

HaCaSpect

5 Huisartsen Brainport

8 Orgaandonatie na euthanasie

22 Start polikliniek erfelijke tumoren

HaCa
Huisartsen

Catharina Ziekenhuis

PLATFORM VOOR SAMENWERKING

HaCaSpect is een uitgave van HaCa en wordt gratis verspreid onder medisch specialisten, arts-assistenten en de adherente huisartsen van het Catharina Ziekenhuis in Eindhoven. Jaargang 22, juli 2024

Nummer 44

Voorwoord

Beste HaCaSpect lezers,

Hoewel het door alle regen voor veel mensen voelt alsof het nog herfst is, staat de zomervakantie alweer bijna voor de deur. Voor velen van ons betekent dat uitrusten en weer opladen. Om te zorgen dat niemand zich hoeft te vervelen, kunnen we jullie gelukkig weer wat leesvoer meegeven. Als redactie zijn we blij dat we na vertrek van een aantal leden weer op sterkte zijn. Een hartelijk welkom dus voor huisartsen Veerle van Elderen en Nienke de Haan.

Op gebied van de eerste lijn horen we regelmatig de problemen met het vinden van nieuwe praktijkhouders in het nieuws. In dit nummer zien jullie een regionaal initiatief om jonge huisartsen te enthousiasmeren voor, en te helpen bij het beginnen van een eigen praktijk. Zo kunnen we de uitdaging om zorg in onze snelgroeiende regio bereikbaar te houden beter het hoofd bieden.

Een ander interessante ontwikkeling is de mogelijkheid tot orgaandonatie na euthanasie. In dit nummer lezen jullie de achtergronden, en worden praktische handreikingen gegeven wat daarvoor geregeld moet worden.

Felicitaties voor collega Pim Tonino. Hij is benoemd als hoogleraar aan de TU/e. Naast informatie over zijn nieuwe leerstoel hebben we in dit nummer nog meer cardiologienieuws.

Ten slotte, patiënten die een bijzondere indruk achterlieten. We kennen ze allemaal en we leren er veel van. We openen in dit nummer de rubriek 'die ene patiënt'. We rekenen erop dat dit weer veel inspirerende verhalen zal losmaken. Stuur die dus zeker in.

Fijne zomer!

Redactie HaCaSpect

Inhoud

pagina 4

Voorstellen nieuwe redactieleden

pagina 5-6

Huisartsen Brainport, tijd om de krachten te bundelen

pagina 6-7

Samendokteren

pagina 8-9

Orgaandonatie na euthanasie

pagina 10-11

Operaties voor darmkanker: op weg naar dagbehandeling

pagina 12-13

Snel terecht voor oogonderzoek

pagina 14-15-16

Compilatie van nieuws

pagina 17

Hartpatiënten voortaan eerder betrokken bij ontslagdatum

pagina 18-19

Vooruitzicht na acuut myocardinfarct voortaan nauwkeurig te voorspellen

pagina 20-21

Pim Tonino benoemd tot hoogleraar

pagina 22

Polikliniek familiale tumoren

pagina 23

Column: die ene patiënt

HaCaSpect is een uitgave van HaCa en wordt gratis verspreid onder adherente huisartsen, medisch specialisten en arts-assistenten van het Catharina Ziekenhuis in Eindhoven. HaCaSpect verschijnt twee keer per jaar. Niets uit deze uitgave mag worden overgenomen zonder bronvermelding.

Colofon **Redactie** Albert-Jan Aarnoudse, Maggy van den Brand, Veerle van Elderen, Nienke de Haan, Margot Hoeven, Marieke Kerskes, Myreen Moors, Yvonne van Oosterhout, Josee Weerden **Fotografie** Materiaal Catharina Ziekenhuis tenzij anders vermeld, Guy van Dael, Jarno Verhoef, Wim Verrijp **Ontwerp en opmaak** Drukkerij Snep BV. **Drukwerk** Drukkerij Snep BV. Oplage: 750 stuks **Redactieadres:** HaCaSpect, Postbus 1350, 5602 ZA Eindhoven, e-mail: infohaca@catharinaziekenhuis.nl

Als nieuw redactielid van HaCaSpect stel ik me graag aan jullie voor

Mijn naam is Veerle van Elderen.

Ik ben geboren en getogen in Eindhoven. Sinds 2021 gestart als waarnemend huisarts. Nu ben ik met heel veel plezier werkzaam als vaste waarnemer bij praktijk Maartens in Eindhoven. Ik vind het leuk om me, naast patiëntenzorg, bezig te houden met andere vakgerelateerde initiatieven. Vandaar mijn aanmelding als redactielid bij HaCaSpect.

Om in de toekomst de huisartsenzorg te kunnen blijven waarborgen, merk ik als jonge klare dat het essentieel is goed te blijven samenwerken met de 2e lijn. Daarnaast is het erg leuk om van elkaar te kunnen leren. Buiten mijn werk ben ik moeder van 3 kinderen, van 0, 2 en 4 jaar. Ook heb ik het hardlopen weer opgepakt, en geniet ik vooral van tijd samen met mijn familie en vrienden.



Mijn naam is Nienke de Haan.

Ik ben geboren in Gouda en opgegroeid in de buurt van Utrecht. Ik ben geneeskunde gaan studeren in Maastricht en zodoende in het zuiden van Nederland beland. Na mijn opleiding heb ik jaren in het Catharina Ziekenhuis gewerkt, waarvan het grootste deel op de afdeling interne geneeskunde. Uiteindelijk heb ik de switch gemaakt naar het huisartsenvak en ben ik nu ruim zeven jaar huisarts. Momenteel werk ik als waarnemer in de regio Eindhoven. Sinds vier jaar ben ik tevens verbonden aan de huisartsenopleiding van de Universiteit Maastricht en werk ik als huisartsbegeleider. Toen ik de oproep voorbij zag komen voor een nieuw redactielid sprak me dat meteen aan, omdat samenwerking tussen de eerste en tweede lijn erg belangrijk is en zeker ook blijft. Vanuit mijn ervaring en het netwerk van huisartsen dat ik ken via de huisartsenopleiding hoop ik hieraan een positieve bijdrage te kunnen leveren. Naast mijn werk ben ik moeder van twee pubers, 13 en 14 jaar.



Huisartsen Brainport, tijd om de krachten te bundelen!

Auteur: Annemarie Cromwijk, namens Brainport Huisartsen

In dit nummer twee artikelen over een actueel vraagstuk: de toegankelijkheid van de huisartsenzorg.

In 2022 hebben PoZoB, Stroomz, LHV Afdeling Brabant Oost en Huisartsenposten Oost-Brabant het initiatief genomen voor de start van een bijzonder lab: Huisartsen Brainport. Aanleiding voor deze samenwerking was de gemeenschappelijke ambitie om de zorg in de regio beschikbaar, toegankelijk en kwalitatief goed te houden. De eerste activiteiten van Huisartsen Brainport richten zich op de arbeidsmarkt.

Huisartsen Brainport biedt zowel de toekomstige, jonge én zittende huisartsen een ontmoetingsplek om samen nieuwe vormen te vinden voor de huisartsenpraktijk van de toekomst. Samen onderzoeken we ideeën en mogelijkheden. Inspireren we elkaar. En... we dagen iedereen graag uit om te experimenteren. Bij nieuwe vormen van huisartsenzorg geloven we in de meerwaarde van continuïteit van zorg, dit is immers één van de kernwaarden van ons vak. Die willen we ook behouden in onze regio. Alle experimenten en nieuwe initiatieven toetsen we daaraan. We dromen groot en beginnen klein. Zo bieden we continuïteit en organiseren we de zorg op een manier die de huisarts past én aansluit bij de behoefte van de bevolking.

Samen onderzoeken en experimenteren

De regio Brainport is volop in ontwikkeling. Het aantal inwoners groeit explosief. Ook de komende jaren. Om goede zorg te blijven bieden, moeten we aan de slag en nadenken over nieuwe manieren om de eerstelijnszorg te organiseren. De invulling van de praktijk is letterlijk en figuurlijk lastig. Jonge

huisartsen kiezen vaak bewust voor een waarnemende rol en willen (nog) niet vast in een praktijk werken of zelf een praktijk draaien. Terwijl veel zittende huisartsen actief zijn in solopraktijken en een groot aantal van hen op zoek is naar opvolgers.

Hoe doen we dat?

Met Huisartsen Brainport werken wij aan de huisartsenpraktijken van de toekomst. En bieden we ondersteuning aan alle 157 praktijken in onze regio en aan alle jonge huisartsen en huisartsen in opleiding, die zich willen binden aan een vaste patiëntenpopulatie in onze regio. Voor hen zijn wij als het ware de wegwijzer in de regio. Wij kennen immers al onze praktijken en brengen op deze manier starters en stoppers met elkaar in contact. Wij zorgen voor een warm welkom in de regio en een warm contact met de praktijken.

Samendokteren

We zijn dan ook erg blij met Samendokteren. Het initiatief van Caspar van Sambeek en Stijn van Kerkhoven, twee huisartsen uit onze regio. Samendokteren biedt een masterclass voor jonge huisartsen die de ambitie hebben om een praktijk over te nemen. En ook zij brengen starters en stoppers bij elkaar. Zo vullen we elkaar mooi aan en zijn alle initiatieven op dit vlak hard nodig voor de enorme uitdaging waar we voor staan.

Nieuwe generatie huisartsen

We zijn intensief in gesprek met de nieuwe generatie huisartsen. Hoe willen zij hun vak uitvoeren en op welke manier kunnen zij hierin onzorgd worden? Bijvoorbeeld door niet-medische zaken in de praktijk te regelen, zodat de huisarts zich op de zorg voor de patiënt kan richten. Of door optimale inzet van digitalisering om de werkprocessen efficiënter te maken. Hoe zorg je dat het team binnen je praktijk goed functioneert en aan welke functies heb je behoefte? Wat bieden nieuwe functies, zoals de basisarts of verpleegkundig specialist, voor mogelijkheden in de praktijk? Deze ondersteuning bieden wij vanuit Huisartsen Brainport niet allemaal zelf, we inventariseren de vragen en brengen partijen die deze dienstverlening bieden in contact met praktijken die zich hierop oriënteren.

Aanpak huisvestingsproblematiek

Een derde thema dat we aanpakken, is de huisvestingsproblematiek. Veel praktijken willen wel nieuwe patiënten aannemen, maar hebben te maken met ruimtegebrek. Uitbreiden van bestaande praktijken, verhuizen of het starten van een nieuwe praktijk is erg lastig. Hierin hebben we de medewerking van gemeenten en zorgverzekeraars hard nodig. Huisartsen Brainport gaat hierover namens al onze huisartsen in gesprek met deze partijen.

Heel graag houden we jullie op de hoogte van de inspirerende bijeenkomsten en experimenten van Huisartsen Brainport. Tegelijkertijd nodigen we jullie uit mee te denken en het rimpeleffect dat wij in gang zetten te vergroten. Samen staan we immers voor de huisartsenpraktijken van de toekomst!

Meer weten?

Neem een kijkje op www.huisartsenbrainport.nl of op de LinkedIn pagina van Huisartsen Brainport. U kunt ook contact opnemen met: Annemarie Cromwijk, annemarie.cromwijk@huisartsenbrainport.nl of 06 – 25074505 Monique Hartings, monique.hartings@huisartsenbrainport.nl of 06 - 22481343 Imke Sweegers, i.sweegers@stroomz.nl of 06 – 44 91 00 85



V.l.n.r.: Imke Sweegers, Annemarie Cromwijk en Monique Hartings

Samendokteren in Zuidoost-Brabant

Auteur: Stijn van Kerkhoven, huisarts

Wie het nieuws volgt, kan het niet ontgaan zijn. Overal in Nederland zijn problemen met de opvolging van huisartsen. Huisartsen die stoppen, hebben moeite met het vinden van een opvolger. Terwijl er meer huisartsen zijn dan ooit, die deels ook parttime werken. Het aantal geregistreerde huisartsen is tussen 2012 en 2022 met 30% gestegen. Een kanttekening bij deze cijfers is, dat het aantal praktijkhouders in dezelfde periode licht gedaald is.

In Zuidoost-Brabant is het helaas niet anders. Uit een recente peiling, uitgevoerd door Huisartsen Brainport, blijkt dat circa 30% van de praktijkhouders het voornemen heeft de komende 5 jaar te stoppen met de praktijk. Wat doen de niet-praktijkhoudende huisartsen dan? Deze huisartsen werken in loondienst of ze werken als ZZP'er

(waarnemer). Allemaal goed opgeleide dokters, met hart voor het huisartsenvak.

Continuïteit van zorg

Een goed georganiseerde eerste lijn met continuïteit van zorg is de hoeksteen van ons gezondheidssysteem. Niet voor niets heeft de beroepsgroep de kernwaarden van de huisartsenzorg een aantal jaar geleden herijkt.

Persoonsgericht, medisch-generalistisch, continu en gezamenlijk. Behoud van deze kernwaarden staat onder druk als patiënten geen vaste huisarts hebben. Daarnaast is er voldoende bewijs, dat continuïteit van zorg zorgt voor lagere kosten en een betere gezondheid.

Behoud van praktijkhouders

Twee jaar geleden zijn we, met het bovenstaande in het achterhoofd, gestart met Samendokteren. Ons doel was en is: behoud van praktijkhouders. Om ons heen zagen we huisartsen moeite hebben met het vinden van opvolgers. Bij een aantal praktijken stond het water zodanig aan de lippen, dat zij hun praktijk hebben verkocht aan commerciële partijen. Helaas bleek met name de continuïteit van de huisartsenzorg in deze praktijken een groot probleem.

Drempels

Kijkend naar de huidige situatie zien wij twee dingen gebeuren. Ten eerste is er bij startende collega's een drempel om

praktijkhouder te worden. Soms zijn dat privéomstandigheden, sommige huisartsen ervaren de vrijheid als ZZP'er als zeer prettig, maar heel vaak is het ook de onbekendheid. Wat komt er allemaal op je af als je een praktijk overneemt? Zijn de administratieve lasten echt zo hoog als beweerd wordt? Vind ik wel geschikte praktijkruimte? Hoe regel ik de financiën? Waar haal ik in de toekomst voldoende personeel vandaan? Hoe vind ik een praktijk die goed bij mij past, zodat ik ook nog een leven heb naast mijn werk? Ten tweede zijn er de huisartsen die willen stoppen. Zij vinden het lastig om de praktijk goed in de etalage te zetten. Toen zij begonnen, moest je immers nog solliciteren om uiteindelijk een praktijk over te mogen nemen. Iedere huisarts geeft zijn of haar kleur aan de praktijk, maar is dat wel de kleur die een toekomstige collega zoekt?

Masterclass en praktijkscan

Samendokteren is aan beide kanten van dit vraagstuk gaan werken. Voor de startende huisartsen, die overwegen om praktijkhouder te worden, wordt een masterclass gegeven. Dit is een scholing in groepen van circa tien huisartsen gedurende een jaar. In dit jaar worden alle facetten van het praktijkhouderschap besproken. De avonden worden begeleid door twee ervaren huisartsen. Voor specifieke onderdelen (bijvoorbeeld het lezen van een jaarrekening), komen er externe sprekers. Gezien de grootte van de groep is er veel ruimte voor interactie tussen deelnemers en begeleiders. Iedere Samendokteren groep komt gedurende het jaar, acht keer bij elkaar. Aan de huisartsen die willen stoppen, wordt de mogelijkheid geboden om een praktijkscan te laten maken. In deze scan wordt de praktijk zo goed mogelijk beschreven, om jonge collega's te enthousiasmeren in gesprek te gaan met de huisarts. Een ervaren huisarts haalt de informatie voor de praktijkscan op. Door een dagdeel mee te kijken in de praktijk, gesprekken te voeren met de

assistenten en de praktijkondersteuners, mee te kijken met het spreekuur enzovoorts. Zo ontstaat een goed beeld van de praktijk. Gecombineerd met de spiegelinformatie en de jaarcijfers resulteert dit in de praktijkscan. Deze praktijkscans komen aan bod tijdens de masterclasses en worden gepromoot op de site van Samendokteren en op LinkedIn.

Daarnaast wordt drie keer per jaar het Samendokterencafé georganiseerd. Deze avond start met een inhoudelijk deel en wordt afgesloten met een informele borrel. De praktijken die op zoek zijn naar een opvolger worden kort gepresenteerd. Op deze avond zijn starters en stoppers aanwezig en er is voldoende gelegenheid om de eerste contacten te leggen.

Veel belangstelling

Na de eerste (pilot)groep van vorig jaar, bleek er veel belangstelling te zijn voor de masterclass in Zuidoost-Brabant. In samenwerking met Huisartsen Brainport (PoZoB, Stroomz, LHV en CHP) is het gelukt om inmiddels 4 groepen te starten. Ook in andere delen van het land spreekt het concept huisartsen aan. Samendokteren is bezig met samenwerkingen in Amsterdam, Haarlem, regio Den Bosch en Limburg. Het eerder beschreven concept wordt in deze regio's uitgevoerd door lokale huisartsen.

Op deze manier proberen we een onderdeel te zijn van het behoud van continuïteit van de huisartsenzorg.

Meer weten: info@samendokteren.nl

Caspar van Sambeek is 24 jaar huisarts in Waalre, huisartsenopleider voor de Universiteit van Maastricht, kaderarts Beleid & Beheer en actief bij PoZoB.

Stijn van Kerkhoven is 19 jaar huisarts in Maarheeze, huisartsenopleider voor de Universiteit van Maastricht en ook actief bij PoZoB.



Caspar van Sambeek (links) en Stijn van Kerkhoven.

Orgaandonatie na euthanasie

Door Marlon Lemmen en Patricia de Wit,
donatiefunctionarissen

In Nederland vragen jaarlijks ongeveer 8.000 mensen euthanasie aan. Steeds vaker uiten zij de wens om na de euthanasie hun organen te doneren. In dit artikel geven Marlon Lemmen en Patricia de Wit, donatiecoördinatoren en Marlijn Kamps en Luuk Otterspoor, donatie-intensivisten van het Catharina Ziekenhuis hierover meer informatie.

Achtergrond

Orgaandonatie na euthanasie (ODE) is een betrekkelijk nieuwe procedure in Nederland. Deze is ontstaan op uitdrukkelijk verzoek van de patiënt. De eerste ODE werd uitgevoerd in 2012 en sindsdien is de vraag onder patiënten toegenomen. Eind 2018 hadden 50 patiënten organen gedoneerd na euthanasie en in januari 2023 werd de 100e procedure uitgevoerd.

Wie komt in aanmerking

Een patiënt is medisch geschikt om te doneren indien de organen van acceptabele kwaliteit zijn en het verwachte succes van de transplantatie opweegt tegen de belasting en risico's voor de ontvanger. Indien de patiënt lijdt aan een maligniteit is orgaandonatie onmogelijk en ook leeftijd speelt een rol, zoals ook bij donatie zonder euthanasie. Met name patiënten die lijden aan een neurodegeneratieve ziekte, zoals MS, ALS of de ziekte van Huntington dan wel psychische klachten zijn in beginsel geschikt.

Richtlijn Orgaandonatie na euthanasie

In 2017 is de Richtlijn Orgaandonatie na euthanasie ontwikkeld, deze bestaat uit een deel met instructies voor de praktijk en een deel met achtergronden, waarin o.a. ethische aspecten en wettelijke kaders zijn geborgd.

Het uitgangspunt van de richtlijn is de wens van de euthanasiepatiënt om orgaandonatie toe te voegen aan zijn laatste levensfase.

Belangrijke elementen in de richtlijn zijn:

- Autonomie en vrijwilligheid van de patiënt (het verzoek moet vanuit de patiënt zelf komen en is vrij van externe druk);
- Maximaal vermijden van belasting van de patiënt in de laatste fase van zijn leven;
- Adequate informatie voor de patiënt en familie. Deze informatie is te vinden op de website van de NTS: [Orgaan- en weefseldonatie na euthanasie | NTS \(transplantatiestichting.nl\)](https://www.nts.nl/ntsnl/NTS-Transplantatiestichting) en in de Richtlijn (hoofdstuk 2, blz. 15): [Richtlijn Orgaandonatie na euthanasie | NTS \(transplantatiestichting.nl\)](https://www.nts.nl/ntsnl/Richtlijn-Organen-na-euthanasie)

Stappenplan

In de richtlijn worden vier fasen onderscheiden:

1. Besluitvorming over het levenseinde: de huisarts en patiënt voeren gesprekken over het levenseinde, waarin donatie een onderwerp kan zijn. Er mag neutrale informatie worden verstrekt. Blijft de patiënt geïnteresseerd in orgaandonatie, dan toetst de huisarts via de website van de Nederlandse Transplantatie Stichting (NTS) of de patiënt in aanmerking kan komen voor donatie. Bij mogelijke geschiktheid, neemt de huisarts vervolgens via de NTS (071-5795795) contact op met een orgaandonatiecoördinator (ODC). In overleg met de ODC ontstaat duidelijkheid of orgaandonatie in principe mogelijk is.
2. Voorbereidingen op het levenseinde en orgaandonatie: de huisarts en patiënt maken afspraken over het levenseinde. Blijft de patiënt bij zijn besluit voor orgaandonatie na euthanasie, dan overlegt de huisarts met de ODC. Op verzoek van de huisarts neemt de ODC vervolgens contact op met de contactspecialist van het ziekenhuis. Aanvullend onderzoek naar de medische geschiktheid van de organen is noodzakelijk. De huisarts legt dit als vraag voor aan de patiënt, die moet beslissen of hij de extra belasting accepteert.
3. Het levenseinde: de huisarts voert de euthanasie uit in het ziekenhuis.
4. Orgaandonatie en rouwbegeleiding: de huisarts stelt de dood formeel vast en onderhoudt contact met de nabestaanden in de rouwperiode.

Binnen deze vier fasen definieert deze richtlijn expliciet welke rollen de verschillende zorgverleners moeten vervullen. Die wijken soms af van hun rol bij euthanasie of orgaandonatie alleen.

Fase 2; contact met het ziekenhuis

In ieder ziekenhuis in Nederland zijn donatie-professionals actief, die zorgdragen dat het proces van orgaan- en weefseldonatie goed verloopt, maar ook ingezet kunnen worden als vraagbaak in de regio. Voor de kern Catharina Ziekenhuis (waaronder ook Máxima MC, St. Jans Gasthuis, Elkerliek Ziekenhuis en de Anna Zorggroep vallen) zijn dit:



V.l.n.r.: Luuk Otterspoor, Patricia de Wit, Marlon Lemmen, Marlijn Kamps.

Donatie-intensivisten

- Dr. Luuk Otterspoor, cardioloog-intensivist
- Drs. Marlijn Kamps, internist-intensivist

Donatiecoördinatoren

- Marlon Lemmen en Patricia de Wit- van der Bruggen (Catharina Ziekenhuis)
- Elly Koch (Anna Zorggroep)
- Hanriët Eppink (Elkerliek Ziekenhuis)
- Ans Kox en Martien Lemmens (Máxima MC)
- Caroline Hallegraef (St. Jans Gasthuis)

Nieuwe ontwikkelingen

Orgaandonatie na euthanasie kon tot voor kort alleen plaatsvinden in het ziekenhuis. Orgaanuitname kan immers alleen daar plaatsvinden. In Nederland heeft in vijf uitzonderlijke situaties orgaandonatie plaatsgevonden vanuit de thuissituatie. Landelijk wordt momenteel bekeken hoe orgaandonatie na euthanasie vanuit huis (ODEH) moet worden opgenomen in de Richtlijn Orgaandonatie na euthanasie.

Meer informatie of contact

Neem voor meer informatie contact op met de donatie-intensivisten of donatiecoördinatoren (040-2395727, donatiecoordinator@catharinaziekenhuis.nl) of raadpleeg de website van de Nederlandse Transplantatie Stichting ([transplantatiestichting.nl](https://www.transplantatiestichting.nl)).



Operaties voor darmkanker: op weg naar dagbehandeling

Auteur: Johanne Bloemen, oncologisch chirurg

Tot een decennium geleden lagen mensen minstens een week in het ziekenhuis, mochten maar mondjesmaat eten en drinken en moesten vooral rusten na het ondergaan van een colorectale ingreep. In het Catharina Ziekenhuis wordt veel onderzoek gedaan naar enhanced recovery after surgery, oftewel een voorspoedig herstel na een operatie aan de dikke darm. Met innovaties in medische technologie en chirurgische technieken is de overgang naar dagbehandeling – waar patiënten binnen 24 uur na de operatie naar huis kunnen – steeds meer haalbaar. Mediaan zijn patiënten in het Catharina Ziekenhuis 2 dagen opgenomen (inclusief dag van operatie), waar het landelijke gemiddelde nog altijd 5 dagen is.

Het ERAS-programma

“Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) protocollen spelen een belangrijke rol in de verschuiving naar dagbehandeling. ERAS-programma's zijn ontwikkeld om de stressrespons van de patiënt op chirurgie te minimaliseren en de functionele herstelperiode te verkorten. Dit wordt bereikt door een multidisciplinaire aanpak die de perioperatieve zorg optimaliseert”, vertelt Johanne Bloemen, oncologisch chirurg. Onderdeel hiervan zijn preoperatieve counseling, optimalisatie van voeding, beperking van perioperatief vasten, gebruik van moderne anesthesie en pijnbestrijding, en vroegtijdige mobilisatie. Onderzoek heeft aangetoond dat ERAS-programma's niet alleen leiden tot kortere ziekenhuisopnames maar ook tot minder complicaties en hogere tevredenheid bij patiënten. Gegevens van deze patiënten worden bijgehouden in een database om zo continu te kunnen monitoren en te verbeteren.

Verbeteringen in anesthesie en pijnmanagement

“Cruciaal in een vlot herstel zijn moderne anesthesietechnieken en pijnmanagement”, volgens Harm Scholten, anesthesioloog. “Door gebruik te maken van multimodale pijnmanagementstrategie, kunnen patiënten comfortabeler en veiliger herstellen. Hierbij worden verschillende typen pijnstillers gecombineerd die bewezen zeer effectief zijn in het beheersen van postoperatieve pijn zonder opioïden. Dit geeft veel minder postoperatieve misselijkheid en ileus. Opvallend genoeg zien we veel winst bij de oudere patiënt, die veel gevoeliger lijkt voor de bijwerkingen van opioïden. De multimodale pijnstilling is steeds onderwerp van wetenschappelijk onderzoek, om zo tot de meest effectieve strategie te komen.”

Optimalisatie van preoperatieve zorg

Een goed voorbereide patiënt heeft een aanzienlijk grotere kans op een snel herstel. Preoperatieve optimalisatie omvat onder andere het screenen en verbeteren van de algehele gezondheidstoestand van de patiënt, educatie over de procedure en wat te verwachten tijdens het herstelproces. Dit kan onder meer inhouden dat patiënten aangemoedigd worden om te stoppen met roken, een gezond voedingspatroon te volgen en te oefenen om hun fysieke conditie te verbeteren. Daarnaast kan een gedetailleerd voorlichtingsprogramma de angst van patiënten verminderen en hen voorbereiden op een sneller ontslag.

Thuismonitoring

In Santeon verband zijn we recent ook gestart met thuismonitoring van deze patiënten. Zij gaan naar huis met een app. Daarop vullen ze twee keer per dag vragen in over het herstel, de wond, de saturatie, hartslag, gastro-intestinale functie en temperatuur. Onze monitorverpleegkundigen nemen zo nodig contact op om bij te sturen waar nodig. Op deze manier voelt de patiënt zich veiliger om naar huis te gaan, merken we in de praktijk. De zorg blijft wel in het ziekenhuis en verschuift hiermee niet naar de huisarts. Hopelijk kunnen we complicaties ook eerder opsporen op deze manier.

Voordelen van een korte opnameduur

“Dagbehandeling is geen doel op zich. Door deze aanpak vermindert het aantal complicaties significant en daardoor kunnen patiënten sneller fit naar huis, en daar gaat het om” aldus Bloemen en Scholten. Het biedt patiënten de mogelijkheid om sneller terug te keren naar hun normale dagelijkse activiteiten. Bovendien blijkt uit onderzoek dat patiënten die snel naar huis kunnen, vaak een beter psychologisch herstel doormaken. Ze ervaren minder stress en slaapverstoring, wat bijdraagt aan een algeheel sneller herstel.

Voor het zorgsysteem betekent dagbehandeling een efficiënter gebruik van ziekenhuisbedden en middelen, wat kostenbesparend kan werken. Dit is vooral relevant in een tijd waarin de zorgkosten blijven stijgen en de druk op de zorg toeneemt. Door patiënten eerder naar huis te laten gaan, kunnen ziekenhuizen hun capaciteit beter benutten en de zorg toegankelijk houden voor meer patiënten.

Uitdagingen en vooruitzichten

Hoewel de voordelen duidelijk zijn, brengt de transitie naar kortdurende opname ook uitdagingen met zich mee. Het vereist een uitgebreide preoperatieve planning en een robuust nazorgsysteem om ervoor te zorgen dat patiënten veilig kunnen herstellen. Bovendien is er een culturele verschuiving nodig om het concept van dagbehandeling volledig te omarmen. Voor huisartsen is het belangrijk om op de hoogte te

blijven van deze ontwikkelingen, zodat zij hun patiënten adequaat kunnen informeren en begeleiden in het traject. In het hele proces draait het vooral ook om verwachtingsmanagement, zowel bij de patiënt, diens familie als de zorgverleners. Ook voor de postoperatieve periode is het belangrijk dat de huisarts op de hoogte is, ernstige complicaties kunnen zich in theorie ook nog in de thuissituatie voordoen, alhoewel dit zeer zeldzaam is, moet hier wel oog voor zijn.

De evolutie naar colonchirurgie in dagbehandeling biedt niet alleen voordelen voor patiënten en zorgverleners, maar draagt ook bij aan een duurzamer en efficiënter zorgsysteem. Door samen te werken en voortdurend te verbeteren met het team, kunnen we colonchirurgie met nog minder complicaties uitvoeren.

Dr. Harm Scholten is anesthesioloog-intensivist en werkzaam in het Catharina Ziekenhuis sinds 2014. Hij focust zich onder andere op de optimalisatie van multimodale anesthesie bij zowel minimaal invasieve als grote, open colorectale chirurgie.

Dr. Johanne Bloemen is oncologisch chirurg en sinds 2017 werkzaam in het Catharina Ziekenhuis. Ze heeft als aandachtsgebied colorectale chirurgie en optimalisatie van perioperatieve zorg. In het multidisciplinaire team is ze steeds op zoek naar verbeteringen om patiënten zo nog sneller te laten herstellen.



Johanne Bloemen en Harm Scholten

Snel terecht voor oogonderzoek

Auteur: Margot Hoebe, Afdeling Marketing & Communicatie
Catharina Ziekenhuis

Om lange wachttijden bij de oogarts op te lossen, is Diagnostiek voor U in samenwerking met het Catharina Ziekenhuis op 25 maart in Eindhoven gestart met optometrisch (oog)onderzoek voor laagcomplexere oogklachten. De patiënt in de regio Zuidoost-Brabant kan nu binnen één week terecht bij Diagnostiek voor U op de Boschdijk in Eindhoven. Zo houden professionals niet-complexe zorg uit het Catharina Ziekenhuis en neemt daar de druk op specialistische zorg af. Hiermee leveren beide zorginstellingen een bijdrage aan de juiste zorg op de juiste plek.

Direct op het juiste spreekuur
De samenwerking tussen beide organisaties wordt versterkt met de detachering van optometristen uit het Catharina Ziekenhuis bij Diagnostiek voor U. Indien nodig is er direct contact met het ziekenhuis. Huisarts en patiënt weten snel waar ze aan toe zijn en of behandeling in het ziekenhuis nodig is. Hierdoor worden in het Catharina Ziekenhuis ook de wachttijden voor oogbehandelingen bij de oogarts korter. Om patiënten die bij Diagnostiek voor U al gescreend zijn een ‘snellere’ toegang te kunnen bieden, reserveren we hiervoor plekken op onze spreekuren in het ziekenhuis. Aangezien deze patiënten digitaal de

afpraak kunnen inplannen, regelen we het zo dat ze direct op het juiste spreekuur gepland worden. Voor de huisartsen betekent dit dat zij naast de ‘standaard’ ZorgDomeinproducten, de keuze kunnen maken voor producten: ‘na screening bij DVU’ (zie afbeelding). De patiënten die reeds gescreend zijn bij Diagnostiek voor U komen dan direct op het carrouselspreekuur met een oogarts en niet op een zelfstandig spreekuur van de optometrist, deze hebben ze immers al gezien.

Hoge patiënttevredenheid
Inmiddels zijn in de eerste twee maanden ruim 130 patiënten bij Diagnostiek voor U geweest voor optometrisch onderzoek. De tevredenheid is hoog blijkt uit de dagelijkse metingen. De deskundigheid en vriendelijkheid worden respectievelijk met een 8,9 en 8,8 als rapportcijfer beoordeeld.

75 procent terug naar de huisarts
Uit onderzoek blijkt dat ca. 75% van de patiënten na optometrisch onderzoek terugverwezen wordt naar de huisarts. Er is dan geen behandeling bij de oogarts nodig. De huisarts wordt ondersteund met de diagnostiek van oogheelkundige aandoeningen die hij/zij vervolgens zelf kan behandelen. Bij doorverwijzing naar het ziekenhuis is er een gerichtere diagnose voor de behandelaar en hoeven alleen nog aanvullende onderzoeken te worden uitgevoerd. Voorbeelden van relatief vaak voorkomende, laagcomplexere en niet-acute oogheelkundige problematiek zijn bijvoorbeeld langer bestaande rode, droge of of geïrriteerde ogen, wazig zien of andere visusklachten of verdenking op glaucoom.

Zorgproducten		
na screening		
☐	Naam ~	Cluster ~
☐	na screening DVU: traanklachten verwijsafspraak • OOGVWA355	Oogheekunde Catharina Ziekenhuis, Eindhoven
☐	na screening DVU: verhoogde oogdruk verwijsafspraak • OOGVWA353	Oogheekunde Catharina Ziekenhuis, Eindhoven
☐	na screening DVU: verminderde visus volwassenen verwijsafspraak • OOGVWA354	Oogheekunde Catharina Ziekenhuis, Eindhoven
☐	traanklachten. Is de patiënt reeds gescreend bij DVU? Kies dan voor: Na screening DVU: traanklachten. verwijsafspraak • OOGVWA356	Oogheekunde Catharina Ziekenhuis, Eindhoven
☐	verhoogde oogdruk. Is de patiënt reeds gescreend bij DVU? Kies dan voor: Na screening DVU: verhoogde oogdruk verwijsafspraak • OOGVWA008	Oogheekunde Catharina Ziekenhuis, Eindhoven

Met deze nieuwe aanpak waarborgen het Catharina Ziekenhuis en Diagnostiek voor U als gezamenlijke regievoerders de continuïteit van oogzorg in de regio. Zij volgen het principe van zorg buiten het ziekenhuis waar het kan (laag-complex en niet-urgent) en daarbinnen waar het moet (complex, specialistisch en/of urgent). Deze aanpak helpt ook bij het beheersen van de zorgkosten door waar het kan te behandelen in de eerste lijn en waar het moet gericht te verwijzen naar de specialist.

Vraag naar oogzorg neemt toe
Het aantal mensen met staar, glaucoom, maculadegeneratie en retinopathie stijgt naar boven de miljoen in 2030 in Nederland. De belangrijkste oorzaak is de vergrijzing. De toenemende vraag zorgt ervoor dat de toegankelijkheid van de oogzorg onder druk staat: er zijn momenteel lange wachttijden voor de oogarts.

Bij landelijke invoering van deze aanpak en positionering van de optometrist gaan er ongeveer 130.000 mensen niet meer ‘onnodig’ naar de oogarts en neemt de toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van de oogzorg toe. Bijkomend voordeel is dat de kosten van deze zorg dalen: zowel voor de zorgbranche als voor de patiënt zelf.



Nieuwe onderzoeksruimte optometrisch onderzoek bij Diagnostiek voor U
Foto: Bjorn Staps

Extra locatie om te dialyseren in Tongelre

Het Catharina Ziekenhuis heeft vanaf 17 juni een externe dialyselocatie. Nierpatiënten kunnen nu ook terecht aan de Tongelresestraat in Eindhoven.

Waarom het ziekenhuis dit doet, het plaatsen van twee dialysetoelen in dit gebouw in Tongelre? “Om meerdere redenen. Het is fijner voor de patiënt, met name uit de regio Geldrop. Die kan nu niet gedialyseerd worden bij het Anna Ziekenhuis. Deze locatie is dichterbij dan het Catharina Ziekenhuis. Dat scheelt bij zo’n intensieve behandeling veel reistijd”, legt afdelingsmanager Ivonne van de Meerakker-Hegge uit. “Het dialyseren op de externe locatie gebeurt in een meer huiselijke setting waardoor je niet het gevoel hebt dat je in een ziekenhuis bent. Veel patiënten vinden dat prettiger. En in zekere zin is het ook gewoon nodig, omdat thuisdialyse met hulp van een verpleegkundig maatschappelijk niet langer financieel haalbaar is.”

Een halve dag, drie keer per week

Dat laatste argument moet zeker even uitgelegd worden. “Vroeger kon 80 procent van de patiënten die thuisdialyse deden, dat zelfstandig, en 20 procent had hulp nodig van thuisdialyseorganisaties. Nu is dat

andersom”, aldus Van de Meerakker-Hegge. “Deze vorm van zorg is zo intensief en daarmee ook duur, dat dat niet langer kan. Bovendien liepen de wachtlijsten enorm op.”

“De complexe nierpatiënten blijven in het ziekenhuis komen, de laag-complexe, stabiele nierpatiënt kan naar de externe locatie. Idealiter hebben we over een aantal jaren meer van dit soort locaties. Dat de patiënt van de toekomst tegen die tijd het gebied ziet en kijkt waar hij/zij het liefst gedialyseerd wil worden.

Eigenzorgdialyse

En als je dan toch naar het toekomstplaatje kijkt, dan heeft Van de Meerakker-Hegge nog een grote wens. “Dat we dan op één van die locaties een stoel hebben waar mensen het helemaal zelf kunnen doen. En waar ze zichzelf kunnen indelen. Sinds afgelopen september hebben we in het ziekenhuis al een aparte kamer met twee stoelen. Eigenzorgdialyse noemen we dat. Je wordt opgeleid om het zelf te kunnen doen en je kunt je dialyseschema aanpassen aan je eigen agenda. Dat levert de patiënt het gevoel op de regie over zijn eigen leven weer terug te hebben.”



Artist impression van de externe dialyselocatie. Bron: Architecten aan de Maas

Vertaalmogelijkheid voor Catharina-website

Vanaf nu biedt het Catharina Ziekenhuis anderstalige patiënten en hun naasten de mogelijkheid om vrijwel alle informatie (inclusief patiëntenfolders) op onze website catharinaziekenhuis.nl in de taal van hun voorkeur te raadplegen.

Vertaaltool – Google Translate

Het Catharina Ziekenhuis maakt gebruik van Google Translate. Deze tool biedt de mogelijkheid om op ieder gewenst moment, op ieder apparaat (pc, laptop, tablet, smartphone) te vertalen in meer dan honderd andere talen. De Google Translate ‘vertaalknop’ vindt u bovenaan de website, te herkennen aan het volgende symbool:



Marie-Claire van Hek treedt aan als lid Raad van Bestuur Catharina Ziekenhuis

De Raad van Toezicht van het Catharina Ziekenhuis heeft drs. Marie-Claire van Hek RA benoemd tot lid Raad van Bestuur. Vanaf 1 juni 2024 vormen Marie-Claire van Hek en Nardo van der Meer samen de Raad van Bestuur van het Catharina Ziekenhuis.



Marie-Claire van Hek, lid Raad van Bestuur CZE

Van Hek (55) begon haar loopbaan als auditor bij KPN en accountant bij Deloitte. In 2002 maakte zij bewust de overstap naar de zorgsector waarna zij onder meer werkte bij het Elisabeth-TweeSteden Ziekenhuis en Stichting De Wever. Sinds 2019 werkt Van Hek bij Stichting AxionContinu groep als lid Raad van Bestuur.

Zelf zegt Van Hek over haar benoeming: “In de gesprekken die ik de afgelopen tijd in het Catharina Ziekenhuis voerde, heb ik een enorme onderlinge verbondenheid en gedrevenheid gezien. De mensgerichte benadering voor de patiënt van vandaag én morgen is voelbaar. Ik kijk er dan ook enorm naar uit om samen met de collega’s van het Catharina Ziekenhuis verder te bouwen aan de zorg van morgen van en voor de inwoners en zorgprofessionals in de Brainportregio.” Van Hek vervangt Geranne Engwirda, die per 1 januari 2024 startte als bestuursvoorzitter van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA).



Obesitaspatiënten zijn twee jaar na ingreep veel gezonder

Obesitaspatiënten die een maagverkleinende operatie hebben ondergaan, zijn twee jaar na de ingreep veel gezonder. Uit recent onderzoek in het Catharina Ziekenhuis blijkt dat de hartslag en ademhalingsfrequentie na 24 maanden significant zijn gedaald.

Het onderzoek, uitgevoerd door Simon Nienhuijs, bariatrisch chirurg en chirurg in opleiding Jai Scheerhoorn, is een vervolg op het uitvoeren van maagverkleinende operaties waarbij de patiënt op de dag van de ingreep alweer naar huis mag. Daarbij krijgt de patiënt een Healthdot opgeplakt die gezondheidsgegevens rechtstreeks

naar het ziekenhuis stuurt. “Twee jaar geleden maakten we voor het eerst gebruik van die zogenoemde slimme pleister. Daardoor hoeven patiënten geen nacht meer in het ziekenhuis te liggen ter observatie, maar kunnen ze meteen in alle rust thuis herstellen.”

Vierentwintiguursritme

Nu is bij tachtig patiënten die ruim twee jaar geleden geopereerd zijn, de Healthdot nog een keer opgeplakt en zijn hun hartslag en ademhalingsfrequentie opnieuw een week lang gemonitord. “Met de resultaten uit ons onderzoek kunnen we aantonen dat mensen door een gastric sleeve of gastric bypass echt gezonder zijn geworden. Dat lezen we af aan het vierentwintiguursritme van de patiënten. We stelden al eerder vast dat mensen die dertig procent minder gewicht hebben veel minder medicijnen nodig hebben. Dat is uiteraard ook een indicatie van gezondheidswinst. Dit nieuwe onderzoek bevestigt ons vermoeden nog een keer.”

Hartchirurgen versterken Traumacentrum voor letsel in hartstreek

Traumacentrum Brabant, onderdeel van het ETZ (Elisabeth-TweeSteden Ziekenhuis), speelt als een van de elf Nederlandse traumacentra een cruciale rol in de opvang en behandeling van ernstig gewonde patiënten. Om te zorgen voor adequate zorg bij acuut ernstig letsel aan het hart of de grote bloedvaten in de borstkas, heeft Traumacentrum Brabant samenwerkingsafspraken gemaakt met de vakgroep Cardiothoracale chirurgie van het Catharina Ziekenhuis.

Hartchirurgen van het Catharina Ziekenhuis staan de traumachirurgen van het ETZ voortaan bij als een patiënt bijvoorbeeld een messteek of schotwond in de hartstreek heeft. “Gelukkig komt dit zogenoemde scherp thoraxletsel



De samenwerking brengt de zorg voor traumapatiënten naar een nóg hoger niveau. Op de foto staan (v.l.n.r.) traumachirurg Stefan van Zutphen (ETZ), Nardo van der Meer (bestuursvoorzitter Catharina Ziekenhuis), Bart Berden (bestuursvoorzitter ETZ) en cardiothoracale chirurg Niels Verberkmoes (CZE).

zelden voor,” zegt ETZ-traumachirurg Stefan van Zutphen, “maar het is geruststellend te weten dat we nu bij dergelijk letsel heel gemakkelijk een beroep kunnen doen op onze collega’s in Eindhoven, die dagelijks in het hartgebied opereren. Door deze samenwerking is direct contact mogelijk, zodat de hartchirurgen acuut naar Tilburg kunnen komen om bijstand te verlenen.”

Geneesmiddelen beschikbaar houden: PharmaHelder ziet het licht

De bereidingsapotheek van het Catharina Ziekenhuis en Focus Care bundelen de krachten; onder de naam PharmaHelder gaan zij samenwerken om ervoor te zorgen dat geneesmiddelen toegankelijk en betaalbaar blijven.

Het tekort aan geneesmiddelen in Nederland bereikt een recordhoogte, wat leidt tot stijgende prijzen. Met dit nieuwe samenwerkingsverband streven beide partijen ernaar om deze problemen aan te pakken. “We willen de beschikbaarheid van noodzakelijke geneesmiddelen in de toekomst waarborgen, voor alle



Ralph van Wezel (links) en Maurits Haasnoot (midden), samen met Nardo van der Meer (rechts), voorzitter van de Raad van Bestuur van het Catharina Ziekenhuis.

ziekenhuizen”, zeggen Ralph van Wezel en Maurits Haasnoot, respectievelijk gevestigd ziekenhuisapotheker van het Catharina Ziekenhuis en de CEO/eigenaar van Focus Care. “Dit doen we door het registreren, produceren, verpakken en distribueren van ziekenhuisbereidingen tegen een eerlijke prijs.”

Hartpatiënten voortaan eerder betrokken bij vraag wanneer ze naar huis mogen

Auteur: Geert Piek, Afdeling Marketing & Communicatie
Catharina Ziekenhuis

Hartpatiënten worden in het Catharina Ziekenhuis voortaan eerder betrokken bij de voorwaarden van ontslag. Ze worden daardoor niet meer overvallen door de (eerdere) ontslagdatum. “Dit, in combinatie met het geoptimaliseerde logistieke proces, zorgt ervoor dat iedereen met een gerust hart naar huis gaat.”

Miriam Scheurwater, AIOS (arts in opleiding tot specialist) cardiologie en onderzoeker en cardioloog René Tio zijn zich ervan bewust dat een iets kortere opnameduur niet bij iedereen als muziek in de oren klinkt. “Maar het is beter om thuis te herstellen: je bent veel sneller mobiel doordat je niet de hele dag op bed ligt en je zelfredzaamheid gestimuleerd wordt”, legt Scheurwater uit. “Bovendien zweven er in je eigen huis minder ziektekiemen rond en voor de psychosociale support ben je niet gebonden aan de bezoeken.” Tio vult aan: “We besparen patiënten nu één opnamedag doordat het logistieke proces is geoptimaliseerd. En niemand gaat naar huis die niet naar huis kan.”

De kern van de betere stroomlijning: er wordt niet meer ’s middags verteld dat iemand dezelfde dag nog naar huis mag, maar er wordt een dag eerder al besproken op welke voorwaarden een patiënt de volgende dag het Catharina Ziekenhuis mag verlaten. “Dat gaat dan bijvoorbeeld om nog een bloedonderzoek of een labuitslag”, aldus Scheurwater. “Op die manier kan de patiënt beter wennen aan het idee dat hij of zij naar huis gaat. Vervolgens wordt achter de schermen het ontslag verder geregeld met bijvoorbeeld de apotheek.” Deze stap is een voorbeeld van het streven naar waardegedreven zorg: zorg die écht het verschil maakt voor een patiënt.

Groot effect

Een dashboard gemaakt door Medtronic, is van grote waarde bij de nieuwe werkwijze. Tio: “Daarin staat een overzicht van alle patiënten en wat ervoor nodig is om iemand met een gerust hart naar huis te kunnen laten gaan. Dat is een essentiële factor.” De twee zijn de eerste om te erkennen dat het een heel simpele stap is. “Maar wel eentje met groot effect. Voor de patiënt, de verpleging, maar wie naar het bredere plaatje kijkt, ook voor het ziekenhuis: de druk op de bedden zal zo minder worden. Daarom willen we dit duurzaam implementeren.”

De projectgroep die aan de basis van deze veranderingen staat, bestaat naast Scheurwater en Tio uit Janneke van Houtum (ad interim teamleider cardiologie), Sarah Dekker (gespecialiseerd regieverpleegkundige cardiologie), Niki van de Goorberg (gespecialiseerd regieverpleegkundige cardiologie), Kim Smulders (ANIOS cardiologie) en Wouter van Zwieten (Medtronic).



Niki van de Goorberg (links) en Sarah Dekker (beiden gespecialiseerd regieverpleegkundige cardiologie).

Vooruitzicht na acuut myocardinfarct voortaan nauwkeurig te voorspellen

Auteur: Geert Piek, Afdeling Marketing & Communicatie, Catharina Ziekenhuis

Wie krijgt na een acuut hartinfarct op termijn complicaties zoals hartfalen of heeft een grotere kans om te overlijden en wie juist niet? Dankzij een nieuwe meetmethode van de kleine bloedvaten, bedacht en onderzocht in het Catharina Ziekenhuis, is dit voortaan nauwkeurig te zeggen.

Het onderzoek van Rob Eerdeken, Mohamed El Farissi en Frederik Zimmermann werd dinsdag 14 mei 2024 gepubliceerd in het gerenommeerde Amerikaanse tijdschrift Journal of the American College of Cardiology (JACC). Dat gebeurde tegelijkertijd met de onderzoekspresentatie op het EuroPCR congres in Parijs. Hun bevindingen in het kort: hoewel de zorg van het hartinfarct de laatste decennia sterk verbeterd is, ontwikkelt een deel van de patiënten hartfalen of overlijdt binnen enkele jaren. Voorspellen welke patiënten dit soort gevaarlijke complicaties op termijn ontwikkelen, is erg

moelijk. De nieuw toegepaste meetmethode, een zogeheten MRR-meting (afgekort van Microvascular Resistance Reserve), waarbij de functie van de kleine bloedvaten van het hart specifiek te onderzoeken is, maakt dat anders.

Daarmee is dit een essentiële stap om deze gevaarlijke complicaties voor te blijven.

Kleine bloedvaten spelen cruciale rol

“De MRR-meting bleek nauwkeurig te kunnen voorspellen welke patiënten complicaties ontwikkelen en daardoor ook welke patiënten juist een goede uitkomst hebben. Daarmee is dit een essentiële stap om deze gevaarlijke complicaties voor te blijven”, zegt cardioloog in opleiding en onderzoeker Eerdeken. De MRR-meting werd in 2020 ontwikkeld door cardioloog Nico Pijls, ook verbonden aan het Catharina Ziekenhuis.

El Farissi, cardioloog en onderzoeker, vervolgt: “De kleine bloedvaten van het hart raken aangetast tijdens een hartinfarct en spelen een cruciale rol in het ontwikkelen van

latere complicaties. Bestaande meetmethoden van de kleine bloedvaten worden beïnvloed door afwijkingen in de grote bloedvaten en kunnen zo een vertoebeld beeld geven. Een MRR-meting wordt met een druk- en temperatuursensor in de kransslagader uitgevoerd en onderzoekt specifiek de functie van de kleine bloedvaten. Het mooie is dat het een relatief eenvoudige meting is die wereldwijd te gebruiken is.”

Een belangrijke vervolgstap is nu om te onderzoeken of patiënten met een afwijkende MRR-meting baat hebben bij aanvullende behandelingen om de prognose te verbeteren.

Stanford en Oxford

De onderzoekers leidden het onderzoek met zes internationale onderzoeksgroepen – onder meer het gerenommeerde Stanford en Oxford deden mee, alsook het Radboudumc – en volgden 446 patiënten na een hartinfarct meerdere jaren. “We hebben absoluut de hoop dat we door deze studie op termijn mensenlevens kunnen redden”, zegt cardioloog Zimmermann, sinds februari ook verbonden aan het St. Antonius Ziekenhuis in Nieuwegein. “We weten nu beter welke patiënt vanaf het begin extra aandacht nodig heeft. Een belangrijke vervolgstap is nu om te onderzoeken of patiënten met een afwijkende MRR-meting baat hebben bij aanvullende behandelingen om de prognose te verbeteren.”

Nieuwe studies zullen zich voortaan waarschijnlijk meer gaan richten op de kleine bloedvaten, zo denkt Eerdeken. “De dotterbehandeling vindt plaats in een groter bloedvat, de kransslagader. Het afgesloten bloedvat wordt daarbij opengemaakt en het probleem is vaak relatief simpel te verhelpen. Daar zijn we heel goed en snel in, het hele systeem van onze gezondheidszorg is daarop ingesteld. Maar nu zien we dus een tweede probleem, mede dankzij de MRR-meting: de kleine bloedvaten en de staat ervan.”

El Farissi besluit: “Daar bestaan nog geen effectieve therapieën voor, als die er slecht aan toe zijn na een hartinfarct. Als het lukt om dat te verhelpen, dan is het écht baanbrekend.”



Artikel JACC



V.l.n.r.: Frederik Zimmermann, Rob Eerdeken en Mohamed El Farissi tijdens het congres in Parijs.

Pim Tonino benoemd tot hoogleraar

Auteur: Geert Piek, Afdeling Marketing & Communicatie
Catharina Ziekenhuis

Mooi nieuws voor het Catharina Ziekenhuis en interventie-cardioloog Pim Tonino; de medisch specialist is benoemd tot hoogleraar aan de faculteit Biomedical Engineering van de Technische Universiteit Eindhoven (TU/e).

De leerstoel van de cardioloog heet Medical Engineering in Interventional Technology. Kort samengevat: minimaal invasieve ingrepen aan het hart met catheters waarbij veel technologie komt kijken.

Een prachtig voorbeeld van hoe de techniek van de TU/e en de hoogspecialistische hartzorg van het Catharina Ziekenhuis elkaar vinden.

In Eindhoven de wereld veranderd

Tonino neemt de belangrijkste 'poten' van het onderzoek graag door. "In 2009 is in het Hartcentrum van het

Catharina Ziekenhuis een dottermethode ontwikkeld. De baanbrekende resultaten werden gepubliceerd in het vooraanstaande medische tijdschrift the New England Journal of Medicine. Dat gebeurde onder leiding van cardioloog Nico Pijls, onder wie ik een jaar later cum laude promoveerde aan de Technische Universiteit Eindhoven. De kern van deze toen nieuwe techniek: cardiologen kunnen dankzij drukmetingen in de kransslagader nauwkeurig in kaart brengen of een kransslagadervernauwing de bloedstroom naar de hartspier hindert. Ook wordt duidelijk of er door de vernauwing sprake is van zuurstofgebrek en – in geval van meerdere vernauwingen – welke de boosdoener is.

Zo bepalen we of we bij het dotteren een stent moeten plaatsen. In Eindhoven hebben we hiermee – dankzij dertig jaar onderzoek – de wereld veranderd. En daarmee gaan we verder, met nóg betere en geavanceerdere meetmethodes: niet alleen met druksensoren maar ook met miniatuur temperatuursensoren. Daarmee kunnen we ook weerstanden meten in het hart om bijvoorbeeld ziekten in de kleine bloedvaatjes te ontdekken die wij op

het oog niet zien." Zie artikel op pagina 22.

Kun je Tonino hierdoor zien als de opvolger van de gepensioneerde en gerenommeerde Pijls, die eenzelfde soort leerstoel had aan de TU/e? "Voor een deel is het voortzetten van werk dat we samen al deden, maar met de opgedane kennis hebben we nu bijvoorbeeld ook een nieuwe technologie ontwikkeld met drukmetingen en sensoren. Daarmee kunnen we bij mensen met een niet-ernstige aortaklepvernauwing bepalen of je wel of geen interventie moet doen. Het lijkt eigenlijk best veel op die techniek voor bij het dotteren, maar dan dus in de aortaklep in plaats van in de kransslagaderen. We zitten nu middenin dit proces: het is ontwikkeld en gevalideerd, mede met hulp van het lab van de TU/e. Momenteel zit er ook een promovendus in Houston, Texas. Hij deed samen met een collega van mij elf varkensexperimenten en is nu bezig met een grote patiëntgerelateerde studie."

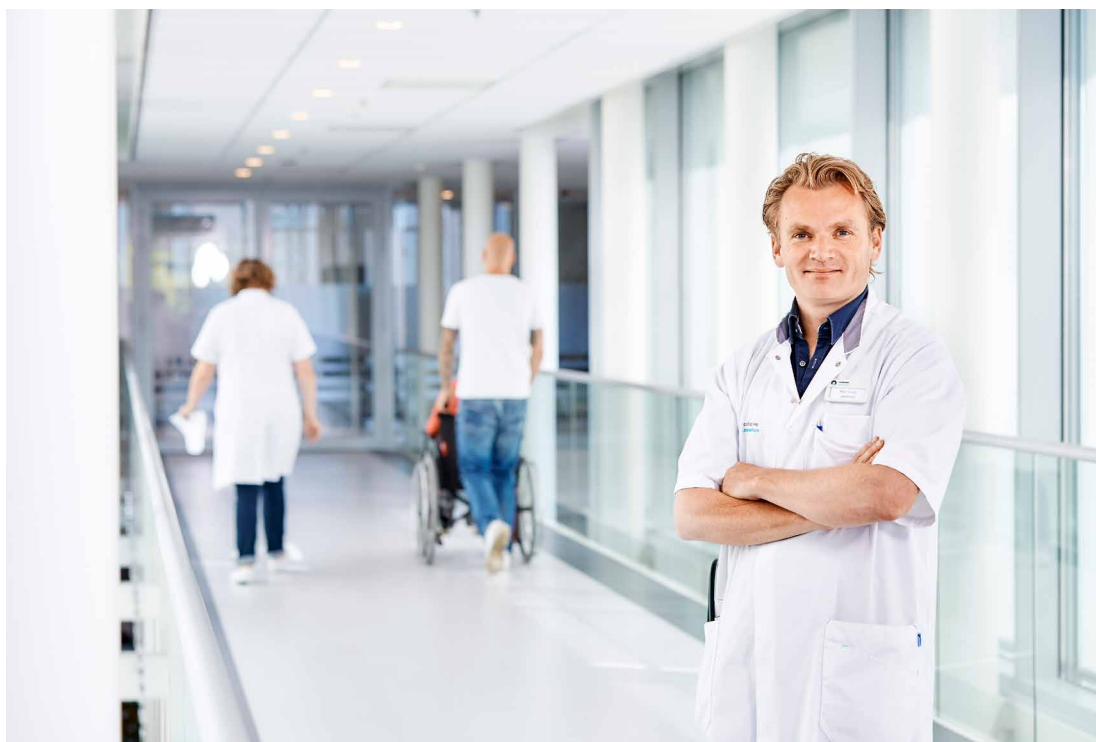
En de interventie-cardioloog wil graag nog een belangrijke onderzoekslijn benoemen: kunstmatige intelligentie. "Dat is nogal een containerbegrip, dat klopt. Wat ik concreet bedoel, is het verbeteren van processen met grote hoeveelheden data. Een mooie ontwikkeling is bijvoorbeeld een toepassing van het simpele ECG. Daar maken we er jaarlijks, alleen al in het Catharina Ziekenhuis, meer dan 10.000 van. We kunnen straks, zo lijkt het, daarmee gaan voorspellen of iemand hartfalen heeft. We hebben het ECG namelijk op grote schaal gekoppeld aan een bloedtestje dat hartfalen ontdekt. Als we dat daadwerkelijk bereiken, dan zou een gedeelte van die zorg dus naar de huisarts kunnen. Die weet dan heel goed wanneer hij de patiënt bij kortademigheid door moet sturen of niet. Dat zou zorgen voor minder zorgkosten en minder mensen die onnodig naar het ziekenhuis komen."

Benoeming is eervol

Tonino gaat een dag in de week op de universiteit werken. Voor het grootste deel bestaat die dag uit onderzoek, maar ook deels uit het geven van colleges. "De titel en functie zijn een belangrijk instrument om het onderzoek naar een hoger plan te trekken. Het zorgt voor een intensievere samenwerking met de TU/e, het opent deuren en het geeft de onderzoeker de tijd voor het bedenken van nieuw onderzoek en het aanvragen van subsidies."

Tonino is de negentiende hoogleraar van het Catharina Ziekenhuis. Met name de laatste jaren gaat het hard op dat vlak. Sinds 2017 is het aantal hoogleraren verbonden aan het ziekenhuis meer dan verdubbeld: van 9 naar 19. Volgens de cardioloog is dat geen toeval. "Daarvoor is hier het juiste klimaat geschapen. Je voelt dat wetenschappelijk onderzoek om de zorg te verbeteren echt belangrijk wordt gevonden. En dus ook gestimuleerd. Het is mooi dat we met samenwerkingsverbanden als met de TU/e en andere universiteiten hard aan de weg aan het timmeren zijn."

Het overzicht van de hoogleraren is te raadplegen via deze QR code



Pim Tonino. Foto: Wim Hollemans

Polikliniek familiale tumoren biedt zorg en kennis over erfelijke kankers

Door: Dirk van Hunsel, Afdeling Marketing & Communicatie
Catharina Ziekenhuis

Het Catharina Kanker Instituut beschikt sinds kort over een polikliniek familiale tumoren. Deze polikliniek richt zich op de diagnose, behandeling en begeleiding van patiënten met een verhoogd risico op borstkanker, baarmoederkanker, eierstokkanker en darmkanker door een erfelijke afwijking.

De oorzaak van kanker is in de meeste gevallen onbekend, bij ongeveer vijf tot tien procent van de mensen is een erfelijke aanleg de belangrijkste oorzaak. Mensen met een erfelijke aanleg krijgen vaak het advies om intensieve controles of soms een preventieve operatie te ondergaan.

Hiervoor kunnen patiënten nu dus terecht op een nieuwe multidisciplinaire polikliniek in het Catharina Ziekenhuis. Zo willen chirurg Robert-Jan Schipper en gynaecologisch-oncoloog Jurgen Piek een einde maken aan de versnippering van zorg op dit gebied. “Patiënten die doorverwezen worden, komen nu soms drie of vier keer in een jaar in het ziekenhuis om verschillende artsen te zien. Dat kan anders”, zegt Schipper. “Bovendien verandert de kennis op dit gebied razendsnel. Richtlijnen lopen daardoor vaak achter en patiënten willen graag weten of ze een verhoogd risico hebben, en wat hun opties zijn. Zij hebben het liefst zo snel mogelijk duidelijkheid.”

“Wij bespreken die patiënten in een team van artsen: een gynaecologisch-oncoloog, een chirurg, een psycholoog, een plastisch chirurg, een maag-darm-lever-arts en een klinisch geneticus. Zo kun je voor iedere patiënt met een pasklaar antwoord komen en adviseren welke onderzoeken of behandelingen nodig zijn”, zegt Piek.

Het doel van de polikliniek is om mensen te helpen hun risico op kanker beter te begrijpen en hen te begeleiden bij het nemen van beslissingen over gezondheid en

eventuele behandelopties. “We zien best vaak patiënten die een suboptimale behandeling hebben gekregen, omdat niet alle informatie voorhanden was”, zegt Piek. “Door met een groot team van specialisten te werken, heb je die kennis wel in huis.”

Piek: “En niet alleen voor patiënten, ook voor huisartsen willen we een duidelijke voordeur hebben waar ze vragen kunnen stellen. Uiteindelijk willen we naar een polikliniek toe waar mensen de intake van de klinische genetica krijgen, de uitslag en de behandeling, zodat voor de patiënt alles op één plek zit.”

Schipper: “Door deze polikliniek waarborgen we kwaliteit. We werken samen met het Radboud Universitair Medisch Centrum in Nijmegen en het Maastricht UMC+. Een klinisch geneticus uit die ziekenhuizen sluit bij elk overleg aan. Zo zorgen we voor een kennishub. Voor patiënten is het prettiger want die kunnen bij ons terecht en hoeven niet naar Nijmegen of Maastricht en voor de huisarts is het nu praktischer om naar ons door te verwijzen.”

Rechtstreeks doorverwijzen

Huisartsen kunnen rechteerks doorverwijzen naar de polikliniek familiale tumoren voor begeleiding van patiënten met een genetische mutatie geassocieerd met borstkanker, baarmoederkanker, eierstokkanker en/of darmkanker.



Deel van de deelnemers aan de multidisciplinaire polikliniek

Column

DIE ENE PATIËNT

We zijn een nieuwe rubriek gestart. Heb jij een casus die je bijgebleven is en die je met je collega's wilt delen? Laat het ons weten, misschien staat jouw inzending hier volgende keer?! Het is extra leuk als het een casus is die eerste- én tweedelij raakt, in lijn met de doelstellingen van HaCa(Spect).

Voor de nieuwe rubriek ‘die ene patiënt’ moest ik toch wel even nadenken. Inmiddels heb ik, sinds ik als arts werk, al vele patiënten voorbij zien komen en zijn er genoeg die me bij gebleven zijn. Sommige casuïstiek zwaarder dan andere. Ik heb er voor gekozen om met iets luchtigs te beginnen. De patiënt waar ik over schrijf, is een dame die ik jaren geleden als AIOS Interne geneeskunde op de Spoedeisende hulp zag. Het was in de tijd dat je op de Spoedeisende hulp als arts-assistent Interne alles zag, wat (nog) niet onder een ander specialisme viel. Zo ook deze patiënte met klachten van pijn op de borst.

Een klacht die ik, ook nu nog als huisarts, soms best lastig vind. Mede ook omdat de patiënt vaak ongerust is over deze klacht. Na uitgebreide anamnese, lichamelijk onderzoek en een heleboel aanvullende diagnostiek, kwam ik tot de conclusie dat ik geen aanwijzingen had voor ernstige pathologie. Zo besprak ik dit ook met mijn supervisor. Maar hoe ging ik dit nu aan de patiënte vertellen? Waarschijnlijk is ze met dit antwoord niet tevreden. Om mijn boodschap met meer overtuiging te

kunnen overbrengen, ben ik teruggegaan met een van de verpleegkundigen. Ik vertelde haar dat ik na alle onderzoeken geen aanwijzingen had dat er iets met haar hart of longen was en dat het waarschijnlijk spier gerelateerd was. Daarop reageerde ze niet boos of ontevreden, maar vroeg of een ‘pittenzak’ zou kunnen helpen. Ik antwoordde snel, dat dat zeker het geval was en was verrast dat het zo makkelijk kan zijn. Tevreden ging ze naar huis. Met de verpleegkundige heb ik het ook nadien nog lang gehad over een ‘pittenzak’ als therapeutische optie.

Als ik nu terugkijk, denk ik dat ik de hulpvraag niet duidelijk voor ogen had. Ik ben ervan uitgegaan dat ze ontevreden zou zijn met mijn antwoord, terwijl ze waarschijnlijk alleen maar gerustgesteld wilde worden. Dit is iets waar we als huisarts dagelijks mee bezig zijn. Als huisartsbegeleider bij de huisartsopleiding is dit iets waar we bij AIOS steeds op hameren: Waarom komt deze patiënt nu en wat wil hij of zij van je? Voordeel hiervan is dat je de patiënt gerichter kan helpen, er vaak meer tevredenheid is en je het voor jezelf als arts in veel gevallen dus niet moeilijker moet maken dan het is.

Nienke de Haan, waarnemend huisarts/docent
huisartsenopleiding Maastricht

Onderwijsagenda

2024: 1 oktober, 15 oktober, 19 november, 17 december.

Tijd 17.45 – 19.45 uur

Bedside teaching

Het doel van deze nascholing is deskundigheidsbevordering van huisartsen en het verbeteren van de communicatie en afstemming tussen de eerste en tweede lijn. Onderwerpen worden zowel door huisartsen als specialisten aangedragen. Specialisten verzorgen deze nascholing aan de hand van casuïstiek en na voorbereiding met de huisartscoördinator.

Op de website van HaCa

www.catharinaziekenhuis.nl/haca is te zien over welke onderwerpen scholingen verzorgd worden en kan aangemeld worden.



15 t/m 18 januari 2025 in Willingen, Sauerland

OverEINDse dagen

Jaarlijkse werkconferentie van huisartsen en specialisten georganiseerd door de stichting OverEIND. De conferentie heeft als doel de afstand tussen huisartsen en specialisten te verkleinen en de samenwerking te bevorderen.

Vaak leiden deze workshops uiteindelijk tot (Regionale) Transmurale Afspraken. Inschrijving mogelijk in september/oktober 2024.

Reserveer de data vast.