

HaCaSpect



4 Rhinosinusitis in breder perspecief

6 Interview met straatdokter

17 Paramedisch platform Brainport gestart

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, december 2024

Nummer 45

Voorwoord

Beste HaCaSpect lezers,

Voor u ligt een nieuw exemplaar van HaCaSpect, Een editie met diverse artikelen over de uitdagingen en oplossingen die het veranderende zorglandschap ook in onze regio met zich meebrengt. Het is vast geen toeval dat de term ‘Brainport Regio’ veelvuldig voorkomt. Marie-Claire van Hek, lid van de Raad van Bestuur van het Catharina Ziekenhuis vertelt o.a. over het belang van samenwerking in de regio. Dit belang benadrukt ook cardioloog Pepijn van der Voort, die afscheid neemt als aanspreekpunt voor samenwerkingsvraagstukken van de medische staf van het Catharina Ziekenhuis. In dit nummer ook aandacht voor verschillende technologische ontwikkelingen. Een nieuwe MRI, een digitale assistent in de vorm van een hologram, digitale meekijkconsulten en technologische vernieuwingen bij de TAVI- procedure. Vernieuwingen waar we als zorgverleners in de regio trots op mogen zijn. Sommige ontwikkelingen zijn nog niet bij iedereen goed geïntegreerd. Zo is dit een menselijk geschreven voorwoord waarbij pas na afronding het besef kwam dat de inzet van Chat-GTP tijd had kunnen besparen. Uitdagingen in de zorg vragen naast technologische ook om menselijke oplossingen. Zoals de gesprekken over proactieve zorgplanning en het belang van betere zorg voor de grote groep patiënten met apathie. Straatdokter Peter Meulenstein geeft ons een mooi inkijkje in zijn werkzaamheden en de leefomstandigheden van het toegenomen aantal dak- en thuislozen in de regio.

We wensen u veel leesplezier met deze editie.
Fijne feestdagen en een mooi 2025!

Redactie HaCaSpect

Inhoud

pagina 4-5

Rhinosinusitis in breder perspectief

pagina 6-7

Interview met straatdokter Peter Meulenstein

pagina 8-9

Een stap vooruit voor mensen met apathie

pagina 10-11

Afscheid Pepijn van der Voort als contactpersoon vanuit de medische staf voor verwijzers

pagina 12

Proactieve zorgplanning

pagina 13

Hologram-assistent helpt patiënt in apotheek

pagina 15

Paramedisch platform Brainport gestart

pagina 16-17

Leren van digitale consultaties

pagina 18-19

Interview Marie-Claire van Hek, lid Raad van Bestuur Catharina Ziekenhuis

pagina 20-21

Nieuwe MRI-scanners: dit zijn de voordelen voor de patiënt

pagina 22

Met AI-spraakherkenning meer tijd voor de patiënt

pagina 23

Zo helpt een slimme draad bij snellere en veiligere hartoperaties

pagina 24

Die ene patiënt – een kijkje achter de voordeur

HaCaSpect is een uitgave van HaCa en wordt gratis verspreid medisch specialisten, arts-assistenten en de adherente huisartsen 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 Hoebe, 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** Sterdesign.nl **Drukwerk** Drukkerij Snep BV. Oplage: 670 stuks **Redactieadres:** HaCaSpect, Postbus 1350, 5602 ZA Eindhoven, e-mail: infohaca@catharinaziekenhuis.nl

Rhinosinusitis in breder perspectief

Auteurs: Birgit van Lieshout (Mond, Kaak- en Aangezichts (MKA) chirurg), Justin Pijpe (MKA-chirurg) en Maarten Tabor (KNO-arts)

De huisarts en KNO-arts zien regelmatig patiënten met de diagnose rhinosinusitis op hun spreekuur. In de meeste gevallen voeren we expectatief beleid. De NHG-standaard geeft aan dat zowel een virale als een bacteriële rhinosinusitis vrijwel altijd vanzelf geneest. Meestal kan een expectatief beleid worden gevoerd, waarbij de klachten vaak na enkele dagen tot een week spontaan afnemen. Complicaties zijn zeer zeldzaam. Toch willen wij graag in dit artikel de minder voorkomende dentogene oorzaken van een rhinosinusitis en de samenwerking hierbij tussen de MKA-chirurg en andere specialismen bespreken.

Casuspresentatie

Patiënt, een 70-jarige patiënt met een cardiale voorgeschiedenis nam contact op met zijn huisarts in verband met druk op het voorhoofd net boven zijn ogen. Hij heeft hierbij geen koorts, is niet verkouden, heeft niet gebrakt en is niet misselijk en patiënt heeft geen klachten van zijn visus. Patiënt gebruikte reeds zoutoplossing neusspray en paracetamol en de huisarts adviseerde te starten met fluticason neusspray. Dit geeft echter geen verlichting van zijn klachten en patiënt neemt meermaals contact op met de huisarts. Patiënt geeft aan 'barstende hoofdpijn' rechts boven zijn oog te hebben. Patiënt kreeg een kuur amoxicilline 500mg 3dd1 voor een week en kreeg het advies een week ibuprofen 400mg 3dd1 te gebruiken. De klachten verbeteren minimaal en patiënt geeft nu ook aan reukverlies te ervaren. Vijf

weken na het ontstaan van zijn eerste klachten wordt besloten een conventionele röntgenfoto te maken van de sinus maxillaris. Op de röntgenfoto is aan de rechterzijde te zien dat er een gesluierde sinus maxillaris is. Patiënt kreeg een kuur doxycycline 100mg 1dd1 (de eerste dag opstarten met 200mg) voor een week en werd voor zijn hoofdpijnklaachten met daarbij traanogen en reukverlies, naar de neuroloog verwezen.

Tijdens het consult bij de neuroloog heeft patiënt reeds drie maanden klachten van hoofdpijn bij het voorhoofd. Het drukkende gevoel is rechts meer uitgesproken en continu aanwezig. Tijdens dit consult geeft patiënt voor de eerste keer aan dat hij al maandenlang verkouden is en groen-gelige snot heeft. Ook is hij bij de mondhygiënist geweest waarbij een fistel bij de kies rechtsboven was gezien. Een bezoek aan de tandarts zal volgen. Patiënt werd via de neurologie naar de KNO-arts verwezen. Tevens kreeg patiënt na consult, via de tandarts een verwijzing om element 16 (kies rechtsboven) te laten verwijderen. Ook het consult bij de KNO wees op een focus van de unilaterale sinusitis maxillaris rechts, wat de drukkende hoofdpijn rechts goed kan verklaren. Element 16 werd bij de afdeling MKA-chirurgie verwijderd en drainage van de pus kon plaatsvinden via de extractiealveole. Een CT enkele weken later laat zien dat er weer luchthoudende sinus maxillaris aanwezig zijn. Patiënt is klachtenvrij.



Deze afbeelding laat de orthopantomogram zien van de patiënt uit onze casus. De cirkel laat de nauwe relatie zien van de wortels van de (pre)molaren met de sinus maxillaris rechts. Het vierkant laat een ontsteking aan de wortelpunt zien van een voortand welke niet in verbinding staat met de sinus maxillaris. (Patiënt geeft goedkeuring voor gebruik van zijn gegevens).

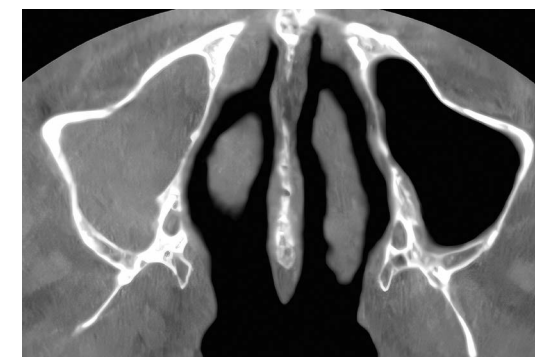
Bespreking

Bij unilaterale rhinosinusitis kunnen meerdere oorzaken worden overwogen, zoals een eenzijdige obstructie door bijvoorbeeld een papilloom of neoplasma. Daarnaast heeft 40% van de unilaterale sinusitis maxillaris een dentale oorzaak. Laagdrempelige verwijzing naar de tandarts kan zeer belangrijk zijn voor de diagnostiek.

De wortels van de premolaren en molaren in de bovenkaak staan vaak in nauwe verbinding met de bodem van de sinus maxillaris (zie afbeelding 1). In onze casus is door cariës profunda in element 16 een necrotische pulpitis ontstaan met een ontsteking aan de wortelpunt. Vanuit deze apicale ontsteking is de infectie doorgebroken naar de sinus maxillaris, waarna een unilaterale sinusitis is ontstaan (zie afbeelding 2). Een infectie rond de tandwortelpunt kan chronisch en sluimerend aanwezig zijn, zonder evidente klinische symptomen. Daarom is het belangrijk dentale klachten en behandelingen in het verleden uit te vragen en in kaart te brengen. Een unilaterale sinusitis maxillaris is een reden om de MKA-chirurg of tandarts te consulteren om een dentogeen focus uit te sluiten.

Concluderend

De incidentie van rhinosinusitis in de huisartsenpraktijk wordt geschat op 30 per 1000 patiënten per jaar terwijl de kans op een complicatie geschat wordt op 1 per 96.000 patiënten. Hierbij moet worden gedacht aan (peri)orbitale cellulitis of abces, etmoïditis, osteomyelitis frontalis, hersenabces, meningitis en caverneuze sinustrombose. Ondanks de meestal goede afloop benadrukken we in dit artikel oplettend te blijven bij een unilaterale sinusitis. Door een tijdige diagnose en behandeling kunnen ernstige complicaties en een langdurig ziektebeloop worden voorkomen. Hierbij is een goede samenwerking tussen huisarts, tandarts, KNO-arts en MKA-chirurg onontbeerlijk.



Links op de afbeelding zie je de gesluierde sinus maxillaris en rechts de luchthoudende sinus maxillaris waardoor gesproken kan worden van een unilaterale sinusitis van de sinus maxillaris rechts.

Interview met straatdokter Peter Meulenstein

Door Nienke de Haan, huisarts en redactielid

Wat is een straatdokter?

Onder het begrip straatdokter worden alle zorgprofessionals verstaan, die huisartsenzorg leveren aan dak- en thuislozen. Dit zijn verpleegkundigen, artsen en andere zorgexperts.

Waar bestaat jouw team uit?

Op dit moment zijn er drie huisartsen, vijf verpleegkundig specialisten (waarvan twee in opleiding), vier basisartsen, vijf praktijkondersteuners GGZ, vijf praktijkondersteuners somatiek en 12 assistentes werkzaam. Deze leveren allen zorg op verschillende locaties in Eindhoven.

Waarom ben je gestart als straatdokter?

Ik ben zeventien jaar geleden begonnen als straatdokter in Eindhoven. Op dat moment was ik werkzaam als huisarts in een achterstandswijk. Er was in die tijd een verpleegkundig specialist werkzaam bij mij, die eerder bij Novadic had gewerkt. Zij vroeg zich af hoe het in Eindhoven geregeld was voor dak- en thuislozen. Via de GGD is toen een verkennend onderzoek gedaan en er bleek weinig geregeld te zijn voor deze doelgroep. Er waren toen ruim 1500 dak- en thuislozen (red: naar verwachting zijn dit er nu ongeveer 3000). Ik ben vanaf dat moment huisartsenzorg gaan verlenen aan deze groep mensen. We zijn langzaam begonnen om op verschillende plekken in de stad spreekuur te houden. Mijn overtuiging is dat iedereen recht heeft op zorg, of je nu wel of niet rechthebbend bent in Nederland.

Wat zijn successen?

Wat ik het mooie vind aan het vak is dat je echt iets kunt betekenen voor mensen die in de knel zitten. Zo is er een keer een patiënt geweest met uitbehandelde alveeskliekkanker, waar we een hospiceplek voor hebben kunnen regelen. Daardoor heeft hij toch een menswaardig einde gekregen. Dit zijn situaties die we meerdere keren per jaar tegenkomen. Ik ben trots op het feit dat we in de afgelopen zeventien jaar de zorg voor deze doelgroep goed hebben kunnen



regelen in Eindhoven. Partijen weten elkaar inmiddels goed te vinden. Er zijn meerdere locaties, die er netjes uitzien. Dit is vooral te danken aan Stichting Springplank die verantwoordelijk is voor de huisvesting. Tevens hebben we model gestaan voor veel andere Brabantse steden, Nijmegen en steden in Limburg.

Welke moeilijkheden kom je tegen?

Het gaat om complexe zorg. Dat geldt voor de medische vraagstukken, maar ook voor bijvoorbeeld de verschillende regelingen die gelden. Dit maakt dat het vaak ook veel tijd kost. In deze regio is bijvoorbeeld de verslavingszorg en psychiatrische zorg niet toegankelijk voor mensen die niet verzekerd zijn. Deze problematiek komt veel voor bij onze doelgroep en dat vraagt veel van ons. Wat verder bijvoorbeeld lastig is, is de prostitutiezorg in Eindhoven. Er is een plek in Eindhoven waar prostitutie wordt gedoogd, maar in verband met de veiligheid is het niet mogelijk hier bijvoorbeeld een spreekuur in te richten. Verder is het zo dat in Nederland een grote groep mensen verblijft die uitgedoogd zijn, maar niet vertrekken en in de illegaliteit terechtkomen. Wat hierbij vooral wringt, is het Nederlandse systeem, waarbij er geen consequenties zijn na een rechterlijke uitspraak. Door nieuwe politieke stromingen veranderen regels, o.a. het verdwijnen van de bed-bad-broodregeling.

Het is maar de vraag of gemeentes dit gaan overnemen of dat mensen op straat belanden. De verwachting is dat de gemeente Eindhoven dit wel op zich gaat nemen.

Hoe is afstemming met andere huisartsen over deze complexe zorg?

Er is weinig afstemming met de huisartsen in de regio. Ik hoop dan ook dat het in de toekomst gaat verbeteren. In principe kan een dak- of thuisloze patiënt bij elke praktijk ingeschreven worden, want de CAK-regelingen zijn ook dan van toepassing. Dit gebeurt echter weinig. Ik merkte dit bijvoorbeeld toen de zorg geregeld moest gaan worden voor een grote groep Oekraïners.

Hoe verloopt de samenwerking met de tweede lijn?

De afstemming met de tweede lijn loopt goed in de regio. Als we een zorgvraag hebben voor het ziekenhuis is dat nooit een probleem. Vanuit de tweede lijn is er ook een laagdrempelig contact met ons. Als een dakloze patiënt wordt opgenomen, nemen zij vrijwel altijd contact met ons op. Dit gebeurt ook bij eventueel ontslag.

Heb je tips voor andere huisartsen en medisch specialisten in de omgang met deze groep?

Als je met deze groep mensen in contact komt en je wilt ze helpen, is het belangrijk ze wegwijs te maken in bijvoorbeeld de financiële afhandeling en ze te verwijzen naar één van de opvanglocaties. Wellicht dat scholing hierbij zou kunnen helpen*. Ik sta hier in ieder geval voor open. Bij voldoende interesse organiseert HaCa dit graag.

Heb je ideeën over preventie van medische aandoeningen bij deze groep?

Preventie is heel lastig in deze groep. Op het moment dat patiënten een diagnose hebben, zoals diabetes, proberen we wel te regelen om chronische zorg, zoals ook geleverd door de zorggroepen, op te zetten. Het loopt dan via ketens buiten die zorggroepen. Een belemmering is vaak de therapietrouw, maar ook of mensen bijvoorbeeld op hun afspraak komen. Verder is de zorg vooral reactief en echte preventie is niet haalbaar. Een wens zou zijn om met behulp van de GGD nieuwe mensen in te kaarten, maar dat is tot op heden nog niet haalbaar.

In de ziekenhuizen geeft deze groep problemen bij de uitstroom, heb je daar tips voor?

Als mensen opvang nodig hebben en het gaat om huisvesting kun je contact opnemen met Stichting Springplank en met het regieteam van de gemeente Eindhoven. Deze twee instanties zijn hierin leidend. Als de opvanglocaties vol zijn, ben je afhankelijk van de bereidheid van reguliere zorginstanties om voor deze doelgroep een bed ter beschikking te stellen.

Casus

Een recente succesvolle casus betrof een man, al jaren bekend bij verschillende opvanglocaties en verslaafd. Op een bepaald moment is hij opgenomen in verband met een collumfractuur na een val. Door zijn slechte gezondheidstoestand was opereren niet mogelijk en is hij ontslagen met palliatieve indicatie naar een eerstelijnsverblijf. Daar is hij door goede zorg goed opgeknapt. Daardoor kan hij nu wel worden geopereerd en kan hij waarschijnlijk gaan revalideren. Dit moet allemaal nog geregeld worden, maar je ziet dat door goede zorg er toch meer mogelijk is dan aanvankelijk gedacht. Dat is mooi!

Straatdokter Nederland zijn sinds een aantal jaar met elkaar verbonden in de NSG, Nederlandse Straatdoktergroep. Zij werken op verschillende niveaus samen met elkaar. Bijvoorbeeld op inhoudelijk niveau, maar ook op het gebied van scholing.

Via CAK-regelingen
<https://www.hetcak.nl/regelingen/>
voor vreemdelingen en voor CAK-regelingen voor Europeanen zijn subsidies te krijgen.



Meer informatie vindt u op <https://straatdokter.nl/>

* Als u interesse heeft in een scholing hierover, geef dat dan door aan infohaca@catharinaziekenhuis.nl

Een stap vooruit voor mensen met apathie in het verpleeghuis

Door: Hanneke Nijsten

Klinisch neuropsycholoog bij Archipel Zorggroep Hanneke Nijsten is op 26 maart gepromoveerd op haar proefschrift 'Apathy in persons living in nursing homes: moving forward. Consequences, identification and management'.

Ongeveer de helft van de mensen die in een verpleeghuis woont en dementie heeft, krijgt er mee te maken: apathie. Mensen met apathie verliezen initiatief en interesse in bijvoorbeeld activiteiten en sociaal contact, utoiten minder emoties en gedragen zich minder spontaan. Dit kan invloed hebben op de zelfstandigheid, gezondheid, het risico op overlijden en welbevinden. Hanneke Nijsten, klinisch neuropsycholoog bij Archipel en promovenda, verdiept zich sinds 2017 in apathie bij mensen in het verpleeghuis. Recentelijk rondde ze haar proefschrift af, onderstaand deelt ze resultaten uit haar proefschrift.

Samen in Actie Bij Apathie (SABA)

In haar proefschrift presenteert Hanneke Nijsten resultaten van het onderzoek naar de relatie tussen apathie en het risico op overlijden en de relatie tussen apathie en kwaliteit van leven. Daarnaast is gekeken hoe mensen met dementie, hun naasten en zorgverleners apathie herkennen en hanteren. Ook worden resultaten gepresenteerd van een onderzoek naar de ontwikkeling en evaluatie van de interventie Samen in Actie Bij Apathie (SABA). SABA bestaat uit een werkwijze en praktische materialen om het opmerken, onderzoeken en onderbreken van apathie bij mensen met dementie in het verpleeghuis te verbeteren. Tenslotte zijn de belangrijkste bevindingen in perspectief geplaatst.

Zinvol deelnemen aan het dagelijks leven

Dit proefschrift geeft het inzicht dat apathie bij mensen in het verpleeghuis als een gezondheidsprobleem moet worden gezien. De resultaten van de onderzoeken hebben belangrijke gevolgen voor de zorg en ondersteuning van mensen met apathie bij dementie die in verpleeghuizen wonen en hun naasten en professionele zorgverleners. Natuurlijk geldt dit ook voor mensen met dementie en apathie in de thuissituatie.

Apathie moet niet alleen worden gezien als een afzonderlijk en belangrijk neuropsychiatrisch symptoom passend bij hersenveranderingen, geheugenproblemen en dementie. Ook moet worden gekeken hoe mensen met apathie gestimuleerd kunnen worden om op een zinvolle manier deel te nemen aan het dagelijks leven en sociaal betrokken te blijven. De omgeving waarin mensen met apathie bij dementie verblijven, speelt daarin een rol. Mensen met apathie bij dementie hebben steun nodig van hun naasten en zorgverleners om apathie te onderbreken en een stimulerende leefomgeving vorm te geven. SABA lijkt een veelbelovende praktische interventie voor naasten en professionele zorgverleners om samen apathie te herkennen en te hanteren. Daarmee kan het welbevinden van de verschillende betrokkenen positief beïnvloed worden. Het komt erop neer dat ook in de thuissituatie apathie een belangrijk symptoom bij dementie is, die met activiteiten en samenspel van professionals beter te doorbreken is. Het is tijd om in actie te komen en een stap vooruit te zetten, want elk moment telt als het gaat om het onderbreken van apathie!

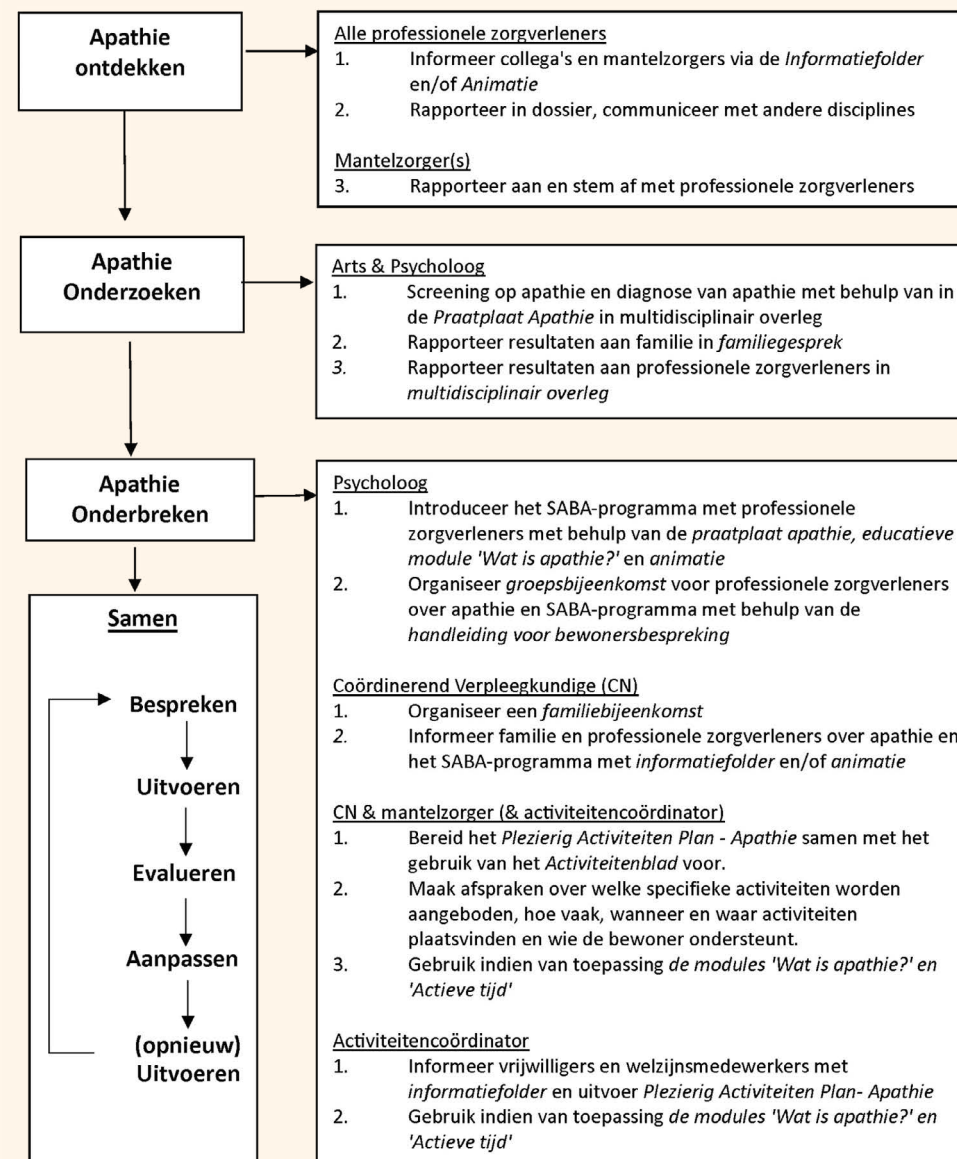
Voor meer informatie over SABA, waaronder een mooie praatplaat. Kijk op: <https://www.ukonnetwerk.nl/tools/saba> of scan de QR-code.



Het promotieonderzoek lezen? Dat kan hier: <https://www.ukonnetwerk.nl/publicaties>



Samen in Actie bij Apathie (SABA)



Figuur 1: grafische weergave van het SABA-programma

Vetgedrukt: activiteit van SABA; Onderstreept: deelnemer; *Cursief*: procedures en materialen van SABA

Afscheid Pepijn van der Voort als contactpersoon vanuit de medische staf voor verwijzers

Door: Yvonne van Oosterhout, coördinator transmurale zorg, HaCa

Cardioloog Pepijn van der Voort is de afgelopen 6 jaar namens de medische staf van het Catharina Ziekenhuis aanspreekpunt geweest voor samenwerkingsvraagstukken. Pepijn is dan ook lid van het platform HaCa (klankbordgroep met huisartsen en medisch specialisten). Daarnaast was hij aanspreekpunt voor de medewerkers bij HaCa. Het was fijn werken met Pepijn.

Rol vanuit het stafbestuur

Pepijn vertelt: “Het stafbestuur* van het ziekenhuis vindt de samenwerking met verwijzers natuurlijk belangrijk. Zij bepalen samen met de patiënt waar deze behandeld wordt. Daarom vond ik het een boeiende portefeuille. Er ging best een wereld open, want als cardioloog-electrofysioloog zit ik met name op de derdelijns zorg. Ik heb dan ook steeds meer bewondering gekregen, met name voor de huisartsen, hoeveel zij weten van een breed scala aan onderwerpen en een mooie betrokken band met hun patiënten opbouwen. Dat werd me tijdens de OverEINDse dagen** nog eens extra duidelijk. Ook dat de huisartsen vaak ‘opofferingen’ doen; “ik doe het wel”, en hun verantwoordelijkheid nemen, zodat de patiënt centraal staat.”

Ontwikkelingen

Terugkijkend valt het Pepijn op dat er op het samenwerkingsvlak veel ontwikkelingen zijn geweest. “We hebben steeds meer te maken met schaarste in de zorg en als gevolg hiervan moeten we afspraken maken hoe we de tweedelijns zorg verdelen en concentreren. Door de schaarste in de eerstelijnszorg lijkt voor overdracht van taken naar de eerstelijns weinig ruimte. Het is een grote uitdaging om de komende jaren alle zorg te kunnen blijven leveren

en de wachttijden niet nog verder op te laten lopen. Hiervoor is samenwerking essentieel.”

ICT

Pepijn vervolgt: “Onder meer ICT speelt hierin een rol, niet als doel op zich, maar om te voorkomen dat zaken dubbel worden gedaan. Er worden de laatste tijd mooie stappen gezet op het gebied van data-uitwisseling, zoals het inzichtelijk maken van onderzoeksuitslagen in de verschillende ziekenhuizen. Hopelijk kan dit ook met huisartsensystemen gerealiseerd worden. Een dergelijke uitwisseling zal nog wel wat tijd vragen.”

Regionale ontwikkeling

Pepijn heeft de afgelopen jaren ook een ontwikkeling gezien waarin steeds meer regionaal wordt samengewerkt. Zes jaar geleden was er weinig afstemming op bestuurlijk niveau en alleen maar op inhoud. Ongeveer vier jaar geleden is gestart met bestuurlijk overleg tussen het Catharina Ziekenhuis en SGE, om ook overstijgende onderwerpen op te pakken. Máxima MC had afstemming met PoZoB en Anna Ziekenhuis met DOH, vanuit de huisartsen. Ongeveer twee jaar geleden is gestart met een gezamenlijke afstemming tussen de bestuurders van eerste en tweedelijns in de regio, met vanuit sommige ziekenhuizen ook iemand van de medische staf. “We zijn inmiddels zo ver dat het overleg Stroomz-Catharina Ziekenhuis afgeschaft is, omdat we elkaar in groter verband spreken en de samenwerking zo goed loopt dat 1 op 1 overleg niet nodig is. Dat zijn mooie ontwikkelingen. Zowel de ziekenhuizen als de huisartsenzorggroepen trekken dus onderling en samen meer op en hebben ‘de neuzen steeds meer dezelfde kant op staan’.”

Platform HaCa

Pepijn waardeert de laagdrempeligheid van contact met de huisartsen zeer, zoals dat onder meer in de

vergaderingen van het platform HaCa vorm krijgt. Dit helpt om begrip te hebben voor elkaars werkwijzen en uitdagingen. Pepijn vindt het zinvol om op deze manier laagdrempelig contact met elkaar te hebben. Daarnaast merkt hij op dat het handig zou zijn om goed met de huisartsen als groep te kunnen communiceren.

Opvallende zaken

Pepijn geeft een paar zaken aan die hem opgevallen zijn:

- Bij de bestuurlijke afstemming zit niet zo vaak een praktiserend huisarts aan tafel, dat zou goed zijn voor de besluitvorming.
- Pepijn vraagt zich af wie zich verantwoordelijk voelt voor de huisartsenzorg als geheel. De groep krijgt minder aandacht dan medisch specialisten. Het helpt niet dat de huisartsen zoveel belangengroepen hebben (LHV, InEen, huisartsenzorggroepen, NHG, Brainport Huisartsen).
- De huisartsen krijgen weinig steun vanuit gemeenten en verzekeraars. Terwijl ze zo hard nodig zijn voor de continuïteit van zorg.
- Door verdere specialisatie en concentratie en spreiding van zorg zullen huisartsen steeds meer met meerdere ziekenhuizen te maken krijgen.

Opvolger

Pepijn geeft zijn opvolger mee dat het wenselijk is zicht te houden op wat de impact is van keuzes van het ziekenhuis voor de verwijzers. “We moeten hier meer dan in het verleden oog voor hebben. Bij (voorgenomen) veranderingen zorgvuldig communiceren, zodat verwijzers niet verrast worden. Dit gaat nog niet altijd goed en vraagt dus nog aandacht.”

* Stafbestuur: bestuur van de Vereniging Medische Staf (VMS).

** OverEINDse dagen: jaarlijkse nascholingsreis gericht op bevorderen van de samenwerking tussen eerste- en tweedelijns in de adherentie van Máxima MC en Catharina Ziekenhuis.



Pepijn blijft betrokken bij onderwerpen die hij de afgelopen tijd heeft opgepakt. Hij blijft lid van het platform HaCa (een klankbordgroep van specialisten en huisartsen) en voorzitter van de werkgroep proactieve zorgplanning in het Catharina Ziekenhuis. En natuurlijk blijft hij werkzaam als cardioloog. Anne Damoiseaux neemt het stokje per 1 januari van Pepijn over in een volgend nummer zal zij zich voorstellen.

Proactieve zorgplanning

Graag besteden we aandacht aan proactieve zorgplanning. Door dit toe te passen sluiten we aan bij de wensen van onze patiënten en zorgen we voor passende zorg. Voor alle professionals in de zorg is het belangrijk om hierover met patiënten en hun naasten in gesprek te gaan. Onderstaand een eerste casus uit een reeks. Wilt u een casus delen of heeft u ideeën hoe we proactieve zorgplanning kunnen verbeteren, laat het de redactie weten via infohaca@catharinaziekenhuis.nl. Onderstaande eerste casus is geschreven door Kristien Jansen, specialist ouderengeneeskunde bij Valkenhof en arts palliatieve zorg in het Catharina Ziekenhuis (en in die laatste rol lid van de werkgroep proactieve zorgplanning).

Proactieve zorgplanning in de praktijk

Mevrouw Peters is een 83-jarige dame. Zij verblijft op een gesloten psychogeriatrische afdeling van een verpleeghuis in verband met Alzheimerdementie. Ze heeft 2 dochters die erg betrokken zijn. In het verpleeghuis vindt elk half jaar een cliëntenbespreking (CB) plaats waar alle betrokken partijen bij elkaar zitten (cliënt, contactpersoon, zorg, arts, eventueel paramedici ...) om het afgelopen half jaar met elkaar te bespreken vooral vanuit het oogpunt welzijn.

Eerder gemaakte beleidsafspraken worden tegen het licht gehouden en zo nodig aangepast.

Tijdens het laatste CB kwamen we allen tot de conclusie dat mevrouw Peters zowel cognitief als lichamelijk achteruitgaat: toename desoriëntatie, initiatiefloos, toename apraxie, maar ook meer slikstoornissen waardoor meerdere luchtweginfecties (3 het laatste half jaar). Deze werden tot nu toe altijd behandeld met antibiotica (AB), maar dit zorgde er ook voor dat mevrouw na elke infectie niet meer het 'oude niveau' haalde. De dochter zei hierop: "Dat is zo, maar we kunnen toch niet anders? Er zijn toch geen andere opties?" Hierna volgde een gesprek over de alternatieven: geen AB geven maar symptoombestrijding/klachtenvermindering beogen zonder AB – comfortbeleid. Beide dochters waren blij om hier zo openlijk over te kunnen spreken en tot een gezamenlijk besluit te komen: geen AB meer bij toekomstige longinfecties.

Een aantal weken later deed zich het onvermijdelijke voor: mevrouw verslikte zich weer flink en werd weer ziek. Dochters gesproken: "Dit is waar we het laatst over hadden?", vroegen ze. "Ja" zeg ik, "Staan we hier nog steeds achter?" "Ja". Mevrouw Peters overlijdt rustig 3 dagen later in bijzijn van de dochters.

Na de uitvaart zijn de dochters op de afdeling met een klein presentje, als dank voor de zorgen voor moeder. Zij gaven aan dat het gesprek tijdens het laatste CB voor hen waardevol was geweest; dat ze daardoor minder angstig waren voor komende infecties en ze niet op een acuut moment snel een beslissing moesten nemen. Het had hen veel rust gebracht.

Hologram-assistent helpt patiënt in apotheek

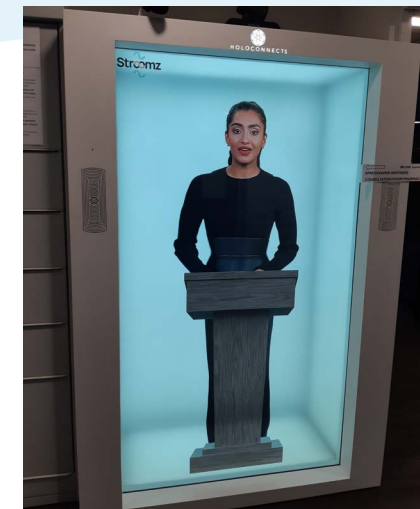
Door: Nicole Otter, farmaceutisch manager Stroomz Apotheek BV

Als eerste in Nederland is Apotheek Stroomz Strijp in Eindhoven gestart met digitale assistent 'Alicia' in de vorm van een hologram. Alicia weet het antwoord op een aantal vragen die veelvuldig in de apotheek gesteld wordt. Mocht het hologram het antwoord niet hebben, dan kan de bezoeker vanaf afstand alsnog praten met een echte apothekersassistente.

Behalve het hologram is de Eindhovense apotheek verder onbemenst. Het hologram lijkt op een echt mens, maar ze is door de computer bedacht en gemaakt (deep fake). 'We hebben gekeken waar veel gesprekken over gaan. Die meest voorkomende gesprekken hebben we uitgewerkt en worden nu door de digitale assistente, vanuit een box, met de patiënt gevoerd', zegt manager Pim Poels van de apotheken van Stroomz. Mocht de zorgvraag privacygevoelig zijn, dan is er nog een aparte spreekruimte. Die kan op afstand worden geopend, waarna het gesprek via een scherm verder gevoerd kan worden.

Verschillende talen

Een voordeel is dat het hologram in verschillende talen kan worden geprogrammeerd. Eindhoven heeft inmiddels inwoners met 189 verschillende achtergronden. Het hologram spreekt tot nu toe Nederlands, Engels, Spaans, Turks en Arabisch. De bedoeling is dat Google translate ervoor gaat zorgen dat het gesprek in elke gewenste taal wordt ondertiteld. Een assistente op afstand kan op die manier iemand die in een andere taal spreekt toch volgen. Holoconnects, de maker van de Holobox, ontwikkelde deze technologie onder andere voor medische experts om beter op afstand te kunnen werken. De afgelopen periode is de Holobox op verschillende plekken getest, onder andere bij het World Trade Center Amsterdam.



Eindhoven groeit

Zeker nu ASML wil uitbreiden met 20.000 medewerkers groeit het aantal inwoners van de gemeente in de toekomst. Deze groei heeft zijn weerslag op de zorgverlening. Reden temeer voor de apotheek om hiervoor alvast een plan te bedenken. 'Ik kan niet genoeg personeel krijgen om die locatie bemenst te houden. Op deze manier zijn ze er toch als je een vraag hebt', zegt Poels.

Naast Alicia staan er ook drie afhaalautomaten bij apotheek Stroomz Strijp, een standaardautomaat, een automaat voor medicijnen die moeten worden gekoeld en een automaat voor grotere pakketten. Ook blijft het mogelijk om de medicijnen aan huis te laten bezorgen.

Bron: ICT & Health

Filmpje Omroep Brabant: Hologram Alicia vervangt apothekersassistenten in Eindhoven - Omroep Brabant



Paramedisch Platform Brainport gestart

Door: Paramedisch Platform, met als bron: Robuust.

Om de groeiende zorgvraag, de vergrijzing en de personeelstekorten het hoofd te kunnen bieden is het nodig dat de zorg anders wordt georganiseerd. We moeten echt aan de slag met elkaar. In verschillende nota's zoals de 'Visie eerstelijnszorg 2030' wordt de noodzaak om de zorg te veranderen nog eens benadrukt en geconcretiseerd. Een van de oplossingen is het sterker maken van de eerstelijnszorg.

“Eén van mijn persoonlijke doelen was om de continuïteit te waarborgen van de samenwerking binnen de fysiotherapie met andere paramedici in onze regio. Door het oprichten van het Paramedisch Platform Brainport waarin paramedici verenigd zijn, lijkt dit nu te gaan lukken. Een grote groep paramedici is overtuigd van de noodzaak van samenwerking (190 deelnemers eerste ALV). Niet alleen vanwege het verbeteren van de zorg voor onze cliënten, maar ook om de groeiende problematiek in de zorg gezamenlijk op te kunnen vangen, aldus Gijsbert Jansen. Gijsbert Jansen is voorzitter van FysioVisie en nam samen met Frank Beelen, voorzitter van SelectFysio, Anton van den Bosch, voorzitter vakgroep Fysiotherapie van Stroomz en Robert Hazenberg, clustermanager Stroomz in de regio Zuidoost-Brabant het initiatief om samen de fysiotherapeutische en paramedische samenwerking te verbeteren en professionaliseren.

De eerstelijnszorg is een 'laagdrempelige eerste aanspreekpunt die passende zorg dichtbij huis levert die niet vanzelfsprekend is' aldus de Visie eerstelijnszorg 2030. De kern is dat we in ons land toewerken naar integrale zorg in de eerste lijn. Daarvoor zijn nog veel stappen te zetten vooral op gebied van organisatie van deze eerste lijn en de verbinding met het sociale domein. Dit vereist echte samenwerking tussen de verschillende zorgverleners, tussen hen onderling en met anderen zoals de gemeente en zorgverzekeraars. In iedere regio maken zorgpartijen met elkaar afspraken

hoe deze uitdagingen te realiseren. En daar, bij deze besprekingen, ontbreken nog vaak de paramedici uit de eerste lijn.



Gijsbert Jansen, voorzitter FysioVisie, fysiotherapeut en mede-initiator Paramedisch Platform Brainport

Regionaal platform paramedici

Om aan te kunnen sluiten bij de besprekingen in de regio is het nodig dat paramedici zich regionaal organiseren. En met deze uitdaging zijn ze voortvarend aan de slag gegaan. Het landelijk programma Organisatiegraad Paramedische zorg* dat in 2020 gestart is, gaf daarin de impuls die nodig was en bracht veel in beweging. Regionale paramedische platforms zetten in op samenwerken met elkaar en andere stakeholders. De aangesloten paramedici in Zuidoost Brabant zijn fysio-, oefen-, ergo-, podotherapeuten, diëtisten en logopedisten.

Aan de slag met elkaar

Het oprichten van Paramedisch Platform Brainport betekent niet dat het werk nu klaar is. De start is gemaakt, het komt nu aan op de daadwerkelijke samenwerking tussen de paramedici onderling en met andere zorgverleners, gemeenten en zorgverzekeraars. We gaan graag het gesprek aan met anderen binnen de zorg om verdere samenwerking tot stand te brengen.

* Het programma 'Organisatiegraad' komt voort uit het Hoofdlijnenakkoord Paramedische Zorg 2019. In dit akkoord hebben verschillende partijen uit de paramedische zorg, patiëntenfederatie, het Ministerie van VWS, de Nederlandse Zorgautoriteit en zorgverzekeraars uitgesproken samenwerking in de regio te bevorderen.

Leren van meekijkconsulten

Door: Yvonne van Oosterhout, coördinator transmurale zorg, HaCa

Irene Muskens is huisarts in Eindhoven bij huisartsencentrum Parklaan, een praktijk die goed gebruik maakt van meekijkconsulten (ook bekend als digitale consultaties).

Irene, ik heb begrepen dat je veel meerwaarde ziet in meekijkconsulten. Kun je aangeven waar wat jou betreft die meerwaarde in zit?

Bellen tijdens het spreekuur voor overleg kost vaak tijd voor de specialist en huisarts en patiënt en er zijn onderwerpen die prima kunnen wachten en niet op dat moment hoeven. Je kunt het op een voor jou handig moment doen en krijgt vaak een gedegen antwoord terug. Het is een mooie aanvulling. Een verbetering voor de samenwerking tussen eerste en tweede lijn. En ik ben ervan overtuigd dat het verwijzingen kan schelen.

Kun je aangeven hoeveel meekijkconsulten jij doet?

We doen dit al een meer dan een half jaar. Niet elke dag maar wel meerdere keren per week, dus tel maar uit.

De specialisten in het ziekenhuis geven geregeld aan dat de vraagstelling niet helemaal duidelijk is, heb je daar ook eens wel eens reactie op gehad?

Ikzelf niet, maar ik kan me daar zeker iets bij voorstellen. Als je telefonisch iemand spreekt, kun je direct op gemiste informatie antwoorden en toch antwoord krijgen, nu moeten ze het doen met de informatie die je uit jezelf geeft.

Heb je tips welke vragen vooral wel of niet te stellen via een meekijkconsult?

Ik heb vragen waar ik veel nuances in wil aanbrengen, zoals over meer specifieke karaktereigenschappen van patiënten, die ik liever telefonisch stel. Of natuurlijk vragen waar ik graag direct antwoord op wil. Bij de rest van de vragen heeft meekijkconsult mijn voorkeur. En ik vermoed de specialist ook.

Wat uitgebreidere vragen waarbij bijvoorbeeld al best wat voorwerk als diagnostiek is gedaan, lijken me voor een specialist aan de telefoon een stuk lastiger. Die kan dit op papier overzichtelijker bekijken (mits duidelijk neergezet natuurlijk). Alles wat niet direct hoeft, is ook voor de specialist handiger in te plannen denk ik en het scheelt mij vaak ook weer wachten aan de telefoon.

Wat vind je van de kwaliteit van de antwoorden die je krijgt?

Over het algemeen goed en vaak zelfs nog met vervolgadvisen zoals 'als dit niet kan, dan kan dat nog een vervolgstap zijn'.

Heb je verbeterpunten voor de medisch specialisten?

Misschien leuk eens te kijken wat veel voorkomende vragen zijn en die bundelen voor scholingen? En ik merk ook wel verschil in de antwoorden van specialisten die er al langer mee werken, zoals de dermatologen die vaak meer vervolgstappen aangeven.

Heb jij daadwerkelijk het idee dat het verwijzingen scheelt?

Jazeker en je steekt er altijd weer wat van op, ook voor volgende patiënten dus handig. Ik merk dat er ook patiënten zijn die het extra meekijken van de specialist al genoeg geruststelt waardoor die verwijzing, die anders op verzoek van de patiënt gedaan zou zijn, toch niet hoeft.

Wat vinden jouw patiënten van het meekijkconsult?

Er zijn er altijd bij die er geen genoeg mee nemen, maar de meeste patiënten zijn er zeker over te spreken

Ben je tevreden over de beantwoordingstermijn? (De drie dagen die ervoor staat en of we dat ook nakomen?)

Over het algemeen gaat dit goed en ben ik dus tevreden. Een enkele keer is er geen antwoord gekomen. Daar ben ik nog achteraan gegaan en toen werd dit gelukkig opgepakt.



Irene Muskens, huisarts

Bespreken jullie de terugkoppeling op de meekijkconsulten ook binnen je praktijk?

We hebben sinds kort in de praktijk een afspraak gemaakt nuttige antwoorden met elkaar te delen.

Wat vind je ervan als een vakgroep meekijkconsult als stap invoert om te triëren of patiënten in de eerstelijns te houden?

Ik denk dat dat voor sommige klachten prima kan. Mocht er dan echt een uitzondering op de regel zijn voor mijn eigen gevoel, zou ik daar over bellen.

Zijn er vakgroepen waar jij graag een meekijkconsult zou willen doen, maar waar dat nu nog niet kan?

Er schiet me er zo geen te binnen.

Tips voor digitale consultatie

- Onder meer bij Dermatologie kun je een foto van max 10 MB meesturen.
- Bij het maken van de foto kun je door op de juiste plek op het scherm te drukken de foto scherp stellen op hetgeen relevant is.
- Het is leuk om met collega's uit te wisselen wat je geleerd hebt tijdens de meekijkconsulten. Zo leren we samen en hoeven we een vraag een volgende keer niet weer te stellen.

“Er liggen veel mooie kansen om samen te ontwikkelen”

Door: Yvonne van Oosterhout, coördinator transmurale zorg, HaCa

In de dynamische wereld van de gezondheidszorg is samenwerking essentieel. Marie-Claire van Hek, sinds 1 juni samen met Nardo van der Meer lid van de Raad van Bestuur van het Catharina Ziekenhuis, deelt haar visie op de kansen en uitdagingen in de zorgsector. In dit artikel spreken we met haar over haar ervaringen en hoe belangrijk samenwerking met alle betrokken zorgprofessionals in de regio is.

Waarom het Catharina Ziekenhuis?

Marie-Claire legt uit dat haar keuze voor het Catharina Ziekenhuis voortkwam uit de wens om te wonen en te werken in een regio die zij als bijzonder waardevol beschouwt. “De Brainport-regio biedt veel mogelijkheden voor samenwerking met instellingen, het bedrijfsleven en kennisinstituten”, zegt ze. “Met mijn achtergrond in o.a. de ouderenzorg heb ik gezien hoe belangrijk de juiste zorg op de juiste plek is. Moet een behandeling in het ziekenhuis plaatsvinden of kan het bijvoorbeeld ook in de revalidatiezorg voor ouderen of thuis? En zo probeer je elke keer met elkaar de afweging te maken. Wat betekent het voor de patiënt en wat betekent het voor het zorgproces en hoe kunnen we dit wellicht anders en beter inrichten. Van belang hierbij is dat de gezondheidsverschillen niet verder toenemen.”

Waardegedreven zorg

Wat Marie-Claire vooral aanspreekt in het Catharina Ziekenhuis is de focus op waardegedreven zorg. “We kijken continu naar de waarde die we voor de patiënt in de behandeling kunnen toevoegen. Deze benadering sluit heel erg aan bij de uitgangspunten van passende zorg,” legt ze uit. “Tot nu toe zijn we met name binnen de ‘muren’ van ons ziekenhuis actief met waardegedreven zorg. We willen in de toekomst steeds breder kijken in ketenprocessen hoe we kunnen werken aan passende zorg. Het mooie aan waardegedreven zorg is dat het patiëntperspectief (kwaliteit van leven

voor de patiënt) voorop staat. Belangrijk is dat we dit gedachtegoed als uitgangspunt nemen in de regionale afspraken op het gebied van onder andere wachtlijsten, de triage van patiënten en bijvoorbeeld digitale gegevensuitwisseling.” Ze merkt op dat er veel mooie kansen liggen om samen verder te ontwikkelen, maar dat we als zorgaanbieders soms nog zoeken met hoe we dat het beste kunnen doen.

De rol van digitalisering

Technologische innovaties spelen een steeds grotere rol in de gezondheidszorg. In ons ziekenhuis onderzoeken en implementeren we nieuwe digitale tools die niet alleen de efficiëntie verbeteren, maar ook de toegankelijkheid van zorg verhogen. Denk aan telemonitoring en elektronische uitwisseling van patiënteninformatie waarmee het mogelijk is realtime informatie te delen. Dit maakt het (in de toekomst steeds meer) mogelijk om sneller en effectiever beslissingen te nemen, wat van onschatbare waarde is in acute situaties. Marie-Claire wijst op de visie van huisartsen op dit gebied: “Er zijn op allerlei vlakken veel initiatieven, maar we moeten ervoor zorgen dat we deze bij elkaar brengen. Zoals de gezamenlijke ambitie om administratieve lasten te verminderen en de zorg toegankelijk te houden. Ik ben er voorstander van om hier samen in op te trekken.”

Ontwikkelpunten en leren van elkaar

Marie-Claire vindt het belangrijk om van elkaar te leren. “We zijn soms geneigd om te denken dat we uniek zijn en dat het in onze regio anders moet. Maar laten we niet vergeten dat er ook veel te leren valt van andere regio's en hun aanpak. Dat betekent niet dat je je eigen ontwikkelstappen moet overslaan,” zegt ze. “Je kunt van anderen leren hoe ze het hebben aangepakt, waar ze tegenaan gelopen zijn, je laten inspireren hoe het eruit zou kunnen zien. Ik ben van het model, ga eens kijken wat past en wat niet past. In onze regio gebeurt al veel wat we kunnen delen. Niet alleen door de diverse zorgpartijen, maar juist ook bij het bedrijfsleven en de kennisinstellingen. Mijn eerste ervaring in deze regio is



Marie-Claire van Hek, lid Raad van Bestuur Catharina Ziekenhuis

dat er gemakkelijk relaties kunnen worden gelegd. Er zijn wel veel overlegtafels, minder tafels reduceert in mijn ogen de bestuurlijke drukte.”

Toekomstige samenwerking

Marie-Claire ziet toekomst in de samenwerking met zorgverzekeraars en andere partijen. “Leg de problemen maar op tafel, want niks doen is geen optie. We hebben elkaar nodig,” stelt ze vast. “Het doel is om samen de zorg toegankelijk te houden en digitale oplossingen te implementeren, die ook de werklast van verwijzers gaan verlichten. De gezondheidszorg staat voor tal van uitdagingen, maar ook voor vele kansen. Met de gezamenlijke inspanningen van zorgprofessionals in de Brainportregio kunnen we de zorg voor iedereen toegankelijk houden en gezondheidsverschillen verkleinen.”

Marie-Claire roept op tot samenwerking en innovatie. “Blijf altijd kijken naar wat er mogelijk is om de zorg te transformeren. Er zijn veel mooie samenwerkingsverbanden, hoe kunnen we die zo goed mogelijk inzetten, zonder dat we weer allerlei nieuwe dingen gaan optuigen. Transformeren is ook een stip op de horizon zetten en aan de slag gaan”, sluit ze af.

Drs. Marie-Claire 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 werkte Van Hek bij Stichting AxionContinu groep als lid Raad van Bestuur. Marie-Claire is sinds 1 juni lid van de Raad van Bestuur van het Catharina Ziekenhuis.

Nieuwe MRI-scanners: dit zijn de voordelen voor de patiënt

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

Begin november is de eerste van drie nieuwe MRI-scanners in het Catharina Ziekenhuis in gebruik genomen. Daarvoor is de afgelopen maanden flink verbouwd op de afdeling Radiologie. Met die verbouwing en de komst van de nieuwe scanners is de afdeling Radiologie klaar voor de toekomst. Begin 2025 worden de twee andere in gebruik genomen. “En bij de bouw is rekening gehouden met de komst van een vierde apparaat, als de situatie daarom vraagt”, zegt Jan Hoppenbrouwers, senior laborant van het ziekenhuis. Die nieuwe MRI’s bieden volop voordelen voor de patiënt.

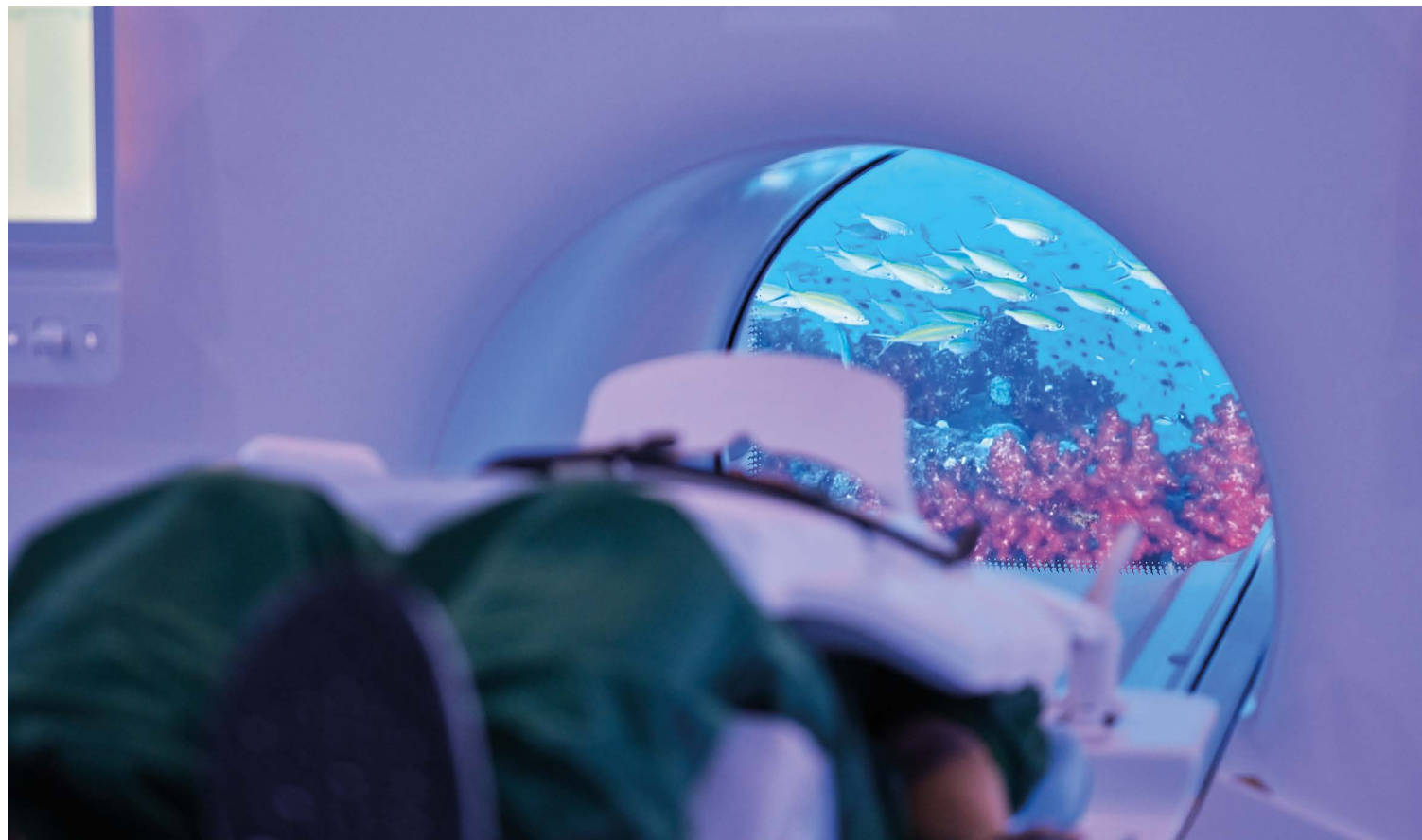
De tunnel is groter

Eén van de scanners waarmee nu in het ziekenhuis wordt gewerkt, heeft nog een diameter van zestig centimeter. Vooral patiënten die meer dan 100 kilo wegen gaan daar de voordelen van merken. Nu kan dat problemen opleveren omdat de diameter van de buis te smal is. Het nieuwe apparaat heeft een tunnel met een doorsnede van 70 centimeter.

“Die extra ruimte is een stuk comfortabeler voor mensen met claustrofobie”, zegt Hoppenbrouwers. “Dit kan echt het verschil maken tussen wel en niet in de scanner durven. Ook voor mensen met overgewicht is deze scanner een stuk prettiger. Er waren af en toe patiënten die door overgewicht niet in de scanner konden. Dat behoort nu gelukkig tot het verleden. Nu kunnen we patiënten tot 200 kilo de scan geven die ze nodig hebben.”

Video kijken tijdens de scan

De nieuwe scanners, die per stuk ongeveer 6 ton wegen, zijn uitgerust met de zogenoemde Ambient Experience van Philips. Dat houdt in dat er aan het einde van de tunnel een groot scherm geplaatst is. Met een spiegelbril



Achter de tunnel van de MRI-scanner hangt een scherm. Met een spiegelbril kunnen patiënten naar het scherm kijken.

kunnen patiënten die gescand worden naar het scherm kijken. Op een touchscreen kunnen ze vooraf kiezen wat ze graag willen zien. Bijvoorbeeld een weids uitzicht over de bergen of over een Afrikaanse savanne. “We zien elke dag angstige patiënten. Deze nieuwe MRI kan het voor hen aangenamer maken.”

“Nu liggen mensen naar het wit van de buis te kijken. Dat is behoorlijk saai. Wij zien elke dag patiënten die bang zijn om in het apparaat te gaan liggen. Voor hen kan dit zeker gaan helpen om rustig te blijven tijdens het

scannen. Bovendien zitten overal in de ruimte gekleurde lichten om de ervaring een stuk patiëntvriendelijker te maken.”

Sneller scannen

Een MRI-scan duurt nu tussen de zes en de zestig minuten, afhankelijk van waar de scan voor bedoeld is en wat er op de scan moet staan. De nieuwste scanners maken gebruik van een AI-algoritme dat meewerkt in beeldreconstructie.

“Simpelweg wil dat zeggen dat je sneller kunt scannen en vervolgens AI het beeld kunt laten herstellen. Vergelijk het met een camera die een foto maakt met een te hoge sluitertijd. Dan krijg je ook een korrelige foto die je met beeldbewerking weer kunt repareren. Deze scanners kunnen dat extreem goed.”

Het resultaat daarvan: een scan van zestig minuten kun je nu in veertig minuten doen. “Zo hoeven mensen niet zo lang in het apparaat te liggen en kunnen wij meer doen in dezelfde tijd.”

Met AI-spraakherkenning meer tijd voor de patiënt

Kunstmatige intelligentie (AI) biedt kansen om de administratieve lasten te verminderen. Door een consult op te nemen en automatisch een samenvatting hiervan in de SOEP registratie te laten opnemen, hoef je tijdens een consult minder te typen en kun je meer aandacht besteden aan de patiënt.

Enkele huisartsen binnen Stroomz hebben diverse applicaties getest en zijn enthousiast. Zij delen hun ervaringen onderling en adviseren hoe verder met het gebruik van deze toepassingen binnen Stroomz.

Een van de zorgverleners die werkt met deze nieuwe technologie is Hub Thijs, huisarts bij Huisartsen Achtse Barrier. “De aanbieder waarmee ik werk, richt zich op het vergroten van het werkplezier van zorgprofessionals door gebruik te maken van AI. Er is een netwerk van huisartsen en specialisten die de technologie testen en feedback geven. De eerste resultaten waren al snel opvallend positief. De toepassing levert dagelijks tijdswinst op bij de verslaglegging van mijn consulten, en het is bovendien prettig om mee te werken. Via een platform blijf ik op de hoogte van de ervaringen van andere huisartsen, waardoor de technologie continu verbeterd wordt.”

Ook Christian de Groot, huisarts bij Medisch Centrum de Linden in Son is één van de betrokkenen. Hij heeft de applicatie al aan veel huisartsen gedemonstreerd. “Iedere huisarts die ik laat zien hoe dit werkt, wil er mee aan de slag. Het levert direct tijdswinst en werkplezier op.” Christian maakt ook podcasts o.a. over dit onderwerp onder de naam ‘De Innovatieve Huisarts’, deze zijn te vinden op Spotify.

Wil je meer informatie over de diverse applicaties?

Neem contact op met Hub Thijs via h.thijs@huisartsenachtsebarrier.nl of Christian de Groot via c.degroot@stroomz.nl.

In het volgende nummer staan we stil bij de resultaten van de nog te starten pilot, die we in het Catharina Ziekenhuis met spraakherkenning gaan doen.

Zo helpt een slimme draad bij snellere en veiligere hartoperaties

Door: Geert Piek, afdeling Marketing & Communicatie, Catharina Ziekenhuis

Het Catharina Ziekenhuis is het eerste ziekenhuis in Nederland dat bij het vervangen van de aortaklep met een zogeheten TAVI-procedure een slimme draad gaat gebruiken. Dat geeft mogelijk een betere operatie-uitkomst voor de patiënt.

TAVI staat voor Transcatheter Aortic Valve Implantation. Het is een behandeltechniek waarbij onze artsen in het Hartcentrum de zieke aortaklep ‘percutaan’, via de lies-slagader vervangen. De interventie-cardioloog plaatst bij een TAVI een aortakunstklep van biologisch materiaal met behulp van een katheter.

“Wat er nu gaat veranderen, is dat wij niet langer een simpele stalen draad bij deze operatie gebruiken om de nieuwe klep overheen te schuiven en het hart te pacen (in het juiste ritme te krijgen), maar een slimme draad. Oftewel, met technologie erin”, legt interventiecardioloog en hoogleraar Pim Tonino uit. “Aan de nieuwe draad, die SAVVY wire heet, zitten twee aspecten: de SAVVY wire is volledig geïsoleerd, zodat het stroompje via de draad beter voortgeleid wordt en je te allen tijden zekerheid hebt van pacing, wat heel belangrijk is voor deze ingreep.”

Het tweede pluspunt van de slimme draad is de druksensor aan het einde ervan. “Die meet continu de druk in de linkerhartkamer. Dat is onontgonnen terrein, dat kennen wij helemaal niet. Eerst kon je alleen de druk in het begin en aan het eind van de operatie meten, maar niet alle stapjes daartussen. Nu hebben we daar voortaan continu zicht op. En daarmee kunnen we de TAVI verder optimaliseren.”



Pim Tonino met de slimme draad.

Wat is uiteindelijk de winst voor de patiënt? “De operatie kost minder tijd en je hoeft minder het hart te pacen, waardoor de operatie minder intensief zal zijn. En het eindresultaat - minder complicaties - zal mogelijk ook beter zijn, omdat je tijdens de ingreep op basis van die continue drukmetingen betere beslissingen kunt nemen als operateur”, aldus Tonino, die ook een andere belangrijke reden ziet voor het inzetten van de SAVVY wire: het kostenaspect. “Deze draad kan ervoor zorgen dat we minder materiaal nodig hebben om de klep te plaatsen. Zo kan het een paar honderd euro per ingreep schelen.”

De hoogleraar denkt dat de slimme draad een grote impact kan hebben op de medische wereld, niet alleen door verbetering van de TAVI-behandeling zelf, maar mogelijk ook door betere besluitvorming of er wel een nieuwe klep geplaatst moet worden. Als je bij inspanning de druk meet in de linkerhartkamer en de aorta met deze nieuwe draad, dan kun je beter beslissen of je wel of geen nieuwe klep gaat plaatsen. “Hier loopt onderzoek naar in samenwerking met de University of Texas in Houston”.

“We hebben een dikke tien jaar geleden als Catharina Ziekenhuis met een nieuwe dottermethode (FFR) de wereld veranderd. Drukmetingen in de kransslagader lagen daar ten grondslag aan. Deze nieuwe slimme draad en het daaraan gekoppelde onderzoek scheppen de mogelijkheid om hetzelfde te doen op een andere plek in het hart. Dit lopende, door ZonMW gesubsidieerde, onderzoek heeft eveneens een enorme potentie. Wie weet gaat het mondiaal ook wel de richtlijnen veranderen.”

DIE ENE PATIËNT – EEN KIKJE ACHTER DE VOORDEUR

**We komen ze allemaal tegen.
Levensverhalen waarvan je je
afvraagt, hoe kan dit nog bestaan in
onze huidige tijd en maatschappij.**

Als de dag van gisteren herinner ik me een visite uit het eerste jaar van de huisartsopleiding. Neem een klein dorp, een vrijgezelle zoon, samenwonend met zijn dementerende moeder. Drie katten op de keukenvloer. Samen runden ze een kruidenierswinkel. Zo één waar ze een samengesteld assortiment van stofzuigerzakken, kantoorartikelen en levensmiddelen verkochten. Voor een hogere prijs dan bij een van de vele prijsvechters in ons land. Ik waande me in een scène die niet zou misstaan in de televisieserie 'Man Bijt Hond'. De zorgvraag van moeder en zoon was niet hoog. 'Het leven komt zoals het komt', was hun motto. Ze waren gauw tevreden. Een luisterend oor en een pijnstillertablet brachten soelaas. Ik reed in gedachten verzonken terug naar de praktijk. Soms is het leven makkelijker, als je niet beter weet.

Juist het leren kennen van dit soort familiebanden, persoonlijkheden van patiënten, en de context eromheen, maken het vak zo leuk. Je maakt als arts verdrietige, maar ook grappige dingen mee. Hoe vaak heb ik wel niet gedacht, dat ik alle spreekwoorden die in de spreekkamer ter tafel komen en net de plank mis slaan, had moeten noteren. De sneuisterijen en prullaria die ik tegen ben gekomen bij mensen thuis. De bakjes koffie die uit een goed hart, maar slechte vaatwasser zijn aangeboden. Helaas is de tijdsdruk in het consult nog regelmatig een belemmerende factor. En toch blijft het heel waardevol, als je de achterliggende vraag achter de hulpvraag te pakken hebt. En besluit je daarom soms diagnostische of therapeutische acties in te zetten, die je vooraf op papier niet altijd had uitgetekend. Samenwerken en de patiënt blijven horen. Al dan niet met begrenzing. Met z'n allen houden we de Nederlandse zorg op de been. De waardering die je krijgt van de patiënt, zorgt er nog altijd voor dat je het werk volhoudt. Met soms een traan, maar meestal een lach.

Veerle van Elderen – huisarts

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 tweedelijns raakt, in lijn met de doelstellingen van HaCa(Spect).

Onderwijsagenda

Bedside teaching

2024: 17 december

Tijd 17.45 – 19.45 uur

2025: 21 januari, 18 februari

Tijd 17.45 – 19.45 uur



Het doel van deze nascholing is deskundigheidsbevordering van huisartsen en het verbeteren van de communicatie en afstemming tussen de eerste en tweede lijn. Zowel huisartsen als specialisten dragen onderwerpen aan. 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 we scholingen verzorgen en kunt u zich aanmelden.
