn. En elastase bleek bij 13% van de mensen onder de norm te liggen, ook zonder klachten. Huisartsen testen geregeld op calprotectine, maar de testresultaten zijn na bariatric dus niet zo betrouwbaar.”

De volgende vraag is dan: hoe is die verhoging van calprotectine te verklaren? Dat is een derde deelonderzoek van Westerink: “Ik heb mensen ook getest op andere stoffen die een aanwijzing voor een ontsteking kunnen zijn. Bijvoorbeeld calgranuline-C, en dat raakt niet verhoogd. Dat duidt erop dat er geen sprake van een ontsteking is, maar dat waarschijnlijk andere cellen in het lichaam de verhoging van calprotectine veroorzaken. Verhoogde calprotectine is dus geen betrouwbare marker voor darmproblemen na bariatric.” Een veel voorkomende klacht na bariatric is dat mensen niet meer tegen bepaalde producten kun-

### Nederlandse Obesitasstichting

In de overtuiging dat door preventie veel meer winst te behalen valt, hebben Paula Wolvers en Floris Westerink samen met twee collega’s in 2019 deze stichting opgezet. Primaire doelen: betere preventie en betere behandelopties door meer onderzoek en juiste informatievoorziening.

[nederlandseobesitasstichting.nl](http://nederlandseobesitasstichting.nl)





nen. Van vet en suiker is dat bekend, maar ook zuivel wordt vaak genoemd. Het kan duiden op een lactose-intolerantie. Westerink: "Dat is jammer, want extra calcium en eiwitten zijn nodig omdat de opname door het gemis van een stuk darm minder goed is. Daarom heb ik bij een wel en een nog niet geopereerde groep mensen twee tests gedaan. Wat blijkt: geen verschil, geen toename in lactose-intolerantie, ook niet bij mensen die klachten van zuivel aangeven. Vervolgonderzoek is nodig om erachter te komen wat die intolerantie voor zuivel dan wel veroorzaakt, maar feit is dat het advies om lactose-vrij te gaan eten niet zoveel zin heeft. Sterker nog, dit levert misschien meer schade op omdat zuivel juist nodig is." ●

## Overige lopende onderzoeken

### Baria-studie

Kernvraag: wat is de invloed van het microbioom op leververvetting en diabetes? Dit onderzoekstraject is verbreed met extra studies, er worden ook massa's data verzameld over ondermeer psychologische aspecten, galstenen, cardiac output en voeding. Aan dit project, dat een samenwerking is met het AMC, UMCG en de universiteitslaboratoria van Kopenhagen en Gothenburg, werken in Hoofddorp vijf aios.

### Upgrade-onderzoek

Na een bariatrische operatie is de kans op galsteen-complicaties 10 tot 15% groter. In een interventiestudie (circa 1000 patiënten) wordt gekeken of het gebruik van

ursochol de kans op galsteen-complicaties na de operatie kan halveren.

### Diabar-onderzoek

In een door loting bepaalde onderzoeksgroep wordt getoetst of een nieuw type bypass, de omega loop gastric bypass, een gunstiger effect heeft op de regulatie van diabetes dan de gewone gastric bypass.

### Galsteen-onderzoek

Veel mensen krijgen na een bariatrische operatie last van galstenen. Is de samenstelling daarvan na een extreme afvalperiode anders? Zo ja, is dat een argument om met behulp van cholesterolverlaagders de vorming van galstenen tegen te gaan?

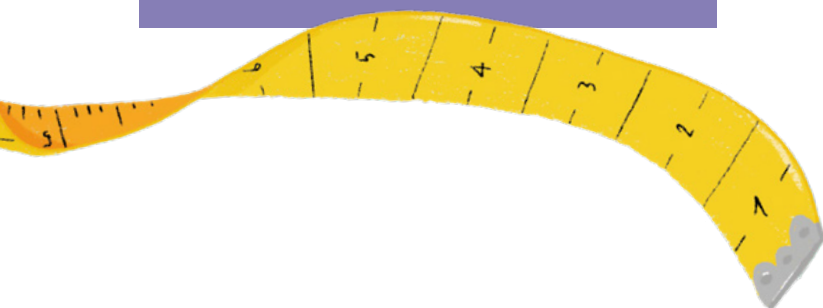
## MAAK GEWICHT VAN PATIËNTEN BESPREEKBAAR IN DE PRAKTIJK

**Voorkomen is beter dan genezen, en genezen van obesitas is bijna onmogelijk. Registreren van gewicht is een belangrijke eerste stap die nodig is voor preventie.**

"Volgens onderzoek in de huisartsenpraktijk heeft 6,7% van de patiënten overgewicht en slechts 10% daarvan obesitas," zegt Floris Westerink. In werkelijkheid heeft meer dan 50% van de volwassen Nederlanders overgewicht en 15% daarvan obesitas (Nivel). Een enorm verschil. "Gewicht wordt dus niet goed geregistreerd, dat willen we graag samen met de huisartsen veranderen." De Nederlandse Obesitasstichting doet dan ook een oproep aan huisartsen om het gewicht van hun patiënten beter te registreren. "Het gewicht meten en bespreken is natuurlijk een essentiële eerste stap om überhaupt te starten met een interventie. Het is een gemiste kans als hier geen routinematige aandacht voor is, gezien de grote gezondheidswinst die te al behalen valt met 5% gewichtsverlies", aldus Westerink. Ook in ziekenhuizen is nog veel winst te behalen op het gebied van gewichtsregistratie.

Uit recent onderzoek van de Universiteit Tilburg blijkt dat:

- Van de mensen met zelf gerapporteerd overgewicht, 23% ook op de weegschaal stond bij een bezoek aan de huisarts.
- Van de patiënten met een aan het gewicht gerelateerde aandoening (o.a. diabetes mellitus/hypertensie), bij 10-35% in 3 jaar tijd geen enkele gewichtsmeting was geregistreerd. Bij 22-50% één meting in drie jaar.
- Bij 1,2% van de mensen met overgewicht, zonder een aan het gewicht gerelateerde ziekte, het gewicht jaarlijks wordt geregistreerd.



## Feiten & cijfers

**50,1%**

van de volwassen Nederlanders had in 2019 overgewicht (BMI > 25 kg/m<sup>2</sup>)

**15%**

van de Nederlandse volwassenen heeft obesitas (BMI > 30 kg/m<sup>2</sup>), dat zijn meer dan 2 miljoen mensen

**>300.000**

Nederlanders zouden in aanmerking kunnen komen voor bariatrische chirurgie

**11.000**

In 2018 zijn meer dan 11.000 bariatrische ingrepen gedaan, **59%** was Roux-en-Y gastric bypass, **24%** was Sleeve Gastrectomy

**126 kg**

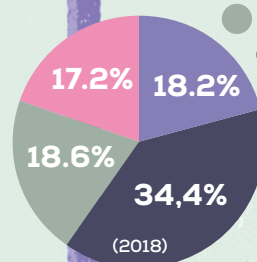
was het gemiddelde gewicht voor de operatie

**79%**

van de geopereerden was vrouw

**43%**

van de geopereerden had een BMI van 40-45 kg/m<sup>2</sup>, **32%** een BMI van >45 kg/m<sup>2</sup>



Type 2 diabetes mellitus, hypertensie, dyslipidemie en OSAS zijn de meest voorkomende aan obesitas gerelateerde comorbiditeiten bij de geopereerde patiënten.

Ernstige complicaties (CD 3-5) bij **1.1%** van de patiënten, milde complicaties (CD 1-2) bij **2.9%** van de patiënten

**95%**

van de geopereerden verliest na 1 jaar meer dan 20% van het startgewicht

**88%**

van de geopereerden heeft na 3 jaar een gewichtsverlies van 20% van het startgewicht



# De bariatrische operatie: de impact van een screening vooraf

Bariatric is echt het laatste dat je kunt doen om af te vallen, je moet alle andere mogelijkheden al geprobeerd hebben. De opvatting dat een maagverkleining of -omleiding 'de makkelijke weg is' is dan ook achterhaald, aldus bariatrisch chirurg Arnold van de Laar.

TEKST RUUD SLIERINGS



Individuele behandeling en individuele begeleiding”, dat is volgens van de Laar de kracht van de obesitaszorg in het Spaarne Gasthuis. “We doen dit nu dertien jaar en hoe langer we ermee bezig zijn, hoe meer we in stelling kunnen brengen om iedereen één-op-één te adviseren en behandelen. Iedereen krijgt een unieke aanpak.”

## Politieagent

Die individuele aanpak begint met een uitgebreid screeningstraject, dat enkele maanden kan duren. Centrale vraag is: komt deze persoon in aanmerking voor een operatie en is dit het juiste moment? Daar gelden een aantal min of meer zakelijke criteria voor zoals leeftijd, BMI (ondergrens 40, bij comorbiditeit 35) en rookgedrag. Minstens zo belangrijk zijn de gesprekken met de chirurg, internist, medisch psycholoog en diëtist, aldus Van de Laar: “We spelen een beetje politieagent. We willen zeker weten dat de motivatie sterk

genoeg is, dat het besef er is dat de levensstijl na de operatie drastisch moet veranderen. We komen het af en toe tegen: mensen die medisch gezien aan alle criteria voldoen, maar die er emotioneel niet klaar voor zijn, bijvoorbeeld omdat ze allerlei problemen aan het stapelen zijn. Die moeten dan eerst opgelost worden voordat ze zo'n grote stap kunnen zetten.”

Tijdens het screeningstraject wordt ook gekeken of iemand in staat is om nog vijf kilo af te vallen vóór de operatie en kan stoppen met roken.

—  
‘We spelen een beetje politieagent. We willen zeker weten dat de motivatie sterk genoeg is’

“Maar”, zegt Van de Laar, “daar gaan we volwassen mee om. Negen van de tien mensen hebben er dondersgoed over nagedacht, de voors en tegens goed afgewogen, ze weten wat er verwacht wordt. Aan ons de taak om die ene die er niet klaar voor is eruit te vissen.”

Bij groen licht is het nog een week of twee wachten op de operatie, iets wat veel patiënten wel fijn vinden, die ‘pauze’. Het streven is om binnen drie maanden het traject van eerste consult tot en met de operatie te doorlopen. Daarna volgt het langste traject: de nazorg (die complex is en daarom in handen van het Spaarne Gasthuis blijft) en de verandering van levensstijl.

## Uitstel of afstel

De screening is tweerichtingsverkeer. Het ziekenhuis krijgt veel informatie - van huisarts en patiënt - en geeft veel informatie, over de operatie en de levensstijl die op de schop moet. Soms brengt dat patiënten aan het twijfelen. “Niet heel



## 'Aan ons de taak om die ene die er niet klaar voor is eruit te vissen'

—

vaak, want we merken steeds vaker dat patiënten de operatie en consequenties goed hebben doorgesproken met de huisarts of andere eerstelijns zorgverleners."


Neemt niet weg dat het screeningstraject toch ook tot het besluit kan leiden dat er (nog) niet geopereerd wordt. "Dan begint er in feite een ander voortraject dat wij als ziekenhuis niet bieden, maar de eerstelijnszorg wel: afvallen zonder operatie. Soms vinden we dat iemand beter eerst aan de slag kan gaan met bijvoorbeeld een sporttherapeut, diëtist of psycholoog voor begeleiding bij een eetstoornis, of dat de suikerziekte-behandeling

beter kan worden ingesteld. Dat kunnen we per individuele patiënt nauwkeurig aangeven.'

Na zo'n 'ingelast' extra voortraject beoordeelt het team van Van de Laar de patiënt opnieuw: "Het komt geregeld voor dat mensen dan een operatie niet meer willen, of nog beter: dat het niet meer nodig is omdat ze gezonder zijn gaan leven en zijn afgevallen."

### Win-win

Jaarlijks vinden in het Spaarne Gasthuis circa 1200 bariatrische operaties plaats. Zo'n 20% is man, 80% vrouw. Waarom vrouwen zich vaker melden (terwijl mannen vaker last hebben van hoge bloeddruk of diabetes) is nooit goed onderzocht, maar het vermoeden bestaat dat vrouwen over het algemeen bewuster met hun gezondheid bezig zijn. Hoe dan ook, obesitas is een ziekte die steeds meer mensen raakt. Daarom is het goed dat eerstelijns zorgverleners zich er ook grondig in verdiepen: "Er is veel vraag naar

na- en bijscholing. Er is veel verbeterd in vergelijking met een jaar of tien geleden, maar hoe meer wij kunnen bijdragen om de kennis verder te vergroten, hoe beter de huisarts de indicaties kan inschatten en de impact van een bariatrische operatie met patiënten kan bespreken. Dat is in ieders belang." 



**Arnold van Laar**  
bariatrisch chirurg

column

## Macht der gewoonte

**H**et is een mooie ochtend als ik naar het ziekenhuis fiets. Aangekomen bij het ziekenhuis wil ik mijn fiets op de gebruikelijke plek stallen, maar daar blijken opeens andere fietsen te staan. Ik merk dat ik dat irritant vind en ben tegelijkertijd verbaasd over mijzelf.

Na het ochtendrapport begin ik aan mijn spreekuur. Vandaag gaat het opvallend vaak over het eetpatroon na de operatie. Zo spreek ik mevrouw S., een 54-jarige vrouw die 6 jaar geleden geopereerd is. Zij ziet er stralend uit, maar baalt ervan dat ze inmiddels 9 kilo zwaarder is dan de eerste jaren na de operatie. Als ik haar vraag hoe het nu gaat met dat eetpatroon van 6 eetmomenten verspreid over de dag en langzaam eten, begint zij te lachen. "Je kent me toch? Ik ben gewoon chaotisch. Dat was ik ook voor de operatie." "Maar hoe deed je het dan die eerste 2 jaar na de operatie?" "Weet ik niet meer precies." Inmiddels blijkt zij wat te nemen wanneer het uitkomt. Ze eet dan door tot ze een vol gevoel heeft.

Vervolgens zie ik mevrouw G. uit Badhoevedorp. Zij is 52 jaar en ik behandelde haar hoge bloeddruk al voor haar gastric bypass 7 jaar geleden. Zij was ook nogal chaotisch, vergat regelmatig medicatie in te nemen en kwam lang niet altijd voor controle. Druk, druk met haar kleine bedrijf. Na de operatie is zij gewoon volgens verwachting afgevallen, maar anders dan bij veel andere patiënten is haar gewicht maar 2 kilo toegenomen in de loop der jaren. "Hoe doe je dat?", vraag ik haar. "Je was best rommelig vroeger." "O, ik heb gewoon voor die 6 eetmomenten een alarm in mij telefoon gezet, dan ga ik gewoon even eten. Ik maak 's ochtends altijd eten klaar voor onderweg." "En hoe gaat het op je werk?" "Daar ben ik net zo rommelig als vroeger..."

Aan het eind van de dag kan ik natuurlijk eerst mijn fiets niet vinden. Ik moet lachen om deze confrontatie met mijn ingesleten gewoontes. En ik moet denken aan die twee vrouwen die zichzelf chaotisch vinden. Waarom lukt het de een wel te veranderen en haar gewoontes aan te passen, en de ander niet? En waarom kunnen wij dat zo slecht voorspellen?



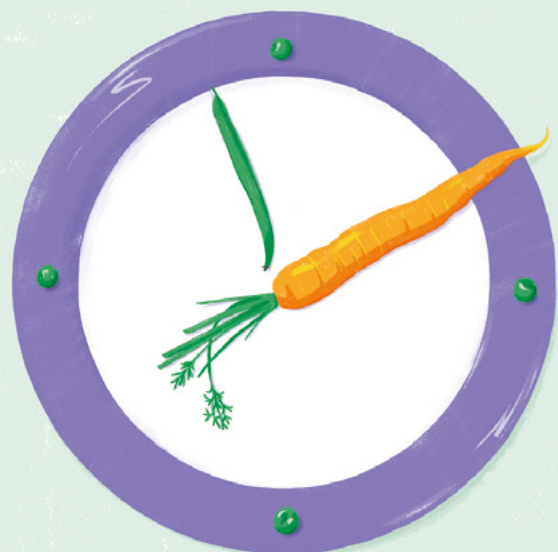
**Victor Gerdes**  
internist

Victor Gerdes maakt als internist deel uit van het multidisciplinaire team van obesitas chirurgen, internisten, anesthesiologen, diëtisten, psychologen, verpleegkundig specialisten en dokters-assistenten binnen het Spaarne Gasthuis.

Hij en obesitas chirurg Maurits de Brauw zijn binnen het Spaarne Gasthuis benoemd tot Principal Investigator (de Brauw) en junior PI (Gerdes). Dit betekent dat zij

extra tijd en ruimte krijgen om hun eigen onderzoekslijn uit te voeren.

Daarnaast heeft STZ het specialisme obesitas chirurgie in het Spaarne Gasthuis erkend met een topklinische functie binnen hun zorgregister. Hiermee komt de teller van topklinische functies binnen het Spaarne Gasthuis op 8. Op [stz.nl/topklinisch-zorgregister](http://stz.nl/topklinisch-zorgregister) kunt u alle topklinische functies per ziekenhuis bekijken.



Staan we aan de vooravond van een eetrevolutie in ziekenhuisland? Als het aan de chefs in het Spaarne Gasthuis ligt wel. Op maat gemaakt voedsel en aansluiten op de wensen van de patiënt; dat is de visie van het ziekenhuis. In dat kader is een 3D-voedselprinter aangeschaft. Bijna elk soort voedsel kan als homogene substantie de printer in, en in diverse vormen laag voor laag geprint worden. De beleving van het printen van voedsel en dit in een bijzondere vorm tot je nemen, zet met name de oudere en jongste patiënten aan tot eten. Patiënten die moeilijk kunnen slikken

of aan een vloeibaar dieet gebonden zijn hebben er baat bij, net als de jongste patiëntjes die geen groente willen eten. Een broccoli ziet er immers een stuk aantrekkelijker uit in de vorm van een beertje. De 3D-voedselprinter is naast de mobiele keuken waarmee de chef langs afdelingen rijdt, de nieuwste aanwinst die de eetbeleving van de patiënt bevordert. Uiteindelijk zal de printer een vaste plek krijgen in de speciale dieetkeuken in Haarlem Zuid. Ook wordt de printer ingezet in het Vrouw & Kind centrum, op de afdeling geriatric en de geriatricische trauma unit (GTU). ◦

Niets is  
wat het  
lijkt

# 'Ik kijk altijd naar wat er wél mogelijk is'

TEKST HILDE DUXX  
BEELD FRANK VAN BEEK



Wilsbekwaamheid is niet iets dat 'aan' of 'uit' staat. Er zijn grijze gebieden. Hoe ga je daar als arts zo goed mogelijk mee om? "Laat zien als arts dat je je beslissingen zorgvuldig afweegt en vastlegt."

**I**k was bij een oudere vrouw op bezoek – tachtig jaar oud – om te onderzoeken of zij nog wilsbekwaam is. Er was twijfel over haar situatie ontstaan, nadat bleek dat ze een jonge vriend had, vijftig jaar oud, die haar langzaam het huis uit aan het werken was. Ik zag dat hij de hele slaapkamer al had geconfisqueerd, mevrouw sliep op een bank in de woonkamer.

En hij had een samenlevingscontract opgesteld waarin stond dat zij alles na haar overlijden aan hem zou nalaten. Uit mijn onderzoek bleek dat ze de consequenties van wat hij deed niet goed kon overzien.

"Het dilemma was hier: ze was wel dol op die man. Ze

wilde helemaal niet dat hij zou weggaan, ze vond ook troost in zijn aanwezigheid. Dat kon ze nog wel duidelijk aangeven. Wat doe je dan als arts? Ik wilde er in dit geval voor zorgen dat de deuren naar zorg wagenwijd open kwamen te staan voor haar. Veilig Thuis inschakelen, er een casemanager bovenop zetten. En ik heb geregeld dat mevrouw thuiszorg krijgt. Die kunnen dan ook een oogje in 't zeil houden."

## Goed rapporteren

"Bij onderzoeken naar wilsbekwaamheid – op verzoek van de (huis)arts of notaris – kijk ik dan ook altijd naar wat nog wél mogelijk is. Iemand kan misschien geen financiële beslissingen meer nemen, maar wel aangeven van wie hij houdt. Aan ons artsen de taak om dat dan ook zo goed mogelijk te rapporteren. Leg vast in de medische dossiers wat nog wel kan en wat niet. Daarmee laat je als arts zien dat je beslissingen zorgvuldig

**'Iemand kan misschien geen financiële beslissingen meer nemen, maar wel aangeven van wie hij houdt'**



## Over Adrienne de Jonghe

Adrienne de Jonghe werkt als zelfstandig specialist ouderengeneeskunde vanuit haar eigen bedrijf 'En-Santé' en sinds kort weer in dienst van Kennemerhart. Haar core business is het behandelen van ouderen op verwijzing van de huisarts. Daarnaast is ze kaderarts eerste lijn en SCEN-arts. Ze maakt deel uit van de maatschap Medeso, een medisch expertisecentrum dat gespecialiseerd is in wilsbekwaamheidsbeoordelingen in de ouderengeneeskunde.

afweegt. Nee, deze meneer met dementie kan niet naar huis, ook al wil hij dat graag, want hij voldoet niet aan de criteria van wilsbekwaamheid ter zake. Hij beseft niet meer wat de informatie betekent, hij kan geen logische conclusies trekken in het overwegen van de opties. Duidelijk. En die duidelijkheid is ook prettig voor de familie eromheen."

"Bij het vaststellen van wilsbekwaamheid zijn er natuurlijk goede hulpmiddelen, zoals het stappenplan van Medeso. Ik volg vaak een vaste route: ik beoordeel het bewustzijn van de patiënt, de communicatie, het kritisch vermogen en ik bestudeer het dossier. Vooral bij ouderen die geen dementie hebben maar wel een euthanasiewens door een opeenstapeling van ouderdomsklachten is dat dossier belangrijk. Zijn er nog onderzoeks- of behandelmogelijkheden? En hebben die dan nog wel zin? Wil de patiënt het nog wel? Dat soort overwegingen moet je de hele tijd maken. Ik weeg altijd het totaalplaatje af."

### Euthanasie

"Dat doe ik ook bij de wens voor euthanasie van mensen met dementie. Vaak komt die wens te vroeg: dan is het lijden nog niet zo duidelijk. Bij gevorderde dementie vinden veel artsen dat zij alleen van de ondraaglijkheid van het lijden kunnen worden overtuigd wanneer een

## 'Vaak komt een wens voor euthanasie te vroeg: dan is het lijden nog niet zo duidelijk'

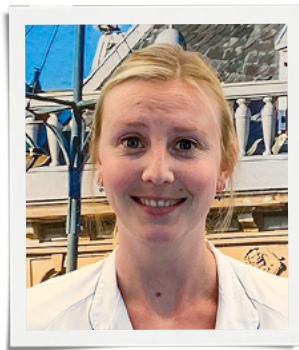
gesprek met de patiënt nog mogelijk is. Op dit moment zit de ruimte voor het krijgen van hulp bij zelfdoding bij dementie dus bij de beginnende dementie, in de fase waarin een patiënt nog wilsbekwaam is en zijn verzoek kan verwoorden. En daar ben ik het mee eens. Als iemand duidelijk zegt 'ik wil het niet', ook al zei hij eerder 'ik wil het wel', dan doe ik het niet. Zo simpel is het."

"Ik vind dan ook dat we het in Nederland goed doen. Notarissen trekken door nieuwe richtlijnen veel sneller aan de bel bij twijfel, waardoor wij vaker in actie komen. Alleen het rapporteren van de signalen en bevindingen van wils(on)bekwaamheid – dat kan beter. Het blijft vaak wat in de lucht hangen, terwijl je als arts bij het stellen van een diagnose ook alle criteria afgaat en die goed vastlegt. Doe dit ook bij wilsbekwaamheid bij dementie. Het dwingt je om volgens de criteria na te denken." ●

# Heldendaden, saamhorigheid en emoties

De coronacrisis heeft diepe indruk gemaakt, ook in onze ziekenhuizen in Hoofddorp en Haarlem. Vijf uiteenlopende ervaringsdeskundigen delen hun persoonlijke ervaringen.

**De pas afgestudeerde IC-verpleegkundige Britt Grevelink kreeg met de coronacrisis een intense vuurdoop voor de kiezen en maakte vlogs voor NH Nieuws.**



"Ik ben afgelopen 17 maart afgestudeerd als IC-verpleegkundige. Een paar dagen later kwam de coronacrisis. Best heftig. Ik had geen back-up meer, niemand die over m'n schouders meekeek. Niemand wist precies wat we konden verwachten,

maar het werd zo druk dat we echt moesten aanpoten. Er waren dagen dat we patiënten niet of nauwelijks mochten aanraken omdat ze zo instabiel waren. Soms moest ik dus dingen loslaten of voor lief nemen, terwijl dat eigenlijk tegen mijn verplegershart in ging. De telefoontjes van patiënten naar het thuisfront om te zeggen dat ze in slaap werden gebracht en niet wisten wanneer ze weer wakker zouden worden, zijn me het meest bijgebleven. Anderzijds was het minstens zo indrukwekkend wanneer iemand na een dagenlange kunstmatige coma weer voor het eerst met het thuisfront mocht videobellen. Als de patiënt de blik van zijn of haar geliefde zag en vooral ook diens stem hoorde, kreeg je de mooiste reacties. Die gaven ook mij een onvertroffen goed gevoel. Logisch dus dat er binnen het team wel tranen zijn geweest."

**Waarnemend huisarts Marjolein Broekhuizen ontving en beoordeelde patiënten in de corona-unit in Haarlem. Inmiddels is ze weer blij met gewone snotneuzen en gekneusde enkels.**



"Door de coronacrisis ging de reguliere zorg onderuit. Huisartsen konden prima zelf hun praktijk draaiende houden omdat er weinig patiënten kwamen. Hierdoor kwamen veel waarnemend huisartsen op straat te staan, onder wie ik. Na twee à drie weken begon

de corona-unit in het ziekenhuis van Haarlem te lopen. Ron Peters, huisarts en voorzitter van HCZK, heeft ervoor gezorgd dat waarnemend huisartsen hier mochten meedraaien. Heel fijn, want zo kon ik alsnog een steentje bijdragen. Ineens werkte ik weer bijna zeven dagen per week. Bijzonder was het om te zien hoe snel er geschakeld werd. De corona-unit is bijvoorbeeld binnen drie dagen opgezet. Hiervoor hebben ze een extra deur ingeslagen bij de MDL-poli die tijdelijk werd opgeofferd en gebruikt als wachtkamer. Normaliter moet je voor zoets allerlei bouwvergunningen aanvragen die meerdere commissies moeten passeren, maar nu zat die deur er binnen een weekend in. Doordat ik zelf even aan de kant heb gestaan, ben ik mijn reguliere baan opnieuw gaan waarderen en geniet ik nu weer meer van een gewone snotneus of een gekneusde enkel."

### Als intensivist stond Anouk Corstjens tijdens de coronacrisis in het oog van de brandhaard. Ze heeft de intense zorgmarathon als topsport ervaren.



“De eerste weken op de IC draaiden we volledig op adrenaline. Ook op de longafdeling en eigenlijk in het hele ziekenhuis bedreven we met z'n allen 24 uur per dag topsport. Dat je 's nachts om drie uur net zo druk was met overleggen,

intubaties en IC-opnames als 's middags drie uur was heel bijzonder. Sommige momenten zal ik nooit meer vergeten. Zo kwam het voor dat we twee leden van één familie tegelijk op de IC opnamen, waarvan de een het overleefde en de ander kwam te overlijden. Gelukkig vonden er vooral ook veel goede dingen plaats. Het mooiste was dat in het hele ziekenhuis de neuzen dezelfde kant op stonden. Van longarts tot aan schoonmaker: iedereen maakte overuren, maar niemand deed moeilijk. Er is ontzettend veel werk verzet en iedereen deed het met positieve energie. Daar kreeg ik een geweldige boost van. Ook de aandacht van lokale ondernemers die ons belangeloos verwendden met onder meer koffie, eten, handcrème en sportkleding heeft enorm veel goeds gedaan voor onze moraal.”

### Anesthesiemedewerker Ernst Granneman ondersteunde als 'buddy' artsen en verpleegkundigen op de IC met allerlei hand- en spandiensten.




“Als anesthesiemedewerker ben ik wel opgeleid om met beademingsapparatuur te werken, maar niet voor langdurige beademingsperiodes en de bijbehorende verpleging. Onder leiding van intensivisten en anesthesiologen zijn we hier binnen

twee weken voor getraind. Hierdoor konden ik en andere buddy's onder leiding van gediplomeerde IC-verpleegkundigen allerlei hand- en spandiensten op de IC verrichten, wat maakte dat IC-verpleegkundigen hun aandacht efficiënter konden verdelen over meerdere patiënten. Toevallig had ik dienst als anesthesiemedewerker toen de eerste coronapatiënt geïntubeerd moest worden. Dat verliep prima. Maar het was confronterend om de impact van het virus te zien en de snelheid waarmee patiënten achteruit gingen. Bijzonder om te vermelden: naast buddy's waren er speciale draaitteams. Patiënten konden maar een bepaald aantal uren op hun buik dan wel op hun rug liggen. De draaitteams draaiden de patiënten dagelijks op meerdere momenten om. Een nauwkeurige taak, want ze dienden rekening te houden met beademingslangen en infusen. Zo zijn er meerdere geweldige initiatieven en bijzondere samenwerkingen ontstaan.”



### Ex-coronapatiënt Harold van de Crommert beleefde heftige momenten op de Haarlemse IC. Hij schreef een emotionele dankbrief en doneerde geld aan ZWIC en Heel Haarlem Helpt!

“Ik fiets en wandel weer, help weer mee met huishoudelijke taken en kan zelfs weer drummen. Het gaat dus goed. Ik heb nog wel last van mijn schoulers en handen. Dat heeft te maken met het liggen op de intensive care. Toen ik daar terecht kwam, kon mijn vrouw gelukkig langskomen en ik sprak nog snel mijn ouders' voicemail in. Op dat moment realiseerde ik me dat ik kon komen te overlijden. Anderzijds probeerde ik dat idee niet toe te laten. Je focust op overleven. Dat is je menselijke instinct. Ik was vervolgens acht dagen volledig van de wereld. Daarna lag ik drie dagen bij bewustzijn op de IC, dat vond ik het heftigst. Ik had een zuurstofmasker

op dat ik eigenlijk van me af wilde slaan. Het voelde alsof ik onder water zat en stikte. Ik vroeg me af: kom ik wel op tijd boven? Dat zal ik nooit vergeten, evenals dat de artsen en verpleegkundigen mijn leven hebben gered en dat ze continu contact onderhielden met het thuisfront. Echt fenomenaal. Toen ik bijkwam, lieten ze muziek horen van een van mijn zoons, die musicus is. Een onbetaalbaar moment. Ik realiseerde me dat mijn familie er was en dat ik er zelf nog steeds was. En dan te bedenken dat sommige verzorgers hun leven hebben gegeven. Bij al deze gedachten schiet ik steeds weer vol. Ik ben alles en iedereen zo ontzettend dankbaar.” 



## EEN REALISTISCH BEELD VAN HET EFFECT VAN CHEMO OP HET HART

Wereldwijd worden symposia georganiseerd op het gebied van de cardiovasculaire zorg voor de oncologiepatiënt. Een hot item dus. Ook in het Spaarne Gasthuis maken Bart Voogel (imaging cardioloog) en P.W. van der Linden (internist-hematoloog) zich hard voor dit aandachtsgebied en het gebruik van de 3D-echo.

**H**et is al langer bekend dat bepaalde oncologische behandelingen bij circa 10 procent van de patiënten cardiologische problemen kunnen veroorzaken. P.W. van der Linden: "Anthracycline-bevatende chemotherapie is bijvoorbeeld een bekende boosdoener. Dit wordt liever niet voorgeschreven bij hoog-risicopatiënten die al kampen met overgewicht, hoge bloeddruk, diabetes of een erfelijke cardiologische aandoening."

### De mooiste plaatjes

Voor onderzoek naar het bestaan van CTRCD (Chemo Therapy Related Cardiac Disease), meestal hartfalen, is aanvragen van een 3D-echocardiografie nu de eerste keuze in het cardio-oncologie-protocol. "Een onderzoek met een 3D-echo is tegenwoordig heel goed reproduceerbaar", weet Voogel. "Maar belangrijker nog is dat naast de LVEF (pompfunctie) ook subklinische afwijkingen zichtbaar worden, die op termijn klachten kunnen gaan geven. Ook al lijkt de LVEF normaal, een afwijkende 'strain' kan bijvoorbeeld aangeven dat de patiënt binnen een jaar toch hartfalen kan krijgen. Als de behandeling dan vroegtijdig wordt ingezet, is de kans op herstel groter."

### Voordelen

"Het belangrijkste voordeel hiervan is de kwaliteit van leven die de patiënt hiermee kan winnen. Bovendien is een 3D-echo veel minder belastend voor een

patiënt dan een MUGA-scan, waar vroeger voor werd gekozen. Geen wachttijden, geen radioactieve straling, geen infuus, in een vriendelijke kamer, duurt een kwartier, én direct uitslag."

### Geen hartpatiënt

Het klinkt perfect, maar er zijn binnen de oncologie ook twijfels of je een patiënt moet belasten met nog een 'kwaal' waar hij nog geen last van heeft. Voogel is stellig: "Natuurlijk moet het niet zo zijn dat de patiënt zich ook nog hartpatiënt voelt. Maar een patiënt-vriendelijke controle met een 3D-echo kan voorkomen dat die patiënt hartpatiënt wordt. Als je er vroeg bij bent, is er nog van alles aan te doen. Zonder daarmee de oncologische behandeling in de weg te zitten." ●



**P.W. van der Linden**  
internist-hematoloog

**Bart Voogel**  
imaging cardioloog

# Van kinderverpleegkundige tot epidemioloog

**2,5 jaar lang geen TV kijken, elke week 30 uur studeren (inclusief 5 uur college op woensdag), een baan van 3 dagen bij het wetenschapsbureau én een gezin met kinderen op de basisschool. Veel ballen om hoog te houden. Judith Sluiter (40) had het er graag voor over om epidemioloog te worden: "Elk college was leuk".**

"Kritisch leren kijken en denken vond ik al leuk tijdens mijn hbo-v opleiding. Na 7 jaar ruilde ik mijn baan als kinderverpleegkundige in het (toen nog) Spaarne Ziekenhuis om voor die van onderzoeksverpleegkundige bij het wetenschapsbureau. De wetenschap interesseerde me en deze baan viel beter te combineren met drie jonge kinderen."

## Meedenken en meeschrijven

Al snel start ze met een opleiding tot researchcoördinator: "Je leert veel over wet- en regelgeving, hoe je een studie opstart, een contract opstelt en een begroting maakt, hoe je de afdeling informeert en patiënten includeert." Ze werkt met veel plezier binnen het oncologie-onderzoeksteam. Tot ze na 5 jaar dacht: "Ik wil niet alleen maar protocollen uitvoeren, maar ook erover meedenken en meeschrijven. Als epidemioloog trek je samen met de hoofdonderzoeker op. Je bent nauw betrokken bij het formuleren en beoordelen van de onderzoeksvraag, doet data-analyses, je definieert de onderzoeksgroepen, adviseert een onderzoeksmethode en je publiceert mee, dat trok me."

## Vooraf leuk

De deels Engelstalige opleiding aan de UVA heeft Judith zelf

gefinancierd en in eigen tijd gedaan. "Het was de investering meer dan waard. Om hieraan te beginnen heb je een kritische open blik nodig, je moet nieuwsgierig zijn en tijd willen vrijmaken voor studie. Maar je moet het vooral leuk vinden. Het afstudeertraject was het lastigst van de hele studie. Het artikel was iedere keer net niet goed genoeg." Uiteindelijk studeert ze af op haar onderzoek Preference\*.

"Ik kan deze studie voor 100% aanbevelen. Je gaat anders naar de dingen kijken. Ik ben nu als epidemioloog verbonden aan de vaccinstudies. Vaak doe je aannames, maar door onderzoek te doen naar luchtweginfecties en het herstel hiervan bij kinderen, kun je bepaalde infecties niet alleen beter genezen maar ook voorkomen. Of ik nu uitgeleerd ben? Soms speelt wel de gedachte aan promoveren."

## Even terug aan bed

Tijdens de corona-uitbraak stond Judith weer tijdelijk aan bed:

"Bijzonder om in deze bizarre tijd mee te kunnen helpen op een plek waar hulp hard nodig was. Ik heb geen moment getwijfeld om weer als verpleegkundige aan het bed te gaan staan. Uiteraard spannend, maar het vertrouwde gevoel kwam vrijwel direct terug, mede dankzij de begeleiding vanuit het ziekenhuis en de collega's waar ik mee samenwerkte.

Het is een mooi vak, zo nodig spring ik direct weer bij, maar ik zou mijn werk wat ik nu doe hier niet voor willen vervangen." ◉

\*Influence of specialized palliative care team consultation on the likelihood of dying at the preferred place of death for patients with metastatic cancer.



# Oxycodon: schrijf het op de juiste manier voor!

## Aios Noor Gordijn en Maaïke ten Thije-de Boer deden in het Spaarne Gasthuis onderzoek naar het aantal oxycodonvoorschriften. Voor Inzicht schreven zij hun bevindingen op.

Oxycodon is hot! Populaire Nederlandse media strooien met heftige krantenkoppen over oxycodon zoals 'Pijnstiller oxycodon verslavender dan heroïne'. In Amerika worden farmaceutische bedrijven aangeklaagd door verslaafde oxycodon-gebruikers. Maar hoe zit dat eigenlijk in het Spaarne Gasthuis? Schrijven wij de pijnstiller ook te veel voor? En wat kan er beter met betrekking tot het voorschrijven van oxycodon?

### Ook grote stijging in Spaarne Gasthuis

In navolging van de VS kampen ook Europa en Nederland met de gevolgen van het toenemende gebruik van opioïden. In de periode 2008-2017 is het aantal opioïdgebruikers in Nederland nagenoeg verdubbeld (van 4109 per 100.000 inwoners in 2008 naar 7489 per 100.000 inwoners in 2017). Het aantal oxycodongebruikers is in deze periode zelfs verviervoudigd. In het Spaarne Gasthuis zien we net als in de rest van Nederland het aantal oxycodonvoorschriften stijgen. In de gepresenteerde gegevens is gekeken

naar unieke voorschriften oxycodon (oxycontin of oxynorm), hierbij zijn herhaalrecepten niet meegenomen. In vier jaar (2015-2018) is er een ruime verdubbeling van het totale aantal voorschriften klinisch en poliklinisch op de locaties Hoofddorp, Haarlem Zuid en Haarlem Noord (figuur 1). Op de locatie Hoofddorp is in tien jaar tijd (2009-2019) zelfs bijna een vertienvoudiging van het aantal voorschriften (figuur 2). De stijging is vooral veroorzaakt door een toename

in de klinische recepten, ondanks dat het aantal klinische opnames in deze periode afnam.

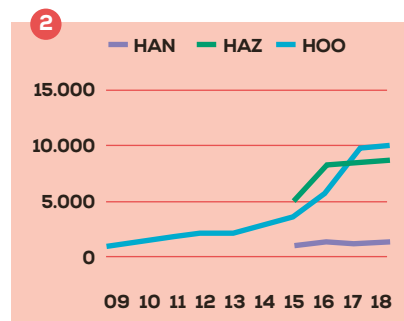
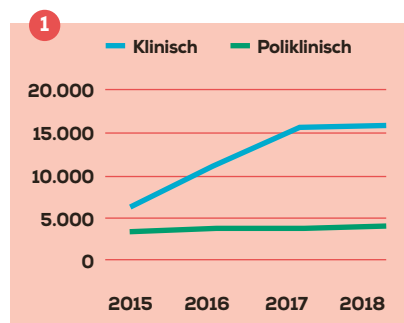
### Meer en zwaardere pijnstillers

Verschiedende factoren dragen bij aan de stijging in het gebruik van opioïden, onder andere de vergrijzing waarbij meer pijn voorkomt in de oudere populatie met co-morbiditeit en contra-indicaties voor NSAID's. Een andere oorzaak is de aandacht voor vroege herkenning en behandeling van pijn als kwaliteitsindicator. Er lijkt een tendens van kortere opnames waar postoperatieve patiënten zwaardere pijnstilling nodig hebben om vroeg met ontslag te kunnen.

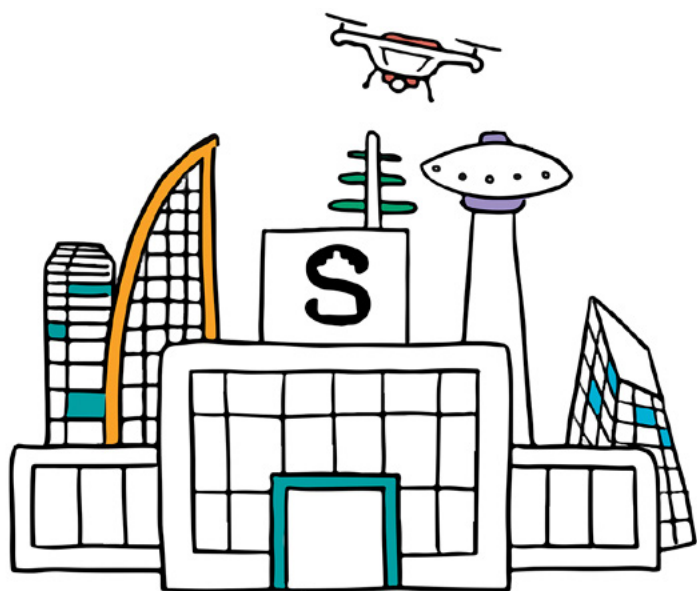
### Wees alert en voorkom misbruik

Uit gesprekken met de huisartsengroep van gezondheidscentra Haarlemmermeer blijkt dat er nog verbetering te behalen valt in de overdracht vanuit het ziekenhuis naar de huisarts. De medisch specialist kan hierin bijdragen. Daarom wordt er in het Spaarne Gasthuis bij de grote voorschrijvers aandacht gevraagd voor de volgende punten:

- Schrijf in de ontslagbrief duidelijk op dat er gestart is met oxycodon, hoeveel er is voorgeschreven en op welke termijn het afgebouwd moet worden.
- Schrijf kleine hoeveelheden voor in combinatie met paracetamol en zo mogelijk NSAID's waarbij een zo laag mogelijke dosis wordt nagestreefd.
- Schrijf niet zondermeer een herhaalrecept voor.
- Informeer de patiënt dat het om kortdurend gebruik gaat en het gebrek aan pijnstillend effect op lange termijn evenals de risico's bij langdurig gebruik. Uit ervaring van de bovengenoemde huisartsen blijkt dat de patiënt deze boodschap eerder aanneemt van de medisch specialist waardoor het afbouwen van de pijnstilling via de huisarts gemakkelijker gaat. ○



**Figuur 1. Aantal oxycodon voorschriften in HAN, HAZ en HOO uitgesplitst in klinisch en poliklinisch**  
**Figuur 2. Aantal oxycodon voorschriften klinisch en poliklinisch uitgesplitst per kliniek**



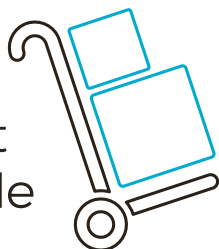
## Het ziekenhuis van de toekomst

Het Spaarne Gasthuis streeft ernaar om in 2027 een nieuw ziekenhuis in Haarlem Zuid te hebben staan. In de ontwikkeling daarvan kijkt het ziekenhuis niet alleen naar de huidige zorg, maar vooral ook naar de zorgprocessen van de toekomst.

Welke zorg gaan we met alle zorgpartners in de regio waar bieden? Hoe ziet dat eruit en welke innovaties verwachten we? Wat betekent dat voor de nieuwbouw, maar met name voor de ziekenhuiszorg? Het programma 'Samen Vooruit' houdt zich met deze vragen bezig.

Met artsen, (zorg)medewerkers, patiënten én zorgpartners, waaronder huisartsen, heeft Samen Vooruit inmiddels toekomstige patiëntreizen ontworpen. Wat wil de patiënt en wat kunnen we gezamenlijk bieden en bouwen? Komend halfjaar maken we samen het Programma van Eisen voor de nieuwbouw in Haarlem Zuid. Via Inzicht en de nieuwsbrief 'Op 1 Lijn' houden we u daarvan op de hoogte.

## Vertrek uit Heemstede



Sinds 1 april 2020 zijn er geen polisprekuren meer in Spaarne Gasthuis Heemstede. De vakgroepen zijn geherhuisvest over de verschillende (hoofd)locaties vanwege een overmaat aan m<sup>2</sup>s. De hoofdlocaties zijn goed bereikbaar vanuit Heemstede. Een aantal (eerste-lijns) voorzieningen, waaronder Atal Medial, zijn hier nog wel gehuisvest.

Zie [spaarnegasthuis.nl/Heemstede](https://spaarnegasthuis.nl/Heemstede) voor een overzicht. In de tweede helft van dit jaar zal er meer bekend zijn over de verkoop van het pand.

# Contact

## RTA COVID-19 nazorg in de maak

Binnenkort is een 'Regionale Transmurale Afspraak (RTA) COVID-19 nazorg' beschikbaar. Tot die tijd zijn de nazorgroutes en mogelijkheden in de regio gedeeld met huisartsen in een voorloper op de 'RTA COVID-19 nazorg'. Het is een handvat voor huisartsen en zorgverleners die nazorg leveren aan deze patiënten. U vindt dit document op: [spaarnegasthuis.nl/verwijzers/regionale-transmurale-afspraken-rtas](https://spaarnegasthuis.nl/verwijzers/regionale-transmurale-afspraken-rtas). In de definitieve RTA wordt alle informatie die belangrijk is voor de andere zorgverlener/instellingen meegenomen.



### 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 twee keer per jaar. Contact met de redactie? Stuur een e-mail naar [inzicht@spaarnegasthuis.nl](mailto:inzicht@spaarnegasthuis.nl).

#### Hoofredactie

Peter de Winter  
Els Heeremans

#### Eindredactie

Esther de Wilde

#### Bladconcept en vormgeving

Maters en Hermsen  
vormgeving

#### Artikelen

Marijke Darlang, Hilde Duyx, Maaïke Slierings, Ruud Slierings, Els Heeremans, Patrick Lamberts, Esther de Wilde

#### Fotografie

Lars van den Brink,  
Mark van den Brink,  
Frank van Beek,  
Jean-Pierre Jans,  
Toussaint Kluiters

#### Illustraties

Annemarie Gorissen,  
Kaisa Pohjola

#### Drukwerk

Easyprint

#### Lithografie

Studio Boon

## Crisis

**Lars Carree** is adviseur crisisbeheersing, maar van oorsprong gespecialiseerd verpleegkundige SEH. Zo'n 7 jaar geleden maakte hij de switch definitief. Toch blijft hij zich af en toe nog als WAN (weekend, avond, nacht) – hoofd inzetten, zodat hij feeling houdt met beide 'jasjes': de nette op strategisch niveau en de witte op de werkvloer.

"Als adviseur crisisbeheersing ben ik bezig met het voorbereiden van en adviseren op beleid tijdens een crisis. Denk aan gevolgen van een kettingbotsing, een vliegtuigramp, maar ook brand of diefstal. Alles wat in een gemeente plaatsvindt, gebeurt in een ziekenhuis ook. Mijn verantwoordelijkheid richt zich op de veiligheid en gezondheid van iedereen die zich op het ziekenhuis-terrein bevindt, op alle 7 locaties."

Uiteraard was Lars nauw betrokken bij het maken van beleid tijdens de coronacrisis. "De overheidsregels waren nogal bureaucratisch, met mijn kennis van de werkvloer kon ik ze werkbaarder maken. De impact op de medewerkers was ook enorm. Bij bijvoorbeeld een ziekenhuisbacterie, ook een crisis, pas je je werk aan, maar eenmaal thuis heeft niemand het er meer over. Bij de coronacrisis kwam je er totaal niet los van."

"Tijdens het hoogtepunt van de crisis was echt sprake van 'command in control'. Iedereen voerde direct uit wat het crisisteam voorschreef, zonder discussie. De schotten tussen de divisies vielen weg, iedereen had hetzelfde doel. Achteraf moesten besluiten ook wel eens herzien worden, maar zoals Rutte ook zei: we moesten voor 100% besluiten nemen, met 50% kennis. Dat blijft lastig." ●

