

HaCaSpect

Wat is het belang van het
Nederlands Hart Netwerk voor de
bestaande instellingen en
stakeholders?

- 
- 4 Nederlands Hart Netwerk:
Samenwerking tussen lijnen
 - 10 Optimaal beheer medicatie
bij nierpatiënten
 - 24 Apps met info over
(laboratorium)diagnostiek

HaCa
Huisartsen

Catharina Ziekenhuis

PLATFORM VOOR SAMENWERKING

HaCaSpect is een uitgave van HaCa en wordt gratis verspreid onder medisch specialisten, arts-assistenten en de adherente huisartsen van het Catharina Ziekenhuis in Eindhoven. Jaargang 15, december 2017

Nummer 34

Bedside teaching 2018

16 januari, 27 februari, 20 maart, 17 april, 15 mei,
19 juni, 18 september, 23 oktober, 20 november,
18 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

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

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.

Voorwoord

Beste lezers, voor u ligt weer een vers nummer van HaCaSpect. We willen iedereen, zeker ook de huisartsen, uitnodigen om nieuwe ontwikkelingen of onderzoeken op medisch gebied of organisatie van zorg met ons te delen.

Ook in dit nummer hebben we weer diverse interessante onderwerpen:

Zo is er een hoofdrol weggelegd voor MDL.

Allereerst een artikel over de impact van Barrett en gevolgen van de kans op slokdarmkanker op het psychisch welbevinden.

Verder een stuk over wat de nieuwe kinder MDL-arts voor u en zijn patiëntjes kan betekenen.

Daarnaast spelen ze nog een rol in onderzoek naar een veelbelovende nieuwe behandeling voor diabetes type 2 via het duodenum. In dat artikel wordt hier meer uitleg over gegeven. Uw hulp wordt gevraagd bij het werven van deelnemers voor dit onderzoek.

Dan een zeer informatief artikel van cardiologie waarin meer wordt verteld over het Nederlands Hartnetwerk en transmurale zorgstandaarden.

Om u de weg te wijzen in het oerwoud aan medische apps is er een artikel met informatie over enkele handige apps van uw partners in laboratoriumdiagnostiek. Deze apps kunnen u helpen bij aanvragen en interpretaties van laboratoriumdiagnostiek. Zowel Diagnostiek voor U, Máxima Medisch Centrum als Catharina Ziekenhuis hebben inmiddels zo'n app. In het verlengde hiervan ook nog een artikel over de samenwerking met het laboratorium op Curaçao. We weten allemaal hoezeer je moet oppassen met polyfarmacie bij patiënten. Marieke Kerskes legt uit wat we in het Catharina Ziekenhuis doen om medicatiegebruik van dialysepatiënten en pre-dialysepatiënten veiliger te maken.

Natuurlijk ook weer een ruim gevulde rubriek Huis & Haard waarin diverse nieuwe collega's in de regio zich aan u voorstellen.

Veel lees- en vooral schrijfplezier!

Inhoud

Pagina 4-5-6-7

Nederlands Hart Netwerk: Samenwerking tussen de 1ste, 2de en 3de lijn

Pagina 8-9

Nieuwe darmbehandling bij Diabetes type 2 biedt kansen

Pagina 10-11-12

Naar een optimaal beheer van medicatie bij nierpatiënten

Pagina 13-14-15

Kinderarts MDL verbetert specialistische zorg

Pagina 16-17-18-19-20-21

Huis en haard

Pagina 22-23

Bewuster omgaan met psychische gevolgen bij diagnose Barrett

Pagina 24-25

Apps met inhoudelijke en praktische info over (laboratorium)diagnostiek

Pagina 26-27

Uitgelicht: Samenwerken op afstand binnen de laboratoriumwereld

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

Nederlands Hart Netwerk: Samenwerking tussen de 1ste, 2de en 3de lijn

Door: Paul Cremers, projectleider Nederlands Hart Netwerk en
Lukas Dekker, cardioloog Catharina Ziekenhuis

Het Nederlands Hart Netwerk (NHN) is een samenwerkingsverband tussen zorgaanbieders uit de 1ste, 2de en 3de lijn in de regio Zuidoost Brabant. Hierbij zijn de cardiologen en verpleegkundigen van de 4 ziekenhuizen in de regio Zuidoost Brabant (Catharina Ziekenhuis, Elkerliek ziekenhuis, Máxima Medisch Centrum en St. Anna ziekenhuis) en de huisartsen van de 4 zorggroepen in de regio Zuidoost Brabant (PoZoB, DOH, SGE en ELAN) zeer nauw met elkaar verbonden om de hoogste kwaliteit van zorg te bieden voor patiënten met een hartaandoening. Om de gehele zorgketen sluitend te krijgen, zijn ook de overige zorgaanbieders (o.a. trombosedienst, thuiszorg, apothekers, ambulancedienst en diagnostische centra) betrokken bij het NHN.

De ambitie van het NHN is om de aantoonbaar hoogste patiëntwaarde te bieden voor patiënten met een hartaandoening. De betrokken zorgaanbieders proberen deze ambitie te realiseren door gezamenlijk de volledige zorgketen op een optimale en uniforme wijze te organiseren. Dit betekent dat er niet wordt gekeken naar de 1ste, 2de en 3de lijn, maar naar een continuüm van zorg. Vandaar dat binnen het NHN gezamenlijk zorgstandaarden worden ontwikkeld die zowel in de 1ste, 2de en 3de lijn toepasbaar zijn en op elkaar aansluiten. Uiteindelijk leidt dit er toe dat elke patiënt met een specifieke hartaandoening dezelfde, optimale zorg krijgt in de regio Zuidoost Brabant.

Value Based Healthcare

Om complexe vraagstukken rondom kwaliteit en kosten in de gezondheidszorg op te lossen is Value Based Healthcare (VBHC) een veelgebruikte methodiek. De aanpak van het NHN is volledig gebaseerd op VBHC, waarbij de uitkomsten van hartpatiënten worden gemeten en continu verbeterd. Hoewel er enkele (inter)nationale voorbeelden zijn van organisaties die de

VBHC methodiek toepassen is de aanpak van het NHN uniek binnen de Cardiologie. Vandaar dat het NHN (genomineerd voor de VBHC prize 2017) wordt gezien als de koploper binnen de hartzorg in Nederland.

Transmurale zorgstandaarden

Om de uitkomsten van de patiënt met een hartaandoening te optimaliseren zijn binnen het NHN separate netwerken geïnitieerd rondom specifieke ziektebeelden (atriumfibrilleren, hartfalen, coronariaalijden en kleplijden). Binnen ieder netwerk ontwikkelen de zorgaanbieders gezamenlijk transmurale zorgstandaarden. Voor kleplijden wordt momenteel de eerste transmurale zorgstandaard van Nederland ontwikkeld binnen het NHN.

Het transmurale kenmerk van deze standaarden is:

- Een uniforme definitie is afgestemd tussen de kaderhuisartsen en de cardiologen op basis van de NHG standaarden en de ESC richtlijnen;
- Afstemming tussen de 1ste, 2de en 3de lijn over de patiëntrelevante uitkomsten, waarbij de indicatorensets van de Nederlandse Hart Registratie worden gebruikt als primaire bron;
- Onderlinge afstemming over de meest relevante initiële condities voor de specifieke hartaandoening;
- Een beschrijving van het zorgproces is gemaakt voor een betere afstemming tussen de 1ste, 2de en 3de lijn. Zoals bijvoorbeeld berichtgeving bij verwijzing en terugverwijzing;
- Protocollen zijn gezamenlijk in kaart gebracht met criteria voor verwijzing en terugverwijzing van patiënten. Op deze criteria wordt ook ge-audit om na te gaan of de gemaakte afspraken worden nageleefd;
- In de protocollen is ook de informatie beschreven die minimaal noodzakelijk is bij het verwijzen en terugverwijzen van patiënten, zodat de zorgverlener juist wordt geïnformeerd en er een afname is van dubbele procedures (o.a. labonderzoek of ECG);
- Gezamenlijk worden de meest relevante proces- en structuurindicatoren gedefinieerd. Ook op deze criteria wordt ge-audit om na te gaan of de gemaakte afspraken worden nageleefd;
- Opstellen van een Regionale Transmurale Afspraak tussen de 1ste, 2de en 3de lijn voor de specifieke hartaandoening.



Grote belangstelling op het Symposium van het Nederlands Hart Netwerk

Uniforme definitie voor atriumfibrilleren

Betreft een ritmestoornis welke gekenmerkt wordt door:

- 1 irregulier RR-interval (zonder de aanwezigheid van een repetitief patroon),
- 2 afwezigheid van P-golven op het oppervlakte ECG, en
- 3 variabele atriale cycluslengte (indien zichtbaar).

Daarnaast is ook sprake van atriumfibrilleren als bij holter- of ritmeregistratie atriumfibrilleren minimaal 30 seconden aanwezig is.

Op grond van de tijdsduur wordt atriumfibrilleren ingedeeld in de volgende types:

- 1 Eerste episode van atriumfibrilleren: Atriumfibrilleren dat nog niet eerder is gediagnosticeerd, ongeacht de duur van de ritmestoornis of de aanwezigheid en ernst van de symptomen gerelateerd aan atriumfibrilleren;
- 2 Paroxysmaal atriumfibrilleren: Het voorkomen van meer dan één episode van atriumfibrillatie welke (meestal) spontaan beëindigt binnen 48 uur. Episoden van atriumfibrillatie die tot 7 dagen duren (≤ 7 dagen) en beëindigd werden door elektrische of farmacologische cardioversie worden als paroxysmaal geclassificeerd;
- 3 Persistent atriumfibrilleren: Atriumfibrilleren dat langer duurt dan 7 dagen, inclusief episoden die worden beëindigd met een cardioversie. Ook een elektrische of farmacologische cardioversie na 7 dagen of langer worden als persistent geclassificeerd;
- 4 Langdurig persistent atriumfibrilleren: Het persistenten van atriumfibrilleren langer of gelijk aan 1 jaar (≥ 1 jaar) wanneer besloten is om een ritme controle strategie toe te passen;
- 5 Permanent atriumfibrilleren: De aandoening wordt door patiënt en arts geaccepteerd. Er wordt geen poging tot cardioversie (meer) ondernomen. Vandaar dat de term 'permanent' atriumfibrilleren niet gepast is in de context voor patiënten die een katheter- of chirurgische ablatie voor atriumfibrilleren ondergaan.

Tabel 1

Daarnaast wordt momenteel binnen het HIS/KIS een tabblad ontwikkeld voor een uniforme registratie van de uitkomsten en initiële condities in de 1ste lijn. Op deze manier worden dezelfde registraties uitgevoerd in de 1ste,

2de en 3de lijn.

Het doel van de transmurale zorgstandaarden is om de uitkomsten van de patiënt (continu) te verbeteren en de zorgkosten te reduceren. Vandaar dat na de

Uitkomstindicator	Beschrijving van uitkomstindicator
1 Verbetering t.a.v. atriumfibrilleren gerelateerde symptomen (EHRA score)	Percentage van de atriumfibrilleren patiënten die een verbetering t.a.v. de EHRA score laten zien gedurende herhaalconsulten.
2 CVA of TIA	Het aantal trombo-embolische gebeurtenissen (CVA's of TIA's).
3 Hevige bloedingen	Percentage van patiënten dat een (klinische relevante) bloeding hebben ondergaan (in kaart gebracht middels de BARC-index).
4 Opnames (gerelateerd aan atriumfibrilleren)	Percentage van patiënten die de eerste hulp moeten bezoeken of moeten worden opgenomen in het ziekenhuis met atriumfibrilleren gerelateerde symptomen.
5 Kwaliteit van Leven	Aantal patiënten met een toename van de kwaliteit van leven gemeten met de AFEQT-vragenlijst (vergeleken met voorafgaand aan de behandeling).
6 Bijwerkingen van medicatie (anti-aritmica en antistolling)	Percentage van patiënten die serieuze bijwerkingen van de medicatie (anti-aritmica en antistolling) rapporteren (resultierend in wijziging van de behandeling, bezoek aan eerste hulp of opname in het ziekenhuis).

Tabel 2

ontwikkeling van de zorgstandaard de implementatie volgt in zowel de 1ste, 2de en 3de lijn. Om de kwaliteit van de zorgstandaarden te kunnen garanderen worden de uitkomsten voor de patiënt periodiek gemeten, teneinde deze continu te kunnen optimaliseren (en daarbij de zorgstandaard te verbeteren). Om de kwaliteit van de transmurale zorgstandaarden te garanderen worden per ziektebeeld audits uitgevoerd.

Voorbeeld Zorgstandaard atriumfibrilleren

Binnen het atriumfibrilleren-netwerk is de transmurale zorgstandaard voor atriumfibrilleren (AF) ontwikkeld door de cardiologen en AF-verpleegkundige uit de 4 ziekenhuizen uit de regio Zuidoost Brabant en een afvaardiging van de kaderhuisartsen uit de 4 zorggroepen. Gebaseerd op de NHG standaard en de ESC richtlijn hebben de zorgaanbieders een uniforme definitie voor AF afgestemd (tabel 1). Voor het in kaart brengen van de uitkomstindicatoren (tabel 2) en initiële condities (tabel 3) wordt de Nederlandse Hart Registratie gebruikt als primaire bron. Vervolgens is het zorgproces afgestemd dat de hoogste waarde voor de patiënt biedt. Specifiek voor het ziektebeeld AF, zijn hiervoor in de 4 ziekenhuizen AF-poli's ontworpen waarbij patiënten sneller worden geholpen en uitgebreidere informatie ontvangen over hun ziekteproces door de AF-verpleegkundige. Door deze aanpak worden de cardiologen diepgaander geïnformeerd over de status van de patiënt, waardoor betere beslissingen genomen kunnen worden over het te voeren beleid.

Op 1 mei 2017 heeft de implementatie van de transmurale zorgstandaard AF plaatsgevonden. Vanaf dit moment wordt dezelfde aanpak gehanteerd voor AF-patiënten binnen de ziekenhuizen in de regio Zuidoost Brabant. Om te toetsen of de zorgstandaard op de juiste manier is geïmplementeerd zijn in september en oktober 2017 audits uitgevoerd door het auditteam van het NHN. Voorafgaand aan de audit ontvangt het NHN de benodigde data over de uitkomsten en initiële condities van de zorginstellingen. Gebaseerd op de verkregen gegevens wordt de zorgstandaard continu verbeterd. De eerste gegevens (N=448) tonen aan dat de gemiddelde leeftijd van AF-patiënten 68 jaar is, de meerderheid is man (56,7%) en patiënten met paroxysmaal AF worden het vaakst gezien bij de AF-poli (39,1%). Daarnaast worden significante verbeteringen aangetoond ten aanzien van de EHRA-score (een symptoomscore voor AF, aangegeven door de patiënt) en de hypertensie. In vergelijking met voorgaande studies laten de uitkomsten voor AF-patiënten een positieve trend zien: minder opnames, minder CVA/TIA's, geen bloedingen, geen bijwerkingen van medicatie en geen AF-patiënten zijn overleden. Om naast de effectiviteit ook de kosteneffectiviteit te toetsen is inmiddels verdere analyse gestart.

Initiële conditie	Beschrijving van initiële conditie
1 Leeftijd	Geboortedatum patiënt
2 Geslacht	Man / Vrouw
3 Type atriumfibrilleren	Eerste episode van atriumfibrilleren Paroxismaal atriumfibrilleren (≤ 7 dagen) Persisterend atriumfibrilleren (> 7dagen) Langdurig persisterend atriumfibrilleren (≥ 1 jaar) Permanent atriumfibrilleren
4 Co-morbiditeit	Hypertensie Coronairlijden Hartfalen Perifeer vaatlijden Cerebrovasculaire ziekte / CVA Diabetes Mellitus Chronische longziekten Schildklierlijden Obesitas (BMI ≥30) Kleplijden OSAS
5 CHA ₂ DS ₂ -VASc score	C (Hartfalen/LV disfunctie) H (Hypertensie) A ₂ (Leeftijd ≥75 jaar) D (Diabetes Mellitus) S ₂ (CVA/TIA/trombo-embolie) V (Vasculaire ziekte) A (Leeftijd 65-74 jaar) Sc (Geslacht vrouw)
6 Bloedingsrisico HASBLED	H (Hypertensie) A (Abnormale lever- en/of nierfunctie) S (CVA) B (Bloeding) L (Labiël INR) E (Ouder dan 65 jaar) D (Drugs of alcohol)

Tabel 3

Regio Zuidoost Brabant best-practice op het gebied van hartzorg

De aanpak van het NHN krijgt ook landelijke erkenning. Zo deelt de Nederlandse Vereniging voor Cardiologie (NVVC) certificaten uit voor regio's waar de zorg omtrent hartpatiënten goed is georganiseerd. De regio Zuidoost Brabant is de eerste regio in Nederland waar alle ziektebeelden van de NVVC zijn gecertificeerd (atriumfibrilleren, coronairlijden en hartfalen). Vandaar dat de regio Zuidoost Brabant, als innovatief Value Based Healthcare netwerk, door de NVVC wordt gezien als een best-practice in Nederland.

Symposium NHN

Woensdag 20 september 2017 heeft het 2de symposium van het NHN plaatsgevonden in het Evoluon te

Eindhoven. Mede door de grote belangstelling (+/- 225 aanmeldingen) waren de voorwaarden voor een inspirerende avond meer dan aanwezig. Gedurende het symposium zijn de eerste resultaten van het NHN gepresenteerd, voor zowel atriumfibrilleren als hartfalen. Daarnaast gaf oud topschaatser Carl Verheijen zijn visie op de gezondheidszorg en presenteerde Maarten Klomp (medisch directeur zorggroep DOH) de aanpak van het kwaliteits-en datamanagement in de 1ste lijn. Vervolgens vond een interessante paneldiscussie plaats met uiteenlopende stellingen.

Meer informatie

Meer informatie over het NHN is te vinden op de volgende website: www.nederlandshartnetwerk.nl

Nieuwe darmbehandeling bij diabetes type 2 biedt kansen

Door: Annieke van Baar, arts-onderzoeker Maag-, darm-, leverziekten AMC, Paul Smeele, arts-onderzoeker Maag-, darm-, leverziekten AMC

Probleem en voortschrijdend inzicht

De huidige behandelmogelijkheden voor patiënten met diabetes mellitus type 2 (DM2) kunnen niet voorkomen dat een groot aantal patiënten na verloop van tijd insuline moet gebruiken. Behandeling met insuline is echter geen garantie voor adequate glucoseregulatie. Daarbij maken het risico op hypoglykemie, gewichtstoename en de noodzaak tot intensieve glucosemonitoring insuline tot een verre van ideale therapie.

De mucosa van het maag-darmkanaal (het grootste endocriene orgaan in het lichaam) speelt een belangrijke rol bij de glucoseregulatie. Insuline afgifte uit bèta-cellen onder invloed van darmhormonen (de incretines GLP-1 en GIP) is hiervan een bekend voorbeeld. Bij DM2 treden veranderingen op in deze slijmvlieslaag, mogelijk als gevolg van een Westers dieet, waardoor de functie verstoord raakt. Aanpassingen aan dit endocriene orgaan, zoals bij een Roux-en-Y gastric bypass (RYGB), leiden vaak tot verbeterde glucoseregulatie of zelfs diabetesremissie, nog vóór significant gewichtsverlies optreedt. Doordat voedsel niet meer in direct contact komt met de mucosa van het duodenum ontstaat herstel van de glucose regulerende functie. Echter, door het invasieve karakter en het risico op potentieel ernstige complicaties biedt metabole chirurgie geen uitkomst voor alle DM2 patiënten.

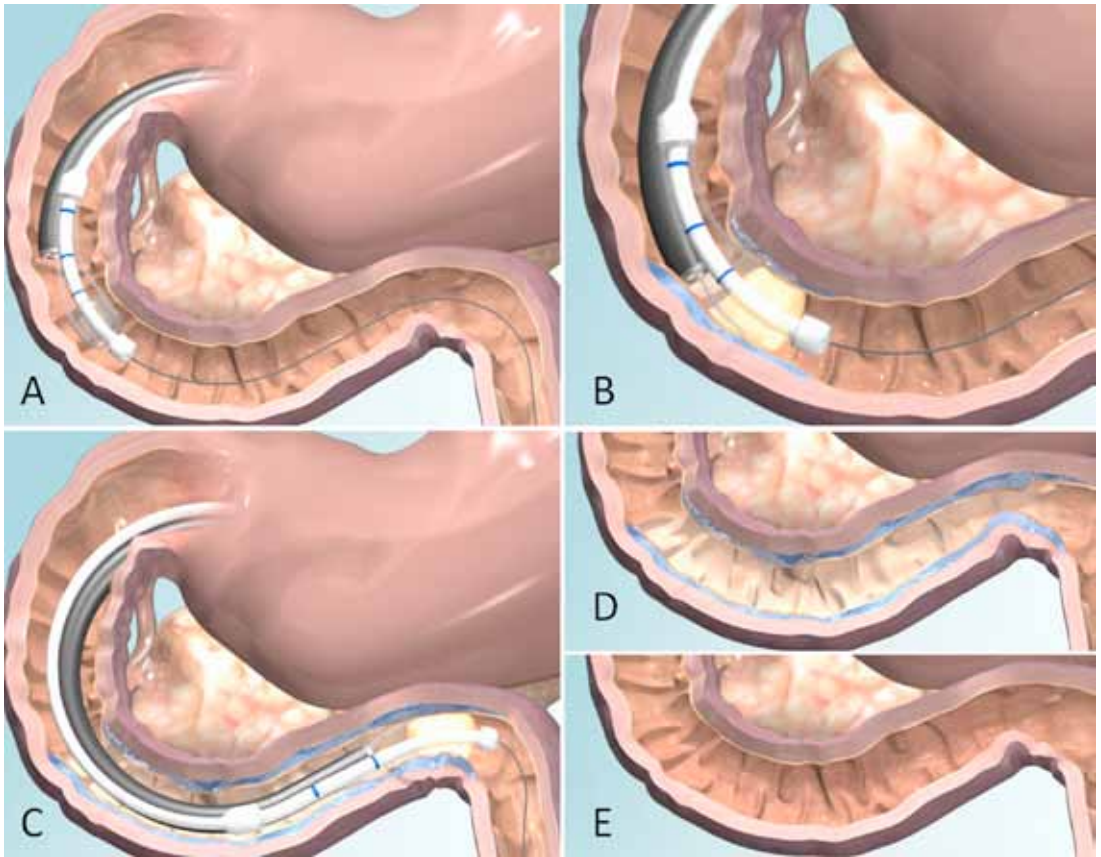
Nieuwe endoscopische behandeling van diabetes type 2

Duodenal Mucosal Resurfacing (DMR) is een endoscopische procedure waarbij specifiek de mucosa van het duodenum wordt behandeld (zie figuur 1). Hiermee wordt gestreefd naar het herstellen van de glucoseregulerende functie. Langs de endoscoop wordt een katheter met aan het uiteinde een ballon opgevoerd tot in het duodenum (A). Eerst wordt de te behandelen mucosa gelift met fysiologisch zout om de onderliggende lagen van het duodenum te beschermen (B). Dan wordt de ballon gevuld met heet water waardoor de duodenale mucosa, distaal van de papil van Vater, over een lengte van minimaal 10 cm (5x 2 cm) wordt verhit (C en D) (zogenaamde hydrothermale ablatie). De procedure wordt uitgevoerd onder sedatie met propofol op de endoscopiekamer en duurt 50-60 minuten. Na de procedure rapporteren patiënten amper klachten. Soms rapporteren patiënten wat last te hebben van de keel (door introductie van de endoscoop en katheter) of een oncomfortabel gevoel in de buik maar de meeste patiënten hebben hiervoor geen pijnstilling nodig. Patiënten gaan dezelfde dag weer naar huis en volgen een dieet van 2 weken om de duodenale mucosa rustig te laten herstellen (E).

Het Academisch Medisch Centrum (AMC) in Amsterdam was de spil in de eerste Europese multicenter studie die is verricht naar deze DMR procedure. De eerste resultaten laten een significante daling van het HbA1c zien na 6 en 12 maanden (zo'n 1,5% oftewel 17 mmol/mol) met toename van de insulinegevoeligheid. Daarnaast vielen patiënten enkele kilo's af (3-4 kg) en daalden de transaminasen na DMR wat mogelijk duidt op een bijkomstig positief effect op leververvetting (NAFLD). Patiënten gaven aan zeer tevreden te zijn over deze nieuwe behandeling.

Nieuwe pilotstudie in het AMC met gepland vervolg in het Catharina Ziekenhuis

In navolging van deze eerste positieve resultaten is in oktober 2017 een nieuwe pilotstudie gestart in het AMC: de INSPIRE studie. Doelstelling van deze studie is om bij DM2 patiënten het langwerkende insuline te vervangen door een nieuwe combinatiebehandeling bestaande uit de eenmalige DMR procedure, een GLP-1 analoog (Victoza®) en optimalisatie van de leefstijl. Na de DMR procedure volgt een follow-up van 12 maanden in het AMC. Streven is om bij minimaal 75% van de deelnemende patiënten insulineonafhankelijkheid te bereiken. Bij een goed resultaat van de INSPIRE studie zal medio 2018 een gerandomiseerde studie starten van 40-50 patiënten waaraan het Catharina Ziekenhuis zal



Figuur 1. Endoscopische DMR procedure stapsgewijs

deelnemen. Internist-endocrinoloog Jérôme Kisters en MDL-arts Erik Schoon zijn reeds betrokken bij dit project.

Proefpersonen gezocht!

Nu wordt in Nederland de DMR procedure uitsluitend in het AMC verricht in onderzoeksverband. Het onderzoeksteam in Amsterdam is op zoek naar de volgende patiënten voor dit onderzoek:

- DM2 patiënten 28 - 75 jaar
- BMI 24 - 40 kg/m²
- Gebruik van 1x daags langwerkend insuline (max 1 IE/kg/dag) sinds < 5 jaar
- Géén gebruik van kortwerkend insuline
- HbA_{1c} ≤ 64 mmol/mol (8.0%)
- Voldoende β-cel reserve: nuchter C-peptide > 0.5 nmol/L (wordt ook bij screening bepaald)

Kent u potentieel geschikte patiënten of wilt u meer informatie over deze studie, dan kunt u contact opnemen met onderstaande arts-onderzoekers. De arts-onderzoekers uit het AMC zullen patiënten vervolgens voorlichten en uitnodigen voor screening in het AMC.

Annieke van Baar, arts-onderzoeker Maag-, darm-, leverziekten AMC (telefoon 020 - 566 16 13)

Paul Smeele, arts-onderzoeker Maag-, darm-, leverziekten AMC (telefoon 020 - 566 53 83)

Email: diabetes-onderzoek@amc.nl

Naar een optimaal beheer van medicatie bij nierpatiënten

Door Marieke Kerskes, ziekenhuisapotheker,
Maaïke Hengst, verpleegkundig specialist
Nierziekten, Stijn Konings, internist-nefroloog,

Nierpatiënten zijn kwetsbare patiënten. In deze groep zien we veel multimorbiditeit, meerdere behandelaren en polyfarmacie. In de praktijk blijkt medicatiebewaking bij deze groep patiënten vaak suboptimaal te zijn door ontbreken van relevante informatie en hun actuele medicatiegebruik. Tevens blijkt dat niet alle nierpatiënten even therapietrouw zijn. Het Catharina Ziekenhuis in Eindhoven heeft samen met de Nierstichting, Nierpatiëntenvereniging en het Instituut voor Verantwoord medicijngebruik een checklist ontwikkeld waarmee het medicatiebeheer van nierpatiënten gestructureerd in kaart kan worden gebracht en mogelijkheden voor verbetering worden aangedragen. Met subsidie van ZonMw wordt het gebruik van deze checklist momenteel in een project samen met KNMP, Nierstichting en Nierpatiëntenvereniging landelijk uitgerold.

Nierpatiënten en medicatie

Nierpatiënten zijn kwetsbare patiënten. In deze groep patiënten zien we veel multimorbiditeit, meerdere behandelaren en polyfarmacie.

Verkeerde medicatie of verkeerd gebruik kan leiden tot een verdere verslechtering van de nierfunctie en ziekenhuisopnames.

In het HARM-Wrestling rapport uit 2009 was een verminderde nierfunctie ook een van de factoren die bijdraagt aan een verhoogd risico op ziekenhuisopname ten gevolge van bijwerkingen van geneesmiddelen.

Vanwege de verminderde nierfunctie is voor veel geneesmiddelen een aangepaste dosering noodzakelijk of is bepaalde medicatie zelfs gecontra-indiceerd. Ook is vaak aanpassing van de dosering noodzakelijk op de dagen dat een patiënt hemodialyse ondergaat. Voor deze groep patiënten is daarom een goede medicatiebewaking en goed beheer en gebruik van medicatie onontbeerlijk.

In de praktijk blijkt de medicatiebewaking vaak suboptimaal te zijn door het ontbreken van relevante informatie over nierpatiënten (zoals actuele nierfunctie of de dialysevorm) en hun actuele medicatiegebruik. Tevens blijkt dat niet alle nierpatiënten even therapietrouw zijn. Verschillende redenen liggen hieraan ten grondslag die veelal vallen onder de noemer “verminderde gezondheidsvaardigheden”, zoals onwetendheid over het belang van de medicatie voor het behoud van de nierfunctie, moeite met het opvolgen van instructies en/of problemen met het (eigen) beheer van medicatie.

Prospectieve risico-analyse

In een prospectieve observationele studie (n=134) in het Catharina Ziekenhuis in Eindhoven uit 2010 bleek dat bij 60,8% van de nierpatiënten die hemodialyse en peritoneaal dialyse ondergingen niet bekend was bij de eigen openbare apotheek dat zij nierpatiënt waren. Bewaking op geneesmiddelen die gecontra-indiceerd zijn of waarbij de dosering moest worden aangepast werd dan ook vaak niet of onvoldoende uitgevoerd. Tevens bleek uit deze studie dat er gemiddeld 5,9 discrepanties per patiënt bestonden tussen het medicatie-overzicht van de openbare apotheek en het werkelijke medicatiegebruik van de patiënt.

Naast de gevonden discrepanties tussen de voorgeschreven medicatie door de arts(en) en het geregistreerde medicatiegebruik bij de apotheek werden er ook veel discrepanties gevonden tussen de medicatie voorgeschreven door de arts en het daadwerkelijke gebruik door de patiënt. Aanpak van deze problematiek was dan ook noodzakelijk.

Ontwikkeling checklist Beheer Medicatie Nierpatiënt (BMN)

Om de problemen in het medicatiegebruik en –beheer bij nierpatiënten te kunnen verminderen is het belangrijk om op eenvoudige en gestructureerde wijze in kaart gebracht kan worden



Figuur 1

in welke mate nierpatiënten in staat zijn hun medicatie te beheren en adequaat te gebruiken en welke maatregelen eventueel noodzakelijk zijn om het geneesmiddelgebruik te optimaliseren. Hiervoor is met subsidie van de Nierstichting, het Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik (IVM) en de nierpatiëntenvereniging een werkboek Beheer Medicatie Nierpatiënten (BMN) ontwikkeld en gevalideerd.

Het BMN werkboek bestaat uit een instructie, toelichting, de checklist, de verschillende zorgniveaus en een afspraken formulier.

Uit de construct- en betrouwbaarheidsvalidatie bleek de BMN checklist goed en vergelijkbaar de knelpunten rondom gebruik en beheer van medicatie bij hemodialysepatiënten te signaleren.

Vervolgens is bij 51 patiënten (41 hemodialyse en 10 predialyse) een analyse gedaan van de uitkomsten van de BMN checklist. Deze zijn gegroepeerd binnen de volgende 4 zorgniveaus:

- 1 Verbeteren informatieoverdracht tussen en naar zorgverleners
- 2 Vergroten kennis patiënt
- 3 Aanbieden hulpmiddelen
- 4 Aanbieden zorg

Binnen deze 4 zorgniveaus passen verschillende praktische handelingen en interventies.

Het gemiddelde aantal praktische handelingen of interventies dat per patiënt nodig was, was 4,8 per patiënt. Het meest gesignaleerde knelpunt was onvoldoende kennis van de patiënt over de medicatie. Patiënten wisten bijvoorbeeld niet waarvoor zij medicatie gebruikten en wisten onvoldoende over de schadelijkheid en benodigde aanpassingen van de medicatie in bijzondere situaties, zoals op dialysesdagen en bij braken.

Binnen 4 weken was 75% van de aangeboden interventies binnen alle zorgniveaus gerealiseerd.

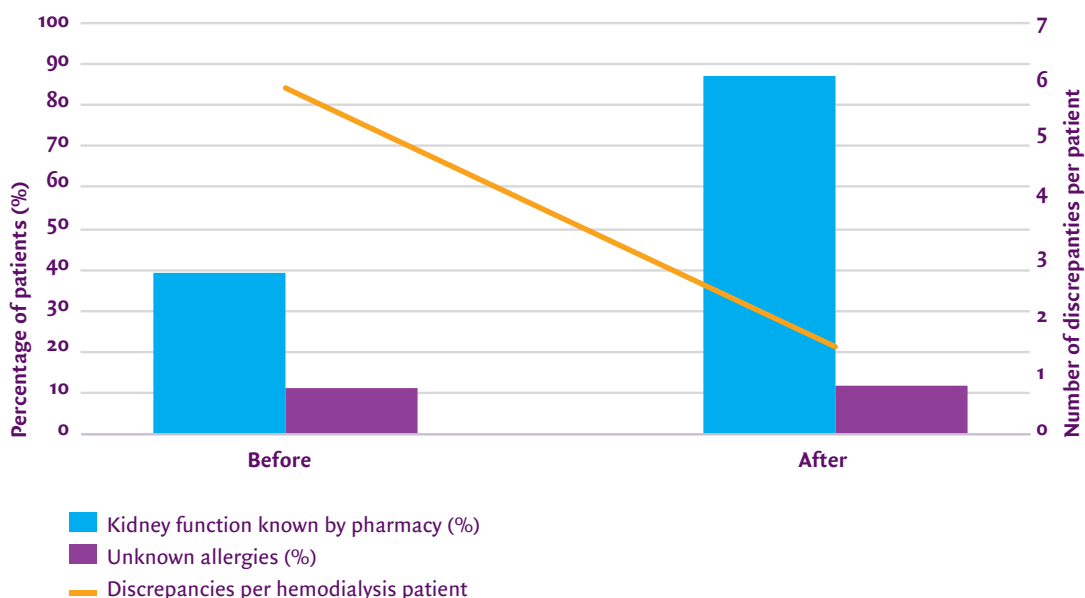
Landelijke uitrol BMN werkboek en patiëntenvoorlichting

Na het ontwikkelen van het BMN werkboek is in het Catharina Ziekenhuis deze werkwijze standaard ingevoerd. Bij alle patiënten werd halfjaarlijks een uitgebreide medicatiecheck gedaan met behulp van de BMN en werden de resultaten hiervan besproken binnen het multidisciplinair overleg van de afdeling Nierziekten en werd nadien de eigen apotheek van de patiënt geïnformeerd over de actuele medicatie en de uitkomsten van de BMN. In 2014 is er een nieuwe prospectieve observationele studie uitgevoerd om te beoordelen wat het effect was van deze werkwijze. De resultaten hiervan zijn weergegeven in figuur 2. Naar aanleiding van deze resultaten is besloten om samen met de Nierstichting, Nierpatiëntenvereniging en de KNMP het gebruik van de BMN landelijk uit te rollen, dit met subsidie van ZonMw. Hiervoor is de checklist herzien, zijn folders voor patiënten en zorgverleners en is een train the trainer programma ontwikkeld. Hiermee is inmiddels een groot aantal dialysecentra in Nederland getraind.

Medicatiebegeleiding op multidisciplinaire nierfalenpolikliniek

In het Catharina Ziekenhuis wordt naast de medicatiebegeleiding voor hemodialyse patiënten ook voor patiënten met chronische nierschade, die de multidisciplinaire nierfalenpolikliniek bezoeken,

The effect of self assessment and medication checks



Figuur 2

medicatiebegeleiding gedaan door een ziekenhuisapotheker. Hierbij wordt bij alle patiënten minimaal 2 maal per jaar alle medicatie inhoudelijk bekeken op mogelijke geneesmiddelgerelateerde problemen, zoals interacties tussen geneesmiddelen, doseringen die niet optimaal zijn afgestemd op de verminderde nierfunctie en bijwerkingen van geneesmiddelen. Daarnaast wordt middels de hierboven genoemde BMN gekeken naar het medicatiezelfmanagement van de patiënt en worden mogelijkheden tot verbetering hiervan besproken.

Samenwerkingsafspraken chronische nierschade

De samenvattingskaart met de samenwerkingsafspraken chronische nierschade wordt momenteel herzien. Hier zal de noodzaak en uitvoering van een goede medicatiebegeleiding van nierpatiënten ook worden opgenomen. Voor een goede uitvoering en opvolging hiervan is een goede transmurale samenwerking onontbeerlijk!

Folders voor patiënten en zorgverleners (zie artikel) aan te vragen via de Nierstichting.

Kinderarts-MDL verbetert specialistische zorg

Door: Janneke Stapelbroek, kinderarts-MDL

Chronische buikpijn heeft vaak een grote impact op de kwaliteit van leven. Voor jong en oud. Steeds vaker zien kinderartsen, kinderen op hun spreekuur met maag-darm-lever (MDL) klachten. De grootste groepen hierin zijn functionele buikpijn, obstipatie, voedselintoleranties, refluxklachten, coeliakie en inflammatoire darmziekten (IBD). Door het tijdig stellen van de juiste diagnose en daardoor snel te kunnen starten met de juiste behandeling, kan veel leed worden voorkomen.

De voortdurende uitdaging voor huisartsen en kinderartsen is onderscheid te maken tussen functionele klachten en een organische oorzaak. Bij ongeveer 90% van de kinderen die zich presenteren met buikpijn wordt uiteindelijk geen organische oorzaak gevonden. Uit onderzoek is gebleken dat met een goede anamnese en lichamelijk onderzoek en een beperkt aanvullend onderzoek, dit onderscheid vrij goed te maken is. Bij het ontbreken van risicofactoren (tabel 1) en een normaal aanvullend onderzoek (tabel 2) kan het best worden



Janneke Stapelbroek

Alarmsymptomen anamnese

Gewichtsverlies

Gastro-intestinaal bloedverlies

Fors braken

Chronische diarree

Koorts

Gewrichtsklachten

Positieve familie-anamnese voor IBD, coeliakie, familiale mediterrane koorts

Alarmsymptomen lichamelijk onderzoek

Afbuigende groeicurve

Koorts

Uveïtis

Orale aften

Artritis

Icteris

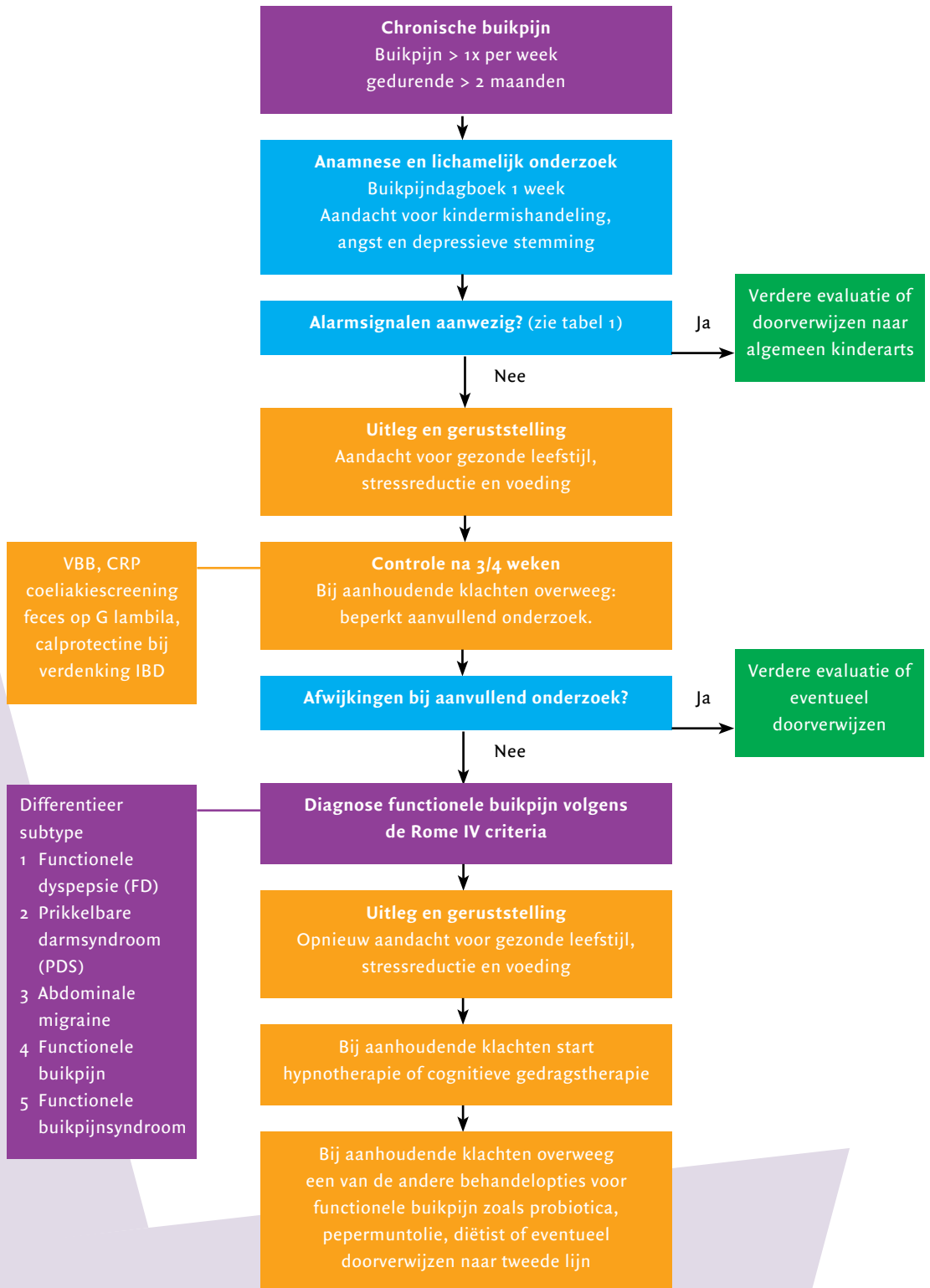
Hepato-splenomegalie

Erythema nodosum

Persisterende gelokaliseerde pijn in rechter onder- of bovenkwadrant

Perianale afwijkingen

Tabel 1



Figuur 1 Richtlijn diagnostiek en behandeling bij functionele buikpijn bij kinderen (gebaseerd op NVK richtlijn 2015)

Beperkt aanvullend onderzoek
Bloed: volledig bloedbeeld, leukocyten met differentiatie
Bloed: coeliakie screening(IgA, anti-TTG)
Bloed: CRP
Ontlasting: Giardia Lamblia bij diarree
Ontlasting: calprotectine bij verdenking op IBD

Tabel 2

ingezet op behandeling van functionele klachten. Zijn er wel risicofactoren aanwezig dan is verwijzing of verder onderzoek geïndiceerd. (ref NVK richtlijn functionele buikpijn).

MDL problemen

Als kinderarts-MDL zie ik de patiënten in het Catharina Ziekenhuis met specifieke MDL problemen (zoals coeliakie, IBD, maar ook ernstige obstipatie en second opinions van patiënten doorverwezen vanuit de regio). Naast de standaard MDL-poli, hebben we een poep-plaspoli voor kinderen met continentie problemen, een anorexia poli, een IBD poli en een endoscopie programma voor kinderen.

In januari 2015 heb ik dit MDL-stokje mogen overnemen van Dr. Pelleboer (kinderarts-MDL) in het Catharina Ziekenhuis. Na mijn opleiding kindergeneeskunde, promotieonderzoek en subspecialisatie kinder-MDL (11 jaar) in het Wilhelmina Kinderziekenhuis vind ik het nu erg fijn om in een groot topklinisch ziekenhuis te werken. Als kinderarts-MDL kan ik me nog altijd verdiepen in de MDL problematiek, maar blijf ik het kind zien in de volle breedte van de kindergeneeskunde. Zeker bij functionele klachten is dit erg belangrijk. Hierbij werk ik nauw samen met collega Tjon a Ten (kinderarts-MDL in het MMC), de MDL-artsen in het Catharina Ziekenhuis en verpleegkundig specialisten.

Specialistische zorg verbeteren

De afgelopen twee jaar heb ik me met name ingezet om de mogelijkheden van de specialistische kinder MDL-zorg (tussen tweede- en derdelijnszorg in) verder te verbeteren. Zo kunnen kinderen met IBD nu in het Catharina Ziekenhuis behandeld worden met biologicals (zoals infliximab) en hoeven ze hiervoor niet langer een uur te rijden naar de academie. Kinderen ouder dan 12 jaar kunnen nu tijdens endoscopie gesedeerd worden met propofol in plaats van algehele narcose op de operatiekamer. Hierdoor zijn de wachttijden voor scopie aanzienlijk gedaald en is de patiënt sneller wakker en weer naar huis. Daarnaast is er transitiezorg opgestart voor IBD patiënten om de overgang naar de volwassenzorg te verbeteren. Net als voor diabetes patiënten is hiervan aangetoond dat het de therapietrouw en ziekte uitkomst positief beïnvloedt.

Een volgend belangrijk doel is de samenwerking met de eerste lijn te verstevigen. Ik denk dat hierdoor een groot deel van de patiënten zonder alarmsymptomen niet verwezen hoeven te worden naar een ziekenhuis. Door het geven van onderwijs aan huisartsen, jeugdartsen en huisartsen i.o. binnen de regio en laagdrempelig te overleggen kunnen we veel van elkaar leren en de zorg verder verbeteren. Ik denk dat er nog veel meer mogelijkheden zijn en ga hierover graag met jullie in gesprek!

Heb je ideeën of wil je overleggen dan ben ik bereikbaar op: Janneke.stapelbroek@catharinaziekenhuis.nl of via telefoonnummer 040 - 239 92 00.

Bewuster omgaan met psychische gevolgen bij diagnose Barrett

Door: Mirjam van der Ende, verpleegkundig specialist Maag-, darm- en leverziekten

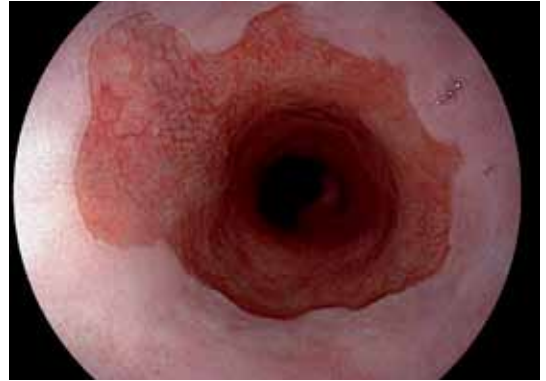
Het hebben van de premaligne aandoening Barrett in de slokdarm heeft mogelijk meer psychische gevolgen dan gedacht. Interessant is te weten welke factoren samenhangen met hoe hoog Barrett patiënten hun risico op slokdarmkanker inschatten.

Barrett is een premaligne aandoening waarbij het oesofagus slijmvlies ten gevolge van chronisch reflux, transformeert van plaveiselcel epitheel naar cilindrisch epitheel met intestinale metaplasie. Barrett is geassocieerd met een toegenomen risico op het ontwikkelen van een adenocarcinoom van de slokdarm. Het risico op het ontwikkelen van een adenocarcinoom in een Barrett slokdarm ligt tussen de 0.3-0.5% per jaar. Doordat slokdarmkanker een zeldzame vorm van kanker is, is het cumulatief risico echter 30 tot 125 maal groter dan in de algemene populatie. Ondanks het grotere risico op het ontwikkelen van slokdarmkanker, is er nooit aangetoond dat het hebben van een Barrett slokdarm een toegenomen mortaliteit geeft.

Refluxklachten

Chronisch symptomen van gastro-oesofageaal reflux (GERD) zijn geassocieerd met de aanwezigheid van een Barrett slokdarm. Ongeveer één op de tien mensen met refluxklachten ontwikkelt daadwerkelijk een Barrett slokdarm. Barrett patiënten zijn dagelijks afhankelijk van maagzuurremmende medicatie. Omdat het nog niet mogelijk is om te voorspellen welke patiënten een slokdarmkanker ontwikkelen, worden alle patiënten met een Barrett periodiek endoscopisch onderzocht. Het Catharina Ziekenhuis is een van de acht Barrett expertise centra in Nederland en heeft zich hiermee gespecialiseerd in de behandeling en de detectie van vroege neoplasie in Barrett slokdarm.

Tijdens de periodieke endoscopische controle wordt het Barrett slijmvlies nauwkeurig geïnspecteerd. De hoogste kwaliteit van de gastroscopie wordt gewaarborgd door het gebruik van de beste kwaliteit endoscopen, optische filters en televisieschermen. Daarnaast worden



Barrett Oesophagus

patiënten tijdens het onderzoek gesedeerd. Bij de detectie van (pre)maligne afwijkingen in een Barrett slokdarm is met een endoscopische behandeling mogelijk om het Barrett slijmvlies preventief te verwijderen. Een endoscopische behandeling geeft in tegenstelling tot een slokdarmresectie weinig complicaties en geen mortaliteit.

Verminderd kwaliteit van leven

Het hebben van een Barrett slokdarm is geassocieerd met een significante vermindering van gezondheid, gerelateerd kwaliteit van leven gemeten met generieke- en ziekte specifieke meetinstrumenten. De patiënten met Barrett hebben een vergroot risico op psychologische gevolgen zoals depressie, angst en stress, welke mogelijk gerelateerd zijn aan het vergrote risico op een slokdarmcarcinoom.

Patiënten met een Barrett slokdarm hebben echter een beter algemeen en gezondheid gerelateerd kwaliteit van leven in vergelijking tot patiënten met alleen refluxziekte. Dit verschil is deels toe te schrijven aan de minder heftige reflux symptomen ten gevolge van het minder voor zuur gevoelige Barrett epitheel van Barrett patiënten in vergelijking tot patiënten met GERD zonder Barrett.

Onderzoek

In een recent onderzoek onder 158 Barrett patiënten van het Catharina Ziekenhuis is gekeken naar hoe hoog patiënten hun risico op slokdarm carcinoom inschatten en daarnaast of dit samenhang heeft met hun gezondheid

gerelateerd kwaliteit van leven, refluxklachten en hun ziektepercepties. De onderzoekspopulatie betrof 77% man met een gemiddelde leeftijd van 63 jaar. Wanneer patiënten werd gevraagd hun risico op een slokdarmkanker in te schatten, werd het jaarrisico door 41% overschat en het levenslange risico werd door 25% overschat.

In vergelijking tot de 'onderschatters' ervaren de 'overschatters' een lager gezondheid gerelateerd kwaliteit van leven. Dit verlaagd kwaliteit van leven is met name gevonden in het fysiek functioneren, hoeveelheid pijnklachten en het ervaren van de algemene gezondheid. Er waren geen verschillen in de mate van comorbiditeit, geslacht of leeftijd. Daarnaast ervaren de 'overschatters' meer reflux gerelateerde klachten zoals zuurbranden, regurgitatie klachten, pijn in epigastrio en slaapproblemen. Er zijn geen verschillen gevonden in de mate van therapietrouw.

Emotioneel belast

Wanneer patiënten worden gevraagd naar hun ziektepercepties (met betrekking tot hun Barrett slokdarm) blijkt dat patiënten welke hun risico op het ontwikkelen van slokdarmkanker overschatten meer emotioneel zijn belast en meer zorgen en negatieve consequenties ervaren van hun Barrett. Daarnaast ervaren de 'overschatters' meer symptomen van hun Barrett slokdarm en zijn minder tevreden over hoe hun medicatie hun ziekte reguleert. Er is geen verschil gevonden tussen de 'overschatters' en 'onderschatters' in hoe goed ze hun ziekte begrijpen. Als laatste belangrijke bevinding hebben de 'overschatters' meer frequent een familielid of vriend in hun directe omgeving met een vorm van kanker ten tijde van het onderzoek.

Met dit onderzoek is geconcludeerd dat er samenhang is tussen het overschatten van de kans op het ontwikkelen van een slokdarmkanker door Barrett patiënten en een verminderd gezondheid gerelateerd kwaliteit van leven, meer reflux gerelateerde klachten en het hebben van slechtere ziekte percepties.

Begeleiding en behandeling op maat

De gemiddelde Barrett patiënt zonder dysplasie komt eens in de 3 tot 5 jaar in het ziekenhuis voor een endoscopische controle van hun Barrett slokdarm. Bij de poliklinische controle nadien ligt de nadruk op het bespreken van het endoscopisch beeld en de pathologie uitslag. De onderzoeker is van mening dat het van belang is dat zorgprofessionals zich meer bewust moeten zijn van de psychische gevolgen van de diagnose Barrett als het gaat om de kans op het ontwikkelen van een slokdarmkanker. Waarbij met name een adequate medicamenteuze behandeling van reflux gerelateerde klachten en uitleg over het werkelijke risico op slokdarmkanker van groot belang kan zijn.

Meer informatie over Barrett is te vinden op www.barrett.nl. Daarnaast kunt u altijd contact opnemen met Mirjam van der Ende, verpleegkundig specialist MDL via telefoon: 040 - 239 9750 en email: barrett@catharinaziekenhuis.nl

Apps met inhoudelijke en praktische info over (laboratorium)diagnostiek

Door: Annelies Lucas, medisch directeur Diagnostiek voor U en Joyce Curvers, klinisch chemicus Catharina Ziekenhuis

De drie laboratoria (Catharina Ziekenhuis, Máxima Medisch Centrum en Diagnostiek voor U) hebben apps om u te ondersteunen bij het aanvragen en het interpreteren van uitslagen van laboratoriumdiagnostiek. Met de U-app van Diagnostiek voor U is tevens informatieverstrekking richting patiënt/cliënt direct binnen handbereik.

In samenwerking met een app-ontwikkelaar (Max d'Oro) heeft de beroepsvereniging NVKC (Nederlandse Vereniging voor Klinisch Chemie en Laboratoriumgeneeskunde) een app ontwikkeld, waarbij aanvragers eenvoudig referentiewaarden* kunnen opzoeken.

Naast de referentiewaarden kunt u ook andere informatie vinden in de verschillende apps (zoals doorlooptijden, materiaalsoorten en NZa tarieven).

* Het blijft een aandachtspunt dat voor sommige analyses geen uniforme normaalwaarden gedefinieerd kunnen worden; ondanks de vermelding ervan in vele richtlijnen. Daarnaast hanteren laboratoria voor een aantal analyses (zoals hormonen en tumormarkers) verschillende referentiewaarden omdat deze apparaat-specifiek zijn.

Voor eerstelijns diagnostische centra is enige tijd geleden een app ontwikkeld waarmee huisartsen snel informatie kunnen opzoeken uit het 'SAN-Memoboek'. Dit is een naslagwerk dat de diagnostische trajecten in de eerste lijn beschrijft (per lab-bepaling informatie over de indicatie, de referentiewaarden, betekenis van afwijkende waarden en klinisch relevante opmerkingen).

Een toenemend aantal huisartsen gebruikt deze apps. Elsje van Beek, huisarts in Eindhoven over de U-app: "Sinds de app beschikbaar is gekomen, gebruik ik hem regelmatig. Het SAN Memoboek vind ik handig, omdat daar specifieke toepassingen en referentiewaarden voor labwaarden instaan. Ook vind ik het prettig dat de contactgegevens van de specialisten beschikbaar zijn in



De app-pagina van Diagnostiek Voor U, het Máxima Medisch Centrum en het Catharina Ziekenhuis Eindhoven.

de app, zoals van de arts-microbioloog of de klinisch chemicus. Overige praktische informatie gaat over locaties en tarieven: alle locaties van De Bloedafname (gezamenlijke Eindhovense prikposten) waar patiënten hun bloed kunnen laten prikken zijn te vinden in de app, inclusief openingstijden en routebeschrijving. Daarbij is ook aangegeven of patiënten er terecht kunnen voor andere onderzoeken zoals fundus en podo-onderzoek, longfunctieonderzoek, ECG of een echo.”

Tarievenlijst

Doordat er tevens een volledige NZa tarievenlijst in de app beschikbaar is, kan de huisarts de patiënt meteen vertellen wat het onderzoek ongeveer zal kosten. De patiënt gaat zo dus goed voorbereid de deur uit.

Een kanttekening hoort daar wel bij. De NZa tarieven geven een indruk van hoezeer een onderzoek op het eigen risico van de patiënt drukt, maar de werkelijke rekening hangt af van wat de zorgverzekeraar van de patiënt heeft afgesproken met het laboratorium/ziekenhuis of een andere zorginstelling.

Omdat de apps alleen bestemd zijn voor zorgverleners, dient de (huis)arts eenmalig in te loggen (met zijn/haar AGB-code of e-mail). De app kan met één code op meerdere telefoons en/of tablets gedownload worden.

De apps zijn gratis verkrijgbaar in de app store van iTunes (iOS/Apple) en in de Google Play Store (Android).

Samenwerken op afstand binnen de laboratoriumwereld

Door: Joyce Curvers en Volkher Scharnhorst, klinisch chemici

Dit najaar zijn we met onze gedachten heel dicht bij de Cariben geweest, vanwege de tropische stormen die langs de eilanden zijn geraasd. Mijn collega Volkher Scharnhorst en ik hebben deze stormen niet mee gemaakt. Wat we gelukkig wel mogen ervaren, is de hoe de laboratoriumwereld op Curaçao functioneert. Met ingang van dit jaar zijn we een samenwerking aangegaan met het huisartsenlaboratorium ADC (Analytisch Diagnostisch Centrum) in Willemstad.

Wat houdt deze samenwerking in?

Curaçao heeft ongeveer 160.000 inwoners en telt 1 ziekenhuis (Sehos). Op het eiland zijn 4 laboratoria, eentje verbonden aan het ziekenhuis, twee commerciële labs en het ADC. ADC levert overheidsdiensten, beschikt over een trombosedienst en verricht pathologisch, microbiologisch en klinisch chemisch onderzoek.

Om voldoende inhoudelijke expertise te kunnen bieden en om complexe diagnostiek te verrichten zijn we de samenwerking aangegaan.

Met deze samenwerking kan het laboratorium van ADC gebruik maken van de specialistische diagnostiek die we in het laboratorium van het Catharina Ziekenhuis uitvoeren. Daarnaast maken we gebruik van specialistisch labonderzoek van andere Santeon-laboratoria. Het voordeel is dat de verzonden monsters allemaal via het Catharina Ziekenhuis geanalyseerd kunnen worden.



Praktijksituatie van de samenwerking

Initiatieven

Het afgelopen jaar hebben we het lab kunnen helpen met het opzetten van DNA-onderzoek naar alfa-thalassaemie (geschatte prevalentie 10%, referentie Van Der Dijs, clin chem 1992).

Tevens hebben we allergieonderzoek meer op de kaart weten te zetten, onder andere door scholing (aan huisartsen en specialisten van Sehos). (Zie foto) Voor het komende jaar zullen we het probleem-georiënteerd aanvragen volgens de LESA 'Rationeel aanvragen van laboratoriumdiagnostiek' gaan faciliteren en de diagnostiek bij HIV patiënten verbeteren. Enkele collega's van ADC zijn (tijdens hun vakantie in Nederland) op bezoek geweest op ons lab om te zien hoe wij werken.

Verschillen

Niet alleen het klimaat is zeer verschillend (in de herfst en winter blijft het kwik op 28 graden celsius zonnig met af en toe een bui).

Zo zijn we bezig geweest met de inhalatiescreening bij rhinitis/piepen. In Nederland maken we gebruik

van een mengsel van allergenen tegen huisstofmijt, kat, hond, schimmels, kruiden, bomen en grassen. Op Curaçao maken we gebruik van een mengsel van (andere species) huisstofmijt, andere schimmels, andere kruiden, kakkerlak, wormen (helminths) en de mug. Het werken op Curaçao geeft ook veel voldoening. Analisten van het laboratorium zijn zeer gemotiveerd om de kennis die we overdragen op te nemen en te verwerken in de dagelijkse praktijk. Mechanisering en automatisering van de processen zijn wat minder ver doorgevoerd dan bij ons in

het laboratorium, maar zeker passend bij de dynamiek van Curaçao. Bovendien komen we daar kennis en nieuws brengen en hebben we minimaal te maken met belangen, politiek en druk op kosten.

Daarnaast biedt het eiland een ontspannen tijd buiten de werkuren. De warme temperaturen, de helderblauwe zee en het bijbehorende onderwaterleven maken het verblijf zeer aangenaam!

**De redactie van
HaCaSpect wenst
al haar lezers
een liefdevol 2018 toe**

