


HaCa Spect

- 
- 4 De bariatrische en post-bariatrische patiënt
 - 10 Acute pijnstilling: van oraal tot intranasaal
 - 22 Ouderenmishandeling
 - 26 Huisartsenopleiding nieuwe locatie Strijp-Z

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 15, juli 2017

Nummer 33

Voorwoord

Voor jullie ligt alweer een mooi nieuw nummer van HaCaSpect. Een nummer met een zeer divers aanbod. Van jong tot oud, van dik tot dun, van wetenschappelijk tot praktisch.

In de tijd dat we er hard aan werken om dit nummer klaar te stomen staat de vakantie voor velen van ons voor de deur. Op het moment dat dit nummer bij jullie op de mat valt, zijn jullie hopelijk alweer uitgerust en met frisse moed aan de slag gegaan.

In dit nummer maken we allereerst kennis met een aantal nieuwe collega's die samen met ons de zorg voor de patiënten in onze regio weer net dat beetje beter gaan maken. De huisartsenopleidingen van Maastricht en Nijmegen hebben samen begin dit jaar de keus gemaakt in Eindhoven neer te strijken en wel in het Strijp-Z gebouw.

De Federatie Medisch Specialisten heeft recent een toekomstvisie geformuleerd. De 4 thema's die hierin centraal staan worden allen geraakt in dit HaCaSpect nummer. Met elkaar zijn we eigenlijk al hard bezig die toekomstvisie waar te maken. De ondertitel van het visiedocument "ambitie, vertrouwen, samenwerken" zegt alles over de artikelen in dit nummer.

Ambitie zien we in samenvattingen van 2 promotieonderzoeken en een onderzoek naar prothese infecties en revisiechirurgie. Vertrouwen en samenwerken in de goede pijnbehandeling van patiënten op de SEH, maar ook bij de verdenking op ouderenmishandeling en bij het hele behandeltraject van de bariatrische patiënt.

Het tijdig spreken over levenseinde krijgt een vervolg in dit nummer met een artikel over de training voor AIOS 1e en 2e lijn.

Kortom, een afwisselend en actueel nummer.

De redactie wenst u veel leesplezier!

Inhoud

Pagina 4-5-6
Samen voor de bariatrische patiënt vergroot de kennis

Pagina 7-8-9
Vergeet de post-bariatrische patiënt niet

Pagina 10-11
Acute pijnstilling: van oraal tot intrasaaal

Pagina 12-13
Proefschriftbespreking

Pagina 14-15-16-17
Huis en haard

Pagina 18-19
Proefschriftbespreking

Pagina 20-21
Onderzoek binnen het orthopedisch speerpunt revisie-chirurgie en prothese-infecties

Pagina 22-23
Ouderenmishandeling: "We kunnen niet meer wegstijgen"

Pagina 24
Nieuwe app 'NierDosering' beschikbaar

Pagina 25
Het levenseinde gesprek

Pagina 26-27
De huisartsenopleiding op locatie Strijp-Z in Eindhoven

Pagina 28
Onderwijsagenda

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

Colofon Redactie Albert-Jan Aarnoudse, Hennie van Bavel, Elsje van Beek, Meggy Hurenkamp, Marieke Kerskes, Jolanda Oosterwaal, Mark Scherders, Eveline van de Ven **Fotografie** Materiaal Catharina Ziekenhuis tenzij anders vermeld, Guy van Dael, Wim Verrijp

Ontwerp en opmaak Ster design BNO, Eindhoven **Drukwerk** Strijbos Grafische Groep. Oplage: 700 stuks

Redactieadres: HaCaSpect, Postbus 1350, 5602 ZA Eindhoven, telefoon 040 - 239 84 05, e-mail: infohaca@catharinaziekenhuis.nl

Samen voor de bariatrische patiënt vergroot de kennis

Door: Hennie van Bavel, coördinator HaCa, Annelies Lucas, medisch directeur Diagnostiek voor U, Simon Nienhuijs, bariatrisch chirurg, Maarten Remmers, co-assistent

Obesitas is een ziekte. Wereldwijd sterven meer mensen aan de gevolgen van obesitas dan aan ondervoeding. De hoop is gericht op preventie. Tot die tijd verdienen zieke obese mensen een behandeling.

Hoewel sommige patiënten succesvol afvallen met gecombineerde leefstijlinterventies, is bariatrische chirurgie de enige behandeling voor morbide obesitas met bewezen langdurig effect. Het betreft mensen die morbide obese zijn, met een BMI > 40. Landelijk neemt het aantal mensen dat in aanmerking komt voor een bariatrische operatie toe: naast de demografische ontwikkelingen lijkt het indicatiegebied zich uit te breiden tot de lagere BMI's van patiënten met een moeilijk instelbare diabetes mellitus type 2. In de eigen praktijk zal elke arts dus een toename zien van patiënten die een bariatrische procedure hebben ondergaan. In Zuidoost Brabant worden jaarlijks zo'n 1500 bariatrische operaties verricht door het Catharina Ziekenhuis en Máxima Medisch Centrum.

Gezamenlijke follow up

Tijdens de OverEINDse dagen van 2012 is door huisartsen en medisch specialisten gediscussieerd over de inrichting van de zorg bij deze groeiende patiëntengroep. Het betreft hier zorg voor chronisch zieken, die geprotocolleerd kan worden ingericht, en die vraagt om een pro-actieve houding, waardoor de huisarts en de praktijkondersteuner een belangrijke rol kunnen spelen bij de begeleiding van deze groep patiënten. Na een bariatrische ingreep worden patiënten postoperatief 5 jaar intensief vervolgd in een tweedelijns obesitascentrum. Hierna wordt de patiënt terugverwezen naar de eerstelijns. Bij stabiele patiënten zou de follow

De RTA en e-learning module zijn te vinden via <https://www.catharinaziekenhuis.nl/verwijzer/paginas/337-regionale-transmurale-afspraken.html> onder kopje 'Verwijzer'; Chirurgie

up al eerder kunnen worden overgenomen door de eerstelijns. Niet alleen vanwege het adagio 'zinnige en zuinige' zorg, maar ook omdat na een initieel succes soms het commitment bij de patiënt daalt, juist in de fase waarin begeleiding nodig is. Dan staat de huisarts, mede in combinatie met de bredere behandelrelatie die deze heeft met de patiënt, dichtbij. Om de gezamenlijke zorg voor deze patiëntengroep te verbeteren en in te richten, is op initiatief van de chirurgen en in samenwerking met betrokken beroepsgroepen en organisaties een transmurale zorgpad ingericht, beschreven in een regionale transmurale afspraak (RTA). Eind 2015 is een pilot gestart waarin het zorgpad is geïmplementeerd in een beperkt postcodegebied.

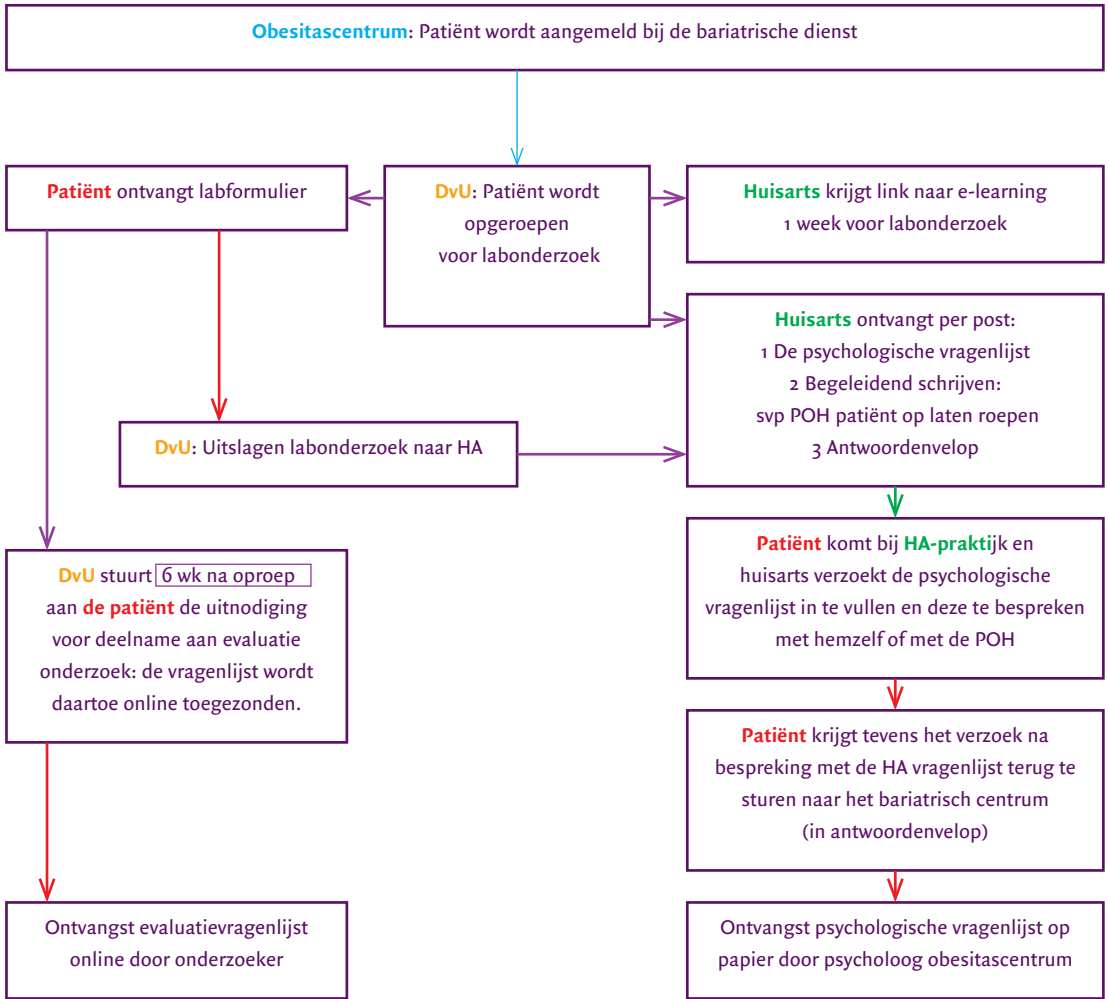
Implementatietraject

In de RTA staat een beschrijving van het screeningsproces en het perioperatieve traject. Patiënten worden na 2 jaar terugverwezen naar de eerstelijns indien geen bijzonderheden. Vanwege de pilotstatus van het project hadden patiënten hierin een vrije keus. De patiënt wordt aangemeld bij de ondersteunende dienst van Diagnostiek voor U voor jaarlijks laboratoriumonderzoek. Verder staan in de RTA handvatten voor consultatie en indicaties voor terugverwijzing naar de tweedelijns.

De behoefte aan psychologische ondersteuning bij patiënten wordt ingeschat op 20% van de patiënten postoperatief, vaak pas vanaf 1 jaar postoperatief. Het is van belang dat ook de huisarts hierop alert blijft. Ter ondersteuning is er een screeningsvragenlijst ontwikkeld. Deze wordt gelijktijdig met de oproep voor bloedonderzoek aan de patiënt verzonden, met het verzoek de ingevulde lijst te bespreken met de huisarts of praktijkondersteuner GGZ en daarna te retourneren aan het obesitascentrum (figuur 1). Zowel huisartsen als praktijkondersteuners zijn geschoold m.b.t. de specifieke gezondheidsrisico's bij deze patiëntengroep, onder andere met een e-learningmodule.

Resultaten follow up

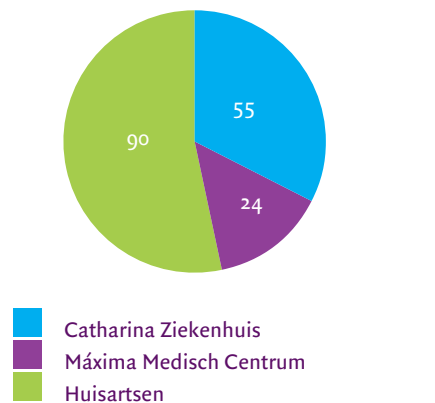
In de periode januari 2016 t/m maart 2017 zijn door de beide obesitascentra samen 79 patiënten aangemeld bij de bariatrische dienst van Diagnostiek voor U. Zoals in de scholing en de RTA is benadrukt, betreft dit een chronische patiëntengroep en zouden zij levenslang



Figuur 1. routing Obesitascentrum

onder controle moeten blijven. Huisartsen kunnen dus overwegen om de patiënten die al langer geleden dan 5 jaar zijn geopereerd, ook aan te melden bij deze dienst. Dat hier behoefte aan is, blijkt uit het feit dat huisartsen in dezelfde periode 90 patiënten hebben aangemeld (figuur 2).

Omdat veel patiënten wilden vasthouden aan het 5 jaar traject in de tweedelijndat ze zijn aangegaan, zijn minder patiënten dan verwacht verwezen. Juist diegene die van verder weg kwamen waarden het waarschijnlijk meer om bij de eigen huisarts het vervoltraject te doorlopen, maar die vielen nog niet binnen het postcodegebied rondom de ziekenhuizen in de pilotstudie.



Figuur 2. Aantal aanmeldingen



Figuur 3

Om inzicht te krijgen in de kwaliteit van zorg na terugverwijzing, zijn resultaten van het bloedonderzoek in de eerstelijns vergeleken met een vergelijkbare groep patiënten (die verwezen hadden kunnen worden, maar niet wilden of te ver weg woonden). In figuur 3 is te zien dat de resultaten grotendeels vergelijkbaar zijn, uitgezonderd het ferritine/Hb. Het vitamine D beleid kan zowel in de eerste- als de tweedelijns strakker gehanteerd worden; de streefwaarde bij deze patiëntengroep is > 75 nmol/L!

Alle patiënten hebben een psychologische screeningsvragenlijst ontvangen. Deze werden helaas maar mondjesmaat geretourneerd (minder dan 10%).

Patiënttevredenheid

Vanaf eind 2016 is een tevredenheidsvragenlijst toegevoegd. Hoewel dit dus een beperkt aantal patiënten betreft, blijkt hieruit dat 69% tevreden was over de begeleiding door de huisarts, waarbij de wijze waarop de huisarts open staat voor het bespreken van problemen, werd beoordeeld met gemiddeld een 8. Het invullen van de psychologische vragenlijst werd met een 5,5 beoordeeld. Dit verklaart waarschijnlijk de lage respons.

Gemiddeld genomen waren patiënten tevreden over hun algehele gezondheid, die met een gemiddelde van 7,7 werd beoordeeld. Niemand gaf zijn/haar gezondheid een onvoldoende. En op de vraag om te beoordelen wat de operatie hen gebracht heeft was het gemiddelde rapportcijfer een 8,8.

Vervolg

Het project voorziet in een behoefte bij huisartsen om meer de vinger aan de pols te houden bij deze patiëntengroep: de opkomst bij alle scholingen in de regio was hoog, en het blijkt dat veel huisartsen hun patiënten die lang geleden zijn geopereerd ook hebben aangemeld. Huisartsen met een praktijk verder weg van de ziekenhuizen hebben aangegeven dat zij voor hun patiënten behoefte hebben aan een dergelijke oproepdienst dichtbij. Er is dus aandacht voor deze patiëntengroep in de eerstelijns; dit zal naar verwachting ook een positieve invloed uitoefenen op de compliance van patiënten, waardoor er mogelijk op termijn minder gezondheidsproblemen zullen ontstaan.

Voor patiënten is het een voordeel dat de zorg dichterbij huis plaatsvindt. Een bijkomend voordeel voor hen is dat de zorg in de huisartsenpraktijk goedkoper is, omdat alleen het bloedonderzoek van het eigen risico afgaat. In de tweedelijns is gebleken uit navraag bij patiënten waarom zij niet op controle zijn gekomen, dat de kosten hier een grote rol bij spelen.

Het totaal aantal patiënten is nog wat te laag voor een definitieve afsluiting van een pilotfase. We gaan nog een jaar door met verruiming van het postcodegebied naar heel Zuidoost Brabant. In ieder geval is de kennis onder huisartsen vergroot door scholing en e-learning. Hierdoor profiteren nu al de patiënten die langer dan 5 jaar geleden een bariatrische ingreep ondergingen.

Vergeet de post-bariatrische patiënt niet

Door: Lisa van den Berg, arts-onderzoeker Plastische chirurgie en Maarten Hoogbergen, Plastisch chirurg.

Contourherstellende chirurgie is de behandeling na enorm gewichtsverlies met hinderlijke klachten van overhangende vellen. Er is echter nog weinig evidence beschikbaar over de uitkomsten van contourherstellende chirurgie. Reden om bij de afdeling plastische chirurgie van het Catharina Ziekenhuis, één van de grootste contourherstellende afdelingen van Nederland, een onderzoek op te starten naar uitkomsten zoals kwaliteit van leven en tevredenheid met het uiterlijk.

Massief gewichtsverlies na een bariatrische ingreep leidt bij veel post-bariatrische patiënten tot excessief huidoverschot (figuur 1a). Dit huidoverschot veroorzaakt vaak lichamelijke klachten, psychische, sociale en seksuele disfunctie, een laag zelfbeeld en een verminderde kwaliteit van leven.

De laatste jaren is er een toenemende vraag naar contourherstellende ingrepen, samenhangend met de toenemende groei van bariatrische ingrepen. In Zuidoost Brabant worden door het Catharina Ziekenhuis Eindhoven en Máxima Medisch Centrum ongeveer

1500 bariatrische ingrepen per jaar uitgevoerd. Op het obesitas spreekuur bij de plastisch chirurg in het Catharina Ziekenhuis melden zich wekelijks minimaal 10 patiënten met de wens tot contourherstellende chirurgie. Per jaar worden er van deze groep patiënten ongeveer 200 geopereerd. De vakgroep plastische chirurgie in het Catharina Ziekenhuis is één van de grootste in Nederland wat betreft contourherstellende operaties. De mogelijkheden van contourherstellende chirurgie zijn groot: van standaard abdominoplastiek, dermolipsectomie van armen en/of benen, tot lower body lift (figuur 1b) met ventral thigh lift. Vrijwel alles kan gereconstrueerd worden, maar de vergoeding vormt voor veel post-bariatrische patiënten het grootste struikelblok.

Vergoeding van de ingreep

Wil de aanvraag van een machtiging kans maken op goedkeuring van de zorgverzekeraar, dan gelden de volgende criteria:

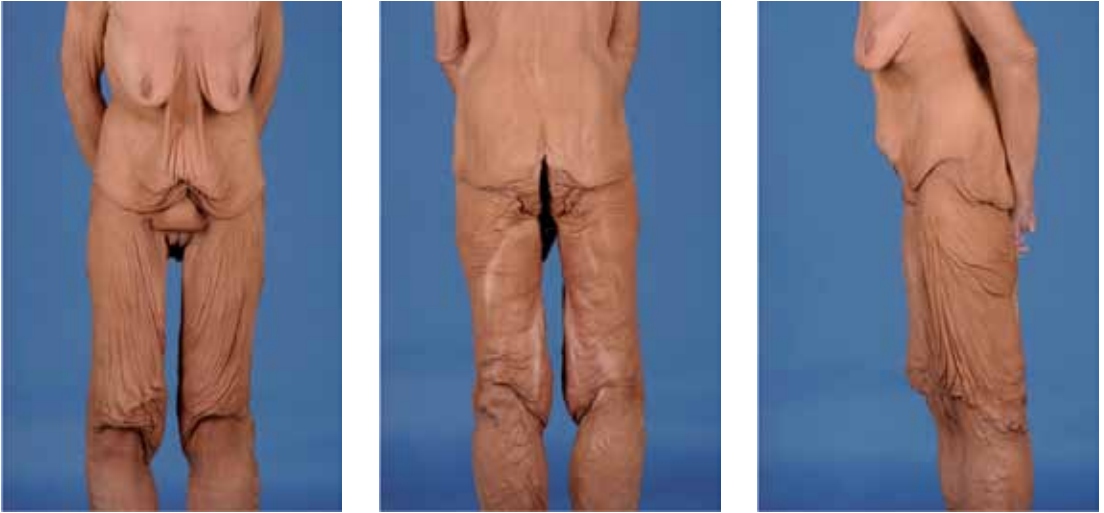
- de patiënt heeft minimaal een jaar een stabiel gewicht onder een BMI van 35, en
- er zijn klachten van onbehandelbare intertrigo, en
- er is functionele hinder van het huidoverschot met een Pittsburgh Rating Scale (PRS) van 3, of vergelijkbaar met derdegraads brandwonden.

Maar, zelfs als een patiënt voldoet aan al deze criteria is er nog geen zekerheid over de beslissing van de zorgverzekeraar. Het indienen van een bezwaarschrift helpt slechts in een enkel geval. De goedkeuring voelt voor veel patiënten als een lot uit de loterij. De groeiende vraag naar contourherstellende ingrepen leidt tot de noodzaak van nieuwe passende en objectieve criteria voor het vergoedingssysteem.

Onderzoek

Een vereiste voor verandering in het huidige systeem is dat er onderzoek wordt verricht naar uitkomsten en effecten van contourherstellende chirurgie. Vorig jaar is er gestart met een groot internationaal multicenter onderzoek om de resultaten van contourherstellende chirurgie te meten. De database van dit onderzoek wordt gevuld met data van een Patient Reported Outcome Measures vragenlijst die specifiek ontwikkeld is voor de (post-) bariatrische patiënt: de BODY-Q. In het Catharina Ziekenhuis vullen alle patiënten met een





Figuur 1a Post-bariatrische patiënt



Figuur 1b: post-bariatrische patiënt 3 maanden na lower body lift

wens tot een operatie de BODY-Q™ in na de intake, en vervolgens meerdere malen na een contourherstellende ingreep. Deze vragenlijst meet patiëntgerapporteerde uitkomsten en richt zich op uiterlijk, kwaliteit van leven en patiëntervaring van de zorg. De eerste resultaten van deze waardevolle studie zijn veelbelovend.

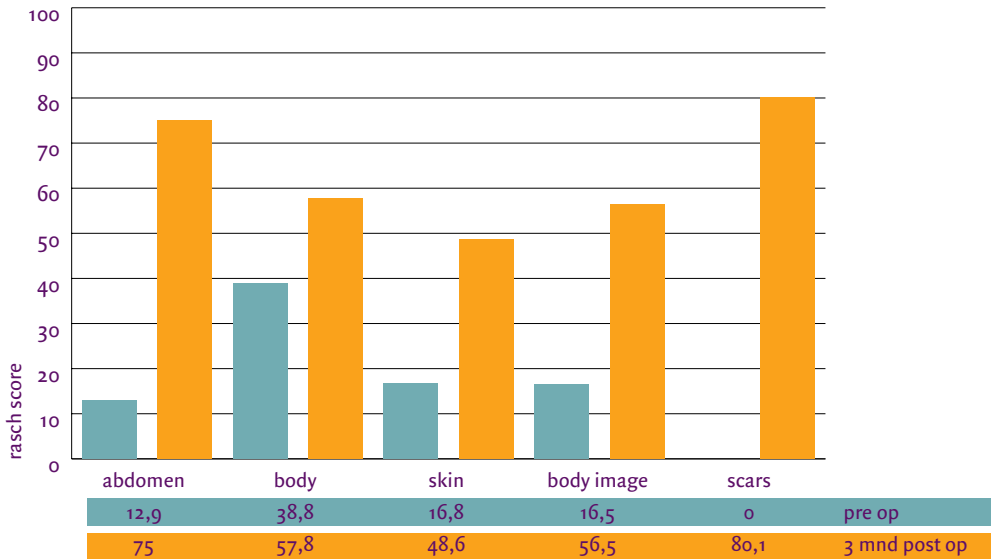
De eerste analyse van de BODY-Q studie laat een significante verbetering zien in verbetering van kwaliteit van leven en uiterlijk, 3 maanden postoperatief na een abdominoplastiek of lower body lift. De onderzoekspopulatie van deze analyse bestaat uit 68 patiënten met een gemiddeld BMI voor de bariatrische

ingreep van 47.2 en een BMI drop van 20.2, oftewel gemiddeld 55 kilo gewichtsverlies. De resultaten van de verschillende subcategorieën zoals te zien in de tabellen worden via een omreken tabel berekend. Een score van 100 is maximaal en wordt geduid als zeer positief. Tabel 1 laat een significante verbetering zien bij de verschillende categorieën die samen geduid worden als uiterlijk. Tabel 2 meet de psychische, fysieke, seksuele en sociale gesteldheid, samen de kwaliteit van leven, ook hier zien we een significante verbetering 3 maanden postoperatief.

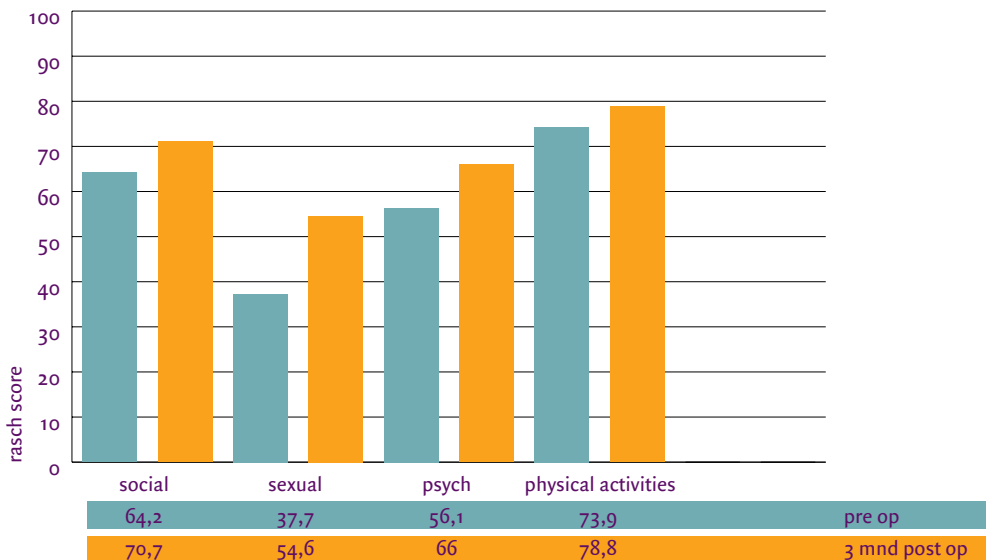
Concluderend laat de BODY-Q studie veelbelovende resultaten zien. Een langere follow-up met een grotere

studiepopulatie is nodig om antwoord te geven op de studievraag wat contourherstellende chirurgie over meerdere jaren doet met betrekking op de kwaliteit van leven, het zelfbeeld en het gewichtsbehoud. Met de eerste resultaten is wel de eerste evidence over de noodzakelijkheid van contourherstellende chirurgie aangetoond.

Vanzelfsprekend moeten patiënten met ernstige klachten van excessief huidoverschot en een stabiel BMI onder de 35 doorverwezen worden naar een plastisch chirurg. Er zal de komende jaren een verandering gaan plaatsvinden in de wereld van contourherstellende chirurgie; de toenemende vraag en terechte indicaties vragen om ontwikkeling.



Tabel 1: BODY-Q resultaten - Tevredenheid met uiterlijk



Tabel 2: BODY-Q resultaten - Kwaliteit van leven

Acute pijnstilling: van oraal tot intranasaal

Door: Gaël Smits en Wendy Thijssen, SEH-artsen KNMG en Marieke Kerskes, ziekenhuisapotheker

De laatste jaren is er veel aandacht voor bestrijding van acute pijn. Toch blijkt uit onderzoek in Nederland dat 17% van de SEH patiënten met een pijnlijke traumatische aandoening een pijnscore van 8 of hoger heeft bij het verlaten van de SEH. In dit artikel beschrijven we een manier om te komen tot snelle en adequate pijnbestrijding bij patiënten met acute pijn.

Waarom is pijnstilling belangrijk?

Allereerst natuurlijk voor het comfort van de patiënt. Daarnaast zijn er allerlei negatieve effecten op korte en lange termijn. Bijvoorbeeld, als je ernstige pijn voorkomt, dan ervaart men de uren en dagen erna veel minder pijn. Je voorkomt dat het zenuwstelsel 'overgevoelig' wordt.

Waarom niet alleen oraal of rectaal?

Matige tot ernstige pijn (NRS pijnscore 4-6 resp. 7-10) laat zich meestal onvoldoende met orale middelen als paracetamol en/of NSAID's bestrijden. Ook duurt het lang voordat orale middelen beginnen te werken, oraal paracetamol werkt bijvoorbeeld pas na ongeveer 40 minuten. Bij naproxen en ibuprofen is dat 1 à 2 uur. Orale middelen zijn wel weer belangrijk voor vervolgpijnstilling nadat de eerste ernstige pijn is bestreden. Ondanks dat tramadol in meerdere richtlijnen staat (NvA en NHG), blijkt tramadol p.o. niet zo geschikt voor acute pijnbestrijding. De werking is zwak (vergelijkbaar met NSAIDs), maar met frequente bijwerkingen zoals misselijkheid en braken. Wij zijn van mening dat beter een echt opioïd gegeven worden, zoals oxycodon p.o.

Een wijdverbreid misverstand is dat rectale pijnstillers beter en sneller worden opgenomen. De opgenomen hoeveelheid is vaak minder hoog en de T_{max} veel later (na 2 tot 4 uur). Als een kind geen tabletten kan slikken, is het daarom beter om paracetamol smelttabletten of drank te geven (beiden hebben een vruchtensmaak).

IV werkt sneller dan IM

Morfine en fentanyl worden het meest gebruikt voor intraveneuze (IV) pijnstilling. Het effect van IV morfine treedt al op na 5 minuten, in tegenstelling tot 20 tot 30 min bij IM toediening. Gemiddeld heeft een patiënt 0,15mg/kg morfine nodig bij ernstige pijn. Omdat niet iedereen even gevoelig is voor opioïden, wordt gestart met een dosis die lager ligt en kan elke 5 minuten morfine bijgegeven worden totdat de patiënt comfortabel is. Een veel gemaakte fout is om met te kleine morfine dosis te beginnen (bijvoorbeeld 2mg), waardoor het lang duurt voordat pijnstilling bereikt is. Uit onderzoek blijkt dat bij patiënten <65 jaar een startdosis van 0,1 mg/kg morfine IV veilig is. Echter in minder dan de helft van de patiënten leidt deze startdosis tot een significante verlaging van de pijnscore. Hetzelfde geldt voor patiënten >65 jaar met een startdosis van 0,05mg/kg morfine IV. Het is dus belangrijk om, na een adequate startdosis, iedere 5 minuten een herhaalde dosis toe te dienen indien nodig (tabel 1). Sommige patiënten blijven veel pijn houden, ondanks herhaalde dosis morfine of fentanyl gecombineerd met paracetamol of NSAID. In dat geval is laag gedoseerd esketamine IV een krachtige toevoeging. In lage doseringen van 0,1 mg/kg werkt esketamine als een sterke pijnstiller, met geen of weinig sedatie. De dosis moet wel langzaam over 10 minuten worden ingespoten om bijwerkingen als sufheid, dysforie of angstig gevoel te verminderen.

Geen IV toegang? Intranasaal!

Als geen IV toegang aanwezig is, kan fentanyl of sufentanil prima intranasaal worden toegediend. De T_{max} is ongeveer 10 min. Twee devices zijn hiervoor beschikbaar:

- 1 Met de Mucosal Atomization Device® (MAD) (Wolfe Tory Medical) wordt de IV oplossing van fentanyl verstuiven in de neus. Dit werkt heel goed bij kinderen, maar vanaf een gewicht van 20 tot 30 kg is het volume fentanyl te groot (>0.5ml/neusgat), waardoor een deel weer uit de neus loopt. Een alternatief is dan sufentanil. Dat is meer geconcentreerd en daarom ook geschikt voor toediening bij volwassenen (de prijs voor MAD ligt rond € 6,00 euro per stuk).
- 2 In de Instanyl® spray van 50, 100 of 200 mcg (Takeda) is de fentanyl al voorverpakt in een heel geconcentreerde vorm (0,1 ml). Hierdoor is deze spray ook goed toe te passen bij volwassenen. Deze spray is verkrijgbaar als single use en kan worden bewaard

Dosering voor acute pijnbestijding bij kinderen* en volwassenen

	Startdosis	Herhaalde dosis	Tijd tot effect	Duur	Bijzonderheden
Morfine IV	0,1 mg/kg (0-65jr) 0,05 mg/kg (>65jr)	0,05 mg/kg à 5 min	5 minuten	3-4 uur	voor langer durende pijnstilling
Fentanyl IV	1 mcg/kg (0-65jr) 0,05 mcg/kg (>65jr)	0,05 mcg/kg à 3 min	2 minuten	30-90 minuten	voor kortdurende pijnstilling
Fentanyl nasaal	1,5 - 2 mcg/kg	1 mcg/kg à 10 min	10 minuten	30-90 minuten	
Esketamine IV	0,1 mg/kg in 10 minuten	0,1 mg/kg, max 0,5 mg/kg	< 10 minuten		langzaam toedienen ter voorkoming van 'vervelende reacties'
Paracetamol IV	20 mg/kg max 1 gram	nvt	8 minuten	4 uur	

Tabel 1 *Met uitzondering van neonaten

bij kamertemperatuur. Hierdoor kan hij makkelijk op voorraad zijn voor gebruik bij acute pijn of pijnlijke procedure in de huisartsenpraktijk en in de spoedkoffer voor snelle, effectieve en eenvoudige pijnstilling voor indicaties waarbij anders een opioïd of een NSAID zou worden gegeven per injectie (bijvoorbeeld bij koliekpijn). De prijs voor instanyl is € 44,70 voor 6 stuks.



Wanneer is het genoeg?

Het meten van pijn met een pijnscore is subjectief. Het blijkt dat inschatting van pijn door artsen of verpleegkundigen totaal niet overeenkomt met de pijnscore die een patiënt aangeeft. Of een patiënt nog meer pijnstilling nodig heeft, is moeilijk individueel te bepalen aan de hand van een pijnscore. Beter is om de patiënt te vragen: 'wilt u meer pijnstilling'. Als de patiënt 'nee' zegt is het goed om de reden daarvoor te vragen, zodat onterechte vrees of andere barrières voor extra medicatie weerlegt kunnen worden.



Bottom Line

Bij het behandelen van acute matige tot ernstige pijn is intraveneuze pijnstilling met opioïden de eerste keus. Combineer

bij ernstige pijn altijd het opioïd met paracetamol (of NSAID bij koliekpijn). IM of SC injecties zijn minder wenselijk vanwege onvoldoende stuurbaarheid en een traag effect. Als geen IV toegang aanwezig is, kan fentanyl intranasaal worden toegediend of oxycodon oraal. Vraag na de eerste dosering of de patiënt nog meer pijnstilling wil. Zegt de patiënt 'ja' geef dan één of meerdere herhaalde dosis van het opioïd. Als herhaalde opioïd dosering samen met paracetamol onvoldoende werkt, voeg dan laag gedoseerd esketamine toe.

Nutritional interventions focusing on gastrointestinal and metabolic health

Door: Bouke Salden, MDL-arts in opleiding

Op 17 maart 2017 promoveerde Bouke Salden aan de Universiteit Maastricht met haar proefschrift getiteld: 'Nutritional interventions focusing on gastrointestinal and metabolic health'. Haar promotor was prof. dr. A.A.M. Masclee. Onderstaand een beknopte samenvatting van de belangrijkste onderzoeken en resultaten van haar proefschrift.

De primaire rol van voeding is kwantitatief en kwalitatief voldoende voedingsstoffen verschaffen zodat er aan de voedingsbehoeften van een individu kan worden voldaan. Daarnaast kan voeding ook gezondheidsbevorderende effecten hebben. Aanvankelijk richtte de voedingswetenschap zich op het identificeren van essentiële elementen uit de voeding en hun rol in de preventie en behandeling van diverse deficiëntieziekten. In de afgelopen jaren ligt de wetenschappelijke en klinische focus meer op de rol van voeding in

ziekten geassocieerd met overmatige voedselinname. De ontdekking en ontwikkeling van functionele voedingsmiddelen heeft 'functional foods' tot een snelgroeiend onderdeel van de voedselindustrie gemaakt. Functionele voedingsmiddelen worden gedefinieerd als voedingsmiddelen of voedselingredienten die één of meer lichamelijke functies doelgericht beïnvloeden met een gezondheidsbevorderend effect of wanneer het product een fysiologisch effect heeft of effect op psychisch functioneren anders dan het traditionele nutritionele effect. De rol van functionele voeding in ziektepreventie en gezondheidsbevordering is tegenwoordig een belangrijk onderwerp van onderzoek. In het proefschrift werden de effecten van verschillende voedingsinterventies onderzocht op de gastro-intestinale en metabole gezondheid van gezonde individuen en van individuen met overgewicht en obesitas.

Afbraak gluten

Gluten, een eiwit rijk aan proline, wordt slecht afgebroken in het maag-darmstelsel door het ontbreken van proline splitsende proteasen in het maag-darmkanaal. De aanwezigheid van lange prolinerijke glutenpeptiden in de dunne darm kan meerdere gluten-gerelateerde aandoeningen via verschillende mechanismen induceren. Prolyl endoproteasen zijn enzymen die het vermogen hebben om de prolinerijke glutenpeptiden te splitsen. In het proefschrift werd de in vivo werkzaamheid van AN-PEP in het afbreken van gluten bestudeerd. AN-PEP bleek in staat om gluten, verwerkt in een maaltijd, efficiënt af te breken in de maag van gezonde vrijwilligers voordat deze gluten de dunne darm bereikten.

Potentieel prebioticum

Het veranderen van de samenstelling van darmmicrobiota door prebiotica lijkt een interessante manier om de darmbarrièrefunctie te verbeteren en om het ontstaan of de progressie van chronische ziekten te behandelen of zelfs te voorkomen. Een beperking van de meeste prebiotica is hun snelle fermentatie in het proximale colon. Arabinoxylanen (AX), de meest voorkomende niet-verteerbare koolhydraten in tarwe, vormen een interessante nieuwe klasse van potentiële prebiotica. Door hun structuur hebben ze een breed spectrum



Presentatie proefschrift



Bouke Salden

van (bacteriële) enzymen nodig voor hun afbraak, hetgeen resulteert in een meer distale fermentatie en activiteit. In dit proefschrift werden de effecten van 6 weken dagelijks AX inname in gezonde personen met overgewicht of obesitas onderzocht. Uitkomstmaten waren darmbarrièrefunctie, samenstelling en activiteit van de darmmicrobiota, het immuunsysteem en metabole parameters. Zes weken AX inname, vergeleken met placebo, zorgde voor een significante verandering van microbiota-activiteit met mogelijk gunstige effecten op maagdarmpaarsierie en immuunsysteem.

Hesperidine - flavonoïde

Studies van grote omvang hebben aangetoond dat flavonoïde-rijke producten gunstige effecten hebben op hart- en vaatziekten en de bijbehorende risicofactoren. In het proefschrift werden de effecten van hesperidine, een flavonoïde glycoside uit sinaasappelschillen, onderzocht op endotheelfunctie, bloeddruk en metabole parameters in proefpersonen met overgewicht en obesitas. Wij constateerden dat 6 weken dagelijkse inname van hesperidine, in personen met relatief gezonde bloedvaten, de endotheelfunctie kan verbeteren en mogelijk ook de bloeddruk. Er werden geen significante hesperidine-geïnduceerde effecten waargenomen ten aanzien van de glucoseregulatie, hierbij dient vermeld te worden dat de glucoseregulatie bij bijna alle patiënten reeds bij start van de studie normaal was.

PDoI & Carotenoïde - potentieel probioticum & antioxidant

Carotenoïden zijn lipofiele antioxidanten overvloedig aanwezig in fruit en groenten. Het is aangetoond dat een hoge inname van carotenoïden beschermt tegen de ontwikkeling van hart- en vaatziekten en gerelateerde risicofactoren. De meeste commercieel verkrijgbare natuurlijke carotenoïden zijn afkomstig van plantaardige materialen. Echter, de kwaliteit en consistentie van deze carotenoïden varieert aanzienlijk. Carotenoïden kunnen ook worden geproduceerd door bacteriën, met name carotenoïden die geproduceerd worden door sporenvormende Bacillus-stammen zijn van belang. Eerdere in vitro en dierstudies hebben aangetoond dat een specifieke Bacillus stam, genaamd PDoI, in staat is maagsapresistente carotenoïden met superieure bio-beschikbaarheid en hoge antioxidant werking te produceren in vergelijking met carotenoïden afkomstig van planten. Daarnaast bezit PDoI zelf mogelijk ook probiotische eigenschappen. In het proefschrift werd onderzocht of PDoI in staat is om in vivo te overleven in het maagdarmsstelsel en in staat is tot productie van systemisch opneembare carotenoïden. Daarnaast werden de gastro-intestinale en systemische effecten van PDoI en van de geproduceerde bacteriële carotenoïden in individuen met overgewicht en obesitas bestudeerd. PDoI bleek in vivo in staat te overleven in het menselijke maagdarmsstelsel en te ontkiemen tot cellen met afgifte van bio-beschikbare carotenoïden. Echter, er werden geen significante gastro-intestinale noch systemische effecten waargenomen na 6 weken PDoI inname, in vergelijking met placebo.

Concluderend kunnen we stellen dat voeding, naast het verschaffen van bouwstoffen en nutritionele waarde voor het lichaam, ook een belangrijke rol kan spelen in ziektepreventie en gezondheidsbevordering. De in dit proefschrift bestudeerde voedselcomponenten bleken allen min of meer in staat één of meerdere lichaamsfuncties op een positieve manier te beïnvloeden en kunnen dus als potentieel 'functional food' worden beschouwd. Echter, de ontwikkeling van en het onderzoek naar deze en andere 'functional foods' staat nog in de kinderschoenen, maar bieden mogelijk een aantrekkelijk alternatief voor het gebruik van medicatie. Daarom is het belangrijk dat er in de toekomst meer en grotere interventiestudies worden uitgevoerd naar de effectiviteit en de veiligheid van dergelijke 'functional foods'.

Gevorderd colorectaal carcinoom: vertaalslag naar de praktijk

Door: Lieke Razenberg, internist i.o.

Op 21 april 2017 promoveerde Lieke Razenberg aan de Erasmus Universiteit in Rotterdam met haar proefschrift getiteld: Systemic treatment for advanced colorectal cancer: bridging the gap between clinical studies and daily practice. Haar promotor was prof. dr. V.E.P.P. Lemmens. Copromotoren waren dr. G.J. Creemers en dr. I.H.J.T. de Hingh.

Voor patiënten met gevorderd colorectaal carcinoom zijn sinds 1990 meerdere behandelingen beschikbaar, mede door de opkomst van een combinatie van chemotherapie en doelgerichte middelen. Deze middelen passen we steeds meer toe, op basis van studies waarin een groot deel van de patiënten uit de alledaagse praktijk ondervetegenwoordigd is. Alhoewel maar liefst eenderde van de patiënten 75 jaar of ouder is ten tijde van het stellen van de diagnose, zitten zij meestal niet in studies. Derhalve beschikken we over weinig informatie omtrent het gebruik, de verdraagzaamheid en effectiviteit

van verschillende systemische behandelopties bij juist deze groep patiënten, die in de alledaagse praktijk wordt gezien.

Dit hiaat is op te vullen door het gebruik van 'population-based data', zoals die van de Nederlandse Kankerregistratie (NKR) welke een goede reflectie vormt van de dagelijkse praktijk. In dit proefschrift werd met behulp van deze data de vertaalslag gelegd tussen klinische studies en de dagelijkse praktijk. Het verschaft inzicht in het gebruik, de verdraagzaamheid en effectiviteit van diverse systemische behandelingen bij ongeselecteerde patiënten met gevorderd colorectaal carcinoom, zoals deze in de dagelijkse praktijk worden gezien.

Inkijk in de praktijk

Naast de landelijke data van de NKR werd gebruik gemaakt van de registratie in de regio Zuidoost-Nederland (voorheen IKZ genaamd), waar al langer bepaalde gegevens worden geregistreerd. Er werden extra gegevens verzameld over de adjuvante behandeling van 70-plussers met stadium III colon carcinoom in deze regio; welke middelen, hoeveel kuren en welke doseringen zij kregen. Daarnaast werd van patiënten die tussen 2003 en 2008 de diagnose colorectaal carcinoom kregen de status teruggezocht, om te achterhalen hoeveel van hen later metastasen ontwikkelden en hoe zij daarvoor werden behandeld. Deze metastasen, die ten tijde van het ziektebeloop ontstaan, worden ook wel metachrone metastasen genoemd.

Ouderen

In de praktijk bleken patiënten ouder dan 70 jaar met stadium III colon carcinoom minder vaak adjuvante therapie te krijgen. De rol van combinatiechemotherapie blijkt discutabel. Het gebruik van Oxaliplatin (veelal CAPOX), bleek geassocieerd te zijn met meer bijwerkingen dan capecitabine monotherapie. Bijwerkingen die vroeg optraden zoals diarree, misselijkheid en braken, bleken geassocieerd te zijn met een kortere behandelduur en lagere dosering. Andere bijwerkingen die later optraden (hand-voet syndroom, neuropathie) leken niet te zorgen voor een lagere



Presentatie proefschrift



Lieke Razenberg

dosering of kortere duur. Al met al suggereert dit dat we terughoudend zouden moeten zijn en de keuzes op basis van goede afwegingen moeten maken.

Ook wanneer werd gekeken naar het gebruik van palliatieve systemische therapie bij patiënten met metachrone metastasen werd gezien dat we zeer terughoudend zijn in het überhaupt geven van systemische therapie bij ouderen. Slechts een derde van de 75+ patiënten ontving palliatieve systemische therapie. Vooral bij deze 75+ groep werd een aanzienlijke variatie tussen ziekenhuizen gezien in het gebruik van palliatieve systemische therapie, variërend van 17 tot 63%. Deze verschillen bleken niet toe te schrijven aan case-mix, wat het gebrek aan evidence bij juist deze patiëntengroep weerspiegelt. In de praktijk bleken veel oudere patiënten geen kandidaat voor combinatiechemotherapie en kregen ze vaak maar één middel. Zelfs bij de



Omslag promotieonderzoek

zorgvuldig geselecteerde groep oudere patiënten die wel combinatiechemotherapie kreeg, bleken er minder kuren en lagere doseringen van beide middelen te zijn gegeven. Oudere patiënten bleken daarnaast vaak niet verder te komen dan die eerstelijnsbehandeling. Doelgerichte therapie is daarom mogelijk een goede optie, in combinatie met chemotherapie. In de onderzochte periode bleek het gebruik van de angiogenesremmer Bevacizumab echter samen te hangen met het feit of iemand combinatiechemotherapie aankon. Alhoewel zelfs na correctie voor vertekende factoren, patiënten die zowel chemotherapie als Bevacizumab kregen, langer leefden dan patiënten die geen Bevacizumab kregen.

Peritoneaal metastasen

Alhoewel er steeds meer behandelmethoden beschikbaar zijn gekomen voor patiënten met peritoneaal metastasen is veelal het dogma blijven bestaan dat deze onbehandelbaar zouden zijn en dat positieve resultaten zouden ontstaan door selectie van fittere patiënten voor de behandeling. In dit proefschrift werd daarom de behandeling en overleving van juist deze groep patiënten onderzocht. De overleving bleek de afgelopen twee decennia te zijn verdubbeld, van 6 maanden in 1995-2000 naar 12,5 maand in 2010-2014. Daarnaast bleek deze verbeterde overleving sterk samen te hangen met de invoer van diverse behandelmethoden, waarbij zowel CRS-HIPEC, een behandeling waarbij eerst alle zichtbare tumoren chirurgisch worden verwijderd en vervolgens de buik met een verwarmde chemotherapie vloeistof wordt gespoeld, als systemische therapie een rol leek te spelen.

Conclusie

Peritoneaal metastasen zouden daarom niet langer als onbehandelbaar beschouwd moeten worden. Behandelopties zoals CRS-HIPEC en systemische therapie zouden overwogen moeten worden.

Het proefschrift, getiteld 'Systemic treatment for advanced colorectal cancer: bridging the gap between clinical studies and daily practice', is te raadplegen via <https://repub.eur.nl/pub98654>

Onderzoek binnen het orthopedisch speerpunt revisie-chirurgie en prothese-infecties

Door: Marieke van der Steen onderzoekscoördinator orthopedie, Hans Hendriks en Robin van Kempen, orthopedisch chirurg

Totale heup- en knieprothesen zijn een vaak toegepaste en succesvolle orthopedische behandeling voor met name artrose. Elke operatie heeft echter een risico op complicaties. Bij gewrichtsprothesen zijn de behandelbare complicaties vooral malpositie, loslating en prothese-infectie. In Nederland is revisie-chirurgie wegens een prothese-infectie jaarlijks bij ruim 200 patiënten binnen één jaar na prothese-plaatsing nodig.

De Coöperatie Orthopedie Groot Eindhoven (Catharina Ziekenhuis Eindhoven en Máxima Medisch Centrum) specialiseert zich onder meer in de behandeling van prothese- infecties en hersteloperaties van heup- en knieprothesen in verband met complicaties of slijtage,

ook wel revisies genoemd. In het Catharina Ziekenhuis is een team van vijf orthopedisch chirurgen actief dat jaarlijks 150 tot 175 van dit soort complexe operaties verricht. Naast de klinische zorg, dragen wij actief bij aan wetenschappelijk onderzoek rondom de behandeling van prothese-infecties en revisie chirurgie, om zo de kwaliteit van zorg aan onze patiënt verder te verbeteren. Via dit artikel informeren wij u graag over drie van onze projecten.

Regionaal infectiecohort

De Coöperatie Orthopedie Groot Eindhoven (COGE) is samen met een aantal andere ziekenhuizen nauw betrokken bij onderzoek naar infectieprotocollen. Met negen andere ziekenhuizen in de regio Zuid-Oost Nederland, is een best-evidence behandelprotocol voor vroege prothese-infecties opgesteld. Door deze infecties op dezelfde manier te behandelen en gegevens in een web-based datamanagementsysteem te registreren, ontstaat de mogelijkheid om te onderzoeken



Kees Oosterbos, Hans Hendriks, Coen Jaspars en Robin van Kempen hebben zich gespecialiseerd in de behandeling van prothese-infecties en revisies van heup- en knieprothesen. Recent is ook Remco van Wensen aan het team toegevoegd. (foto: Zorg voor Beweging)

welke maatregelen bijdragen aan een succesvolle behandeling. De gezamenlijke discussies en regelmatige terugkoppeling van de bevindingen hebben al geleid tot een duidelijke verbetering in de mate van het volgen van het infectieprotocol. We verwachten later dit jaar ook de eerste positieve effecten van het protocol in de uitkomsten zichtbaar te kunnen maken.

LEAK-studie

Een lekkende wond na het plaatsen van een gewrichtsprothese kan een voorbode zijn van infectie van de prothese. Bij ongeveer 4% van de patiënten is er op dag 10 na plaatsing van de prothese nog sprake van lekkage. Er is echter veel variatie in de behandeling van aanhoudende wondlekkage tussen ziekenhuizen. Vanuit het landelijke Consortium Orthopaedic Research, waar COGE actief aan deelneemt, wordt binnen de LEAK-studie onderzoek gedaan naar de beste behandeling van wondlekkage na heup- en knieprotheses. Binnen de LEAK-studie wordt een chirurgische interventie (Debridement Antibiotics Irrigation and implant Retention [DAIR]) vergeleken met een niet-chirurgische behandeling (bedrust) bij patiënten met wondlekkage voorbij de tiende postoperatieve dag. Uitkomsten worden geanalyseerd in het licht van (kosten)effectiviteit en impact op kwaliteit van leven. De verwachting is dat door vroeg een DAIR uit te voeren, het aantal revisies voor infecties binnen één jaar na prothese-plaatsing met 50% zal verminderen.

Wilt u meer informatie over de LEAK-studie, kijk dan op: <http://www.orthopeden.org/wetenschap/onderzoeksprojecten/leak>

Revisie cohort

Revisies bij heup- en knieprothesiologie zijn zware operaties. Voor een beslissing om al dan niet over te gaan tot een dergelijke ingreep is veel voorlichting nodig en een goede afstemming met de patiënt over de verwachtingen na de operatie. Als de revisie wordt uitgevoerd ter behandeling van een prothese-infectie, is er niet altijd een keus om wel of niet te opereren. Met name bij chronische infecties is het belangrijk om inzicht te geven in de risico's voor een blijvende infectie na de behandeling, vooral omdat deze behandeling vaak in meerdere ingrepen plaatsvinden. Veel van dit soort complexe casussen uit de regio worden naar onze vakgroep doorverwezen. Mede hierdoor kunnen wij onze kennis en vaardigheden verdiepen en ontstaan de aantallen waardoor het mogelijk is om doelmatigheidsprojecten en wetenschappelijk onderzoek op te starten. In het revisie cohort volgen we alle patiënten die een revisie van heup- of knieprothese ondergaan binnen ons centrum. Op dit moment focussen we ons met name op de reden van revisie, de verwachtingen van de patiënt en uitkomsten van de behandeling. Aan het prospectieve revisie cohort, nemen inmiddels 250 patiënten deel die op vaste momenten een (digitale) vragenlijst invullen gericht op pijn, functie en kwaliteit van leven. De resultaten maken het mede mogelijk onze informatievoorziening en behandeling nog patiëntgerichter te maken en hierdoor verder te verbeteren.

Mocht u meer informatie willen over onze projecten rondom prothese-infecties/revisie-chirurgie, dan kunt u contact opnemen met Marieke van der Steen (onderzoekscoördinator orthopedie), Hans Hendriks (orthopedisch chirurg) of Robin van Kempen (orthopedisch chirurg) via 040 - 239 71 80 / marieke.vd.steen@catharinaziekenhuis.nl.

Ouderenmishandeling; “We kunnen niet meer wegstijgen”

Door Eveline van de Ven, senior redacteur

Het Catharina Ziekenhuis screent standaard ouderen die binnenkomen op de Spoedeisende Hulp op tekenen van mishandeling. “Hoewel het thema ontzettend actueel is, blijkt het in de praktijk een lastig onderwerp om te bespreken.”

Aan het woord is geriater Michiel van Beek van het Catharina Ziekenhuis. “Het is nog te vaak een blinde vlek in ziekenhuizen. Maar we kunnen niet meer wegstijgen. Daarom heeft het Catharina Ziekenhuis sinds een jaar een aandachtsfunctionaris ouderenmishandeling en een protocol opgesteld. Samenwerking tussen

zorgverleners is essentieel. Nu komt het nog te vaak voor dat de mishandeling niet gezien wordt of dat hulpverleners het niet durven te zien, omdat het gevoel bestaat dat het gesprek erover lastig is.”

Meldcode

De afgelopen jaren is er een stijgende trend in het aantal geregistreerde meldingen van ouderenmishandeling. Dit is waarschijnlijk nog maar een fractie van het daadwerkelijke aantal. “Professionals zijn sinds 2013 verplicht te werken volgens de Wet Meldcode Huiselijk Geweld. Veilig Thuis is het centrale advies en meldpunt voor ouderenmishandeling in Nederland. De wet voorziet in een stappenplan dat elke professional moet doorlopen als hij of zij signalen krijgt van mishandeling. Dus ook als er sprake lijkt te zijn van ouderenmishandeling. Signaleren of melden alleen is echter niet voldoende. We moeten er ook naar handelen. We kunnen en mogen niet wegstijgen. We moeten af van het idee dat ouderenmishandeling ‘alleen maar’ breuken en blauwe plekken betreft. Dat komt voor, maar veel vaker is het subtieler. In het ziekenhuis bleek er naast de officiële instantie behoefte aan professionals die adviseren



Michiel van Beek, geriater en Lynn Corstjens, aandachtsfunctionaris

en kunnen ondersteunen bij ouderen waar er een vermoeden bestaat van ouderenmishandeling. De clou is vaak om het gesprek aan te gaan over de vermoedens van ouderenmishandeling en de verbinding leggen tussen de zorgverleners en mantelzorgers. En dat heeft onze aandachtsfunctionaris in het vizier.”

Onderbuikgevoel

Waar signalen van kindermishandeling meer algemeen bekend zijn, moeten zorgverleners bij ouderen vertrouwen op hun onderbuikgevoel. De kinderarts is van oudsher het directe aanspreekpunt. Bij de oudere patiënt is de zorg verdeeld. Zij komen bij de cardioloog, chirurg, internist, uroloog of een geriater binnen. “Het is belangrijk dat elke afdeling signalen van ouderenmishandeling kan herkennen en erkennen. Het kunnen herkennen van ouderenmishandeling en er naar handelen is een plicht van elke zorgverlener. Iedereen die ouderen behandelt, zou verder moeten kijken dan het eigen vakgebied. We hebben als zorgverleners hierin een gemeenschappelijke taak en die handschoen moet opgepakt worden.” Als afdeling klinische geriatrie binnen het Catharina Ziekenhuis willen wij hier graag in coördineren en ondersteunen samen met instanties als Veilig Thuis en de huisartsen. Wij hebben in ons ziekenhuisbrede protocol beschreven wat te doen als er tekenen zijn van ouderenmishandeling. Het signaleren, het gesprek aangaan en procedures rondom meldingen bij Veilig Thuis staan hierin beschreven. Verder hebben we in onze werkwijze opgenomen dat we in overleg met de huisarts en ander betrokken hulpverleners de veiligheid van de kwetsbare ouderen proberen te verbeteren.

Laat herkend

Het grootste probleem is nu nog altijd dat ouderenmishandeling en ontspoorde mantelzorg meestal niet of te laat worden herkend. Ondertussen stijgt het aantal meldingen jaarlijks. De meest voorkomende vormen van ouderenmishandeling zijn

Meldcode

- 1 Signaleren**
in kaart brengen/vastleggen
- 2 Consulteren**
overleggen en advies vragen
- 3 Bespreken**
ga het gesprek aan met de patiënt, evt familie/pleger
- 4 Afwegen**
weeg risico's en ernst van geweld af
- 5 Beslissen**
hulpbieden en/of melden bij Veilig Thuis

psychische en fysieke mishandeling. Ook financieel misbruik komt veel voor. Met de toename van het aantal thuiswonende, zorgafhankelijke ouderen neemt het beroep op mantelzorgers toe. Bij mishandeling is meestal sprake van opzet, maar soms is het een gevolg van overbelasting van een mantelzorger. Dan spreken we over ontspoorde mantelzorg. “Deze vorm van mishandeling is veel subtieler en vergt een andere aanpak omdat hier vaak geen sprake is van opzet.”

Ouderenmishandeling is al het handelen of het nalaten van handelen van al degenen die in een terugkerende persoonlijke of professionele relatie met de oudere (iemand van 65 jaar of ouder) staan, waardoor de oudere persoon lichamelijke en/of psychische en/of materiële schade lijdt, en waarbij van de kant van de oudere sprake is van een vorm van gedeeltelijke of volledige afhankelijkheid (LPBO, 2016).

Meer informatie is te vinden op www.veiligthuiszob.nl en via de aandachtsfunctionaris van het Catharina Ziekenhuis, Lynn Corstjens, lynn.corstjens@catharinaziekenhuis.nl of via telefoonnummer (040) 239 91 50.

Nieuwe app 'NierDosering' beschikbaar

Door Marieke Kerskes, ziekenhuisapotheker

De app NierDosering is bedoeld als hulpmiddel voor alle zorgverleners die betrokken zijn bij de zorg voor patiënten met een verminderde nierfunctie. In de app staan doseringsadviezen voor volwassenen voor ruim 600 geneesmiddelen.



De adviezen variëren van 'Geen actie nodig' tot uitgebreide doseringsaanpassingen. Een verrijking zijn onder meer een rekenformule voor het schatten van de nierfunctie offline en een klikbare tabel met de geneesmiddelen, ingedeeld naar de farmacotherapeutische groepen. Bovendien kan bij elk doseringsadvies een risicoanalyse worden geraadpleegd waarin de gebruikte literatuur is samengevat. De app is gratis te downloaden voor apothekers als onderdeel van het KNMP lidmaatschap. Voor overige gebruikers kost de app € 18,99 incl BTW.

Medicatiebegeleiding

De ontwikkeling van deze app is een onderdeel van een door ZonMw gefinancierd project van de KNMP, de Nierstichting, de Nierpatiëntenvereniging en het Catharina Ziekenhuis. Naast de doseringsadviezen voor geneesmiddelen bij verminderde nierfunctie en dialyse wordt ook hard gewerkt aan voorlichtingsmateriaal voor de medicatiebegeleiding van nierpatiënten. Hiervoor zijn inmiddels 2 informatiefolders ontwikkeld die verkrijgbaar zijn via de Nierstichting. Meer inhoudelijke informatie over de medicatiebegeleiding van nierpatiënten gaat u vinden in de volgende HaCaSpect.



Het levenseinde gesprek

Door: Elsje van Beek, junior huisartsbegeleider
Radboudumc en Felix Punt, gedrags-
wetenschapper Huisartsenopleiding
MaastrichtUMC

Interdisciplinaire training huisartsen in opleiding Maastricht University en Radboudumc en specialisten in opleiding Máxima Medisch Centrum en het Catharina Ziekenhuis

Op 18 oktober en 13 december 2016 vond de training 'Het levenseindegesprek' plaats op locatie Strijp-Z met 14 huisartsen en specialisten in opleiding, werkzaam in de regio. Deze PILOT werd opgezet in samenwerking met het Catharina Ziekenhuis en de huisartsenopleidingen van Maastricht University en het Radboudumc. De aanleiding van het onderwijs was de recente publicatie van de Regionale Transmurale Afspraak Zuidoost Brabant over 'Tijdig spreken over het levenseinde'. Daarnaast bestond de wens van de huisartsenopleiding uit Maastricht en Nijmegen om samen te werken met elkaar en met de tweede lijn op het gebied van onderwijs in de dependance in Eindhoven. Zowel het Máxima Medisch Centrum als het Catharina Ziekenhuis hebben aangegeven interesse te hebben in gezamenlijk onderwijs op het gebied van Advance Care Planning. Deze samenloop van omstandigheden vormde een mooie gelegenheid voor het organiseren van een interdisciplinaire training over het levenseindegesprek. De training werd gegeven door Geert van der Aa (geriater in ruste Catharina Ziekenhuis), Felix Punt (gedragswetenschapper Huisartsenopleiding MaastrichtUMC) en Elsje van Beek (junior huisartsbegeleider Radboudumc).

Doel

Het doel van de training was het bevorderen van interdisciplinaire samenwerking tussen de eerste en tweede lijn op het gebied van palliatieve zorg en het trainen van het voeren van een levenseindegesprek.

Opzet training

De training bestond uit twee bijeenkomsten. Gedurende de eerste bijeenkomst werd er kennis gemaakt, theoretisch onderwijs gegeven en was er ruimte voor oefenen. Ook kregen de deelnemers de opdracht de opgedane kennis in de praktijk te oefenen en een levenseindegesprek te voeren in de periode tussen de twee trainingen. Tijdens de tweede training werd deze opdracht geëvalueerd en was er de mogelijkheid om te oefenen met 'modelpatiënten', situaties die als moeilijk werden ervaren, konden worden nagespeeld en geoefend. De belangrijkste voorbereidingen voor deze sessies zijn de RTA 'Tijdig spreken over het levenseinde', Thuisarts.nl, de KNMG-folder 'Tijdig spreken over het levenseinde' en de app PalliArts. Ook vroegen wij AIOS om de Vragenlijst Sterfstijlen in te vullen op doodgewoonbespreekbaar.nl.

Evaluatie

De groep was gemotiveerd, toonde inzet en was erg interactief. Door opdrachten in kleine groepjes van drie uit te voeren, verliep de communicatie ongedwongen en goed. Het programma werd door alle AIOS positief beoordeeld. Complimenten voor de diversiteit van het programma en het vlotte en interactieve beloop bij een onderwerp dat ook als taai ervaren kan worden. De eerste opdracht 'teken je eigen levenseinde' riep weerstand op, maar werd ook als helpend ervaren om je eigen positie en ideeën over sterven te bepalen. Voor AIOS uit het ziekenhuis was de communicatietraining waardevol, voor AIOS huisartsgeneeskunde juist de uitwisseling met AIOS uit het ziekenhuis.

Dit onderwijs leverde een levendige uitwisseling op tussen AIOS uit het ziekenhuis en huisartsen in opleiding. Het was leerzaam en goed om de verschillende verhalen en perspectieven te horen over de praktijkopdracht. Dit leverde begrip en inzicht op. Zo ging het over acute situaties in een ziekenhuis, wanneer stop je de behandeling en praat je over het levenseinde? Ook ging het over oncologische patiënten die euthanasie wilden, kwetsbare ouderen met hun kinderen, patiënten met COPD die er nog niet aan toe waren om over de dood te praten.

Het proces verliep vanzelf, vragen vanuit de groep waren helpend en verdiepend. Ook ging het over overdracht of het soms ontbreken hiervan. Het oefenen met acteurs Mireille Hartjes en Annemarie Kuijs werd zeer gewaardeerd.

De huisartsenopleiding op locatie Strijp-Z in Eindhoven

Door: Elsje van Beek, huisarts en huisartsopleider
Radboudumc, Thea Toemen, huisarts-docent
huisartsopleiding Nijmegen

De huisartsopleidingen van Maastricht en Nijmegen hebben in januari 2016 samen in Eindhoven een nieuwe onderwijslocatie, het Strijp-Z-gebouw (www.strijp-z.nl) aan de Tilburgseweg-West 100 in gebruik genomen.

In dit mooie nieuwe gebouw aan de rand van Strijp-S is een hele verdieping gereserveerd voor de huisartsenopleiding van het Radboudumc en Maastricht University. Vanuit Nijmegen is er tevens een groep ouderengeneeskunde aanwezig. Ook zijn er tal van eerstelijnsorganisaties gevestigd, zoals Stichting Kwaliteit en Ontwikkeling Huisartsenzorg (KOH), Zorggroep De Ondernemende huisarts (DOH), Meetpunt Kwaliteit, LHV-huisartsenkring Zuidoost Brabant, Slimmer met Zorg, Stichting Gezondheidscentra Eindhoven (SGE) en Huisartsenposten Oost-Brabant.

Onderwijs op locatie

Vanuit Maastricht werd al in 2011 gestart met een onderwijsgroep op locatie “Het Schip” van de SGE, terwijl Nijmegen in 2014 begon met een eerste groep in Eindhoven. Nu volgen negen groepen van de aios vanuit Maastricht (50 % van het totaal) en vier groepen van de aios uit Nijmegen onderwijs in Strijp-Z. In 2018 start Nijmegen met een vijfde groep, gevolgd door een 6e groep (33% van het totaal). De huisartsenopleiding Maastricht wilde graag het aantal stageplaatsen uit kunnen breiden en de mogelijkheid hebben om te groeien - Zuidoost Brabant bood deze mogelijkheid.

Nijmegen heeft van oudsher ook veel opleiders in Zuidoost Brabant, de vraag naar onderwijs op locatie nam toe. Daarnaast zijn er in de regio in de toekomst veel nieuwe huisartsen nodig, want bijna een kwart van de huisartsen in Zuidoost Brabant is ouder dan 60 jaar. Bovendien is Eindhoven een bijzonder aantrekkelijke regio die volop in ontwikkeling is. Er zijn veel innovatieve ontwikkelingen op medisch gebied en in Brainport Eindhoven wordt gezocht naar vernieuwende oplossingen voor grote maatschappelijke uitdagingen op het gebied van gezondheid, mobiliteit, duurzaamheid en energie. Vanuit de Technische Universiteit en bedrijven als Philips en voorheen chipfabrikant NXP is een bakermat ontstaan voor veel start ups, ook op medisch gebied.

Aantrekkelijke regio

Het bruist in Eindhoven: op Strijp-S tijdens de Dutch Design Week in oktober, tijdens de lichtweek ‘Glow’ in november en op de vele (muziek)festivals en andere activiteiten. De regio is aantrekkelijk voor jonge ondernemende mensen (en voor de partners van onze aanstaande huisartsen). Ook binnen de (eerstelijns)gezondheidszorg loopt de regio Zuidoost Brabant mee voorop en zijn er veel kansen voor de huisartsenopleiding. Er zijn goed georganiseerde en vooruitstrevende zorggroepen (DOH, PoZoB, SGE en ELAN), er zijn opleiders in NHG-geaccrediteerde praktijken, kaderhuisartsen voor onderwijs en ook stagemogelijkheden bij de GGZ, ouderenzorg en in de ziekenhuizen.

Korte lijnen

Met verschillende eerstelijnsorganisaties en de huisartsenopleiding onder een dak zijn de lijnen op Strijp-Z kort. Het geeft mogelijkheden voor onderwijs (kaderhuisartsen), stages, onderzoekjes en ideeën die we ook voor de opleiding en aios in Maastricht en Nijmegen kunnen gebruiken. Samenwerking tussen de huisartsenopleidingen van Maastricht en Nijmegen ligt voor de hand. Het onderwijsprogramma van Maastricht en Nijmegen is verschillend, maar tijdens het keuzeonderwijs kunnen we samenwerken en gebruikmaken van elkaars kwaliteiten en van de mogelijkheden in de regio. Voor de samenwerking met en inbedding in de regio trekken we samen



De nieuwe locatie op Strijp-Z. Foto van der Heijden bouw

de kar. In juni 2016 organiseerden wij samen met huisartsenopleiding Maastricht een succesvolle “Ontmoeting met de regio”. Eerstelijnsorganisaties en ook de ziekenhuizen uit de regio presenteerden zich door het houden van een korte pitch. Tijdens rondetafelgesprekken werd nader kennis gemaakt met elkaar. Met korte presentaties, waarin mogelijkheden tot samenwerking met de huisartsenopleiding naar voren kwamen, werd de dag afgesloten. Door deze ontmoeting hebben we elkaar beter leren kennen en zijn er concrete plannen uit voortgekomen. Zoals een cursus kleine chirurgische verrichtingen voor de aios in het Elkerliek en in het Catharina Ziekenhuis, en interdisciplinair onderwijs voor zowel huisartsen als specialisten in opleiding.

Gezamenlijk onderwijs

Naar aanleiding van de RTA “Tijdig spreken over het levenseinde”, vonden in oktober en november 2016 twee trainingen plaats voor specialisten in opleiding van het Máxima Medisch Centrum en het Catharina Ziekenhuis en huisartsen in opleiding uit Maastricht en Nijmegen. Het onderwijs werd enthousiast ontvangen en zorgde voor een levendige uitwisseling. KOH verzorgt kwalitatief onderwijs voor huisartsen in de regio. Aios kunnen hiervan profiteren maar ook zelf aan bijdragen: zo hebben twee aios onderwijs gegeven op een KOH-congres voor doktersassistenten.

Integratie van onderwijs en praktijk

De zorggroepen in de regio (SGE, PoZoB, DOH en Elan) werken graag samen. Zij willen met hun kaderhuisartsen en expertise bijdragen aan ons onderwijs en aios de kans geven om deel te nemen aan hun activiteiten. Een voorbeeld hiervan is het betrekken van huisartsen in opleiding bij consultvoering van de praktijkondersteuner op het gebied van het individueel zorgplan; een initiatief waar zowel huisartsen in opleiding als praktijkondersteuners van kunnen leren. Dankzij deze integratie van onderwijs en praktijk leren de aios de regio goed kennen en een netwerk opbouwen in Zuidoost Brabant.

Vanuit het Palliatief Netwerk Zuidoost Brabant is een aios betrokken bij transmurale scholingen over de levenseinde problematiek. Het huisartsenlaboratorium ‘Diagnostiek voor U’ heeft recent onderwijs georganiseerd voor de huisartsenopleiding over het diagnostisch toetsoverleg (DTO). Kortom, regio Eindhoven biedt veel mogelijkheden om de dependance van de huisartsenopleiding Maastricht en Nijmegen tot een succes te maken. Iedereen die eens wil komen kijken op onze mooie locatie in Strijp-Z is van harte welkom.

Bedside teaching

19 september, 24 oktober, 21 november, 19 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

11 - 14 april 2018, Marbella / Puerto Banus

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.

Gezamenlijke nascholing huisarts specialist

21 september: Tijdig spreken over het levenseinde
1 november: De dokter en de islam

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

Data nog niet bekend

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.catharinaziekenhuis.nl/haca onder het kopje bij- en nascholing.