

juni 2024

HagaMagazine

Wetenschap & Opleiding



Eerder longkanker
vastgesteld met innovatieve
onderzoekstechniek

• 'Onderzoek is onderdeel
van de kindzorg' in Juliana
Kinderziekenhuis

• HagaZiekenhuis
vooruitstrevend met
OK-simulatieonderwijs

Wetenschappelijke publicaties van het HagaZiekenhuis en toegekende subsidies

Veel zorgprofessionals van het HagaZiekenhuis zijn betrokken bij wetenschappelijk onderzoek. Een overzicht van (recente) wetenschappelijke publicaties vind je op onze website. Ook vind je er een actueel overzicht van toegekende onderzoekssubsidies.



Scan de QR-code

‘Verbind je met de wetenschap’

Beste lezer,

Dit is alweer het zesde nummer van ons HagaMagazine Wetenschap & Opleiding waarin we aandacht besteden aan ontwikkelingen op het gebied van wetenschap en opleiden in het HagaZiekenhuis. Het is een bijzonder nummer, want we hebben een aantal vernieuwingen doorgevoerd. Zo verschijnt HagaMagazine vanaf nu één keer per jaar en verbinden we het blad voortaan met onze eigen jaarlijkse Week van de Wetenschap.

Het HagaZiekenhuis vindt het belangrijk om zich te ‘verbinden met de wetenschap’. Met de uitkomsten van wetenschappelijk onderzoek kunnen we de zorg voor onze patiënten iedere keer weer verbeteren. Naast het bieden van topzorg is wetenschappelijk onderzoek daarom één van de belangrijkste activiteiten in ons ziekenhuis. We stimuleren artsen, verpleegkundigen en andere zorgprofessionals dan ook om zelf wetenschappelijk onderzoek te verrichten of eraan mee te doen.

Op de volgende pagina’s vind je een divers aanbod aan verhalen, waaronder interviews met enkele sprekers van de Week van de Wetenschap: Janneke de Man van het LUMC vertelt over onze samenwerking op het gebied van verpleegkundig onderzoek, Agnes Kant over bijwerkingencentrum Lareb en onze gezamenlijke pilot, en Loes Visser over sekse en gender in onderzoek. Natuurlijk delen we in dit nummer weer onze wetenschappelijke output, komen promotieonderzoek, innovatie en opleiding aan bod en staan we stil bij actuele onderzoeken.

Tot slot gaan we dit jaar van start met het HagaOnderzoeksfonds om onderzoek te stimuleren en te faciliteren. Voor nu, wederom veel leesplezier! We melden ons weer met het zevende nummer in 2025. Weet ons intussen te vinden voor input en andere zaken!

Bart Hellebrekers
Decaan HagaAcademie & InnovatieLab en hoofdredacteur HagaMagazine

E-mail: wetenschapsmagazine@hagaziekenhuis.nl



6

**Als reanimatie niet genoeg is:
50 tot 70 procent kans op
overleven door inzet ECMO**



18

**Patiënt 6 minuten sneller op Holding
dankzij Lean-verbeterproject**



28

**Betere eczeemzorg door het Nationaal
Constitutioneel Eczeem Project**



36

**HagaZiekenhuis vooruitstrevend in
het opleiden van OK-personeel met
simulatieonderwijs**



38

**Inzet dure geneesmiddelen doelmatiger
door data-analyses CTcue**



**Aandacht voor wetenschap in het
Juliana Kinderziekenhuis: 'Onderzoek is
onderdeel van de kindzorg'**



HagaMagazine
digitaal lezen?
Ga naar
[hagaziekenhuis.nl/
hagamagazine](https://hagaziekenhuis.nl/hagamagazine) of
scan de QR-code

Colofon

Uitgave 6, juni 2024

Het HagaMagazine Wetenschap & Opleiding is een uitgave van HagaAcademie & InnovatieLab van het HagaZiekenhuis. Als lezer maak je kennis met verschillende wetenschappelijke onderzoeken die in het HagaZiekenhuis worden uitgevoerd door artsen, apothekers, verpleegkundigen, paramedici en andere medewerkers. Met veel enthousiasme informeren zij je over hun (promotie)onderzoek, nieuwe behandelingen, (zorg)innovaties en ontwikkelingen op opleidingsgebied.

Het HagaZiekenhuis behoort tot de Samenwerkende Topklinische opleidingsZiekenhuizen (STZ-ziekenhuizen) in Nederland. Wij onderscheiden ons door steeds de voorhoedepositie te kiezen met patiëntgericht wetenschappelijk onderzoek, topklinische zorg en opleiding.

Coverfoto
Longartsen Pepijn Brocken en Duco Schippers tijdens een navigatiebronchoscopie

Redactie

Bart Hellebrekers, gynaecoloog en decaan HagaAcademie & InnovatieLab
Talitha Warning-de Keijzer, wetenschapscoördinator
Stephan Leroux, fysiotherapeut en teammanager Fysiotherapie
Loes Visser, ziekenhuisapotheker en voorzitter Wetenschaps- en onderzoekscommissie
Mark Ketelaars, onderzoeker in opleiding
Franca Witjas, aios Interne geneeskunde
Leroy Smid, anios Longgeneeskunde
Nancy Kroese-Oei en Rianne de Zeeuw-Heus, afdeling Communicatie

Fotografie

Lucas Krullaards
Anand Rambaran
Jonathan Vos Photography
Jan Vonk
Pixabay
Freepik
Eigen foto medewerkers

Vormgeving

Buro Vormvast
(burovormvast.nl)

Productie en contact

HagaZiekenhuis
HagaAcademie & InnovatieLab
i.s.m. afdeling Communicatie
Els Borst-Eilersplein 275, 2545 AA Den Haag
telefoon (070) 210 0000
wetenschapsmagazine@hagaziekenhuis.nl

Oplage

2.500 exemplaren

Druk

Drukkerij Morgenstond



© Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een automatisch gegevensbestand of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen, of enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever. Uitgever en auteurs verklaren dat deze uitgave op zorgvuldige wijze en naar beste weten is samengesteld. Evenwel kunnen uitgever en auteurs op geen enkele wijze instaan voor de juistheid of volledigheid van de informatie. Uitgever en auteurs aanvaarden geen enkele aansprakelijkheid voor schade, van welke aard ook, die het gevolg is van handelingen en of beslissingen die gebaseerd zijn op bedoelde informatie.

5 jaar ECMO-zorg in HagaZiekenhuis Den Haag

Als reanimatie niet genoeg is: 50 tot 70 procent kans op overleven door inzet ECMO

Al 5 jaar lang maakt de Intensive Care van HagaZiekenhuis Den Haag gebruik van de ECMO. Deze mini hartlongmachine wordt ingezet bij ernstig hart- en/of longfalen, of als reanimatie alleen niet genoeg is. Waar patiënten normaal gesproken zouden overlijden, geeft de ECMO hen 50 tot 70 procent kans op overleving in ons ziekenhuis. Research-verpleegkundige Lettie van den Berg en cardioloog-intensivist Sakir Akin vertellen over het ECMO-programma, -onderzoek en de plannen voor een ECMO-skillslab.

ECMO in het kort

ECMO staat voor Extra Corporele Membraan Oxygenatie. "Het principe is dat je met deze hartlongmachine de bloedsomloop van de patiënt weer voorziet van zuurstofrijk bloed, totdat het eigen hart of de eigen longen het weer gaan doen", legt Sakir uit. "We brengen 2 plastic buizen in via de lies. De ene buis zuigt zuurstofarm bloed uit de grote aderen van het lichaam. Via de 'kunstlong' in de hartlongmachine wordt het koolzuur uit het bloed gehaald en zuurstof toegevoegd. Door de andere buis wordt het bloed weer teruggeblazen in de slagader naar het hart en de hersenen. Bij een hartstilstand moeten de hersenen zo snel mogelijk weer bloed krijgen om neurologische schade te minimaliseren. Dan wil je geen tijdsverlies, want 'time is brain'. Dat is misschien wel de beste samenvatting van het ECMO-programma."

Cardioloog-intensivist Sakir, gepromoveerd in het Erasmus MC op de ECMO, was betrokken bij de introductie van het ECMO-programma in het HagaZiekenhuis in 2019. "Patiënten die na een complexe hartoperatie ECMO-ondersteuning nodig hadden, moesten we vroeger overplaatsen naar de academische centra in Leiden, Utrecht of Rotterdam. Dat was risicovol voor de patiënt en vervelend voor de familie die verder moest reizen. Dat ECMO-programma moest er dus komen."

'Academisch gebeuren'

Jaarlijks liggen er nu 20 tot 25 patiënten aan de ECMO in het HagaZiekenhuis. Bij hartfalen gemiddeld 2 tot 6 dagen, bij longfalen soms wel 40 dagen. "In het begin vonden veel collega's de ECMO spannend en een 'academisch gebeuren'", vertelt researchverpleegkundige Lettie. "Sommigen vroegen zich ook af of we niet, om het oneerbiedig te zeggen, gewoon een

lichaam in leven aan het houden waren. Een patiënt die al 30 dagen aan de ECMO lag, had het wel zin om daarmee door te gaan?"

Door de succesverhalen zien collega's inmiddels hoe waardevol de ECMO kan zijn. "Het is mooi om te zien dat deze zorg nu 'normaal' wordt gevonden in ons ziekenhuis voor iedereen met een rol daarin. Van specialist tot aan coassistent, van schoonmaker tot aan diëtist."

Vragen beantwoorden

Toch is er meer wetenschappelijk onderzoek nodig, zegt Sakir. "In de landelijke richtlijn staat ECMO-ondersteuning als optie genoemd bij ernstig hart- of longfalen. En wij zien in de praktijk dat deze optie inderdaad een hogere overlevingskans geeft. Maar bewijslast vanuit onderzoek is er nog te weinig."

Lettie: "De onderzoeksgroep voor ECMO is klein, dat maakt onderzoek lastiger. Er zijn nog zoveel vragen die moeten worden beantwoord. Rond ECMO-indicatie, maar ook over welke middelen, medicatie en extra apparaten de ECMO-zorg ondersteunen. Met onderzoek kun je onderbouwen waarom iemand 50 dagen aan de ECMO moet. Gelukkig komen alle ECMO-patiënten in Nederland sinds 3 jaar automatisch in de landelijke *DUTCH ECLS registry*. Deze database maakt retrospectief en prospectief onderzoek mogelijk."

Drie onderzoeken

Met researchverpleegkundige Lettie als contactpersoon voor de hoofdonderzoekers, doet het HagaZiekenhuis mee aan 3 landelijke gerandomiseerde studies rond de ECMO-zorg. De 'On-scene trial' van het Erasmus MC volgt patiënten met een hartstilstand buiten het ziekenhuis, waarbij conventionele reanimatie geen



resultaat oplevert. Nadat de traumahelikopter met Mobiel Medisch Team (MMT) is opgeroepen, krijgen ze ter plekke een ECMO. Hebben deze patiënten een grotere overlevingskans dan patiënten die pas in het ziekenhuis worden behandeld met ECMO?

In een andere studie van het Erasmus MC, 'REMAP ECMO', wordt de inzet van een ballonpomp in het hart tijdens de ECMO-behandeling onderzocht. Leidt dit tot een snellere ontwenning van de mechanische ECMO-ondersteuning en een verbeterde overlevingskans?

De 'Inception trial' van het Maastricht UMC, inmiddels afgerond, wilde het effect van ECMO-behandeling bij een hartstilstand aantonen. Daarbij is gekeken naar overleving en neurologische uitkomsten. 10 Nederlandse ziekenhuizen deden aan het onderzoek mee. De overleving bleek niet significant anders te zijn vergeleken met conventionele reanimaties in ons land. Wel is veel geleerd over hoe ECMO-gebruik bij een hartstilstand beter kan, waardoor het effect wel zichtbaar wordt. Eerdere studies in Praag en Minneapolis (ARREST trial) hebben het positieve effect van ECMO bij een hartstilstand al aangetoond.

ECMO-situaties trainen

"De complexe ECMO-zorg is een teamspel", zegt Sakir. Samenwerking is van groot belang. "Heel veel specialisten en paramedici zijn betrokken, meer dan bij

welke andere behandeling in het ziekenhuis. Voldoende opgeleid personeel is daarom cruciaal. We hebben nu 45 ECMO-opgeleide verpleegkundigen. Dat maakt zorg voor 2 ECMO-patiënten tegelijk mogelijk."

Daarnaast moet je je vaardigheden regelmatig trainen, stelt de cardioloog-intensivist. "Daarom willen we een 'skillslab' opzetten in het ziekenhuis, allereerst vooral voor onze eigen medewerkers. Het zal het enige skillslab in de regio zijn waarin we alle ECMO-situaties kunnen trainen, zowel in teamverband als individueel, voor alle functies en disciplines. Van de indicatiestelling ECMO en het implanteren van de plastic buizen, tot aan het verwijderen van de buizen en de nazorg. Ook andere bijkomstige vaardigheden kun je er trainen, zoals het aanbrengen van een arterieel en een centraal veneuze katheter. We zijn nu bezig om voldoende subsidie en onderwijs gelden binnen te halen. Als dat lukt, hopen we eind 2024 een eerste plan voor het skillslab te maken."

In het voorjaar van 2024 werd het 5-jarig bestaan van het ECMO-programma gemarkeerd met een symposium in het ziekenhuis. Naast zorgprofessionals kwamen ook patiënten aan het woord over hun ECMO-ervaring. "Patiënten staan weer vol in het leven, ondanks soms blijvende schade waardoor zij bijvoorbeeld in een rolstoel zitten. Als ze ons vertellen dat zij hun leven weer terug hebben, weten we hoe waardevol ons ECMO-programma is. Dat is waar we het voor doen."

Enkele medewerkers van verschillende afdelingen die betrokken zijn bij de ECMO-zorg.



Bekijk een korte video waarin cardioloog-intensivist Sakir Akin en IC-verpleegkundige Bob de Jongh vertellen over de ECMO-zorg in HagaZiekenhuis Den Haag. Scan de QR-code.

Van onderzoek naar dagelijkse praktijk:

Keelamandelen laseren als alternatief voor operatie



KNO-arts Henk Blom bezig met een laserbehandeling.

Regelmatig keelpijn, moeilijk kunnen slikken gepaard met koorts. Elk jaar ziet het HagaZiekenhuis zo'n 1200 volwassen patiënten met klachten aan de keelamandelen. Bij 150 van hen zijn de amandelontstekingen chronisch of vaak terugkerend. Dan is het verwijderen van de amandelen een mogelijke oplossing. Dankzij wetenschappelijk onderzoek is er naast de klassieke operatie nu een alternatief: de lasermethode onder lokale verdoving. HagaZiekenhuis Den Haag is het eerste ziekenhuis in Nederland dat de keelamandelen op deze wijze behandelt.

KNO-arts Henk Blom: "Er zijn nu 2 manieren om ontstoken keelamandelen (tonsillen) te verwijderen: met een 'klassieke' operatie (tonsillectomie) of met een geconcentreerd laserlicht (tonsillotomie). De klassieke methode is best ingrijpend. Het blijft een operatie, met alle bijbehorende risico's. De patiënt gaat onder volledige narcose, het is vrij pijnlijk en de behandeling kent een lang en vervelend hersteltraject. De lasermethode blijkt een goed en veilig alternatief. Plaatselijke verdoving, minder pijn, minder medicijnen, een korter herstel en een vergelijkbaar resultaat."

Heel nauwkeurig

Bij de klassieke operatie worden de keelamandelen volledig verwijderd. Bij de lasermethode hoeft dat niet. Het laserlicht is heel nauwkeurig en behandelt alleen het ontstoken gebied. Daardoor wordt omliggend weefsel minder beschadigd en is de wond veel minder groot. Zenuwen, bloedvaten en de spieren onder de amandelen blijven intact. "Dat verklaart deels het snellere herstel, maar zorgt vooral ook voor een kleiner risico op vervelende complicaties. Bij de lasermethode zijn er zowel tijdens als na de behandeling minder bloedingen."

De behandeling is ook veel sneller, vertelt Henk. "De patiënt komt naar de polikliniek en neemt plaats in een soort tandartsstoel. De behandeling zelf duurt zo'n 20-40 minuten. Inclusief voorbereiding en nazorg kan de patiënt na iets meer dan een uur weer naar huis. Dat is wel anders bij de klassieke methode. De voorbereiding op een operatie, de nazorg van de operatie en een (korte) ziekenhuisopname duren bij elkaar veel langer."

Kans op nabloeding kleiner

Natuurlijk heeft elke ingreep zijn eigen risico's en nadelen. Ook bij het laseren van amandelen is er een kans op nabloeding. Deze kans is wel veel kleiner dan bij de klassieke operatie. Na de ingreep hebben patiënten ook nog een tijdje keelpijn. "Verder verbrandt de laser de amandel en dat geeft een onprettige geur", legt de KNO-arts uit. Daarom krijgen patiënten nu een speciale knijper op de neus tijdens de ingreep, na een tip van een patiënt."

De lasermethode is in principe geschikt voor patiënten vanaf 16 jaar met chronische klachten aan hun keelamandelen. Maar er zijn een paar uitzonderingen. Klassiek opereren blijft de best passende methode voor

patiënten die hun mond niet lang open kunnen houden, te grote amandelen hebben, allergisch zijn voor lokale verdoving, bloedverdunners gebruiken en mensen met een gevoelige kokhalsreflex. "Patiënten kunnen samen met hun KNO-arts bespreken of de lasermethode voor hen geschikt is."

Meer patiënten sneller helpen

In België kwam Henk voor het eerst in aanraking met de laserbehandeling, die daar onder narcose gebeurt. "Ik vroeg me af of de behandeling ook poliklinisch mogelijk was, met lokale verdoving." Om de laserbehandeling in Nederland te kunnen doen, was wetenschappelijk onderzoek nodig. Samen met een aantal andere ziekenhuizen voerde het HagaZiekenhuis een grote studie uit om het effect en de voordelen van de methode aan te tonen.

Het onderzoek liet zien dat laseren voor een grote groep patiënten met chronische amandelklachten een goede oplossing is. "Gelukkig zijn zorgverzekeraars VGZ, CZ, DSW, Menzis en Zilveren Kruis daar inmiddels ook van overtuigd. Doordat zij de laserbehandeling nu vergoeden vanuit het basispakket kunnen we in het HagaZiekenhuis meer patiënten sneller helpen."

Onderzoek laat voordelen lasermethode zien

Het HagaZiekenhuis deed wetenschappelijk onderzoek naar de lasermethode. Er werden 2 groepen gevolgd met patiënten uit 5 ziekenhuizen. 71 personen kregen de klassieke behandeling (in hun eigen ziekenhuis) en bij 97 personen werden de amandelen gelaserd (allen in het HagaZiekenhuis).

Twee weken na de laserbehandeling was 77 procent van de patiënten hersteld (vs. 57 procent van de patiënten die de klassieke operatie kregen). Ongeveer de helft van de gelaserde patiënten was na de ingreep volledig klachtenvrij en 30 procent had lichte restklachten waarvoor geen extra behandeling nodig was. Gemiddeld konden patiënten na 4 dagen weer beginnen met normale activiteiten zoals werken (vs. na 12,5 dag bij de klassieke operatie).



Lees meer over het onderzoek in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde. Scan de QR-code.

Janneke de Man-van Ginkel, associate professor Verplegingswetenschap LUMC:

‘Ik zie wetenschap als vanzelfsprekend onderdeel van de verpleegkunde’

De academisering van de verpleegkunde is een belangrijke ontwikkeling volgens Janneke de Man-van Ginkel, associate professor Verplegingswetenschap in het LUMC. Als het aan haar ligt, is wetenschappelijk onderzoek straks een vanzelfsprekend onderdeel van het verpleegkundig beroep. Samen met het HagaZiekenhuis werkt ze de komende jaren aan het realiseren van deze ambitie.

“Als verpleegkundige beroepsgroep hebben we een lange traditie ons te baseren op wat we in de dagelijkse praktijk gewend zijn te doen”, zegt Janneke, die haar loopbaan startte als verpleegkundige in de directe zorg. “Die praktijkervaring en -kennis is veel waard, maar niet genoeg. Door ons handelen wetenschappelijk te toetsen, kunnen we stoppen met wat niet effectief is, en doen wat juist wel werkt.”

Van bed naar wetenschap

Haar ‘drive’ om de zorg voor patiënten te verbeteren, bracht de verpleegkundige uiteindelijk van het bed naar de wetenschap. Zo doet ze zelf bijvoorbeeld onderzoek naar bewegingsgerichte zorg. “Hoe kunnen we in de dagelijkse zorg opgenomen patiënten aanmoedigen om meer te bewegen? Patiënten herstellen dan sneller en vaak kunnen ze eerder met ontslag. Gemiddeld 3 dagen eerder, blijkt uit onderzoek. Een hele relevante uitkomst, die laat zien hoe groot het verschil is dat verpleegkundigen kunnen maken.”

Tot 2 jaar geleden was Janneke associate professor in UMC Utrecht, waar al bijna 35 jaar een leerstoel Verplegingswetenschap is. Nu is ze in het LUMC bezig Verplegingswetenschap in te bedden in de organisatie. “Mijn ambitie is dat verplegingswetenschap een vanzelfsprekende rol heeft bij het ontwikkelen, evalueren en verbeteren van de zorg.”

Wetenschappelijk onderzoek voor nog effectievere en efficiëntere zorg aan het bed. Het klinkt logisch. Maar wetenschap als vanzelfsprekend onderdeel van de verpleegkunde, zo zien de meeste verpleegkundigen in de praktijk het (nog) niet, merkt Janneke.

Kenniscirculatie

“Het is ontzettend belangrijk dat verpleegkundigen weten hoe waardevol verplegingswetenschappelijk onderzoek is en hoe we er allemaal een rol in vervullen.” Uiteindelijk probeer je kenniscirculatie op gang te brengen, stelt ze, het liefst in de hele zorgketen. “Het begint met een vraag die in de praktijk leeft, die ga je wetenschappelijk beantwoorden. De nieuwe kennis stuurt het handelen bij en voedt het onderwijs. En zo raakt het verankerd in de praktijk. Daar komen weer nieuwe vragen op, enzovoorts. Zorg, onderzoek en onderwijs raken met elkaar verweven. Zo kom je tot de beste zorg.”

Het verpleegkundig personeelstekort is geen reden om ‘dan maar geen wetenschap te bedrijven’, vindt Janneke. “Kijk juist naar wat we er in het grotere geheel aan hebben. Hoe zorgen we dat de onderzoeken van nu ons morgen helpen in het oplossen van de toenemende vraag naar zorg?”

Onderzoeksfunctie

Ze merkt dat de verpleegkundige praktijk en de wetenschap sinds enkele jaren langzaam naar elkaar toe bewegen. “Er ontstaat behoefte aan een ‘onderzoeksfunctie’, waarbij de verpleegkundige deels in de zorg werkt en deels in de wetenschap.” Ook in het HagaZiekenhuis zijn sinds vorig jaar 2 verpleegkundig onderzoekers aangesteld.

“Vanwege mijn expertise begeleid ik Haga-promovenda Heleen van Erp, die onderzoek doet naar de relatie tussen patiënt en verpleegkundige. Dat was aanleiding om meer verbinding op het vlak van verplegingswetenschap te verkennen.” Dit leidde tot een wederzijds uitgesproken positieve intentie tot samenwerking tussen het HagaZiekenhuis en het LUMC. Die wordt de komende tijd verder ingevuld.

Regionale partners

“Zorg houdt niet op bij de muren van een organisatie, maar wordt steeds meer regionaal vormgegeven. Daarom is het zowel voor het LUMC als voor het HagaZiekenhuis waardevol om als regionale partners nauwe banden te hebben. Juist door samen te werken – ook in verplegingswetenschappelijk onderzoek – kunnen we het verschil maken in het optimaliseren van gezondheidsuitkomsten van patiënten.”



Verbind je met de wetenschap

In 2024 maakt de traditionele jaarlijkse Wetenschapsdag plaats voor de Week van de Wetenschap in het HagaZiekenhuis. Van maandag 24 tot en met vrijdag 28 juni is er een gevarieerd programma voor medische professionals en allen die hen ondersteunen.

“Er staan allerlei presentaties, lezingen en masterclasses gepland. Deze zijn voor collega's die al met de wetenschap zijn verbonden, die zich er aan willen verbinden én die zich met elkaar willen verbinden. Het programma, dat plaatsvindt op onze ziekenhuislocatie in Den Haag, is in lijn met de wetenschappelijke ambities die wij als STZ-ziekenhuis hebben”, legt wetenschapscoördinator Talitha Warning uit.

Maandag 24 juni | Verpleegkundig onderzoek

In de jaarlijkse Poster & Pitch presenteren 5 mbo-v en hbo-v studenten hun stageonderzoek. De overige studenten pitchten hun onderzoek met een poster in de foyer van het auditorium. Daarna vertellen onze verpleegkundig onderzoekers over wetenschappelijk onderzoek. De Begeleidingscommissie Onderzoek Verpleegkundigen (BOV) en het Wetenschapsbureau gaan in op de praktische zaken. Dr. Janneke de Man-van Ginkel, associate professor Verplegingswetenschap in het LUMC (zie hiernaast), geeft een voordracht. Tommie Niessen, wijkverpleegkundige, auteur en blogger, sluit de dag af met een lezing over Werkplezier & Werkgeluk.

Dinsdag 25 juni | Promovendinetwerk

Op deze dag ontmoeten onze promovendi elkaar en wisselen ze kennis uit over hun onderzoeken, samen met hun begeleiders. Dr. Marieke Adriaanse, LUMC-hoogleraar Gedragsinterventies in Population Health Management geeft een presentatie. Prof. dr. Jos Twisk, hoogleraar Toegepaste Biostatistiek (Amsterdam UMC) komt langs voor een masterclass ‘Hoe onzinnig is statistisch toetsen?’.

Woensdag 26 juni | Strategische samenwerkingspartners

Kennisdeling en -ontwikkeling is een belangrijke pijler van de wetenschap. Hoe doen we dat met onze partners buiten het ziekenhuis? We gaan in gesprek met Centre for Human Drug Research (zie pagina 33), Health Campus Den Haag en TU Delft. Epidemioloog Agnes Kant, bijzonder hoogleraar LUMC en directeur Lareb, sluit de middag af (zie pagina 15).

Donderdag 27 juni | Onderzoekspresentaties en prijsuitreiking

Vandaag pitchten 8 geselecteerde onderzoekers hun onderzoek op het podium van het auditorium, evenals de winnaar van de ‘Proefschriftprijs’. Ook presenteren alle deelnemende onderzoekers een poster van hun onderzoek op de vide naast het auditorium. Tot slot vertelt ziekenhuisapotheker dr. Loes Visser over haar onderzoek naar sekse en gender (zie ook pagina 12).

Vrijdag 28 juni | Oud-medische stafleden

Op de slotdag kijken we samen met oud-medische stafleden naar de toekomst van het HagaZiekenhuis en naar de ontwikkelingen op het gebied van onderwijs en wetenschap.

Een strijd van de lange adem

Zorgprofessionals meer bewust maken van de verschillen tussen mannen en vrouwen

Nog steeds maken zorgprofessionals te weinig onderscheid tussen mannen en vrouwen in hun onderzoeken en behandelingen, vindt HagaZiekenhuis-apotheker Loes Visser. Ze schreef mee aan een in 2023 gepubliceerd boek over sekse- en gendersensitieve geneeskunde. Ook doet ze onderzoek naar sekseverschillen in bijwerkingen van geneesmiddelen.

Het verschil tussen sekse en gender is voor sommigen misschien niet meteen duidelijk. Loes legt het graag uit: "Sekse (of geslacht) verwijst naar de lichamelijke en biologische kenmerken die een mens vrouwelijk of mannelijk maken, zoals genen, hormonen, en geslachtskenmerken. Het geslacht wordt na de geboorte vastgesteld op basis van de uiterlijke geslachtskenmerken. Gender gaat over eigenschappen, gedragingen en rollen die cultureel bepaald zijn voor elke sekse." In de media is de afgelopen jaren gelukkig steeds meer aandacht voor man-vrouwverschillen in de wetenschap en de zorg. Zo weten we inmiddels wel dat een

hartinfarct er bij vrouwen anders uit kan zien dan bij mannen. "Maar er zijn nog veel meer voorbeelden te noemen die minder bekend zijn", zegt Loes. "Zo krijgen vrouwen twee keer zo vaak de diagnose depressie en is 80 procent van de patiënten met auto-immuunziekten vrouw. Vrouwen hebben vaker chronische pijn dan mannen, maar krijgen minder vaak een pijnbehandeling."

Kennishiaat

Loes is al sinds haar studie geïnteresseerd in het onderwerp. Ze verbaast zich dat er in de bestaande richtlijnen geen onderscheid wordt gemaakt tussen

mannen en vrouwen. "En dat er zo weinig zorgprofessionals opstaan om dat kennishiaat vervolgens te dichten."

Dat kennishiaat pakt ze zelf aan als ziekenhuisapotheker in HagaZiekenhuis Den Haag. Daar onderzoekt ze sekseverschillen in bijwerkingen van geneesmiddelen. "Er is redelijk veel literatuur over geneesmiddelen met sekseverschillen in farmacokinetiek, dus hoe het geneesmiddel in het lichaam wordt verdeeld, omgezet en uitgescheiden, en ook over bijwerkingen. Toch worden die geneesmiddelen nog niet anders gedoseerd bij vrouwen."

Bijsluiterteksten aanpassen

Vaak gaat het om geneesmiddelen die ontwikkeld zijn in de tijd dat ze vooral werden onderzocht bij jonge gezonde mannen. "We gaan binnenkort bij die veel in de literatuur genoemde geneesmiddelen eerst kijken of vrouwen in Nederland ook vaker een dosisverlaging krijgen, voortijdig stoppen of switchen naar een ander geneesmiddel dan mannen. Bij de meest relevante geneesmiddelen willen we dan prospectief onderzoek

doen met een aangepaste dosering voor vrouwen. Dat onderzoek is nodig om ook behandelrichtlijnen en bijsluiterteksten aan te passen."

In 2023 verscheen een studieboek dat Loes mede schreef over sekse- en gendersensitieve geneeskunde. Ze hoopt hiermee blinde vlekken weg te nemen bij haar collega's. Bewustwording is de eerste stap, vindt ze. "Als meer mensen kennis hebben van sekse- en genderverschillen en de context waarin deze verschillen relevant zijn, verbetert de kwaliteit van zorg aan vrouwelijke én mannelijke patiënten."

Taai fenomeen

Dat doel nastreven, vergt een lange adem. "Blind zijn voor en veronachtzamen van sekse- en genderverschillen blijkt een taai fenomeen binnen de gezondheidszorg. Ik merk wel dat er onder patiënten, studenten en jongere collega's steeds meer belangstelling voor en kennis over het onderwerp bestaat. En deskundigen binnen de verschillende specialismen weten elkaar gelukkig steeds beter te vinden."

Draag bij aan de betere zorg van morgen

Steun het HagaOnderzoeksfonds

Waarom het HagaOnderzoeksfonds?

Als topklinisch ziekenhuis vinden wij opleiding en wetenschappelijk onderzoek heel belangrijk. Door onderzoek krijgen we meer kennis. Daarmee kunnen we ziektes eerder opsporen, beter behandelen en de kwaliteit van leven van onze patiënten verhogen. Zo maken we de zorg steeds weer beter. Onderzoek kost tijd en geld. Daarom start het HagaZiekenhuis een eigen fonds: het HagaOnderzoeksfonds.

Wat doet het HagaOnderzoeksfonds?

Met de steun van donateurs financiert het HagaOnderzoeksfonds verpleegkundig en medisch wetenschappelijk onderzoek in het HagaZiekenhuis. Bijvoorbeeld onderzoek naar hart- en vaatziekten, diabetes, kanker en hersenziekten. En onderzoek in het Juliana Kinderziekenhuis naar manieren om kinderen een goede start te geven. Daarnaast stimuleert het fonds ambitieuze artsen en verpleegkundigen in het HagaZiekenhuis om hun eigen onderzoek te starten.

Dr. Ronne Mairuhu, voorzitter Medisch Specialisten Coöperatief Haga:

"Het HagaZiekenhuis is koploper op het gebied van hart- en vaatziekten, hematologie, longoncologie en kindergeneeskunde. Dit zijn belangrijke aandachtsgebieden waarop we wetenschappelijk onderzoek doen. Het HagaOnderzoeksfonds maakt dit mogelijk."



Hoeveel geld gaat naar onderzoek?

Het HagaOnderzoeksfonds is een onafhankelijke stichting zonder winstoogmerk. De inkomsten van het fonds gaan direct naar wetenschappelijk onderzoek. Een klein deel wordt gebruikt voor donateurswerving.

We starten binnenkort: steun jij ons ook?

Wil jij donateur worden en bijdragen aan de betere zorg van morgen? Laat het ons nu al weten via onderzoeksfonds@hagaziekenhuis.nl. We zullen je dan informeren als het HagaOnderzoeksfonds van start gaat, naar verwachting in de loop van 2024. Houd ook de nieuwsberichten op www.hagaziekenhuis.nl in de gaten.

Het HagaOnderzoeksfonds krijgt een ANBI-status (Algemeen Nut Beoogde Instelling). Dit betekent dat je je gift mag aftrekken van de belasting. Wij gaan zorgvuldig om met jouw persoonsgegevens. Op www.hagaziekenhuis.nl lees je hier meer over.

Het EPD als aanvullende bron voor het opsporen van nieuwe kennis over bijwerkingen

Lareb en HagaZiekenhuis werken samen in pilot

Als directeur van Bijwerkingencentrum Lareb zet Agnes Kant zich in voor het vergaren van meer kennis over bijwerkingen van vaccins en medicijnen. In een pilotsamenwerking met het HagaZiekenhuis en LUMC, waar Agnes onlangs is benoemd tot bijzonder hoogleraar, gebruikt Lareb het elektronisch patiënten-dossier (EPD) om aanvullende meldingen over bijwerkingen te verzamelen.

Lareb signaleert risico's van het gebruik van geneesmiddelen in de dagelijkse praktijk en verzamelt en verspreidt kennis hierover. Naast het analyseren van meldingen van patiënten en zorgprofessionals, worden vragenlijsten ingezet om langdurig gebruik van medicatie te monitoren of gevolgen van vaccins op langere termijn te onderzoeken. Bevindingen gaan naar het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen, dat maatregelen kan nemen, zoals een bijwerking in de bijsluiter opnemen. Tijdens de coronapandemie gaf Agnes regelmatig uitleg in de media over de taak van het onafhankelijke centrum en om op te roepen tot het melden van bijwerkingen.

Hoe heeft Lareb zich sinds de coronatijd verder ontwikkeld?

Agnes: "De positie van Lareb is verder versterkt. We zijn een meld- én kenniscentrum. Tijdens de coronapandemie was er een grote behoefte aan meer informatie over bijwerkingen, dus hebben we onze website vernieuwd. Onze kennisbanken staan nu meer op de voorgrond. Je vindt er informatie over (vermeende) bijwerkingen van vaccins en geneesmiddelen, en over medicijngebruik rondom de zwangerschap. Uiteraard blijft ons meldsysteem nog steeds belangrijk om meer kennis hierover te vergaren."

De meldbereidheid onder gevaccineerden tijdens corona was hoog. Waarom is het nog steeds lastig om zorgprofessionals zover te krijgen bijwerkingen te melden die zij in de praktijk tegenkomen?

"In 2023 was het aantal meldingen door zorgprofessionals 1200. In 2015 waren dat er nog 3800. Dat is een afname van 70 procent. Ik denk dat het komt omdat artsen het nog drukker hebben gekregen. Ze moeten al zoveel administratie invullen en een melding doen bij ons gaat ook via een formulier. Daarbij zeggen ze vaak dat ze niet weten wat ze moeten melden. Dan zeg ik: als je een collega over een casus zou willen vertellen, meld het dan ook bij ons. Artsen zien heus wel het nut in van Lareb, zo zijn we ook ooit ontstaan. Maar ze hebben de tijd er gewoon niet voor. En dat begrijp ik heel goed."

Daarom zijn jullie een pilot begonnen met het HagaZiekenhuis en het LUMC. Wat houdt de pilot in?

"Veel van wat artsen zien, vinden en horen, schrijven ze op in het EPD. Dus ook klachten die kunnen wijzen

op bijwerkingen van een medicijn of vaccin. Als wij door ontvangen meldingen een bijwerking vermoeden, wordt er onder de verantwoordelijkheid van de ziekenhuisapotheker gericht gezocht of zich iets vergelijkbaars heeft voorgedaan bij patiënten in het ziekenhuis. Dit gebeurt door geautomatiseerd zoeken in de gestructureerde data, en met 'textmining' van ongestructureerde tekstdata in EPD's. Ze zoeken op termen die horen bij de symptomen en diagnose van de mogelijke bijwerking en bij het geneesmiddel. Als er inderdaad sprake is van een vermoeden van een bijwerking, wordt dit bij Lareb gemeld. Zo vergaren we aanvullende meldingen voor ons onderzoek naar bijwerkingen. Uiteraard nemen we bij dit onderzoek de privacy van patiënten in acht en is alles gecontroleerd door de juristen van het ziekenhuis."

Wat levert de pilot tot nu toe op?

"Het helpt ons bijwerkingen eerder te signaleren. Voor 24 mogelijke bijwerkingen zijn er inmiddels 111 extra meldingen gedaan. Tot nu toe hebben aanvullende meldingen na het zoeken in EPD's bijgedragen aan vijf signaleringen van bijwerkingen. Zo weten we nu bijvoorbeeld dat anti-schimmelmiddel *Amfotericine B* kan leiden tot hyperkaliëmie (verhoogd kaliumgehalte in het bloed)."

Hoe gaat het nu verder?

"We willen de pilot in meer ziekenhuizen gaan doen. Het zou mooi zijn als 5 ziekenhuizen in Nederland zouden willen meewerken om ons onderzoek naar bijwerkingen aan te kunnen vullen. We zijn nog op zoek naar voldoende financiën voor uitbreiding van de pilot."

Tot slot: hoe kunnen patiënten bijdragen?

"Doe een melding bij Lareb als je een bijwerking vermoedt van een bepaald medicijn of vaccin. Meldingen van patiënten spelen een grote rol bij het ontdekken van nieuwe kennis over bijwerkingen. Ook kunnen een paar meldingen voor ons de trigger zijn om in EPD's te zoeken of iets vergelijkbaars zich voor gedaan heeft bij patiënten in het ziekenhuis. De ervaring van een patiënt en een blik van een arts samen maken de signalering vaak compleet. Maar de eerste meldingen van patiënten kunnen het balletje aan het rollen brengen."

Hematoloog Jean Louis Kerkhoffs over de Next Generation Sequencing-techniek

Snellere en precieze diagnoses dankzij modernste DNA-onderzoek

Patiënten met hematologische aandoeningen (bloedziekten zoals acute leukemie of multipel myeloom) kunnen in HagaZiekenhuis Den Haag voor bijna alle onderzoeken en behandelingen terecht. Sinds enige tijd onderzoekt het ziekenhuis ook zelf het DNA in het bloed en beenmerg. Vroeger moest het bloed voor dit DNA-onderzoek naar een academisch ziekenhuis zoals het LUMC of het Erasmus MC. Mede dankzij een gift van stichting Team Westland heeft het HagaZiekenhuis de benodigde apparatuur zelf in huis en is de uitslag sneller bekend.

Het DNA-onderzoek gebeurt met de zogenaamde Next Generation Sequencing-techniek (NGS). Hiermee kunnen artsen het DNA van patiënten heel snel en precies analyseren, waarna het mogelijk is de beste behandelkeuze te maken, zoals chemo- of immunotherapie.

Wat is NGS precies?

Het DNA-onderzoek met de NGS-techniek is belangrijk om de ziekte te identificeren en een prognose vast te kunnen stellen. Dit gebeurt door het DNA van het 'zieke bloed' te onderzoeken en te vergelijken met 'gezond DNA'.

Jean Louis Kerkhoffs, hematoloog in het HagaZiekenhuis, legt het uit. "Wat we doen heet DNA-sequencing. Dat is het proces waarbij de volgorde (sequentie) van de bouwstenen in het DNA wordt vastgesteld. DNA bestaat uit 4 soorten bouwstenen, die A, T, C en G heten. In een stukje DNA liggen miljoenen bouwstenen achter elkaar. Wat we willen achterhalen, is de exacte volgorde van deze bouwstenen. Vroeger was dit uitpluizen heel tijdrovend en arbeidsintensief. Dankzij NGS kunnen we miljoenen DNA-fragmenten tegelijkertijd 'sequencen'."

De NGS-techniek is niet alleen supersnel, maar ook heel goed in het ontdekken van zeldzame genetische varianten, mutaties of afwijkingen die een rol spelen bij hematologische aandoeningen. Jean Louis: "We weten daardoor veel sneller wat er bij een patiënt speelt en kunnen ook een prognose voorspellen."

Expertisecentrum

Het HagaZiekenhuis is landelijk expertisecentrum voor de behandeling van patiënten met hematologische aandoeningen, waaronder multipel myeloom en acute leukemie. Ook bij deze ziekten helpt NGS om sneller en preciezer een diagnose te kunnen stellen.

Jean Louis Kerkhoffs: "Dankzij deze apparatuur kunnen wij nu zelf het DNA controleren en vaststellen welke behandeltherapie het beste zal aanslaan. We hoeven het bloed dus niet naar een ander ziekenhuis te sturen en weten sneller de uitslag. De test is zowel voor de patiënt als de behandelend arts heel waardevol."

Hematoloog Jean Louis Kerkhoffs naast de DNA-sequencing apparatuur.



De ABCDE-methodiek zo realistisch mogelijk trainen? Het HagaZiekenhuis gebruikt de HoloLens

Steeds vaker zetten ziekenhuizen mixed reality in om hun medewerkers te trainen. Het HagaZiekenhuis loopt voorop met de inzet van de HoloLens. Met de nieuwe software van TrueSim kunnen zorgprofessionals altijd en overal de ABCDE-methodiek trainen. Zo oefenen ze op een realistische manier hoe ze eerst levensbedreigende en dan niet-levensbedreigende letsels of symptomen kunnen herkennen.

In de kamer staat een bed. Op het eerste oog zonder patiënt. Maar wie de HoloLens opzet, ziet opeens wel een man liggen. Hij kijkt wat verschrikt uit zijn ogen en zijn borstkas gaat langzaam op en neer. "Ik voel me niet goed", zegt hij tegen je. Op het scherm naast het bed, dat ook alleen door de bril heen te zien is, staat dat dit meneer De Vries is. Het is aan jou om te bepalen wat er met hem aan de hand is.

Levensbedreigend

De HoloLens is een bril die vastzit aan een hoofdband. Met software van het Nederlandse bedrijf TrueSim creëert de bril een mixed reality-omgeving waarin zorgprofessionals de ABCDE-methode kunnen trainen. ABCDE staat voor: Airway, Breathing, Circulation, Disabilities en Environment. De methodiek volgt het principe 'treat first what kills first'. Oftewel: behandel eerst wat het meest levensbedreigend is. Ziekenhuizen, ambulancepersoneel, brandweer en defensie wereldwijd gebruiken deze methode.

Peter Coenen en Anita van Elswijk-Meeuwisse van de HagaAcademie & InnovatieLab hebben TrueSim in combinatie met de HoloLens geïntroduceerd in het HagaZiekenhuis. Vanaf 2024 worden opleiders van locaties Den Haag en Zoetermeer getraind hoe ze de HoloLens moeten gebruiken. Ook komen ziekenhuizen uit de regio kijken hoe de ABCDE-methodiek op deze innovatieve manier getraind kan worden.

Geanimeerde wereld

"Bijna iedereen die aan het bed staat, kent de ABCDE-methodiek. Vroeger oefenden we dit met een pop. Maar dat is veel minder dynamisch. Dan zijn wij als trainers degenen die informatie moeten geven: 'De ademhaling gaat nu wel heel moeizaam. De saturatie is 87'. Wat je dan merkt, is dat mensen met ons gaan praten, in plaats van met 'de patiënt'. De HoloLens creëert een situatie die veel realistischer is. Je ziet dat als mensen de bril op hebben en meneer De Vries gaat praten, ze meteen in hun rol schieten", zegt Anita. De term mixed reality zegt het al: de echte omgeving wordt gemixt met de geanimeerde wereld die je door



de HoloLens ziet. Zo zie je niet alleen een patiënt, maar ook een infuuspaal, een monitor en een kast met medicatie en hulpmiddelen. Door op de lades te drukken, gaan ze open en kan je zo nodig de patiënt antibiotica geven, een zuurstofmasker omdoen of het zuurstofgehalte in het bloed meten. De software heeft 11 scenario's die onder 3 categorieën vallen: neurologie, respiratie of circulatie.

Overall trainen

"Een ander groot voordeel is dat je deze training overall kan doen. Het enige dat je nodig hebt, is de HoloLens, een beamer en een plek waar je deze map neer kan leggen", vertelt Peter. "Die map is het referentiekader voor de bril en 'vertelt' dat daar de patiënt ligt. Via de beamer kunnen andere aanwezigen meekijken met wat jij ziet."

Het scenario kan ook op pauze gezet worden, zodat je de training tussentijds kan evalueren als je die met een groep doet. "Maar met deze software kan je de training zelfs alleen doen. Als je het hele scenario hebt doorlopen, geeft de HoloLens complimenten en zegt hij wat je fout hebt gedaan. Ook krijg je aanbevelingen", zegt Peter.

De mogelijkheden van mixed reality zien Anita en Peter alleen maar groeien in de toekomst. Zijn trainingspoppen dan straks helemaal verleden tijd? "Nee, ik denk dat een mix altijd van grote waarde blijft. Wel merk je dat de jongere generatie deze manier van digitaal trainen heel aantrekkelijk vindt. Het is echt een mooie aanvulling."

Anita van Elswijk-Meeuwisse demonstreert de HoloLens tijdens een training.

Passende zorg

Als je iets wil veranderen, dan begin je met een nieuwe benaming. Een illustratie van een nieuw vergezicht of norm. Zo ook de medische zorg die, volgens de huidige normen van organisaties als Zorginstituut, Federatie Medisch Specialisten en ZonMw, vooral ‘passend’ moet zijn of worden. Eerder werden hiervoor andere termen gebruikt zoals zinnige zorg of waardegedreven, juiste, goede, kosteneffectieve, doelmatige, of functionele zorg, maar blijkbaar maakte dit niet het gewenste verschil. De vraag is of dit met de geuzenterm ‘passende zorg’ anders gaat zijn. Het roept namelijk de suggestie op alsof de antoniemen ervan gebruikelijke zorg zijn; alsof zorgverleners op de dagelijkse werkvloer bezig zijn met onzinnige, waardeloze, foute, ineffektieve, doellose en verspillende zorg.

De belangrijkste doelen van ‘passende zorg’ zijn dat de zorg van hoge kwaliteit, toegankelijk en betaalbaar is en blijft voor de toekomst. Een nadere toelichting leert dat dit onder andere de juiste zorg op de juiste plek is, doelmatige, effectieve, waardegedreven zorg is, zorg die gericht is op bevorderen van gezondheid waarbij de zorgverlener samen beslist met de patiënt, en zorg die in een prettige en goede (bestaat er ook een foute?) werkomgeving voor zorgprofessionals plaatsvindt. Wat dit laatste betreft schiet de term ‘passende zorg’ zijn doel voorbij. De zorgprofessionals kunnen de gebezigde terminologie terecht als diskwalificerend en demotiverend ervaren. Dit zal niet helpen in de tekorten aan zorgpersoneel. En zonder gemotiveerde zorgprofessionals, überhaupt geen zorg.

Onder het motto van ‘taal doet ertoe’, zou ik daarom de term ‘passende zorg’ als een ongepaste, waardeloze, ineffektieve, onjuiste en foute term willen betitelen. Zorgprofessionals zijn dagelijks bezig met betere zorg voor nu en in de toekomst. Zij verdienen beter. Laten we de doelen van het programma onderschrijven maar houd het neutraal en noem het bijvoorbeeld ‘werken aan een nog betere zorg voor nu en in de toekomst’. Maar dat is vast niet passend want dat kost te veel woorden.



Kees van Nieuwkoop
Internist-infectioloog-
acute geneeskundige

OK-proces verloopt efficiënter

Patiënt 6 minuten sneller op Holding dankzij Lean-verbeterproject

Voordat een operatie van start gaat, wordt de patiënt voorbereid op de Holding, de afdeling naast de operatiekamer (OK). Soms komen patiënten te laat op de Holding, waardoor de operatie niet op tijd kan beginnen en vervolgens het hele OK-programma uitloopt. Debby Zuidervijk, senior verpleegkundige Dagbehandeling en Sebastiaan Maier, teammanager OK Verkoever werkten samen in een Lean-verbeterproject om patiënten van de Dagbehandeling en (nieuwe) Opnameafdeling in HagaZiekenhuis Den Haag sneller op de Holding te krijgen. “Soms zie je het pas als je een stap terug doet.”

“Eerst brachten we het proces in kaart”, vertelt Sebastiaan. “Om een patiënt naar de Holding te krijgen, belde de anesthesiemedewerker de balie van de OK, die vervolgens belde naar de balie van de Dagbehandeling. Die belde weer de verpleegkundige van de patiënt. De verpleegkundige vraagt dan het transport aan en de transportmedewerker brengt de patiënt uiteindelijk naar de Holding.”

3 contactpunten

Debby: “Je moest langs maar liefst 3 contactpunten voordat het transport daadwerkelijk aangevraagd was. Daarnaast zijn baliemedewerkers telefonisch niet altijd goed bereikbaar, omdat ze ook patiënten aan hun balie helpen. Vanaf het moment dat de patiënt werd ‘besteld’ vanuit de OK, duurde het gemiddeld 22 minuten voordat hij of zij op de Holding was. Dat moest sneller kunnen.”

De betrokken afdelingen ontwierpen samen een nieuw werkproces met minder schakels en dat minder foutgevoelig is. In het nieuwe proces zet de verpleegkundige die aan de patiënt is gekoppeld zijn of haar telefoonnummer in ziekenhuisinformatiesysteem HiX bij het eerste ‘stopmoment’ (een vast controlemoment) voor de operatie. Anesthesiemedewerkers hebben ook toegang tot HiX. Als de patiënt naar de OK moet komen, kunnen ze het telefoonnummer van de verpleegkundige opzoeken en direct bellen, zonder tussenschakels.



Standaard werkwijze

“In de zomer van 2023 startten we een pilot om de nieuwe werkwijze te testen”, zegt Debby. “In het begin moest iedereen wennen. Soms vergaten verpleegkundigen hun telefoonnummer aan het stopmoment toe te voegen. Of belde een anesthesiemedewerker toch de balie. Maar inmiddels loopt het en is deze manier van werken de standaard werkwijze geworden.” Dat het project ‘Opnameafdeling’ (zie kader) ongeveer tegelijkertijd liep, droeg ook bij aan de snelle gewenning, vult Sebastiaan aan. “De Opnameafdeling werkt met een centraal telefoonnummer, wat makkelijk te onthouden is voor de anesthesiemedewerker.”

Direct schakelen met de verpleegkundige van de patiënt vinden anesthesiemedewerkers heel prettig, merkt Sebastiaan. Niet alleen voor het transport, maar ook als er nog andere vragen zijn. Volgens Debby waren verpleegkundigen ook meteen enthousiast. “Voorheen kregen ze vanuit de OK regelmatig de vraag waar de patiënt bleef. Die bleek dan al een half uur eerder besteld, terwijl de verpleegkundige pas 10 minuten op de hoogte was en nog wachtte op de transportmedewerker.”

Tijdsbesparing

De nieuwe werkwijze levert een tijdsbesparing van bijna 6 minuten op. Na een aanvraag duurt het nu maar 16 minuten voordat een patiënt op de Holding is. Met dagelijks gemiddeld 29 patiënten scheelt dat bijna 3 uur per dag. “De wachttijd bij de liften blijft, daar kun je weinig aan veranderen. Maar het OK-proces loopt nu efficiënter dan eerst, en dat was het belangrijkste doel. Soms zie je het pas als je een stap terug doet en je alle schakels in het proces bekijkt”, weet Sebastiaan nu.

“De Lean-tools hielpen ons daarbij. Daarnaast werkten we voor dit project veel samen met andere afdelingen. Zo ontdekten we wat hen bezighoudt, wat hun uitdagingen zijn. Je krijgt meer begrip voor elkaar en daardoor wordt de communicatie ook makkelijker. Loop je ergens tegenaan, dan bel je elkaar gewoon op. Er ontstaat meer samenwerking in de breedte. Dat is waardevol, want uiteindelijk hebben we allemaal hetzelfde doel: de beste zorg voor de patiënt.”

Project Opnameafdeling

In het project Opnameafdeling werd een geselecteerde groep patiënten met een geplande operatie in HagaZiekenhuis Den Haag vóór de ingreep opgenomen op een centrale opnameafdeling in plaats van op de verpleegafdeling van het betreffende specialisme. Daar gingen ze pas heen ná de ingreep. De in een pilot geteste werkwijze resulteerde in efficiënter beddengebruik én minder werkdruk voor verpleegkundigen.

Projectleider Planbare zorg Nienke Brouwer: “Dat patiënten in de oude situatie vóór de operatie al naar de verpleegafdeling van het specialisme gingen, gaf veel werkdruk voor verpleegkundigen. Zij zijn druk met de patiënten die er al liggen en het regelen van het ontslag voor sommigen. Tussendoor moesten ze dan ook nieuwe patiënten opnemen, inclusief anamnese.”

“In de nieuwe situatie komen patiënten pas ná de operatie op de geplande verpleegafdeling. Daardoor is de werkdruk voor de verpleegkundigen meer verspreid over de dag. Opname en ontslag lopen minder door elkaar heen. Het werk is daardoor beter behapbaar”, zegt Denise Strik-Huijsmans, manager Bureau Opname.

Lean in het HagaZiekenhuis
Het HagaZiekenhuis vindt continu verbeteren belangrijk en werkt met Lean: ‘Lever aan een patiënt op het juiste moment wat gewenst of nodig is, zonder verspillingen.’ Medewerkers hebben toegang tot een goed gevulde ‘gereedschapskist’ met Lean-tools. Ook is training en coaching on the job beschikbaar.

Meerdere studies en steeds meer samenwerkingen

Aandacht voor wetenschap in het Juliana Kinderziekenhuis: ‘Onderzoek is onderdeel van de kindzorg’

Het Juliana Kinderziekenhuis (JKZ) is een bijzondere plek waar honderden mensen zich dagelijks inzetten voor jonge patiënten en hun ouders. Het JKZ probeert niet alleen goede zorg te geven aan kinderen, ook zetten onderzoekers hun beste beentje voor om die zorg te verbeteren. Onder aanvoering van Mirjam van Veen, kinderarts en coördinator wetenschappelijk onderzoek in het JKZ, lopen er meerdere studies en worden er steeds meer samenwerkingen opgezet.

Er ligt een belangrijke focus op de wetenschap, geeft Mirjam aan. “Onderzoek is een onderdeel van de zorg die wij leveren aan kinderen. Door onderzoek te doen kunnen we een bijdrage leveren aan het verbeteren van de zorg.”

De onderzoekers in het JKZ doen vooral epidemiologisch onderzoek in de algemene kindergeneeskunde. Dit omvat het bestuderen van veelvoorkomende klinische en medische kwesties, met een bijzondere focus op kinderen met koorts en infectieziekten, vooral op de spoedeisende hulp. Daarnaast is er speciale aandacht voor onderzoek op de afdeling Neonatologie.”

Twee nieuwe onderzoekslijnen

Deze focus resulteerde in twee nieuwe onderzoekslijnen, opgezet vanuit het JKZ zelf. Zoals de Ziek in Beeld-studie, waarbij een e-health tool ontwikkeld en gevalideerd wordt, die ouders helpt om ernstige ziektesymptomen bij hun kind met koorts te herkennen.

Daarnaast is vorig jaar de COPP-iGAS-studie van start gegaan. Mirjam: “We proberen ook in te spelen op actualiteiten in de kindergeneeskunde. Een recente toename in invasieve groep A-streptokokkeninfecties is daar een goed voorbeeld van. Doordat we hier heel alert op waren, konden we binnen een maand een onderzoek opzetten, samen met het LUMC. Dat onderzoek leverde razendsnel veel aandacht en

bewustzijn op voor het probleem.” De Ziek in Beeld- en COPP-iGAS-studies vormen samen het promotie-onderzoek van Evelien van Kempen, aios Kindergeneeskunde.

ERACE-studie

De ERACE-studie is ook opgezet vanuit het JKZ. Hierin onderzoeken promovendus Mark Ketelaars en zijn team onder leiding van Mirjam en kinderarts-neonatoloog Anne de Grauw hoeveel invloed traumatische jeugd-ervaringen van ouders op hun kinderen hebben. Het is de eerste Nederlandse follow-up studie naar nadelige jeugdervaringen, oftewel: Adverse Childhood Experiences (ACEs).

In het onderzoek worden ongeveer 120 kinderen en hun ouders onderzocht die voor periodieke controles op de Nazorgpoli Neonatologie van het JKZ komen. Dat is een gespecialiseerde polikliniek voor kinderen die een moeilijke start hadden, bijvoorbeeld door vroeggeboorte, te laag geboortegewicht of ernstige gezondheidsproblemen rond de geboorte. Specialisten van het JKZ werken hier samen met jeugdartsen van het consultatiebureau en professionals uit de regio.

Eerste twee jaar

“Samen met mijn collega Lyanne Rövekamp volg ik kinderen op de Nazorgpoli de eerste twee jaar van hun leven”, zegt Anne. “We wisten al dat het gedrag van ouders van invloed kan zijn op complicaties bij de geboorte. Denk aan een stressvolle thuissituatie door drank- of drugsgebruik, geweld, scheiding of mishandeling. Maar het lijkt erop dat ook traumatische jeugdervaringen van ouders, ook wel ACEs genoemd, van invloed zijn op moeilijkheden in de vroege ontwikkeling van een kind. Daar doen we nu onderzoek naar.”

Junior onderzoeker Iris van Dam neemt vragenlijsten af bij jonge ouders om een beeld te krijgen van het voorkomen van ACEs in de huidige generatie ouders. Deze vragenlijst onderzoekt ook hoe traumatische jeugdervaringen de zwangerschap en geboorte beïnvloeden.



Vanaf links: Mirjam van Veen, kinderarts en coördinator wetenschappelijk onderzoek in het JKZ, Evelien van Kempen, aios Kindergeneeskunde, Rianne Boeters-van Kester, researchverpleegkundige en Mark Ketelaars, onderzoeker in opleiding. Niet op de foto: Anne de Grauw, kinderarts-neonatoloog, Lyanne Rövekamp, neonatoloog en Iris van Dam, junior onderzoeker.

Langer dan de geboorte

Dat traumatische jeugdervaringen langer dan de geboorte door kunnen werken, is bekend. “Als je op jonge leeftijd te veel stress ervaart, kan jouw hele hormoonhuishouding uit balans raken met niet alleen psychische, maar ook lichamelijke gevolgen”, vertelt Mark. “Daar heb je de rest van je leven last van. Zo kan je eerder hart- en vaatziekten ontwikkelen. Of het beïnvloedt jouw functioneren als ouder. En groei je op in de aanwezigheid van alcoholisme, dan heb je zelf ook meer kans alcoholist te worden.”

Anne vult aan: “Bij baby’s in de buik worden al de geslachtscellen aangelegd die later nodig zijn om zelf zwanger te worden. Als er bij je moeder, zwanger van jou, sprake was van veel stress of middelenmisbruik, dan kun jij daar tijdens en na jouw eigen zwangerschap nog de gevolgen van ondervinden. Het is echt een vicieuze cirkel.”

Cirkel doorbreken

De onderzoekers willen die cirkel in de toekomst kunnen doorbreken. Mark kijkt naar de groei en motorische en sociale ontwikkeling van de kinderen. Ook vraagt hij ouders om hun positieve jeugdervaringen

en/of eventuele ACEs. Hierna vergelijkt hij de kinderen van ouders met en zonder ACEs. “De gedachte is dat mensen met meer dan drie ACEs meer kans hebben op traumaoverdracht naar de volgende generatie. We hopen in beeld te brengen welke trauma’s dat zijn en hoe die trauma’s de ontwikkeling van een kind beïnvloeden.”

“Als we dat weten, kunnen we meer bewustwording creëren bij de beleidsmakers”, vult Anne aan. “Dit is hoog complexe sociale problematiek, die we niet alleen in het ziekenhuis kunnen oplossen. Daar hebben we de hele samenleving voor nodig.”

Op elkaar vertrouwen

De genoemde studies zijn volgens Mirjam mooie voorbeelden van wat je kunt bereiken door de handen ineen te slaan. “We werken samen met alle umc’s in de Randstad. Daardoor krijg je veel voor elkaar.” Mede door dit soort samenwerkingen kan het JKZ een belangrijke onderzoeksbijdrage leveren aan de algemene kindergeneeskunde, zowel in Nederland als in Europa. “Door op elkaar te vertrouwen kun je meer impactvol onderzoek doen.”

Promovendinetwerk HagaZiekenhuis van start

Promovendi zorgen voor kennisontwikkeling in de wetenschap. Ze zijn heel belangrijk voor het HagaZiekenhuis. Per jaar werken er gemiddeld 45 promovendi in ons ziekenhuis, verspreid over de verschillende vakgroepen. Om ze beter met elkaar te verbinden en te kunnen ondersteunen, is eind 2023 het HagaPromovendinetwerk van start gegaan.

“Met wetenschap duidelijk op de agenda van het HagaZiekenhuis hoor je als gerenommeerd ziekenhuis zo’n netwerk te hebben”, zegt Bart Hellebrekers, decaan HagaAcademie & InnovatieLab. “Onze promovendi, die komen van alle UMC’s in Nederland, hebben allemaal hetzelfde doel en lopen tegen dezelfde uitdagingen aan. Voorheen hadden ze van elkaars bestaan geen of nauwelijks weet. Dankzij het netwerk kunnen ze met elkaar in contact komen en van elkaar leren. Ook wij kunnen ze zo beter ondersteunen bij hun onderzoek, bijvoorbeeld door workshops voor de hele groep te organiseren.”

Promovendus in het Juliana Kinderziekenhuis Mark Ketelaars is blij met het initiatief. “In de bijna twee jaar dat ik nu bezig ben, heb ik namelijk wel een connectie

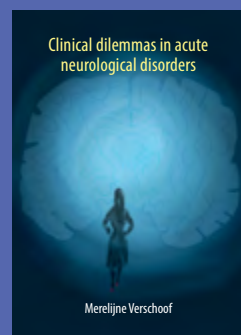


gemist met andere promovendi. Ik kijk er naar uit om te kunnen sparren met andere onderzoekers die in een vergelijkbaar traject zitten.”

Bart: “Onze promovendi bedrijven topsport in de (medische) wetenschap. Zo dragen ze bij aan betere patiëntenzorg nu en in de toekomst. En daarom is het belangrijk dat we in ze investeren.”

Clinical dilemmas in acute neurological disorders

Als een patiënt op de Spoedeisende Hulp (SEH) komt met een acute neurologische aandoening, moet de neuroloog onder hoge tijdsdruk beslissen over het behandelplan. “Soms loop je tegen klinische dilemma’s aan”, ervaart neuroloog Merelijne Verschoof. Ze onderzocht enkele van deze vraagstukken. De resultaten staan in haar proefschrift *Clinical dilemmas in acute neurological disorders*.



Behandelplan

“Vroeger was neurologie een vak dat je vooral op de polikliniek deed”, begint Merelijne. “Je had meer tijd om na te denken en voor acute aandoeningen was er niet altijd een behandeling. Met de jaren zijn er nieuwe behandelingen bijgekomen en is meer mogelijk in acute situaties. We kunnen dan steeds vaker actief behandelen, maar dat moet snel. Je wil het behandelplan het liefst binnen 15-20 minuten rond hebben.” Met haar onderzoek hoopt ze collega-neurologen te helpen bij het nemen van beslissingen. Zo onderzocht ze patiënten op de SEH met licht

traumatisch schedel- en hersenletsel (LTSH) die antistollingmedicatie nemen. “Zij hebben een verhoogd risico op verlate traumatische intracraniale bloedingen (ICB). Voorheen werden zij daarom standaard 24 uur opgenomen ter observatie. Uit de studie blijkt dat deze ziekenhuisopname niet nodig is als de CT-scan van het hoofd niet afwijkend is.”

Alcoholpromillage

Merelijne deed ook 3 studies naar herseninfarcten. Een studie, volledig uitgevoerd in het HagaZiekenhuis, ging over patiënten die op de SEH in Den Haag binnenkwamen met symptomen van een herseninfarct en met een verhoogd alcoholpromillage. Soms lijkt alcoholintoxicatie op een herseninfarct, maar is dat het niet (*stroke mimic*). De gelijke symptomen maken het onderscheid lastig. Is het meten van alcoholpromillage dan handig? De studie toont onder meer aan dat mensen met klachten en een verhoogd alcoholpromillage vrijwel

Clinical pharmacology of CFTR modulators

In haar proefschrift *Clinical pharmacology of CFTR modulators* beschrijft longarts Renske van der Meer haar onderzoek naar de werking en het gedrag (farmacologie) van CFTR modulatoren. Dit zijn geneesmiddelen die zeer belangrijk zijn voor patiënten met cystic fibrose (CF).

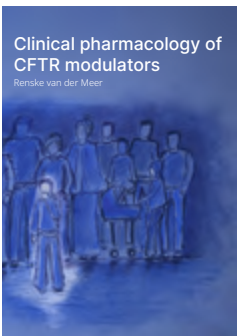
Sinds de ontdekking van het cystic fibrosis transmembrane receptor (CFTR) gen in 1989 is er veel veranderd in de behandeling van cystic fibrosis of taaislijmziekte. Een doorbraak enkele jaren geleden was de ontwikkeling van zogenaamde CFTR modulatoren. Dit zijn de eerste medicijnen die de oorzaak van de ziekte aanpakken. Ze verbeteren namelijk de functie van het CFTR-eiwit, in plaats van alleen de klachten te bestrijden.

“CFTR modulatoren zijn nu beschikbaar voor veel patiënten met CF”, vertelt Renske. “De medicijnen hebben een enorm positief effect als je kijkt naar het effect op groepsniveau. Maar van persoon tot persoon verschillen de effecten van CFTR modulatoren

behoorlijk. Ook zijn er patiënten die last hebben van bijwerkingen van deze medicijnen.”

Hoe beïnvloedt het medicijn het lichaam? En hoe beïnvloedt het lichaam het medicijn? Voor haar proefschrift onderzoekt Renske verschillende aspecten van de klinische farmacologie van CFTR modulatoren. Zo is gekeken in hoeverre ziektekenmerken van CF invloed hebben op de hoeveelheid CFTR modulator in het bloed. Ook is onderzocht wat de invloed van gelijktijdig gebruik van andere medicijnen is op de hoeveelheid CFTR modulator. Denk bijvoorbeeld aan medicijnen die patiënten gebruiken nadat ze een orgaantransplantatie hebben ondergaan.

Dankzij de onderzoeken is er meer kennis over de werking en het gedrag van CFTR modulatoren. Maar nog niet voldoende, volgens Renske: “Inmiddels zijn we gestart met nieuwe studies. We willen begrijpen bij welke patiënten de dosering van deze medicijnen moet worden aangepast om meer effect en/of minder bijwerkingen te krijgen.”



altijd na kantooruren op de SEH kwamen. “Maar dit betekende niet altijd een stroke mimic, er waren ook patiënten bij met een verhoogd alcoholpromillage én tegelijkertijd een herseninfarct. Het meten van het alcoholpromillage kan bij twijfel dus doorslaggevend zijn, maar een verhoogd promillage alleen is geen reden om de klachten niet te behandelen als herseninfarct.”

Lage bloeddruk

De tweede studie geeft antwoord op de vraag hoe lage bloeddruk invloed heeft op de klinische uitkomst na een herseninfarct. “Een herseninfarct gaat meestal gepaard met een verhoogde bloeddruk. Een lage bloeddruk leidt tot een grotere kans op overlijden in het ziekenhuis en ernstige complicaties, zoals hartfalen, gastro-intestinale bloedingen en sepsis. Bij een herseninfarct met een lage bloeddruk is het daarom goed om naar deze complicaties te zoeken.”

Tot slot keek Merelijne naar patiënten met kanker en een herseninfarct. Wat zijn dan de effecten van intra-arteriële behandeling (IAT, weghalen van het bloedstolsel via de lies)? “90 dagen na de IAT doen de meeste patiënten het significant slechter. Ook de kans dat er opnieuw een herseninfarct optreedt, is groot. Toch krijgt ongeveer een kwart van hen de functionele onafhankelijkheid terug dankzij de IAT. Deze kennis helpt in het onderling overleg tussen de arts, patiënt en familie als er twijfel is over het wel of niet behandelen van het infarct.”

Landelijk protocol

Dat de uitkomsten van haar onderzoek direct toepasbaar zijn in de praktijk, blijkt uit het feit dat de resultaten leidden tot een notitie of zelfs verandering in landelijke protocollen. Patiënten met LTSH en antistolling worden bijvoorbeeld niet meer standaard opgenomen ter observatie na een niet afwijkende CT-scan.

Bas de Bruijn, neuroloog en copromotor: “Merelijne heeft laten zien hoe je vanuit een niet-academisch ziekenhuis een promotie kan realiseren door relevante klinische vraagstukken te onderzoeken. Wetenschappelijk onderzoek zet onze patiëntenzorg op een hoger plan. Dat ze haar promotietraject tijdens haar opleiding in het HagaZiekenhuis heeft volbracht, zonder een aparte aanstelling voor een promotie zoals je vanuit de universiteit zou krijgen, vind ik daarnaast een enorme prestatie.”



Merelijne Verschoof (midden) en copromotor Bas de Bruijn (rechts).

Patiënt bedenkt oplossing om storingen infuuspalen te voorkomen

Het Klemke van Emke: innoveren doen we samen

Toen Rob Emke in HagaZiekenhuis Den Haag lag vanwege acute leukemie, vielen hem twee dingen op. Allereerst de uitstekende zorg van de verpleegkundigen. Maar ook dat ze vaak hun werk moesten neerleggen door piepende infuuspalen. De Hagenees bedacht een klem om deze storingen te voorkomen. Nu is zijn uitvinding door het HagaZiekenhuis InnovatieLab, samen met de Haagse Hogeschool én meneer Emke zelf, verder ontwikkeld. De klem voldoet nu aan de hygiëne- en veiligheidsvoorschriften, zodat andere Nederlandse ziekenhuizen hem straks ook kunnen gebruiken.

In 2022 kreeg de 71-jarige meneer Emke de diagnose acute leukemie. Voor zijn behandeling lag hij twee maanden op de verpleegafdeling Oncologie. Inmiddels weet hij dat de artsen hem niet beter kunnen maken. Wel krijgt hij nog elke twee weken een bloedtransfusie.

Werk neerleggen

“Het viel me op dat de infuuspaaal bij de kleinste beweging gaat piepen. Het gebeurt als je naar de wc gaat, een stukje wil lopen of gaat eten. Dan moeten de verpleegkundigen het werk neerleggen om het infuus weer in orde te maken”, legt meneer Emke uit. “Ik wilde dat voor ze oplossen.”

De storingen van de infuuspaaal zijn een bekend probleem, erkennen Lydia Witmus en Joost Sijsma. Lydia is de vaste verpleegkundige van meneer Emke. Joost is Chief Nursing Information Officer en betrokken bij de aanschaf van IT-apparatuur voor de zieken-

huiszorg. “Ons ziekenhuis heeft 450 infuuspalen in huis. Bovenaan de infuuspaaal hangt een zak met daarin vocht, medicatie of bloed. Via een druppelkamer wordt de vloeistof naar het infuus van de patiënt geleid”, legt Joost uit.

“Bij de druppelkamer zit een sensor. Die telt hoeveel druppels er zijn gevallen. Zo controleren en doseren verpleegkundigen hoeveel de patiënt binnenkrijgt. Als de infuuspaaal beweegt, gaat het vocht in de druppelkamer schommelen. Hierdoor ontstaat er een foutmelding.”

Zes keer per patiënt

Lydia: “We hebben geturfd op de afdeling. Het alarm ging zo’n zes keer per patiënt per transfusie af. Het verstoort de (nacht)rust van patiënten en verhoogt de werkdruk voor verpleegkundigen. Ook beïnvloedt het de transfusietijd, want als het alarm gaat, stopt het infuus met druppelen.” De verpleegkundigen zijn erg blij met meneer Emke’s uitvinding, die ze liefkozend ‘Het Klemke van Emke’ noemen. “Dit is de eerste klem die echt werkt”, zegt Joost.

Meneer Emke maakte met twee metalen papierklemmen een constructie. Die klemt de druppelkamer stevig aan de infuuspaaal vast. Hij demonstreerde zijn uitvinding zelf tijdens een speciale ontwerpessie in het InnovatieLab. “We wilden meneer Emke graag helpen met het verfijnen van de klem”, zegt innovatiecoach Ilse Hoogendijk. “Zijn ontwerp werkte perfect, maar voldeed nog niet aan de infectiepreventie-eisen van ons ziekenhuis. Zo zitten er wat plekken en schakels in die we niet goed kunnen schoonmaken.”

Ontwerp verfijnen

Daarom schakelde Ilse de hulp in van de Haagse Hogeschool. “Docent Luc Bolier hielp ons met het verfijnen van het ontwerp. Telkens als er een nieuw prototype was, gingen we samen met meneer Emke om tafel om de vorderingen en verbetermogelijkheden te bespreken. Het is mooi om dat echt samen te doen”, zegt ze. “We hebben inmiddels een ontwerp dat het echt lijkt te zijn. Het bestaat uit één stuk en heeft geen randjes of gaatjes die lastig schoon te maken zijn. Het doel is om het definitieve goedgekeurde ontwerp via een ‘open source’ te delen, zodat andere ziekenhuizen het zelf ook kunnen ontwikkelen. Uiteraard met vastgelegde erkenning voor meneer Emke en de naamvoering ‘Klemke’.”

De innovatiecoach hoopt dat samenwerkingen als deze in de toekomst vaker zullen voorkomen. “We vinden het geweldig als patiënten met ideeën binnenkomen.

Ze vormen een kennisbron die we helaas nog onvoldoende aanboren. Nu gaan we aan de slag met ideeën van mondige passanten. Maar we willen de input van patiënten op een structurele manier binnenhalen. Daarover ben ik bijvoorbeeld in gesprek met de patiëntenraad.”

Technologiestudenten

Het HagaZiekenhuis werkt al langer samen met de Haagse Hogeschool als het gaat om het opleiden van verpleegkundigen. “We breiden de samenwerking uit met technologiestudenten. Zo is de onderzoekslijn ‘Zorg en Technologie’ gestart vanuit het lectoraat Technologie voor Gezondheidszorg. Studenten van onder andere Industrieel Product Ontwerp lopen dan stage in ons ziekenhuis. Zowel vanuit klinische afdelingen als vanuit het InnovatieLab zijn er diverse vraagstukken waar ze mee aan de slag kunnen.” Terug naar de klem: meneer Emke is blij met het prototype dat er nu ligt. “Het gaat mij erom dat de verpleging hier uiteindelijk mee geholpen is. En het is mijn droom dat deze klem uiteindelijk op alle infuuspalen zit.”



Het eerste ontwerp van meneer Emke (boven) en het laatste prototype (onder).

Minder pijn en sneller bevallen met nieuw type ruggenprik in HagaZiekenhuis Den Haag



Goed nieuws voor bevallende vrouwen in HagaZiekenhuis Den Haag die pijnbestrijding krijgen via een ruggenprik. De nieuwe Programmed Intermittent Epidural Boluses-methode (PIEB) zorgt voor minder pijn en gemiddeld een snellere bevalling dan bij de oude werkwijze.

Een ruggenprik is een vorm van pijnbestrijding die de zenuwen in de onderrug voor korte tijd verdooft. Daardoor voel je veel minder van de bevalling. In de meeste ziekenhuizen gebeurt dit met een techniek waarbij de aanstaande moeder doorlopend een verdovingsmiddel krijgt toegediend via een slangetje in de rug. Ook HagaZiekenhuis Den Haag deed dit voorheen op deze manier.

Extra pijnmedicatie via drukknop

Bij de nieuwe methode krijgt de bevallende vrouw ook pijnmedicatie via een slangetje in de rug. Maar er zijn 2 belangrijke verschillen. In plaats van doorlopende toediening van een lage dosis, krijgt de vrouw 1 keer per uur een ‘shot’ pijnmedicatie. Daarnaast kan de vrouw zichzelf tijdens de bevalling een extra, vooraf vastgestelde hoeveelheid pijnmedicatie geven door zelf op een knop te drukken. “Uiteraard is dit beveiligd en is een overdosering niet mogelijk”, legt anesthesioloog SiuSan Oei uit. Ze is enthousiast. “We zijn het eerste ziekenhuis in de regio die deze nieuwe manier van medicatietoediening aanbiedt. Die heeft veel voordelen.”

Meer regie

Zo laat wetenschappelijk onderzoek zien dat de PIEB-methode ervoor zorgt dat de vrouw minder pijn voelt. Ook is er minder extra pijnstilling nodig ten opzichte van de oude methode en de bevalling verloopt gemiddeld sneller. Gynaecoloog Marit Douma: “Vrouwen hebben meer regie over de pijnbestrijding bij hun bevalling, omdat ze zichzelf extra medicatie kunnen geven. Dit alles leidt tot een hogere patiënttevredenheid.”

Tijdens de ontwerpessie legt meneer Emke uit hoe zijn ontwerp werkt.



Longkanker in vroeger stadium vastgesteld met innovatieve onderzoekstechniek

Pijnloos, minder kans op complicaties, sneller en met grotere zekerheid een diagnose. Dat zijn enkele voordelen van 'navigatiebronchoscopie', een innovatieve techniek die het HagaZiekenhuis als eerste niet-academische ziekenhuis op deze specifieke manier toepast bij longpatiënten. Navigatiebronchoscopie maakt het mogelijk om met hoge precisie kleine en moeilijk bereikbare afwijkingen in de longen te onderzoeken.

Het Nijmeegse Radboudumc was het eerste ziekenhuis in Nederland dat de techniek invoerde. Longarts Pepijn Brocken bracht deze techniek naar het HagaZiekenhuis. Hier doet hij samen met collega-longarts Duco Schippers navigatiebronchoscopie. Pepijn: "Het is een doorbraak, vooral in de vroege detectie van longkanker. Doordat we tegenwoordig vaker scannen, ontdekken we ook vaker afwijkingen. Navigatiebronchoscopie maakt een vroegere en effectievere diagnose mogelijk, waardoor patiënten sneller de juiste behandeling kunnen krijgen. We kunnen nu afwijkingen bereiken die te klein of ongunstig gelegen zijn voor traditionele methoden."

Betere persoonlijke zorg

De techniek maakt gebruik van geavanceerde beeldvormingstechniek en software. Hiermee kan de arts via een flexibele bronchoscoop (dunne slang) met nog dunnere buisjes door de luchtwegen navigeren naar de exacte locatie van de afwijking. "Hierdoor is een meer gerichte en nauwkeurige biopsie mogelijk, zonder de risico's van meer ingrijpende (invasieve) methoden", legt Pepijn uit. Duco gaat verder: "De patiënt wordt eerst onder algehele narcose gebracht. Dan maken we een CT-scan, specifiek voor dit onderzoek." Met hulp van de software kan de locatie van de afwijking in de longen nauwkeurig worden bepaald en gevolgd.



"We kunnen, geholpen door gelijktijdige röntgencontrole, heel precies bij de tumor komen en daar een weefselmonster of punctie uitvoeren. Daardoor kunnen we eerder beginnen met de juiste behandeling. In sommige gevallen betekent dit zelfs dat een operatie of zwaardere behandelingen voorkomen worden."

Veiliger en comfortabeler

Een belangrijk voordeel van de nieuwe methode is dat het voor patiënten veel veiliger en comfortabeler is. "Het gebeurt onder narcose, dus pijnloos. En het risico op complicaties, zoals een bloeding of klaplong, is veel kleiner. Dat geldt vooral voor patiënten met een slechtere longfunctie", zegt de longarts. Deze veiligere aanpak geeft ook patiënten met beperkte longfunctie de mogelijkheid van nauwkeurigere diagnostiek. Het HagaZiekenhuis zet hiermee een grote stap vooruit. "We zijn trots dat we deze geavanceerde zorg kunnen bieden. Het is een complexe, maar zeer waardevolle toevoeging aan onze diagnostische mogelijkheden", vertelt een trotse Pepijn. Beiden kijken uit naar de verdere mogelijkheden van de techniek. "We zouden in de toekomst kunnen kijken naar de optie om tijdens een operatie kleine markers achter te laten, die chirurgen helpen bij het lokaliseren van de tumor", vertelt Pepijn. "Dit zou een enorme vooruitgang zijn, vooral bij operaties in complexe gebieden."

Investeringsen

De implementatie van navigatiebronchoscopie in het HagaZiekenhuis ging niet zonder uitdagingen. "Het vereist aanzienlijke investeringen in apparatuur en training, en het is een arbeidsintensief proces", zegt Pepijn. "Maar de voordelen voor onze patiënten zijn het dubbel en dwars waard."

Beide longartsen verwachten dat navigatiebronchoscopie in de toekomst de standaard wordt voor een groter deel van de longpatiënten. "We zien een toenemende behoefte aan zekere diagnoses, vooral bij voorbehandelingen van longkanker", verklaart Duco.

Hoe werkt navigatiebronchoscopie?

Een flexibele, dunne slang gaat via de mond van de patiënt naar binnen. Via deze slang brengt de arts een dunner buisje in. Dit buisje wordt door de kleinere luchtwegen naar de afwijkende plek genavigeerd. Sensoren in de apparatuur en speciale röntgenbeelden zorgen ervoor dat de arts informatie heeft over de positie van de slang en waar naartoe genavigeerd moet worden. Zodra de afwijking bereikt is, neemt de arts wat weefsel weg, de biopsie. Dit gebeurt met kleine instrumenten die via de flexibele slang bij de afwijking komen. Het weggenomen weefsel wordt onderzocht.

Longartsen Pepijn Brocken (links) en Duco Schippers bezig met een navigatiebronchoscopie.

“Met dit project willen we ook meer bewustzijn creëren in de maatschappij over de ernst van de klachten’



Beschikbaar maken van eenduidige informatie voor zorgverleners en patiënten

Betere eczeemzorg door het Nationaal Constitutioneel Eczeem Project

Constitutioneel eczeem komt ontzettend veel voor in Nederland. Ongeveer 15 tot 20 procent van de kinderen heeft er last van. Ook 5 procent van de volwassenen kampt met deze huidklachten. Om de zorg voor deze patiëntengroepen te verbeteren, is dermatoloog Anne-Moon van Tuyll van Serooskerken van HagaZiekenhuis Den Haag met collega's uit de regio het Nationaal Constitutioneel Eczeem Project begonnen. “Ik gun patiënten en zorgverleners meer houvast in de aanpak van deze chronische ziekte.”

Wie nu gaat zoeken op de juiste behandeling, smeertips of adviezen voor constitutioneel eczeem (verder in dit artikel CE genoemd), verdwijnt in een online oerwoud van informatie. Elke zorgverlener vertaalt de richtlijnen op zijn eigen manier, hanteert andere ‘smeerhoeveelheden’ en gebruikt verschillende termen. Samen met collega-dermatoloog Inge Haeck, werkzaam in het UMC Utrecht, constateerde Anne-Moon dat de zorg voor CE-patiënten beter kon in Nederland. “We zagen in onze spreekkamers dat veel mensen sneller of beter geholpen hadden kunnen worden als elke zorgverlener dezelfde middelen zou hebben. Zo is het balletje gaan rollen.”

Gebrek aan kennis

Niet alleen uit de praktijk blijkt dat de zorg voor CE-patiënten nog niet goed genoeg is ingericht. Een onderzoek van het project Zinnige Zorg (Zorginstituut Nederland) trekt dezelfde conclusie. In dit overheidsproject worden diverse zorggebieden doorgelicht en gecontroleerd op effectieve en kwalitatief goede zorg. “We lopen aan tegen een gebrek aan kennis, patiënten krijgen onvoldoende begeleiding en de beschikbare informatie is versnipperd, onduidelijk en soms onjuist”, zegt Anne-Moon. “Daar wilden wij wat aan doen.” Voor CE-patiënten is het beschikbaar maken van informatie juist belangrijk, omdat ze de adviezen zelf moeten uitvoeren. “De triggers van eczeem zijn voor elke patiënt anders. Voor de een is dat een opvlamming van hooikoorts, voor de ander hitte en voor de volgende juist kou. Je krijgt meestal medicatie, vaak zalven, voorgeschreven. Maar je moet zelf ontdekken wat voor jou werkt. Want veel van de behandeling vindt dus thuis plaats.”

Iedereen betrokken

Eerst is Anne-Moon met een regionale werkgroep aan de slag gegaan. “Er bleken in andere regio's projecten te zijn geweest die niet het gewenste resultaat behaalden. Het probleem was dat ze bleven steken op landelijk draagvlak en landelijke implementatie van de beschikbare middelen en informatie.” Dat is waar het Nationaal Constitutioneel Eczeem Project het verschil wil maken. “Bij dit project is iedereen aangehaakt. De patiëntenvereniging en alle zorgverleners betrokken bij eczeemzorg werken mee om dit project te laten slagen. Toen we genoeg subsidies en andere financiering hadden aangetrokken, hebben we een korte en lange termijnplanning gemaakt”, zegt Anne-Moon.

Game voor kinderen

“Op de korte termijn willen we materialen maken voor zorgverleners en patiënten. Zodat iedereen dezelfde

termen gaat gebruiken, de juiste informatie verstrekt en eenduidige adviezen geeft. Eind 2024 zijn die materialen beschikbaar. Je moet dan onder andere denken aan animaties, folders, e-learnings, uitlegkaarten en een game waarin we kinderen op een leuke manier uitleggen wat eczeem is, hoe dat komt en hoe je ermee omgaat.”

Met trots pakt Anne-Moon een eerste versie van een informatieboekje uit haar kast. Met enthousiasme laat ze de tekeningen en teksten zien. Haar grootste drijfveer zijn de kinderen en hun ouders die ze ziet als kinderdermatoloog in het Juliana Kinderziekenhuis. “De impact van CE op kinderen is enorm. Je kan het soms zelfs vergelijken met de impact van Cystic Fibrosis. Kinderen slapen niet, ouders slapen niet. Kinderen gaan daardoor niet naar school, zwemfeestjes, ze functioneren slechter. Met het Nationaal Constitutioneel Eczeem Project willen we ook meer bewustzijn creëren in de maatschappij over de ernst van de klachten.”

Vingertopmaat

Terug naar het informatieboekje. Dat vroeg nogal wat afstemming. Hoe ga je iets noemen? Noem je het een basiszalf of een vette zalf? Hoe duid je aan hoe dik patiënten moeten smeren? “Daarvoor gebruiken we de vingertopmaat”, legt Anne-Moon uit. Ze houdt haar vlakke hand omhoog en wijst een vingertop aan. “Als je hier een streep zalf op zou doen, dan is dat genoeg om je hele hand mee in te smeren. Dát is de vingertopmaat.”

Al het voorlichtingsmateriaal wordt nu getoetst bij patiënten. “Bereiken onze middelen hun doel? Begrijpt iedereen de informatie of moeten we het toch anders omschrijven? Als ze zijn goedgekeurd, worden ze geïntegreerd via bestaande kanalen. Zo kan je straks hopelijk via apotheek.nl, thuisarts.nl en de patiëntenvereniging dezelfde, eenduidige adviezen en informatie raadplegen.”

Richtlijnen

Op de lange termijn gaat de projectgroep werken aan het borgen van blijvende kennis en nascholingen, maar ook aan de verdere ontwikkeling van een eczeemconsulent in de eerste lijn. Daarnaast zet de projectgroep zich in voor de verdere optimalisatie van het CE-zorgpad en nog beter op elkaar afgestemde richtlijnen.

“Voor mij is dit project geslaagd als patiënten de mogelijkheid hebben om alle informatie te vinden en meer houvast hebben in de behandeling van hun chronische ziekte. Datzelfde geldt voor zorgverleners. Zij moeten de middelen hebben om patiënten sneller en beter te behandelen.”

Opnieuw topklinische erkenningen voor ernstig astma, sikkcelziekte en taaislijmziekte

De afdeling Longziekten van het HagaZiekenhuis heeft opnieuw topklinische erkenningen gekregen voor de behandeling van ernstig astma en cystic fibrosis (taaislijmziekte). Daarnaast is het Sikkcelziekte behandelcentrum van de afdeling Hematologie opnieuw erkend als topklinisch expertisecentrum. De erkenningen, verleend door de vereniging Samenwerkende Topklinische Ziekenhuizen (STZ), zijn 4 jaar geldig.

Ernstig astma

Ons ziekenhuis was een van de eerste erkende kenniscentra voor de behandeling van ernstig astma. Sinds 2008 geven we patiënten met ernstig astma 'monoklonale antilichamen' of biologicals. Deze biologische geneesmiddelen worden geproduceerd uit bacteriën, schimmels, dierlijke of plantaardige cellen. Bijzonder is dat patiënten een van deze biologicals thuis via een infuus krijgen toegediend. Wereldwijd zijn we het eerste ziekenhuis dat voor deze specifieke thuistoediening een behandelprotocol heeft ontwikkeld en geëvalueerd.

Er is ook een patiëntpanel gestart, waarin thema's als bejegening, kwaliteit van zorg en de behoeftes van patiënten aan bod komen. Het panel wordt daarnaast

Enkele leden van het longteam.



betrokken bij wetenschappelijk onderzoek. Dat leverde de afgelopen 5 jaar tientallen wetenschappelijke publicaties op. Longarts Saar van Nederveen is trots op de (her)erkenning: "We blijven ons ook de komende jaren weer hard inzetten om de best mogelijke zorg te geven aan patiënten met (ernstig) astma."

Sikkcelziekte

Sikkcelziekte is een erfelijke ziekte van de rode bloedcellen. Het ontstaat door een afwijking op het zogenaamde hemoglobine-gen. Sikkcellen transporteren minder zuurstof en breken sneller af dan gezonde rode bloedcellen. Een gezonde rode bloedcel leeft 120 dagen, een sikkcel maar 30 dagen. Hierdoor hebben sikkcelpatiënten chronische bloedarmoede.

De afgelopen jaren deed ons ziekenhuis diverse innovaties om de behandeling van sikkcelziekte te verbeteren. Zo krijgen patiënten een jaarlijks fysiotherapeutisch consult, waarbij de fysiotherapeut adviseert over conditieverbetering. Deze aanpak geeft patiënten houvast in de omgang met hun ziekte.

Dankzij de vroegtijdige screening krijgen patiënten inzicht in de eigen fysieke beperkingen en mogelijkheden. Door dat inzicht en door gerichte oefeningen te doen, groeit het zelfvertrouwen. Voor jonge patiënten betekent dit bijvoorbeeld dat zij op

Cystic fibrosis

Het HagaZiekenhuis is een van de 7 erkende behandelcentra in Nederland voor de aangeboren aandoening Cystic fibrosis (CF, ook wel taaislijmziekte). Bijzonder is dat we het enige niet-academische ziekenhuis zijn met deze STZ-erkenning. Longarts Renske van der Meer: "Door nieuwe medicatie wordt een groot deel van de mensen met CF steeds ouder. Het is mooi dat ons ziekenhuis hier een steentje aan kan bijdragen."

Een belangrijk innovatieproject is verricht door kinderarts in opleiding Matthijs Kruizinga. Hij onderzocht mogelijkheden om de gezondheid van CF-patiënten op afstand in kaart te brengen. Bijvoorbeeld door stappentellers, een longfunctie-apparaatje thuis en een smartwatch te gebruiken.

Ook stuurde het behandelcentrum een uitgebreide vragenlijst naar alle volwassenen met CF. Hoe ervaren zij de behandeling? En hoe zien zij zorg op afstand, nu en in de toekomst? De antwoorden verschilden sterk. Conclusie: we moeten zorg op maat blijven leveren en met de patiënt in gesprek blijven.



Het CF-team.

Actueel en belangrijk voor de STZ-erkenning is het huidige onderzoek naar de klinische farmacologie van CFTR-modulatoren (zie ook proefschrift Renske van der Meer op pagina 23). Dit is een groep nieuwe geneesmiddelen die bij veel patiënten een indrukwekkend effect heeft.

STZ-erkenningen

Het HagaZiekenhuis heeft topklinische erkenningen in het STZ-register voor 9 behandelingsvormen. Een STZ topklinische functie betreft hoog gespecialiseerde en complexe patiëntenzorg op grond van een ziektebeeld, de diagnostiek of de behandeling. De zorg is op basis van objectieve criteria aantoonbaar onderscheidend ten opzichte van de reguliere zorgverlening in een STZ-ziekenhuis.

Wbmv-vergunningen

Ons ziekenhuis biedt ook topreferente patiëntenzorg, waarvoor we 14 vergunningen hebben in het kader van de Wet bijzondere medische verrichtingen (Wbmv): de meeste van alle STZ-ziekenhuizen. Topreferente zorg is hooggespecialiseerde zorg voor patiënten voor wie geen doorverwijzing naar een ander ziekenhuis meer mogelijk is. Anders dan bij topklinische zorg is er onzekerheid over de diagnosestelling en de juiste behandeling van een aandoening.

ECZA-erkenningen

Tot slot heeft ons ziekenhuis 10 ECZA-erkenningen. ECZA staat voor 'expertisecentrum voor zeldzame aandoeningen'. In Nederland zijn er ongeveer 350, elk met een eigen specialisatie. Het ministerie van VWS geeft de erkenningen af.



Lees meer over onze STZ-erkenningen op www.hagaziekenhuis.nl/stz



Scan de QR-code voor een overzicht van alle Wbmv-vergunningen in Nederland.



Scan de QR-code voor info over de ECZA-erkenningen.

Onderzoek naar verbetering nazorg mammacare HagaZiekenhuis Zoetermeer

‘Een goed geïnformeerde patiënt trekt eerder aan de bel’

Op de chirurgische mammapoli in HagaZiekenhuis Zoetermeer ondergaan patiënten met borstkanker borstamputaties of borst-sparende operaties. Ook krijgen ze nazorg. Als onderdeel van haar opleiding tot verpleegkundig consulent mammacare onderzocht verpleegkundige Marieke Diederens-de Kogel of de nazorg beter kan en zo ja hoe. ‘Patiënten weten niet altijd wat er allemaal mogelijk is.’



Verpleegkundig consulent mammacare in opleiding Marieke Diederens-de Kogel.

Sinds enkele jaren werkt Marieke op de polikliniek Chirurgie op de afdeling Mammacare. Eerst als verpleegkundige in de directe zorg van borstkankerpatiënten, nu volgt ze de opleiding tot consulent Mammacare, een meer overstijgende rol.

Nazorg vanaf diagnose

Het is belangrijk dat patiënten goed geïnformeerd zijn over de beschikbare nazorg, benadrukt ze. “Een goed geïnformeerde patiënt trekt eerder aan de bel. Maar veel patiënten hebben geen juist beeld van nazorg. Het gaat niet alleen over het lichamelijke herstel na de ingreep. Nazorg betreft ook de fysieke gevolgen die je na afloop overhoudt of mentale klachten, zoals de angst om opnieuw ziek te worden. Nazorg zou volgens een vaste methodiek ingebed moeten worden in de dagelijkse zorg voor borstkankerpatiënten en daarmee kun je het beste al beginnen vanaf de diagnose.”

Voor haar opleiding schreef Marieke een ‘CAT-verslag’ (Critically Appraised Topic), waarin ze een onderzoeksvraag beantwoordt op basis van bestaande wetenschappelijke literatuur. Haar vraag ging over de toepassing van nazorg: hoe kan deze verbeterd en ingebed worden in de patiëntenzorg, en welke middelen zijn hiervoor geschikt?

Gepersonaliseerd

Op zoek naar relevante literatuur, kwam ze veel onderzoeken tegen over gepersonaliseerde nazorg, een relatief nieuw concept. “Je kijkt dan naar de persoonlijke situatie. Bijvoorbeeld: iemand heeft borstkanker, maar krijgt ‘slechts’ een borstsparende operatie en bestraling. Is het dan nodig om 4 keer per jaar op controle te komen, of wil de patiënt liever 1 keer per jaar een controle en verder zelf aan de bel trekken als nodig?”

Uit de literatuur komt naar voren dat patiënten net zo tevreden zijn met gepersonaliseerde zorg als met ‘standaard’ nazorg op vaste momenten, zoals in de huidige richtlijn staat. “Wel met als voorwaarde dat er altijd een verpleegkundig specialist is die ze direct kunnen benaderen bij vragen, of als er iets aan de hand is. En dat ze dan alsnog kunnen langskomen.”

Meer regie

Marieke verwacht dat deze vorm van zorg veel vaker gaat voorkomen. “Ik denk dat het in een volgende richtlijn voor nazorg als aanbeveling zal komen te staan. Het is prettig voor patiënten, want zij krijgen zo meer de regie en hoeven niet onnodig naar het ziekenhuis. Daarnaast leidt minder polibezoek tot minder zorgkosten.”

Een andere conclusie uit haar CAT-verslag: begin vroeg met het opstarten van nazorg. “Soms weet je bij de kankerdiagnose al dat een patiënt veel heeft meegemaakt of dat er bijvoorbeeld sprake is van depressie of andere aandoeningen. Zet dan alvast de nazorg in gang, want je weet dat de kans groter is dat de patiënt ergens tegenaan gaat lopen. Er bestaan gevalideerde vragenlijsten, zoals de Lastmeter waarmee je de behoefte aan nazorg kan screenen. Het op deze manier vroeg inzetten van nazorg gebeurt al wel, maar het is fijn als daar meer structuur in komt.”

Stroomdiagram

Om daaraan bij te dragen, ontwikkelt Marieke een ‘stroomdiagram’ om te implementeren op de mammacare-, maar ook andere afdelingen in het HagaZiekenhuis. Het stroomdiagram maakt het nazorgproces inzichtelijk via verschillende stappen. Daardoor wordt het makkelijker om de juiste beslissing over de nazorg van een patiënt te maken. “Als vervolg op het CAT-verslag heb ik een enquête uitgezet onder 60 Zoetermeerse patiënten, om te onderzoeken of mijn conclusies in de praktijk standhouden en om input te krijgen voor het stroomdiagram. Ik hoop dit traject na de zomer af te ronden.”

Wie wordt de Alzheimer-patiënt en wie niet?

Eerste gezamenlijke studie tussen HagaZiekenhuis en CHDR

Kun je dementie eerder detecteren op basis van biomarkers bij patiënten met geheugenklachten? Dat is het onderwerp van het eerste gezamenlijke onderzoek van het HagaZiekenhuis en het Centre for Human Drug Research (CHDR).

In deze nieuwe samenwerking slaan het CHDR en neuroloog Paul Wirtz en aios Daan Michels van HagaZiekenhuis Den Haag de handen ineen. Daan schreef samen met het CHDR het protocol voor de studie. De patiënten die meedoen aan het onderzoek zijn onder behandeling in het HagaZiekenhuis voor geheugenklachten.

Geheugenstoornis

“We zien veel patiënten met milde cognitieve stoornissen, meestal aangeduid als een geheugenstoornis”, legt Paul uit. “Die klachten worden niet altijd veroorzaakt door hersenziektes, zoals Alzheimer. Sommige mensen worden vergeetachtig door psychologische problemen of doordat ze niet goed slapen.” “We willen aantonen of het mogelijk is om al vroeg in het diagnosetraject te bepalen of iemands klachten zich ontwikkelen tot een neurologische ziekte zoals Alzheimer, of dat er eigenlijk wat anders aan de hand is”, vult Daan aan. “Dementie ontwikkelt zich in de loop der jaren. In een vroeg stadium is een MRI-scan van iemand met Alzheimer bijvoorbeeld nog niet afwijkend. Het zou mooi zijn als we straks weten welke biomarkers kunnen vaststellen of een patiënt een neurologische ziekte aan het ontwikkelen is.” “Biomarker” is een brede term voor een meetbare indicator die informatie geeft over de kans op het hebben van een bepaalde ziekte, legt Daan uit. “Biomarkers haal je bijvoorbeeld uit bloeduitslagen, maar een afwijkende EEG-uitslag kan ook een biomarker zijn.”

Geheugentesten

Patiënten die in het HagaZiekenhuis komen met geheugenklachten, krijgen diagnostische onderzoeken en testen om te achterhalen waar de klachten vandaan komen. Denk aan geheugentesten, bloedonderzoek, een MRI en een EEG (hersenscans). Behandelaars op de polikliniek Neurologie bepalen of patiënten geschikt zijn om mee te doen aan het Haga-CHDR-onderzoek. Ze zoeken 30 deelnemers van minimaal 45 jaar die nog geen vastgestelde diagnose hebben. In het voorjaar van 2024 zijn de eerste deelnemers aangemeld.



Neuroloog Paul Wirtz (links) en aios Daan Michels.

“Ze gaan, naast de testen in het ziekenhuis, voor extra onderzoek en een hersenscans naar het CHDR”, zegt Paul. “Ook ondergaan deelnemers een week lang een ‘trial at home’. Meetinstrumenten zoals een smartwatch, een matje onder het kussen en een telefoonapp houden dan gegevens over slaap, beweging en hartslag bij.”

Data vergelijken

“Al die gegevens verzamelen we bij het CHDR. Op basis van de uiteindelijke diagnose komt de patiënt in de groep ‘patiënten met een neurologische ziekte’ of de groep ‘patiënten waarbij iets anders aan de hand is’. Samen met het CHDR vergelijken we die data”, vertelt Daan.

Nooit eerder zijn patiënten met dezelfde klachten op deze manier met elkaar vergeleken. “Wel gebeurde dat met een groep gezonde en een groep zieke mensen. Door met ze te praten kon je het verschil al zien. Het gaat er nu juist om: ze hebben allemaal geheugenklachten. Wie wordt de Alzheimerpatiënt en wie niet? Als we dat dankzij biomarkers wel weten, en ook eerder, kan je patiënten wiens klachten ergens anders vandaan komen sneller geruststellen en een beter passende behandeling aanbieden.” Voor mensen met klachten die zich wel ontwikkelen tot een hersenziekte, is het onderzoek vooral bedoeld om meer kennis op te doen. “Een medicijn is er helaas nog niet, al maakt de wetenschap op dat vlak wel stappen. We kunnen deze patiënten wel beter voorbereiden op de ziekteontwikkeling en de controles uitbreiden. En mochten er medicijnen komen, dan wil je zo vroeg mogelijk weten of iemand zo’n neurologische ziekte heeft. Hoe eerder we de behandeling starten, hoe beter”, zegt Paul.

Naar verwachting worden de eerste resultaten over enkele jaren gedeeld.



Een patiënt in het RHOC krijgt een universele nachtsplank aangemeten door gipsverband-meester Anouk Mangelaars.

Wat is de beste behandeling van hielspoor? Een studie naar het effect van 3 verschillende nachtsplanken

Hielspoor, ook wel fasciitis plantaris genoemd, is een van de meest voorkomende oorzaken van voet- en hielpijn. Vaak wordt hielspoor behandeld met een nachtsplank. Welke van 3 verschillende nachtsplanken is dan het meest effectief tegen pijn? Dat onderzochten onderzoeker Jantsje Pasma, onderzoekscoördinator Roos Bazuin en orthopedisch chirurg Menno Bloembergen met een gerandomiseerde studie in het Reinier Haga Orthopedisch Centrum (RHOC).

“Hielspoor wordt veroorzaakt door een ontsteking aan de peesplaat. Die loopt van het hielbeen tot het begin van de onderkant van de tenen”, legt Jantsje uit. “Overbelasting van de peesplaat kan leiden tot kleine scheurtjes in de vezels van de peesplaat. Door het verstevigen van de aanhechting van het bot met de pees kan verkalking ontstaan. Dit zorgt voor pijn, voornamelijk bij de eerste stappen. Bijvoorbeeld 's ochtends bij het opstaan of na een lange periode van zitten. De pijn neemt meestal af na wat meer lopen, maar kan ook weer verergeren na lang lopen.”

Verschillende behandelingen

Er zijn verschillende behandelingen om de klachten te verminderen, zoals steunzolen, rekoefeningen en behandeling met geluidsgolven (shockwave therapie). Ook worden er nachtsplanken voorgeschreven, in combinatie met rekoefeningen. Een splank zorgt ervoor dat de kuitspier 's nachts op spanning wordt gebracht en de vezels van de peesplaat opgerekt blijven. Nachtsplanken zijn er in verschillende soorten, met elk

zijn voor- en nadelen. Op dit moment wordt het type nachtsplank gekozen op basis van de voorkeur van de orthopeed en/of de patiënt. Om meer inzicht te krijgen in welke nachtsplank het meest effectief is tegen pijn, is in 2018 een gerandomiseerde studie opgezet door de afdeling Orthopedie van HagaZiekenhuis Den Haag. Na de verhuizing naar het RHOC, is de studie daar verder uitgevoerd en afgerond.

Op basis van loting

“In totaal namen 80 patiënten deel aan de studie en werden 3 verschillende nachtsplanken onderzocht: een universele nachtsplank, een op-maat-gemaakte gipssplank en een 'strassburg sok', een speciaal ontworpen sok die de voet 's nachts in een licht gestrekte positie houdt”, vertelt de onderzoeker.

“Nadat patiënten schriftelijk toestemming hadden gegeven voor deelname, kregen zij op basis van loting 1 van de 3 nachtsplanken. Patiënten droegen de nachtsplank gedurende 12 weken en deden daarnaast rekoefeningen. Hoe lang de patiënten de nachtsplank droegen en hoe vaak zij de oefeningen deden, hielden zij bij in een dagboek. Vóór de behandeling en 3 en 6 maanden na de start van de behandeling vulden patiënten een vragenlijst in over pijn en functioneren.”

Alleen verschil in functioneren

Het onderzoek toont aan dat er op 3 en 6 maanden geen verschil in pijn (afname) is bij gebruik van de verschillende nachtsplanken. “Alledrie de nachtsplanken zijn even effectief als het gaat om het verminderen van de pijn. In functioneren zien we alleen een verschil op 6 maanden: de behandeling met de universele nachtsplank leidt tot een significante verbetering van functioneren, vergeleken met de strassburg sok. Daarnaast zien we dat in de groep met de strassburg sok meer patiënten na 6 maanden nog klachten ervaren aan de behandelde voet, vergeleken met de op-maat-gemaakte gipssplank. Ook zijn er minder patiënten met de sok waarbij de ervaren klachten aan de voet na 6 maanden zijn afgenomen, vergeleken met de universele nachtsplank.”

Ondanks het vergelijkbare effect op pijnvermindering, lijkt de strassburg sok minder geschikt om te gebruiken bij de behandeling van hielspoor als we kijken naar de ervaren klachten aan de voet. Jantsje: “We kunnen met deze resultaten geen uitspraak doen of de universele nachtsplank beter te gebruiken is dan de op-maat-gemaakte gipssplank. Wel is de universele nachtsplank goedkoper dan de op-maat-gemaakte gipssplank. Dat kan de universele nachtsplank aantrekkelijker maken om te gebruiken voor de behandeling van hielspoor.”

Jantsje presenteert de resultaten van het onderzoek op het 61e Nordic Orthopaedic Federation (NOF) congres en het Nederlandse Orthopaedische Vereniging (NOV) Jaarcongres 2024. Ook zullen de onderzoeksresultaten in de loop van 2024 worden gepubliceerd.

De Vereniging Arts-Assistenten HagaZiekenhuis (VAAH) vertegenwoordigt alle arts-assistenten van het HagaZiekenhuis.



4 generaties - 1 systeem

Het wensenlijstje van de arts-assistent is omvangrijk: een gratis parkeerplek op het werk, overuren die uitbetaald worden en flexibiliteit om thuis te kunnen werken of online bij de overdracht aan te sluiten. Zijn deze arbeidsvoorwaarden een utopie, of wordt het de nieuwe norm?

Afgelopen voorjaar bezochten wij op een internistencongres een sessie over de toekomst van het vak. Daarin discussieerden vier generaties internisten met elkaar over flexibiliteit op de werkvloer. Een co-assistent, een 'jonge klare', een medisch specialist van 45 en een medisch specialist aan het einde van zijn loopbaan gingen in gesprek over de kwestie thuiswerken. Treffend was dat alleen de 'oudste' generatie de voorkeur had voor een aanwezigheidsplicht tijdens de overdracht, terwijl de overige drie vonden dat vanuit huis werken, om bijvoorbeeld administratie te doen, wonderen kan verrichten op het gebied van autonomie. De oudere specialist beargumenteerde dat het saamhorigheidsgevoel zou wegvallen en vroeg zich (misschien terecht) af, of thuiswerken het nu écht allemaal beter zou maken.

Dit voorval riep bij ons de vraag op: is dit contrast er omdat de 'oudere' generatie het ingewikkeld vindt als het systeem zou veranderen? Koesteren zij iets omdat zij dit al jaren zo doen en verandering nu eenmaal lastig is? Of weten zij het vanuit hun ervaring ook echt beter?

Hoe dan ook, het is een vraagstuk waar wij als vereniging van arts-assistenten het komende jaar mee aan de slag zullen gaan. Tijdens een recente strategiemiddag hebben wij een stip op de horizon gezet. We richten ons op de optimalisatie van het werkklimaat van de a(n)ios in het HagaZiekenhuis en het creëren van een beter netwerk tussen a(n)ioss onderling, om onze stem nog beter te kunnen laten horen.

Een stem die hopelijk verbindt, en ons wensenlijstje kan realiseren in dit mooie ziekenhuis.

Franca Witjas

Voorzitter VAAH en aios Interne geneeskunde

Leroy Smid

Bestuurslid VAAH en anios Longgeneeskunde

E-mail: vaah@hagaziekenhuis.nl

Onderwijs capaciteit groter dankzij vervanging deel praktijken door (virtuele) simulatie

HagaZiekenhuis vooruitstrevend in het opleiden van OK-personeel met simulatieonderwijs

Nederland stevent af op een groot tekort aan OK-personeel. 150.000 mensen wachten op een operatie. En naar verwachting is er in 2028 een tekort van 9 procent aan anesthesiemedewerkers en zelfs een tekort van 20 procent aan operatieassistenten.* Om de onderwijs capaciteit te vergroten, heeft het HagaZiekenhuis een deel van de opleiding omgezet naar simulatietrainingen. Door een deel van de praktijken in de opleiding te vervangen door (virtuele) simulatie kunnen we meer mensen opleiden in een kortere tijd. En blijft er meer tijd over voor zorgtaken in de patiëntenzorg.



Een EPA-simulatietraining van het veilig stellen van de luchtweg tijdens een reanimatie (NB: deze situatie is voor de foto in scène gezet).

Vaardigheden afstrep

Anesthesiemedewerkers Anne Minkman en Stefanie van der Does zijn op de OK van HagaZiekenhuis Den Haag de drijvende kracht achter het simulatieonderwijs. Jaarlijks leiden ze 5 tot 6 studenten op. "Om de opleiding tot anesthesiemedewerker te halen, moet je een aantal praktische vaardigheden onder de knie hebben", legt Anne uit. "Eerder kon je die pas afstrep als je ze in de praktijk had uitgevoerd bij een patiënt. Maar ja, een aantal uitzonderlijke situaties moeten wel precies voorkomen als jij aan het werk bent. Daar heb je geen invloed op."

Door het afschalen van zorg tijdens de coronapandemie, maar nu ook door gebrek aan personeel op de OK, is het aantal opleidingsplekken landelijk gedaald. Gebrek aan personeel leidt tot sluiting van OK's, daardoor staat onderwijs stil en dat leidt tot nog meer ondercapaciteit: een vicieuze cirkel.

Nieuwe manier van opleiden

Om die te doorbreken, is DUTCH (Digital United Training Concepts for Healthcare) opgericht. In dit landelijke programma werken ziekenhuizen, opleidingsinstituten en het bedrijfsleven samen aan een nieuwe manier van opleiden en ontwikkelen van zorgmedewerkers. Het programma, door de overheid gesteund met 48 miljoen euro, wil dat 50 procent van de opleidingstijd in een gesimuleerde omgeving plaatsheeft.

In het HagaZiekenhuis zijn Stefanie en Anne al voor de start van DUTCH begonnen met opleiden via simulatieonderwijs. Ze hebben de vereiste praktische vaardigheden ('entrustable professional activities', oftewel EPA's) leerbaar gemaakt via simulatietraining. EPA's zijn er op laag-, midden- en hoogcomplex niveau. Een EPA is bijvoorbeeld het uitvoeren van anesthesiologische perioperatieve zorg bij een keizersnede, of het op het OK-complex vervoeren van een patiënt die is aangesloten op zorgapparatuur. Een aantal EPA's wordt niet meer volledig in patiëntenzorg, maar in een gesimuleerde omgeving geleerd en getoetst.

Een half jaar

"Een EPA halen studenten niet in één dag, daar werken ze soms een half jaar aan", legt Anne uit. "Ze combineren theorie met de praktijk. Voor de afronding organiseren wij een simulatietraining. Dan meten we hun kennis en vaardigheden op die EPA. De studenten voeren de handeling uit op een pop op de OK. Wij kijken of ze die zelfstandig kunnen uitvoeren en of ze nog ergens extra begeleiding nodig hebben." "Het fijne van dit systeem is dat een student niet meer hoeft te wachten tot een te toetsen handeling in de praktijk voorkomt. Ook kunnen studenten door het EPA-simulatieonderwijs hun eigen studieroute beter bepalen", zegt Stefanie.

Regionale inspiratiesessie

Anne en Stefanie hebben inmiddels 11 EPA's omgezet in een simulatietraining. Hun opleidingsmethode blijft

niet onopgemerkt. Eind 2023 deelden ze hun expertise tijdens een regionale inspiratiesessie voor geïnteresseerde ziekenhuizen. "Het HagaZiekenhuis is vooruitstrevend op het gebied van simulatieonderwijs", beaamt Roeline de Beaufort, manager van de HagaAcademie & InnovatieLab. "Dat zie je aan hoe de OK al opleidt via simulatieonderwijs en aan de grote simulatietrainingen die we tweejaarlijks uitvoeren met verschillende afdelingen van het ziekenhuis (zie kader). Tevens geven we vaardigheidsscholingen via Virtual Reality (VR) en de HoloLens (zie pagina 17). Simulatieonderwijs, digitalisering en virtualisatie horen bij onze nieuwe manier van opleiden. Zo willen we meer professionals opleiden en (na)scholen."

Dat de simulatietrainingen de kwaliteit van het onderwijs verbeteren, ziet Anne op de werkvloer. "Je merkt dat studenten de simulatietraining best spannend vinden in het begin, maar achteraf zijn ze heel blij dat ze de handeling op deze manier hebben geleerd. Door de trainingen hebben ze meer zelfvertrouwen dan studenten die de opleiding via de reguliere weg doen."

Elke 2 jaar een grote simulatietraining

Stefanie is ook betrokken bij de grote tweejaarlijkse simulatietrainingen in het HagaZiekenhuis. In een nagespeeld scenario oefenen medewerkers van meerdere afdelingen medische handelingen en communicatievaardigheden.

Zo kwam in december 2023 een melding binnen over een jongen van 9 die in zijn buik was getrafd door een paard. De jongen, een pop, werd binnengereden door ambulanceverpleegkundigen en overgedragen aan de Spoedeisende Hulp (SEH). Acteurs speelden zijn ouders.

"We verzinnen altijd een scenario dat niet veel voorkomt, maar wel zou kunnen gebeuren. Er moeten veel communicatieve uitdagingen in zitten. We oefenen de overdracht van ambulance naar het SEH-team, en de overdracht van de SEH naar de OK", legt anesthesioloog Tim van der Zwan uit.

Volgens Tim en Stefanie zijn de trainingen niet alleen leuk om te doen, maar leveren ze ook veel inzichten op. "We trainen in een vertrouwde werkomgeving, waardoor we zo dicht mogelijk bij de realiteit komen. Daarnaast zorgen we voor een veilige leeromgeving. Menselijke fouten kan je daarna rustig met elkaar bespreken. Daar leer je het meeste van."





Apotheker Jesper van Breeschoten (links) en apotheker en promovendus Hanieh Abedian Kalkhoran.

HagaZiekenhuis steeds meer een datagedreven ziekenhuis

Inzet dure geneesmiddelen doelmatiger door data-analyses CTcue

De afgelopen jaren kwamen er voor steeds meer ziektes geneesmiddelen op de markt. Hiermee kunnen we patiënten beter helpen, maar de geneesmiddelen zijn vaak kostbaar. Daarom is het belangrijk ze op de juiste manier te gebruiken. Apotheker Jesper van Breeschoten van het HagaZiekenhuis en Hanieh Abedian Kalkhoran, Apotheker en promovendus van het HagaZiekenhuis en het Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC), houden zich bezig met evaluatie en doelmatige inzet van dure geneesmiddelen. Dankzij data-analyses in dataverzamelprogramma CTcue kan die evaluatie steeds gedetailleerder en sneller.

Voordat een duur geneesmiddel mag worden voorgeschreven in het HagaZiekenhuis, is goedkeuring vereist van de geneesmiddelencommissie. Deze bestaat uit medisch specialisten van verschillende disciplines, die aanvragen voor nieuwe medicijnen beoordelen. Wat is hun meerwaarde ten opzichte van de huidige behandelingen?

Wordt de inzet van het nieuwe medicijn goedgekeurd, dan volgt twee jaar later een evaluatie. Jesper verzorgt deze in overleg met de behandelend specialist. "Eerder verzamelden we handmatig gegevens uit de patiëntendossiers. Nu gebruiken we CTcue, een geavanceerd dataverzamelprogramma. Om de gegevens uit CTcue te analyseren, passen we programmeertalen Python en R toe. Dit zijn geavanceerde vormen van Excel die berekeningen doen en statistische analyses uitvoeren. Deze werkwijze bespaart veel tijd en stelt ons in staat om naar de uitkomsten van dure geneesmiddelen te kijken."

Vergelijking effectiviteit

Hanieh gebruikt CTcue voor haar promotieonderzoek en is ook enthousiast. Een van haar projecten gaat over de toepassing van immunotherapie met *durvalumab* bij patiënten met lokaal gevorderde longcarcinoom (longkanker). "Voordat een geneesmiddel in Nederland gebruikt wordt, moeten eerst de werkzaamheid en veiligheid worden getest in zogenoemde trials. Dat is ook gebeurd voor *durvalumab*."

"De trialresultaten geven niet altijd een goed beeld over de behandeling en de patiënten in het HagaZiekenhuis. De trialpatiënten zijn namelijk vaak relatief fit, vergeleken met de algemene populatie", zegt Hanieh. Samen met het LUMC vergeleek ze de effectiviteit van *durvalumab* tussen trialpatiënten en ziekenhuispatiënten. Ook vergeleek ze de patiëntkenmerken van beide groepen.

"Met CTcue hebben we gegevens van ruim 100 patiënten in het HagaZiekenhuis verzameld. We zagen opvallende verschillen: onze patiënten zijn gemiddeld ouder, het zijn vaker vrouwen, in onze patiëntenpopulatie zitten meer rokers en ze hebben vaker een hogere ziektelast. Bovendien missen meer patiënten het PD-L1-eiwit, een mogelijke voorspeller voor de effectiviteit van *durvalumab*."

Samenwerking andere ziekenhuizen

"Ondanks deze verschillen leven onze patiënten even lang als de trial-deelnemers. Ook duurt het bij hen langer tot de ziekte erger wordt", legt Hanieh uit. "Dit is geruststellend, maar er blijven nog wel vragen rondom *durvalumab*. Nu onderzoek ik, samen met onderzoekers uit andere Nederlandse ziekenhuizen, welke invloed de aanwezigheid van PD-L1-eiwit op de tumorcellen heeft op de effectiviteit van het middel. Het doel van dit onderzoek is om *durvalumab* in te zetten bij patiënten waarbij verwacht wordt dat het ook effect heeft."

Daarnaast blijft Jesper de inzet van dure geneesmiddelen in het HagaZiekenhuis continu evalueren. "Dankzij CTcue raakt dit proces in een stroomversnelling. Op de afdeling Reumatologie evalueren we nu samen met de behandelers de geleverde patiëntenzorg. We analyseren gegevens uit het elektronisch patiëntendossier HIX en presenteren ze in een rapport."

Eigen handelen

In het rapport staat bijvoorbeeld hoeveel nieuwe patiënten het dure geneesmiddel krijgen, hoe ze daarop reageren en welke eigenschappen de patiënten hebben. "We kunnen zelfs verschillen tussen artsen in kaart brengen. Het rapport vormt een goed vertrekpunt om in gesprek te gaan over hoe iedereen dure medicijnen toepast. Ook helpt het om kritisch te kijken naar het eigen handelen. Door dit proces elke paar maanden te herhalen, zien we of het daadwerkelijk tot betere patiëntuitkomsten leidt."

Datagedreven onderzoek neemt een vlucht door platform JupyterHub

Steeds meer onderzoekers van het HagaZiekenhuis gebruiken dataplatforms zoals JupyterHub. Jan Pronk, manager Business Intelligence, juicht die ontwikkeling toe.

Jan: "JupyterHub is een dataplatform dat te gebruiken is voor data-analyse, datawetenschap en bijvoorbeeld onderzoek naar voorspellende modellen (Machine learning en AI). Het platform is voor iedereen die met data werkt: van eenvoudige of ingewikkelde data-analyse tot wetenschappelijk onderzoek.

De toepassingen passen goed bij onze ambitie om steeds meer een datagedreven ziekenhuis te zijn. Waar we data omzetten naar informatie die helpt bij besluitvorming: in de patiëntenzorg, maar ook in de bedrijfsvoering. En waar je toegang hebt tot data en informatie die jij nodig hebt. Altijd, overal en op ieder apparaat.

JupyterHub is een van de eerste stappen op weg naar datagedreven werken. Op dit dataplatform werk je met zogenaamde 'notebooks' waarin je met code berekeningen doet, vergelijkingen en visualisaties maakt of bijvoorbeeld een voorspellend model bouwt. Je kunt je werk eenvoudig delen met anderen doordat je het resultaat, bijvoorbeeld een visualisatie, kan downloaden. Je gebruikt de programmeertalen Python, R en Julia. Daarnaast is RStudio beschikbaar, een ontwikkelomgeving voor programmeren in R. Die wordt op dit moment voornamelijk door apothekers gebruikt.

Steeds meer collega's maken een account aan op JupyterHub. Vrees niet, je hoeft geen hardcore programmeur te zijn om het platform te gebruiken. In Python en R leer je inderdaad om te programmeren, maar deels bestaat dit uit logisch redeneren. Al snel kan je statistische bewerkingen doen op de dataset die je in JupyterHub geladen hebt.

Een van onze datawetenschappers maakte een voorspellend model in JupyterHub. Dat richt zich op het eerder herkennen van vitaal bedreigde patiënten op verpleegafdelingen met behulp van AI. Dat heeft al geleid tot een multicenter onderzoek samen met het Amsterdam UMC, wat goed past bij onze ambitie om vaker samen te werken met andere kennisinstituten."



**Klaar voor de
volgende stap
in je carrière?**



werkenbijhaga.nl

