



HaCaSpect

Connection

9 Nieuwe RTA's

14 Interview huisarts Lotte Derksen

26 Robotchirurgie bij knieprothesen

Voorwoord

Beste HaCaSpect lezers,

Met trots delen we de nieuwste editie van HaCaSpect met je. We hebben een mooie selectie artikelen samengesteld, met onderwerpen die zowel de eerste als tweede lijn raken. In de vorige editie kon je lezen dat Pepijn van der Voort afscheid heeft genomen als aanspreekpunt voor verwijzers. Sinds 1 januari heeft Anne Damoiseaux dit stokje overgenomen. In deze editie stelt ze zich graag aan je voor. We blikken terug op de 24e OverEINDse dagen. Naast inhoudelijke verdieping was er volop ruimte om de samenwerking te versterken. Een goed voorbeeld daarvan zijn de Regionale Transmurale Afspraken (RTA's). In dit nummer lees je meer over nieuwe en herziene afspraken. GGzE is goed vertegenwoordigd met twee artikelen die elk een andere kant van de organisatie laten zien. Je leest onder meer hoe werken met gebiedsteams de drempel naar zorg verlaagt. Daarbij wordt verwezen naar de 'STAP naar gezonder'-kaart, een praktisch hulpmiddel dat in een ander artikel uitgebreider wordt toegelicht. Ook stellen we de Kliniek Neuropsychiatrie van GGzE, Nestor, aan je voor. Leefstijl komt in meerdere artikelen aan bod. Huisarts Lotte Derksen deelt in een interview haar visie op leefstijlgeneeskunde. Ze vertelt onder meer hoe ze dit bespreekbaar maakt in de spreekkamer. Verder besteden we aandacht aan mensen met een laag IQ of een licht verstandelijke beperking. Je vindt handige tools die helpen bij herkenning, communicatie en bejegening. Tot slot delen we leerzame casuïstiek, waaronder een mazelenbesmetting en een zeldzame bijwerking van medicatie: acute dystonie.

Veel leesplezier!

Redactie HaCaSpect

Inhoud

pagina 4-5

Zorg voor mensen met een lager IQ of lichte verstandelijke beperking

pagina 6-8

De voordeur zwaait langzaam weer open

pagina 9-11

RTA's en zorgpaden

pagina 12-13

Thuismonitoring bij COPD

pagina 14-15

Interview Lotte Derksen

pagina 18-19

Interview Anne Damoiseaux

pagina 20-21

GGzE Nestor kliniek neuropsychiatrie

pagina 22-23

Groeiende rol van verpleegkundig specialisten en physician assistants

pagina 24-25

Robotchirurgie bij knieprotheses

pagina 26-27

'Morgen Gezond Weer Op Kaart' wordt 'De STAP naar gezonder kaart'

pagina 28-29

Terugblik OverEINDse dagen 2025

pagina 34-35

Beweeg je beter

pagina 36

Samenwerking laboratoria Catharina en Anna

Zorg voor mensen met een lager IQ of lichte verstandelijke beperking

Door: Martijn Vos en Inge Verhagen

Ruim 1 op de 6 Nederlanders (circa 15%) heeft een IQ lager dan 85. Bij het grootste deel van deze groep (13,6%) is sprake van zwakbegaafdheid. Een kleiner deel van deze groep (2,1%) heeft een lichte verstandelijke beperking (LVB). Deze mensen hebben vaak een verhoogde zorgconsumptie, zowel somatisch als psychisch.

Martijn Vos en Inge Verhagen zijn beiden klinisch psycholoog bij de afdeling Medische Psychologie van het Catharina Ziekenhuis. Beiden hebben jaren gewerkt met deze doelgroep bij respectievelijk GGZ E en GGZ Oost Brabant.

Zwakbegaafdheid / lichte verstandelijke beperking

Hoe mensen met een verstandelijke beperking functioneren is multifactorieel bepaald¹. Naast de criteria van de aanwezigheid van cognitieve en adaptieve beperkingen die zijn ontstaan in de jonge kinderleeftijd, is er vaak sprake van een achterstand in de emotionele ontwikkeling: de mate waarin iemand emoties begrijpt, reguleert en ermee omgaat. Dit staat los van de cognitieve intelligentie. Voorbeeld: een 40-jarig persoon functioneert cognitief op een ontwikkelingsleeftijd van 12 jaar, maar heeft (zeker bij stress) ook de emotionele behoeften van een 4-jarige zoals nabijheid en bescherming.

Kwetsbaarheid

Er is een verhoogde kans op overvraging bij deze mensen: zowel cognitief als emotioneel. Dit maakt deze groep kwetsbaarder voor het ontwikkelen van psychische klachten (trauma, verslaving of psychose). Ook somatisch is er een verhoogde kwetsbaarheid: ten gevolge van een syndroom (bijv. 22q11, Fragiel X of Down) maar ook bijvoorbeeld het verouderingsproces van de hersenen verloopt vaak anders en sneller. Het kunnen begrijpen en hanteren van gevoelens/gedachten van zichzelf en anderen verloopt moeilijker. Psychische klachten of stress kunnen zich sneller uiten via lichamelijke klachten (bijv. ALK, FNS, pijn) waardoor mensen bij de huisarts of het ziekenhuis komen.

Casus

Een jonge vrouw is verwezen naar de SGGZ vanwege somberheid, continue onrust/stress en sociale angst. Ze heeft veel rugpijn zonder medische verklaring, slaapt heel erg slecht en zit klem in dit patroon. Ze voelt zich geïsoleerd. Na 2 gesprekken blijkt dat ze speciaal basisonderwijs en praktijkonderwijs heeft gevolgd, maar nu is gestopt met haar MBO niveau 1 opleiding door haar klachten. Ze gebruikt al > 1 jaar Tramadol, vooral voor het slapengaan. Ze voelt zich vaak suf en heeft vaak dorst, ook in de nacht. Vaak wordt ze wakker met hoofdpijn. Bij navraag blijkt ze niet op de hoogte van bijwerkingen van de pijnstillers en het risico op gewenning. Ze blijkt zo'n 8 blikjes energy drink per dag te drinken, ook in de nacht als ze dorst heeft. Ze wist, tot haar eigen verbazing, niet dat er veel cafeïne en suiker zit in energy drinks: ze vond de smaak gewoon heel lekker. Na uitleg is er een afsprakenlijst gemaakt voor op de koelkast: ze stopt met de Tramadol, drinkt maximaal 2 blikjes energy drink per dag alleen tussen 10.00 – 18.00 uur, in de avond qua drinken alleen thee, water of fris zonder suiker, 's nachts alleen water. Mevrouw gaat voortvarend aan de slag en vertelt na 2 weken trots dat ze weer lekker slaapt en de pijn in haar rug bijna weg is. Ze voelt zich stukken beter en na enkele weken overweegt ze haar studie weer op te pakken. Verdere behandeling blijkt niet meer nodig.

Organisatie van zorg

Van oudsher bestaat er een scheiding tussen somatische zorg, GGZ en de gehandicaptenzorg zowel inhoudelijk als vanuit financieringsstromen. Juist mensen met een zwakbegaafd/LVB niveau vallen hierdoor gemakkelijk tussen wal en schip. Afgelopen jaren is geïnvesteerd in ontschotting van zorg en is er door onderzoek meer onderkenning van het belang van passende geestelijke gezondheidszorg². Toch blijft landelijk in de praktijk nog vaak een tekort aan passende of niet juiste zorg voor deze

mensen³, wat kan leiden tot verergering van de klachten op psychisch en lichamelijk vlak. Op de lange termijn stijgt hierdoor de zorgconsumptie: deze mensen gaan vaker naar de huisarts of specialist, gebruiken vaker medicijnen en zoeken vaker psychische hulp. Zorginstituut Nederland heeft in januari 2022 een 'Verbetersignalement Zorg voor mensen met een LVB en een gezondheidsprobleem' uitgebracht, waarvan de implementatie in volle gang is⁴.

Wat betekent dit voor de spreekkamer?

Het genoemde 'Verbetersignalement' concentreert zich met name op:

- Herkenning en screening

- Kenmerken: problemen met overzicht en plannen, moeite met verwerken van veel informatie, moeite met formuleren invullen, moeite met het opvolgen van adviezen en hierdoor vaker op het spreekuur, afspraken niet nakomen door gebrek aan overzicht, vermijden van lastige situaties, speciaal onderwijs gevolgd, problemen met zelfredzaamheid, veel ondersteuning nodig bij werk (sociale werkplaats?). Ten gevolge van overvraging, emoties van prikkelbaarheid/boosheid in de spreekkamer.
- Advies: De SCIL⁵ is een korte screener die gebruikt kan worden bij vermoeden van LVB en is gemakkelijk af te nemen door een huisarts, POH of andere zorgverlener.

- Communicatie en bejegening

- Kenmerken: taal letterlijk nemen, beperkte woordenschat en begripsvermogen, neiging sociaal wenselijke antwoorden te geven om het niet begrijpen te verbloemen.

- Advies: gebruik kortere zinnen, vermijd abstract taalgebruik/moeilijke woorden, praat niet op een 'kinderachtig wijze', praat niet 'over' maar 'met' de persoon, gebruik visuele ondersteuning, ga actief na of de informatie is begrepen en vraag deze te herhalen in eigen woorden, vermijd jargon, vraag de patiënt iemand (familie/begeleider) mee te nemen naar de gesprekken. Bel na bij veel no show of de verwachting wel helder is. Plan indien mogelijk wat meer tijd in voor een consult: vaak levert dit op de langere termijn winst op doordat de kans op no show kleiner wordt of de kans op een hoge zorgconsumptie vermindert.

Kijk op de site Pharos⁶ voor ondersteuning/voorlichtingsmateriaal voor het verbeteren van de gezondheidsvaardigheden

- Samenwerking van zorgprofessionals

- Zorg voor een warme overdracht, check of iemand aankomt bij de instantie van verwijzing, stem diagnostiek/behandeling op elkaar af, zoek overleg bij twijfel.
- Indien gewenst vraag de Medische Psychologie in het ziekenhuis voor een consult.

¹ Kenmerken en ondersteuningsbehoeften van mensen met een licht of ernstig verstandelijke beperking en ernstig probleemgedrag en psychische problematiek - NTZ

² Introductie - Psychische stoornissen en zwakbegaafdheid (ZB) of lichte verstandelijke beperking (LVB) | GGZ Standaarden

³ Passende zorg is inclusieve zorg | Advies | Raad voor Volksgezondheid en Samenleving

⁴ Passende zorg verbetertraject - Licht verstandelijke beperking en een gezondheidsprobleem (implementatiefase) | Werkagenda | Zorginstituut Nederland

⁵ SCIL - SCIL Screener voor intelligentie en licht verstandelijke beperking - Hogrefe, psychologische, testuitgeverij, boeken, tests, psychologie, psychotherapie

⁶ Laaggeletterdheid en beperkte gezondheidsvaardigheden - Pharos

De voordeur zwaait langzaam weer open

Door: Lisette Rops, psychiater, en Artwin Nuhn, voormalig manager communicatie GGzE

Ruim een jaar werkt GGzE nu met gebiedsteams. Doel: zoveel mogelijk mensen met mentale problemen in hun eigen omgeving ondersteunen, samen met zorgpartners en vrienden, familie en eventueel ook mensen uit de buurt. Dat was heel hard nodig, want de organisatie van de geestelijke gezondheidszorg liep vast. Het begin was lastig. Een tijdje hield GGzE zelfs de voordeur helemaal dicht, tot grote ergernis van veel verwijzers. Inmiddels zwaait die voordeur langzaam weer open, dalen de wachtlijsten gestaag en wijst cliënttevredenheidsonderzoek uit dat veel cliënten blij zijn met de werkwijze van nu.

Netwerkgericht werken en multispecialistische teams

Dat geldt ook voor Lisette Rops. Zij is psychiater en geeft leiding aan verschillende gebiedsteams. De meeste teams zijn gemixt en gekoppeld aan hun eigen werkgebied via postcodes. Elk team bestaat uit collega's met verschillende expertise. In totaal zijn er acht gebiedsteams en een centraal team. Samen bestrijken ze heel Eindhoven en de Kempen. Werken in zulke multispecialistische teams is ingrijpend anders dan GGzE gewend was. In de eerste plaats zien de teams alle cliënten in hun eigen werkgebied. Dat is veel praktischer. Bovendien biedt het werken in hetzelfde gebied hen de kans om gemakkelijk contact te maken met zorgpartners als huisartsen en het sociaal domein. Zo krijgen ze veel sneller dan voorheen in de gaten welke voorzieningen er zijn in de buurt. Dat is van belang. Het past immers bij netwerkgericht werken. Een deel van de ondersteuning van cliënten komt voor rekening van GGzE, maar het aandeel van anderen is net zo belangrijk of dat nu professionele zorgaanbieders, familie, vrienden of buurtgenoten zijn. "Het is goed dat huisartsen weten dat wij zo werken. Dan kunnen zij hun patiënten daarop voorbereiden", aldus Lisette.



Lisette Rops, psychiater GGzE

Herstelondersteunend werken

Verder kijken behandelaren niet alleen naar de aandoeningen van cliënten, maar nadrukkelijk ook naar hun context. Zij gaan samen met de cliënten na wat zij nog zelf kunnen en wat zij met hun behandeling en begeleiding willen bereiken. Goed genoeg is dan goed genoeg. En acceptatie kan even belangrijk zijn als het oplossen van mentale problemen. Herstelondersteunend werken heet dat. Om diezelfde reden verkennen behandelaren samen met cliënten voortaan consequent welke leefstijlinterventies zouden kunnen helpen. Daarmee sluiten zij aan bij geïntegreerde leefstijlprogramma's die veel huisartsen nu al gebruiken. Overigens werken binnen GGzE begeleidingsteams en

behandelteams nu veel meer samen. Dat waren tot voor kort echt verschillende werelden. Deze komen nu bij elkaar.

En last but not least is ook de intake echt anders.

Lisette: "Voorheen schreven wij verslag, conclusie en behandelvoorstel zonder de cliënt. Dit was wel heel erg éénrichtingverkeer. Nu staan we allemaal om een flipover en zetten de cliënt in het midden van het vel. Eerst brengen we in kaart hoe zijn of haar leven eruitziet en wie er allemaal een rol in spelen. Daarna gaan we samen na wat er goed gaat en waar hulp bij nodig is en wie die hulp zou kunnen bieden." Sommige huisartsen, die al mee hebben gedraaid met de pilot het verkennend gesprek, kennen deze werkwijze.

Door de zure appel heen

Zo moet het gaan werken. "Maar we zijn eigenlijk nog maar net begonnen, zo voelt het. Dus al die voordelen moeten we nog wel gaan oogsten", bekent Lisette. Want GGzE heeft eerst flink geïnvesteerd in haar eigen werknemers. De verandering voor hen was immers groot: nieuwe collega's, nieuwe werkplek en voor iedereen een andere werkwijze. Daarnaast hebben veel cliënten dus een andere behandelaar gekregen aangezien het niet meer uitmaakt welke diagnose je hebt, maar waar je woont.

Dat alles had tijd nodig. "Daar hebben verwijzers en cliënten echt last van gehad. Dat kreeg ik ook duidelijk terug tijdens de laatste OverEINDse dagen (nascholingsweek voor specialisten, huisartsen en andere verwijzers in Groot Eindhoven e.o., zie elders in dit nummer – redactie) waar ik veel huisartsen heb gesproken. Ik kan hun frustratie goed begrijpen en vind die absoluut terecht. Tegelijkertijd weet ik niet zo goed hoe we het anders hadden kunnen doen. We moesten door die zure appel heen. Inmiddels trekken we gelukkig weer medewerkers aan die juist voor deze nieuwe werkwijze kiezen", zegt Lisette. "De teams en de cliënten zijn nu goed geland. Daarom gaat de voordeur

weer beetje bij beetje open. Bovendien neemt de wachttijd langzaam af en is GGzE toe aan stap twee van de transitie: samenwerken met de ketenpartners in de gebieden. De kennismakingsgesprekken komen goed op gang."

Cliënten blij

Veel cliënten zijn achteraf blij met de manier waarop GGzE nu werkt. Lisette: "Dat is wat zij ons vertellen en wat we ook terugzien in de resultaten van recent cliënttevredenheidsonderzoek. Ze zijn vooral te spreken over het werken in een groep. Die principiële keuze heeft te maken met onze overtuiging dat delen van ervaringen met lotgenoten leidt tot snellere en betere behandelresultaten. Bovendien is leed samen beter te dragen dan alleen. Veel cliënten durven best bij hun huisarts of bij ons aan te kloppen voor hulp. Maar in hun privéomgeving zijn zij daar vaak gesloten over. Van tevoren wil eigenlijk bijna geen enkele cliënt graag in een groep. Achteraf zijn ze eigenlijk altijd blij met de groep en geven ze aan het meeste gehad te hebben aan het lotgenotencontact.

Een paar cijfers

- Acht gebiedsteams
- 950 cliënten in begeleiding
- 4.200 cliënten in behandeling
- 310 cliënten die tijdelijk bij GGzE wonen

Wij vragen cliënten nadrukkelijk om een bekende mee te nemen naar het intakegesprek. Het zou ontzettend fijn zijn wanneer huisartsen daar cliënten al op voorbereiden."

Specialismen behouden

Vraag is natuurlijk hoe je in het gebiedsteam-model specialistische kennis behoudt en verder laat groeien. Dat doet GGzE door enkele teams, zoals psychose en

bipolair, nog vanuit een centrale locatie te laten werken. De prevalentie is te laag om die expertise over alle gebieden te verspreiden. Ook zijn inmiddels acht kennisnetwerken opgetuigd waar alle medewerkers specifieke specialistische

kennis makkelijk kunnen ophalen. Dit noemen we een OKI (ontwikkel/onderzoek, kennis- en innovatienetwerk). Voorbeelden van verschillende OKI's zijn autisme, persoonlijkheidsproblematiek of transculturele psychiatrie.

Op de wachtlijst... en nu?

De wachtlijst neemt af, maar is nog steeds lang. Is wachten dan ook echt wachten? Niet per se, want er zijn goede alternatieven. Inwoners kunnen bijvoorbeeld terecht bij [De Stap naar Gezonder](#). Dit digitale platform voor inwoners van Eindhoven en omgeving biedt tal van tips en leefstijlinterventies. Die kunnen helpen om voor te sorteren op de uiteindelijke behandeling. Bovendien biedt GGzE online behandeling. Die is in veel gevallen net zo goed als een reguliere behandeling en men kan eerder starten. Of denk bij somberheid/depressie aan het LichtCafé. Daar is geen wachtlijst voor. Het programma biedt met name uitkomst voor mensen met somberheidsklachten. Kijk op www.ggze.nl welke mogelijkheden er nog meer zijn.

Behalve ambulante behandeling en begeleiding biedt GGzE ook klinische en forensische zorg. Elders in deze HaCaSpect lees je meer over de kliniek Neuropsychiatrie van GGzE Nestor.



Voor zelfzorg kunnen patiënten kijken op de website [De stap naar gezonder](#)

RTA's en zorgpaden; regionale samenwerking voor betere patiëntenzorg

Door: Yvonne van Oosterhout, coördinator transmurale zorg, HaCa

Uniformiteit in de regio

Voor ons, in onze complexe regio, is het uitgangspunt dat het niet zou mogen uitmaken waar je als patiënt woont, welke huisarts je hebt, in welke zorggroep die huisarts participeert of naar welk ziekenhuis verwezen wordt. De patiënt mag verwachten dat de zorg eenduidig, efficiënt en doelmatig is georganiseerd en van dezelfde goede kwaliteit is. Dat betekent dat zorgverlenende partijen afspraken moeten maken wie, wanneer, welke zorg verleent en hoe die zorg zich verhoudt tot vigerende standaarden en richtlijnen, ervan uitgaande dat dat de meest doelmatige en efficiënte zorg is.

Commissie

Ongeveer twee jaar geleden is dan ook een commissie gestart, als opvolger van de kwaliteitsraad van de Huisartsenkring, die nieuwe en grondig herziene RTA's en zorgpaden beoordeelt op haalbaarheid en implementeerbaarheid. In de commissie hebben dan ook mensen zitting genomen vanuit de vier ziekenhuizen; een specialist en een manager, een afgevaardigde namens de huisartsen (wordt uitgebreid) en een transmuraal medewerker vanuit de zorggroepen.

Begin 2025 zijn weer enkele (herziene) RTA's goedgekeurd. Onderstaand een toelichting op deze RTA's.

RTA obesitaszorg

In februari is de nieuwe RTA obesitaszorg beschikbaar gekomen. Dit is de opvolger van de RTA bariatrische zorg. In de nieuwe RTA zijn richtlijnen en indicaties voor het gebruik van medicatie bij overgewicht opgenomen. Tevens is er meer aandacht voor de oorzaken van (ernstig) overgewicht en hoe dit bespreekbaar te maken met patiënten.

We zijn volop bezig met de implementatie van de nieuwe afspraken, met name t.a.v. laboratoriumpakket en scholing in de huisartsenpraktijken worden de komende tijd nog stappen gezet om alles conform de nieuwe RTA vorm te kunnen gaan geven.

RTA's

In de regio Zuidoost Brabant worden al ruim 20 jaar Regionale Transmurale Afspraken (RTA's) gemaakt, die o.a. geborgd worden in de App RTAZOB (afspraken tussen zorgverleners in eerste- en tweedelijns, die inzichtelijk zijn via de app RTAZOB). Daarnaast maken we de laatste jaren steeds vaker integrale zorgpaden, meestal voor chronische aandoeningen. RTA's en zorgpaden zijn instrumenten om (transmurale) ketensamenwerking vorm te geven en eenduidige en samenhangende zorg vanuit patiëntenperspectief te organiseren. Het perspectief van een huisarts (vaak een diagnostisch dilemma) en het perspectief van een medisch specialist (vaak bevestigen dan wel uitsluiten van een diagnose) is in een individuele patiëntenreis verschillend. Op de scharniermomenten in de zorg vraagt dit om afstemming over wie doet wat, wanneer en waarom en hoe we daarover communiceren met elkaar en de patiënt.



RTAZOB app

U kunt de app RTAZOB downloaden in uw appstore en vindt dan een 'smoelenboek' en alle beschikbare RTA's en hun bijlagen. De RTA's zijn ook te vinden op de site van HaCa: Regionale Transmurale Afspraken - Catharina Ziekenhuis.

RTA dementie geactualiseerd

Wat is er veranderd?

Een werkgroep heeft gewerkt aan het actualiseren van de afspraken, waarbij het doel was patiënten zo vroeg mogelijk een diagnose te bieden en passende zorg te organiseren. Waar mogelijk gebeurt dit in de eerste lijn, als het nodig is wordt de tweede lijn betrokken. In deze herziene versie ligt de focus op diagnose en zorg in plaats van op de oorzaken van dementie. Dit sluit beter aan bij de huidige schaarste aan zorgprofessionals en middelen. Het uitgangspunt is: zoveel mogelijk mensen helpen, ook als de zorg soms niet optimaal kan zijn. Daarnaast bevat de nieuwe RTA:

- Rol van de zorgtrajectbegeleider/casemanager dementie.
- Proactieve zorgplanning: Dit onderwerp krijgt meer aandacht in de RTA 'Tijdig spreken over de laatste levensfase – proactieve zorgplanning'.

Met deze aanpassingen hopen we samen de zorg voor mensen met dementie verder te verbeteren.

Herziene RTA tijdig spreken over de laatste levensfase – proactieve zorgplanning

De Regionale Transmurale Afspraak (RTA) 'Tijdig spreken over het levenseinde' uit 2016 is geactualiseerd. Niet alleen de inhoud is aangepast, ook de naam is dus veranderd in 'Tijdig spreken over de laatste levensfase – Proactieve zorgplanning'.

Op tijd met mensen praten over hun wensen en wat zij belangrijk vinden in de laatste levensfase is belangrijk. Zo kunt u als zorgprofessional passende zorg geven. Deze RTA helpt daarbij. U leest bij wie en op welk moment u het beste kunt starten met proactieve zorgplanning. Welke onderwerpen u kunt bespreken en wie daarin welke rol heeft. Verder is er aandacht voor de manier waarop u behandelwensen en -grenzen vastlegt in het dossier en deze vervolgens overdraagt. De RTA is gebaseerd op de landelijke richtlijn Proactieve Zorgplanning (2023).

Plaatje Proactieve zorgplanning

RTA Diepe Veneuze Trombose (DVT) en Longembolie (LE) Sinds de eerste versie van de RTA (2019) is er voortschrijdend (wetenschappelijk) inzicht en is de NHG standaard Diepe Veneuze Trombose (DVT) en Longembolie (LE) (november 2023) verschenen. O.b.v. de NHG standaard en het feit dat diagnostiek en behandeling 24/7 uur in de 1e lijn kan plaatsvinden, kan de huisarts (acute) zorg aan een patiënt met de verdenking DVT verlenen; m.a.w. de huisarts kan regiebehandelaar zijn en blijven. Op basis van dit uitgangspunt en de hernieuwde richtlijnen zijn de regionale transmurale samenwerkingsafspraken herijkt.

Samenwerkingsafspraken DVT

Als regiebehandelaar vraagt de (dienstdoende) huisarts de diagnostiek aan bij verdenking op een DVT. De huisarts instrueert de patiënt om te starten met een DOAC bij een aangetoonde DVT. Indien de diagnostiek niet dezelfde (werk)dag kan worden afgerond met een echografie, schrijft de huisarts een hoeveelheid DOAC's (3 tabletten) voor ter overbrugging tot aan de echo. Deze voorschriften zijn mogelijk in de apotheken en de dienstapotheken dan wel medicatierobots. De internisten in de RTA werkgroep hebben aangegeven dat het risico van het slikken van een DOAC bij een negatieve echo beperkt is; de huisarts kan derhalve zelf de eerstvolgende werkdag het verdere beleid bepalen.

Dit betekent dat:

- er altijd een **spoed verwijlsindicatie** is en blijft bij verdenking op een **longembolie** en bij een DVT tijdens de zwangerschap of kraamperiode;
- de (dienstdoende) huisarts **24/7 zelf de diagnostiek en behandeling** in de acute fase bij (verdenking op) een DVT bepaalt. Verzoek is om het o6-nummer van de aanvrager

mee te geven met de aanvraag, zodat de spoeduitslag kan worden doorgebeld; alle reguliere communicatie gaat digitaal via Edifact;

- indien van toepassing, wordt de patiënt opgeroepen voor de echografie; dit kan alleen als u de aanvraag reeds hebt gedaan;
- tijdens kantooruren wordt de patiënt niet meer verwezen naar een spoedplek op de polikliniek en/of de SEH;
- in de ANW-uren wordt de diagnostiek via de HAP en de SEH georganiseerd, waarbij zoveel als mogelijk de echografie tijdens kantooruren gepland wordt.

De huisarts kan overwegen naast de gecombineerde aanvraag d-dimeer bepaling/echo ook een nierfunctie aan te vragen, zodat er een uitgangswaarde is, voordat eventuele DOAC's worden gestart. NB:

- Er zijn specifieke indicaties waarvoor de (dienstdoende) huisarts met de (dienstdoende) internist kan overleggen, telefonisch dan wel via een meekijkconsult;
- Er zijn specifieke indicaties voor verwijzing DVT parallel aan de ingezette behandeling door de huisarts.



Thuismonitoring bij COPD: dit levert het op voor patiënten én zorgverleners

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

Patiënten met COPD hoeven minder vaak naar het ziekenhuis voor controles. Dankzij het thuismonitoringsprogramma houden we op afstand de gezondheid van deze patiënten in de gaten. Het doel: beter toezicht, minder noodzaak om het ziekenhuis te bezoeken en tegelijkertijd ruimte creëren voor nieuwe patiënten om de zorg toegankelijk te houden. Hoe kijken longarts Arnoud Aldenkamp en verpleegkundig specialist Walter van Litsenburg terug?

De eerste patiënten met COPD werden halverwege 2022 opgenomen in het thuismonitoringsprogramma, waarbij verpleegkundigen de gezondheid op afstand monitoren. Patiënten vullen regelmatig vragenlijsten in. Bij afwijkende resultaten neemt het ziekenhuis contact op om, indien nodig, een behandeling aan te passen of de oorzaak van de afwijking te onderzoeken.

Uit de cijfers blijkt onder meer dat het aantal consulten per patiënt zoals verwacht is afgenomen. Arnoud: "Sommige patiënten zie ik nu pas weer voor het eerst nadat ze met het thuismonitoringsprogramma begonnen zijn. Sommigen hebben tussendoor nog regelmatig contact gehad met onze monitoringsverpleegkundigen of met de longverpleegkundigen, sommigen hebben een stabiel ziektebeeld en daar heb ik helemaal niets van gehoord, terwijl ik ze anders toch twee of drie keer ter controle had gezien."

Veilig gevoel

Wat de longarts nu van die patiënten hoort is dat ze tevreden zijn over deze nieuwe aanpak. "Het overgrote deel is erg positief. Ze voelen zich goed in de gaten gehouden en dat geeft ze een veiliger gevoel. Ondanks dat ik ze als arts minder zie." Walter: "COPD-patiënten die met thuismonitoren beginnen, krijgen de eerste twaalf weken elke week een vragenlijst. Daarna wordt dat minder. Een kleine groep geeft aan dat ze in die eerste periode meer met hun ziekte bezig zijn. Als die weken voorbij zijn, zie je ook dat zij het prettiger gaan vinden."

Laagdrempelig vragen stellen

Voor al laagdrempelig vragen kunnen stellen, blijkt volgens Walter en Arnoud een winstpunt voor patiënten. "Vragen stellen kan via de app. We bellen dezelfde dag terug, meestal al in hetzelfde dagdeel", zegt Walter.

Arnoud: "Een deel van het verlenen van zorg is het beantwoorden van vragen. Dat is echt veranderd. Patiënten willen steeds meer weten, maar vinden nu ook hun weg in de app, via e-consulten of telefonisch via het monitoringscentrum. Daardoor krijg ik veel minder vaak eenvoudige vragen tijdens de polibezoeken. Die gaan inmiddels bijna allemaal via een andere weg."



Longarts Arnoud Aldenkamp



Verpleegkundig specialist Walter van Litsenburg

Opnamen

Behalve minder bezoeken aan de polikliniek, blijkt uit de cijfers dat het aantal opnamedagen onder deze groep patiënten de afgelopen anderhalf jaar naar beneden is gegaan en dat er minder COPD-patiënten op de Spoedeisende Hulp terecht zijn gekomen. De patiënten die er wél waren, waren in minder slechte toestand omdat de signalen van achteruitgang eerder werden opgepikt.

Ruimte voor speed

Met de thuismonitoringsprogramma's, vanuit het project Zorg bij Jou, moet de zorg in de toekomst toegankelijk blijven. Thuis als het kan, in het ziekenhuis als dat nodig is. Arnoud: "Deze aanpak zorgt er nu al voor dat we meer patiënten kunnen zien, met hetzelfde aantal medewerkers. Desondanks blijft de zorgvraag hoog. En we plannen uiteraard ruimte in voor eventuele spoedgevallen. We beloven bij de start van het project dat er ruimte is voor speed en die belofte maken we waar."

COPD was in 2022 de eerste aandoening waarbij thuismonitoring mogelijk was. Inmiddels zijn dat er tien en het aantal aandoeningen waarbij dat kan, gaat nog groeien. Walter: "Een halfjaar geleden zijn we gestart met het monitoren op afstand van astmapatiënten.

Daarbij zie je vergelijkbare resultaten. Nu deze allebei zo goed lopen, zie je ook dat de overtuiging er bij alle artsen en verpleegkundigen is om dit verder uit te bouwen. Dit is een vorm om de zorg toekomstbestendiger te maken."

Op dit moment ontvangen in de zeven Santeon ziekenhuizen ruim 4.500 COPD-patiënten thuismonitoring, via de producten en diensten van Zorg bij Jou. Hierbij begeleiden en monitoren we patiënten met behulp van online vragenlijsten. Via een app worden de antwoorden op de vragenlijsten aan verpleegkundigen van een medisch service centrum (MSC) doorgegeven. Met thuismonitoren willen we zorg in de toekomst voor iedereen toegankelijk houden

Regionaal is een pilot gestart om voor een beperkte groep astmapatiënten in de eerstelijns ook thuismonitoring beschikbaar te stellen, zowel vanuit Máxima MC als vanuit het Catharina Ziekenhuis. Deelnemende praktijken zijn Medisch Centrum Hoog Bergen en gezondheidscentrum Stroomz Woensel in Eindhoven en Huisartsenpraktijk Willem van Oranje in Bladel. We informeren u na afloop van de pilot (deze loopt tot eind 2025) over de resultaten en het eventuele vervolg.

COPD | 1000 COPD-patiënten met thuismonitoring kunnen resulteren in tijd voor zorgverleners, afname van zorgvraag in het ziekenhuis en toename in kwaliteit van zorg voor de patiënt



“Kleine successen geven een positieve ervaring en dat motiveert de patiënt”

Door: Veerle van Elderen, huisarts

Huisarts Lotte Derksen (38) gelooft in de kracht van kleine stappen. In haar praktijk in Eindhoven ziet ze dagelijks hoe persoonlijke aandacht en haalbare doelen het verschil maken in de behandeling van patiënten. Al negen jaar werkt ze in huisartsenpraktijk De Pastorie, waar tijd en aandacht voor de mens achter de patiënt voorop staan. In dit interview vertelt ze waarom een positieve ervaring voor patiënten vaak begint met kleine successen – en hoe dat motiveert om vol te houden.

Wanneer ontstond jouw interesse om je meer toe te leggen op leefstijlgeneeskunde?

Tien jaar geleden ben ik samen met collega Tamara de Weijer gestart met de Vereniging voor Arts en Voeding. Later werd dit Vereniging voor Arts en Leefstijl. Na enige tijd heb ik, gezien de combinatie met de praktijk in Eindhoven, ervoor gekozen mijn werkzaamheden meer binnen deze regio te houden.

Drie jaar geleden zijn we gestart binnen zorggroep Stroomz met het ontwikkelen van een gezondheidspad Leefstijl. Dit doen we samen met specialisten uit het Anna Ziekenhuis, waarbij transmurale afspraken met de tweede lijn worden gemaakt.

Vanuit deze positie ben ik Stafarts Leefstijl voor Stroomz geworden. Ik kijk in de volle breedte van deze organisatie mee naar alles wat met leefstijl en positieve gezondheid te maken heeft. Hierbij hebben we een leefstijlvisie ontwikkeld. Daarnaast houd ik me bezig met de inhoud van nascholingen zoals bijvoorbeeld over Aanhoudende Lichamelijke Klachten.

Hoe breng je je kennis over aan patiënten?

Ik bespreek in de spreekkamer gezonde voeding, de mogelijkheid van gedragsverandering, maar ook andere aspecten van leefstijl zoals slaap, ontspanning en sociale vaardigheden die hierbij komen kijken.

Daarnaast probeer ik ook positieve prikkels te geven. Zo hebben we beweegmateriaal in de wachtkamer en doe ik regelmatig staand spreekuur. Patiënten haken hierop in, waardoor een gesprek kan ontstaan waarom bewegen van belang is voor gezondheid en preventie van chronische ziekten.

Hoe ervaren patiënten gesprekken over leefstijl? Zit er verschil in qua populatie?

Over het algemeen goed. De populatie in mijn praktijk is vrij gemiddeld. Ik merk geen verschil in reactie tussen hoog- of laagopgeleide patiënten en expats. Als je de juiste ingang vindt, is er met iedereen een gesprek mogelijk is mijn ervaring. Ik probeer hierbij geen oordeel te hebben.

Heb je tips voor andere artsen hoe dit te verweven is in consulten?

Ik plan soms extra tijd in. Maar meestal is een korte tip/opmerking, of uitleg over de invloed van leefstijl op klachten, genoeg om een zaadje te planten. Mijn patiënten zijn inmiddels gewend om op deze manier met mij als huisarts gesprekken te voeren. Ik wil patiënten meer verantwoordelijkheid laten nemen over hun eigen ziekte. Dit gaat in de toekomst de zorg ontlasten. Concreet: kies iets waar je zelf veel interesse in hebt en begin klein. Kleine successen geven een positieve ervaring en dat motiveert de patiënt. Probeer echt uit nieuwsgierigheid en oprechte interesse het gesprek aan te gaan.

Is er budget voor?

Binnen zorggroep Stroomz zijn er ondersteuningsmogelijkheden voor leefstijlprojecten. Landelijk bestaat de coalitie Leefstijl in de Zorg en zijn er vouchers beschikbaar voor grotere projecten.

Werk je samen met andere huisartsen/specialisten uit de regio?

Vanuit de werkgroep ‘Gezondheidspad Leefstijl’ nu voornamelijk met het Anna Ziekenhuis. We hopen dat we de samenwerking in de toekomst ook met de andere ziekenhuizen uit kunnen breiden.



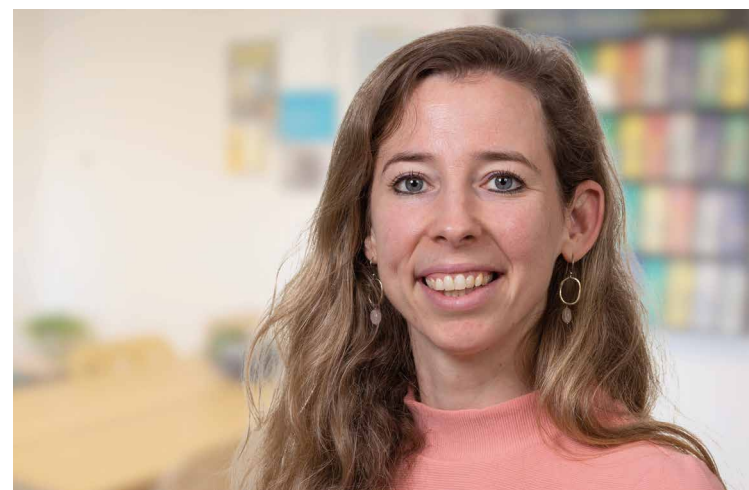
Beweegmaterialen in de wachtkamer

Zijn er aankomende nascholingen die interessant kunnen zijn?

Ik heb de afgelopen jaren veel nascholingen gegeven. Onder andere via het regionaal platform De Stap naar Gezonder. Zij organiseren ook regionale initiatieven. Voor nuttige nascholingen verwijs ik graag naar de nascholingen die de Vereniging voor Arts en Leefstijl aanbiedt. Er zijn zowel fysieke als online nascholingen beschikbaar voor zowel de eerste als tweede lijn.

Wat heeft dit speerpunt jou zelf gebracht?

Vooral veel werkplezier en voldoening! En verbinding met de patiënt, wat heel waardevol is voor ons beiden in de behandelrelatie. Investeren in op een ander manier dokteren, waarbij je veel meer náást de patiënt gaat staan en ze zelfredzamer maakt. Bespreek vanuit je eigen interesse leefstijlverandering met de patiënt. Iedereen kan een zaadje planten, zonder dat er veel extra tijd nodig is.



Lotte Derksen

Een 46-jarige man met een souvenir uit Marokko, of toch niet?

Zo nu en dan komen er patiënten voorbij waarbij achteraf de puzzelstukjes op zijn plaats vallen. De volgende casus is een interessant voorbeeld van hoe je in eerste instantie op een verkeerd spoor kan worden gezet. De reden? Een dalend bewustzijn over een ziektebeeld in combinatie met een anamnese die initieel anders deed vermoeden. Toch is herkenning van dit ziektebeeld van cruciaal belang om verspreiding te voorkomen en onnodige diagnostiek achterwege te laten.

Recente vakantie

Een 46-jarige patiënt presenteert zich op de SEH na een doorverwijzing door de huisarts. Nadat hij zich meermaals bij de huisarts heeft gepresenteerd in verband met koorts, hoesten en spierpijn in het gehele bovenlijf na een recente vakantie naar Marokko. Daarnaast heeft zich een huiduitslag ontwikkeld die begonnen is op het hoofd en zich uitbreidt naar de borst. Via de huisarts is een kuur amoxicilline voorgeschreven. Patiënt neemt paracetamol en ibuprofen tegen de koorts. Reden van insturen is nu de persisterende koorts, dyspnoe, hoestklachten met slijm en braken. Tevens is de huiduitslag inmiddels verder uitgebreid over de romp en armen/benen. Vraagstelling van insturen is: pneumonie? Op de SEH vertelt patiënt sinds 6 dagen koorts te hebben. Een dag later begon een huiduitslag aan de rechterzijde van het gezicht en heeft zich sindsdien uitgebreid tot over het gehele lichaam. Patiënt heeft geen jeuk of pijn. Ook geeft patiënt aan last te hebben van prikkende ogen zonder visusverlies. Patiënt vertelt 14 dagen geleden terug te zijn gekomen uit Marokko.

Uitgebreide diagnostiek ingezet

In het labonderzoek werden gestoorde levertest-afwijkingen en een milde CRP verhoging gezien. Een X-thorax liet geen afwijkingen zien. Influenza/Covid waren negatief. Patiënt werd opgenomen met verdenking van een infectie door een nog onbekende virale verwekker met in de differentiaal diagnose een mogelijk hepatitis beeld. Zou patiënt iets mee terug hebben gebracht uit Marokko? Uitgebreide diagnostiek werd ingezet die negatief terugkwam. Tijdens de overdracht werd patiënt besproken en mazelen geopperd als mogelijke oorzaak van de klachten. Hierop werd de vaccinatiestatus van patiënt uitgevraagd. Patiënt bleek vroeger als kind gevaccineerd te zijn in Marokko en kon niet goed aangeven welke vaccinaties hij toen heeft gehad. Een positieve IgM bepaling voor mazelen werd bevestigd door een positieve PCR voor mazelen. Patiënt bleef nog enkele dagen opgenomen waarin hij klinisch opknapte, het huidbeeld verbeterde en de levertestafwijkingen afnamen. Hierna kon de patiënt met ontslag naar huis om verder uit te zieken. De GGD werd op de hoogte gebracht voor bron- en contactonderzoek.

Besmettelijke virale infectie

Mazelen is een besmettelijke virale infectie waarbij klachten als koorts, malaise, hoesten, rhinitis en conjunctivitis op de voorgrond staan. Deze klachten worden gevolgd door exantheem. Literatuur laat een Ro (de besmettelijkheid van het virus) zien van 12-18. De Ro staat voor het reproductiegetal en geeft het gemiddelde aantal mensen dat iemand besmet weer. Ter vergelijking wordt de Ro van Covid-19 geschat tussen de 1.4 en 2.5. Om een populatie effectief te beschermen geldt een vaccinatiegraad van 92%. Mazelen is het meest besmettelijk tussen vijf dagen voor tot vier dagen na het ontstaan van de uitslag. De infectie verloopt via vier stadia: incubatie, prodromen, exantheem en herstel. De incubatietijd van mazelen is 6 tot 21 dagen met een mediaan van 13 dagen. De prodromale fase bestaat uit de klachten die de patiënt uit de casus ook liet zien namelijk koorts, hoesten, malaise en conjunctivitis. Deze klachten kunnen tot 8 dagen aanhouden. De volgende fase is de exantheem fase. Een belangrijke klinische aanwijzing zijn de zogenaamde Koplikse vlekjes die bij 30% van de patiënten voor het ontstaan van de huiduitslag aanwezig zijn. Dit zijn kleine witte vlekjes in het mondslijmvlies.

Herstel treedt op vanaf 48 uur na ontstaan van de uitslag. Hoestklachten kunnen tot 2 weken aanhouden en de huiduitslag zal ongeveer 7 dagen aanhouden. Mortaliteit is 1 op de 10.000 gevallen. Complicaties die op kunnen treden, zijn bijvoorbeeld een encefalitis. Deze komt in ongeveer 1 op de 1000 gevallen van mazelen voor. Zwangeren mits niet beschermd kunnen in zeldzame gevallen een miskraam of vroeggeboorte krijgen ten gevolge van een mazeleninfectie. In Nederland worden kinderen gevaccineerd voor mazelen volgens het Rijksvaccinatieprogramma.

Dalende vaccinatiegraad

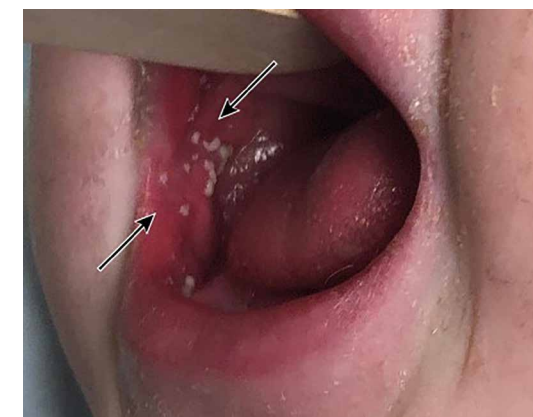
Onlangs is in het Eindhovens Dagblad een artikel verschenen dat het aantal gevallen van mazelen ook in Zuidoost Brabant snel oploopt met clusters op basisscholen. Een mogelijke verklaring is de dalende vaccinatiegraad. Zoals eerder besproken zijn mazelen zeer besmettelijk en is een vaccinatiegraad van 92% nodig om een populatie te beschermen. GGD Zuidoost Brabant presenteert regelmatig een infographic met de vaccinatiegraad landelijk, per regio en per gemeente. Deze laten al jaren een dalende trend zien waarbij de landelijke vaccinatiegraad met 86% onder de benodigde

92% valt. De gemeente Eindhoven scoort nog slechter met een vaccinatiegraad van 79.4% gemeten bij schoolgaande kinderen geboren in 2013. Ondanks de harde inzet van de GGD om deze vaccinatiegraad te verhogen lijkt deze dalende trend zich voort te zetten en zullen zich dus vaker patiënten presenteren met mazelen. Daarnaast is het goed ervan bewust te zijn dat de vaccinatie pas in 1976 opgenomen is in het Rijksvaccinatieprogramma. Voor 1965 ging het virus jaarlijks rond, dit betekent dat patiënten geboren tussen 1965 en 1976 niet beschermd zijn gezien het virus in deze jaren niet jaarlijks rondging en er nog geen vaccinatie in het Rijksvaccinatieprogramma zat.

Concluderend hebben we in Eindhoven sinds jaren te maken met een dalende vaccinatiegraad waarvan de gevolgen steeds zichtbaarder worden. Niet langer kunnen we vertrouwen op de zogeheten 'herd immunity'. Dit maakt gewaarwording onder artsen des te belangrijker om snel te handelen en zo verspreiding te voorkomen. Als laatste laat bovenstaande casus zien dat we niet alleen bij kinderen, maar ook bij volwassenen bedachtzaam moeten zijn wanneer zij geboren zijn tussen 1965 en 1976 of als kind niet zijn gevaccineerd in Nederland.



Figuur 1: Huidbeeld patiënt. Uitgebreid wegdrukbaar exantheem



Figuur 2: Koplikse vlekken. Bron: UpToDate. (z.d.).

“Ik geloof enorm in de kracht van samenwerking”

Door: Yvonne van Oosterhout, coördinator transmurale zorg, HaCa

Auteur: Margot Hoeben, afdeling Marketing & Communicatie, Catharina Ziekenhuis

Anne Damoiseaux is sinds 1 januari de opvolger van Pepijn van der Voort als medisch aanspreekpunt voor verwijzers binnen het Catharina Ziekenhuis. In dit interview vertelt ze over haar rol, haar visie op samenwerking in de zorg en haar betrokkenheid bij de eerste lijn.

Jij volgt Pepijn op als aanspreekpunt voor de verwijzers. Wat houdt die rol voor jou in?

“Dat is nog een beetje zoeken, maar in de kern ben ik vanuit de Vereniging Medische Staf het medisch aanspreekpunt voor samenwerkingsvraagstukken met de eerste lijn. Dat betekent vooral contact met huisartsen, maar bijvoorbeeld ook met specialisten ouderengeneeskunde en bedrijfsartsen. Ik zie mezelf daarbij niet als hét directe aanspreekpunt, maar meer als een meedenkende schakel binnen het ziekenhuis. Vaak zal de eerste ingang via HaCa lopen, maar als iemand mij rechtstreeks wil benaderen, dan kan dat altijd.”

Wat sprak je aan in deze rol? Waarom heb je deze op je genomen?

“We staan als zorgverleners samen voor een enorme uitdaging. De zorgvraag groeit en we moeten samenwerken om de zorg beschikbaar te houden. In de dagelijkse praktijk ervaar ik die waarde van samenwerking heel sterk. Daarnaast heb ik jarenlang onderwijs gegeven aan huisartsen via Stichting KOH en ben ik al een paar keer mee geweest op de OverEINDse dagen. Ik vind het belangrijk dat de samenwerking laagdrempelig is – het liefst zonder drempels. Alles draait erom dat de patiënt de juiste zorg op de juiste plek krijgt. In deze rol kan ik niet alleen als arts bijdragen, maar ook het grotere geheel overzien en meewerken aan verbeteringen.”

Kun je meer zeggen over hoe je de samenwerking ervaart?

“Het contact is eigenlijk altijd prettig. We werken allemaal met hetzelfde doel: de beste zorg voor de patiënt. En of je nou in de eerste of tweede lijn zit, je doet er alles aan om dat te bereiken. Ik vind het mooi om te zien hoe we daarin naar elkaar toe bewegen. Het gaat er vooral om dat we over en weer zicht- en benaderbaar zijn.”

Zijn er onderwerpen die je extra belangrijk vindt in de samenwerking met verwijzers?

“Communicatie is het allerbelangrijkst. Goede zorg begint bij duidelijke afstemming over de verwachtingen en behoeftes. Verwijzers moeten zich vrij voelen om vragen te stellen, maar ook andersom moeten wij als specialisten toegankelijk zijn. Daarnaast zie ik winst in betere informatievoorziening. Dubbel werk in diagnostiek of onnodige herhalingen in het zorgproces moeten we voorkomen. Digitalisering kan daar enorm bij helpen.”

Een eerste actie van jou ging over het onderwerp hechtingen verwijderen. Kun je daar iets over vertellen?

“We merkten dat sommige huisartsen zich onvoldoende geïnformeerd voelden over het verwijderen van hechtingen na operaties. Ze kregen patiënten op spreekuur zonder dat duidelijk was wat er precies moest gebeuren en waarom zij die zorg moesten leveren. We hebben de signalen besproken in de klankbordgroep van HaCa (platform geheten). We hebben het in kaart gebracht en besproken welke specialismen patiënten naar de huisarts verwijzen voor het verwijderen van hechtingen en agraves. Uit de bespreking bleek dat met name het gebrek aan communicatie; geen overdracht, de patiënt als boodschapper voor huisartsen heel storend zijn. De afspraak is nu dat de betreffende specialismen zorgen voor een zorgvuldige overdracht. Dit soort trajecten moeten we niet alleen starten, maar ook evalueren: is het na een half jaar daadwerkelijk verbeterd? Dat monitoren, is iets waar ik me hard voor wil maken.”



Anne Damoiseaux

In hoeverre speelt het nieuwe beleidsplan van het ziekenhuis een rol in jouw werk?

“Wij sluiten daar mooi bij aan. Het ziekenhuis richt zich de komende jaren steeds meer op regionale samenwerking. Alles wat we tijdens dit interview bespreken – betere communicatie, goede informatievoorziening, digitalisering – past in dat plaatje. In een volgende uitgave kunnen we daar meer over delen.”

Tot slot, hoe zie jij de samenwerking met huisartsen de komende jaren?

“Ik kijk er enorm naar uit! Ik hoop dat huisartsen mij, direct of via HaCa, weten te vinden. Of het nu gaat om casuïstiek, beleidsvragen of samenwerking, ik sta open voor contact. In deze rol kan ik daar nog meer inhoud aan geven.”

Over Anne Damoiseaux (45)

- Functie: Gynaecoloog en medisch aanspreekpunt voor verwijzers namens de Vereniging Medisch Staf (VMS): Lid dagelijks bestuur Medisch Specialistisch Bedrijf (MSB)
- Werkzaam bij Catharina Ziekenhuis sinds: 2015
- Bijzonderheden: Stageopleider voor huisartsen in opleiding
- Privé: Woont in Utrecht, heeft drie zoons en een partner die gynaecoloog was en nu in opleiding is tot huisarts
- Hobby: In de winter en zomer is Anne graag in de bergen. Naast tijd met gezin en vrienden doorbrengen, is Anne veel op de tennisbaan te vinden.

Heb je vragen of suggesties?

Neem contact op met Anne Damoiseaux anne.damoiseaux@catharinaziekenhuis.nl of met infohaca@catharinaziekenhuis.nl.

GGzE Nestor kliniek neuropsychiatrie

Door: Eva Tan, Christian Conrads (psychiaters),
Frans van Schijndel (klinisch neuropsycholoog),
Nicky Didden en Simone Verhaar (klinisch geriater).

Graag willen we in dit artikel de kliniek neuropsychiatrie van GGzE Nestor onder uw aandacht brengen. We willen u wijzen op de mogelijkheid om te verwijzen en de indicaties te bespreken voor een mogelijke opname.

Over ons

De kliniek neuropsychiatrie is een kliniek van GGzE met een opname-afdeling en afdelingen voor vervolghandeling, op het terrein van Landgoed De Grote Beek. Binnen onze kliniek zien we volwassenen en ouderen met cognitieve- en/of neuropsychiatrische problemen, vaak in combinatie met (ernstige) gedragsproblemen.

De genoemde problemen kunnen onder andere voortkomen uit:

- Neurocognitieve stoornissen als gevolg van langdurig alcoholgebruik, bijvoorbeeld: het syndroom van Korsakov;
- Problemen in de hersenen door een CVA, tumoren, et cetera;
- Neurodegeneratieve ziektebeelden als: M. Parkinson, de ziekte van Huntington, dementiële beelden, et cetera;
- Niet aangeboren hersenletsel in combinatie met psychiatrische symptomen.

We nemen cliënten op bij wie een diagnostische- of behandelvraag speelt op cognitief en/of psychiatrisch vlak zoals hierboven genoemd, die niet middels een ambulante traject opgepakt kan worden door de complexiteit van de problematiek.

Een opname binnen de kliniek neuropsychiatrie is tijdelijk en biedt geen uitkomst voor enkel 'zorgproblemen'.

Wie werken er?

Binnen de kliniek zijn onder andere werkzaam: een psychiater, een geriater, een klinisch neuropsycholoog, een huisarts, een GZ-psycholoog, psychiatrisch verpleegkundigen en agogen.



De afdeling werkt daarnaast intensief samen met andere zorgprofessionals zoals een fysiotherapeut, een logopedist, een ergotherapeut, een diëtiste, activiteitbegeleiders en een maatschappelijk werker.

De kliniek

De opname-afdeling van de kliniek neuropsychiatrie heeft een opnamecapaciteit van 11 bedden. De afdeling is gesloten, mensen kunnen vrijwillig worden opgenomen of met een maatregel. Op de afdeling bieden we op zorgzame wijze structuur en een vast dagprogramma. De begeleiding wordt op elke cliënt persoonlijk afgestemd. In het algemeen worden cliënten gestimuleerd zoveel mogelijk deel te nemen aan activiteiten als onderdeel van hun observatieperiode dan wel behandeling. De vervolgafdelingen van de kliniek neuropsychiatrie hebben een opnamecapaciteit van 25 bedden. Vervolgbehandeling is gesplitst in een gesloten (12 bedden) en een besloten (13 bedden) deel. Ook op deze afdeling wordt de begeleiding persoonlijk afgestemd en is doorgaans gericht op werken aan doelen om verder te stabiliseren of revalideren naar huis of een andere vervolgplek.

Opname

Tijdens een opname wordt eerst een intakegesprek gevoerd. Hierbij wordt een uitgebreide anamnese gedaan en indien geïndiceerd, lichamelijk en aanvullende onderzoeken uitgevoerd (labbepalingen, ECG, urinestick enz.). Ook wordt altijd een behandeldoelen- en wensen gesprek gevoerd. Aan de eigen huisarts of medisch specialist wordt verzocht alle relevante informatie toe te sturen in een verwijfsbrief. Afhankelijk van de hulpvraag volgt een observatieperiode of behandeling. Gedacht kan worden aan een neuropsychologisch onderzoek, nader somatisch onderzoek, onderzoek door één van de paramedici, psychotherapie of medicamenteuze behandeling.

Aan de mantelzorgers vragen we een actieve participatie. Zij worden gevraagd deel te nemen aan familiegesprekken, maar bijvoorbeeld ook om hun familielid naar een afspraak in het ziekenhuis te begeleiden en de was te doen.

Overleg voor aanmelding

Overleg over een aanmelding kan via entreeteam klinisch van GGzE Nestor via hun telefoonnummer: 040-2967855 (bereikbaar dagelijks tussen 8.00 en 16.30 uur, behalve op maandag en dan niet bereikbaar tussen 11.00 en 13.00 uur) of het mailadres: entreeklinisch@ggze.nl.

In een telefonisch overleg bespreken we de opname-indicatie, eventuele opname-doelen en, indien geïndiceerd, het verdere proces van verwijzing. Voordat we een verwijzing definitief accepteren moeten we alle relevante (medische) informatie per mail hebben ontvangen.

Soms is er een wachtlijst.

Indien de problematiek niet zodanig is dat een opname noodzakelijk is, kan altijd verwezen worden naar GGzE ambulant. Cliënten met problemen zoals in dit artikel beschreven worden verwezen naar Nestor ambulant neuropsychiatrie (huidige geschatte wachttijd tot eerste intake is 6 weken). Aanmelden of overleg kan als volgt:

- Via ZorgDomein;
- Bel op werkdagen naar (040) 296 77 66 (voor overleg met betrekking tot een nieuwe aanmelding) of;
- Stuur beveiligd een e-mail naar ZST-ambulant@ggze.nl met je contactgegevens en duidelijke verwijfsbrief.

Natuurlijk zijn er ook cliënten met andere psychiatrische problematiek dan in dit artikel beschreven. In deze HaCaSpect vindt u tevens informatie over de gebiedsteams waarnaar verwezen kan worden. Zie daarnaast www.ggze.nl voor meer informatie over onze mogelijkheden.

Groeiende rol van verpleegkundig specialisten en physician assistants: dit merkt u als verwijzer

Door: Daan van den Berselaar

In de moderne gezondheidszorg wordt steeds meer waarde gehecht aan efficiënte zorgverlening, korte wachttijden en persoonlijke aandacht voor patiënten. Het Catharina Ziekenhuis in Eindhoven heeft de afgelopen jaren flink geïnvesteerd in de inzet van verpleegkundig specialisten (VS) en physician assistants (PA). Deze relatief nieuwe beroepsgroepen spelen een steeds belangrijkere rol in het zorglandschap en vormen een waardevolle aanvulling op het team van medisch specialisten.

Verschillende rollen: juiste zorgverlener op juiste plek

Hoewel beide beroepsgroepen zelfstandige behandelverantwoordelijkheid hebben, zijn er belangrijke verschillen in hun werkerterreinen en focus. De physician assistant functioneert in het medische domein en is in het Catharina Ziekenhuis sterk vertegenwoordigd in de rol van zaalarts op de klinische afdelingen. Hier coördineren PA's de dagelijkse zorg voor opgenomen patiënten, lopen visite, stellen behandelplannen op en fungeren als eerste aanspreekpunt voor zowel patiënten als verpleegkundigen. Daarnaast zijn de PA's werkzaam op de polikliniek en op de OK.

De verpleegkundig specialist daarentegen combineert verpleegkundige en medische expertise en is in de regel vooral actief op de polikliniek. "Als VS heb ik mijn verpleegkundige achtergrond behouden, terwijl ik met name in het medische domein werk", legt Daan van den Berselaar, VS Vasculaire Geneeskunde uit. "Op de polikliniek begeleid ik patiënten met chronische aandoeningen zoals hypertensie of dyslipidemie, waarbij ik zowel aandacht besteed aan de medische behandeling als aan zaken als zelfmanagement, leefstijl en psychosociale aspecten. Deze holistische benadering wordt door patiënten zeer gewaardeerd."



Bestuur VeSPA. Meest rechts, Joska Heessels en Daan van den Berselaar

Zelfstandige behandelverantwoordelijkheid

Zowel de verpleegkundig specialist als de physician assistant heeft een zelfstandige behandelverantwoordelijkheid. In het Catharina Ziekenhuis voeren zij onder meer zelfstandig spreekuren, kleine chirurgische ingrepen en controles uit.

In het Catharina Kanker Instituut houden VS'en bijvoorbeeld zelfstandig spreekuren voor patiënten met kanker, terwijl PA's op de Intensive Care (IC) onder meer verantwoordelijk zijn voor de dagelijkse IC-zorg, spoed interventie team (SIT)-oproepen, intubaties en inbrengen van centrale lijnen. "Dit ontlast niet alleen de medisch specialisten, maar zorgt ook voor kortere wachttijden en meer continuïteit in patiëntenzorg", aldus Joska Heessels-Smetsers (VS Oncologische Neurologie).

Specialisatie en expertise

Wat deze zorgprofessionals bijzonder maakt, is hun specialisatie binnen een specifiek medisch domein. Anders dan bij arts-assistenten, die regelmatig rouleren, blijven VS'en en PA's vaak jarenlang binnen hetzelfde specialisme werkzaam. Hierdoor bouwen zij diepgaande expertise op, wat de kwaliteit van zorg ten goede komt. Juist door deze specialisatie én continuïteit, komt het voor dat u als verwijzer een patiënt verwijst naar het Catharina Ziekenhuis, maar de patiënt daar geen medisch specialist zal treffen. De patiënt wordt hierover geïnformeerd voorafgaand aan diens afspraak.

Daan van den Berselaar: "Wanneer een patiënt voor een genetische dyslipidemie wordt verwezen, ziet deze patiënt vaak geen internist. Na verwijzing doe ik de anamnese, het lichamelijk onderzoek, stel een differentiaal diagnose op en verricht aanvullend onderzoek. Na het vaststellen van een diagnose, stel ik samen met de patiënt een behandelplan op, schrijf zo nodig medicatie voor en volg patiënten zelfstandig op. Voor patiënten ben ik dan ook een vertrouwd gezicht." PA's en VS'en zijn bovendien vanwege hun diverse achtergronden gewend om interdisciplinair te werken. Zij overleggen dan ook laagdrempelig overleg met zorgverleners van andere disciplines.

Duurzame en patiëntgerichte ziekenhuiszorg

Het Catharina Ziekenhuis ziet de inzet van verpleegkundig specialisten en physician assistants als een belangrijke strategie om de toenemende zorgvraag het hoofd te bieden. Verspreid over vrijwel alle specialismen werken er momenteel 43 VS'en en 29 PA's

in het ziekenhuis, waarvan enkelen nog in opleiding zijn. "We merken dat de tevredenheid onder patiënten toeneemt, doordat ze meer tijd en aandacht krijgen en een vast aanspreekpunt hebben. Tegelijkertijd kunnen onze medisch specialisten zich richten op complexere zorg. Dit is de toekomst voor een duurzame en patiëntgerichte ziekenhuiszorg", concludeert Heessels.

Samenwerking versterken

Mocht uw patiënt gezien zijn door een VS of PA, stelt de betreffende zorgverlener u ook per brief op de hoogte van het contact. Dit is niet anders dan u gewend bent van onze medisch specialisten. De VS en PA uit het Catharina Ziekenhuis versterken graag de samenwerking met collega's uit de regio. Heeft u vragen aan onze VS of PA, neem dan gerust contact met hen op. Voor directe contactgegevens en meer informatie over de specifieke werkzaamheden per afdeling kunnen patiënten en zorgverleners terecht op onze website www.catharinaziekenhuis.nl.

Robotchirurgie bij knieprotheses: precisie en maatwerk in het Catharina Ziekenhuis

Door: Robin van Kempen, orthopedisch chirurg

Orthopedische chirurgie heeft de afgelopen decennia een indrukwekkende evolutie doorgemaakt. Sinds de eerste plaatsing van een knieprothese in 1968 zijn de technieken en materialen verfijnd, waardoor patiënten wereldwijd hun mobiliteit hebben kunnen behouden. Toch is niet iedereen tevreden met het resultaat. Ongeveer twintig procent van de mensen met een knieprothese ervaart blijvende functionele beperkingen en een afwijkend gevoel in de knie. Binnen het Catharina Ziekenhuis Eindhoven (CZE) wordt daarom gewerkt met robotchirurgie om de precisie van de plaatsing te verbeteren en zo de uitkomsten voor patiënten te optimaliseren.

Traditioneel werd bij het plaatsen van knieprotheses gebruikgemaakt van mechanische uitlijning. Uit onderzoek blijkt echter dat bij ongeveer zestig procent van de patiënten de natuurlijke biomechanica van het kniegewricht hierdoor blijvend wordt verstoord. Dit kan leiden tot een onnatuurlijk gevoel en minder tevredenheid over het eindresultaat.



Realtime 3D mapping van het femur

Een moderne benadering is de zogenaamde kinematische uitlijning. Hierbij wordt de prothese zo geplaatst dat de natuurlijke bewegingen en krachten in de knie zo goed mogelijk worden nagebootst. Dit vraagt om een zeer nauwkeurige plaatsing, waarbij robotica en computerondersteunde navigatie een doorslaggevende rol spelen.

Robotchirurgie: een nieuwe standaard?

Hoewel robotnavigatie nog in ontwikkeling is, tonen studies aan dat de nauwkeurigheid van de plaatsing aanzienlijk verbetert met deze technologie. Maar er zijn ook nog vragen zoals: Hoe ziet de optimale prothesepositie eruit om de functionaliteit, het gevoel én de levensduur van de prothese zo goed mogelijk in balans te brengen? Daarnaast is het nog onduidelijk of deze technologische vooruitgang daadwerkelijk zal leiden tot een hogere patiënttevredenheid op de lange termijn.

Een veelvoorkomend misverstand is dat de robot de operatie volledig autonoom uitvoert. In werkelijkheid ondersteunt de technologie de chirurg bij de procedure, maar blijft de specialist zelf verantwoordelijk voor alle beslissingen. Het systeem werkt als een geavanceerde navigatietechniek die een 3D-model van het kniegewricht genereert, rekening houdend met de beenas, de heuprotatie en de stabiliteit van de kniebanden. Op basis van deze gegevens wordt een digitale operatieplanning gemaakt, waarna de computergestuurde frees de prothese met een nauwkeurigheid van 0,5 graden kan plaatsen.

Keuze voor realtime 3D

Momenteel zijn er verschillende robotnavigatiesystemen op de markt, elk met hun eigen voor- en nadelen. Sommige systemen werken met vooraf gemaakte CT- of MRI-scans, terwijl andere gebruikmaken van realtime 3D-mapping. Binnen het Catharina Ziekenhuis is bewust gekozen voor dat laatste systeem. Dit biedt diverse voordelen:



Vlnr Orthopedisch chirurgen Remco van Wensen en Robin van Kempen tijdens TKP procedure

- Er is geen extra stralingsbelasting of kostbare beeldvorming nodig voorafgaand aan de operatie.
- De natuurlijke balans van de knie kan beter worden gereproduceerd op basis van de eigen weke delen van de patiënt.
- Dit systeem is het enige op de markt dat ook bij revisieoperaties kan worden ingezet.

Pioniers in complexe prothesiologie

Het Catharina Ziekenhuis heeft als STZ-centrum (Samenwerkende Topklinische Ziekenhuizen) een vooraanstaande rol op het gebied van complexe prothesiologie en revisiechirurgie. Er worden steeds meer patiënten met gecompliceerde afwijkingen doorverwezen, waarbij de standaardtechnieken niet altijd een betrouwbare oplossing bieden.

Voor deze complexe primaire en revisiepatiënten is een voorspelbare en nauwkeurige techniek noodzakelijk. Daarom loopt CZE voorop in de ontwikkeling van robotgenavigeerde revisieoperaties en draagt het bij aan de verdere innovatie op nationaal en internationaal niveau.

De toepassing van robottechnologie bij knieprotheses staat nog in de kinderschoenen, maar de eerste resultaten zijn veelbelovend. Met verdere ontwikkelingen en onderzoek zal de komende jaren moeten blijken of deze techniek daadwerkelijk leidt tot een hogere patiënttevredenheid en een betere functionaliteit op de lange termijn. Het Catharina Ziekenhuis blijft hierin een voortrekker, met als doel iedere patiënt de best mogelijke zorg en mobiliteit te bieden.

'Morgen Gezond Weer Op Kaart' wordt 'De STAP naar gezonder kaart'

Door: Jim Steenbakkers, Projectleider Precies!

De 'Morgen Gezond Weer Op Kaart' krijgt een nieuwe naam en heet voortaan de 'De STAP naar gezonder kaart'. Deze verandering markeert een belangrijke stap in de doorontwikkeling van het initiatief, waarbij de focus wordt verbreed en beter aansluit op de behoeften van inwoners in alle levensfasen. Met deze naamswijziging willen we de toegankelijkheid en herkenbaarheid vergroten, zodat het goede gesprek over gezondheid en welzijn eerder en breder gevoerd kan worden. Het is namelijk een belangrijke regionale ambitie om het goede gesprek over gezondheid eerder in het leven te voeren.

Bredere focus op alle leeftijdsgroepen

Oorspronkelijk richtte de 'Morgen Gezond Weer Op Kaart' zich op ouderen, met als doel hun sociale netwerk en ondersteuningsmogelijkheden in kaart te brengen. Gebruikers vulden de kaart in om inzicht te krijgen in belangrijke contacten en beschikbare hulpbronnen voor hun welzijn. De nieuwe naam, 'De STAP naar gezonder kaart', benadrukt de bredere focus op alle leeftijdsgroepen en sluit aan bij de beweging 'De STAP naar gezonder'. Deze beweging streeft ernaar om inwoners van de regio Eindhoven - De Kempen te ondersteunen bij het zetten van stappen naar een gezonder leven, ongeacht hun leeftijd. Door de focus te verleggen naar alle leeftijdsgroepen, worden preventie en vroegtijdige bewustwording gestimuleerd, bevorderen we gezondheid en geluk proactief én brengen we vraag en aanbod op één herkenbare plek bij elkaar.



Wat biedt de 'De STAP naar gezonder'-website?

Op de vernieuwde website van 'De STAP naar gezonder' kunnen patiënten via een online tool eenvoudig aanbod vinden dat aansluit bij hun persoonlijke hulpvraag en woonplaats. Door enkele stappen te doorlopen, zoals het aangeven van hoe men zich voelt, genereert de gesprekstool een gepersonaliseerd overzicht van activiteiten en hulpmiddelen in de buurt. Deze kunnen variëren van het vinden van een wandelclubje tot informatie over hulpmiddelen die zelfstandig wonen ondersteunen. De website biedt ook informatie over plekken in de buurt waar inwoners een goed gesprek kunnen voeren over hun geluk en gezondheid, voor het geval ze niet precies weten waar hun hulpvraag ligt of hoe ze moeten beginnen. Soms is een luisterend oor namelijk de eerste stap naar een betere balans.

Wat betekent dit voor u als zorgprofessional?

Als verpleegkundige, medisch specialist, arts-assistent of huisarts biedt deze ontwikkeling u een extra instrument om patiënten te ondersteunen bij het verbeteren van hun gezondheid en welzijn. Door patiënten te wijzen op de 'De STAP naar gezonder kaart' en de bijbehorende online gesprekstool, kunnen zij zelfstandig of met minimale begeleiding stappen zetten naar een gezonder leven. Dit bevordert niet alleen de eigen regie van patiënten, maar kan ook bijdragen aan preventie en het verminderen van de druk op de zorg.

Wij nodigen u uit om deze tool te verkennen en te overwegen hoe deze geïntegreerd kan worden in uw werk. Samen kunnen we werken aan een gezondere en gelukkigere regio.

Precies! de juiste zorg

De doorontwikkeling kwam tot stand vanuit het regionale programma Precies! in samenwerking met 'De STAP naar gezonder'. Precies! is een samenwerking van ruim 40 organisaties in de zorg en het sociale domein in Zuidoost-Brabant. Herkenbaarheid tussen gesprekken en methodes en een proces met de juiste inbedding in zorg- en welzijn zijn belangrijke uitgangspunten voor ons. Uiteindelijk moet het goede gesprek ervoor zorgen dat bewustwording rondom gezondheid, en de keuzes die ouderen daarin maken, eerder plaatsvindt.

Wilt u op de hoogte blijven van het werk van Precies!? Meld u dan aan voor de nieuwsbrief via www.preciesdejuistezorg.nl



Precies!
DE STAP naar Sterk Ouder Worden

Wat is de gesprekskaart 'De STAP naar gezonder'?

De gesprekskaart is een praktisch hulpmiddel dat mensen helpt om stil te staan bij zes belangrijke leefgebieden die invloed hebben op hun geluk en gezondheid. Elk gebied bevat kernwoorden die uitnodigen tot reflectie: hoe gaat het op dit moment, waar gaat het goed en waar is misschien nog winst te behalen? Door elk gebied een cijfer, smiley of plus/min te geven, ontstaat overzicht en inzicht in wat iemand belangrijk vindt en waar ruimte is voor verbetering. Daarnaast kunnen mensen per gebied namen en telefoonnummers noteren van mensen of organisaties die hen kunnen ondersteunen – én andersom: aangeven voor wie zij zelf van betekenis kunnen zijn. 'De STAP naar gezonder'-kaart stimuleert het gesprek met naasten en professionals en helpt om samen stappen te zetten richting meer geluk en gezondheid.



Website de STAP naar gezonder.



Website van Precies!

Inspirerende dagen en waardevolle contacten in de sneeuw

Door: Bart van Nuenen, neuroloog en bestuurslid OverEIND en Yvonne van Oosterhout, coördinator transmurale zorg, HaCa

Van 15 t/m 18 januari 2025 vonden de 24e OverEINDse dagen plaats. Het was weer een mooie editie, met een grote variëteit aan onderwerpen bij de inhoudelijke voordrachten, een gemêleerde groep deelnemers en leuke activiteiten op de twee vrije middagen. Het feit dat er sneeuw lag en de zon volop scheen, maakte de beleving nog meer af. Dat het een gewaardeerde editie was blijkt ook wel uit de evaluatie, de deelnemers gaven de dagen een 8,8 als rapportcijfer!

Een korte samenvatting van enkele sessies:

- Samenwerking in ouderenzorg: in deze workshop werd duidelijk dat er de laatste jaren veel meer mogelijkheden voor acute opname bij ouderen bijgekomen zijn. Daarbij is het natuurlijk helpend om elkaars (on)mogelijkheden te kennen bij opname/acute zorgvraag. De oproep was om laagdrempelig te schakelen, want met afstemming is meer mogelijk dan je denkt.



- Voedselallergie: aan de hand van casussen werden de volgende boodschappen duidelijk:
 - Bij anafylaxie geef adrenaline i.m.
 - Sensibilisatie ≠ allergie
 - Vraag voedingsanamnese goed uit
 - Over niet IgE gemedieerde allergie groeien patiënten meestal snel heen
 - Vroege introductie van allergene voedingsmiddelen en goede eczeem behandeling voorkomen voedselallergie
 - Herken FPIES, een zeldzame reactie bij jonge kinderen.
- Vapen: hier kregen de deelnemers meer achtergrondinformatie en werd eens te meer duidelijk hoeveel impact het puberbrein heeft op verslaafd raken en hoeveel het puberbrein lijdt onder deze verslaving; het verandert onherstelbaar. De praktische tips die gegeven werden: gebruik tools zoals de Quidy-app en ikstopnu.nl, volg de Trimbos-richtlijnen voor stoppen met vaperen, werk samen om triggers en moeilijkheden te identificeren, bied als zorgverlener opvolging aan met regelmatige check-ins.
- Duurzaamheid: waarbij in het oog springende projecten waren: de verandering van de instellingen van de luchtzuivering in OK's van MMC, reductie van het aantal huisartsen gastroscopieën (-65% in november 2024 t.o.v. november 2023 in CZE), het afschaffen van een deel van de laagrisico Barrett surveillance en de mogelijkheden om duurzaamheid in de huisartsenpraktijk te vergroten.
- Kindermishandeling en huiselijk geweld: de kernboodschappen waren 'Leg vast' en 'Draag over' en als vastleggen lastig voelt, kan telefonisch overleggen laagdrempeliger.
- Leefstijl(gesprek): in deze workshop kwamen hele concrete tips naar voren, zoals vraag toestemming om het over leefstijl te hebben 'Vindt u het goed dat ik u wat uitleg over de relatie tussen uw klacht en (uw) leefstijl?' En ga niet adviseren, maar laat de patiënt concretiseren, stel vragen als: 'Wat wilt u bereiken?', 'Hoe wilt u dat gaan bereiken?', 'Hoe groot is de kans van slagen, op een schaal van 1 tot 10?' en 'Wat kunnen valkuilen zijn?' en 'Wie kunt u vragen om hulp of ondersteuning?'



Naast deze selectie van onderwerpen waren er nog meer interessante workshops. Gesproken werd o.a. over coeliakie, de mogelijkheden van een spoedplein in de regio, screening op baarmoederhalskanker, medicatie-overdracht, de regiovisie. Alle presentaties en bijbehorende literatuur zijn te vinden op de website van HaCa.

Afspraken

Enkele van de onderwerpen krijgen ook een vervolg om na te gaan of we de samenwerking nog verder kunnen verbeteren, dat is onder meer het geval bij het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker waarbij de vraag was of de opvolging van de afwijkende uitstrijkjes in het ziekenhuis of in de eerstelijns plaats kan vinden. Ook gaan we op basis van de sessie over paarse krokodillen een regionale afspraak voorbereiden over het proces rondom medicatiewijzigingen. Want op termijn gaan koppelingen tussen IT-systemen hier mogelijk wel verbetering in brengen, maar tot die tijd zal dit meer onderlinge communicatie vragen.

Feest

Traditiegetrouw werd de vrijdagavond afgesloten met een feest. Gekleed in dirndl en lederhosen werd gedineerd in een après-ski hut op de berg, waarna de traditionele pubquiz plaatsvond en de avond afgesloten werd met een après-ski feest.

Volgende OverEINDse dagen

In 2026 gaan we een lustrumreis maken; de 25e OverEINDse dagen! Voor de zomervakantie worden de datum en locatie bekend en verzenden we de call for abstracts. Bij deze dus de oproep: Denk alvast na over passende transmurale onderwerpen en zoek de samenwerking op. Dan maken we van de lustrumreis een extra speciale en wederom geslaagde reis!



Link naar de presentaties en literatuur.

Betere zorg door slimmere capaciteitsplanning in het ziekenhuis

Dankzij de implementatie van de innovatieve RTDC-methodiek (Real-Time Demand and Capacity Management) verloopt de doorstroming van patiënten in het Catharina Ziekenhuis effectiever. Het gevolg: minder leegstaande bedden, minder patiënten die overgeplaatst worden en minder uitgestelde operaties.

RTDC is simpel gezegd een methode die dagelijks de vraag en capaciteit van ziekenhuisbedden in kaart brengt en optimaliseert. Het belangrijkste moment van deze methode is de dagstart, waarbij verpleegkundigen en andere zorgprofessionals samenkomen om vraag en capaciteit te bespreken en op elkaar af te stemmen. Hierdoor kan direct actie ondernomen worden om problemen te voorkomen en de zorg efficiënter te organiseren.

Meer lezen:



Patiënten krijgen na CT-scan met contrastvloeistof een plaszak mee

Door de plaszak te gebruiken bij toiletbezoek, voorkomen patiënten dat de contrastvloeistof via urine in het riool terechtkomt. En dat is natuurlijk beter voor het milieu.

Hoewel de vloeistof op zichzelf niet direct schadelijk is, kunnen de afbraakproducten in combinatie met andere stoffen in het water wel negatieve effecten hebben. In het Catharina Ziekenhuis worden jaarlijks zo'n 16.000 CT-scans met contrastvloeistof uitgevoerd. Iedere patiënt krijgt voortaan vier plaszakken mee, waarin een stof zit waardoor de urine direct stolt en via het restafval weggegooid kan worden. Verbranden is een stuk minder schadelijk dan afvoeren via het riool.

Meer lezen:



25 jaar ECT in het Catharina Ziekenhuis: van controversieel tot levensreddend

Op 25 april 2000 werd de eerste ECT behandeling toegepast, in een tijd dat er veel te doen was over de elektroconvulsietherapie. "Er waren protesten bij ziekenhuizen en er werden Kamervragen gesteld. Het lag maatschappelijk heel gevoelig", zegt psychiater Mark Scherders. Inmiddels is de therapie niet meer weg te denken in de psychiatrie. We behandelen hiermee jaarlijks zo'n 60-75 patiënten in ons ziekenhuis.



Hoe werkt de nieuwe Regionale Antibioticacommissie?

Sinds kort is de Regionale Antibioticacommissie officieel aangesteld door de Raden van Bestuur van het Catharina Ziekenhuis en het Máxima MC.

De commissie stelt richtlijnen op voor het gebruik van antimicrobiële middelen in beide ziekenhuizen. Ze bestaat uit minimaal negen leden, waaronder artsen-microbiologen, ziekenhuisapothekers, internist-infectiologen, een kinderarts, een chirurg en een intensivist.

Leefstijlverandering verkleint kans op tweede ingreep bij boezemfibrilleren met bijna de helft

Soms zelfs helemaal geen behandeling meer nodig

Werken aan een gezonde leefstijl voorafgaand aan een ablatiebehandeling voor boezemfibrilleren kan het verschil maken tussen één succesvolle eerste ingreep of een noodzakelijke tweede behandeling na verloop van tijd. Uit onderzoek in het Catharina Ziekenhuis, o.l.v. Lukas Dekker cardioloog en hoogleraar, blijkt dat patiënten die hun leefstijl verbeteren vóór een katheterablatie tot 45 procent minder kans hebben op een tweede ingreep. In sommige gevallen zorgt een leefstijlaanpassing er zelfs voor dat er geen behandeling meer nodig is.

Meer lezen:



Acute dystonie - Wat je niet kent, zie je niet Een bijwerking van droperidol tegen misselijkheid

Door: Eline Laumen (ANIOS SEH),
Lotje Emmen (SEH arts), Marieke Kerskes
(ziekenhuisapotheker)

Casus

Recent zagen wij op de Spoedeisende Hulp een patiënte met een opvallende bijwerking op droperidol.

Een 25-jarige vrouw meldde zich met algehele malaise, misselijkheid, braken en diarree na een vakantie op een Caribisch eiland. Vanwege ADHD gebruikte zij venlafaxine, verder was de voorgeschiedenis blanco.

Vanwege misselijkheid kreeg zij 1,25mg droperidol intraveneus toegediend. Enkele minuten later alarmeerde de verpleegkundige in verband met acute spraakstoornissen. De patiënte had een dysartrische spraak. Zij had een oncomfortabel krampend gevoel in de tong en voelde zich angstig. Bij het lichamenlijk onderzoek waren op dat moment nog geen afwijkende bevindingen. Kort daarna ontstonden onvrijwillige bewegingen van de tong en werd gedacht aan acute dystonie bij droperidol. Bij navraag had zij ook een onrustig gevoel in haar hele lichaam. Nog enkele minuten later ontwikkelde patiënte een torticollis en spierkrampen in haar benen. Na toediening van biperideen (akineton) 5mg verdwenen de klachten binnen enkele minuten volledig. Ook de spraak was volledig hersteld.

Omdat deze bijwerking optrad bij slechts een lage dosis droperidol werd overlegd met de ziekenhuisapotheker over de mogelijkheid van een CYP defect. De verdenking hierop werd nog versterkt, doordat er ook een interactie met venlafaxine (thuismedicatie) kan zijn. Bij navraag bleek onze patiënte in het verleden ook zeer frequent bijwerkingen ervaren te hebben van psychofarmaca. Farmacogenetisch onderzoek werd ingezet.

Uiteenzetting

Acute dystonie is een potentieel ernstige extrapiramidale bijwerking van onder andere antipsychotica, anti-emetica en sommige antidepressiva. Mits herkend is dit goed en eenvoudig te behandelen. Symptomen kunnen variëren van mild ongemak tot ernstige bedreiging van de luchtweg. Het kan bij verschillende spieren voorkomen en leiden tot oncontroleerbare bewegingen van de ogen, oogleden of tong, of spierspasmen geven van de nek, rug of ledematen, maar kan tevens ook zorgen voor laryngospasme, met ademhalingsproblemen tot gevolg. Deze bijwerkingen zijn oncomfortabel en soms beangstigend voor de patiënt. Door het soms bizar ogende beeld wordt niet altijd aan een bijwerking van medicatie gedacht.

Acute dystonie wordt veroorzaakt door een verstoring van de dopamine-acetylcholine-balans in de basale ganglia. Hoewel milde extrapiramidale symptomen vaak voorkomen in de eerste dagen na starten van antipsychotica (bij ongeveer 1 op de 3 patiënten), is acute dystonie als bijwerking van droperidol relatief zeldzaam, met een incidentie van 0,1 tot 1%. Droperidol is een dopamine D₂ receptorantagonist en wordt onder andere in lage dosering gebruikt als anti-emeticum. Bij patiënten van 10-19 jaar is het risico op acute dystonie hoog, en daalt lineair met de leeftijd tot 45 jaar. Het ontwikkelen van acute dystonie boven de 45 jaar is zeldzaam. De behandeling van acute dystonie bestaat uit het geven van biperideen (akineton). Snelle verlichting van symptomen na toediening van biperideen bevestigt de diagnose. Het mechanisme van biperideen (een muscarine-antagonist) berust op het herstellen van de

dopamine-acetylcholine-balans in de ganglia. Patiënten met een verminderd actief CYP_{2D6} hebben een verhoogde kans op het ontwikkelen van extrapiramidale

stoornissen. Bij onze patiënte werd inderdaad een verminderd effectief CYP_{2D6} gevonden bij het ingezette farmacogenetisch onderzoek.

Deze casus onderstreept het belang van bewustzijn onder artsen en verpleegkundigen over zeldzame, maar potentieel ernstige bijwerkingen van anti-emetica zoals droperidol. Acute dystonie kenmerkt zich door onvrijwillige bewegingen en spierstijfheid, en is adequaat te behandelen met biperideen. Vroege herkenning voorkomt het ontstaan van ernstigere klachten.

Overweeg deze diagnose ook bewust bij een patiënt die na medicatietoediening 'vreemd gedrag' vertoont of bij wie (ten onrechte) gedacht wordt aan aanstellerij. Daarnaast kan farmacogenetisch onderzoek overwogen worden bij onverwachte bijwerkingen van anti-emetica of antipsychotica, aangezien de resultaten hiervan waardevol kunnen zijn voor toekomstig medicatiebeleid.

Catharina Ziekenhuis stimuleert patiënten om in beweging te blijven voor, tijdens en na opname

Door: Ankie van Hezewijk, afdeling Marketing & Communicatie, Catharina Ziekenhuis

Uit wetenschappelijk onderzoek blijkt dat patiënten in ziekenhuizen gemiddeld meer dan 80% van de tijd in bed liggen en maar een korte tijd staan of lopen (3-5%), vaak zonder dat hiervoor een medische noodzaak is. Fysieke inactiviteit en (onnodige) bedrust zorgen voor vermindering van spierkracht, afname in fysieke conditie en een verhoogd risico op complicaties.

Hierdoor moeten patiënten onnodig langer in het ziekenhuis verblijven. Dit heeft ook een nadelig effect op de opnameduur, de doorstroom, de zorgwaarde en op de belasting op de zorgprofessionals. Daarnaast heeft inactiviteit een negatieve invloed op de ADL-onafhankelijkheid van de patiënt na de ziekenhuisopname en de kwaliteit van leven. Om deze negatieve invloeden te verminderen, zetten we ons met het project Beweeg je beter samen in om patiënten te stimuleren meer te bewegen.

Wat is het doel?

Het doel is om beweging als integraal onderdeel van de ziekenhuiszorg te implementeren, waarbij patiënten, zorgprofessionals en bezoekers een vernieuwde benadering van zorg omarmen. Dit houdt in dat patiënten actief bijdragen aan het eigen herstel door middel van aangepast verwachtingsmanagement. In plaats van passief te 'liggen', nemen patiënten een actieve rol in hun herstelproces en krijgen zij meer regie over hun gezondheid. Dat vraagt iets van patiënten, medewerkers en bezoekers en van het gesprek dat patiënten vooraf hebben met hun arts en hun verwijzer.

Wat doen we concreet?

- De informatievoorziening verbeteren voor opname. Waar heeft de patiënt zelf invloed op en wat kan de patiënt zelf doen?
- Bewegen bespreekbaar maken voor, tijdens en na opname, dus ook al bij het eerste bezoek op de polikliniek.
- Het belang van bewegen stimuleren tijdens opname, van de opnamegesprekken tot de artsensites.
- Ervoor zorgen dat bewegen onderdeel is van de dagstructuur van patiënten. Eten aan tafel of in de huiskamer, wandelen op de gang of oefenen in de beweeglounge.
- Beweeginterventies implementeren op de verpleegafdelingen zoals beweegborden, beweeglounges en looproutes in het ziekenhuis.

Waarom ook voor u als verwijzer relevant?

Het is van belang dat patiënten tijdens hun opname, maar ook vóór en ná opname voldoende blijven bewegen om nadelige gevolgen te voorkomen en de zelfredzaamheid te optimaliseren. Dit draagt bij aan toekomstbestendige zorg.

Als verwijzer kunt u in een gesprek voor opname de patiënt al informeren en stimuleren tot bewegen. Zo gaan we de risico's van inactiviteit gezamenlijk tegen, waardoor de patiënt met een andere verwachting naar het ziekenhuis komt en in een gelijke of betere conditie het ziekenhuis verlaat.

Samen maken we bewegen vanzelfsprekend – thuis en ook in het ziekenhuis.

Beweeg je beter!

Meer informatie vindt u op onze website op de pagina [Bewegen vóór opname in het ziekenhuis - Catharina Ziekenhuis](#).



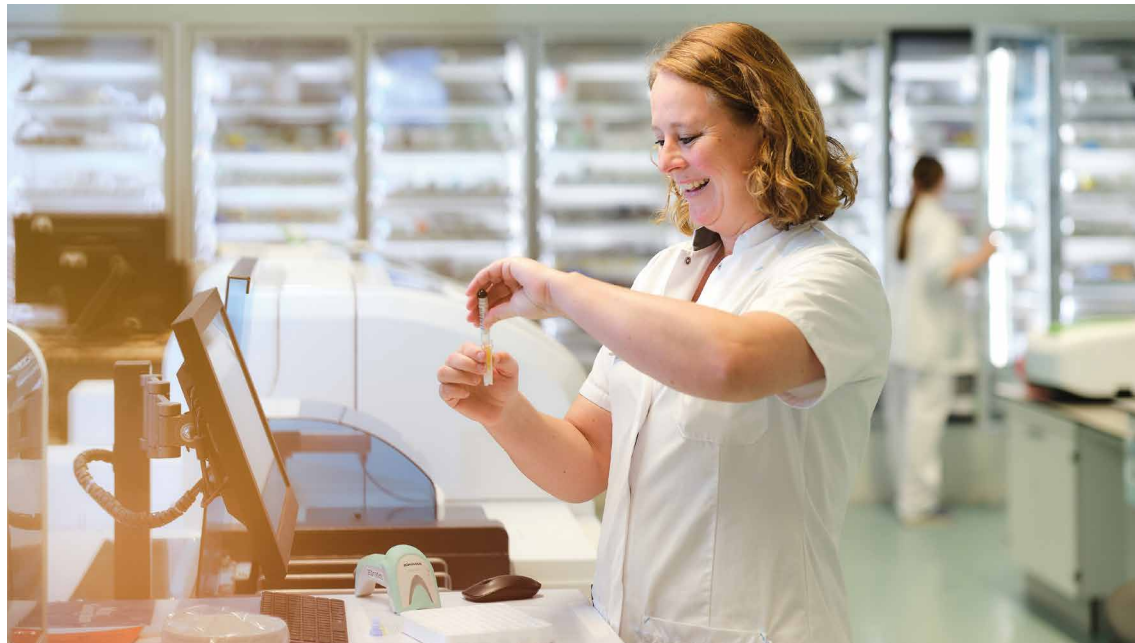
Karin Vorstenbosch, Daphne Hanegraaf, Silvie van de Calseijde

Klinische laboratoria van het Catharina en Anna zetten belangrijke stap in samenwerking

Samenwerking tussen zorgaanbieders is essentieel voor het blijven leveren van kwalitatief goede zorg aan patiënten. Een van de gebieden waar winst te behalen valt, is de uitwisseling van patiëntinformatie. In Zuidoost Brabant zetten we daarom een grote stap richting een gezamenlijk laboratorium informatiesysteem, dat de uitwisseling van laboratoriumuitslagen tussen zorgverleners in de toekomst aanzienlijk vergemakkelijkt.

Sinds 18 maart werken de klinische laboratoria van het Anna Ziekenhuis en Catharina Ziekenhuis samen in het gezamenlijke GLIMS-systeem, waardoor de manier van werken tussen beide ziekenhuizen nu gestroomlijnd en uniform is. Deze stap maakt niet alleen het proces efficiënter voor zorgprofessionals, maar biedt ook voordelen voor huisartsen, die veel laboratoriumonderzoeken aanvragen. De uitslagen van beide ziekenhuizen worden nu op dezelfde manier gepresenteerd, met uniforme referentiewaarden, wat de samenwerking aanzienlijk vereenvoudigt.

Dit komt de zorg voor patiënten ten goede. Door samen diagnostische gegevens uit te wisselen en samen te werken verbeteren zorgpartijen de kwaliteit van zorg nog verder.



Column

DIE ENE PATIËNT –

In mijn laatste jaar als AIOS werkte ik wekelijks mee aan het zogenaamde dilatatieprogramma. Hierbij ondergaan patiënten met een vernauwing in de slokdarm een endoscopie om de slokdarm op te rekken. Vaak zijn er meerdere behandelingen nodig. Elke oprekking vergroot het risico op een perforatie.

Tijdens zo'n programma kreeg een patiënt, die al vaker was behandeld, inderdaad een perforatie. Ik ben meteen naar hem toegegaan. Ik heb uitgelegd wat er was gebeurd, de behandeling opgestart en hem goed opgevolgd.

Toen de patiënt hersteld was en opnieuw een dilatatie nodig had, zei hij dat hij dit alleen nog door mij wilde laten doen. Mijn directe aanwezigheid en de open, eerlijke communicatie hadden zijn vertrouwen juist versterkt.

Deze ervaring heeft mij veel geleerd over hoe belangrijk vertrouwen is in de relatie met je patiënt. Ik gebruik dit voorbeeld nog steeds in de opleiding van onze AIOS. Als er iets misgaat of als er een complicatie ontstaat, is het essentieel dat je als arts naast je patiënt gaat staan. Wees open, wees duidelijk. Draai er niet omheen en steek je kop niet in het zand. Alleen dan behoud je het vertrouwen en versterk je de behandelrelatie.

Wouter Curvers, MDL-arts

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

17 juni en 16 september, 21 oktober,
25 november en 16 december
Tijd 17.45 – 19.45 uur

Het doel van deze nascholing is deskundigheidsbevordering voor huisartsen en andere verwijzers en het verbeteren van de communicatie en afstemming tussen de eerste en tweede lijn. Zowel huisartsen als specialisten dragen onderwerpen aan. Specialistinnen verzorgen deze nascholing aan de hand van casuïstiek en na voorbereiding met de huisartscoördinator. Op de website van HaCa www.catharinaziekenhuis.nl/haca of de QR code is te zien over welke onderwerpen we scholingen verzorgen en kunt u zich aanmelden.

