

IN ZICHT

NR.2 | November
2019

**Erkenning voor
succesvol onderzoek
dikkedarmkanker
operaties**

Walter krijgt
chemo thuis:

**De juiste
zorg op de
juiste plek**




dossier
PIJN

Beweging in het Artrosenetwerk

Lifestyleverbetering heeft veel meer effect op heup- en knieartroseklachten dan vaak wordt aangenomen. Kevin Groot, fysiotherapeut bij Verheul en Weerman, merkt dat er veel winst te behalen valt. Bijvoorbeeld bij - vooral inactieve - patiënten die worden verwezen door de orthopeed om zich fysiek voor te bereiden op een operatie. Met afvallen, effectief bewegen, het goed leren inschatten van belasting en belastbaarheid en het trainen van spieren is een operatie

soms langdurig uit te stellen. Samenwerking tussen huisarts, fysiotherapeut, diëtist en orthopeed is essentieel voor de juiste zorg bij heup- of knieartrose. De maatschap orthopedie van het Spaarne Gasthuis is daarom, in samenwerking met regionale fysiotherapeuten en huisartsen, het Artrosenetwerk West Nederland gestart. Doel: laagdrempelig kennis uitwisselen en diagnostiek en behandeltrajecten voor heup- of knieartrose te verbeteren en multidisciplinair te standaardiseren.

De Stepped Care strategie is hierbij een heldere leidraad. De huisarts of fysiotherapeut beoordeelt de mobiliteit, het uithoudingsvermogen en de coördinatie van het gewricht en hoe de spieren er omheen functioneren. Naast lifestyleadvies of verwijzing naar de diëtist, kan de huisarts pijnmedicatie voorschrijven. De fysiotherapeut richt zich vervolgens op een passend trainingsprogramma. 

Meer informatie:

www.artrosenetwerkwestnederland.nl

TEKST: MAIKE SLIEBINGS
BEELD: JEAN-PIERRE JANS



Artrosepatiënt Alie de Smit wordt behandeld door fysiotherapeut Kevin Groot.

inhoud

IN ZICHT #2
NOVEMBER 2019

4

Steven Oosterling
en Gabor Abis zetten
grote stappen met
hun onderzoek



15



23

Hoe maak je de juiste
afweging met de meldcode
huiselijk geweld en
kindermishandeling?



26

Chemo thuis:
nu nog nieuw,
straks normaal

Walter krijgt
chemo thuis
toegediend
door verpleeg-
kundige Astrid

VERDER **P7** 50 jaar dialyse **P8** Kort **P10** Het nieuwe pathologielaab uitgelicht
P12 Specialistische hulp voor musici **P13** Te gast in het VKC **P14** Weten
P29 Nieuwe behandelwijze huidkanker **P30** Zij-instromer Mynou vertelt over
haar opleiding **P31** Contact en colofon



HYPOTHESE - ONDERZOEK - VERBETERING

Halvering aantal infecties bij operaties dikkedarmkanker

Op initiatief van het Spaarne Gasthuis is de afgelopen jaren grootschalig onderzoek gedaan naar het verminderen van de kans op complicaties bij dikkedarmkankeroperaties. Met een duidelijk resultaat. Chirurg Steven Oosterling en chirurg in opleiding Gabor Abis leidden het onderzoek en leggen uit waarom dit een grote stap voorwaarts is.

TEKST RUUD SLIERINGS BEELD RUUD SLIERINGS, ISTOCK

Nederlandse ziekenhuizen voeren jaarlijks circa 14.000 dikkedarmkankeroperaties uit. Bij 25 à 30 procent van de patiënten treden complicaties op (vooral infecties van de wond, de longen of urinewegen). Bij 5 à 10 procent - tussen de 700 en 1400 patiënten! - krijgt deze infectie de vorm van een naadlekkage. Deze ernstige complicatie leidt in veel gevallen tot een intensive care opname, een langdurige revalidatie en een stoma. Niet gek dus dat de medische wetenschap zich inzet om dat percentage terug te dringen.

Grote stappen

Steven Oosterling en zijn collega Hein Stockmann dienden in 2011 een subsidieaanvraag bij de Maag Lever Darm Stichting in voor de zogenaamde SELECT-trial naar de werking van de antibioticadrink SDD (Selectieve Darmdecontami-

natie) bij dikkedarmkankeroperaties. "Er werden al maatregelen genomen om het infectierisico te verminderen," zegt Oosterling. "Het intraveneus toedienen van antibiotica vlak voor de narcose bijvoorbeeld, om te voorkomen dat zich schadelijke bacteriën verspreiden in de weefsels tijdens de operatie. Wij vermoedden dat er grotere stappen gezet konden worden, want de bron van die bacteriën huist in de darmflora. Onze hypothese: als je drie dagen voor de operatie begint met SDD, kun je die bacteriën misschien op voorhand onschadelijk maken. Op de intensive care werd SDD al langer met succes toegepast."

Die financiering kwam er, plus de medewerking van een aantal ziekenhuizen (VUmc, voormalig Slotervaart Ziekenhuis, Zaans MC en Dijklander Ziekenhuis). Abis was net klaar met zijn studie geneeskunde en stond aan het begin van zijn

opleiding tot chirurg. Hij werkte in wat toen nog het Kennemer Gasthuis heette en werd de coördinator van het SELECT-onderzoek. Na twee jaar voorwerk - protocollen opstellen, organisatie optuigen, veiligheid waarborgen, toetsingscommissies overtuigen, verzekering regelen - werd in 2013 gestart met de inclusie van de eerste patiënt.

Abis: "Voordat je toestemming krijgt voor een onderzoek onder patiënten, moeten er duidelijke aanwijzin-

'De behandeling met SDD is inmiddels in onder meer het Spaarne Gasthuis standaard bij dikkedarmkankeroperaties'



Chirurg Steven Oosterling (rechts) en chirurg in opleiding Gabor Abis

gen zijn dat het kan werken. Een leek kan denken: als het op de intensive care werkt, zal het bij dikke-darmoperaties ook wel werken. Maar bij veel ingrepen is het niet beter om van tevoren antibiotica toe te dienen. Vandaar dat grondig onderzoek nodig was. Bij vijfhonderd patiënten die door loting in twee groepen verdeeld zijn, een testgroep en een controlegroep, konden we voldoende harde conclusies trekken. Die patiënten moesten goed vergelijkbaar zijn, mensen met bijvoorbeeld uitzaaïngen konden niet deelnemen. We wilden een lange controleperiode aan de studie koppelen.”

Erkenning en belangstelling

Het resultaat van deze jarenlange studie is niet alleen een enorme


berg data (waar meer wetenschappelijke analyses uit kunnen voortkomen), maar vooral het harde bewijs dat een SDD-kuur het aantal infecties met de helft terugbrengt, en dus dat er een grote stap is gezet in het verbeteren van de zorgverlening aan patiënten.

Je zou zeggen: direct landelijk invoeren. Oosterling: “De bewijslast is nog niet zo groot dat je er niet omheen kunt. Het aantal infecties is inderdaad gehalveerd, maar wat we nog niet statistisch kunnen aantonen, is dat het aantal naadlekkages ook afneemt door de SDD-kuur.” Toch is de behandeling met SDD inmiddels in onder meer het Spaarne Gasthuis standaard bij operaties als deze, omdat de winst voor de patiënt onmiskenbaar is.

‘Het succes van deze studie toont aan hoe belangrijk onderzoek is in ons vak’

Er is ook veel belangstelling voor het onderzoek vanuit het buitenland, zeker na de publicatie in the British Journal of Surgery en na de Karl Storz Award die Abis voor het onderzoek ontving tijdens het congres van de European Association for Endoscopic Surgery (EAES) in Sevilla, in juni dit jaar: “Dat is natuurlijk mooi, dat we zoveel erkenning voor dit onderzoek hebben gekregen, ik vind het een hele eer. Maar het belangrijkste is dat we de zorgverlening aan patiënten dankzij dit soort onderzoeken kunnen verbeteren. Het toont duidelijk aan hoe belangrijk onderzoek is in ons vak en hoe de samenwerking tussen ziekenhuizen in de regio kan leiden tot belangrijke resultaten. Eind van dit jaar ben ik klaar met mijn opleiding tot chirurg en zal ik onder meer op dit onderwerp promoveren. Ik wil zeker nauw betrokken blijven bij wetenschappelijk onderzoek.”

Totaalpakket

Darmkankeroperaties zijn een speerpunt voor het Spaarne Gasthuis. Het feit dat deze SELECT-studie vanuit het Spaarne Gasthuis is opgezet, ligt dan ook voor de hand, zegt Oosterling: “Wij willen de totale zorg rondom colorectaal carcinoom zo goed en compleet mogelijk aanbieden, met medisch specialisten, specialistisch verpleegkundigen, de begeleiding en alles eromheen. Complicaties na een darmoperatie zijn voor de patiënt enorm ingrijpend. Niet meer dan logisch dat we er alles aan doen om dat te verbeteren.” 

Onderzoek: voortdurend in beweging

Bijna altijd is het resultaat van een afgerond onderzoek de aanleiding voor nieuwe studies. Chirurg Steven Oosterling is één van de principal investigators van het Spaarne Gasthuis: “Wetenschappelijk onderzoek is onmisbaar voor het verbeteren van de zorg. De raad van bestuur maakt daar structureel geld voor vrij en heeft een aantal medisch specialisten benoemd die nieuw onderzoek uitzetten, begeleiden en superviseren, vaak in samenwerking met academische ziekenhuizen. We zijn bijvoorbeeld bezig met onderzoeken naar behandelingen bij leveruitzaaiingen van darmkanker en met onderzoeken op het gebied van immunotherapie. De SELECT-studie die nu is afgerond, biedt aanknopingspunten voor nieuw onderzoek, dus ook daar zijn we mee aan de slag gegaan.”

50 JAAR DIALYSE: Van kunstnier tot gekloonde nier

Op 10 oktober werd het vernieuwde Nier centrum (voorheen dialysecentrum) in Haarlem Zuid officieel geopend. Tegelijkertijd werd het vijftigjarig bestaan van de dialyseafdeling gevierd. Wat is er in al die jaren veranderd en liever nog, verbeterd? Internist nefroloog Wim van Dorp schijnt zijn licht op 30 jaar ervaring in het dialysecentrum.

TEKST MAAIKE SLIERINGS
BEELD ARCHIEF SPAARNE GASTHUIS



Het principe van dialyseren is gelijk gebleven, maar de ontwikkelingen hebben in die jaren niet stil gestaan, vertelt Van Dorp: "De kunstnier is enorm veel efficiënter geworden, de dialyseuduur is veel korter. En sinds de komst van Epo hebben we die bloedarmoede onder controle. Patiënten hebben veel minder complicaties; als een shunt al verstopt raakt is dit in een paar uur verholpen, terwijl dat vroeger dagen duurde. Diagnosticeren gaat tegenwoordig sneller en de bloeddruk is veel beter te regelen dan voorheen. Ook hebben we veel meer inzicht in medicatiegebruik. Zelfs patiënten met een maligniteit kunnen baat hebben bij dialyse. We hebben hier iemand met een uitgezaaide maligniteit, die inmiddels al twee jaar gedialyseerd wordt en nog steeds een goede validiteit heeft. De oncologische mogelijkheden zijn dus sterk verbeterd, terwijl dialyse veel patiëntvriendelijker is geworden."

Niet pluis? Doorsturen!

Patiënten die dialyseren zijn kwetsbaar, net als mensen met chronische nierziekten. De kans op infecties is altijd aanwezig en tijdig signaleren is van levensbelang. "Het is heel belangrijk een infectie uit te sluiten. Rugpijn kan bijvoorbeeld duiden op een spondylodiscitis. Als iemand met klachten van kortademigheid komt, is de kans op overvulling groot. Diuretica voorschrijven is prima, maar doseer wel hoger, want met een slechte nierfunctie is het minder effectief. Het is een lastig te beoordelen

groep, waarbij infectie, overvulling en ook atherosclerose de grootste problemen vormen. Bij een niet-pluisgevoel liever direct doorsturen, ook 's nachts", adviseert van Dorp.

Hoopvolle toekomst

Dat het afstaan van een nier voor een gezond persoon nauwelijks gevolgen heeft, is inmiddels bewezen. Het aantal getransplanteerde nieren van levende donoren is toegenomen tot 35 procent. 65 procent daarvan komt via Eurotransplant. Van Dorp werkt ook in het LUMC, op de afdeling niertransplantatie: "Of iemand verwant is of niet, of er een directe match is of niet: de kans van slagen van een transplantatie is tegenwoordig groter, vooral met nieren van levende donoren. Medicatie kan afstoten steeds beter tegengaan." Het beste zou natuurlijk zijn als dialyseren helemaal niet meer nodig is. Van Dorp is enthousiast over de tendens van gekloonde nieren: "In het LUMC zie ik dat ze al vanuit lichaamseigen stamcellen nierweefsel creëren. Op microscopisch niveau nog, maar het gaat snel. Daar zit volgens mij de toekomst!" ◉

De Winter Vijf jaar decaan

Per 1 januari 2015 kreeg ik de kans om naast mijn functie als kinderarts de functie van decaan van het leerhuis in te vullen. Er zijn veel definities van het woord decaan. Wist u dat 'decaan' onder andere een onvertakte koolwaterstof uit de groep van de alkanen is, met als bruto formule C₁₀H₂₂? Het wordt hoofdzakelijk gebruikt als oplosmiddel. Dat laatste intrigeert mij. Ik stel mezelf zo voor dat een decaan in een STZ-ziekenhuis ook oplossingsgericht en ziekenhuisbreed meedenkt over alles wat met opleiding en wetenschap te maken heeft. Ook leuk: in ongeveer tien van de 26 STZ-ziekenhuizen is de decaan een kinderarts. Niet verwonderlijk, aangezien de kindergeneeskunde in Nederland vooruitstrevend was op het gebied van modernisering van de medische vervolgoledingen. De afgelopen jaren heb ik ons leerhuis (Spaarne Gasthuis Academie) erg zien groeien, en dat is vooral te danken aan de inzet en het enthousiasme van de verschillende medewerkers met wie ik samenwerk. Het is een hecht team dat met kerst een engeltje op de deuren plakt, met Pasen tien eitjes in mijn kamer verstoppt (ik mis er nog steeds één), met Sinterklaas een letter uitdeelt en rond de verjaardagen iedereen een kaartje stuurt. Natuurlijk zijn er ook moeilijke fasen geweest, zoals ten tijde van de fusie. Iedereen moest wennen aan elkaar, maar ook aan de doelstellingen en naamsverandering van het leerhuis. Toch hebben we veel bereikt. Thema's als optimalisering van onze digitale leeromgeving, leiderschap, *leren@work*, ondersteuning bij wetenschap en eigen onderzoek, en innovaties gaan ons daarbij nog verder helpen. Daarbij hebben we altijd het veranderende zorglandschap met de patiënt, maar vooral ook de werknemer van de toekomst, in ons achterhoofd.

Peter de Winter
Kinderarts en decaan
Spaarne Gasthuis
Academie



Rookvrij: binnen én buiten

Met ingang van 1 oktober is het Spaarne Gasthuis een rookvrij ziekenhuis geworden. Rookvrij houdt in dat er ook niet meer gerookt mag worden buiten op de terreinen van het ziekenhuis.

Het Spaarne Gasthuis is een zorginstelling. Daar hoort een gezonde levensstijl bij, dus rookvrij voor onze patiënten en onze medewerkers. Het ziekenhuis wil hierin een voorbeeldfunctie hebben. Met 'rookvrij' sluiten we aan op de maatschappelijke trend waarbij steeds meer organisaties het roken uitbannen. Het ziekenhuis onderschrijft hiermee de intentieverklaring 'Maak de zorg rookvrij' en wil de weg vrijmaken voor een rookvrije generatie.

In aanloop naar 1 oktober heeft het Spaarne Gasthuis daarom alle rookpunten verwijderd. Op de ziekenhuisterreinen staan borden die aangeven dat wij een rookvrij ziekenhuis zijn.



Kijk voor meer informatie en de veel gestelde vragen op spaarnegasthuis.nl/rookvrij.

Uitbreiding topklinische functies en PI's

De ziekte van Asherman (gynaecologie) en het colorectaal carcinoom (chirurgie/oncologie/MDL) zijn erkend als topklinische functie en staan vermeld in het STZ-zorgregister. In totaal heeft het Spaarne Gasthuis nu zes topklinische functies. Al eerder was er de erkenning voor de geriatrische traumatologie, mammacarcinoom, schouderproblematiek en pediatrische immunologie. Ook heeft het Spaarne Gasthuis met ingang van 1 oktober vier nieuwe PI's (principal investigator), twee junior PI's en één senior PI erbij. Hiermee komt het totaal op 13 onderzoekers. Zij hebben allen een eigen onderzoekslijn. De vakgroep krijgt financiële ondersteuning om de onderzoeker de ruimte te geven onderzoek te doen. De vier nieuwe PI's zijn internist hemato-oncoloog Aart Beeker (oncologie, voeding), chirurg Steven Oosterling (colorectale oncologie), ziekenhuisapotheker Matthijs Becker (antistolling) en internist Victor Gerdes (bariatrie). Junior PI's zijn internist-endocrinoloog Pim de Ronde (testosteronpoli) en obesitaschirurg Maurits de Brauw (bariatrie). Orthopedisch chirurg Peter Nolte is bevorderd naar senior PI.

Kort

IN/UIT

Medisch specialisten

IN

Per 1 mei

Jordy Fransz
SEH-arts

Per 1 juli

Maarten Neerincx

MDL-arts

Gerben van der Bij

chirurg

Anne Sloopman

revalidatiearts

Per 1 september

Kiki van Bilsen

internist-allergoloog

Kirsten Blaauwendraat

chirurg

Anna Ruppert

GZ-psycholoog

Per 16 september

Bibi Funke Küpper

kinderarts

Annemie Boehmer

kinderarts

UIT

Per 16 april

Maartje Salomons

SEH-arts

Per 15 mei

Timca Bruggink

allergoloog

Per 16 juni

George Akkersdijk

chirurg

Per 1 juli

Quirijn Eijsbouts

chirurg

Ruud van der Hoeven

apotheker

Per 1 augustus

Remco de Boer

anesthesioloog

Per 17 september

Millad Solouki

radioloog

Verplaatsing
zorg Spaarne
Gasthuis

—

5

afdelingen met
verplaatsingen

3

locaties zijn betrokken

1

'nieuwe' afdeling:
geriatrische trauma unit

15

medewerkers (vrijwillig)
een nieuwe plek

24

maanden van plan
tot realisatieVAN DIALYSE-
CENTRUM NAAR
NIER CENTRUM

Op 10 oktober opende na iets meer dan een jaar renoveren, het vernieuwde Nier centrum van het Spaarne Gasthuis in Haarlem Zuid. De buitenkant van het gebouw van het voormalig dialysecentrum aan de Boerhaavelaan in Haarlem Zuid (dat inmiddels alweer 17 jaar oud was) staat nog, het interieur is volledig aangepast en gemoderniseerd. In dit nieuwe ontwerp hadden de dialysepatiënten een duidelijke stem. Zowel zorg als individueel comfort spelen een belangrijke rol in het nieuwe centrum, waar niet alleen de dialyseafdeling is gehuisvest, maar waar alle zorg rondom de nier geconcentreerd is. Patiënten kunnen onder andere zelf de temperatuur van hun eigen warmtepaneel regelen. Door het plaatsen van twee grote lichtkoepels en door hout en roze tinten te gebruiken heeft het nieuwe centrum een lichte, open en warme uitstraling gekregen.

UITGELICHT



Aan deze tafels worden grote preparaten ingesneden, beschreven en gefotografeerd. Bijvoorbeeld een lobectomie of colonresectie. Vervolgens wordt zorgvuldig gekozen welke stukjes onder de microscoop moeten worden beoordeeld voor de juiste diagnose, prognose en behandeling. 60% van het weefsel dat de patholoog ziet is kwaadaardig.

De pathologieafdelingen van Spaarne Gasthuis Hoofddorp en Haarlem Zuid zijn recent naar een gecentraliseerd nieuw laboratorium in Haarlem Zuid verhuisd. Daarnaast heeft de afdeling het ISO kwaliteitscertificaat behaald.



Dit is de ontvangstruimte van weefsel. Op de afdeling pathologie werken zo'n 60 medewerkers die 55.000 onderzoeken per jaar bewerken, door middel van 110.000 weefselblokjes en 250.000 coupes.

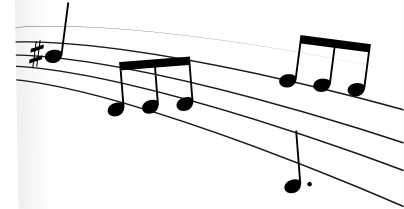
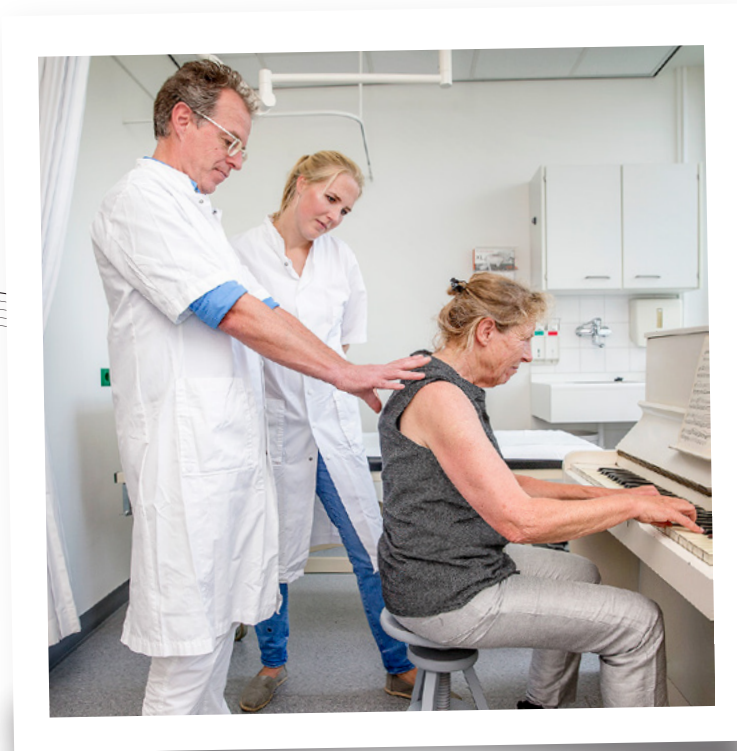
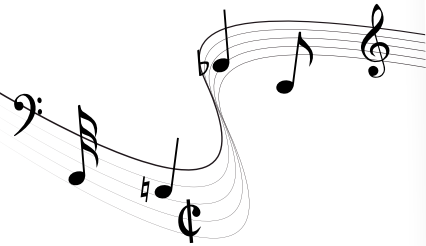
De analist beschrijft huidresecties van de huisarts en snijdt deze in en bewerkt ze voor de beoordeling.

Af en toe is het nodig om tijdens een operatie snel een diagnose te stellen. In sommige gevallen wordt dan een vriescoupe gemaakt. Hiervan wordt een biopsie genomen die ter plekke door een analist wordt bewerkt. Het verwijderde weefsel wordt eerst bevroren. Vervolgens worden er coupes van gesneden die handmatig een kleuring krijgen. De patholoog stelt daarna direct de diagnose.

De afdeling verzorgt, behalve voor het Spaarne Gasthuis, ook de diagnostiek voor het Rode Kruis Ziekenhuis, ZBC's en de huisartsen in de regio. Nicole Bulkman, patholoog en medisch manager: "Men kent onze afdeling meestal vanwege obducties naar de doodsoorzaak. Dit is natuurlijk ook erg belangrijk. Maar 98% van ons werk gaat juist om de levende patiënt.

En dat werk doen we met passie. Door de patiënt een juiste diagnose te geven voor een zo goed mogelijke behandeling. Daarbij zijn we een belangrijke medespeler bij de multidisciplinaire overleggen in het oncologiecentrum van het Spaarne Gasthuis. Bij de pathologieonderzoeken die we voor onze partners zoals huisartsen doen, streven we naar topzorg en zijn we servicegericht. Daar ben ik trots op." ◉

TEKST HILDE DUYX
BEELD JEAN-PIERRE JANS



Het musicispreekuur vindt elke twee weken op maandagochtend plaats in het Spaarne Gasthuis Heemstede.

Nieuw: een spreekuur voor muzikanten

Muziek maken vraagt veel van een lichaam. Zoveel zelfs dat zowel professionele als amateurmusici vaak geblesseerd zijn. Speciaal voor hen heeft het Spaarne Gasthuis sinds 26 augustus een musicispreekuur, waarin ervaren specialisten de beste diagnostiek en behandeling bieden. Zónder wachttijden.

Een hoboïst meldt zich op maandagochtend op het musicispreekuur bij Laura Kok. Zij is aios orthopedie, maar ook altvioliste en gepromoveerd op klachten van het bewegingsapparaat bij musici. De hoboïst klaagt over pijn in haar duim – de hobo rust tijdens het spelen tenslotte op de rechterduim. Kok begrijpt meteen waar ze het over heeft en gaat aan de slag met een op maat gemaakt spalkje, zodat ze weer pijnvrij kan spelen. Heel belangrijk, want voor musici hangt er veel vanaf: het gaat tenslotte om hun carrière én inkomen.

De cijfers zijn zorgwekkend. Maar liefst negentig procent van de conservatoriumstudenten heeft last van blessures. Violisten en altviolisten hebben het vaakst last van blessures, gevolgd door cellisten en houtblazers. Tot voor kort was de begeleiding en zorg voor hen maar beperkt: de meeste artsen weten niet goed wat het lichaam van een violist moet kunnen om zijn of haar vak uit te kunnen oefenen. Vergelijk je dat met de sportwereld dan zie je iets heel anders: elke orthopedisch chirurg weet welke eisen een voetballer stelt aan zijn of haar lichaam.

Taboe

Reden genoeg voor Kok en orthopedisch chirurg Arthur van Noort om het musicispreekuur op te zetten in het Spaarne Gasthuis. "Helaas is het voor veel musici lastig om openlijk over hun blessures te spreken", vertelt Kok. "Het is een taboe in de muziekwereld, want er is veel concurrentie en maar weinig vaste contracten. Als de orkestleiding hoort dat je niet optimaal kunt spelen, zijn er voor jou tien anderen."

Op het spreekuur kunnen musici hun verhaal kwijt en krijgen ze de ondersteuning die bij hen past. Vaak is een goed advies van Kok al genoeg, soms is er toch een operatie aan bijvoorbeeld de elleboog of schouders nodig. En dan staat er een multidisciplinair team van specialisten en fysiotherapeuten klaar, wat uniek is in Nederland. "Je krijgt bij ons snelle en goede zorg", vertelt Van Noort. "We hebben, ook met Laura, echt alle kennis in huis om deze mensen te helpen."

Huisartsen

Naast het spreekuur hopen Kok en Van Noort de bewustwording onder collega's en huisartsen te vergroten. "Er zijn zo'n drie miljoen amateurmusici in Nederland", besluit Van Noort. "Veel van hen hebben klachten aan het bewegingsapparaat. Voor patiënten is het dan heel fijn dat de huisarts ze kan doorverwijzen naar ons, vanwege de specialistische en snelle hulp. Gelukkig zien we dat de fysieke begeleiding van musici steeds beter wordt, ook op het conservatorium. Maar het kan altijd beter. En daar zijn wij voor." 



Thuis in het Vrouw & Kind centrum

Het Spaarne Gasthuis heeft een groot deel van de zorg voor vrouwen en kinderen samengebracht in het Vrouw & Kind centrum. Hier staat gezinsgerichte zorg centraal. Kersverse moeders Mae en Gisella vertellen hoe dat beviel.

Mae de Weers Schilling, moeder van baby James (op foto):

"De menselijke benadering. Dat is mij vooral bijgebleven aan het Vrouw & Kind centrum. Bevallingen lopen nooit zoals je verwacht, en de mijne ook niet. Ik kreeg na een heftige weeënstorm een ruggenprik, terwijl

ik eigenlijk zonder pijnbestrijding wilde bevallen. Maar de zorg, aandacht en advisering waren zo fijn dat ik me daar toch prettig bij voelde. Want alles gaat in overleg. Ze kijken echt naar hoe jij je voelt, en wat goed is voor jou én je kind. Dat voelt heel warm. Ik kijk er dan ook met een goed gevoel op terug."

Gisella Kaatee, moeder van baby Hugo:

"Ik ben met dertig weken in het VU bevallen van Hugo. Daarna heeft hij nog een maand in het Vrouw & Kind centrum gelegen. Ideaal. Ik

kon zijn kamertje zelf inrichten, en er echt een thuis van maken. Ik ben alleenstaande moeder, dus de extra aandacht die ik kreeg was heel fijn. Tegelijkertijd stimuleren ze je om veel zelf te doen, waardoor ik me in het Spaarne Gasthuis pas echt moeder begon te voelen. Het zijn dan ook de kleine gebaren die me het meest zijn bijgebleven. De verpleegkundige die me een boek kwam brengen om te lezen. De arts die vroeg of ik bij het oogonderzoek van mijn zoontje wilde zijn. Dat soort dingen. Het lijkt onbelangrijk, maar is tijdens zo'n ingrijpende periode zo waardevol." ●

Deze keer aandacht voor de prijswinnende onderzoeken op het Wetenschap in Beeldsymposium en EBP-event van 18 juni in het Spaarne Gasthuis.

Onderzoeksresultaten

2019

WINNAARS
WETENSCHAP
IN BEELD-
SYMPOSIUM
2019

1e prijs Reinier Veenhovenpenning: Bloedstillende antistolling in het Spaarne Gasthuis

Renate van Uden, aios ziekenhuisfarmacie

'Het combineren van antitrombotica is bij een hoog trombotisch risico geïndiceerd, maar geeft een twee tot vier keer verhoogd risico op bloedingen. Richtlijnen adviseren om deze combinaties voor een beperkte periode te gebruiken. Voor ons onderzoek hebben we gekeken naar alle opgenomen patiënten in het Spaarne Gasthuis die twee of meer antitrombotica gebruiken. Er werd nagegaan of zij een indicatie hadden voor de voorgeschreven antitrombotica. Van de 446 geïnccludeerde patiënten bleek dat 50% geen indicatie (meer) had voor de voorgeschreven combinatie. De apotheker nam bij deze patiënten contact op met de voorschrijver en bij 98% werd het antitrombotisch beleid aangepast. Vanuit de apotheek gaan we meer aandacht geven aan het goed voorschrijven van antitrombotica, zowel in ons ziekenhuis als in de eerste lijn, om de medicatieveiligheid te verhogen en bloedingen te voorkomen.'

WINNAAR
EBP-
EVENT

Beste presentatie: Eusolgebruik bij open

geïnfecteerde wonden

Fatima Elgourara-Echadi, verpleeg-

kundige interne geneeskunde

'De publieksprijs voor de beste presentatie werd toegekend voor de PICO (patiënt, interventie, controle, 'outcome) over het gebruik van Eusol bij open geïnfecteerde wonden. Uit dit onderzoek bleek dat er te veel nadelen kleven aan deze behandeling: Eusol beïnvloedt de wondverzorging negatief.'

2e prijs: De typische RSV-hoest: mythe of realiteit?

Mirjam Binnekamp, anios kindergeneeskunde

'Dokters en verpleegkundigen claimen regelmatig dat er zoiets bestaat als een typisch RSV-hoestje. Wij hebben onderzocht of zij ook daadwerkelijk in staat zijn om baby's met RSV te onderscheiden van baby's met andere luchtweginfecties. Het bleek dat zowel artsen als verpleegkundigen dit in zekere mate kunnen herkennen. Zij konden dit vooral significant beter dan artsen in opleiding, maar er was nog steeds grote variatie tussen medisch personeel onderling.'

3e prijs: Daycare: GO or NO GO?

Erik Tieken, kindergeneeskunde

'In ons MUIS-geboortecohort, bestaande uit 118 gezonde kinderen, hebben we gekeken naar invloeden op het doormaken van luchtweginfecties op jonge leeftijd. Crèchebezoek en/of aanwezigheid van broers/zussen verhoogt het risico op luchtweginfecties significant. Daarentegen heeft het ontvangen van borstvoeding (drie maanden of langer) juist een beschermend effect. De analyse voor klachten op de langere termijn (tot de vierde verjaardag) zal volgen in een publicatie.'

dossier

Pijn



Pijn is een lastig onderwerp. Iedereen weet wat het is en hoe het voelt, maar toch ervaart ieder mens het verschillend. Daardoor zijn pijn en pijnbeleving moeilijk te definiëren. Of het nu om acute, chronische, nociceptieve of neuropatische pijn gaat; pijn is naast een lichamelijke, ook een emotionele ervaring. En daar wordt in de medische wereld steeds meer aandacht aan besteed.

Pijnperceptie; een combinatie van fysieke, psychische en sociale factoren

Feit en fictie, do's & dont's

Pijn is een perceptie. Ieder mens heeft pijn op zijn eigen manier, afhankelijk van context, ervaring, cultuur en nog meer variabelen. Des te lastiger voor zorgverleners om die eigen inkleuring van pijn te begrijpen en te behandelen. Toch valt er veel te winnen, zowel voor artsen als patiënten.

TEKST RUUD SLIERINGS



Bart van Buchem is fysiotherapeut en pijnspecialist. Hij behandelt en begeleidt mensen met chronische pijn en functionele stoornissen. Met Mark Langerhorst vertaalde hij het boek *Explain pain* van David Butler en Lorimer Moseley. Met de Nederlandse titel - *Begrijp de pijn* - legt hij nog scherper de vinger op de zere plek: kunnen we pijn wel goed begrijpen? Van Buchem: "We hebben eigenlijk geen goede meetinstrumenten voor pijn. Waar we het mee moeten doen is: de patiënt in de ogen kijken en de (non-)verbale vertaling van zijn pijn analyseren. Pijn is een perceptie waarin context cruciaal is: waar, met wie, hoe, geur, kleur, huisarts, ziekenhuis; het kan allemaal een rol spelen in de ervaring van pijn. De uitdaging voor de arts is om in die jungle van factoren een goede afweging te maken."

Screening met kennis

Er is een tijd gedacht dat met FMRI-scans pijn in beeld gebracht kon worden. "Maar de gebieden in de hersenen die bij pijn actief zijn kun je ook stimuleren zonder dat iemand pijn ervaart. Zonder brein geen pijn, maar zonder lichaam ook niet. Aan de andere kant: pijn en weefselschade hangen slecht met elkaar samen. Pijn biedt slechts een indicatie van de schade. Wat helpt om te voorkomen dat een patiënt onnodige behandelingen worden aangepraat, zijn richtlijnen en kansberekening. Bij iemand die bijvoorbeeld zijn eerste episode rugpijn heeft en in stabiele omstandigheden leeft, is de kans op normaal herstel 95%. Die groep heeft geen specialist of uitgebreide therapie nodig. Maar bij iemand met een hoge psychosociale belasting in zijn leven, is de kans op normaal herstel veel kleiner."

Daarom is de context van de pijnbeleving zo belangrijk: "De huisarts speelt een cruciale rol, die heeft het meeste inzicht in de levensstijl en omstandigheden van de patiënt. Probleem is dat een goed gesprek tijd kost. Omdat die vaak ontbreekt,

wordt de patiënt misschien toch te snel of te laat doorverwezen naar de therapeut of pijnpoli. Vaak krijgen dan structuren de schuld, de spier bijvoorbeeld, terwijl we weten dat het oorzakelijk verband tussen pijn en de conditie van weefsel bijna nihil is. Natuurlijk, een fysiotherapeut wil met patiënten aan de slag, en op de pijnpoli is er ook een specifiek behandelaanbod. Maar interventies zijn vaak alleen effectief binnen specifieke groepen. En de beste behandeling staat niet altijd op de kaart."

—

'Het gaat erom dat de patiënt participeert, zinvolle dingen blijft doen'

Zelfregie

In *Begrijp de pijn* reiken de auteurs strategieën aan om met pijn om te gaan, bijvoorbeeld werken aan zelfregie: "Mensen afhankelijk maken van passieve routes - alleen medicatie, fysiotherapie, prikken, operaties - maakt ze niet beter. Sterker nog, bijvoorbeeld pijnstillers zijn op den duur niet alleen verslavend, maar verergeren de pijn zelfs. Belangrijk is dat je uit die spiraal blijft, dat de patiënt de regie weer pakt, dat de arts de patiënt motiveert te doen wat voor hem of haar het beste is."

Maar hoe zorg je ervoor dat de pijn van 'ondraaglijk' verandert in 'draaglijk'? Van Buchem: "Op dit moment moeten we accepteren dat ongeveer dertig procent van de patiënten met aanhoudende pijnklachten blijvend baat heeft bij behandeling. Kortom, er is geen Haarlemmer Olie. De basis voor effect is geruststelling. Je moet kunnen duiden hoe iemand zijn pijn beleeft en op basis daarvan een risicoanalyse maken. Feit en fictie uit elkaar houden, do's en dont's



Bart van Buchem
fysiotherapeut
en pijnspecialist

uitleggen, zodat de patiënt die regie daadwerkelijk kan pakken. Wat we niet moeten doen, is iemand onnodig lang in onzekerheid laten. Therapie, gekoppeld aan een traject om iemand te activeren en weer te laten participeren, werkt meestal beter en is duurzamer dan het aanbrenge van alleen een pijnblokade. Dat herkennen - wat is voor deze patiënt het beste? - is de clou. Zoek de dialoog op, vertel hoe het zit. Kennis bij de patiënt over wat pijn wel en niet doet, heeft voordelen: minder zorgconsumptie, minder medicatie, meer kwaliteit van leven. Of ook de pijn vermindert, tonen de studies niet aan. Dat is ook minder belangrijk, want het gaat erom dat de patiënt participeert, zinvolle dingen blijft doen. Kennis is daarin erg belangrijk."

Cultuuromslag

Van Buchem constateert dat er tegenwoordig meer aandacht is voor de samenhang tussen fysieke en psychosociale factoren. Maar het is nog niet de standaard in het geneeskunde-curriculum. De kennis die overgedragen wordt gaat vooral over wat je kunt voorschrijven bij pijn. Kennisverwerving over de complexiteit van pijn zit vooral in de nascholing (Van Buchem verzorgt geregeld workshops en cursussen op dit gebied).

En dat is niet het enige: "De samenwerking in de zorg is vaak niet goed afgestemd op effectieve pijnbehandeling. Het vergt niet alleen een goed netwerk - weten wie je wanneer naar welke specialist doorverwijst - het vergt ook een soort cultuuromslag. Je kunt een mens niet opdelen in verschillende stukken. Als het om het begrijpen van pijn gaat, moet de dokter ook een beetje psycholoog zijn." 



Pijnlijke cijfers

—

20%

van de Nederlanders lijdt aan chronische pijn

64%

van de pijnpatiënten heeft ernstige tot zeer ernstige klachten

42%

Bij van de patiënten is pijn in de onderrug de meestvoorkomende klacht

25%

Bij van de patiënten is de oorzaak van de pijn niet bekend

58%

zoekt langer dan een jaar naar een goede behandeling

30%

gaat minstens tien keer naar een behandelaar

(bron: gezondheidsnet.nl)



Effect VR-bril op pijn onderzocht

Het Spaarne Gasthuis heeft een klein onderzoek gedaan naar het effect van videobrillen en VR-brillen op pijn en stress bij mannen die een sterilisatie moesten ondergaan. Er deden in totaal 140 mannen mee, waarbij de eerste groep de normale behandeling kreeg, de volgende 43 mannen de videobril en de laatste 36 mannen een VR-bril op kregen.

Pijnscores bij de mannen bleken in alle groepen lager te zijn dan a priori werd verwacht. Ook bleek er geen verschil in pijn en angst tussen de groepen te zijn, en leek er dus geen positief effect te zijn van het dragen van een videobril of een VR-bril. Desondanks raadde 93% van de mannen de videobril aan voor gebruik door toekomstige patiënten, net als 81% van de mannen die de VR-bril hadden.

Acute Pijn Service in de kliniek

Veel pijn zorgt, naast ongemak, ook voor de aanmaak van stresshormonen die het genezingsproces belemmeren. Optimale pijnbestrijding na een operatieve ingreep is dan ook van groot belang voor de genezing en het welzijn van de patiënt. De Acute Pijn Service (APS) van het Spaarne Gasthuis monitort in Haarlem Zuid en Hoofddorp de postoperatieve pijnbestrijding. In de avond en het weekend is de dienstdoende anesthesioloog hier verantwoordelijk voor.

Anders dan de sedatie praktijk specialist (die gaat over de slaap/bewustzijnsverlagende middelen) houdt de APS zich specifiek bezig

met alles rondom pijn. De APS geeft pijneducatie aan arts-assistenten, verpleegkundigen en andere betrokken disciplines.

Een medewerker van de APS (een anesthesiemedewerker of recoveryverpleegkundige) bezoekt alle patiënten die pijnstilling krijgen via een PCA (pijnpomp), een epiduraalkatheter, of andere vorm van pijnbestrijding.

Tijdens dit bezoek controleert de medewerker de pijnbestrijding, optimaliseert deze zo nodig, en signaleert vroegtijdig mogelijke complicaties. Ook krijgt de patiënt uitleg over de pijnstillingsvorm waar op dat moment voor gekozen is.

column

Pijn is een emotie

Fred heeft pijn. Fred gaat dood. Als ik Fred op de polikliniek pijnbestrijding zie, heb ik moeite om de persoon en zijn ziekte te matchen. Hij is van mijn leeftijd. Jong dus, naar mijn maatstaven. Hij ziet er gespierd uit en is goed gebuurd. Aan de buitenkant zie je niets van de kanker die hij in zich draagt. "Mijn rib doet zo'n pijn", zegt hij, "en die pillen doen allemaal niets".

In zijn zesde rib zit een metastase van longcarcinoom. Het is er een van velen. Als ik doorvraag naar zijn pijn vertelt hij dat het een pijn is die komt en gaat. Als een dolk in zijn lichaam, onhoudbaar. De pijn zit niet echt vast aan bewegen, maar na belastingen is het wel erger, vooral 's avonds en 's nachts. Eigenlijk wil hij geen pillen slikken. Hij is bang suf te worden en niet meer te kunnen rijden. Hij moet nog met zijn gezin op vakantie. En hoe komt hij anders naar de zaak?

Al snel merk ik dat ik nadenk over medicatie, zenuwblokkades en andere dingen om deze nociceptieve pijn te bestrijden. Maar ben ik dan wel op de goede weg? De theorieën over pijn maken in de laatste jaren snelle ontwikkelingen door. Het belangrijkste is dat pijn en nociceptieve input niet overeenkomen. Dit betekent dat het elektrische signaal dat na stimulatie van een (nociceptieve) zenuw in het ruggenmerg aankomt weinig zegt over de pijn die iemand ervaart. Dat zijn totaal andere dingen. Pijn is een primitieve emotie die zegt dat het lichaam in gevaar is. Eigenlijk verschilt het weinig van angst of verdriet. Die primitieve emotie wordt je gewaar als bepaalde 'neurotags' worden geactiveerd. Neurotags zijn combinaties van zenuwcellen die een reactie van het lichaam bewerkstelligen. Die reactie kan pijn zijn, maar ook zweten, roodheid, angst en ga zo maar door. Deze neurotags kunnen beïnvloed worden door andere neurotags, in positieve maar ook in negatieve zin. Deze beïnvloedende neurotags worden DIM's en SIM's genoemd: Danger In Me of Safety In Me. Die DIMs en SIMs bestaan uit visuele of auditieve input, geuren, herinneringen, enzovoort. De optelsom van alle DIMs en SIMs bepaalt of er een actie neurotag zoals pijn wordt geactiveerd.

Als ik met deze theorieën in het achterhoofd naar Fred kijk, zie ik een en al DIM's. Nociceptieve input versterkt door verdriet, sociale onmacht en spirituele nood. Ga er maar aanstaan. De lichamelijke kant benadrukken gaat natuurlijk zijn pijn niet oplossen, maar ik twijfel over de vervolgstappen. Ik doe vervolgens mijn best om SIM's toe te voegen. Door zijn psychosociale leven uit te vragen, het spirituele te verkennen, empathisch te zijn en hem vertrouwen te geven. Maar continu denk ik dat als ik daar zou zitten, er geen SIM's in de wereld genoeg zouden zijn om mij van mijn pijn te verlossen. ◉

Dirk de Vries

is anesthesioloog en pijnspecialist
en sinds 2004 werkzaam in het
Spaarne Gasthuis.



Sturen op pijnverlichting bij polyneuropathie

Tussen de 250.000 en 300.000 Nederlanders lijden aan chronische polyneuropathie. Genezing is zelden mogelijk, maar de zenuwpijn verlichten en voorkomen dat de pijn erger wordt, kan soms wel. Neuroloog Marijke Eurelings geeft uitleg.

TEKST RUUD SLIERINGS BEELD ISTOCK

Polyneuropathie betreft de beschadiging aan meerdere zenuwen tegelijk, in tegenstelling tot mononeuropathie waarbij het om één zenuw gaat (bijvoorbeeld een beknelde zenuw, zoals het carpaletunnelsyndroom, aan-gezichtspijn of prikkeling van de elleboogzenuw). Vaak begint polyneuropathie heel geleidelijk, zegt Eurelings: "Meestal begint het bij de voeten, kruipt het naar de onderbenen en gaan in de loop van de tijd ook de handen 'meedoen'. Als de gevoelszenuwen geraakt worden, uit dat zich als een doof gevoel, tintelingen, een brandend gevoel of pijn, soms omschreven als een soort kiespijn. Worden de zenuwen die spieren aansturen betrokken, dan uit dat zich als verlies van kracht. Polyneuropathie kan een chronische of acute vorm aannemen. In het eerste geval ontstaan de klachten geleidelijk in een periode van maanden en nemen ze in jaren langzaam toe. Bij acute polyneuropathie ontstaan de klachten in maximaal enkele weken en is er meestal sprake van een ontsteking. Daarbij treedt ook vaak krachtverlies in de spieren op, bijvoorbeeld bij het Guillain-Barré syndroom."

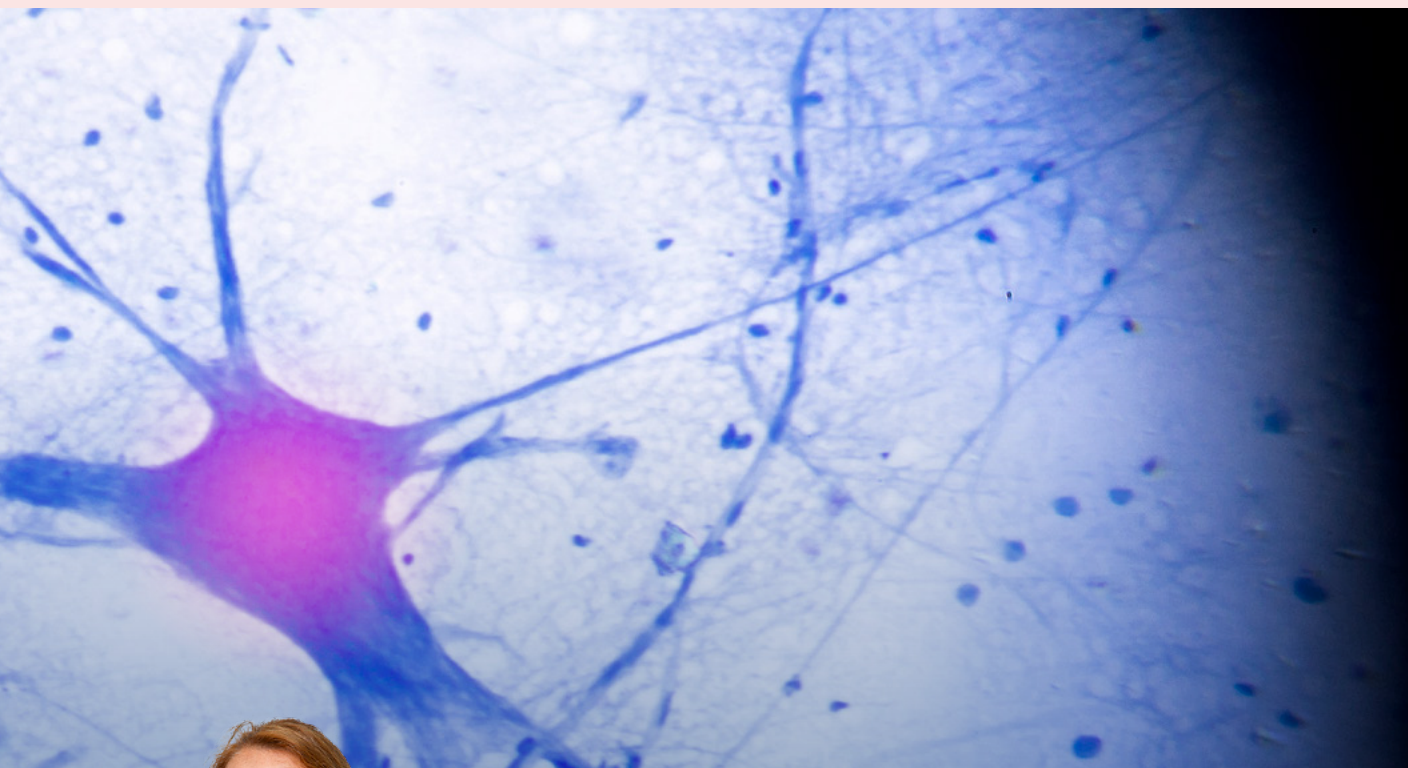
Oorzaak (on)bekend

Polyneuropathie kan door veel dingen veroorzaakt worden. In Nederland zijn dat vooral suikerziekte (bijna 30%), alcoholgebruik (circa 7%), aandoeningen aan organen zoals de schildklier of de nieren, vitamine-B-tekort of juist een teveel aan vitamine B6, chemotherapiebehandelingen of erfelijke

aandoeningen. Eurelings: "Onderzoek levert veel informatie op. Recent is bijvoorbeeld ontdekt dat te veel vitamine B6, dat wordt toegevoegd aan zogenaamd gezonde vitaminedrankjes, polyneuropathie kan veroorzaken. Over bijwerkingen van bijvoorbeeld platinum derivaten bij borstkanker of de behandeling van hematologische kankers zoals de ziekte van Kahler weten we ook steeds meer. Er is één vorm van polyneuropathie waarvan we de oorzaak niet weten: chronische idiopathische axonale polyneuropathie (CIAP). Deze aandoening komt veel voor bij vijftigplussers: naar schatting 70.000 mensen boven de vijftig jaar hebben deze polyneuropathie. Dat is dus een grote groep patiënten, maar helaas weten we nog niet hoe CIAP ontstaat."

Diagnose lastig?

Niet precies weten hoe een ziekte ontstaat bemoeilijkt ook de diagnose, al geeft Eurelings aan dat de symptomen van polyneuropathie voor een huisarts goed herkenbaar zijn. Het is vooral een kwestie van de gevoelsstoornis of het spierkrachtverlies bij de patiënt relateren aan deze zenuwaandoening: "Dat gebeurt over het algemeen goed, zeker als de ziekte het gevolg is van suikerziekte of alcoholgebruik. Dat polyneuropathie niet goed gediagnosticeerd zou worden - zo wordt het soms door patiënten ervaren - heeft wellicht te maken met het feit dat de ziekte zich langzaam ontwikkelt en het even duurt voordat je met relatieve zekerheid de diagnose kan stellen. Met name bij ouderen kan een verandering in mobiliteit geduid worden als 'horend bij het ouder worden'. Daarom is het altijd goed door te



**Marijke
Eurelings**
neuroloog


vragen en de kracht en reflexen te testen om achter de oorzaak van bewegingsinstabiliteit en verlies van mobiliteit te komen. Bij twijfel is doorsturen naar de neuroloog uiteraard een goede optie, zodat zo nodig een elektromyografie gedaan kan worden. Daarmee wordt de geleiding van de zenuwen getest, beoordeeld of de klachten zoals pijn het gevolg zijn van een andere aandoening, en om, als dat mogelijk is, gericht te kunnen gaan behandelen.”

Blijvende schade

Helaas is er geen behandeling om de beschadiging van de zenuwen ongedaan te maken. Het proces van beschadiging kan soms gestopt en tot op zekere hoogte gekeerd worden, maar de kans dat de klachten geheel verdwijnen is vrijwel nihil: “Als je de oorzaak kent en die kunt wegnemen, is er een kleine kans dat polyneuropathie verdwijnt, maar in verreweg de meeste gevallen is de schade onherstelbaar. We kunnen er niet een nieuw stuk zenuw aanlijmen. Gelukkig kunnen we er wel voor zorgen dat de patiënt er zo min mogelijk last van heeft. Met bijvoorbeeld antidepressiva of anti-epileptica in

een lage dosering kan de pijn worden verzacht en erger worden voorkomen. Nadeel is wel dat je een afweging moet maken tussen de bijwerkingen van de medicijnen en de verlichting die deze medicijnen brengen voor de pijn.”

Vaak hebben polyneuropathiepatiënten ook last van slapeloosheid door het vervelende gevoel in hun voeten. Eurelings: “Het is fijn dat door het gebruik van sommige antidepressiva of anti-epileptica mensen ook beter slapen. Verder is er een belangrijke rol voor de revalidatiearts in de behandeling. Met behulp van schoeisel of andere hulpmiddelen kan de instabiliteit verminderd en de pijn verzacht worden. Hierin speelt ook het leren omgaan met pijn een rol, waarbij patiënten leren accepteren dat het nooit helemaal weg zal zijn.”

In al deze behandelingstrajecten speelt de eerstelijnszorg een cruciale rol, zegt Eurelings: “De huisarts kent de patiënt goed en kan op basis van zijn of haar verhaal de diagnose stellen. Minstens zo belangrijk is de keuze voor de behandeling en de begeleiding in de omgang met polyneuropathie, want helaas komen de meeste mensen er niet van af.” 

‘Er is één vorm van polyneuropathie waarvan we de oorzaak nog niet weten’



Zou ik verbaasd zijn als deze patiënt er over twaalf maanden niet meer is? Dat is de zogenaamde *surprise question*:

een methode om een palliatieve patiënt te identificeren. Is het antwoord op die vraag nee, dan is palliatieve zorg namelijk wellicht de beste optie voor de patiënt. En die herkenning is net zo belangrijk als de behandeling. Anesthesioloog en pijnspecialist Dirk de Vries vertelt.

Palliatieve pijnbestrijding

Het is een vraag die elke arts zichzelf moet durven stellen”, aldus De Vries. “We zien namelijk dat patiënten die niet worden herkend als palliatief, eerder worden verwezen voor overbodige onderzoeken of behandelingen. Vaak komt dit niet overeen met de wensen van de patiënt. Dat komt doordat vooral in het ziekenhuis de zorg gericht is op cure en niet op care, terwijl juist in de laatste fase van het leven er meer gedacht moet worden aan de kwaliteit van leven dan aan overleving. Onderzoek en behandelingen in het ziekenhuis zorgen vaak voor een onnodige belasting voor patiënt en naasten. Dat zijn allemaal dingen die we willen voorkomen want dat leidt tot meer lijden dan goede palliatieve zorg.”

Vier pijlers

De multidisciplinaire vakgroep palliatieve zorg waar De Vries deel van uitmaakt richt zich op vier pijlers: lichamelijk, sociaal, psychologisch

en spiritueel welzijn. Pijnklachten kunnen worden veroorzaakt door problemen die in ieder van deze vier pijlers aanwezig kunnen zijn. Juist bij de palliatieve zorg is vaak in meer dan één van deze pijlers een probleem en kun je pijnklachten niet bestrijden met een behandeling die zich maar op één aspect richt.

Pijnbestrijding

Bij palliatieve pijnbestrijding zijn verschillende technieken mogelijk, die een aanvulling moeten zijn op de eerstelijnsbehandelingen. “Verschillende injectietechnieken, medicamenteuze technieken en transcutane elektrostimulatie. Maar in sommige gevallen ook op westerse theorieën gebaseerde acupunctuur. Het belangrijkste in deze fase is quality of life, dus is het zoeken naar een combinatie van behandelingen die de minste kans op bijwerkingen geven.”

Westerse acupunctuur

Hoewel acupunctuur ook in het grootste kankerbehandelcentrum ter wereld wordt toegepast als

vorm van pijnbestrijding, bestaat er een zekere scepsis onder artsen. “Het is jammer dat het in Nederland al snel wordt afgedaan als kwakzalverij, want het is een waardevolle toevoeging aan de behandeling. Er is een westerse stroming die evidence-based is. Daarbij wordt het effect gebaseerd op de fysiologische effecten die acupunctuur heeft, zoals de afgifte van opioïde peptiden en segmentale inhibitie in het ruggenmerg.”

In beweging

Bovenal is De Vries overtuigd van de belangrijke rol die palliatieve zorg vervult in het zorgaanbod. En hij is niet de enige. “Palliatieve zorg is enorm in beweging. Dat heeft deels te maken met onderzoek waaruit blijkt dat goede palliatieve zorg een betere kwaliteit van leven geeft voor de patiënt tegen lagere kosten voor de gemeenschap. Regering en zorgverzekeraars hebben dat ook opgemerkt, waardoor er veel ontwikkeling is in het vakgebied. En terecht, denk ik in dit geval.” ●

SIGNAAL



Nicoline van Os, aandachtsfunctionaris
huiselijk geweld en kindermishandeling:

**'Vraag door als je
het niet vertrouwt'**



TEKST HILDE DUYX BEELD ISTOCK

De meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling helpt professionals bij vermoedens van mishandeling of huiselijk geweld. Maar vaak zijn deze situaties complex en kan het lastig zijn de juiste afweging te maken.

Klopt het dat het aantal meldingen van mishandeling toeneemt in Nederland?

“Ja, dat is zo. Als het gaat om kindermishandeling, dan zijn op dit moment jaarlijks maar liefst 119.000 kinderen slachtoffer daarvan. Wij zien in het ziekenhuis soms wel tien tot dertig kinderen per maand bij wie er vermoedens zijn van mishandeling. Maar vergeet ook de ouderen niet. Daar nemen de meldingen ook toe. Door alert te zijn op de signalen kunnen we voorkomen dat het van kwaad tot erger gaat.”

Hoe zorg je ervoor dat medewerkers de signalen goed oppakken?

“Door goed samen te werken en de verbinding op te zoeken. In het Spaarne Gasthuis zijn twee werkgroepen en een commissie die zich hiermee bezighouden, met mensen vanuit de hele organisatie. Van de SEH-verpleegkundige tot aan de geriater en de kinderarts. Ook Veilig Thuis is vertegenwoordigd. Wij trainen en scholen medewerkers en wijzen hen op de meldcode, een stappenplan dat de zorgprofessional helpt vermoedens van huiselijk geweld of kindermishandeling in beeld te krijgen. Het gaat hierbij niet alleen om vermoedens van fysiek geweld, maar ook van psychisch of seksueel geweld en verwaarlozing.”

Wat is hét moment dat je de meldcode erbij pakt?

“Meteen als je voelt, hier klopt iets niet. Stel, een moeder komt met haar zoon op de spoedeisende hulp. De jongen heeft zijn been gebroken, maar de arts constateert ook een blauwe plek op zijn rug en in zijn nek. Als die verwondingen niet kloppen bij het verhaal van de moeder, dan moet je de meldcode meteen starten – dat is verplicht. Overleg met collega's, bespreek je zorg met de moeder, overleg nogmaals met een collega of met Veilig Thuis en organiseer hulp. Als dat laatste niet mogelijk is omdat de moeder bijvoorbeeld niet wil of kan meewerken, zal er waarschijnlijk een melding bij Veilig Thuis volgen.”

‘Op het gebied van ouderenmishandeling zou signalering beter kunnen’

Je wilt natuurlijk niemand beschuldigen die onschuldig is. Maakt dit het extra lastig?

“Ja, en daarom is zorgvuldig communiceren ook zo belangrijk. Er zijn al medewerkers die enorm goed getraind zijn en anderen kunnen ondersteunen. Maar natuurlijk is er ook twijfel

en is nog niet iedereen zich bewust van de signalen. Op het gebied van ouderenmis-handeling zou de signalering ook nog beter kunnen. Hierover hebben wij contact met de vertrouwensarts van Veilig Thuis.”


Hoe komt het dat bij ouderen de signalen nog onvoldoende worden opgepikt?

“Er is bij ouderen meer handelingsverlegenheid. Het zijn volwassen mensen die je voor je hebt, die zich schamen en vaak niet open zijn. Best lastig om dan toch door te vragen, zeker bij twijfel en in de drukte van de dag. Leg het toch maar op tafel als iets niet goed voelt. Je kunt er zoveel ellende mee voorkomen.”

Aan jou de taak dus om het bewustzijn te vergroten. Wat zijn andere taken van een aandachtfunctionaris?

“Het structureel coördineren van deskundige en professionele zorg. Ik breng advies uit en ondersteun medewerkers als zij vragen hebben over een bepaalde casus. Of ze iets wel of niet moeten melden. Over wat ze het beste kunnen doen wanneer ze ergens geen goed gevoel bij hebben. Of ik help mee met het invullen van de meldcode. Het is natuurlijk een erg gevoelig onderwerp, je merkt dat mensen toch vaak terughoudend zijn. Daarnaast signaleer en inventariseer ik de meldingen, volg ik de beleidsontwikkelingen om waar nodig de protocollen up to date te houden.”

Hoe zorg je ervoor dat de aanpak van geweld en mishandeling echt op de kaart blijft staan?

“Door alert te blijven. Ik zie gelukkig een stijgende lijn. Er wordt op dit gebied meer getraind en geschoold dan ooit. Het doel is om mensen met elkaar te verbinden, intern maar ook extern. Dan gaat het dus om Veilig Thuis, maar bijvoorbeeld ook de politie, de gemeente en de huisartsen. Door casuïstiek met elkaar te bespreken, zaken terug te koppelen; wat doen we goed, wat kan er beter, wat kunnen we van elkaar leren? Door die kennisoverdracht weten uiteindelijk steeds meer mensen hoe te handelen volgens de meldcode, wat onze wettelijke plicht is als medewerker in de zorg.” 



Nicoline van Os
aandachtsfunctionaris
huiselijk geweld en
kindermishandeling

Onder de meldcode valt:

- Huiselijk geweld
- Kindermishandeling
- Kindcheck / Mantelzorgcheck
- Ouderenmishandeling
- Eergerelateerd geweld
- Vrouwelijke genitale verminking
- Mensenhandel
- Geweld van kind naar ouder

De vijf stappen zijn:

1. Signalen in kaart brengen
2. Overleg met een collega of eventueel Veilig Thuis
3. Gesprek met cliënt
4. Wegen van huiselijk geweld/kindermishandeling
5. Beslissen: hulp organiseren of melden

Opening kindvriendelijke verhoorkamer

Sinds mei is in het Centrum voor Seksueel Geweld in het Spaarne Gasthuis Hoofddorp een kindvriendelijke verhoorkamer. Deze AVR-ruimte is bedoeld voor kinderen van vier tot twaalf jaar en mensen met een lichte beperking die in aanraking komen met zedenzaken. Zij mogen alleen verhoord worden in speciale verhooruimtes. Deze ruimtes zijn zo ingericht dat kinderen en personen met een handicap zich op hun gemak voelen.

—
‘Ik zie een stijgende lijn.
Er wordt meer getraind
en geschoold dan ooit’





Vanaf begin dit jaar krijgt Walter Kok chemotherapie voor de ziekte van Kahler. De eerste zes weken moest hij soms drie, vier keer per week naar het ziekenhuis, ook vanwege andere behandelingen. Toen hem gevraagd werd of hij de tweede cyclus de injecties thuis toegediend wilde krijgen, zei hij direct ja: "De oncologieafdeling in Hoofddorp is best gezellig. Je maakt eens een praatje, mooi

uitzicht. Maar je bent soms zomaar een hele dag kwijt. Nu komt bijvoorbeeld Astrid langs om de medicatie toe te dienen. Heel prettig, het scheelt me veel tijd. Altijd aardige mensen, ze werken heel secuur en veilig. De medicatie zelf is in het ziekenhuis al dubbel gecheckt, maar hier fotografeert ze met haar iPad de injectie met mijn naamstickertje. Zo wordt vastgelegd in Epic dat ze bij mij is. Veiliger kan niet!"

Chemo thuis: nu nog nieuw, straks normaal

Toen Petra Knaven in 2017 afstudeerde als verpleegkundig specialist hematologie, had ze niet kunnen dromen dat haar onderzoek naar de behoefte aan chemo thuis niet alleen zou leiden tot een pilot, maar daadwerkelijk de ziekenhuiszorg in beweging zou zetten. “De tijd was er rijp voor, alles viel op zijn plek,” verklaart programmamanager oncologie Anita de Rooij.

TEKST MAAIKE SLIERINGS BEELD MARK VAN DEN BRINK

Knaven onderzocht bij een groep patiënten in het Spaarne Gasthuis die subcutane Bortezomib kregen in de behandeling tegen Multipel Myeloom (ziekte van Kahler) of er behoefte was om die injecties eventueel thuis toegediend te krijgen en welke variabelen daarbij van invloed zijn. “Die behoefte bleek groot bij deze groep oudere mensen, voor wie de gang naar het ziekenhuis heel ingrijpend en belastend is. Ook voor de mantelzorgers. Deze behandeling kent geen risicovolle bijwerkingen, en kan veilig thuis gedaan worden. Het vergt alleen even wat organisatie”, lacht Knaven. “De pilot sluit mooi aan bij de landelijke ontwikkelingen rondom chemozorg aan huis en bij de vraag van onze grootste zorgverzekeraar Zilveren Kruis of we hier al mee bezig waren”, vult De Rooij aan.

Veilig voor patiënt en verpleegkundige

“Bij Multipel Myeloom is deze subcutane Bortezomib onderdeel van de eerste behandeling”, vertelt Knaven. “Als voorbehandeling voor een stamceltransplantatie, of als een palliatieve behandeling voor een betere kwaliteit en verlenging van leven.

In de pilot zijn tien patiënten geïnccludeerd. De behandelend oncoloog of ik beoordeelen de deelname. Voorwaarden zijn alleen dat iemand de Nederlandse taal machtig is om te begrijpen wat het inhoudt, iemand moet de deur open kunnen doen en als er een hond is, moet die even in een andere kamer.”

“De veiligheid voor de patiënt is belangrijk, maar die van onze verpleegkundigen natuurlijk ook”, vindt de Rooij. “We nemen ervaringen van andere ziekenhuizen mee, zoals de tip over de hond, maar ook wat te doen bij een eventuele aanrijding, waar de verpleegkundige bij betrokken raakt. Met een duidelijk zichtbaar formulier in de auto, met informatie over de medicatie en wie te bellen in geval van nood, hebben we dat ondervangen.”

‘Ook bij mantelzorgers bleek de behoefte voor chemo thuis groot’

Petra Knaven
verpleegkundig
specialist
hematologie



Anita de Rooij
programma-
manager oncologie

Werkwijze


Knaven: "De eerste cyclus van de behandeling vindt in het ziekenhuis plaats. Zo weten wij hoe de patiënt reageert, de patiënt zelf raakt bekend met het middel en leert de verpleegkundigen kennen. Dan bieden we de mogelijkheid tot thuis prikken aan. Wanneer de patiënt hiervoor kiest, komt een van de verpleegkundigen van de dagbehandeling langs om thuis chemo toe te dienen. De dag ervoor wordt de patiënt gebeld hoe laat wie komt. Op de dag zelf levert de apotheek de medicatie, die dubbel wordt gecheckt op de dagbehandeling. De medicatie gaat gekoeld in een speciaal rolkoffertje mee in de auto. Bij de patiënt aangekomen volgt ze exact dezelfde procedure als in het ziekenhuis. Ze checkt naam en geboortedatum, maakt een foto van de medicatie met het etiket van de betreffende patiënt, zet dit direct in Epic, via een beveiligd programma op haar Ipad. Op dat moment is er in het ziekenhuis ook iemand bereikbaar voor eventuele vragen."

Positief ontvangen

De Rooij: "We doen deze pilot omdat we zorg op maat willen bieden. Financieel heeft het nog wat haken en ogen. Op het moment dat een verpleegkundige onderweg is, is ze niet inzetbaar op de afdeling. In de periode van 20 november tot half januari 2019 zijn er 75 injecties gegeven en is er 1765 km gereden. De pilot is door de tien geïncludeerde patiënten en betrokken medewerkers heel positief ontvangen. Dit maakt dat we voorlopig doorgaan om de ervaring vast te houden."

'We gaan voorlopig door om de ervaring vast te houden'

Wordt vervolgd


"Er ligt nu een advies bij de raad van bestuur. Na akkoord kunnen we verder met de uitwerking. Dat kan in eerste instantie betekenen dat we gaan opschalen met het Bortezomib middel, maar ook met andere middelen met datzelfde lage risico op reacties. Dat zou voor 200 patiënten 1400 toedieningen kunnen betekenen in de thuissituatie. Daar hoort dan de vraag bij of we dat in eigen beheer blijven doen, of dat we samenwerking zoeken met thuiszorgorganisaties. Chemo thuis is nu nog nieuw, maar zal de komende jaren beslist het nieuwe normaal worden." 



Juiste zorg op de juiste plek

Het Spaarne Gasthuis wil graag de juiste zorg leveren op de juiste plek. Soms is dat in het ziekenhuis, soms is de patiënt beter af bij de huisarts of een andere zorginstelling, soms in een ziekenhuis met bijzondere expertise. En steeds vaker ook thuis. Steeds meer technische ontwikkelingen maken het mogelijk om chronische ziektes goed te monitoren vanuit huis. Ook (delen van) behandelingen kunnen thuis worden aangeboden. Op die manier voorkomen we onnodige afspraken in het ziekenhuis en kunnen mensen zoveel mogelijk in hun eigen vertrouwde omgeving de zorg ontvangen. Dat komt de kwaliteit van leven en vaak ook het herstel ten goede.

Minimaal invasief opereren van basaalcelcarcinoom



Dit is basaalcelcarcinoom onder de microscoop. Sinds mei kunnen patiënten met deze vorm van huidkanker in het aangezicht terecht bij het Spaarne Gasthuis voor Mohs' micrografische chirurgie. Deze behandelwijze maakt het mogelijk heel precies te beoordelen of alle slechte cellen zijn weggesneden. Er wordt zo weinig huid weggenomen als mogelijk en zo veel als nodig. Tijdens een poliklinische operatie neemt de speciaal opgeleide dermatoloog een dunne rand huid weg rond de tumor. Die gaat ter plekke onder de microscoop. Als er geen kwaadaardige cellen meer in zitten, hoeft er niet verder gesneden te worden, en kan de wond hersteld worden.

Als er wel slechte cellen worden aangetroffen, wordt opnieuw een randje weggehaald. Zo gaat het door totdat er onder de microscoop geen kanker meer te zien is. Tijdens dezelfde operatie gaat de chirurg meteen over tot reconstructie van het aangedane deel van het gezicht. Dit is mogelijk door een intensieve samenwerking met de afdeling pathologie, KNO en plastische chirurgie. De patiënt hoeft dus maar één keer onder het mes en heeft de zekerheid dat alle kanker is weggehaald. Voor deze behandeling trok de vakgroep dermatologie twee artsen aan die gespecialiseerd zijn in deze verfijnde techniek: Göran van Rooijen en Kirsten Broekhof. ●

1.00mm

Nieuwe opleiding voor extra handen aan het bed

De zij-instroomopleiding verpleegkundige mbo is een unieke samenwerking tussen LOI, Zorgbalans en Spaarne Gasthuis. Mynou Egner is een van de eerste 20 studenten: "Deze opleiding is nieuw en zo divers, daar kan ik alle kanten mee op. Intussen krijg ik salaris en het is in de buurt. Echt super!"

Mynou werkte 13 jaar als stewardess en daarna even in de kinderopvang. Ze was begin veertig en dacht: leuk werk, maar hoe lang wil ik dit blijven doen? Toen op Facebook de informatieavond over deze opleiding voorbij kwam schreef ze zich gelijk in, waarna ze zich enthousiast aanmeldde. "Het voortraject kon ik naast mijn baan doen. Drie maanden eens in de drie weken een zaterdag school, via LOI een module maken en snuffelstages volgen. Dat geeft een goed beeld van wat je te wachten staat. Daarna moest ik nog solliciteren. Je moet er echt goed gemotiveerd aan beginnen."

Mooi werk

November vorig jaar startte Mynou in woonzorgcentrum Velsersduin (Zorgbalans), op de leerafdeling psychogeriatric. "Ik had zo'n PG-afde-

ling nog nooit gezien, maar wat een mooi werk is dat! Natuurlijk begin je vooral met helpen bij de dagelijkse handelingen, wassen en verschonen, maar later help je ook met medicijnen delen en wondverzorging. Uiteraard onder begeleiding. Ontzettend leerzaam." Drie periodes van zeven maanden in de ouderenzorg, wijkzorg en ziekenhuiszorg: zo krijgt Mynou opleiding en ervaring in verschillende disciplines. In het daaropvolgende profieljaar mag ze zelf een richting kiezen.

Levenservaring helpt

Mynou werkt nu met nog een collega-student bij chirurgie in Spaarne Gasthuis Haarlem Zuid. "Ook heel interessant, en het contact met de mensen vind ik zo leuk. De hele groep zij-instroomstudenten doet nog mee. We hebben app-groepen en samen lesdagen, dat stimuleert ook. De begeleiding is goed, je kunt er altijd terecht. Je moet wel zelf alles goed plannen en ook (praktijk)examens afspreken. Het is soms wel een gepuzzel om het in je gezinsleven in te passen, vooral met die verschillende diensten. Onze levenservaring helpt denk ik: ik ben open, weet van aanpakken, wacht niet af, stel vragen. Het valt me op dat iedereen ons wil helpen, maar niet altijd goed weet wat ze van ons kunnen verwachten. Dat is soms even zoeken. Logisch, wij zijn pas de eerste lichter, maar er volgen er vast en zeker meer!" 

TEKST MAAIKE SLIERINGS BEELD JEAN-PIERRE JANS





Spreekuur ernstig astma van start

Ongeveer vijf procent van alle volwassenen in Nederland heeft astma. Volgens recent onderzoek gebruikt bijna een kwart van die groep veel medicatie, maar blijft het bij een groot deel van die patiënten erg lastig de astmaklachten onder controle te houden. Bij deze patiënten is vaak sprake van ongunstige factoren van buitenaf of onjuist gebruik van medicatie die de behandeling belemmeren. Maar ook als die belemmerende factoren zijn geoptimaliseerd, houdt nog vier procent van deze patiënten veel klachten of een slechte longfunctie. Dit zijn de mensen met ernstig astma.

Tweeledig doel

Vanaf 1 oktober kunnen zij terecht op het ernstig astma spreekuur in het Spaarne Gasthuis Hoofddorp. Doel van dit spreekuur is tweeledig. Het in kaart brengen van de knelpunten bij deze groep patiënten is erg belangrijk voor hun kwaliteit van leven, maar dit is gespecialiseerd, intensief en tijdrovend werk, wat niet tijdens een routinebezoek aan de polikliniek gebeurt. Tijdens het nieuwe spreekuur voor mensen met ernstig astma is hier wél tijd voor. Daarnaast zijn er de laatste jaren nieuwe veelbelovende (maar kostbare) geneesmiddelen op de markt gekomen voor specifieke vormen van ernstig astma, zoals biologicals. Het stellen van de indicatie voor deze middelen en het kiezen van de juiste therapievorm wordt bij voorkeur door een gespecialiseerd team gedaan, waar dit spreekuur de mogelijkheid voor biedt.

Verwijzen

Huisartsen kunnen patiënten met (mogelijk) ernstig astma insturen via de polikliniek longgeneeskunde. Verwijzing naar het spreekuur gebeurt door de longartsen. Het spreekuur zal in eerste instantie één keer per twee weken op dinsdagochtend in Hoofddorp plaatsvinden.

Contact



Sneldiagnostiek-straat cardiologie

Het Spaarne Gasthuis opent als eerste ziekenhuis in de regio een snel-diagnostiek-poli met de modernste beeldvormingstechnieken voor mensen met klachten van pijn op de borst. Binnen één dagdeel kan, dankzij de nieuwe PET-CT-scanner, met grote zekerheid worden onderzocht of klachten van pijn op de borst veroorzaakt worden door vernauwingen in de kransslagaderen van het hart. Deze moderne scanner heeft een lage stralingsbelasting en heeft de plaats ingenomen van de fietstest, die slechts een beperkte betrouwbaarheid heeft. Hoog-risico patiënten met verdenking op angina pectoris komen in aanmerking voor verwijzing naar de snel-diagnostiek-poli. Dat kan vanaf 10 oktober. Bij verwijzing moet oriënterend bloedonderzoek verricht worden (Hb, vetspectrum en nierfunctie). Hiermee kan de cardioloog vooraf bepalen of mensen in aanmerking komen voor deze poli en welk traject wordt bewandeld. Op één dagdeel ziet de patiënt de cardioloog, wordt het onderzoek uitgevoerd en wordt de uitslag besproken.

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.

Hoofredactie
Peter de Winter
Els Heeremans

Tamara Naseri, Dirk de Vries, Esther de Wilde

Eindredactie
Esther de Wilde

Fotografie
Mark van den Brink,
Frank van Beek,
Jean-Pierre Jans


Bladconcept en vormgeving
Maters & Hermesen
Vormgeving

Illustraties
Monique Wijbrands,
Kaisa Pohjola

Artikelen
Peter Damen, Marijke Darlang, Hilde Duyx,
Maaike Slierings, Ruud Slierings, Els Heeremans, Nicole Huijboom,

Drukwerk
Easyprint

Lithografie
Studio Boon



Op de foto v.l.n.r.: Ernst Granneman (sedatie praktijk specialist), Mark Kolenbrander (anesthesioloog), Patrice Knol (sedatie praktijk specialist), Ellen Wulffraat (sedatie praktijk specialist).

Doet u mij maar een roesje

Tegenwoordig geven patiënten steeds vaker hun wens aan als het over hun zorgtraject gaat. Zo ook over sedatie tijdens onplezierige behandelingen en onderzoeken zoals een coloscopie, slokdarmonderzoek of de zoektocht naar stenen in de galwegen. Zo'n procedure kan stressvol en pijnlijk zijn. Daarom mogen patiënten altijd aangeven dat zij sedatie willen. In dat geval kan de sedatie praktijk specialist bijdragen aan het comfort.

De sedatie praktijk specialist geeft de patiënt procedurele sedatie en analgesie (PSA), waarbij analgesie staat voor pijnstilling en sedatie voor het zogenaamde 'roesje' (lichte slaap) of diepe slaap. De sedatie praktijk specialist dient PSA toe onder supervisie van de anesthesioloog. Volgens anesthesioloog Mark Kolenbrander krijgen patiënten deze vorm van sedatie en pijnstilling nog niet standaard aangeboden. Het toedienen van dit soort sedatie door

het sedatieteam en de daarmee samenhangende kwaliteit is nog niet altijd en overal bekend in het ziekenhuis of daarbuiten.

Op de afdeling MDL wordt steeds vaker PSA gegeven. Ook draaien er pilots op de afdelingen urologie, gynaecologie en kaakchirurgie. De ervaringen tot dusver zijn erg positief. De bedoeling is dat de sedatie praktijk specialist steeds vaker wordt ingezet in het kader van patiëntcomfort, kwaliteit en veiligheid. ◉