

**Neem gratis mee!**



## **Een heup 'uit de computer'**

**Sneller beter na buikoperatie**

**Speciaal spreekuur voor vaatrisicopatiënten**

**Een nieuwe borst na borstamputatie**

**De ambulancedienst**

Kent u de Stichting Vrienden van het Slingeland Ziekenhuis? Dit is een stichting die zich inspant om het verblijf in het ziekenhuis voor patiënten zo aangenaam mogelijk te maken. De stichting zamelt hiervoor geld in en realiseert projecten.

# Word vriend van het Slingeland Ziekenhuis

Voor gezondheidszorg is er steeds minder geld. Dat betekent dat ziekenhuizen naast de zorg relatief weinig extra kosten kunnen maken om het verblijf voor patiënten zo aangenaam mogelijk te maken. Gelukkig is er de Stichting Vrienden van het Slingeland Ziekenhuis. Deze stichting heeft de afgelopen jaren al veel projecten gerealiseerd. Bijvoorbeeld de fraaie binnentuin met terras, aankleding van de huiskamers, de watercoolers en koffieautomaten, speelgoed op de spoedeisende hulp, de Infowijzer (computerstand) bij Bureau Patiëntenvoorlichting en babywatch (moeder op kraamafdeling kan op een scherm haar kind op de couveuse-afdeling zien).

## Kinderafdeling

De meest recente projecten zijn Kids Online en E-Learning, beide voor de kinderafdeling. Kids Online is gerealiseerd in samenwerking met ING Bank. Het gaat om twaalf (negen vaste en drie verrijdbare) internetcomputers waarmee opgenomen kinderen kunnen 'chatten' met hun vrienden en familie thuis. Annemarie van Os, afdelingshoofd kindergeneeskunde, is bijzonder blij met dit project. "Het kunnen chatten met vrienden werkt voor kinderen als medicijn. Het is heel belangrijk voor ze om, buiten de bezoeken, contact te houden met de buitenwereld. Sommige kinderen hebben pijn en die pijn wordt zichtbaar draaglijker voor ze als ze door chatten hun emoties met vrienden kunnen delen. Mijn droom is om uiteindelijk bij ieder bed een computer te hebben."



Een ander bijzonder project is E-Learning, ook via internet. De kinderafdeling staat hiermee nog aan het begin en wil het graag verder uitbouwen. Met E-Learning houdt een patiënt via een computer en een camera contact met zijn of haar klas en kan zo de lessen blijven volgen.



## Bijdrage leveren?

De Stichting Vrienden van het Slingeland Ziekenhuis heeft al een groot aantal mooie projecten gerealiseerd. En er zijn ideeën genoeg voor nieuwe projecten. Wilt u ook een bijdrage leveren, eenmalig of regelmatig? Die is zeer welkom. Op verschillende plaatsen in het ziekenhuis vindt u folders van de stichting, met daarin een bon waarmee u zich kunt aanmelden als vriend of begunstiger. Alvast hartelijk dank namens de stichting én alle patiënten van het Slingeland Ziekenhuis.

[www.slingeland.nl](http://www.slingeland.nl)



## Colofon

Slingeland Nieuws is een uitgave van het Slingeland Ziekenhuis Doetinchem en verschijnt enkele malen per jaar. Het blad is bedoeld om patiënten en bezoekers te informeren over ontwikkelingen in het Slingeland Ziekenhuis. Slingeland Nieuws is gratis en mag worden meegenomen.

### Eindredactie

Saskia de Ree-Steenbergen  
(PR-functionaris)

### Redactie

Silvia van den Berg  
(hoofd patiëntenvoorlichting)  
Sjoerd van der Meer  
(chirurg/traumatoloog)  
Erik Muller  
(internst/oncoloog)  
Annemarie van Os  
(hoofd kindergeneeskunde)

### Tekst

FredMeijer.nl Communicatie

### Grafische vormgeving

Giesen en Thé Ontwerpers  
www.giesenthe.nl

### Fotografie

Toon Hendriks, Charles Keijser

### Druk

Preduxion

### Oplage

7000

Geachte lezer,

Dit is alweer de derde uitgave van Slingeland Nieuws. We hebben veel positieve reacties gekregen op de eerste twee uitgaven. Dat inspireerde ons om in het nieuwe jaar met Slingeland Nieuws door te gaan.

Slingeland Nieuws is voor patiënten en bezoekers van het Slingeland Ziekenhuis in Doetinchem. Of beter gezegd, een uitgave voor iedereen die geïnteresseerd is in ons ziekenhuis. Het blad is gratis en u mag het gerust mee naar huis nemen.

In het Slingeland Ziekenhuis gebeurt veel. Daarmee willen we u graag laten kennismaken. Zo is er een speciaal spreekuur geïntroduceerd voor patiënten die risico lopen op vaatschade. De orthopeden bepalen met behulp van de computer vooraf welke maat kunstheup het beste bij een patiënt past. Door nieuwe medische inzichten kunnen patiënten die een zware buikoperatie hebben ondergaan sneller herstellen.

Zo zijn er meer onderwerpen waar we graag bekendheid aan willen geven. Bijvoorbeeld dat het Slingeland Ziekenhuis een belangrijk kwaliteitscertificaat heeft behaald. En wat is goed om te weten over chemotherapie? Ook kunt u kennismaken met een beroepsgroep in opkomst: de nurse practitioners.

Dit alles en veel meer kunt u lezen in deze uitgave van Slingeland Nieuws. Ik wens u veel leesplezier.

Geert Huisman, algemeen directeur

## Inhoud

<b>De Stichting Vrienden van het Slingeland Ziekenhuis</b>	<b>2</b>
<b>Vaatriscospreekuur in het Slingeland</b>	<b>4</b>
<b>Hoe zit het precies met chemotherapie?</b>	<b>6</b>
<b>Een kijkje achter de schermen van de ambulancedienst</b>	<b>8</b>
<b>Sneller beter na zware buikoperatie</b>	<b>10</b>
<b>Nieuwe service rond eten en drinken in het ziekenhuis</b>	<b>12</b>
<b>Kennismaking met de nurse practitioners</b>	<b>14</b>
<b>Dialyse-afdeling introduceert plasmafiltratie</b>	<b>16</b>
<b>Een heup 'uit de computer'</b>	<b>18</b>
<b>Het belang van hartrevalidatie</b>	<b>20</b>
<b>Een nieuwe borst na borstamputatie</b>	<b>22</b>
<b>Slingeland verkrijgt NIAZ-accreditatiebewijs</b>	<b>24</b>

# Het vaatrisicospreekuur

## Risico vaatschade zo klein mogelijk maken

Sinds september 2007 heeft het Slingeland Ziekenhuis een vaatrisicospreekuur. Bedoeld voor patiënten met vaatlijden oftewel slagaderverkalking. Doel is de risico's van deze ziekte tot een minimum te beperken. Om zo de kans op nieuwe vaatschade, bijvoorbeeld een hersen- of hartinfarct, zo klein mogelijk te maken.

Vaatlijden, slagaderverkalking en atherosclerose. Drie verschillende namen voor dezelfde ziekte. Het is het dichtslibben van slagaderen. Dit zijn de bloedvaten die vanuit het hart het lichaam van bloed voorzien. Bij het vaatrisicospreekuur gaat het om deze slagaderen.

Het bijzondere aan slagaderen is dat hun wanden uit meerdere lagen bestaan. Daartussen kunnen zich vetachtige stoffen ophopen en de slagader steeds nauwer maken en zelfs verstopen.

Dit kan pijnlijke benen opleveren ('etalagebenen') en uiteindelijk zelfs leiden tot amputatie.

Slagaderverkalking kan ook leiden tot een herseninfarct of een hartinfarct. De gevolgen van slagaderverkalking kunnen dus zeer ernstig zijn en zelfs levensbedreigend.

Voor patiënten met slagaderverkalking biedt het Slingeland Ziekenhuis sinds vorig jaar het vaatrisicospreekuur. Het spreekuur wordt gedaan door nurse practitioner Sanne Mooij. "Eigenlijk ben ik het 'topje van de ijsberg'. Want het spreekuur wordt gedragen door de cardiologen, de internisten, de neurologen, de vaatchirurgen en de huisartsen."

### Medicatie en leefstijl

Waarom een vaatrisicospreekuur? Sanne Mooij legt uit. "Mensen die lijden aan slagaderverkalking lopen een verhoogd risico op een herseninfarct, hartinfarct of amputatie. Want slagaderverkalking zit nooit op één plek, maar doorgaans in het hele lichaam en het kan dus steeds opnieuw toeslaan. Er zijn meerdere mogelijkheden om dat risico zo klein mogelijk te maken. Dat is waar we aan werken op het vaatrisicospreekuur."

Als de patiënt na verwijzing door de specialist of huisarts op het spreekuur komt, trekt Sanne Mooij een uur uit voor het eerste bezoek. "Het eerste dat ik met de patiënt doe, is uitgebreid uitleg geven over slagaderverkalking. Daarna breng ik samen met de patiënt zijn risicofactoren in kaart. Die risicofactoren zijn roken, te weinig bewegen, te hoog cholesterol, hoge bloeddruk, diabetes, erfelijke aanleg, leeftijd, geslacht (mannen lopen meer risico), gewicht en buikomvang. Daarnaast doe ik een lichamelijk onderzoek."

Aan bepaalde risicofactoren kun je niets veranderen. "Maar er blijven doorgaans genoeg andere risico's over waar winst valt te behalen", zegt Sanne Mooij. "Denk aan roken, beweging, gewicht en cholesterol. Met medicatie en een andere leefstijl kun je die risico's aanzienlijk verminderen."

### Goede uitleg

Wat is nu de kracht van het vaatrisicospreekuur? "Ten eerste de tijd die ik kan nemen voor de patiënt. Dat is belangrijk, want goede uitleg en een goed gesprek kunnen de patiënt motiveren om echt iets aan die risico's te gaan doen. Daarnaast is het vaatrisicospreekuur laagdrempelig. Patiënten kunnen me bellen als ze ergens mee zitten of advies nodig hebben. Ze krijgen me dan rechtstreeks aan de lijn. En als ze er behoefte aan hebben, kunnen ze vaker terugkomen. Ik kan ze dan net dat steuntje in de rug geven dat ze nodig hebben om bepaalde veranderingen in hun leefstijl door te zetten en vol te houden."

Maar er is meer, vervolgt Sanne. "Het vaatrisicospreekuur is opgezet door een werkgroep vanuit alle betrokken specialismen én de huisartsen. Dat heeft ervoor

gezorgd dat alle betrokken artsen in grote lijnen hetzelfde beleid voeren ten aanzien van patiënten met slagaderverkalking. Als een patiënt na eerst begeleid te zijn door mij terugkomt bij de huisarts, kan deze de begeleiding naadloos oppakken. Kortom, de samenwerking van alle artsen rond een patiënt met slagaderverkalking, in en buiten het ziekenhuis, is optimaal afgestemd. Het is uniek in Nederland dat er zoveel specialisten én ook de huisartsen bij betrokken zijn."

## Oorzaken van vaatlijden

	coronaire hartziekten (hartinfarct, angina pectoris)	herseneninfarct (beroerte)
Roken	30%	19%
Onvoldoende groenteconsumptie	9%	onbekend
Onvoldoende fruitconsumptie	9%	14%
Te veel consumptie verzadigd vet	5%	onbekend
Te weinig beweging	16%	23%
Overmatig alcoholgebruik	onbekend	7%
Ernstig overgewicht	4%	2%
Verhoogde bloeddruk	32%	33%
Verhoogd cholesterol	20%	onbekend

Bovenstaande tabel geeft aan in hoeverre het ontstaan van coronaire hartziekten en herseneninfarcten toe te schrijven is aan een leefstijl- of risicofactor, uitgedrukt in percentages. Daarbij gaat het om nieuwe gevallen, dus de eerste keer dat iemand de ziekte krijgt. Bijvoorbeeld: bij 30% van de mensen die voor het eerst een coronaire hartziekte krijgen, komt dit door roken.

Bron: Nederlandse Hartstichting.

Sanne Mooij, nurse practitioner van het vaatriscospreekuur



## Slingeland krijgt vaatkeurmerk

Eind 2007 heeft het Slingeland Ziekenhuis het keurmerk voor Vaatzorg ontvangen van de Vereniging van Vaatpatiënten. Dit 'Vaatkeurmerk' geeft aan dat het ziekenhuis voldoet aan de kwaliteitscriteria voor goede vaatzorg vanuit de patiënt gezien.

Die criteria hebben betrekking op onder meer het aantal vaatchirurgen dat een ziekenhuis heeft, de aanwezigheid van een vaatlaboratorium, de aanwezigheid van apparatuur en expertise op de afdeling radiologie voor vaatonderzoek en vaatinterventies, de multidisciplinaire aanpak, enzovoorts.

"In feite bieden wij alles wat een ziekenhuis zou kunnen bieden aan een vaatpatiënt", zegt Sanne Mooij. "Daarmee onderscheidt het Slingeland Ziekenhuis zich van veel andere ziekenhuizen en daar zijn we best trots op."



# 'Wees niet bang voor chemotherapie'

## Betere mogelijkheden om bijwerkingen tegen te gaan

**Chemotherapie. Daar word je toch heel ziek van? En je haar valt er toch van uit? "Dat wordt nog steeds veel gedacht", zegt internist en oncoloog Erik Muller. "Maar dat is lang niet altijd zo. We hebben nu goede mogelijkheden om die bijwerkingen tot een minimum te beperken."**

"Als in een gezelschap het woord chemotherapie valt, komen doorgaans de verschrikkelijkste verhalen los", weet Erik Muller. "Er is altijd wel iemand met een familielid die daar ontzettend ziek van is geweest en er kaal van is geworden. En er soms ook niet door genezen is."

Erik Muller betreurt het dat er nog steeds zulke verschrikkelijke verhalen rond chemotherapie de ronde doen. "Het klopt dat mensen er vroeger ontzettend ziek van werden. Misselijkheid, diarree, een kapotte mond, verandering van smaak, infecties en haaruitval waren de vaste bijwerkingen van chemotherapie. Maar gelukkig is dat allang niet meer zo. Het is allemaal veel beter geworden. En het zou goed zijn als iedereen zich daar bewust van wordt. Want chemotherapie roept zo onnodige angsten op bij patiënten die deze therapie moeten ondergaan."

### Misselijkheid

Chemotherapie is al geruime tijd één van de meest effectieve behandelmethode bij kanker. De toegevoegde stoffen doden sneldelende lichaamcellen, waaronder de kankercellen.

"Helaas is nu nog onvermijdelijk dat ook gezonde cellen worden aangetast. Bijvoorbeeld haar of darmcellen", zegt Erik Muller. "Echter, we hebben nu veel betere middelen om die bijwerkingen te bestrijden. Zo komt het steeds minder voor dat iemand echt misselijk wordt van chemotherapie. Terwijl dat vroeger een standaard bijwerking was. Braken bij chemotherapie is eigenlijk uit de tijd."

### Haaruitval

Ook andere bijwerkingen van chemotherapie kunnen grotendeels worden tegengegaan. Bijvoorbeeld haaruitval. "Dat doen we door de patiënt, als hij of zij dat wil, tijdens de therapie een kap op het hoofd te laten dragen. Door die kap stroomt een vloeistof met een temperatuur van min zes graden. Daarmee kunnen we bij ruim de helft van de patiënten haaruitval voorkomen", vertelt Erik Muller.

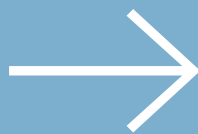
Overigens is haaruitval, hoe vervelend ook, altijd maar een tijdelijk probleem bij chemotherapie. Na de therapie komt het haar altijd weer terug, in dezelfde conditie als daarvoor.

Een andere vervelende bijwerking van chemotherapie was een kapotte mond en infecties in de mond. "Deze bijwerkingen kunnen op verrassend eenvoudige wijze worden tegengegaan", legt Erik Muller uit. "Namelijk door de patiënt tijdens de therapie op een ijsje te laten sabbelen. Dat koelt de mond en dit blijkt heel effectief."

### Nieuwe middelen

De behandeling van kanker wordt steeds beter. Ook komen er nieuwe middelen. Bijvoorbeeld de 'biologicals'. Dit zijn middelen van biologische oorsprong (maar wel in een fabriek gemaakt). Voorbeelden van biologicals zijn zogeheten antilichamen en vaatnieuwvormingsremmers.

Deze middelen hebben als voordeel dat ze meer gericht werken. Alleen al daardoor hebben ze minder bijwerkingen dan chemotherapie.



## *'Helaas roept chemotherapie onnodige angsten op bij patiënten die deze therapie moeten ondergaan'*

*Internist en oncoloog Erik Muller*

### **De strijd tegen kanker**

In de strijd tegen kanker worden voortdurend vorderingen gemaakt. "Soms in heel kleine stapjes, soms in heel grote stappen", weet Erik Muller. "Helaas is de vooruitgang in de strijd tegen bijvoorbeeld alvleesklierkanker en longkanker minimaal. Maar bij onder meer borstkanker, darmkanker en nierkanker is de laatste jaren enorme vooruitgang geboekt." Komt er een moment dat we alle soorten kanker gewoon kunnen genezen? "Ongetwijfeld", antwoordt Erik Muller. "Maar dat duurt nog even en in mijn medische carrière zal ik het niet meer meemaken. Zeker is wel dat de komende jaren betere behandelingen zullen krijgen en minder bijwerkingen."

Vaak worden de nieuwe middelen in combinatie met chemotherapie gegeven. Gemakshalve wordt deze gecombineerde therapie nog steeds chemotherapie genoemd, hoewel het dus niet helemaal meer 'chemo' is. "Kortom, we hebben de laatste jaren veel winst geboekt", constateert Erik Muller. "We hebben nieuwe middelen die minstens even effectief of zelfs effectiever zijn dan chemotherapie. Met minder bijwerkingen. En voor de chemotherapie zelf hebben we middelen die de bijwerkingen aanzienlijk verminderen." In veel gevallen is chemotherapie nog steeds het beste wat de geneeskunde kan bieden. "En dan spreekt het vanzelf dat we samen met de patiënt daarvoor kiezen. Maar helaas schrikken nog steeds veel patiënten er erg van als het woord chemotherapie valt. Dat is dus absoluut niet nodig."



# De ambulancedienst

## Meer dan alleen ziekenvervoer

De ambulancedienst. Bij iedereen wel bekend. Maar wat weten we niet van de ambulancedienst en is toch goed om te weten? We vroegen het aan ambulanceverpleegkundige Peter de Vries en chauffeur Wilko van den Brand.

Wist u dat er twintig jaar geleden in de Achterhoek maar liefst 17 ambulances klaarstonden om uit te rukken? En dat dit er nu nog maar 7 zijn?

Dat klinkt zorgelijker dan het is, legt Peter de Vries uit. "In de tijd dat er nog zoveel ambulances waren, werden de ambulances bemenst door vrijwilligers. Nu hebben we minder ambulances, maar het zijn allemaal professioneel opgeleide mensen die op een ambulance rijden. Ook de apparatuur en hulpmiddelen zijn aanzienlijk beter geworden."

Met name de afgelopen tien jaar is de ambulance sterk geprofessionaliseerd. En dat gaat nog steeds door. "Vroeger was de ambulance vooral ziekenvervoer. Tegenwoordig kunnen we ter plaatse steeds meer aan behandeling doen. Bijvoorbeeld bij iemand die onwel is geworden. Vroeger konden we alleen een hartritme- en bloeddrukmeting doen. Nu doen we meerdere metingen, waaronder een volledige ECG. En bij een hartinfarct kunnen we medicatie toedienen. Ook hebben we betere mogelijkheden voor pijnstillende medicatie."

### Taken duidelijk verdeeld

Het team op een ambulance bestaat uit een verpleegkundige en een chauffeur. De taken zijn duidelijk verdeeld. Overigens doet de chauffeur veel meer dan alleen rijden, vertelt Wilko van den Brand. "Ter plaatse zijn we een team, met ieder onze eigen aandachtsgebieden. De verpleegkundige probeert uit te zoeken wat er aan de hand is met de patiënt. De chauffeur assisteert de verpleegkundige en schat steeds in wat de verpleegkundige nodig heeft."

Even wat statistieken. Eenderde van de ritten is besteld ziekenvervoer. Bijvoorbeeld ernstig zieke patiënten die voor een onderzoek of behandeling naar het ziekenhuis vervoerd moeten worden. Of terminale patiënten die naar huis worden gebracht om thuis te kunnen overlijden. "Van zulke ritten proberen we altijd iets bijzonders te maken. Dat is dankbaar werk en we ervaren het als een zinvolle invulling van ons werk."

Eenderde van de ritten zijn zogeheten A2-ritten. Dit zijn spoedritten waarbij de ambulance binnen een half uur ter plaatse moet zijn. De laatste eenderde zijn de A1-ritten, de echte spoedritten. "De norm daarvoor is dat we binnen een kwartier ter plaatse zijn. Maar bij bijvoorbeeld een reanimatie wil je er eerder zijn, want dan is een kwartier te lang", aldus Peter de Vries.

### Lekenmeldingen

Een groot deel van de spoedmeldingen betreft mensen die plotseling onwel geworden zijn. Die melding wordt dan bijna altijd gedaan door een familielid, collega of iemand anders die erbij is. En dat zijn bijna nooit mensen die medisch opgeleid zijn.

"Dit noemen we de zogeheten lekenmeldingen", zegt Peter de Vries. "Het gebeurt geregeld dat het (gelukkig) meevalt. In 20 procent van de gevallen hoeven we de patiënt niet mee te nemen en kan deze naar de eigen huisarts of de huisartsenpost."

Degene die de melding heeft gedaan, voelt zich dan nog wel eens bezwaard, weet Peter. "Dat hoeft écht niet. Wij hebben het volste begrip voor de paniek die ontstaat als iemand onwel wordt. Of als er veel bloed is. Dan wil je gewoon dat er zo snel mogelijk een





ambulance komt. Bij ambulancezorg houden we de drempel ook bewust laag: als de meldkamer ook maar enigszins inschat dat er een ambulance nodig is, wordt deze gestuurd."

Wel is belangrijk dat de meldkamer zoveel mogelijk informatie heeft, zodat het ambulanceteam zo goed mogelijk weet wat kan aantreffen. "De centralist vraagt dan altijd door. Het is goed om, ondanks de mogelijke paniek, toch zo goed mogelijk antwoord te geven op die vragen."

## → Graag spiegelen!

Het verkeer wordt steeds drukker en daar hebben ambulances zonder meer last van, ervaart chauffeur Wilko van den Brand. "Bovendien worden auto's steeds geluiddichter en hoort men daardoor de sirene later. Het zou voor ons fijn zijn als automobilisten wat vaker zouden spiegelen. We zitten nog wel eens klem achter een automobilist die niet ziet dat wij erachter zitten."

Wat te doen als je een ambulance van achteren ziet naderen? "Probeer niet om ons voor te blijven, maar maak de middenstrook zoveel mogelijk vrij. En als we inhalen, minder dan snelheid. Dan beperkt de inhaaltijd en kunnen we sneller weer rechts rijden."

*Op de foto boven: verpleegkundige Peter de Vries en chauffeur Wilko van den Brand (rechts)*



# Gauw weer aan de hutspot

## Sneller beter na buikoperatie

Een zware buikoperatie? Dan moeten je darmen schoon zijn voor de operatie. En daarna het eten weer heel langzaam opbouwen. Zo was het jarenlang. Maar nu niet meer. De inzichten zijn veranderd. Een patiënt herstelt beter en sneller als hij juist wél eet.



"Vroeger dacht men dat een patiënt die een zware buikoperatie moest ondergaan nuchter moest zijn voor de operatie. Schone darmen zouden minder kans geven op infecties en andere complicaties. Ook na de operatie ging de opbouw van het eten heel voorzichtig. Bij elkaar opgeteld at zo'n patiënt gedurende tien dagen behoorlijk minder dan hij normaal zou eten. Eigenlijk raakte de patiënt ondervoed."

Aan het woord zijn Ton van Engelenburg (chirurg) en Jarno Koren (hoofd chirurgie, gastro-enterologische en oncologische chirurgie). Ze vertellen over de nieuwe inzichten omtrent eten voor en na een zware buikoperatie. Deze inzichten worden in het Slingeland Ziekenhuis toegepast.

***'Uit onderzoek is gebleken dat buikoperatie-patiënten juist gebaat zijn bij wél eten. Dat ze daardoor beter en sneller herstellen'***

*Jarno Koren (hoofd chirurgie, gastro-enterologische en oncologische chirurgie)*

"Uit onderzoek is gebleken dat buikoperatie-patiënten juist gebaat zijn bij wél eten. Dat ze daardoor beter en sneller herstellen. En dat het eten geen extra risico met zich meebrengt op complicaties. Sterker nog, eten vermindert zelfs de kans op complicaties en wel met 60 procent. Overigens zijn etensresten in de darmen voor de chirurg geen enkel probleem."

### **Pijn en misselijkheid**

Om die reden hanteert het Slingeland Ziekenhuis nieuwe richtlijnen voor patiënten die een buikoperatie ondergaan. Die richtlijnen omvatten meer dan alleen het dieet van de buikoperatie-patiënt.

"Goede pijnstilling na de operatie is ook belangrijk. Want door pijn gaat het maag-darmstelsel slechter werken en dat is niet goed voor het herstel. Hierin is een belangrijke rol weggelegd voor de anesthesiologen." Misselijkheid is ook een probleem dat kan optreden. "Vroeger kreeg de patiënt een maagsonde", vertelt Ton van Engelenburg. "Daarmee werd de maag leeggehaald om de misselijkheid tegen te gaan. Maar dan

haal je ook het voedsel weg dat de patiënt juist nodig heeft. Beter is het om de misselijkheid met de juiste medicatie tegen te gaan."

Vroeger was het de gewoonte om een patiënt die zich niet prettig voelde door pijn of misselijkheid in bed te laten liggen. "Dat is dan ook wat de patiënt op dat moment het liefste wil. Maar dat moest juist niet. Pijn en misselijkheid gaan eerder weg als je opstaat en in beweging komt."



## Eerste ervaringen

Kortom, de gehele werkwijze rond een buikoperatie is op z'n kop gegaan. "Dat is wennen. Voor iedereen", aldus Jarno Koren. "Maar als een patiënt een dag na de operatie zin heeft in hutspot, dan krijgt hij hutspot. Daar herstelt hij des te beter en sneller van."

Heeft de afdeling inmiddels kunnen ervaren of de nieuwe benadering werkt? "Ja. Dat blijkt ook uit de statistieken die we bijhouden", antwoordt Jarno Koren. "Een mooi voorbeeld is een 76-jarige patiënt die op de vierde dag na de operatie al naar huis kon. Dat was vroeger ondenkbaar."

Overigens zien Jarno Koren en Ton van Engelenburg de nieuwe richtlijn vooral als een leidraad. "Zodra we merken dat het bij een bepaalde patiënt niet zo werkt als zou moeten, slaan we een ander pad in. Die ontspanningsclausule moet er gewoon zijn."



***'Goede pijnstilling na de operatie is ook belangrijk. Want door pijn gaat het maag-darmstelsel slechter werken en dat is niet goed voor het herstel'***

*Ton van Engelenburg (chirurg)*



## Patiënt als schakel in de keten

De nieuwe richtlijn voor buikoperatie-patiënten is vertaald naar het zogeheten ERAS-protocol. Dat is waar in de praktijk mee gewerkt wordt. ERAS staat voor Enhanced Recovery After Surgery oftewel verbeterd herstel na operatie.

"Je kunt het protocol zien als een soort keten", zegt Ton van Engelenburg. "Daarbij is de patiënt zelf ook een schakel in de keten."

Hij licht toe. "Het begint al voor de operatie met een goede uitleg aan de patiënt. Liefst met een familielid erbij. Voor de meeste mensen klinkt het heel vreemd en tegenstrijdig dat ze juist wél moeten eten rond de buikoperatie. En snel uit bed moeten, ook al hebben ze pijn en zijn ze misselijk. Dat is breken met een jarenlange traditie. Maar als je het uitlegt en de patiënt begrijpt het, dan heb je veel gewonnen. De rol van de patiënt zelf is erg belangrijk in deze nieuwe manier van werken."

# Eten en drinken nieuwe stijl

## Verbeterde service rond maaltijden



*Grada Wensink (inval voedingsassistent)*

**Het Slingeland Ziekenhuis heeft dit voorjaar de service rond de maaltijdverstreking verder verbeterd. De warme maaltijd wordt niet meer 's middags geserveerd maar in de vroege avond. En de broodmaaltijd kan de patiënt ter plekke samenstellen vanuit de broodserveerwagen.**

"Tegenwoordig eten de meeste mensen 's avonds warm", zegt Maarten Buunk, afdelingshoofd gastenservice. "Om bij die trend aan te sluiten, serveren we sinds begin maart de warme maaltijd niet meer tussen de middag maar 's avonds. Of eigenlijk in de namiddag, tussen 17.15 en 17.45 uur."

De maatschappelijke tendens om 's avonds warm te eten en de resultaten van een landelijke enquête onder ziekenhuispatiënten zijn aanleiding voor deze verschuiving van de warme maaltijd.

De maaltijdverschuiving en de introductie van de broodserveerwagen (waarover straks meer) is bedoeld om de service aan patiënten nog verder te verhogen. "Het mooie is dat patiënten nu veel korter voor de warme maaltijd kunnen kiezen wat ze willen eten", merkt Maarten Buunk op. "In de oude situatie moesten ze daags van tevoren kiezen. Nu kunnen tot uiterlijk half twee 's middags kiezen wat ze in de namiddag willen eten. Het keuzemoment is nu dus enkele uren voor de maaltijd."

# in Slingeland Ziekenhuis

*'De patiënt kan ter plekke kiezen wat en hoeveel hij wil eten en drinken'*

*Maarten Buunk, afdelingshoofd gastenservice*



## Broodserverwagen

Dan de broodserverwagen. Tot voor kort vinkten patiënten van tevoren aan op een menukaart hoe hun broodmaaltijd eruit moest zien. Dat is verleden tijd. Nu komt de voedingsassistent met de broodserverwagen, met daarin een compleet assortiment voor de broodmaaltijd.

"De patiënt kan ter plekke kiezen wat en hoeveel hij wil eten en drinken. Op een kaart kan de patiënt zien wat de broodserverwagen allemaal bevat. En uiteraard kan de voedingsassistent tekst en uitleg geven." Ook belangrijk: de voedingsassistent kan de patiënt stimuleren om goed te eten. Sommige patiënten zijn door hun ziekte ondervoed of dreigen dat te worden. De voedingsassistent kan nu ter plaatse de patiënt suggesties doen voor de broodmaaltijd. En ook voor eventuele bijkomende extraatjes die een ondervoede patiënt goed kan gebruiken.

## Enthousiast

De broodserverwagen is niet helemaal nieuw voor het Slingeland Ziekenhuis, merkt Maarten Buunk op. "We hebben er al ruim een jaar mee gewerkt op dagverpleging/kort verblijf (F2). Daar bleek het goed te werken, ook bij een latere proef op twee andere afdelingen. De patiënten waren enthousiast. En dat was ook weer het geval bij de ziekenhuisbrede introductie van de broodserverwagen."

Kortom, met de maaltijdvoorziening nieuwe stijl wil ons ziekenhuis zijn service aan de patiënten naar een nog hoger niveau brengen. Ook de aankleding is verfijnd, met bijvoorbeeld sfeervolle menukaarten. "En het plan is dat onze koks af en toe naar de verpleegafdelingen gaan om de patiënten te vragen wat ze van de maaltijden vinden", aldus Maarten Buunk. Het kan dus zijn dat u een kok aan bed krijgt die u vraagt of het allemaal gesmaakt heeft.



# De nurse practitioner

## Een nieuw beroep in de zorg

**De nurse practitioner. In de gezondheidszorg een beroep in opkomst. Zo ook in het Slingeland Ziekenhuis. De nurse practitioner is een gespecialiseerde verpleegkundige die naast verpleegkundige taken ook een aantal taken van de medisch specialist overneemt. Dat heeft meerdere voordelen voor de patiënt.**

Het Slingeland Ziekenhuis telt drie afgestudeerde nurse practitioners en zes in opleiding. We maken kennis met één van drie afgestudeerden. Dat is Trudy Geurts, nurse practitioner vaatchirurgie.

Wat is een nurse practitioner? Trudy Geurts legt uit.

"Het is ontstaan in Amerika. Het platteland kampte daar met gebrek aan huisartsen. Zo kwam men op het idee om verpleegkundigen voor deze taak op te leiden. Dit werden de nurse practitioners. Later breidde hun takenpakket zich uit en waaide het over naar Europa." In Nederland komt u nurse practitioners vooral tegen in huisartsenpraktijken en ziekenhuizen, waar ze een aantal taken van de artsen overnemen. Het zijn allemaal verpleegkundigen die een aanvullende opleiding hebben gehad. Dat betekent twee jaar naar school voor een master opleiding tot nurse practitioner en (in diezelfde twee jaar) een interne opleiding binnen het ziekenhuis. "Als nurse practitioner specialiseer je je tijdens die opleiding in een bepaalde patiëntencategorie", vertelt Trudy Geurts. "Zelf ben ik gespecialiseerd in vaatpatiënten. Ik ben opgeleid door Jan Seegers, één van de vaatchirurgen van het Slingeland Ziekenhuis."

### Voordelen

Waarom komen er steeds meer nurse practitioners?

"Het biedt meerdere voordelen voor de patiënt", antwoordt Trudy Geurts. "Ten eerste kan de nurse practitioner meer tijd besteden aan voorlichting en begeleiding van de patiënt. Ten tweede kunnen nurse practitioners helpen om de wachtlijsten weg te werken en de toegangstijden korter te maken."

Wat houdt het werk van Trudy Geurts in? Net als alle andere nurse practitioners werkt zij voor een duidelijk afgebakende patiëntengroep, in haar geval vaatpatiënten. Trudy Geurts houdt poliklinisch spreekuur op dezelfde tijden als de vaatchirurgen. Net als de vaatchirurg ontvangt zij patiënten, neemt de anamnese (vraaggesprek) af, doet een eerste lichamelijk onderzoek en vraagt eventuele aanvullende onderzoeken aan. "Bij twijfel kan ik altijd één van de vaatchirurgen raadplegen. En ook de uiteindelijke diagnose doe ik altijd samen met hen." Ook loopt Trudy Geurts mee met de visites op de verpleegafdeling en verzorgt zij de correspondentie met de huisartsen.

### Altijd onder toezicht

Kortom, de nurse practitioner kan veel taken overnemen van de medisch specialist. "Erg belangrijk is dat je altijd onder toezicht van die medisch specialist werkt. En ons werk is heel duidelijk geprotocolleerd. Zeg maar, aan strikte regels gebonden", aldus Trudy Geurts. Het kan dus zijn dat u op consult komt bij één van de specialismen in het Slingeland Ziekenhuis en dan een nurse practitioner treft. "Net als mijn collega's leg ik dit duidelijk aan de patiënten uit", zegt Trudy. Naast verkorting van de wachtlijst en meer tijd voor voorlichting en begeleiding biedt de nurse practitioner nog een belangrijk voordeel voor de gezondheidszorg. "Het behoort ook tot de taak van nurse practitioners om te kijken waar de zorg beter of efficiënter kan, ook organisatorisch. Dat heeft in het Slingeland Ziekenhuis al tot verschillende projecten geleid."



*'Nurse practitioners helpen de wachtlijsten weg te werken en de toegangstijden korter te maken. Daarnaast kunnen zij meer tijd besteden aan voorlichting en begeleiding van de patiënt'*

*Trudy Geurts, nurse practitioner vaatchirurgie*



## **De nurse practitioners van het Slingeland**

Het Slingeland Ziekenhuis telt inmiddels drie afgestudeerde nurse practitioners. Dat zijn Susan Holtermann (neurologie), Els Meuleman (oncologie) en Trudy Geurts (vaatchirurgie). Dan zijn er vier nurse practitioners in opleiding. Dat zijn Sanne Mooij (cardiovasculaire zorg), Mirjam Kappert (urologie), Mariëtte Streefland en Arie Doornink (beiden cardiologie). Maritha Spekschoor (longgeneeskunde) is werkzaam bij Sensire en wordt in het Slingeland Ziekenhuis door de longartsen opgeleid.



# Dialyse-afdeling introduceert plasmafiltratie

## Effectieve behandeling van bijzondere ziekten

Sinds juni 2004 heeft het Slingeland Ziekenhuis een dialyse-afdeling. Patiënten wiens nieren niet of onvoldoende werken, worden hier gedialyseerd. Sinds kort kan er ook een andere categorie patiënten terecht op de afdeling. Namelijk patiënten die gebaat zijn bij plasmafiltratie.

De dialyse-afdeling van het Slingeland Ziekenhuis is de eerste en nog steeds de enige dialyse-afdeling in de Achterhoek. Na de start in 2004 groeide het aantal patiënten snel, omdat deze patiënten voordien aangewezen waren op ziekenhuizen buiten de regio.

Momenteel is de patiëntenpopulatie behoorlijk gestabiliseerd.

De dialyse-afdeling van het Slingeland Ziekenhuis is inmiddels ook gecertificeerd. Dit betekent dat de afdeling voldoet aan de kwaliteitseisen gesteld door de Stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector, kortweg HKZ.

"Toen we al deze zaken op orde hadden, was de tijd rijp voor een nieuwe stap", zegt nefroloog Job Huussen (een nefroloog is een medisch specialist op het gebied van nieren). "Dat betekende dat we onze plannen om te starten met plasmafiltratie konden gaan realiseren. Plasmafiltratie is een behandelingsvorm die qua techniek lijkt op dialyse, maar dan bedoeld voor een andere categorie patiënten. Door de sterke technische overeenkomsten met dialyse is de dialyse-afdeling een plaats bij uitstek om plasmafiltratie toe te passen."





## Afweerstoffen

Waarom plasmafiltratie? "Voor bepaalde ziekten kan plasmafiltratie een effectieve behandeling zijn. Het gaat om ziekten die het lichaam aanzetten om afweerstoffen te produceren. Van die afweerstoffen wordt de patiënt ziek en kan er ook schade ontstaan. Voor enkele van dit soort ziekten is uit onderzoek gebleken dat plasmafiltratie een oplossing kan bieden."

Wat is nu precies plasmafiltratie? Job Huussen legt uit. "Bij 'gewone' dialyse filter je het bloed. Je verwijdert daarmee afvalstoffen en overtollig water. Daarna krijgt de patiënt zijn eigen, gereinigde bloed terug. Bij plasmafiltratie gebeurt er iets anders. Bloed bestaat uit bloedcellen en plasma. Plasma is het waterige deel van het bloed. Bij plasmafiltratie wordt het plasma door filtering verwijderd. De patiënt krijgt vervolgens zijn eigen bloedcellen terug, maar het plasma van een donor of kunstplasma."

Met andere woorden, bij plasmafiltratie wordt het plasma in zijn geheel verwijderd om vervolgens te worden vervangen door nieuw plasma.

## Zeldzame ziekten

Bij welke ziekten kan plasmafiltratie worden ingezet? Job Huussen noemt enkele voorbeelden. Bijvoorbeeld de ziekte van Wegener (bloedvatontsteking die schade in organen kan veroorzaken). Of de ziekte van Kahler (kwaadaardige woekering van plasmacellen, die beenmerg afbreken en nierschade veroorzaken). Een ander voorbeeld is het syndroom van Guillain-Barré (afweerstoffen die zenuwen beschadigen en verlamming tot gevolg kunnen hebben).

"Verder kan plasmafiltratie soms worden gebruikt als behandelingsmethode bij zogeheten intoxicaties", vervolgt Job Huussen. "Dit is een ongewilde vergiftiging door bijvoorbeeld geneesmiddelen. Het geneesmiddel hecht zich dan aan de eiwitten in het bloed. Door plasmafiltratie worden deze eiwitten tezamen met het geneesmiddel verwijderd."

Bij plasmafiltratie gaat het om zeldzame ziekten. "Daardoor zal het ook om een gering aantal patiënten per jaar gaan. Maar omdat we hier op de dialyse-afdeling de voorzieningen en de deskundigheid in huis hebben, willen we het toch graag bieden", aldus Job Huussen.

Meestal kan worden volstaan met tien behandelingen, binnen twee à drie weken. In de toekomst kan plasmafiltratie ook gebruikt worden om patiënten met een donornier te beschermen tegen afstoten van de nier.



## Dialyse van het bloed

In de volksmond wordt nog wel eens gesproken over 'nierdialyse', maar dat is niet de juiste term. Het zijn namelijk niet de nieren die gedialyseerd worden, maar het bloed. De vergissing is wel begrijpelijk, omdat het doorgaans nierpatiënten zijn die gedialyseerd worden. Hun nieren werken niet of onvoldoende. Daardoor wordt hun bloed niet (goed) gezuiverd en niet ontdaan van overtollig water. Een kunstnier kan dit overnemen. Dit heet dialyse. De meeste patiënten moeten hiervoor enkele malen per week naar het ziekenhuis.

# Een heup 'uit de computer'

## Orthopeden bepalen maat heupprothese vooraf



*Dirk Jan Wever,  
orthopeed*

**Sinds vorig jaar gebruiken de orthopeden van het Slingeland Ziekenhuis de computer om een totale heupprothese voor te bereiden. Zo kan voorafgaand aan de operatie de juiste maat prothese gekozen worden. Voorheen gebeurde dat tijdens de operatie zelf.**

Het begrip 'versleten heup' kent iedereen wel. Het kraakbeen in het heupgewricht is verdwenen. Daardoor raken de botten van de gewrichtsuitenden elkaar en dat is pijnlijk. Het komt vooral voor op oudere leeftijd, maar soms ook bij jongere mensen. "Een versleten heup komt soms door een aangeboren heupafwijking, door reuma of doordat de heup gebroken is geweest", zegt orthopeed Dirk Jan Wever. "Maar bij verreweg de meeste mensen is de oorzaak niet te achterhalen." Hoe dan ook, een versleten heup is een pijnlijke en vervelende kwestie. Al sinds een groot aantal jaren bestaat de mogelijkheid om het heupgewricht (kom en kop) te vervangen door een prothese. Om zo de klachten te verminderen. Uiteraard heeft deze medische techniek zich steeds verder ontwikkeld. De nieuwste ontwikkeling is het op de computer voorbereiden van de operatie. In officiële termen: de preoperatieve voorbereiding van de totale heupprothese door middel van zogeheten templates. Ook de orthopeden van het Slingeland Ziekenhuis gebruiken deze techniek. Dirk Jan Wever legt uit hoe het werkt en wat de voordelen ervan zijn.

## Steel, kop en kom

Op de foto's bij dit artikel ziet u hoe een heupprothese er uitziet. Ten eerste de steel met kop. Deze wordt in het dijbeen gebracht. Daarvoor wordt de kop van het dijbeen verwijderd en wordt het dijbeen van binnen uitgehold. Vervolgens wordt de steel daarin geplaatst.

Dan de kom. Hiervoor wordt het gewricht uitgehold en daarin wordt de nieuwe kom geplaatst.

"Protheses heb je in verschillende maten, omdat je nu eenmaal verschillende patiënten hebt", legt Dirk Jan Wever uit. "Vroeger werd tijdens de operatie bepaald welke maten we nodig hadden. Dat kon toen niet anders. Tegenwoordig doen we dat ook vooraf. Zo kunnen we de oude (gezonde) situatie van het heupgewricht zo goed mogelijk nabootsen. Hierbij streven we ernaar om de nieuwe kop op dezelfde plaats te positioneren als de oude kop. Dit voelt beter voor de patient en de patiënt heeft direct een beter looppatroon. Met de oude methode was dat veel lastiger."

## Balletje

Hoe werkt nu de nieuwe methode? Dirk Jan Wever legt uit. "Van tevoren wordt een röntgenfoto van het hele heupgebied van de patiënt gemaakt. Er wordt een balletje van precies 30 millimeter meegefotografeerd dat op de hoogte van het heupgewricht tussen de benen van de patiënt ligt."

## Nieuwe heup met zorggarantie

*Bij het plaatsen van een heupprothese is het erg belangrijk dat het in één keer goed is en dat er geen complicaties optreden zoals een infectie. Want een tweede operatie is én belastend voor de patiënt én levert altijd minder resultaat op. "Het voorkomen van infecties en een tweede operatie is niet altijd even gemakkelijk", weet Dirk Jan Wever. "Toch slagen we er hier in het Slingeland Ziekenhuis goed in. Dat heeft ertoe geleid dat de zorgverzekeraar met ons een zogeheten zorggarantie overeengekomen is. Daarmee zijn we één van de weinige orthopedische vakgroepen in Nederland."*

*Wat houdt die zorggarantie in? "De zorgverzekeraar betaalt een bovengemiddelde prijs voor een heup- of knieprothese. Daar stellen wij tegenover dat alle heringrepen voor rekening van het ziekenhuis zijn. Zo'n afspraak kun je alleen maken als je een constante kwaliteit levert."*

Op de röntgenfoto bij dit artikel is het balletje te zien. "We weten de maat van het balletje. Daardoor kunnen we de foto zo afbeelden dat we het heupgewricht op precies de werkelijke grootte zien. Vervolgens kunnen we gaan kijken welke maten prothesen het beste passen. Dat is een kwestie van klikken met de muis op een bepaalde maat prothese en deze vervolgens slepen naar de plaats waar de prothese moet komen. Zo kunnen we heel nauwkeurig de gewenste maten bepalen."

Op de röntgenfoto ziet u het model van de prothese afgebeeld. "Deze voorbereiding doen we ook voor de zogeheten halve knieprothese", merkt Dirk Jan Wever op. "Hierbij wordt een deel van het kniegewricht vervangen en ook hier luistert de maatvoering heel nauw."



**Foto links** Dit ziet de orthopeed op zijn beeldscherm. Onderin de röntgenfoto (bij het pijltje) het meegefotografeerde balletje van 30 mm voor de maatvoering. Links op de foto een model voor de steel, rechts een model voor de kom.

**Foto midden** Een compleet heupgewricht bestaat uit twee delen. Zo ook een complete prothese. Op deze foto het ene deel van de prothese: de steel met kop, die in het dijbeen van de patiënt wordt aangebracht.

**Foto rechts** Op deze foto het andere deel van de prothese: de kom, ook wel cup genoemd.

# Weer op de rit na hartprobleem

## Het belang van hartrevalidatie

Een hartinfarct, een hartoperatie of gedotterd worden. Gebeurtenissen die heel ingrijpend kunnen zijn. Toch is het zaak om daarna het leven weer op te pakken. En tegelijk het risico op toekomstige hartproblemen zo klein mogelijk te maken. Hartrevalidatie helpt daarbij.

"Bij hartrevalidatie zijn meerdere disciplines binnen het ziekenhuis betrokken. In het Slingeland Ziekenhuis hebben we dat goed georganiseerd. Zo is er van iedere hartrevalidatiepatiënt een elektronisch patiëntendossier. Daarmee kan iedere betrokken behandelaar zien wat er met een patiënt gebeurt en waarom. Hartrevalidatie verloopt hier heel gestructureerd en met goede onderlinge afstemming. De patiënt is daar erg bij gebaat", zeggen cardioloog John van Hal en fysiotherapeut Jolien Hoefsmit. Laatstgenoemde is met enkele collega's opgeleid tot cardiologisch therapeut.

### Waarom hartrevalidatie

Waarom hartrevalidatie? "Om verschillende redenen", legt John van Hal uit. "Ten eerste wil je bij de patiënt hartproblemen in de toekomst voorkomen. Met een bewegingsprogramma willen we het hart in een goede conditie brengen."

Maar er is nog een reden. "Een hartinfarct of een hartoperatie is een ingrijpende gebeurtenis. Zowel voor de patiënt als voor naasten. Mensen veranderen erdoor. Ze worden emotioneler. Soms worden ze bang om zich in te spannen. Of ze worden juist heel fanatiek met lichaamsbeweging en moeten daarin afgeremd worden. Dit alles vraagt een goede begeleiding. Die begeleiding is onderdeel van de hartrevalidatie."

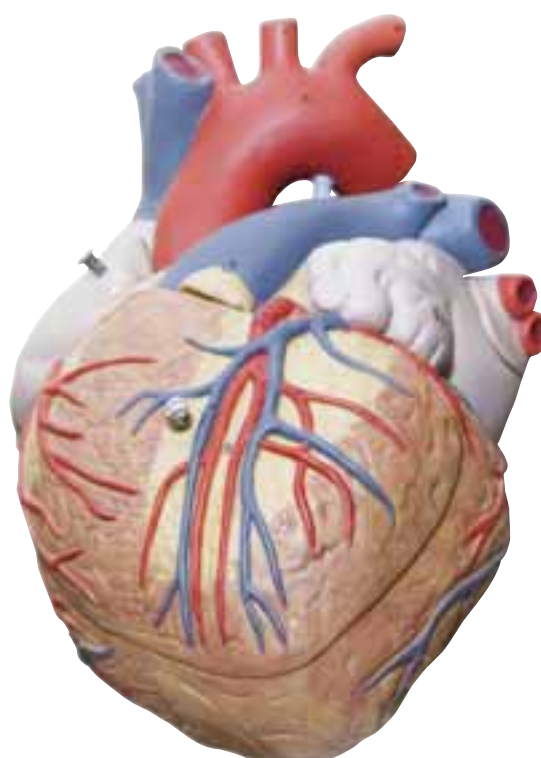
### Intakegesprek

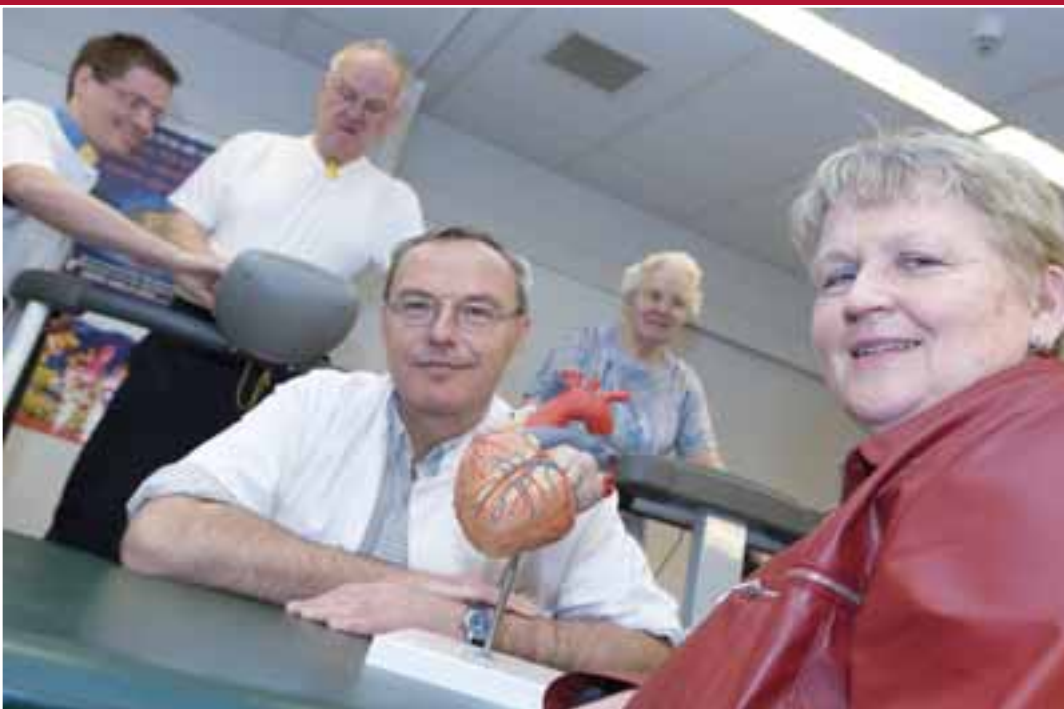
Hoe gaat hartrevalidatie in zijn werk? Jolien Hoefsmit legt uit. "De patiënten die in het Slingeland Ziekenhuis hartrevalidatie krijgen, zijn bijna allemaal patiënten die opgenomen zijn geweest. Al tijdens de opname wordt

de hartrevalidatie gestart. Dat begint met fysieke reconditionering ('lichamelijke training') onder begeleiding van de fysiotherapeut. Overigens gebeurt hartrevalidatie op vrijwillige basis."

Na de opnameperiode is het eerste contact met Harry Bulten, coördinator hartrevalidatie. "Hij doet het intakegesprek", vertelt John van Hal. "Dat gebeurt poliklinisch. Iedere patiënt is weer verschillend en vraagt een ander programma."

Hartrevalidatie omvat meer dan alleen training. Er wordt ook veel besproken met de patiënt. Dat is nodig, want voor veel patiënten is de confrontatie met hun hartprobleem erg ingrijpend. "In de gesprekken komen alle aspecten van het leven aan bod: dieet, angst voor bewegen, seksualiteit enzovoorts."





*Cardioloog John van Hal  
en fysiotherapeut  
Jolien Hoefsmit*

## In de oefenzaal

Een belangrijk onderdeel van de hartrevalidatie is het bewegingsprogramma. Dit wordt verzorgd door de cardiologisch therapeuten van de afdeling fysiotherapie. Jolien Hoefsmit legt uit hoe dit in zijn werk gaat. "Dit gebeurt in de oefenzaal. We werken met groepen van zes patiënten. Daarbij kan iedere patiënt zijn eigen programma hebben. De patiënt komt twee keer per week en traint dan een uur. De meeste patiënten komen zo'n zes weken lang. Maar soms ook langer of korter, afhankelijk van de doelstellingen."

Het eerste half uur wordt cardiofitness gedaan. Er wordt getraind op onder meer de loopband, het roeiapparaat, de fiets en het stepapparaat. Daarna een kwartier sport en spel. En tot slot een kwartier napraten met een kopje koffie.

"Dat laatste kwartiertje is erg belangrijk", weet Jolien Hoefsmit. "Het kan over praktische zaken gaan, maar ook over emoties. Patiënten kunnen veel van elkaar leren. Partners of andere naasten zijn van harte welkom. Die zijn van het gebeurde soms nog harder geschrokken dan de patiënt zelf en hebben ook begeleiding nodig."

## Inspanning doseren

Belangrijk is dat patiënten hun inspanning leren te doseren. "Daarvoor worden ze getraind in een zogeheten borgschaal. Met behulp daarvan leren patiënten hun inspanning objectief in te schatten en te doseren."

## Meer dan een bewegingsprogramma

Binnen de hartrevalidatie is het bewegingsprogramma (met napraten) een belangrijk onderdeel. Maar hartrevalidatie omvat meer. Uiteraard is er het poliklinisch contact met de cardioloog. Maatschappelijk werk ondersteunt bij eventuele emotionele problemen of relatieproblemen. Maar ook bij werkhervatting of het aanvragen van een uitkering, als terugkeer naar arbeidsproces niet mogelijk is. Als een patiënt wil stoppen met roken, dan kan hij daar begeleiding in krijgen.

Een nieuw onderdeel zijn de vier informatiebijeenkomsten. Deze worden verzorgd door psychologie, diëtetiek, maatschappelijk werk en cardiologie. De cardioloog gaat dan uitgebreid in op medicatie, de anatomie van het hart en de beïnvloedbare risicofactoren.

En als de hartrevalidatie voorbij is? "Uiteraard worden de patiënten daarop voorbereid", antwoordt John van Hal. "Zodat ze hun leven daarna weer zo goed mogelijk kunnen oppakken. Ook weten we wat ze kunnen doen om het risico op toekomstige hartproblemen zo klein mogelijk te maken."

# Weer compleet na een borstamputatie

## Plastische chirurgie biedt borstreconstructie

Het moeten missen van een borst is voor een vrouw heel ingrijpend. Gelukkig zijn er goede mogelijkheden om hier iets aan te doen. Dit heet borstreconstructie en dit wordt gedaan door de plastisch chirurgen van het Slingeland Ziekenhuis.

"Veel vrouwen voelen zich door een borstamputatie niet meer compleet", zegt plastisch chirurg Paul Kouwenberg. "Het is deels op te vangen door het dragen van een uitwendige prothese. Maar dat heeft zijn beperkingen. De prothese kan van zijn plek schieten, wat gênant kan zijn. En in een bikini of badpak is een uitwendige prothese moeilijk te verhullen.

"Bij de meeste vrouwen die een borst missen, is dat ten gevolge van een borstamputatie. Meestal is borstkanker dan de oorzaak. Een heel enkele keer gaat het om een aangeboren afwijking."

Gelukkig biedt de plastische chirurgie de mogelijkheid tot borstreconstructie. Dat gebeurt met eigen lichaamsweefsel of met inwendige siliconenprothesen. Een combinatie van beide is ook mogelijk.

"Het is een enthousiaste en dankbare groep patiënten", weet Paul Kouwenberg uit eigen ervaring.

"Met borstreconstructie is een echte borst dicht te benaderen. Het wordt natuurlijk nooit een echte borst, maar vrouwen zijn er erg blij mee. Ze durven zich weer te bukken zonder angst voor verlies van de bh-vulling, ze durven weer in badkleding."

***'Met borstreconstructie is een echte borst dicht te benaderen. Het is een dankbare groep patiënten'***

*plastisch chirurg Paul Kouwenberg*



## Eerst oprekken

Hoe gaat borstreconstructie in zijn werk? Paul Kouwenberg legt uit. "Meestal gaat het om twee operaties, verspreid over zo'n tien maanden. Allereerst moet het weefsel waar de borst moet komen, worden opgerekt. Dat doen we door het plaatsen van een lege ballon. Dit noemen we een tissue-expander, oftewel 'weefseloprekker'. Op die ballon zit een magneet. Daar zit ook de opening waardoor we vocht kunnen inbrengen om de ballon stapje voor stapje op te blazen. Door de magneet is die opening goed te vinden. Dit opblazen doen we gedurende enkele weken, totdat het gewenste volume is bereikt." Na enkele maanden wordt de ballon operatief verwijderd, om plaats te maken de definitieve prothese die de borst moet gaan vullen.

Wat zijn de argumenten om voor eigen weefsel of voor kunstmateriaal te gaan? "Voornamelijk de keuze van de patiënt. Sommige patiënten hebben een angst om kunstmateriaal geïmplant te krijgen en hebben een uitgesproken voorkeur voor eigen lichaamsmateriaal. Dat eigen lichaamsmateriaal halen we dan van rug, buik of bil. Het gaat daarbij met name om vetweefsel en eventueel spierweefsel."

## Tatoeage

Met het plaatsen van een siliconenprothese en/of eigen lichaamsmateriaal krijgt de nieuwe borst zijn definitieve vorm. Enige tijd na deze tweede operatie volgt nog een kleine operatie onder plaatselijke verdoving. Dan wordt het 'hobbeltje' voor de tepel gemaakt.

"Dit doen we door op de plaats van de tepel de huid los te maken en vervolgens in elkaar te schuiven en te vouwen", legt Paul Kouwenberg uit.

Vervolgens moet de tepel nog op kleur worden gebracht. Dit gebeurt door middel van tatoeage en dit wordt gedaan door dermatoloog Christian van Haselen.



*De foto's hierboven laten duidelijk zien welk resultaat een borstreconstructie kan opleveren. Ook de niet-aangetaste rechter borst (op de foto links) heeft een kleine correctie ondergaan, om het verschil tussen de twee borsten zo klein mogelijk te laten zijn. Zo is het cosmetisch resultaat optimaal.*

## Snel of toch wachten

Stel de borstreconstructie vindt plaats na een amputatie. Moet dit snel gebeuren of kan het nog wachten?

"Dat maakt niets uit", antwoordt Paul Kouwenberg.

"Sommige vrouwen willen meteen na hun amputatie een borstreconstructie. Dat kan. Voordeel is dat de amputatie en het plaatsen van de tissue-expander (ballon) in één operatie kan. Dat scheelt weer één narcose. Er bestaat dan wel een iets grotere kans op infectie. De tissue-expander moet dan verwijderd worden."

En als een vrouw langer wil wachten na de borstamputatie? "Dat is geen probleem. Borstreconstructie kan ook tien jaar na een amputatie nog succesvol worden gedaan. Onze ervaring is ook dat de meeste vrouwen toch nog even willen wachten. Er komt rond een borstamputatie zoveel tegelijk op ze af, dat ze de stap naar borstreconstructie nog niet meteen durven te nemen. Dat is prima, er is tijd genoeg."

# Slingeland Ziekenhuis verkrijgt NIAZ-accreditatiebewijs

## Kwaliteitskeurmerk voor ziekenhuizen

Het Slingeland Ziekenhuis heeft op 3 december 2007 het NIAZ- accreditatiebewijs in ontvangst genomen. Het NIAZ-certificaat is een kwaliteitskeurmerk voor ziekenhuizen. Het Slingeland Ziekenhuis hoort bij de eerste dertig ziekenhuizen die ziekenhuisbreed geaccrediteerd zijn.



*Algemeen directeur Geert Huisman ontvangt het NIAZ-certificaat uit handen van mevrouw Hélène Beaad, directeur van het NIAZ. In het midden kwaliteitsfunctionaris Marian Wilschut.*

Het NIAZ (Nederlands Instituut voor Accreditatie van Ziekenhuizen) onderzoekt of zorginstellingen hun organisatie zo hebben ingericht dat ze voldoende kwaliteit van zorg kunnen bieden. Het Slingeland Ziekenhuis heeft de afgelopen jaren hard gewerkt om te voldoen aan de voorwaarden van het NIAZ.

De basis is het opbouwen van een verbetercultuur en het borgen daarvan: het vasthouden van de zaken die goed worden gedaan en waar nodig het invoeren van verbeteringen. In maart 2007 heeft er een zogeheten audit plaatsgevonden. Dit is een werkbezoek van acht deskundigen die het ziekenhuis een week lang op alle belangrijke aspecten grondig doorlichten.

De belangrijkste conclusie uit het auditrapport is dat

de auditoren van mening zijn dat de bevolking van Doetinchem en omgeving vertrouwen kan hebben in de kwaliteit en veiligheid van zorg van het Slingeland Ziekenhuis. In oktober 2007 is het accreditatiebewijs toegekend, waarna het op 3 december is uitgereikt.

### Blijven toetsen

De toekenning van het NIAZ-certificaat is zeker geen eindpunt. Integendeel. Het accreditatiebewijs is vier jaar geldig en dan vindt opnieuw een audit plaats. In de tussentijd moet het Slingeland Ziekenhuis steeds aantonen dat het zichzelf voortdurend toetst op kwaliteit en waar nodig actie onderneemt om verbeteringen door te voeren. Het Slingeland Ziekenhuis heeft hiervoor een gestructureerd systeem.

Naast het kwaliteitskeurmerk van het NIAZ is er voor ziekenhuizen een nieuw keurmerk in aantocht.

Ziekenhuizen worden namelijk verplicht om een goed werkend Veiligheids Management Systeem te hebben. Inmiddels wordt in het Slingeland Ziekenhuis hieraan gewerkt.