


HA Ca Spect

- 
- 4 Het Netwerk Boezemfibrilleren
 - 16 Symposium nierziekten
 - 24 Geïntegreerde complexe somatisch-psychiatrische zorg binnen de PAAZ

HA Ca
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 13, april 2015

Nummer 29

Onderwijsagenda

Bedside teaching

19 mei, 16 juni, 15 september, 20 oktober, 17 november, 16 december, tijd 17.30 - 19.30 uur

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

OverEINDse dagen

15 t/m 18 april 2015: in Cascais

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

Vaak leiden deze workshops uiteindelijk tot (Regionale) Transmurale Afspraken. Het Eindverslag van deze reis wordt aan alle huisartsen, specialisten ouderengeneeskunde en specialisten van Catharina Ziekenhuis en Máxima Medisch centrum verstuurd.

Grand Café HaCa

Data nog niet bekend

Tijdens deze bijeenkomst staat de samenwerking tussen huisartsen en een specialisme centraal. Wensen en knelpunten in samenwerking komen aan bod en actuele ontwikkelingen worden besproken. De avond wordt voorgezeten door een huisarts en alle huisartsen ontvangen een verslag met leerpunten.

Gezamenlijke nascholing huisarts specialist

Data nog niet bekend

Door het organiseren van nascholingen over algemene onderwerpen wil HaCa huisartsen en specialisten de gelegenheid bieden elkaar te ontmoeten en samen te leren.

Vaardigheidstraining huisartsen

ECG cursus: 21 april, 12 mei, 26 mei, 9 juni, 23 juni

In samenwerking met de dienst Onderwijs en Onderzoek en het Skillslab in het Catharina Ziekenhuis worden jaarlijks vaardigheidstrainingen georganiseerd. Voor elk onderwerp wordt het programma voorbereid door een specialist en een huisarts, waarbij de huisartsgeneeskundige invalshoek duidelijk op de voorgrond staat. Sommige vaardigheidstrainingen worden gezien de grote belangstelling tweejaarlijks herhaald.

Het 'Heilig uur'

Elke donderdag, 12.30 - 13.30 uur, Wintertuin

In het Catharina Ziekenhuis wordt elke donderdag van 12.30 - 13.30 uur in de Wintertuin of het Auditorium een serie bijeenkomsten (het zogeheten 'heilig uur') aangeboden. Ook huisartsen (in opleiding) zijn welkom om aan het heilig uur deel te nemen. De onderwerpen en data zijn opgenomen in de agenda op de HaCa website. U hoeft zich voor de bijeenkomsten niet aan te melden.

Overigen

Derde dinsdag, 19.30 - 22.00 uur: Refereeravond kinderartsen

Voor meer informatie of inschrijven kunt u terecht op de website. www.cze.nl/haca onder het kopje nascholing.

Voorwoord

In dit nummer van HaCaSpect een breed scala aan onderwerpen. 2015 belooft een actief jaar te worden; het jaar is nog niet halverwege ten tijde van het verschijnen van deze editie, of er wordt al verslag gedaan van twee drukbezochte symposia die in het begin van het jaar werden gehouden: het 'Niersymposium' en het symposium 'Tijdig spreken over het levenseinde'. Verder nieuws over verbeteractiviteiten: het regionale verbeterproject atriumfibrilleren, de uitbreiding van de Medisch Psychiatrische Unit (MPU) en de unieke Europese accreditatie die het mammacentrum heeft gehaald. De raad van bestuur en het stafbestuur vertellen over de voortgang rondom de samenwerking van het Catharina Ziekenhuis met het St. Anna Ziekenhuis. En maar liefst twaalf nieuwe artsen stellen zich aan u voor in onze vaste rubriek Huis en Haard.

Op het gebied van de wetenschap gebeurt er ook het nodige: na het eerste enthousiasme over de veelbelovende resultaten van de 'matjes' bij prolapsbehandeling, blijkt er een noodzaak tot een degelijke klinische evaluatie vanwege gerapporteerde complicaties bij deze procedure. De afdeling Gynaecologie participeert aan de wetenschappelijke studies die hiervoor opgezet zijn.

In het promotie-onderzoek van de SEH-arts is aangetoond welke invloed de geïntegreerde spoedpost heeft op de patiëntkarakteristieken. Tot slot het enthousiaste verhaal van kinderarts Rolf Pelleboer, die in maart 2015 vanwege pensioen afscheid nam van het Catharina Ziekenhuis; en die zoals het er naar uitziet de komende tijd zal pendelen tussen Eindhoven en Ouagadougou met als missie een NLS (Neonatal Life Support) op te zetten in Burkina Faso.

De redactie van HaCaSpect wenst u veel leesplezier.

Inhoud

Pagina 4-5	Het netwerk boezemfibrilleren
Pagina 6-7	De rol van vaginale meshes anno 2015 in Nederland
Pagina 8-9	Impressie kick-off symposium: tijdig spreken over het levenseinde
Pagina 10-11	Transmuraal centrum HaCa
Pagina 12-13-14-15	Huis en haard
Pagina 16-17	Symposium nierziekten
Pagina 18-19	Promotieonderzoek Wendy Thijssen
Pagina 20-21	Europese accreditatie voor het mammacentrum Catharina Ziekenhuis
Pagina 22-23	Door samenwerking samen beter!
Pagina 24-25-26	Geïntegreerde complexe somatisch-psychiatrische zorg binnen de PAAZ
Pagina 27-28	Uitgelicht; reanimatieles voor pasgeborenen in Ouagadougou, Burkina Faso

Het Netwerk Boezemfibrilleren

Door: Cassandra Hoorn, Research verpleegkundige cardiologie

Het netwerk boezemfibrilleren is een regionaal samenwerkingsverband tussen het Catharina Ziekenhuis, het Elkerliek ziekenhuis, M&M Medisch Centrum en het St. Anna Ziekenhuis in de regio Zuid-Oost Brabant in de tweede en de derde lijn met als doel het optimaliseren van het zorgproces voor het ziektebeeld boezemfibrilleren. Deze gestandaardiseerde, regionale aanpak waarbij de zorg is georganiseerd voor een specifieke patiëntpopulatie zal naar verwachting leiden tot een verbetering in kwaliteit van zorg ten opzichte van de huidige situatie, meetbaar via de zorguitkomsten. Een dergelijke regionale en multicentrische behandel aanpak is uniek in Nederland.

Het netwerk boezemfibrilleren is mede geïnspireerd door het project Meetbaar Beter en vindt zijn basis in de Value Based Healthcare theorie van prof. M. Porter van Harvard Business School. Ook de uitkomstmaten waarmee dit project wordt geëvalueerd, zijn afkomstig uit het project Meetbaar Beter.

Boezemfibrilleren

Boezemfibrilleren is met een prevalentie van 1 à 2 procent de meest voorkomende hartritmestoornis. De prevalentie van deze ritmestoornis neemt toe met de leeftijd naar 5 tot 15 procent. Bij veel van deze patiënten is er sprake van co-morbiditeit zoals hartfalen, kleplijden, hypertensie of vasculair lijden. Daarnaast hebben zij een verhoogd risico op het ontstaan van trombo-embolieën.

Boezemfibrilleren ontstaat als gevolg van een chaotische stroom van elektrische impulsen in beide hartboezems. Het gevolg hiervan is dat de boezems niet contraheren en de ventrikels juist onregelmatig en snel, wat resulteert in een onregelmatige hartslag. De prognose voor patiënten met boezemfibrilleren is goed, mits zij optimale behandeling ontvangen.



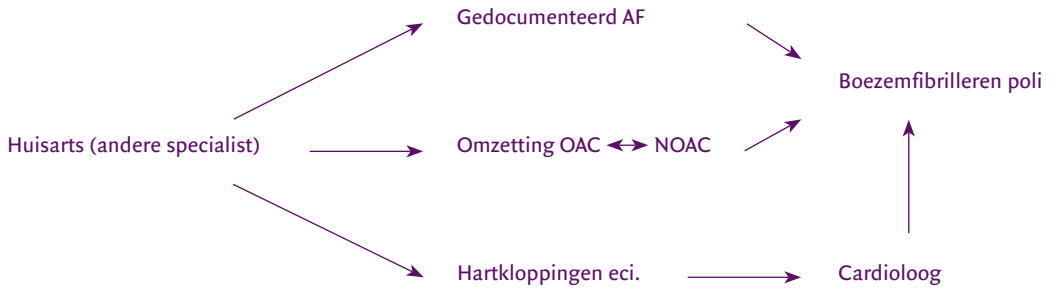
Eerder onderzoek

Eerder onderzoek van de Euro Heart Survey heeft aangetoond dat patiënten vaak niet goed geïnformeerd zijn over hun aandoening en behandeling en dat het onvoldoende opvolgen van de behandelrichtlijnen leidt tot een toename in morbiditeit en mortaliteit.

Een andere studie uitgevoerd in het Maastricht UMC+, waarbij standaardzorg voor patiënten met boezemfibrilleren werd vergeleken met verpleegkundig gecoördineerde zorg, toonde een daling in hospitalisatiecijfers bij de patiënten die door middel van verpleegkundig gecoördineerde zorg werden behandeld.

Boezemfibrilleren poli

Om aan de doelstellingen van het netwerk boezemfibrilleren te kunnen voldoen is in elk van de betrokken ziekenhuizen een boezemfibrilleren poli ontwikkeld. Deze poli is erop gericht de toenemende zorgvraag van deze patiëntengroep op te vangen. Het initiatief behelst de implementatie van een regionale standaard in de tweede en derde lijn, zodat de vigerende



Figuur 1. Standaardwijze van doorsturen naar de boezemfibrilleren poli

richtlijnen worden nageleefd en het patiëntenproces, zorgresultaten en kosteneffectiviteit verbeteren.

Dit alles wordt gedaan door middel van een geïntegreerd chronisch zorgprogramma voor patiënten met boezemfibrilleren die zich in een van de genoemde ziekenhuizen melden. Op de boezemfibrilleren poli werken een gespecialiseerde verpleegkundige/verpleegkundig specialist en de cardioloog samen om het diagnose- en behandelproces concreet te registreren en op te volgen. Regelmatig vindt er een regionaal overleg plaats tussen de betrokken professionals uit de tweede en derde lijn om kwaliteit en eenduidigheid te waarborgen. De resultaten van dit project zullen getoetst worden door middel van een promotieonderzoek.

Verwijzing naar de boezemfibrilleren poli

Patiënten kunnen op verschillende wijzen worden doorverwezen naar de boezemfibrilleren poli. Een deel van de patiënten zal via de eerste harthulp of een

cardioloog worden doorverwezen naar de poli, als boezemfibrilleren wordt gediagnosticeerd. Daarnaast kunnen patiënten door de huisarts rechtstreeks via ZorgDomein worden aangemeld wanneer er sprake is van een omzetting in orale anticoagulantia of er een electrocardiogram met een nieuw geregistreerde episode van boezemfibrilleren beschikbaar is. De verwijsbrieven voor deze patiënten zijn binnen ZorgDomein gestandaardiseerd, zie figuur 1.

Wanneer dit project succesvol blijkt, zal het netwerk ook worden ingezet om de interactie met de eerstelijnszorg te optimaliseren en de zorg voor andere ziektebeelden te structureren en verbeteren.

Mocht u vragen hebben over dit project dan kunt u contact opnemen met Cassandra Hoorn, email: cassandra.hoorn@catharinaziekenhuis.nl

De rol van vaginale meshes anno 2015 in Nederland

Door: Anne Damoiseaux, gynaecoloog

Bij 50% van de vrouwen die hebben gebaard komt enige mate van verzakking van de vagina voor. Niet elke vrouw heeft echter last van haar verzakking. Indien er klachten zijn, kan behandeling met een pessarium effectief zijn. Als een patiënt geen pessarium wil of niet tevreden is over een pessarium, wordt een operatie voorgesteld.

In Nederland nam het aantal ziekenhuisopnames voor behandeling van vaginale prolaps in de periode 1997-2009 met circa 50% toe tot een aantal van circa 13.000 per jaar. Na een operatie vanwege een verzakking hebben patiënten een aanzienlijk risico op een recidief. Studies laten zien dat 20-30% van de vrouwen die geopereerd worden vanwege een verzakking opnieuw wordt geopereerd. Als een vrouw meerdere recidieven heeft wordt het tijdsinterval tussen de heroperaties steeds korter.

Om het risico op een heroperatie vanwege recidief prolaps te verminderen werden operaties met een vaginaal implantaat (mesh of in de volksmond 'matje') ontwikkeld, naar voorbeeld van de liesbreukchirurgie. De matjes werden aangebracht tussen blaas en vagina, of tussen rectum en vagina, of op beide locaties. De eerste resultaten van deze behandeling leken veelbelovend. Prolapsbehandeling met een dergelijke matje is vervolgens wereldwijd snel en breed geïmplementeerd, nog voor de resultaten goed klinisch waren geëvalueerd. De Amerikaanse Food and Drug Administration (FDA) heeft in 2008 het publiek geïnformeerd over gerapporteerde complicaties en de noodzaak tot adequate klinische evaluatie; in 2011 is dit standpunt aangescherpt.

Wat is er tot nu toe bekend over vaginale mesh en de resultaten en complicaties?

De anatomische resultaten na een operatie waarbij vaginale mesh is gebruikt lijken beter te zijn dan wanneer er wordt geopereerd zonder vaginale mesh. Dit geldt met name voor de cystoceles.

Functionele resultaten

Prolapsklachten

Naast anatomische resultaten is het vooral van belang om naar de functionele resultaten te kijken. De meeste studies laten bij follow-up na één jaar geen verschil in functioneel resultaat zien tussen operatie met eigen weefsel en een operatie met vaginale mesh.

Seksueel functioneren

De meeste studies waarin seksuele functie met gevalideerde vragenlijsten werd gemeten, laten vergelijkbare uitkomsten zien na behandeling met een vaginale mesh en na behandeling met eigen weefsel.

Complicaties

Exposure

Als de mesh niet meer bedekt wordt door de wand van de vagina maar blootligt in de vagina spreekt men van 'exposure'. Exposure is met een prevalentie van 4-19% de meest gerapporteerde complicatie bij het gebruik van een vaginale mesh.

Dyspareunie

Gerandomiseerde studies die een vaginale mesh vergelijken met behandeling met eigen weefsel tonen géén verschil in de-novo dyspareunie, noch verschil in postoperatieve dyspareunie.



Anne Damoiseaux

Pijn

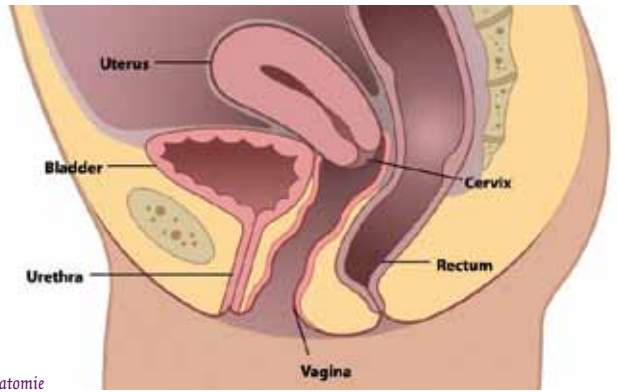
Pijn is een complicatie die na elke verzakkingsoperatie kan optreden en die op verschillende manieren kan worden uitgelokt: door vaginaal onderzoek, door vrijen of door fysieke activiteit. Ook kan de pijn spontaan aanwezig zijn. Gerandomiseerd onderzoek kon echter géén verschil aantonen tussen een operatie met eigen weefsel of een operatie met een vaginale mesh op het ontstaan van deze pijn.

Studies met follow-up langer dan 3 jaar

Alle bovengenoemde resultaten en complicaties komen uit studies met een maximale follow-up van 3 jaar, waarbij het merendeel van de studies een follow-up heeft van 1 jaar. In Nederland zijn destijds ook 3 studies gedaan, waarvan van één nu de 7-jaars resultaten bekend worden gemaakt op de IUGA, het internationale bekkenbodemcongres, door Anne Damoiseaux.

People studie

Vanaf april 2015 zullen wij ook deelnemen aan de landelijke studie People. Hierbij wordt de effectiviteit en kosteneffectiviteit van een pessarium versus operatie met eigen weefsel vergeleken, bij vrouwen met een matige tot ernstige prolaps. Alle vrouwen die u verwijst voor prolapsklachten zullen gevraagd worden aan deze studie deel te nemen.



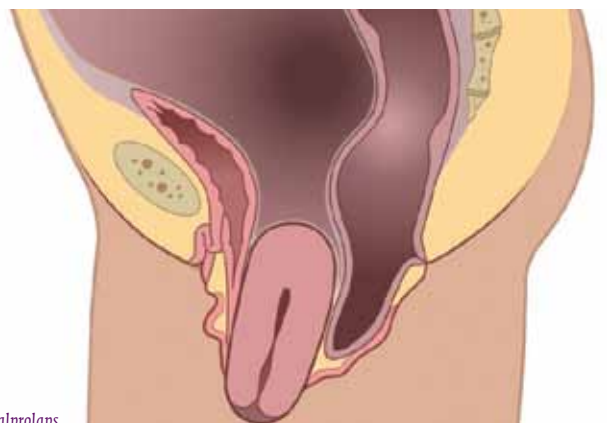
Anatomie



Cystocele



Rectocele



Totaalprolaps

Impressie kick-of symposium: tijdig spreken over het levenseinde

Door: Jan Ackermans, huisarts n.p.

Op 12 januari is een symposium georganiseerd over het thema 'Tijdig spreken over het levenseinde'. Dit symposium vormde de kick-off van een project waarin dit thema centraal staat, en dat als doel heeft om artsen en patiënten bewuster te maken van het belang om met kwetsbare of chronisch zieke patiënten tijdig het gesprek aan te gaan. Het thema staat onder andere geprogrammeerd op de OverEINDse dagen. Regionale samenwerkingsafspraken en een scholingsprogramma worden ontwikkeld.

Toen mij gevraagd werd om dagvoorzitter te zijn van het symposium: "Tijdig spreken over het levenseinde" heb ik onmiddellijk 'ja' gezegd om verschillende redenen. Hoe je het draait of keert, we zijn allen potentiële patiënten, dus ook ik. Vanuit dat gezichtspunt is mijn belang groot, en wel dat de hulpverleners en ik weet

hebben van het feit hoe ik mij de laatste fase van het leven voorstel. Omdat ik sinds drie jaren lid ben van de cliëntenraad van het Catharina Ziekenhuis kon ik de stem van de patiënt/cliënt ook namens dit gremium laten horen.

Als oud huisarts weet ik hoe belangwekkend dit onderwerp is en ik moet HaCa complimenteren met dit initiatief. De eerlijkheid gebiedt me te zeggen dat mijn ijdelheid toch ook wel werd gestreeld met de vraag om deze tijdelijke klus te doen.

De dood/het levenseinde is omgeven met veel taboes. Zowel medici als patiënten vermijden dit onderwerp regelmatig. De vreemdheid van de eindigheid, het niets, moeten wij mensen een leven lang verduren. In de visie van vele filosofen is dat de belangrijkste opdracht van het leven. Hoe weerbarstig de dagelijkse praktijk is bleek uit een onderzoek door een stagiaire van de Fontys hogeschool opleiding 'Toegepaste Gerontologie', waarin onderzocht werd hoe artsen en patiënten dit thema ervoeren. Opvallend was de discrepantie tussen artsen en patiënten; de dokters ervoeren geen schroom om

Tijdig spreken over levenseinde

Markeren van het moment dat het gesprek (ook) over het einde van het leven mag, kan en moet gaan.



Arts staat in behandelstand

KNMG enquête 2012:

62 % van de ondervraagde artsen vindt dat artsen in laatste levensfase langer doorgaan dan wenselijk is

67 % vindt dat artsen te lang wachten met praten over het naderende levenseinde

Mednet peiling, 2014:

85 % vindt dat er een duidelijk grens gesteld moet worden aan medische behandeling; niet alles wat kan moet.

57 % zegt deze confrontatie onvoldoende aan te durven

Goed nieuws

Onderwerp krijgt steeds meer aandacht

- Tijdig spreken over het levenseinde KNMG (2011)
- Gepaste zorg rond het levenseinde KNMG (2013)
- Kies verstandig (Orde Medisch Specialisten)
- Kijk en luistergeld

- ‘Niets doen’ onderwerp van wetenschappelijk onderzoek
 - Dialyse
 - Oncologie
 - Cardiologie

Onderzoek vermijdbaarheid ziekenhuisopnames

over het levenseinde te spreken, terwijl de patiënten het onderwerp juist onvoldoende aan bod vonden komen. Een zeker tekort aan communicatie is een conclusie die gerechtvaardigd is.

Wat is op tijd?

De verwonderingsvraag helpt hierbij: Als je als dokter verwacht dat een bepaalde patiënt binnen twee jaren komt te overlijden, is dat een goede aanwijzing om te starten met een gesprek over het levenseinde.

Wat zijn belangrijke obstakels om over het einde te beginnen met een patiënt?

Heel duidelijk uit de presentaties kwam naar voren dat medici moeite hebben met het stoppen van behandelen. Uitbehandeld zijn en niets meer doen zijn moeilijk te accepteren zaken voor de dokter en ook voor menige patiënt. We kunnen medisch ook zoveel. De zinvolheid van het medisch technische wordt te vaak overgewaardeerd, terwijl medisch handelen zoveel meer is dan alleen maar techniek. Niets doen kan ook uitgelegd worden als: geen technische hoogstandjes maar andere medische zorg. Daar is een zekere moed voor nodig. Of te wel moeD moeT.



Een belangrijk obstakel is zondermeer: hoe denkt de dokter en hoe denkt de patiënt over de dood en wat weten ze van elkaar hoe ze erover denken. Die vraag te beantwoorden is niet a priori een ieder gegeven. Daar is hulp en oefening bij nodig.

Middels casuïstiek, lezingen en workshops werd dit op een uitstekende manier inzichtelijk, en werd een begin gemaakt met dit onderwerp voor het voetlicht te brengen. Het zal niet bij dit symposium blijven; wordt vervolgd.

Een citaat door een man die is opgegroeid met de wetten van het oerwoud en nog niet is gehersenspoeld door de westerse inzichten, helpt mij het leven te verduren:

“het spijt me Kwasi, ons leven is bedoeld om te vergaan, niet om te worden vastgehouden”

(uit: ‘De zwarte met het witte hart’ van Arthur Japin).

Transmuraal centrum HaCa

Hennie van Bavel, coördinator HaCa

Sinds de oprichting van het transmuraal platform in 1998 staat HaCa voor het stimuleren en optimaliseren van de samenwerking en verbinding tussen de 1e en 2e lijn. Doel is om vanuit het perspectief van de patiënt éénduidige en samenhangende zorg te organiseren, om daarmee de kwaliteit en de continuïteit van de zorg te optimaliseren.

Een patiënt die zorg behoeft, verwacht een continuüm in de zorgverlening, waarbij 1e en 2e lijns (para)medische professionals goed samenwerken en communiceren. Echter, het perspectief van 1e lijns professionals en 2e lijns professionals verschilt: in de 1e lijn is het uitgangspunt “gezond” en in de 2e lijn “ziek” tenzij het tegendeel bewezen is. Dit onderliggende verschil in perspectief maakt dat transmurale samenwerking niet vanzelfsprekend is, en gestimuleerd en actief georganiseerd moet worden. HaCa fungeert als aanjager en organisator van transmurale samenwerking en biedt daarnaast een herkenbaar aanspreekpunt bij knelpunten in de samenwerking. Hiertoe onderhoudt HaCa contacten met zorgverleners in het adherentiegebied van het Catharina Ziekenhuis, signaleert knelpunten in communicatie en samenwerking tussen 1e en 2e lijn, en brengt de partijen bij elkaar. HaCa fungeert zo als ‘smeerolie’ in de samenwerking van alle betrokkenen bij de zorg rond de patiënt.

Regionale transmurale afspraken

De gemeenschappelijke taal van beide (nu nog bestaande) echelons is de medische inhoud. HaCa initieert, faciliteert, coördineert en begeleidt de beoogde samenwerking zowel vanuit de

medische inhoud, als vanuit de doelmatigheid en de efficiëntie van de zorgverlening. Het belangrijkste instrument daartoe zijn multidisciplinaire regionale transmurale afspraken (RTA's) op basis van professionele richtlijnen. HaCa werkt hierin nauw samen met de 3 andere transmurale organisaties uit de regio Zuidoost-Brabant: Quartz, THEMA en TransMáx. RTA's worden op basis van ervaren knelpunten in de zorgverlening (bottom up) volgens een landelijk vastgesteld protocol opgesteld. Om dit te realiseren brengt de transmuraal coördinator partijen met elkaar in contact, waarna een regionale werkgroep wordt samengesteld. Aan deze werkgroep nemen in elk geval deel: huisartsen en medisch specialisten uit de regio, en daar waar van toepassing ook andere betrokken zorgverleners. De werkgroep formuleert samenwerkingsafspraken, die een regionale vertaling zijn van de landelijke richtlijnen van verschillende beroepsgroepen. Implementatie van RTA's in de vorm van communiceren van de RTA's, nascholing, en implementatie in ZorgDomein, behoort tot het taakgebied van HaCa. De samenwerkingsafspraken dragen bij aan een beter werkproces, zoals in de diagnostiek, verwijzing en terugverwijzing en communicatie, in 1e en 2e lijn én tussen huisarts en specialist. De juiste zorg op de juiste plek is daarbij het uitgangspunt. Bij het ontwikkelen van samenwerkingsafspraken staat daarom substitutie van zorg en gezamenlijke zorg hoog in het vaandel.

De afspraken zijn via een transmurale (papieren) map, via de websites van de transmurale organisaties en via een app inzichtelijk.

Kennismakingsplatform

Samenwerking kan altijd beter, en een ondersteunende randvoorwaarde daarbij is dat men elkaar kent. Elkaar op formele of informele wijze ontmoeten en spreken maakt het makkelijker om inzicht te krijgen in elkaars denk- en werkwijze, waardoor het onderlinge vertrouwen toeneemt. HaCa biedt daartoe een kennismakings- en uitwisselingsplatform. Nascholingen worden georganiseerd in aansluiting op de behoefte van het veld, of als onderdeel van projecten. Daarnaast worden ook de zogenaamde Grand Cafés georganiseerd: interactieve bijeenkomsten rondom een maatschap of medisch thema. Door deze bijeenkomsten leert men elkaar beter kennen, waardoor het gemakkelijker wordt een collega te benaderen met een vraag of probleem. In 2014 is ook gestart met het ‘meelopen in elkaars praktijk’; diverse huisartsen en specialisten hebben daar inmiddels gebruik van gemaakt.

Communicatiemiddelen

Communicatiemiddelen die worden ingezet ter informatie-uitwisseling:

- HaCa heeft een eigen website waarop alle informatie over RTA's, nieuws, scholingen en andere transmurale informatie te vinden is: www.catharinaziekenhuis.nl/haca
- Twee keer per jaar verschijnt HaCaSpect met medisch inhoudelijke artikelen voor en door huisartsen, specialisten ouderengeneeskunde en medisch specialisten.
- Zes keer per jaar verschijnt de HaCa nieuwsbrief, met actuele informatie uit 1e en 2e lijn.
- Er is een regionale app waarin alle RTA's beschikbaar zijn, het VIM meldformulier en contactgegevens van artsen uit 1e en 2e lijn.

Organisatievorm

Het HaCa bestuur bestaat uit minimaal 3 huisartsen, minimaal 3 specialisten van het Catharina Ziekenhuis, waarvan een namens het Stafbestuur, en één lid uit de Raad van Bestuur van het Catharina Ziekenhuis. De coördinator wordt ondersteund door het HaCa secretariaat. De medisch coördinator voert het beleid uit, onderhoudt contacten met alle relevante zorgverleners en organisaties in 1e en 2e lijn en brengt de partijen bij elkaar. De coördinator heeft contact met andere transmurale centra in de regio, en landelijk via de Federatie Medisch Coördinerende Centra (FMCC).

Samenstelling bestuur HaCa:

Paul Wouda, huisarts, voorzitter
Pieter Bertholet, huisarts, vice-voorzitter
Piet Batenburg, voorzitter raad van bestuur, penningmeester
Viviane Dietz, gynaecoloog
Mark Scherders, psychiater
Jean-Paul de Zoete, chirurg
Francisca Wittkämper, huisarts

Bureau HaCa:

Hennie van Bavel, medisch coördinator
Jolanda Oosterwaal, secretaresse

Toekomst

Landelijk maar ook in de regio Zuidoost Brabant volgen de ontwikkelingen in de zorg elkaar in snel tempo op. Bij deze veranderingen met veel innovatie en verbeterinitiatieven is het van belang de transmurale samenwerking niet uit het oog te verliezen en versnippering te voorkomen. Dit vraagt om alertheid van alle partijen, maar wellicht ook nieuwe, andere betrokkenheid van samenwerkingspartners bij HaCa. Blijvend wordt door HaCa gezocht naar afstemming van beleid rondom transmurale afstemming, waaraan HaCa als onafhankelijk intermediair een bijdrage zal leveren, en een herkenbaar aanspreekpunt voor alle partijen zal blijven.

Samenwerking

Regionale transmurale afspraken
Loketfunctie voor huisartsen en medisch specialisten
Transmuraal veilig incident melden (VIM)
Afstemming ketenzorgprotocollen 1e en 2e lijn

Kennismaking en uitwisseling

Bedside teaching
Grand cafe HaCa
Themagerichte symposia
Ondersteuning OverEINDse dagen
Vaardigheidstraining
Kijken in elkaars keuken

Communicatie

HaCaSpect
HaCa nieuwsbrief
HaCa website
App regionale transmurale afspraken

Symposium nierziekten

Door: Albert-Jan Aarnoudse, internist-nefroloog

Op 8 januari 2015 vond in Igluu in Eindhoven een feestelijk symposium plaats van de afdelingen nierziekten van Elkerliek ziekenhuis en Catharina Ziekenhuis. Dit symposium was georganiseerd om te vieren dat we als afdelingen van deze ziekenhuizen inmiddels 5 jaar samenwerken. Zo kunnen we de zorg voor nierpatiënten in onze regio op een hoog niveau en dichtbij verzorgen. Daarnaast vierden we de opening van de nieuwe afdeling nierziekten in het Catharina Ziekenhuis, inmiddels een jaar geleden.

Noodzaak voor samenwerking

De zorg voor patiënten met een chronische nieraandoening is een zorg van ons allemaal. De realiteit is dat het aantal patiënten met een chronische nieraandoening zal stijgen in de komende jaren. Belangrijk is dat we er met elkaar voor zorgen dat we kwalitatief hoogwaardige zorg aan nierpatiënten in de regio blijven bieden. Om de zorg in volle breedte met voldoende kwaliteit te kunnen aanbieden is het belangrijk om voldoende ervaring met de verschillende behandelvormen op te bouwen en te onderhouden. Dit geldt bijvoorbeeld voor de peritoneaaldialyse (buikdialyse) waarbij het aantal patiënten landelijk fors terugloopt over de afgelopen jaren. Door samen te werken zien we voldoende patiënten om ervaring en expertise te behouden zodat we alle behandelvormen op hoog niveau kunnen blijven aanbieden. Ook zagen we dat hemodialysepatiënten uit de regio Helmond in het verleden vaak lang moesten reizen voor hun behandeling. Als je 3 keer in de week naar het ziekenhuis moet is dat een enorme belasting. Omdat dit best een flinke groep betrof ontstond het idee om samen een nieuw centrum voor dialyse te starten. Zo is uiteindelijk het dialysecentrum in Deurne ontstaan. Specialisten uit Elkerliek en Catharina Ziekenhuis verzorgen hier gezamenlijk de behandeling. Omdat in Deurne geen verpleegafdeling is worden patiënten die in Deurne dialyseren en moeten worden opgenomen in het Catharina Ziekenhuis opgenomen en vind de dialyse ook tijdelijk daar plaats.



Fotografie: Andrew George Photography

Symposium

Op het symposium konden we vieren dat de samenwerking intussen al 5 jaar succesvol standhoudt. Maar er zijn veel ideeën en initiatieven over hoe de zorg voor patiënten met een chronische nieraandoening beter vormgegeven kan worden. Dit geldt zowel voor de organisatie van de zorg als de inhoud hiervan. Daarom was er deze dag een gemêleerd gezelschap van professionals en belanghebbenden bijeen om elkaar te inspireren en van en met elkaar te leren. De dag stond onder leiding van dagvoorzitter Charles Groenhuijsen. Niet alleen personeel van de afdelingen nierziekten van beide ziekenhuizen was aanwezig, maar ook afgevaardigden van belanghebbenden buiten het ziekenhuis. In eerste instantie natuurlijk patiënten, maar ook de raden van bestuur waren vertegenwoordigd in de personen van Paul Boomkamp (CZE) en Betty van der Walle (Elkerliek). Verder waren er diverse huisartsen uit de regio en vertegenwoordigers van de zorgverzekeraars. Zo konden we onze klanten laten zien welke zorg we leveren en wat onze toekomstvisie is, namelijk: preventie



Een van de gastsprekers is bioloog Midas Dekkers

van verdere nierschade, de voor de individuele patiënt best passende vorm van nierfunctievervangende therapie, dichtbij als het kan, verder weg als het moet en altijd met de best mogelijke kwaliteit.

Sprekers

Na het welkomstwoord van Charles Groenenhuijsen werd in een interviewsessie vanuit diverse invalshoeken besproken hoe de toekomst van onze afdeling nierziekten er uit moet zien. Hierbij kwamen mevrouw Bressers als ervaringsdeskundige en voorzitter van de patiëntenvereniging, Paul Boomkamp en Betty van der Walle als bestuurders, dr Konings als specialist en Josine Kamerling namens de verpleging aan het woord. Er werd een visie geschetst van een afdeling nierziekten waar de patiënt voor het hele zorgpakket terecht kan. Een afdeling waar de autonomie van de patiënt wordt gestimuleerd door te helpen bij zelfmanagement. Een afdeling waar constant aan kwaliteitsverbetering gewerkt wordt.

Vervolgens was het woord aan de wel bekende Midas Dekkers die ons humoristisch onderhield over de noodzaak van plassen en waarom je een kamerplant niet hoeft uit te laten.

Hierna was het tijd voor twee rondes inspiratiesessies. De deelnemers konden kiezen uit diverse sessies waarin werd ingegaan op onder andere thuisdialyse, innovaties op dialysegebied, wel of niet starten met dialyse, niertransplantaties en uiteraard ook het belang van samenwerken tussen twee ziekenhuizen.



Aan het eind van het symposium vatte de dagvoorzitter de dag samen en kregen beide afdelingen nog een mooi beeld van de patiëntenvereniging. Het is een replica van het Nationaal Donor Monument en heet 'De Klim'. Het symboliseert niet alleen de dalen waaruit nierpatiënten en familieleden regelmatig moeten klimmen, maar ook de samenwerking tussen beide ziekenhuizen. Samen met hun patiënten klimmen ze naar vooruitgang. Vanzelfsprekend krijgt dit beeldje een prominente plaats op beide afdelingen.

De dag werd afgesloten met een feestelijke borrel. Al met al kunnen we terugkijken op een geslaagde dag met deelnemers uit alle belangengroepen die met de zorg voor patiënten met nierziekten te maken hebben. Zo konden we nieuwe inspiratie opdoen om onze samenwerking en zorg nog verder te verbeteren.

Promotieonderzoek

Door: Wendy Thijssen, SEH-arts

Sinds eind 2008 hebben het Catharina Ziekenhuis en de huisartsenpost als één van de eerste in Nederland de krachten gebundeld in een spoedpost. Er zijn sindsdien steeds meer spoedposten bij gekomen. Wendy Thijssen, SEH-arts, promoveerde op 20 januari jl. op haar proefschrift 'Emergency departments in the Netherlands; The influence of general practitioner cooperatives'. Dit proefschrift beschrijft o.a. de patiëntkarakteristieken op de Nederlandse SEH en de invloed van de spoedpost op deze karakteristieken.

De SEHs in Nederland zitten in verschillende fasen van ontwikkeling. Het aantal geïntegreerde HAP-SEH (spoed)posten neemt toe. Hoe de SEH patiënt er in de toekomst uit zal zien is onder andere afhankelijk van de ontwikkeling van de verschillende SEH-niveaus, variërend van basiszorg tot gespecialiseerde zorg, en de implementatie van (24/7) spoedposten. Het gebrek aan empirisch onderzoek op de Nederlandse SEH, meer

specifiek, het gebrek aan inzicht in algemene SEH- en patiënt kenmerken en de invloed van spoedposten, noodzaakte tot meer onderzoek.

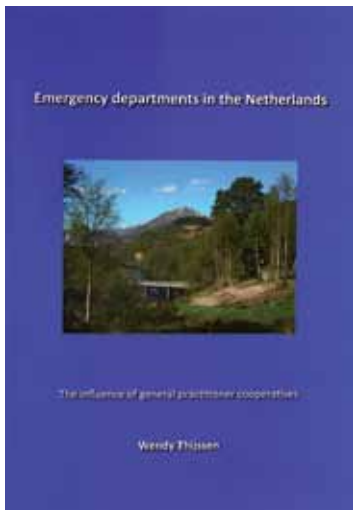
Patiënt stromen

In Nederland wordt spoedzorg buiten kantoor tijden verzorgd door huisartsenposten (HAPs) en spoedeisende hulp afdelingen (SEHs). De spoedpost wordt steeds vaker geïmplementeerd in Nederland. Bij een spoedpost is er maar één ingang tot de spoedzorg waar aan de hand van triage wordt bepaald of een patiënt gezien wordt door de huisarts of op de SEH. Om adequaat beleid te maken is het van belang om de patiëntenstromen in deze setting te beschrijven. De spoedpost moet invloed hebben op de contactfrequentie op de SEH. De implementatie van een spoedpost resulteerde in een bijna totale afname van het aantal zelfverwijzers op de SEH en een hogere waarschijnlijkheid om na een SEH bezoek opgenomen te worden of een poliklinische afspraak te krijgen. De verzamelde data bevatte onder andere de triage uitkomst, de verrichte diagnostische testen en het vervolgtraject. Hoewel de meerderheid van de patiënten, buiten kantoor uren, zich presenteert met niet-urgente klachten, hebben zij op de SEH een grote kans om diagnostische onderzoeken en een vervolgconsult te krijgen. Het verschil is deels te verklaren op basis van verschillen in patiëntenpopulaties SEH en HAP, maar is waarschijnlijk ook te verklaren uit verschillen in handwijze, waarbij de SEH neigt tot relatief vaker aanvraag van diagnostiek en vaker de patiënt op de polikliniek terugbestelt. Concluderend zorgt de spoedpost ervoor, dat er vrijwel geen zelfverwijzers meer op de SEH zijn. Door de selectiefunctie van de HAP en de toename van het aantal verwezen patiënten, nam de relatieve zorgzwaarte op de SEH wel toe.

Verblijfsduur

In veel westerse landen is drukte en lange wachttijden op een SEH een groot probleem. Er is echter weinig informatie over drukte op de Nederlandse SEH. In dit onderzoek werd gekeken naar de verblijfsduur op een Nederlandse SEH en werden SEHs met een spoedpost vergeleken met SEHs zonder spoedpost. Hoewel een SEH met een spoedpost geen relatie had met de verblijfsduur, is het aannemelijk dat de goed





georganiseerde huisartsenzorg van invloed is op de efficiëntie van SEHs in Nederland. De verblijfsduur op de SEH zou echter nog korter kunnen worden als de huisartsenzorg verder versterkt wordt, bijvoorbeeld door de mogelijkheid om ook buiten kantooruren röntgen- en laboratoriumonderzoek aan te vragen en door samenwerking met ketenbrede richtlijnen voor zowel de huisarts als de SEH. Volgt er dan een verwijzing van de huisartsenpost naar de SEH dan is de kans op doublures minder en kan de wachttijd worden bekort door de reeds eerder verrichte diagnostiek.

Ingangsklachten en diagnoses

De spoedpost is met name ontstaan om zorgkosten te verminderen door de niet-urgente zelfverwijzer terug te redigeren van de SEH naar de eerstelijns huisartsenzorg. Op SEHs waar geen samenwerking is, kunnen deze zelfverwijzers de huisarts omzeilen en zich toch presenteren op de SEH. Dit impliceert een verschil in patiëntpresentaties op SEHs met en zonder een spoedpost. Het doel van dit onderzoek was dan ook om het verschil voor ingangsklacht en ontslagdiagnose tussen SEHs met en zonder spoedpost in kaart te brengen. Na het groeperen van vergelijkbare klachten hadden zowel patiënten op SEHs met een spoedpost als patiënten op SEHs zonder spoedpost dezelfde klachtenprevalentie. Dit was respectievelijk trauma, buikpijn en algemene symptomen. Na het groeperen van vergelijkbare ontslagdiagnoses waren de drie meest voorkomende; fracturen en luxaties, contusies en distorsies en luchtweginfecties voor SEHs met een spoedpost, en fracturen en luxaties, wonden en contusies

en distorsies voor SEHs zonder een spoedpost. Deze studie laat zien dat - ondanks dat er verschillen zijn in patiëntkenmerken en -stromen - er geen verschil is in ingangsklacht. Het lijkt dus niet zozeer dat de ingangsklacht, maar meer dat de patiëntkenmerken, zoals leeftijd en wel/niet verwijzing, voorspellers zijn voor de ernst van de ziekte en eventueel ziekenhuisopname.

Spoedeisende hulp-afdelingen in Nederland zien de laatste jaren een dalend aantal patiënten per hoofd van de bevolking en deze hebben bovendien een kortere verblijfsduur vergeleken met andere westerse landen zoals de Verenigde Staten, Canada en het Verenigd Koninkrijk. De Nederlandse SEH-patiënt is ook ouder, vaker verwezen en wordt vaker opgenomen. Als SEHs samenwerken met huisartsenposten en een spoedpost vormen, wordt dit verschil met andere westerse landen nog groter. Met het oog op de steeds intensievere samenwerking tussen SEH's en huisartsenposten is verder onderzoek naar de reden van verwijzing en opname van SEH-patiënten van belang. Daarnaast is uitbreiding van de diagnostische mogelijkheden van de huisarts op de (geïntegreerde) huisartsenpost een goede manier om onnodige verwijzing van de patiënt naar de SEH te voorkomen en de wachttijd van de wel verwezen SEH patiënt te verkorten.

Europese accreditatie voor het mammacentrum Catharina Ziekenhuis

Door: Yvonne van Riet, chirurg - oncoloog

Als eerste en enige centrum in Nederland heeft het Mammacentrum van het Catharina Ziekenhuis de Europese accreditatie van EUSOMA behaald.

Wat is EUSOMA?

EUSOMA is de European Society of Breast Cancer Specialists, is opgericht in 1986 en richt zich op problemen en vereisten in kader van borstziekten in de ruimste zin van het woord. In consensus en wetenschappelijke vergaderingen in de jaren '90, hebben Europese experts uit alle disciplines betrokken bij de behandeling van borstkanker richtlijnen ontwikkeld. Tweejaarlijks worden deze richtlijnen herbeoordeeld en zonodig aangepast aan de laatste inzichten, waarbij gestreefd wordt naar de hoogste standaard van borstkankercare. Het ultieme doel van EUSOMA is het binnen Europa verbeteren van methoden in het behandelen van borstkanker in de breedste zin van het woord zodat elk ziekenhuis dat borstkankercare biedt uniform voldoet aan de hoogste standaard. Dit wordt meetbaar gemaakt door het ontwikkelen van kwaliteitsindicatoren.

Waarom EUSOMA accreditatie?

Sinds de opening van het Mammacentrum in het Catharina Ziekenhuis in 2009, is er in een multidisciplinair team voortdurend gewerkt aan het verbeteren van de borst(kanker)zorg voor de individuele patiënt. Dit start bijvoorbeeld met een snel consult op het Mammacentrum van vrouwen die door de huisarts worden doorverwezen, of omdat bij hen via het Bevolkingsonderzoek een radiologische afwijking is gezien of omdat er klachten zijn van de borst. Dankzij unieke samenwerking tussen verpleegkundig specialisten, chirurgen en radiologen kan het overgrote deel van deze vrouwen (80%) binnen 24 uur na aanmelding worden gerustgesteld. Ook de zorg voor de vrouw die wel borstkanker blijkt te hebben wordt zorgvuldig begeleid door casemanagers in een op maat gemaakt traject waarbij de nieuwste behandelmodaliteiten worden ingezet. In de stroomversnelling van al deze ontwikkelingen

heeft het mammateam ervoor gekozen om een spiegel voorgehouden te krijgen, waarbij alle behandeltrajecten getoetst worden aan de criteria van EUSOMA. Criteria op het gebied van aanloop- en doorstroomtijden, medisch inhoudelijke kwaliteit zoals samenwerking vastgelegd in zorgpaden, nascholing en onderwijs, technische rapporten betreffende gebruikte radiologische en radiotherapeutische apparatuur van afgelopen jaren moeten kunnen worden ingezien.

Wat betekent EUSOMA Accreditatie?

Het mammacentrum van het Catharina Ziekenhuis voldoet aan die strenge eisen van deze Europese organisatie die al jarenlang ervaring heeft in het visiteren van mammacentra door heel Europa. Uitgebreide analyse van kwaliteitsdata van afgelopen jaren bleek uiteindelijk in juli 2014 voldoende om een daadwerkelijk visitatie te mogen ondergaan. Het Mammacentrum werd bezocht door een groep specialisten op het gebied van mammazorg, die alle lagen van de organisatie uitgebreid onder de loep namen. Het voltallige multidisciplinair team (van medisch specialist tot secretaresse, maatschappelijk werk tot radiolaborante) is gevisiteerd waarbij alle CV's zijn gecontroleerd. De samenwerking is beoordeeld door een multidisciplinair patiëntenoverleg bij te wonen. Ook op zowel medische als logistieke trajecten van alle disciplines en afdelingen die betrokken zijn bij het totale traject van diagnostiek tot nabehandeling van borstproblematiek heeft controle plaats gevonden. Denk bijvoorbeeld ook aan aantoonbare samenwerking met psychologen, fysiotherapeuten en klinische genetici, op één locatie. Operatiemethoden waarbij hoge mate van radicaliteit wordt behaald en de samenwerking met de plastisch chirurgen. De mate van initiatie en/of participatie in research, dus hoe het centrum omgaat en betrokken is met vernieuwingen en of alle gebruikte apparatuur van de nieuwste generatie in orde is.

De afdeling Pathologie van de PAMM is apart bezocht. Daar zijn ter plaatse samenwerkings- en onderzoeksprocessen die eerder al op papier zijn beschreven onder de loep genomen en ook daar werd duidelijk dat er sprake is van een uniek aanbod van kwaliteit en inzet van pathologen en medewerkers. Het



Team mammacentrum Catharina Ziekenhuis trots op behaalde accreditatie

Mammacentrum van het Catharina Ziekenhuis heeft daarbij aan alle eisen op gebied van patiëntenzorg voldaan en is daarmee de eerste en enige in Nederland. Vanzelfsprekend zijn we met het gehele multidisciplinaire team trots op dit behaalde resultaat. Maar dat betekent niet dat we nu achterover gaan leunen. Integendeel, deze accreditatie heeft geleid tot een intensivering van de samenwerking tussen de betrokken medewerkers en de wil om de kwaliteit van zorg op een nog hoger niveau te brengen. Hierbij staat de patiënt altijd centraal.

Nieuwe projecten waarmee we ons richten om de zorg voor patiënten nog meer te verbeteren:

Voorlichting Hormonale therapie poli

Veel patiënten gebruiken als adjuvante behandeling 5-10 jaar anti hormonale therapie. Dit gaat vaak gepaard met bijwerkingen en verhoogd risico op osteoporose die in meer of mindere mate de kwaliteit van leven beïnvloeden. Voor deze groep patiënten gaat we een speciaal spreekuur openen waarbij meer tijd is voor persoonlijke aandacht, informatie en begeleiding rondom deze behandeling.

Voorzorg & Nazorg

Niet alleen de behandeling van borstkanker is belangrijk. De kwaliteit van leven na de behandeling is minstens zo belangrijk. Daarom vinden wij het belangrijk om ons te richten op preventie van klachten. Dit hebben we afgelopen jaar gedaan met het go-fit programma. De basis van dit programma is fysieke training onder begeleiding van onze oncologische fysiotherapeuten gedurende de chemotherapie om zo chronische vermoeidheid en langdurige uitval uit de maatschappij (werk, gezin) tegen te gaan. De patiënten die aan het programma mee hebben gedaan zijn zo enthousiast en de resultaten zo positief dat we het programma uit willen breiden naar niet alleen andere oncologische patiënten maar ook aan willen bieden aan patiënten met andere behandeltrajecten.

De behandeling van borstproblematiek is en blijft een dynamisch proces waarbij door het verkrijgen van nieuwe inzichten de kwaliteit van zorg voor de individuele patiënt steeds zal verbeteren. Als Mammacentrum van het Catharina Ziekenhuis zullen we met het gehele multidisciplinaire team deze zorg op het hoogste niveau blijven aanbieden.

Door samenwerking samen beter!

Door Piet Batenburg en Laurence van Warmerdam

Begin december 2013 maakten de St. Anna Zorggroep en het Catharina Ziekenhuis bekend de mogelijkheden tot samenwerking nader te onderzoeken. Bekeken is of en hoe een meer intensieve samenwerking leidt tot aanvulling of versterking, om de patiënten in onze regio een zo goed en zo breed mogelijk palet aan zorgverlening te kunnen blijven bieden.

Belang van samenwerking

Het onderzoek naar samenwerking kan niet los worden gezien van een aantal landelijke en regionale ontwikkelingen. De verandering van de toekomstige zorgvraag in de regio, de afhankelijkheid van verwijzers voor de 2e en 3e lijns (semi-academische) zorg, de toename van volume- en kwaliteitsnormen, de regionale zorgvisie en inkoop van de verzekeraars, de opkomst van anderhalve lijnszorg, en het toenemende belang van doelmatig werken hebben geleid tot verkennende gesprekken.

Oriëntatie: kracht zit in de verschillen

De eerste maanden van 2014 heeft een oriënterend onderzoek plaatsgevonden naar de meerwaarde van een meer intensieve samenwerking tussen de St. Anna Zorggroep en het Catharina Ziekenhuis en het draagvlak daarvoor bij interne en externe belanghebbenden. Uitgangspunt daarbij is een toekomstbestendig en integraal zorgaanbod in de regio; met behoud van eigen kracht en identiteit.

De eerste oriëntatie laat zien dat er voldoende draagvlak en meerwaarde blijkt te bestaan om samen de volgende fase in te gaan. De belangrijkste reden voor toekomstige samenwerking zit juist in de

verschillen tussen de twee organisaties. Een topklinisch opleidingsziekenhuis waar hoogcomplexere zorg wordt geleverd en een zorggroep met hoogwaardige reguliere zorg, inclusief goed gepositioneerde verpleeghuiszorg van Ananz, vullen elkaar goed aan. Het aanbod is complementair en vanuit die kracht kan worden ingezet op speerpunten.

Detailering

De tweede fase is in mei 2014 gestart. Gewerkt wordt aan een integraal en concreet fusiedocument tussen de St. Anna Zorggroep en het Catharina Ziekenhuis, dat ter toetsing aan diverse interne en externe belanghebbenden kan worden voorgelegd.

Gekozen is voor een structuur waarin zes werkgroepen diverse aandachtsgebieden verder vorm en inhoud geven. De werkgroepen zijn samengesteld uit vertegenwoordigers van beide organisaties en omvatten onder andere lokatieprofielen, ketenzorg, patiëntenbelang, opleidingen en vorm van samenwerking.

Uitgangspunten gehanteerd door werkgroepen

De werkgroepen hebben een ieder een eigen concrete opdracht en een aantal kaders of uitgangspunten meegekregen. Uitgangspunten zoals gehanteerd door de werkgroep locatieprofielen zijn:

- Fusie van de ziekenhuisorganisaties en daarna ook vakgroepen/maatschappen
- Behoud van alle opleidingen
- Poliklinieken op alle locaties ('de poort' maximaal open)
- Zorgverdeling passend bij de zorgvisie
- Klinische interne geneeskunde/ MDL, longgeneeskunde, cardiologie, klinische kindergeneeskunde (m.u.v. neonatologie) en (deels) neurologie blijven op beide locaties

Daar waar aan de orde betreft de concentratie van zorg uitsluitend klinische zorg en poliklinische behandelingen die een groot beslag leggen op OK-capaciteit.

De grootte en niveau van IC of vergelijkbare voorziening intensieve zorg per locatie hangt af van de uiteindelijke herinrichting van het zorgaanbod. Het is hiervoor van belang één IC-organisatie te realiseren. Ook voor de spoedeisende zorg geldt dit, waarbij duidelijk is dat deze

zorg op beide locaties geleverd wordt, gezien het belang voor de adherentie.

Diverse scenario's zijn inmiddels opgesteld en geanalyseerd. Het voorkeursscenario wordt de komende tijd uitgewerkt. Input van de recente consultatieronde binnen beide ziekenhuizen wordt hiervoor gebruikt. Tevens zal een en ander cijfermatig verder worden onderbouwd.

Gezamenlijk toekomstbeeld

De hoofdlijnen van de gezamenlijke zorgvisie hebben inmiddels vorm gekregen. De combinatie St. Anna Zorggroep/Catharina Ziekenhuis is de grootste zorgaanbieder van Zuidoost Brabant. In 2020 leveren wij aan bijna 400.000 mensen excellente en passende zorg (van basiszorg tot topklinische zorg) gedurende alle fasen van het leven op momenten dat het ertoe doet. Het is onze ambitie om in 2020 als beste gewaardeerd te worden in wat we doen, met elkaar en met anderen.

Ons zorgpalet

De basiszorg is voor alle patiënten in ons verzorgingsgebied toegankelijk en goed, de service vriendelijk en vertrouwd. Daarnaast zijn we op onze speerpunten extra onderscheidend in kwaliteit, volume en doelmatigheid. Op het gebied van de oncologie, hart- en vaatziekten en sport en bewegen hebben we een bovenregionale rol. Regionaal zijn we leidend op het gebied van geïntegreerde ouderenzorg, nierziekten en bariatric. Bovendien vervullen we een sleutelpositie waar het gaat om de acute zorg voor de regio en waarborgen een goede en doelmatige toegankelijkheid.

Onze zorgpartners

Van mantelzorg en eerstelijns tot derdelijns en academische partners; wij werken aan gestroomlijnde ketenzorg in de regio, samen en in afstemming met onze zorgpartners. Wij realiseren soepel georganiseerde zorgnetwerken, waarbinnen iedereen (en zeker de patiënt) tijdig en volledig geïnformeerd is over wat er speelt. De

huisarts zien wij als belangrijke partner om de zorg zo dicht mogelijk bij de patiënt te organiseren. Wij willen een betrouwbare partner zijn; dichtbij en toegankelijk, opdat wij gezamenlijk het regionale zorgnetwerk kunnen versterken. De anderhalve lijns zorg organiseren we samen met de huisarts in ketenverband, waarbij de huisarts verzekerd is van specialistische back-up waar dat gewenst is. Alle activiteiten waarvoor geen medisch specialistische zorg nodig is, laten we aan de huisarts over.

Vooruitblik

Eind september 2014 hebben de St. Anna Zorggroep en het Catharina Ziekenhuis een Letter of Intent getekend. De intentie was in het eerste kwartaal 2015 de aanvraag bij de NZA in te dienen. De vragen die de NZA stelt, betekenen echter aanvullende werkzaamheden. Bij een positief besluit van de NZA is de koers nog steeds gericht op een integrale fusie per 1 januari 2016, vermoedelijk voorafgegaan door een periode van een bestuurlijke fusie.

Informatie

Uiteraard informeren wij u als zorgpartner graag over de voortgang. Mocht u zelf vragen hebben, aarzel dan niet contact op te nemen met Stichting HaCa, die u in contact kunnen brengen met één van de leden uit de Stuurgroep of projectgroep.

Geïntegreerde complexe somatisch-psychiatrische zorg binnen de PAAZ

Door Mark Scherders, psychiater

Bij patiënten die in het ziekenhuis zijn opgenomen, is de prevalentie van psychiatrische stoornissen sterk verhoogd: deze wordt geschat rond de 40%. Omgekeerd komen vrijwel alle somatische aandoeningen vaker voor bij patiënten met een psychiatrische ziekte. Somatisch-psychiatrische comorbiditeit gaat gepaard met verhoogde morbiditeit, mortaliteit, zorggebruik en kosten.

In 2009 overleed de psychiatrische patiënt Raymond in een isoleer cel van een GGZ-instelling, nadat een ziekenhuis meermaals had geweigerd om hem op te nemen. Daarvoor had hij wekenlang met ernstig hersenletsel in de isoleerruimte van de GGZ-instelling gelegen, na een suïcidepoging. De casus Raymond is een schrikwekkend maar goed voorbeeld van hoe dramatisch het kan uitpakken als de somatisch specialistische zorg en de psychiatrie onvoldoende samenwerken en/of de zorg met elkaar afstemmen.

Om meer inzicht te krijgen in de aard van de problematiek startte de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) in 2012 een thematisch toezichtsonderzoek naar de kwaliteit en veiligheid van de zorg aan psychiatrische patiënten met somatische comorbiditeit. Daaruit bleek dat de zorg voor deze patiëntengroep ontoereikend is doordat artsen uit de verschillende zorgketens doorgaans geen of onvoldoende afspraken maken over de verdeling van de taken en verantwoordelijkheden, over de informatie-uitwisseling en over de diagnostiek, behandeling en de begeleiding van dergelijke patiënten.

Voor de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) reden om een set Minimale Veldnormen op te stellen voor een MPU: een opnameafdeling waar somatische en psychiatrische diagnostiek en behandeling met elkaar worden geïntegreerd. Deze veldnormen zijn voor de afdeling psychiatrie (PAAZ) in het Catharina Ziekenhuis aanleiding geweest om de reeds bestaande MPU verder te gaan professionaliseren.

Complex comorbiditeit: de ziekenhuispsychiatrie

Men spreekt van complexe somatische en psychiatrische comorbiditeit wanneer:

- 1 een somatische en psychiatrische aandoening tegelijkertijd voorkomen bij een patiënt en/of
- 2 er sprake is van een onderlinge negatieve beïnvloeding van de aandoeningen of de behandeling daarvan, waarbij
- 3 de ernst van zowel de somatische als de psychiatrische ziekte gelijktijdige medisch-specialistische diagnostiek en behandeling vereist.

Negatieve wederzijdse beïnvloeding van somatische en psychiatrische ziekte kan resulteren in een ernstiger ziektebeloop, moeizamere behandeling en een slechtere prognose van zowel de somatische als de psychiatrische aandoening. Nauwe samenwerking tussen andere medisch specialist(en) en de behandelend psychiater is dan een voorwaarde om de diagnostiek en behandeling tot een goed einde te brengen of om het ziektebeloop zo gunstig mogelijk te beïnvloeden. Deze nauwe samenwerking tussen psychiater en andere medisch specialist(en) is een vorm van geïntegreerde medisch-specialistische zorg. Zodra óf de psychiatrische óf de somatische problematiek beter beheersbaar is geworden, kan meestal (opnieuw) worden volstaan met parallelle zorg. Klinische behandeling van deze groep patiënten vindt bij voorkeur plaats binnen een MPU.

De MPU in het Catharina Ziekenhuis

Waren er oorspronkelijk bij de bouw van de PAAZ/MPU (gehuisvest in gebouw M) in 2008 5 MPU-bedden, inmiddels zijn dat er 8, en gaat de MPU binnenkort uitbreiden naar 11 bedden. Om een indruk te geven met welke zorgvragen patiënten op een MPU gediagnosticeerd, behandeld en verpleegd kunnen worden, hieronder een niet-limitatieve opsomming vanwege de grote variabiliteit in de mogelijke comorbide somatische en psychiatrische problematiek.

- zuurstofafhankelijkheid waarvoor toediening van medische gassen en monitoring van de zuurstofsaturatie noodzakelijk zijn;
- ondervoeding, een inadequate voedsel- en



vochtinname en/of het niet mogelijk zijn van orale voeding/vochttoediening, waarvoor parenterale toediening van voeding, vocht, medicatie en/of bloed noodzakelijk zijn (intraveneus, intramusculair en/of subcutaan);

- decubitus, brandwonden en/of operatiewonden, die behandeld en verzorgd moeten worden;
- een indicatie voor blaaskatheterisatie en bepaling van blaasresidu;
- een indicatie voor een maaghevel, maagsonde of PEG-sonde;
- (totale) ADL-afhankelijkheid en immobiliteit, waarvoor totale bedverpleging noodzakelijk is;
- rolstoelafhankelijkheid, waarbij begeleiding en (poging tot) mobilisatie nodig zijn;
- (kans op) gevaarlijk gedrag (bijvoorbeeld agressie, suïcidaliteit) voortkomend vanuit de psychiatrische aandoening, waarvoor noodzakelijk zijn: beschermende maatregelen, behandeling en specifieke verpleegkundige zorg (bijvoorbeeld intensief toezicht op gevaarlijk gedrag, vrijheidsbeneming, beperkingen in bezoek en/of andere prikkels, de-escalerende technieken, fixatie op bed, separatie, noodmedicatie);
- een (kans op) verstoring van de realiteitstoetsing, cognitieve en/of executieve hersenfuncties die leidt tot verdwalen, inadequaat handelen en/of potentieel gevaar voor de patiënt(e) en zijn of haar omgeving, waarvoor specifieke verpleegkundige zorg en faciliteiten noodzakelijk zijn.

Patiënten

Om een indruk te geven voor welke categorieën patiënten met gecombineerde psychiatrische en somatische problematiek de MPU bedoeld is, volgen hieronder enkele voorbeelden.

Psychiatrische stoornis en gelijktijdig ernstige somatische aandoening (voorbeelden: depressie en prostaatcarcinoom; diabetes en chronische schizofrenie, psychotische depressie met maligne katatonie).

Psychiatrische stoornis gerelateerd aan somatische aandoening (steroid psychose bij suppletie wegens panhypopituitarisme; organisch psychosyndroom met kenmerken van een manie en dementie bij een cliënt met AIDS; psychiatrische stoornissen die ontstaan tijdens de zwangerschap en postpartum).

Somatische stoornissen als gevolg van een onderliggend psychiatrische stoornis (patiënt met schizofrenie en alcoholafhankelijkheid die hepatitis ontwikkelt; elektrolyt verstoring bij anorexia nervosa, ernstige fracturen na suïcidepoging).

Somatische stoornissen als gevolg van middelenmisbruik (cliënt met polymiddelen gebruik die een organisch psychosyndroom ontwikkelt met onhanteerbare gedragsstoornissen).

Positie binnen de keten van zorg.

De positie van de MPU is vergelijkbaar met een somatische intensive-careafdeling. Patiënten komen hier tijdelijk omdat hun zorgbehoefte groter is dan de zorg die de reguliere somatische en reguliere psychiatrische



Witte taart om te vieren dat vanaf 30 maart artsen en verpleegkundigen werkzaam op de PAAZ/MPU witte uniformen dragen.

afdeling kunnen bieden. Dit betekent dat er voorafgaande aan de MPU-opname betrokkenheid is geweest door een verwijzer (huisarts, andere medisch specialist, psychiater of andere GGZ-professional vanuit een GGZ-instelling) en ook dat de patiënt terugverwezen of doorverwezen wordt naar andere vormen van begeleiding indien geen MPU-zorg meer nodig is. Te denken valt dan aan terugkeer naar huis, naar een reguliere somatische afdeling, naar een reguliere psychiatrische afdeling (PAAZ, PUK of ggz-instelling) of verpleeghuis (somatisch, psychogeriatrisch of RIBW). Idealiter is de MPU onderdeel van een reguliere PAAZ zodat ketenzorg optimaal geboden kan worden, zoals dat nu het geval is in het Catharina Ziekenhuis.

Eisen aan ruimten en personeel

Op de MPU zijn ruimtelijke voorzieningen aanwezig die zowel psychiatrische als somatische medisch-specialistische zorg mogelijk maken. Het betreft eenpersoons kamers met hoog-laagbedden, zuurstofvoorziening, verpleegtechnische apparatuur, sanitair, extra brede gangen voor de ziekenhuisbedden en kamers voor de geïsoleerde verpleging van patiënten.

Gelijktijdige aanwezigheid van somatisch-verpleegkundige en psychiatrisch-verpleegkundige expertise is in een minimale bezetting te allen tijde nodig op een MPU.

De somatisch-verpleegkundige expertise betreft onder andere: bekwaamheden op het gebied van infusie van medicatie en vloeistoffen, zuurstoftoediening, katheterisaties, sonderen, wondverzorging, terminale verpleegkundige zorg en bewaking vitale functies op het niveau van een algemeen verpleegkundige.

De psychiatrisch-verpleegkundige expertise betreft onder andere: hanteren van een empathische en motiverende gespreksvoering, omgaan met machteloosheid, agressie en structuurloosheid, risicotaxatie, en toepassen van vrijheidsbenemende maatregelen.

Omwille van de geldende richtlijnen hygiëne in het Catharina Ziekenhuis zullen met ingang van 1 april 2015 verpleegkundigen en psychiaters op de MPU witte dienstkleeding gaan dragen.

Toekomst

De vakgroep Psychiatrie is blij dat het document Veldnormen MPU is uitgebracht. Het dwingt ziekenhuizen om over hun eigen patiëntengroep met complexe comorbiditeit na te denken; om rekening te houden met hun gecombineerde zorgbehoefte aangezien fragmentatie een van de grootste problemen is van de specialistische zorg. Als een somatisch specialist de behandeling start met de gedachte: psychiatrische klachten, het zal wel, ik behandel eerst “mijn ziekte” en daarna zien we wel - dan pakt dat slecht uit voor het herstel van de persoon.

Deze complexe groep patiënten kan nu geïntegreerde somatisch-psychiatrische zorg krijgen op de Medisch Psychiatrische Unit binnen de PAAZ.

Reanimatieles voor pasgeborenen in Ouagadougou, Burkina Faso

Door: Rolf Pelleboer, kinderarts

Eén van de eerste dingen die kinderarts Rolf Pelleboer deed toen hij onlangs met pensioen ging, was een bezoekje brengen aan een moeder- en kindzorgkliniek in Burkina Faso. Een verslag van een bijzondere reis. Burkina Faso is een arm Sahelland in West-Afrika met ongeveer 14 miljoen inwoners. De hoofdstad is Ouagadougou met ongeveer 2 miljoen inwoners. Zoals in veel Afrikaanse landen groeit het aantal inwoners daar snel.

Van 16 tot 27 januari jongstleden ben ik op bezoek geweest bij een goede vriend en collega van me, de Nigeriaan Felix Kohol, die ik nog ken uit mijn tijd als tropenarts in

Nigeria (1982-1985) en die sinds 2001 zendingsarts is in Ouagadougou en daar een moeder- en kindzorgkliniek heeft opgericht. Kindersterfte in Burkina Faso is hoog. Ook sterven regelmatig vrouwen tijdens de bevalling. Zijn doel is om veilige zorg te bieden voor moeder en kind die ook betaalbaar is voor arme mensen. Nu ik per 1 januari pensionado ben, heb ik tijd om hem te bezoeken.

Uit gegevens van de WHO blijkt dat per jaar nog altijd zo'n 2 miljoen baby's overlijden, met name rond de geboorte. Veel van deze sterfte is met eenvoudige middelen te voorkomen. Afgelopen jaren ben ik steeds een week in Nigeria geweest om daar onder andere een reanimatiecursus bij pasgeborenen te geven, de zogenaamde NLS (Neonatal Life Support).

In deze 10 dagen in Burkina Faso heb ik iedereen in zijn kliniek nageschoold in de NLS, met de nadruk op de eerste minuut na de geboorte, de "golden minute" of "la minute d'or". Er bestaat namelijk een cursus van de American Academy of Pediatrics (AAP): "Helping babies breathe" die dit onderwijst en ook heel geschikt is om aan mensen te onderwijzen die wel bevallingen doen maar geen arts of verloskundige zijn (bijvoorbeeld zogenaamde "traditional birth attendants").



Masker-en ballon oefenen met de verpleegkundigen

Ik had een manikin (babypop) hiervoor meegenomen zodat we met masker en ballon konden oefenen. Deze manier van trainen kent men hier niet. Het was erg leuk om te doen. We hebben veel gelachen.

Ik maakte kennis met de hoogleraar in de Verloskunde van het Academisch Ziekenhuis van Ouagadougou, en hij was direct heel enthousiast. Voordat ik het me realiseerde, had hij zijn collega in Bobo-Dioulasso, de tweede stad in Burkina, aan de telefoon, en moest ik in hikkelend Frans vertellen wat het programma inhield. Wanneer ik weer kwam? Ik was stomverbaasd. Dit zou in Nederland minstens een jaar geduurd hebben voordat alles geregeld zou zijn.

De komende jaren hoop ik met anderen hier heen te gaan om deze cursus te geven aan vele mensen die bevallingen doen.

Tevens had ik voor Felix' kliniek een bouw pakket van een zogenaamde van Hemel couveuse mee die ter plekke in elkaar werd gezet. Er stond wel een mooie couveuse maar die deed het niet. Deze door mij meegenomen couveuse wordt door een Nederlandse non-profit stichting, de zogenaamde HEBI Foundation, gemaakt als bouw pakket voor 325 euro! En dan te bedenken dat couveuses in Nederland vaak vele tienduizenden euro's kosten!



De theorie van de NLS werd aan iedereen gegeven (op de achtergrond zie je nl het flow diagram)

Het was goed dat Felix en ik elkaar weer zagen. Elke keer dat ik in Afrika kom, merk ik dat de relatie belangrijker is dan wat je er komt doen! Het leven in een Afrikaans land is zo anders dan in Nederland, het levenstempo is anders, het klimaat en het weer is heel anders. Terwijl hier sneeuw lag, liep ik in mijn zomerkleren rond en keek ik voetbalwedstrijden van de Afrika Cup. Ik moest ook weer wennen aan het Frans. Geleidelijk kwamen de Franse woorden weer in mijn geheugen. Ik sliep bij Felix en zijn gezin in huis en werd erg verwend met heerlijk Afrikaans eten. . Als alles naar wens gaat, hoop ik in juli er weer heen te gaan.



Blij met de zg van Hemelcouveuse (van de HEBI Foundation)