

HaCa Spect



- 4 Borstkankerzorg in de regio nog verder geoptimaliseerd
- 10 Als we ergens gezondheid op de kaart kunnen zetten, dan is het hier
- 12 Crisisbeheer in het sociale domein: de AVE-aanpak

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 20, april 2022

Nummer 40

Oproep

Mocht u interesse hebben om tot de redactie van HaCaSpect toe te treden, laat het ons weten, zowel eerstelijns als tweedelijns professionals zijn welkom infohaca@catharinaziekenhuis.nl we vertellen er graag meer over.

We ontvangen graag casuïstiek voor volgende nummers, heeft u een interessante casus, stuur hem in naar infohaca@catharinaziekenhuis.nl!

Kort nieuws

Funduscamera op Spoedeisende Hulp Catharina Ziekenhuis Eindhoven



De afdeling Spoedeisende Hulp van het Catharina Ziekenhuis beschikt over een funduscamera. Waar voorheen in sommige gevallen nog de oogarts langs moest komen om het netvlies te beoordelen, kan dat nu eenvoudig middels een handheld fotocamera. De kwalitatief hoogwaardige foto's worden in het dossier van patiënt gezet ter vastlegging en de oogarts kan deze op afstand beoordelen. Bijkomend voordeel is dat patiënten niet meer wijd gedruppeld hoeven te worden.

Voor de patiënten die worden ingestuurd met een hypertensieve crisis is er nu snel duidelijkheid of er ook sprake is van retinopathie. Deze nieuwe handelswijze scheelt niet alleen voor artsen en patiënten, maar is met name prettig omdat er zo snel duidelijkheid is. Dit bevordert de doorstroom op de SEH en er hoeft niet onnodig lang een bed te worden bezet.

Voorwoord

Beste lezer,
Voor u ligt het veertigste exemplaar van het tijdschrift HaCaSpect, het tijdschrift voor huisartsen, specialisten en arts-assistenten van het Catharina Ziekenhuis. 'Het tijdschrift beoogt het bevorderen van de communicatie tussen de huisartsen en specialisten én informatie te geven over de voor de beroepsgroep relevante feiten en onderzoeken in de regio. HaCaSpect is geschreven door artsen en voor artsen.'

Deze tekst is nog steeds actueel, op de aanpassing na dat we van 'eerste editie' inmiddels 'veertigste editie' heb kunnen maken en dat het woord 'nieuw' weggehaald is. Deze tekst stond in de begeleidende brief bij het eerste nummer van HaCaSpect in juli 2003.

De reden om terug te kijken is het vertrek van Mark Scherders als redactielid. Mark is zeer trouw geweest aan de redactie, hij is vanaf het eerste uur betrokken bij HaCaSpect. Wegens een tekort aan psychiaters heeft hij besloten te stoppen. Als redactie zullen we hem en al zijn ervaring gaan missen, we hebben begrip voor zijn keuze. Dank Mark, voor deze bijzondere prestatie; aan 40 nummers van HaCaSpect bij te dragen!

In dit nummer staat samenwerken centraal. Met het Anna Ziekenhuis, het Máxima Medisch Centrum maar ook samenwerking tussen huisartsen en gemeenten of samenwerken om de zorg voor onze patiënten met een rectumcarcinoom nog verder te verbeteren. Ook vroegen we Nardo van der Meer (voorzitter RvB CZE) en Monique Hartings (lid RvB SGE), hun kijk op de samenwerking tussen eerste- en tweedelijn te geven. We deden dit op de ochtend dat Nardo mee liep in de praktijk van Monique Hartings bij SGE. Wij vonden het inspirerend en we hopen dat jullie ook inspiratie op doen met dit nummer van HaCaSpect.

Veel leesplezier, redactie HaCaSpect

Inhoud

Pagina 4-5
Borstkankerzorg geoptimaliseerd

Pagina 6-7-8
Nieuws over (ende)l darmkanker

Pagina 9
Oncologische samenwerking: urologie

Pagina 10-11
Interview bestuurders

Pagina 12-13-14
Casuïstiek: uit het sociale domein

Pagina 15
Nieuwe bereidingsapotheek

Pagina 16-17
Slokdarmkanker orgaansparend behandelen

Pagina 20-21
Experts in plaatsen van PEG-sondes

Pagina 22
Fysiotherapeutische zorg van wereldniveau

Pagina 23
Nauwkeuriger bestralen door MR Linac

Pagina 24-25
Uitgelicht: Dick Schoot

Pagina 26
Farmacogenetica

Pagina 27-28-29
Ontwikkelingen bij cardiologie

Pagina 30-31
Casuïstiek: valaciclovir intoxicatie

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, Elsje van Beek, Marieke Kerskes, Jolanda van den Oetelaar, Yvonne van Oosterhout, Mark Scherders, Eveline van de Ven **Fotografie** Materiaal Catharina Ziekenhuis tenzij anders vermeld, Guy van Dael, Wim Verrijp, Mariëlle Zwerink **Ontwerp en opmaak** Ster design BNO, Eindhoven **Drukwerk** Drukkerij Snep BV. Oplage: 750 stuks

Redactieadres: HaCaSpect, Postbus 1350, 5602 ZA Eindhoven, e-mail: infohaca@catharinaziekenhuis.nl

Borstkankerzorg in regio nog verder geoptimaliseerd

Door: Yvonne van Riet, oncologisch chirurg, Johanne Bloemen, oncologisch chirurg, Robert-Jan Schipper, fellow oncologische chirurgie, Ester Schepens, oncologisch chirurg, Ingrid van den Hoven, oncologisch chirurg

De borstkankerzorgteams van het Anna Ziekenhuis en het Catharina Ziekenhuis zijn een intensieve samenwerking aangegaan rondom de zorg voor borstkanker. Dit omdat de behandelmogelijkheden bij borstkanker snel veranderen en beide ziekenhuizen elkaar willen versterken zodat borstkankerpatiënten altijd de beste zorg krijgen, dichtbij huis.

Door samen te werken krijgen borstkankerpatiënten de beste behandeling op maat geleverd, in een omgeving dicht bij huis. Patiënten met een mogelijke afwijking in de borst kunnen al gegarandeerd binnen 24 uur terecht

voor de eerste diagnostiek. Het streven is om binnen 48 uur duidelijkheid te geven of het over borstkanker gaat of niet.

Multidisciplinair overleg

Voor de patiënt verandert er aan de 'voorkant' niets; Op de achtergrond worden alle patiënten van het Anna Ziekenhuis en het Catharina Ziekenhuis wekelijks in één gezamenlijk multidisciplinair overleg besproken. Een kruisbestuiving van lokaal beschikbare kennis. Door de samenwerking is de zorg rondom borstkanker nog beter gewaarborgd. Daarnaast profiteren patiënten van de al aanwezige zorgpaden en infrastructuur in beide ziekenhuizen. De toegangstijd voor specialistische MRI geleide biopten wordt verkort door de samenwerking, omdat afspraken direct aansluitend aan de multidisciplinaire bespreking kunnen worden ingepland in het Catharina Ziekenhuis. Voor patiënten in het Anna Ziekenhuis komt ook een DNA-first traject beschikbaar.



Chirurgen Catharina Ziekenhuis: Johanna Bloemen (links) en Yvonne van Riet



Chirurgen Anna Ziekenhuis: Ester Schepers (links) en Ingrid van den Hoven

Patiënten met borstkanker met het vermoeden van een genetische oorzaak, weten daardoor binnen twee weken of hier daadwerkelijk sprake van is. Dit geeft vaak direct veel rust voor de patiënt en haar of zijn familieleden, en zorgt meteen voor het optimaliseren van het behandelplan.

De samenwerking tussen beide huizen is een mooi voorbeeld van de juiste zorg op de juiste plek. En belangrijker nog; in het eigen ziekenhuis. Er vindt geen centralisatie van zorg plaats. Patiënten blijven welkom

in hun eigen vertrouwde ziekenhuis maar ontvangen dus onafhankelijk van de verwijzing dezelfde zorg. Het is niet voor de eerste keer dat het Anna Ziekenhuis en het Catharina Ziekenhuis samenwerking opzoeken. Sinds vorig jaar wordt op het gebied van endeldarmkanker al intensief samengewerkt; ook deze patiënten worden in een gezamenlijk regionaal multidisciplinair team besproken. Patiënten met endeldarmkanker worden in het Catharina Ziekenhuis geopereerd en gaan voor de nazorg weer terug naar het Anna Ziekenhuis.

Spreekuur voor kwetsbare patiënten met darmkanker

Door: Stijn Ketelaers, arts-onderzoeker, Pim Burger, oncologisch chirurg, Anne Jacobs, klinisch geriater en klinisch farmacoloog

In het Catharina Ziekenhuis is een spreekuur ontwikkeld voor kwetsbare patiënten met darmkanker. Binnen dit speciale spreekuur werken meerdere specialisten samen om de patiënt in één dag een individueel afgestemd en zo optimaal mogelijk behandeladvies te geven.

Uit eerder onderzoek blijkt dat ongeveer 5 procent van de patiënten met darmkanker en 20 procent van de patiënten met endeldarmkanker uiteindelijk niet geopereerd wordt. De belangrijkste reden hiervoor betreft kwetsbaarheid op basis van een oudere leeftijd, maar het kan ook zijn dat een operatie te risicovol is voor patiënten met veel comorbiditeiten of andere vormen van kwetsbaarheid. Bovendien kan het voorkomen dat een operatie niet meer past bij de persoonlijke behandeldoelen en wensen van een patiënt. Tegenwoordig zijn er meerdere niet-operatieve behandel mogelijkheden beschikbaar die een goed alternatief kunnen vormen als een operatie niet meer mogelijk is, zoals chemotherapie en verschillende vormen van radiotherapie. Desondanks wordt er bij patiënten die niet geopereerd kunnen worden vaak een palliatief traject gestart, waarbij er geheel van behandeling wordt afgezien. Dit heeft regelmatig tot gevolg dat er in de loop van de tijd ernstig invaliderende klachten van de tumor ontstaan die de kwaliteit van leven fors verslechteren. Daar staat tegenover dat door het optimaal inzetten van deze alternatieve behandelingen de tumor vaak langdurig onder controle kan worden gehouden en invaliderende klachten kunnen worden voorkomen. Bovendien kan de tumor door deze behandelingen soms zelfs in zijn geheel verdwijnen. Vanwege de heterogeniteit (in vitaliteit, comorbiditeit en levensverwachting) en de complexiteit van deze kwetsbare patiëntengroep is het van essentieel belang om een goede inschatting te maken van de conditie en wensen van de patiënt, om gezamenlijk tot een op maat gemaakt en voor de patiënt optimaal behandelplan te

komen. Het Catharina Kanker Instituut heeft daarom speciaal voor deze patiënten een spreekuur ontwikkeld waarin diverse disciplines samenwerken.

Hoe ziet het spreekuur voor kwetsbare patiënten met darmkanker eruit?

Kwetsbare patiënten met (endel)darmkanker kunnen door zowel specialisten uit andere ziekenhuizen als door de huisarts worden verwezen naar het speciale spreekuur. De patiënten worden eerst op het reguliere multidisciplinair overleg voor darmkanker besproken. Vervolgens worden de patiënten voor één dag opgenomen in het ziekenhuis en spreken ze met de oncologisch chirurg, de medisch-oncoloog, de radiotherapeut en, wanneer het om een oudere patiënt gaat, de klinisch geriater. Soms is tevens een aanvullende beoordeling door de anesthesioloog nodig. Op deze manier hoeft de patiënt niet vier keer naar het ziekenhuis te komen. Patiënten kunnen tussen de afspraken door rusten en krijgen op hun kamer iets te eten en drinken aangeboden. In de middag overleggen de betrokken specialisten opnieuw en stellen dan een optimaal behandelplan vast, waarbij wordt gekeken naar wat mogelijk en zinvol is, wat past bij de behandel doelen en wensen van de patiënt, en wat het resultaat zou kunnen zijn wat betreft overlevingskansen en de kwaliteit van leven van de patiënt. Samen met de patiënt en diens naasten wordt vervolgens het definitieve behandelplan besproken. Door deze multidisciplinaire en op de patiënt afgestemde werkwijze, is het mogelijk om een behandeling voor te stellen die persoonlijk en op maat is gemaakt. Hierdoor weten de patiënt en de behandelaar snel waar zij aan toe zijn en wat de mogelijkheden zijn. De eerste patiënten hebben inmiddels succesvol en met tevredenheid het spreekuur doorlopen.

Patiënten kunnen zowel door andere ziekenhuizen als door de huisarts worden verwezen naar het speciale spreekuur voor kwetsbare patiënten. Dit kan door contact op te nemen via e-mail vscolorectaal@catharinaziekenhuis.nl of via telefoon +31 40 239 66 00.

Patiënt met darmkanker die (mogelijk) niet in aanmerking komt voor een operatie

Spreekuur voor fragiele patiënt met darmkanker

Contact via e-mail: vscolorectaal@catharinaziekenhuis.nl

Contact via telefoon 040 - 239 66 00

Multidisciplinair overleg

Spreekuur voor fragiele patiënt met darmkanker

Beoordelen conditie en wensen patiënt en behandelmogelijkheden

Oncologisch chirurg

Radio-therapeut

Medisch-oncoloog

Klinisch geriater

Andere specialismen (bijvoorbeeld anesthesioloog)

Multidisciplinair overleg

Patiënt-specifiek behandeladvies

Stroomschema zorgpad darmkanker

Operatie bij endeldarmkanker niet altijd nodig

Door: Eveline van de Ven, senior redacteur

Het Catharina Ziekenhuis heeft een nieuw bestralingsapparaat, de Papillon, in gebruik genomen. Met deze bestralingstechniek heeft het ziekenhuis alle behandelingen in huis voor patiënten met endeldarmkanker. “Met de komst van de Papillon kunnen we patiënten met endeldarmkanker alle behandelingen bieden die er zijn”, legt radiotherapeut Jeltsje Cnossen uit.

De nieuwe bestralingstechniek is een goed alternatief voor een operatie. “De Papillon is een goede behandelkeuze als de tumor in de endeldarm kleiner is geworden door voorbehandeling met chemotherapie en bestraling. Opereren is dan niet altijd nodig om de tumor te verwijderen. Ook voor patiënten voor wie een operatie te zwaar is of patiënten die niet meer geopereerd willen worden, kan de Papillon uitkomst bieden”, legt radiotherapeut dr. Jeltsje Cnossen uit. Samen met haar collega radiotherapeut dr. Jacqueline Theuws heeft zij de eerste patiënten inmiddels behandeld. Het Catharina Ziekenhuis is na het AvL het tweede ziekenhuis in Nederland waar een behandeling met de Papillon mogelijk is.

Operatie niet nodig

In Nederland krijgen ongeveer 4500 mensen per jaar de diagnose endeldarmkanker. “Deze patiënten krijgen vaak eerst chemoradiatie; chemotherapie in combinatie

met een aantal bestralingen. Wanneer de tumor na die behandeling niet volledig is verdwenen, moet de patiënt vaak een operatie ondergaan. Dat is heel ingrijpend. We kunnen de tumor nu ook met de Papillon bestralen waardoor een operatie niet altijd meer nodig is”, legt Cnossen uit. “Steeds meer patiënten zoeken naar alternatieven voor een operatie”, vult Theuws aan, “doorgaans zijn drie bestralingsessies van één minuut voldoende om het tumorweefsel volledig te laten verdwijnen. Bij kleinere endeldarmtumoren die niet uitgezaaid zijn, is bestraling met de Papillon een goed alternatief voor opereren. Bestraling met de Papillon is een vorm van contact brachytherapie. De tumor wordt heel direct bestraald. Het grote voordeel is dat je zeer lokaal kunt bestralen zonder schade aan de omliggende organen.”

Keuze bieden

De Papillon is ook een optie voor patiënten die niet meer geopereerd kunnen worden of geen operatie meer willen ondergaan. “Deze vorm van bestralen is bijvoorbeeld een uitkomst voor oudere mensen die vanwege hun zwakke gezondheid of vanwege andere aandoeningen geen grote operatie meer aan kunnen”, legt Cnossen uit, “en er zijn ook steeds meer patiënten die liever kiezen voor een palliatieve behandeling met de Papillon dan voor een operatie, bijvoorbeeld vanwege hun leeftijd of conditie. Ik vind het belangrijk dat we onze patiënten een extra behandelmogelijkheid kunnen bieden. Een operatie is heel ingrijpend met een groter risico op complicaties en op een (blijvend) stoma. Als we patiënten een operatie kunnen besparen door de Papillon, kunnen we ze hopelijk een betere kwaliteit van leven bieden.”

Samenwerking

Het Catharina Ziekenhuis is het tweede ziekenhuis in Nederland waar een behandeling met de Papillon mogelijk is. Theuws: “We werken nauw samen met het Antoni van Leeuwenhoek (AvL) in Amsterdam waar het andere apparaat staat. We hebben de afgelopen maanden regelmatig in Amsterdam mee gekeken en we doen gezamenlijk onderzoek. Dat de behandeling in Eindhoven nu ook mogelijk is, zorgt voor een goede spreiding voor patiënten. Patiënten uit het zuiden van het land hoeven niet helemaal naar Amsterdam. In eerste instantie zetten we in op behandeling van 50 patiënten per jaar. De verwachting is dat die vraag gaat toenemen.”

Het Catharina Ziekenhuis heeft 3 miljoen euro subsidie gekregen voor wetenschappelijk onderzoek naar complexe darmkanker. De subsidie is uitgekeerd door de Nederlandse organisatie voor gezondheidsonderzoek en zorginnovatie (ZonMw). Onderzoek en behandeling op de Papillon is een onderdeel van deze subsidie.

Versterking regionale oncologische samenwerking

Door: Eric Vrijhof, uroloog

De urologie afdelingen van het Máxima Medisch Centrum (MMC) en het Catharina Ziekenhuis hebben hun oncologische samenwerking versterkt binnen de regio Zuid Oost Brabant. Voor alle urologische kankersoorten zijn gezamenlijke MDO besprekingen opgezet waarbij zowel de urologen, oncologen, radiotherapeuten, nucleaire geneeskundigen, radiologen en pathologen aanwezig zijn. Op maandag worden alle prostaatkankerpatiënten besproken en op dinsdag vindt het MDO voor andere tumorsoorten plaats. In gezamenlijkheid wordt het verdere beleid door deze multidisciplinaire teams bepaald en uitgevoerd.

Sinds kort is het MMC ook als partner toegetreden tot het Prosper robot prostaatcentrum in Nijmegen. Dit centrum bestaat sinds 2013 en bestaat uit een intensieve samenwerking tussen het Catharina Ziekenhuis, Canisius Wilhelmina ziekenhuis (CWZ) en academische partner Radboud UMC. Alledrie de ziekenhuizen voeren hun robot geassisteerde radicale prostatectomieën (RARP) uit op één locatie namelijk Prosper locatie CWZ in Nijmegen.

Centralisatie van zorg

Inmiddels heeft dit centrum door z'n centralisatie een forse groei doorgemaakt. Dit jaar zullen circa 420 RARP'n worden uitgevoerd waarbij het centrum gebruikt maakt van twee high end Da Vinci Xi robots. De verwachting is dat dit centrum de komende jaren tot één van de grootse robot prostaatcentra in Nederland zal uitgroeien, waar naar verwachting circa 600 tot 700 operaties gedaan gaan worden. Mede door de aansluiting van academische partner Radboud UMC is dit centrum ook wetenschappelijk actief waarbij al meerdere publicaties onder de naam van Prosper zijn verschenen. Actueel zijn drie promovendi actief die vanuit Prosper gaan promoveren.

De toetreding van MMC als Prosper partner wordt dan ook gezien als een belangrijke versterking voor het centrum.

De patiënten die een diagnostische work-up krijgen bij het MMC worden besproken in het MDO en worden daarna verwezen naar het Prosper prostaatcentrum in het CWZ in Nijmegen voor hun robot geassisteerde radicale prostatectomie. Recentelijk heeft de eerste robot fellow (drs. Robert Hoekstra) zijn opleiding in het Prosper robot prostaatcentrum afgerond en zal nu als Prosper robotchirurg gaan werken vanuit het Catharina Ziekenhuis. In oktober start collega drs. Alexander Bellaart Spruijt uit het MMC met z'n fellowship voor twee jaar in het Prosper prostaatcentrum. Na beëindiging van zijn opleiding zal hij als gecertificeerd robotchirurg toetreden tot het Prosper robotteam en hij zal de patiënten vanuit het MMC gaan opereren in Nijmegen.

Voorgenoemde ontwikkelingen hebben een gunstige ontwikkeling gehad op de kwaliteit van onze oncologische zorg in de regio Zuid Oost Brabant. We zullen in de toekomst samen met onze partners ook streven naar verdergaande centralisatie van de nier- en blaaskanker operaties.

‘Als we ergens gezondheid op de kaart kunnen zetten, dan is het hier!’

Door: Eveline van de Ven, senior redacteur

“Om optimaal van elkaars talenten gebruik te kunnen maken, moet je elkaar kennen. Investeren in elkaar, in de relatie; dat is een belangrijk vertrekpunt voor een geslaagde samenwerking”, zegt bestuursvoorzitter Nardo van der Meer van het Catharina Ziekenhuis. Samen met huisarts en lid Raad van Bestuur SGE, Monique Hartings, kijkt hij terug op de afgelopen maanden en praten ze over de zorg van de toekomst.

Volgens beide bestuurders is de corona-crisis een wake-up call geweest. Van der Meer: “Het heeft aan de ene kant de kwetsbaarheid in de zorg blootgelegd, maar tegelijkertijd gezorgd dat nieuwe manieren van zorg in rap tempo zijn geïmplementeerd. Zo hebben

digitalisering en zorg op afstand een enorme vlucht genomen. Niet alleen met patiënten maar ook in de communicatie tussen de huisarts en het ziekenhuis. Die lijnen zijn nog korter geworden. Dat is een goede ontwikkeling, die we zeker moeten behouden.”

Hartings onderschrijft die zienswijze. “Het ontwikkelen van digitale consultatie tussen het ziekenhuis en de huisartsen is een treffend voorbeeld. Om deze nieuwe samenwerkingsvormen in de praktijk toe te passen is het belangrijk om voldoende aandacht te besteden aan de implementatie. Van de professional op de werkvloer vraagt het tijd en energie om het zich eigen te maken. “We kunnen aan de bestuurstafel plannen maken maar als het in de praktijk niet werkt, heb je niets aan die plannen. Het gesprek voeren met elkaar, afspraken maken en knelpunten aanpakken, zorgen juist voor verbetering en niet onbelangrijk, daar krijgt iedereen energie van!”



Nardo van der Meer en Monique Hartings

Contact intensiever

Van der Meer vervolgt: “De traditionele lijnen tussen de 1ste, 2e en 3e lijn gaan in de toekomst verdwijnen. Dat betekent dat systemen met elkaar moeten gaan communiceren. Veel zorg zal in de toekomst in de thuissituatie worden geleverd. Dan is een logisch gevolg dat het contact tussen huisarts en specialist intensiever wordt.”

Stip op de horizon

“Van oudsher dachten we altijd dat ziekenhuizen het middelpunt in de medische keten waren. Dat is echt een misvatting. Als Catharina Ziekenhuis doen we veel aan hoog complexe zorg en moeten we absoluut onze rol als stadziekenhuis niet vergeten. Maar het middelpunt zijn de wijken, waar de huisartsen middenin zitten. Daar gebeurt het en de huisartsen weten wat er speelt, hebben een band met onze gezamenlijke patiëntgroepen. We moeten met lef veel verder vooruit kijken. Niet naar 2022 maar samen de agenda van 2030 vormgeven. Wat doen we wel, wat doen we niet. Dat vraagt om nieuwe manieren van samenwerken te verkennen. En geld moet hierin niet de drijfveer zijn. Wees adaptief want de zorg moet echt anders worden ingericht. Daar ben ik van overtuigd.”

Poortwachtersrol

De poortwachtersrol die de huisarts vervult, is volgens Hartings en Van der Meer een ontzettend belangrijke. Hartings: “Ik denk dat we voor een omslagpunt in de zorg staan; meer preventie en minder geneeskunde.” Van der Meer vult haar aan: “De druk op de zorg is hoog, dus is het zaak dat we voorkomen dat patiënten in een ziekenhuisbed terecht komen. Voorkomen is beter dan genezen. En daar kunnen wij, de huisarts, maar eigenlijk een hele wijk of stad, een belangrijke rol in spelen!” Samenwerken tussen diverse partijen is hierin een must, vinden beide bestuurders. “Het begint bijvoorbeeld al op de scholen, in de kantines waar vaak nog ongezonde snacks worden aangeboden”, legt Van der Meer uit, “maar ik zie ook een rol weg gelegd voor bedrijven als Philips en Jumbo; die willen toch ook gezonde medewerkers? Als we ergens de handen ineen kunnen slaan is het wel in deze Brainport regio waar kennis en wetenschap optimaal is. Alle ingrediënten om de soep te maken zijn aanwezig, maar dan moet er wel een kok zijn. Is dat VWS of leiderschap in de regio? In deze regio kunnen we gezondheid op de kaart zetten.”

Crisisbeheersing in het sociale domein; de AVE-aanpak

Door: Marcel Smit, procesregisseur gemeente Eindhoven

In de rampen- en crisisbestrijding spreken we van GRIP. GRIP staat voor Gecoördineerde Regionale Incidentbestrijdingsprocedure. GRIP heeft betrekking op de organisatie van de rampenbestrijding en crisisbeheersing door de hulpverleningsdiensten van de veiligheidsregio. De GRIP structuur is in het leven geroepen om de opschaling van de hulpverleningsdiensten ordentelijk te organiseren. Maar voor de sociale incidenten was er geen uniforme aanpak. Die is er nu wel: Aanpak ter Voorkoming van Escalatie (AVE).

Deze aanpak sluit aan bij de reguliere 3D aanpak van gemeenten en geeft helderheid over regie en verantwoordelijkheid. Het doel is het voorkomen van een dreigende situatie en het beperken en beëindigen van een escalerende situatie. Escalatie zien we als

- 1 In een huishouden zaken uit de hand lopen, geweld, misbruik, ruzie en bijvoorbeeld overlast.
- 2 In de opschaling van een interventie, opschalen naar een hoger niveau van expertise of een specifieke voorziening.

AVE heeft net als bij GRIP een opschalingsstructuur. Een opschalingsstructuur in AVE kent 4 fasen: AVE1, AVE2, AVE3, AVE4. In elke fase neemt het regievermogen van een persoon (burger) af.

De AVE-aanpak maakt helder wie de regie heeft bij (dreigende) escalatie van problemen en wie verantwoordelijk is voor

Casus

Je bent 75 jaar en woont al 30 jaar in een huurwoning in Eindhoven. In het verleden ben je in beeld geweest bij maatschappelijk werk van Lumens en in behandeling bij een GGz instelling. Ook vanuit WIJ Eindhoven is er contact geweest maar dat houd je af. De vaste lasten worden automatisch afgeschreven van je rekening maar er zijn achterstanden in de servicekosten. De woning heeft schade, een kapotte ruit en is vervuild. We schrijven 2020. Het onderhouden van je woning lukt niet meer maar ook eten en drinken gaat zeer moeizaam. Dagelijks kwam je een kop koffie drinken in een openbare gelegenheid maar door Corona is dat prompt weggefallen. Je loopt verward op straat. 'Iets' in je brengt je iedere keer weer naar perron 5 op Eindhoven Centraal. Daar pak je de ene keer de trein naar Alkmaar en een andere keer de trein naar Den Haag.

In deze steden gaat het niets beter. Je komt in beeld bij politie en wordt meerdere keren gezien door GGz instellingen daar. Dan weer terug naar Eindhoven gestuurd waar je verloren loopt. Je netwerk is heel klein en je bent kwetsbaar voor mensen die mogelijk geen goede bedoelingen hebben.

Het is belangrijk dat er ogen en oren worden georganiseerd die je op dagelijkse basis zien, die mee gaan kijken op de leefgebieden als wonen, financiën, dagbesteding, psychisch- en lichamelijk welbevinden. Maar die ook kunnen gaan leiden naar de juiste zorg.

de uitvoering van de regie. Iedere ketenpartner in de aanpak ter voorkoming van escalatie heeft natuurlijk los van de AVE structuur zijn eigen taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden. Daar doet de AVE-aanpak niets aan af.

In een casus is altijd sprake van een casusregisseur die ondersteunt als het de persoon niet meer lukt om zelf de

AVE SCHEMA STAPPEN

1	2	3	4
<p>1 Problemen worden voorkomen door preventie en tijdig gesignaleerd als ze zich voordoen.</p>	<p>2 Mensen hebben hulp nodig. In de reguliere 3D-aanpak wordt samen een plan gemaakt en uitgevoerd.</p>	<p>3 Complexe domeinoverstijgende problematiek. Samenwerking is niet effectief of stagneert. De veiligheid is in gevaar.</p>	<p>4 Totale escalatie. Dreiging maatschappelijke onrust. Mogelijke aandacht media.</p>
CASUSREGIE	CASUSREGIE	CASUSREGIE	CASUSREGIE
N.v.t.	WJZindhoven of Regieteam+ specifieke taakvelden	WJZindhoven of Regieteam+ specifieke taakvelden	WJZindhoven of Regieteam+ specifieke taakvelden
PROCESREGIE	PROCESREGIE	PROCESREGIE	PROCESREGIE
N.v.t.	Regieteam+ (0-100 jaar)	Zorg en Veiligheidshuis	Scenarioteam onder coördinatie van Programmamanager veiligheid
IN OVERLEG MET	IN OVERLEG MET	IN OVERLEG MET	IN OVERLEG MET
Sociale basis, partners nulblijf	Oedriagswetenschappers servicebureau, Zorg- en Veiligheidshuis, maatschappelijke (keten)partners	Specialist veiligheid, gedragswetenschappers servicebureau, gebiedscoördinatoren, maatschappelijke ketenpartners, ketenpartners veiligheid en justitie	Orisboek, wethouders, Zorg- en Veiligheidshuis, communicatieadviseur, overige partijen Piket veiligheid, informeren
OPERATIONEEL VERANTWOORDELIJK	OPERATIONEEL VERANTWOORDELIJK	OPERATIONEEL VERANTWOORDELIJK	OPERATIONEEL VERANTWOORDELIJK
Manager WJZindhoven	Afdelingshoofd Regieteam+	Manager uitvoering Sociaal Domein	Afdelingshoofd Veiligheid
BESTUURLIJK VERANTWOORDELIJK	BESTUURLIJK VERANTWOORDELIJK	BESTUURLIJK VERANTWOORDELIJK	BESTUURLIJK VERANTWOORDELIJK
Wethouder	Wethouder(s)	Wethouder(s) en/of Burgemeester	Burgemeester

regie te hebben op zijn leven en de daarin te nemen beslissingen. Als een situatie onveilig wordt, is het nodig dat een ander de regie overneemt. Er is een verschil in casusregie en procesregie. De casusregisseur heeft de regie over de dagelijkse ondersteuning van een persoon of een gezin. De procesregisseur faciliteert de samenwerking tussen professionals of meerdere (gemeente overstijgende) organisaties. In de AVE-aanpak gaan we uit van de uitgangssituatie. We gaan niet uit van doelgroepen of thema's.

De uitgangssituatie bepaalt welke fase van escalatie er aan de orde is. In Eindhoven ligt de casusregie voor personen, huishoudens of gezinnen met een adres bij WJZindhoven. Voor personen zonder vaste woon- of verblijfplaats ligt de regie als nodig bij het gemeentelijk Regieteam.

Binnen de AVE-aanpak is in Eindhoven

bepaald dat de eventuele nodige procesregie op een casus voor AVE2 ligt bij het procesregisseurs van het gemeentelijk Regieteam of afhankelijk van de uitgangssituatie de procesregie ligt bij het Zorg- en Veiligheidshuis Zuidoost Brabant (AVE3) of de gemeentelijke afdeling Veiligheid als er sprake is van bijvoorbeeld maatschappelijke onrust of enorme maatschappelijke impact (AVE4).

In Eindhoven ziet de AVE-aanpak eruit als in bovenstaande afbeelding.

In de beschreven casus (zie blauwe kader) zijn de zorgen erg groot en wordt de persoon aangemeld bij gemeente Eindhoven met het verzoek regie te voeren op de casus. De persoon wordt immers gezien en besproken door onder andere politie en GGz instellingen in andere steden, de Woningcorporatie, huisarts, POH, GGzE, Zorgkantoor, Bemoeizorg, wijkagent Eindhoven, WJZindhoven, Gemeente Eindhoven, instellingen

voor opvang en beschermd wonen, bewindvoerder en/of curator, de rechter en het Openbaar Ministerie. Een goede regievoering is onontbeerlijk in de casus.

De procesregie in de casus om te faciliteren in de samenwerking tussen de ketenpartners wordt in AVE2 belegd bij een procesregisseur van het Regieteam. Bevindingen en Interventies worden besproken en afgestemd met de ketenpartners. De politie legt in een afspraak op persoon vast dat bij een volgend incident de persoon moet worden geschouwd, de persoon wordt voor-aangemeld bij de GGz-crisisdienst. Bemoeizorg en de POH stemmen dagelijks bezoek af, de woningcorporatie zet in op de woning vanuit schoon, heel en veilig, bewindvoering en een WLZ-aanvraag worden geïnitieerd en zo wordt uiteindelijk de juiste zorg gevonden en ingezet voor deze kwetsbare bewoner in Eindhoven.

Maar ook denkbaar in een casus is dat de persoon wordt opgenomen in het ziekenhuis en vervolgens met ontslag gaat. De medewerker van het transferteam kan dan

vanuit die rol rond ontslagzorg en patiëntbegeleiding geconfronteerd worden met een thuissituatie die vervuild is en waar de juiste zorg niet (goed) leverbaar is. Ook hier kan in overleg met de casusregisseur worden geïnventariseerd wat er nodig is om de persoon met ontslag te laten gaan en waar dan de juiste zorg kan worden geïnitieerd. Een sanering van de woning kan een optie zijn die ook door de casusregisseur kan worden aangevraagd in AVE2 via de aanmeldlink bij gemeente Eindhoven.

[Aanmelden van casuïstiek en uitleg over AVE-aanpak vind je op \[www.eindhoven.nl/AVE\]\(http://www.eindhoven.nl/AVE\).](http://www.eindhoven.nl/AVE)

[Vragen over specifieke situaties van inwoners uit Eindhoven stel je op \[ave@eindhoven.nl\]\(mailto:ave@eindhoven.nl\)](mailto:ave@eindhoven.nl)

De huisarts in de casus vond de samenwerking en de regierol van de gemeente in dit geval en crisisgevallen in het algemeen als een 'verademing' en heeft mij dan ook gevraagd om dit artikel te schrijven.

Voor dit artikel zijn teksten gebruikt uit het boekje Aanpak Voorkomen Escalatie.

Zie voor een verdere uitleg en verdieping Aanpak Voorkomen Escalatie: Aanpak Voorkomen Escalatie - VNG.

Nieuwe bereidingsapotheek van Catharina Ziekenhuis in bedrijf

Door: Eveline van de Ven, senior redacteur

Het nieuwe ‘state of the art’ gebouw bestaat uit drie verdiepingen en is volledig gericht op de productie van geneesmiddelen. De cleanroom beslaat 700 vierkante meter en er is een laboratorium met een vloeroppervlakte van 200 vierkante meter. In het nieuwe gebouw zijn twee activiteiten gehuisvest: geneesmiddelenproductie en klinisch farmaceutische analyse.

Geneesmiddelen op voorraad

“In de cleanrooms maken we geneesmiddelen op voorraad, veelal steriel. Deze geneesmiddelen worden voornamelijk gebuikt voor het behandelen van patiënten in de tweede lijn. Daarnaast leveren we de geneesmiddelen landelijk aan andere ziekenhuizen. Hierdoor hebben we ook de kennis in huis om maatwerk te leveren voor de individuele patiënt zoals bijvoorbeeld een drankje voor patiënten met slikproblemen of een antibiotica-infuus voor thuistoediening”, legt ziekenhuisapotheker Ralph van Wezel uit.

Geen winstoogmerk

Het aantal geneesmiddelen dat in Nederland korte of lange tijd niet leverbaar is, stijgt nog altijd. Farmaceuten zien weinig brood in het maken van geneesmiddelen voor de niet commerciële markt. “Door de bouw van een eigen bereidingscentrum behoudt het Catharina Ziekenhuis een positie op de markt door geneesmiddelen, die het verschil voor de patiënt maken, toegankelijk te houden. Het is best bijzonder dat het Catharina Ziekenhuis een volledig nieuwe bereidingsapotheek heeft gebouwd. Er zijn in Nederland slechts 10 faciliteiten die op eigen terrein nog geneesmiddelen maken voor niet alleen het eigen ziekenhuis maar voor heel Nederland. We maken geneesmiddelen die de farmaceutische industrie niet wil of kan maken. Omdat we geen winstoogmerk hebben, kunnen we dit tegen lage kosten doen”, aldus Van Wezel.



Scan de QR-code voor een filmpje over de bereidingsapotheek.

Hoogwaardige analysemethoden

Naast het maken van geneesmiddelen beschikt de nieuwe faciliteit over een laboratorium waar geneesmiddelspiegels in het bloed en toxicologische analyses worden uitgevoerd. Van Wezel: “Het laboratorium heeft een regiofunctie op dit gebied. Geneesmiddelspiegels worden zowel voor de eerste als de tweede lijn bepaald. Voor de afname in de eerste lijn werken we nauw samen met Diagnostiek voor U. We hopen hiermee bij te dragen aan de meest optimale behandeling van de patiënt in de regio.”

Beginnende slokdarmkanker is steeds vaker orgaansparend te behandelen

Door: Eveline van de Ven, senior redacteur

Maag-darm-leverarts oncoloog prof. dr. Erik Schoon is de veertiende hoogleraar binnen de muren van het Catharina Ziekenhuis. Schoon bekleedt de leerstoel 'Nieuwe technologie ten behoeve van diagnostiek en behandeling in de endoscopische oncologie' aan de Universiteit Maastricht. Hij gaat zich als hoogleraar inzetten om het opsporen en behandelen van vroege tumoren van het maagdarmkanaal verder te verbeteren.

Slokdarmkanker is één van de snelst stijgende vormen van kanker in de Westerse wereld. Deze vorm van kanker komt vaker voor bij mannen. De ziekte kan ontstaan vanuit de zogenoemde Barrett slokdarm; dit zijn veranderingen in de slokdarm die ontstaan onder invloed van chronisch maagzuur, ook wel reflux genoemd.

Wereldwijd specialist

15 jaar geleden werden vanuit Japan technieken ontwikkeld om vroege vormen van slokdarmkanker via een endoscoop te behandelen. Schoon maakte zich deze nieuwe techniek meester en groeide daarmee uit tot wereldwijd specialist in dit vakgebied. In het Catharina Ziekenhuis werd een gespecialiseerd Barrett-team opgericht, met medisch specialisten, verpleegkundig specialist, verpleegkundigen en pathologen. In totaal zijn in het Catharina Kanker Instituut nu al meer dan 400 orgaansparende operaties van de slokdarm uitgevoerd. Het intact laten van de slokdarm leidt tot een lager risico en een betere kwaliteit van leven voor de patiënt. Bovendien zijn de ingrepen goedkoper dan een uitgebreide operatie. "De introductie van deze nieuwe technieken in Nederland is medisch gezien de meest spectaculaire ontwikkeling in ons vakgebied die ik heb meegemaakt", zegt Schoon. "Na de eerste succesvolle behandelingen juichte het gehele team op de behandelkamer, zo blij waren we voor de patiënten."



Erik Schoon

Grootste centrum van Nederland

In het Catharina Ziekenhuis worden inmiddels alle Barrett-patiënten uit Zuid-oost Nederland behandeld. Het ziekenhuis is daarmee samen met het Amsterdam UMC het grootste centrum van Nederland op dit gebied. Ook buiten Nederland staat het centrum goed aangeschreven. Zo werden in het ziekenhuis de eerste patiënten in de Westerse wereld met een rest slokdarmtumor endoscopisch behandeld na radiochemotherapie. Afwijkingen in de slokdarm zijn zeer moeilijk te herkennen. Naast zijn werk als MDL-arts geeft Schoon daarom internationaal onderwijs aan specialisten en MDL-artsen in opleiding. Ook spreekt hij vaak op internationale congressen en was hij betrokken als adviseur voor onder meer de Europese Commissie. Zijn wetenschappelijk werk naar de vroege vormen van kanker leidde tot deelname aan meer dan 150 internationale

publicaties. Het wetenschappelijk onderzoek wordt naast onder meer het KWF kankerfonds ook gesponsord door het eigen Catharina onderzoekfonds.

Samenwerking met universitaire centra

Samen met de 'Video Coding & Architecture Group' van de afdeling Electrical Engineering van Professor Peter de With en ir. Fons van der Sommen van de Technische Universiteit Eindhoven, ontwikkelde Schoon als eerste in de wereld een algoritme dat vroege vormen van kanker in de slokdarm kan herkennen. Om die techniek verder te verfijnen is er nauwe samenwerking met diverse universitaire centra zoals Maastricht, Amsterdam, Rotterdam en Nijmegen.

Maag-en dikke darmkanker

Schoon en het team van onderzoekers richten zich inmiddels niet alleen meer op slokdarmkanker. Ook voor maagkanker en dikke darmkanker is het van belang om vroege vormen van kanker te herkennen en te behandelen. Op dit moment loopt er een onderzoek waarbij met behulp van kunstmatige intelligentie een algoritme is ontwikkeld voor de opsporing van poliepen in de dikke darm tijdens een coloscopie. Ook kan er op basis van de uiterlijke kenmerken van

de poliep voorspeld worden of een poliep kwaadaardig kan worden of niet. Als uit onderzoek blijkt dat deze aanpak voldoende betrouwbaar is, kan dit de veiligheid voor patiënten verhogen en de kosten van een onderzoek sterk reduceren. "De ontwikkelingen op dit gebied gaan razendsnel. Zeker nu er wereldwijd veel aandacht is voor de medische toepassingen van kunstmatige intelligentie. Toen wij tien jaar geleden startten was er weinig belangstelling in de medische wereld, nu is het booming."

Veertiende hoogleraar

Naast Schoon zijn ook gynaecoloog-oncoloog Ruud Bekkers, chirurg-oncoloog Ignace de Hingh, chirurg-oncoloog Harm Rutten, longarts Frank Smeenk, dermatoloog Peter Steijlen en vaatchirurg Joep Teijink hoogleraar aan de Universiteit Maastricht. Cardioloog Lukas Dekker, vaatchirurg Marc van Sambeek, oud-cardioloog Nico Pijls, klinisch chemicus Volkher Scharnhorst en oud-intensivist-anesthesioloog Erik Korsten zijn als hoogleraar verbonden aan de Technische Universiteit Eindhoven. Gynaecoloog Dick Schoot is professor aan de Universiteit van Gent in België. En bestuursvoorzitter Nardo van der Meer is hoogleraar aan TIAS School for Business and Society in Tilburg.

Catharina Ziekenhuis expert in het plaatsen van PEG-sondes

Door: Roel Rambags, persvoorlichter

De afdeling Maag-Darm-Leverziekten (MDL) van het Catharina Ziekenhuis is gespecialiseerd in het plaatsen van zogenoemde PEG-sondes. De afkorting PEG staat voor Percutane Endoscopische Gastrostomie. Dit is een voedingssonde die met behulp van een endoscoop, door de huid, in de maag wordt geplaatst. De behandeling is recent opgenomen in het Topklinische Zorgregister van de Samenwerkende Topklinische opleidingsZiekenhuizen (STZ). Dat betekent dat de zorg die onze MDL-artsen op dit gebied verlenen tot de beste zorg van Nederland behoort.

Patiënten die langer dan vier tot zes weken sondevoeding nodig hebben, komen in aanmerking voor zo'n sonde. Het voordeel van zo'n voedingssonde is dat deze niet hinderlijk uit de neus komt en niet zichtbaar is, omdat die onder de kleding, direct op de huid gedragen kan worden. Het slangetje is dikker dan de voedingssondes die via de neus worden ingebracht. Hierdoor raakt de PEG-sonde minder snel verstopt. Bij een goede verzorging kan de PEG-sonde jarenlang worden gebruikt.

Kwetsbare patiënten

MDL-arts dr. Lennard Gilissen: "Het plaatsen van een PEG-sonde is op zich technisch niet lastig, maar vindt plaats bij kwetsbare patiënten. Daardoor kleven er risico's aan de behandeling. Mijn collega's en ik plaatsen per jaar zo'n 80 sondes en zijn dus zeer ervaren."

In het Catharina Ziekenhuis worden naast PEG's ook varianten geplaatst zoals een PEG-J, waarbij de sonde wordt verlengd naar de dunne darm. Of een directe PEJ, waarbij een rechtstreekse verbinding wordt gemaakt met jejunum of dunne darm. Ook worden er regelmatig PEC's geplaatst, waarbij een verbinding met colon of dikke darm wordt gemaakt, zodat patiënten kunnen spoelen bij hardnekkige obstipatie. Voor deze laatstgenoemde sonde worden patiënten uit heel Nederland verwezen, als laatste redmiddel voor een stoma.



PEG sonde



Lennard Gilissen

Slikstoornissen en passageklachten

In het ziekenhuis krijgen voornamelijk patiënten met slikstoornissen bij neurologische aandoeningen, zoals een CVA of ALS een PEG-sonde. Ook patiënten met passageklachten als gevolg van slokdarmkanker of om medicatie toe te dienen bij de ziekte van Parkinson komen in aanmerking. “Bij die laatste patiëntengroep plaatsen we een Duodopasonde”, aldus Gilissen.

Ook patiënten met een veranderde anatomie na bijvoorbeeld een maagverwijdering vanwege maagkanker, maagverkleining of bypass-operatie kunnen zo'n sonde krijgen. “Vanwege onze ervaring en ‘creativiteit’ met sondes, worden inmiddels regelmatig patiënten vanuit andere Nederlandse ziekenhuizen verwezen als het daar niet lukt om deze sondes te plaatsen.”

Grote verschillen tussen ziekenhuizen

Recent onderzoek laat zien dat er tussen ziekenhuizen grote verschillen zijn in de zorg rond PEG-plaatsingen. Het Catharina Ziekenhuis probeert al jaren op een zo patiëntvriendelijke en kosteneffectieve manier PEG-sondes te plaatsen.

Om die reden is in 2008 al een speciaal team opgericht dat zich bezig houdt met zorgverbetering rond PEG-sondes. Dat team bestaat uit een MDL-arts, een PEG-verpleegkundige, endoscopie-verpleegkundige, diëtist, transferverpleegkundige en verpleegkundige neurologie/MDL. Patiënten ondergaan de plaatsing bijna altijd onder sedatie tijdens een dagbehandeling. Dat komt door korte lijnen met de verwijzers - belangrijk voor tijdige plaatsing - en ruime ervaring van de afdeling anesthesie met dit type patiënten. Ook de feedback van patiënten zelf speelt een belangrijke rol in de verbetercyclus.

Erkenning voor de inzet

Door de gedreven inzet van professionals uit verschillende disciplines werd er de afgelopen jaren ook onderzoek rond PEG-zorg gedaan. Dit leidde in 2019 tot de promotie van dr. Denise Strijbos van het Catharina Ziekenhuis en het verder ontwikkelen van innovaties. “De registratie in het Topklinisch Zorgregister is een teken van erkenning voor de inzet van iedereen die met PEG-zorg te maken heeft in ons ziekenhuis”, aldus Gilissen.

Om opgenomen te worden in het Topklinisch Zorgregister wordt de geboden zorg beoordeeld door een toetsingscommissie, bestaande uit medische experts, medisch specialisten en patiëntenverenigingen. Het gaat in alle gevallen om zorg voor complexe aandoeningen. Ook het Catharina Kanker Instituut, het Obesitascentrum en het HIV-behandelcentrum zijn opgenomen in het Topklinisch Zorgregister. Net als de afdelingen Gynaecologische oncologie, Vaatchirurgie, Gynaecologie (endometriose), Neurologie, Crohn & Colitis centrum (MDL) en Urologie.

Fysiotherapeutische zorg van wereldniveau!

Door: Roel Rambags, persvoorlichter

In zowel nationale als internationale richtlijnen wordt geadviseerd etalagebenen standaard niet te opereren, maar eerst zes maanden gespecialiseerde fysiotherapie te geven. Uit onderzoek van promovenda Sandra Jansen van het Catharina Ziekenhuis blijkt dat deze zogenoemde stepped care aanpak in Nederland goed opgevolgd wordt en in de meerderheid van de gevallen een operatie kan voorkomen. Een eerdere promovendus van deze onderzoeksgroep toonde aan dat hiermee 33 miljoen euro per jaar wordt bespaard.

Uit een analyse van bijna 55 duizend patiënten met etalagebenen blijkt dat in 2017 maar liefst 87 procent primair werd behandeld met gesuperviseerde looptherapie. “Een fantastisch percentage in vergelijking met de ons omringende landen of elders in de wereld, waar deze behandeling niet of nauwelijks beschikbaar is”, verduidelijkt Jansen. Van de door oefenen fysiotherapeuten behandelde patiënten was 83 procent na vijf jaar nog steeds niet gedotterd of geopereerd. Daarentegen moest ruim een kwart van de patiënten, die in eerste instantie geen looptherapie kregen maar direct gedotterd of geopereerd werden, binnen vijf jaar opnieuw een ingreep ondergaan.

Een wereld te winnen

Hoogleraar Joep Teijink van het Catharina Ziekenhuis, die al jaren onderzoek doet naar looptherapie bij etalagebenen, vermoedt dat anno 2022 meer dan 90 procent van de patiënten in Nederland



Promovenda Sandra Jansen: “Ik vind sowieso dat er meer aandacht moet zijn voor een gezondere leefstijl.”

naar een bij Chronisch ZorgNet aangesloten oefen-/fysiotherapeut worden gestuurd. “Uit eerdere onderzoeken blijkt dat dat de beste behandeling is. Mind you; in het buitenland worden deze patiënten nog altijd onnodig geopereerd, met alle mogelijke risico’s op complicaties. Gelukkig hebben we in Nederland grote stappen gemaakt, maar mondiaal is er nog een hele wereld te winnen!” Etalagebenen ontstaan na verkalking van de slagaders in de benen. Hierdoor krijgen mensen te weinig zuurstofrijk bloed in de beenspieren, wat leidt tot pijn bij het lopen. Alleen met rust verdwijnt de pijn. Patiënten doen vaak of ze etalages kijken om de pijn te verhullen. Vandaar de term etalagebenen. De wetenschappelijke naam is claudicatio intermittens.

Meer aandacht voor gezondere leefstijl

Jansen concludeerde ook dat looptherapie bij een vernauwing van buik- of bekkenslagaders net zo effectief is als bij vernauwingen van beenslagaders. Ze verzamelde gegevens van 267 patiënten uit tien verschillende ziekenhuizen. Na een half jaar bleek de toegenomen loopafstand voor beide groepen gelijk. “Ongeacht de locatie van de vaatvernauwing is looptherapie dus effectief”, aldus Jansen. Ze deed ook onderzoek naar andere trainingvormen. Daar kwam uit dat bijvoorbeeld fietsen even effectief is als looptherapie. “Goed om te weten, want nu kan de fysiotherapeut de therapie beter laten aansluiten op de persoonlijke wensen van de patiënt. Ik vind sowieso dat er meer aandacht moet zijn voor een gezondere leefstijl. Bewegen is een belangrijke factor om het risico op hart- en vaatziekte te verkleinen, Chronisch ZorgNet combineert beweeg- en leefstijl in één behandeling.”

Nauwkeuriger bestralen door MR Linac

Door: Eveline van de Ven, senior redacteur

Het Catharina Ziekenhuis heeft een nieuw bestralingsapparaat; de MR Linac. Aan de achterkant van het ziekenhuis is hiervoor een speciale behandelruimte gebouwd.

Met de komst van de MR Linac beschikt het ziekenhuis over een high-tech bestralingsapparaat waarmee kankerpatiënten nog nauwkeuriger bestraald kunnen worden. Hierdoor kan bijvoorbeeld de bestralingsbehandeling voor

prostaatanker met een hogere dosis per keer gegeven worden. Het aantal behandelingen kan zo verminderd worden van 20 naar 5 keer. Met telkens een dag tussen elke behandeling betekent dit dat een behandeling voor prostaatanker in twee weken is afgerond. Ook kunnen tumoren in organen die diep in het lichaam zitten en zeer beweeglijk zijn, zoals tumoren bij de slokdarm, alveesklier, rectum, nier en baarmoeder nog beter behandeld worden.

Magneet gekoeld

Onlangs is de magneet in het toestel gekoeld met vloeibare helium, een onderdeel van de installatie procedure. Het vloeibare helium blijft in het toestel en is nodig om de elektromagneet geleidend te houden. Het vloeibare helium (-270 C!) zorgde voor ijsvorming aan de buitenkant van het apparaat.

Voorjaar 2022 in gebruik

De installatieprocedure is inmiddels afgerond. De komende periode wordt de MR Linac getest en naar verwachting kan deze in mei 2022 binnen de patiëntenzorg in gebruik worden genomen. Wij bieden behandelingen met de MR Linac aan binnen het Oncologisch Netwerk Zuid Oost Nederland (OncoZon). Alle patiënten in dit samenwerkingsverband kunnen er gebruik van maken. Eindhoven is de zesde plek in Nederland waar een dergelijk bestralingstoestel wordt geplaatst.

Scan voor de video over de MR Linac de QR-code.



Het nieuwe bestralingsapparaat; de MR Linac

“Mijn bijdrage aan de patiëntenzorg zit er op”

Door: Eveline van de Ven, senior redacteur

Gynaecoloog prof. dr. Dick Schoot heeft afscheid genomen van zijn werkzame leven en is met pensioen. Een bijzondere man, die zijn hele leven gewijd heeft aan het belangrijkste orgaan voor zowel de vrouw als de man: de baarmoeder. “Zonder dit orgaan zijn er immers geen mensen”, lacht Schoot, “maar het is nu tijd om de focus wat meer te verleggen. Mijn bijdrage aan de patiëntenzorg zit er op.”

De geboren Eindhovenenaar kwam na zijn de opleiding in Nijmegen en Den Haag/ Rotterdam terug naar het ziekenhuis waar hij altijd al graag wilde beginnen: het toonaangevende Catharina Ziekenhuis. “Toen al, en dan praat ik over ruim 30 jaar geleden, was het Catharina Ziekenhuis een ziekenhuis waar op veel verschillende terreinen grote expertise aanwezig was. Ook hadden we destijds nog een eigen Ivf-laboratorium. Het Catharina Ziekenhuis had en heeft een goede naam in het land. Het is een ziekenhuis waar je wil werken. Er werd veel onderzoek gedaan en nieuwe behandeltechnieken werden naar binnen gehaald. Zo heb ik in mijn beginjaren van het Cathrien, de kijkoperaties, waarbij we eileiders en eierstokken kunnen verwijderen, verder mogen ontwikkelen. Een grote snee over de buik was niet altijd meer noodzakelijk. Een prachtige ontwikkeling voor de patiënt, veel minder ingrijpend”, aldus Schoot.



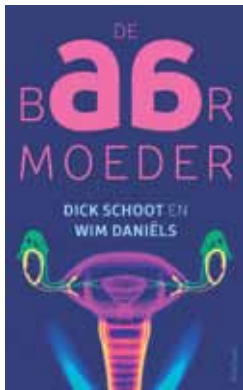
Dick Schoot

Samenwerken

Ook heeft Schoot een grote bijdrage geleverd aan de prenatale diagnostiek. “Samen met gynaecologen uit de diverse ziekenhuizen in de regio heb ik twintig jaar met veel plezier samengewerkt in het opsporen van aangeboren of erfelijke afwijkingen bij het ongeboren kind. Zo deed ik destijds in het DCE, nu het MMC, vruchtwaterpuncties, vlokentesten en uitgebreide echoscopieën. Door samen te werken, kun je grote stappen zetten. Dit kun je niet alleen”, benadrukt hij.

Fascinatie

Met recht mag wel gezegd worden dat Schoot een fascinatie heeft voor de baarmoeder. Zijn fascinatie voor dit orgaan gaat zo ver, dat hij samen met de Brabantse schrijver Wim Daniëls zijn opgedane kennis heeft vastgelegd in een boek met als titel: De Baarmoeder. “Mijn grootste drijfveer om dit boek te schrijven was ‘kennis delen is kennis vergroten’. Ik ben altijd een groot bewonderaar geweest van de baarmoeder. Veel verder dan dat het negen maanden een ‘huisje’ is voor de baby en dat vrouwen menstrueren, komen de meesten niet. Maar de baarmoeder is zoveel meer”, vertelt Schoot, “met dit boek hoopte ik dat steeds meer vrouwen en



ook mannen volledig op de hoogte zijn van de baarmoeder, kritische vragen durven te stellen, kortom volledig 'Wikipedia' onderlegd zijn. Dit boek is een deel van mijn nalatenschap aan de vrouw. Ik heb als man geprobeerd de baarmoeder écht te begrijpen en heb deze verborgen wereld van het vrouwelijk lichaam jarenlang mogen betreden."

Sterke vrouwen

Schoot omschrijft zijn werk als dankbaar. Het meest dankbaar en trots is hij op de zorg voor vrouwen met endometriose. Bij endometriose zijn stukjes van het baarmoederslijmvlies buiten de baarmoeder terechtgekomen. Dat slijmvlies reageert ook op de maandelijkse hormoonveranderingen. Hierdoor ontstaan kleine bloedingen in de buikholte. Dit bloed stroomt niet - zoals het menstruatiebloed - via de schede weg en veroorzaakt hevige pijn. "De zorg voor deze vrouwenziekte is enorm verbeterd. Nog belangrijker; de ziekte is uit het verdomhoekje. Vrouwen die klagen over buikpijn, werden vaak weggezet als zeurkouzerig en lastig. Maar in werkelijkheid zijn deze vrouwen juist heel sterk. Ondanks de klachten en pijn kunnen ze zich aardig handhaven. Het zijn sterke vrouwen en het was elke keer een voorrecht om deze vrouwen in mijn spreekkamer te ontmoeten. En belangrijker nog; iets voor hen te kunnen doen. Er zijn steeds meer mogelijkheden voor behandeling."

Stokje overdragen

De behandeling voor vrouwen met endometriose in het Catharina Ziekenhuis heeft een landelijke erkenning op het gebied van topklinische zorg. Schoot: "Voor patiënten betekent het concreet dat ons ziekenhuis hoort bij de ziekenhuizen in Nederland die op dit gebied de beste zorg levert. Daar ben ik ontzettend trots op. Voor endometriose is het Catharina Ziekenhuis in deze regio een belangrijk verwijscentrum, we zijn gespecialiseerd in complexe endometriose-operaties. Ik draag het stokje met een vertrouwd gevoel over aan gynaecoloog dr. Dana Huppelschoten prof. dr. Huib van Vliet."

Hoogleraar

In 2016 werd Schoot benoemd tot hoogleraar aan de Universiteit van Gent. Niet lang erna kreeg hij een onderzoeksaanstelling aan de TU Eindhoven (TU/e). Hij houdt zich in die tijd bezig met onderzoek op het gebied van minimaal invasieve gynaecologie, operaties waarbij de snijwond zo klein mogelijk wordt gehouden, echoscopie en IVF. Zo ontwikkelde hij samen met de TU/e een nieuwe echoscopische meetmethode om te kijken wat voor invloed samentrekkingen van de baarmoeder hebben op de innesteling van een embryo bij bijvoorbeeld IVF of bij vrouwen die maar niet zwanger worden. "Iedere baarmoeder trekt samen tijdens een maandelijks cyclus; voor de ovulatie en wellicht het meest bekend tijdens de menstruatie. Er zijn vrouwen waarbij de baarmoeder zo vaak samentrekt, dat dit gevolgen kan hebben op een geslaagde innesteling of IVF behandeling", legt hij uit, "de meettechnieken hebben we inmiddels samen met de TU/e vastgelegd in een aantal patenten. Dat onderzoek staat niet stil, we blijven leren van de baarmoeder." Schoot blijft als hoogleraar aan het Catharina Ziekenhuis verbonden. Hij blijft betrokken bij 'zijn' onderzoek. "Ik stop met de patiëntenzorg, maar het onderzoek kan ik niet loslaten."

Niet loslaten

Toch komt er vanaf vandaag meer 'privé tijd'. "Ja, er komt ruimte voor andere dingen. Net voor corona hebben we een buscamper gekocht. Ik kijk er naar uit om hier samen met mijn vrouw van te gaan genieten. Rondtrekken en mooie plaatsen bezoeken. Het is niet zo dat we nog een hele bucketlist moeten afwerken. Gewoon genieten; in de tuin, bij een wedstrijd van PSV, op de fiets en er op uit met vrienden. Vol vooruit! Ik ga het patiëntencontact absoluut missen net als al mijn collega's. Ik ben een bevoorrecht man en dankbaar dat ik deel uit heb mogen maken van de leukste maatschap gynaecologen van Nederland."

Probleemgestuurd aanvragen farmacogenetica

Door: Birgit Deiman, klinisch moleculair bioloog, Volkher Scharnhorst, klinisch chemicus

Farmacogenetica onderzoekt de relatie tussen variaties in het DNA en de effectiviteit van geneesmiddelen bij patiënten. Het doel van farmacogenetisch onderzoek is om op basis van DNA-varianties in veelal de CYP genen te verklaren waarom een geneesmiddel in de gebruikelijke dosering onvoldoende werkt of juist onverwachte bijwerkingen geeft. Deze kennis kan gevolgen hebben voor de keuze of voor de dosering van een geneesmiddel bij een individuele patiënt.

Farmacogenetisch onderzoek kan dan ook overwogen worden bij het zoeken naar een verklaring voor onverwacht veel bijwerkingen of een lage effectiviteit van een geneesmiddel. Voorwaarde is wel dat vastgesteld is in hoeverre de omzetting van het geneesmiddel beïnvloed wordt door de variatie in een gen en welke aanpassingen in medicatie of dosering dienen te worden gedaan. Het Nederlandse Huisartsen Genootschap heeft in mei 2021 te onderzoeken genen beschreven in het standpunt farmacogenetisch onderzoek in de huisartsenpraktijk (Farmacogenetisch onderzoek in de huisartspraktijk | NHG-Richtlijnen).



Birgit Deiman, klinisch moleculair bioloog

Catharina Ziekenhuis en Diagnostiek voor U hebben gezamenlijk een folder (link: Formulieren & brochures - Catharina Ziekenhuis) en een digitaal aanvraagformulier farmacogenetica ontwikkeld om huisartsen te ondersteunen bij het doelmatig aanvragen van farmacogenetisch onderzoek. Beide zijn gebaseerd op het bovengenoemde NHG-standpunt. Het digitale aanvraagformulier is te vinden in ZorgDomein en bevat onderstaande functionaliteiten:

- Medicatie gestuurd aanvragen; variaties in relevante CYP genen worden bepaald
- Aanvragen van losse CYP bepalingen
- Automatische export van door de patiënt gebruikte medicatie naar het laboratorium systeem waardoor naar aanleiding van de indicatie voor het onderzoek een gericht advies gegeven kan worden.

Nadat het onderzoek is afgerond, ontvangt de aanvrager een farmacogenetisch rapport en een farmacogenetisch paspoort voor de patiënt. Het is belangrijk om de farmacogenetische informatie ook als contra-indicatie in het HIS in te voeren en te delen met andere zorgverleners met name ook de apotheker, die de informatie kan helpen duiden. Hoe dat het makkelijkst kan, staat ook beschreven in de eerder genoemde folder.



Farmacogenetisch paspoort

Subsidie voor horloge dat hartstilstand herkent en 112 belt!

Door: Eveline van de Ven, senior redacteur

Onderzoekers van de Technische Universiteit Eindhoven gaan slimme horloges ontwikkelen die een hartstilstand kunnen signaleren én hulpdiensten kunnen inschakelen. De horloges maken gebruik van sensoren en GPS technologie. De Hartstichting heeft bijna 1 miljoen euro beschikbaar gesteld om dit 'smartwatch-project' te ondersteunen. Een ontwikkeling die het leven van mensen kan redden die getroffen worden door een hartstilstand op het moment dat ze alleen zijn.

Van de slachtoffers die buiten de muren van een ziekenhuis getroffen worden door een hartstilstand is, volgens internationaal onderzoek, zo'n 60 procent alleen. Opvallend is bovendien dat vrouwen hierbij vaker alleen zijn. Mogelijk komt dat doordat



Lukas Dekker, cardioloog

vrouwen vaker alleen wonen dan mannen, vooral als ze wat ouder zijn. In die gevallen is er dus niemand in de buurt die de hulpdiensten in kan schakelen. "Hoe mooi zou het zijn als we de overleving en het herstel na een hartstilstand met behulp van een smartwatch kunnen verbeteren", vraagt cardioloog prof. dr. Lukas Dekker van het Catharina Ziekenhuis zich hardop af.

Innovatieve oplossingen

Dat is precies waar wetenschappers van de TU/e, samen met Amsterdam UMC, Tilburg University, Philips en het Catharina Ziekenhuis aan werken. De ontwikkeling van een smartwatch die niet alleen in staat is een hartstilstand te signaleren, maar vervolgens ook direct zelf 112 belt. "De horloges maken gebruik van sensoren die kunnen meten of het hart nog klopt of dat iemand valt. Door middel van GPS technologie zijn we in staat te zien waar iemand zich bevindt en kunnen hulpdiensten direct worden voorzien van de exacte locatie van de patiënt. Door middel van deze 'slimme horloges', hopen we bij te dragen aan de kans op overleving bij een hartstilstand als iemand alleen is", aldus Dekker.

Wereld van verschil

Er zijn al diverse slimme horloges op de markt die het hartritme van de drager monitoren en een waarschuwing geven wanneer afwijkende waarden geconstateerd worden. Maar deze slimme horloges signaleren een hartstilstand niet en waarschuwen ook de hulpdiensten niet. "Uiteraard gaan we ook werken aan het minimaliseren van onterechte meldingen, vals alarm dus. Tot slot, we verwachten ook dat het zou kunnen gaan helpen als slachtoffers niet alleen zijn, omdat de hulp wel eerder op gang komt, als elke seconde telt."

Catharina Ziekenhuis zoekt hartpatiënten met onbehandelbare pijn op de borst

Door: Roel Rambags, persvoorlichter

Helpt een ingebouwd apparaatje hartpatiënten met ernstige vernauwingen van de kransslagaders van hun pijn af? Die vraag staat centraal bij een zogenoemd dubbel blind wetenschappelijk onderzoek naar de werking van de neurostimulator. Het onderzoek wordt de komende jaren uitgevoerd in het Catharina Ziekenhuis, waar jaarlijks de meeste patiënten van Nederland met deze klachten worden gezien.

Tot anderhalf jaar geleden kregen patiënten met onbehandelbare pijn op de borst deze behandeling door verzekeraars vergoed. Maar omdat er te weinig wetenschappelijk onderzoek beschikbaar is over het nut van de behandeling, is de vergoeding stopgezet, ondanks goede ervaringen met deze behandeling de afgelopen jaren. Samen met anesthesioloog en pijnspecialist dr. Hans van Suijlekom nemen cardiologen dr. Inge Wijnbergen en dr. Koen Teeuwen van het Catharina Hart- en Vaatcentrum de handschoen nu op en starten een wetenschappelijk onderzoek om voor eens en voor altijd het antwoord te krijgen op die ene vraag: werkt een neurostimulator nu wel of niet?

Medicatie helpt niet

Uitbehandelde patiënten met vernauwingen van de kransslagaders, in medische termen refractaire angina pectoris, hebben vaak hevige pijnklachten op de borst. Klachten die niet door medicatie of een behandeling – dotteren of bypass-operatie - kunnen worden weggenomen. Maar door het plaatsen van een elektrode tegen het ruggenmerg met

Scan de QR-code voor de video over dit onderwerp



een bijbehorend apparaatje kan de pijn mogelijk afnemen of zelfs helemaal verdwijnen. In het ziekenhuis wordt deze behandeling neurostimulatie genoemd.

Wetenschappelijk bewijs ontbreekt

Volgens Van Suijlekom gaat het om een groep van 400 tot 500 patiënten per jaar in Nederland. Zij komen in het nieuwe onderzoek in aanmerking voor neurostimulatie. “In het verleden hebben we die behandeling al bij enkele honderden patiënten uitgevoerd. Met succes. Maar wetenschappelijk bewijs ontbreekt.”

De neurostimulator die in het lichaam wordt geïmplant, stuurt via een kabeltje elektrische pulsen naar de elektrode die tegen het ruggenmerg is geplaatst. Die elektrische pulsen zorgen ervoor dat de kleine bloedvaatjes rondom het hart worden verwijld waardoor het hart beter wordt doorbloed. Door die betere doorbloeding krijgt het hart voldoende zuurstof waardoor er geen pijn meer optreedt en de patiënt zich beter kan inspannen waardoor de kwaliteit van leven verbetert.

Zoektocht naar 100 patiënten

Het ziekenhuis zoekt 100 patiënten bij wie een neurostimulator in de komende maanden kan worden geplaatst. Zij dragen het apparaat een jaar. “Het ene half jaar staat het apparaat uit, het andere half jaar aan. Wanneer de neurostimulator aan of uit staat, verschilt per patiënt en wordt ook niet met de patiënt gecommuniceerd,” verduidelijkt cardioloog dr. Inge Wijnbergen. “Ook de onderzoekers weten niet wanneer het apparaat werkt en wanneer niet. Alles om de onderzoeksgegevens niet te verstoren.”

Als huisarts kunt u patiënten verwijzen voor dit onderzoek.

Betere behandeling van vernauwde kransslagaders

Door: Roel Rambags, persvoorlichter

Voor hartpatiënten die een behandeling moeten ondergaan in alle drie de kransslagaders is een openhartoperatie, een zogenaamde bypassoperatie, de beste behandelingswijze. Maar als het gaat om minder complexe vernauwingen in de drie kransslagaders is het dotteren van die vernauwingen zeker even effectief. Dat is de uitkomst van de internationale FAME-3-studie, waarvan de resultaten november jl. zijn gepubliceerd in The New England Journal of Medicine.

Het is al jaren de gangbare werkwijze. Bij patiënten met vernauwingen in één of twee kransslagaders wordt voor dotteren gekozen, omdat dit de beste resultaten en minste complicaties geeft. Bij patiënten met vernauwingen in alle drie de kransslagaders wordt daarentegen van oudsher een bypassoperatie als de beste behandelingswijze beschouwd.

Vergelijkend onderzoek

De laatste jaren is de techniek van dotteren echter sterk verbeterd door steeds betere stents en door de zogenaamde Fractionele Flow Reserve (FFR) methode. “We kunnen daarmee veel selectiever dotteren dan voorheen,” vertelt Frederik Zimmermann, cardioloog en onderzoeker in het Catharina Ziekenhuis in Eindhoven. Het CZE geeft samen met de University of Stanford in de Verenigde Staten en het Cardiovasculair Center Aalst in België leiding aan de internationale FAME-3-studie waar wereldwijd 48 ziekenhuizen aan hebben deelgenomen. “We wilden met deze studie onderzoeken of we met de inzet van moderne stents en de FFR-methode bij patiënten met vernauwingen in alle drie de kransslagaders even goede resultaten zouden kunnen behalen als na een bypassoperatie,” legt Zimmermann uit. Om daarachter te komen werden 1500 patiënten met vernauwingen in alle drie de kransslagaders door loting verdeeld in twee groepen: één groep die een bypassoperatie kreeg en één groep waarbij alle vernauwingen gedotterd werden.

Minder complicaties

“We zijn deze patiënten vervolgens een jaar gaan volgen en gaan bijhouden bij wie van hen zich de meeste complicaties voordoen”, vervolgt Zimmermann. “Denk aan: hoeveel patiënten zijn in dat jaar overleden, hebben een hartinfarct of beroerte gekregen of moesten opnieuw een ingreep ondergaan.” Deze monitoring leverde twee belangrijke conclusies op. “Allereerst zagen we dat beide groepen het veel beter deden dan wat we wisten uit voorgaande studies. Zowel bij dotteren als bij bypassoperaties zijn de complicaties ongeveer gehalveerd vergeleken met eerdere studies. Van eerder onderzoek was bekend dat het percentage complicaties bij patiënten met vernauwingen in alle drie de kransslagaders bij dotteren 18 procent was en bij een bypassoperatie 12 procent. In de FAME-3-studie blijken deze percentages respectievelijk 10 en 6 procent te zijn. Zowel de uitkomsten van dotteren als de bypasschirurgie zijn dus enorm verbeterd.” Meerdere factoren spelen daarbij een rol, veronderstelt Zimmermann. “Voor dotteren hangt dat samen met de betere stents en de FFR-methode, voor bypassoperaties onder meer met een betere controle van de cholesterol en de bloeddruk. Tien jaar geleden werden cholesterolremmers nog relatief weinig voorgeschreven, tegenwoordig doet iedereen dat.”



Frederik Zimmermann

Een ernstige valaciclovir intoxicatie

Door: Lisette Dijkstra, ANIOS Interne Geneeskunde, Marieke Kerskes, ziekenhuisapotheker, en Albert-Jan Aarnoudse, internist-nefroloog

Valaciclovir wordt vaak voorgeschreven voor virale infecties, waaronder Herpes Zoster. Zonder een adequate dosisaanpassing kan het medicijn bij een dialysepatiënt zelfs na 1 dag gebruik een ernstige intoxicatie veroorzaken die zich kenmerkt door misselijkheid, braken, hallucinaties en een verminderd bewustzijn. Een dergelijke intoxicatie behoeft spoeddialyse en kan onbehandeld ernstige schade veroorzaken bij de patiënt. Met deze casusbespreking willen we u er bedacht op maken altijd de dosering van valaciclovir aan te passen bij patiënten met verminderde nierfunctie. Daarnaast blijkt uit deze casus het belang van registratie van verminderde nierfunctie of dialyse in de medicatiebewakingssystemen.

Valaciclovir is een prodrug van aciclovir en wordt via de lever snel en bijna volledig omgezet in aciclovir, wat vervolgens door het lichaam renaal wordt geklaard. Om deze reden werd op de IC gestart met intermitterende hemodialyse (IHD). De aciclovir spiegels werden voorafgaand en na dialyse bepaald. De therapeutische dal dosering van aciclovir ligt tussen 0,50 - 1,5 mg/l en er is sprake van een toxische dosering vanaf 3,0 mg/l. De spiegel voorafgaand aan dialyse bleek 10.6 mg/l. Een intoxicatie met het medicijn werd hiermee bevestigd. Er was sprake van een goede klaring door de eerste dialysesessie waarbij de spiegel daalde

Casus

In 2018 werd op de spoedeisende hulp een patiënte binnengebracht met een verlaagd bewustzijn. Het betrof een 72-jarige vrouw die sinds 2009 3x per week naar het ziekenhuis kwam voor hemodialyse in verband met terminale nierinsufficiëntie. De dag ervoor was er door de huisarts gestart met valaciclovir 3dd 1000 mg in verband met vaginale Herpes Zoster waarvan patiënte die dag reeds 2 giften voorafgaand aan dialyse had gekregen en een gift erna. Op de spoedeisende hulp vertelde patiënte dat zij gedurende de dag toenemend duizelig en misselijk was geworden. Tijdens het gesprek viel op dat zij soms plots wegviel. Daarnaast hallucineerde ze en moest braken. Ze was hemodynamisch en respiratoir stabiel. Het lichamelijk onderzoek was niet bijdragend en het laboratoriumonderzoek en het ECG toonden geen verklaring voor de klachten. De patiënte werd opgenomen op de IC met een verdenking op een ernstige valaciclovir intoxicatie vanwege het verminderd bewustzijn en de hallucinaties.

naar 3,3 mg/l. Hierop trokken ook de neurologische klachten volledig weg en kon patiënte naar de reguliere afdeling worden overgeplaatst. Vanwege de nog steeds suprathérapeutische aciclovir spiegel en het risico op rebound door herverdeling van de nog in het lichaam aanwezige aciclovir na IHD werd de spiegel na een tweede dialysesessie nog een keer opgevolgd. Deze bleek verder gedaald te zijn naar 1,5 mg/l waarop patiënte in klinisch goede conditie naar huis werd ontslagen. In retrospect heeft de medicatiebewaking op een aantal punten gefaald. Allereerst heeft de huisarts zich niet gerealiseerd dat een dosisaanpassing nodig was. Kennelijk gaf ook het HIS geen doseringswaarschuwing. Mogelijk was de dialysestatus van patiënte daarin niet geregistreerd. Vervolgens heeft de apotheek het medicament afgeleverd. Ook daar is niet alarm

geslagen op de te hoge dosering, wederom doordat de dialysestatus niet in de medicatiebewaking was geregistreerd. De apothekersassistent heeft in de avond contact gehad met patiënte en aangegeven de dosering met het ziekenhuis te overleggen, maar heeft hierover niet rechtstreeks met de voorschrijver of de ziekenhuisapotheker contact opgenomen. De dialyseverpleegkundige heeft terecht opgemerkt dat de dosering te hoog was voor een dialysepatiënt. Helaas heeft het doseringsadvies van de nefroloog patiënte niet meer tijdig bereikt.

Deze casus benadrukt hoe snel de patiënte in gevaar is gekomen door een verkeerde dosering en hoe belangrijk het derhalve is om doseringsfouten te voorkomen of tijdig te onderkennen. Hieruit blijkt dus het belang van registratie van verminderde nierfunctie of dialyse in de medicatiebewakingssystemen. Indien er als voorschrijver twijfel bestaat over een dosering is het raadzaam om direct intercollegiaal overleg te plegen met een apotheker.

Oproep

Mocht u interesse hebben om tot de redactie van HaCaSpect toe te treden, laat het ons weten, zowel eerstelijns als tweedelijns professionals zijn welkom infohaca@catharinaziekenhuis.nl we vertellen er graag meer over.

We ontvangen graag casuïstiek voor volgende nummers, heeft u een interessante casus, stuur hem in naar infohaca@catharinaziekenhuis.nl!

Onderwijsagenda

Bedside teaching

19 april, 17 mei, 21 juni, 20 september, 18 oktober, 15 november, 20 december.

Tijd 17.45 - 19.45 uur

Het doel van deze nascholing is deskundigheidsbevordering van huisartsen en het verbeteren van de communicatie en afstemming tussen de eerste en tweede lijn. Onderwerpen worden zowel door huisartsen als specialisten aangedragen. Specialisten verzorgen deze nascholing aan de hand van casuïstiek en na voorbereiding met de huisartscoördinator. Op de website van HaCa is te zien over welke onderwerpen scholingen verzorgd worden en kan aangemeld worden.

OverEINDse dagen

6 t/m 9 april 2022, Napels

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. *Aanmelden voor deze reis is niet meer mogelijk.*

Vaardigheidstraining huisartsen

ECG basis cursus: voorjaar 2022

Woensdagen: 6, 13 en 20 april, 11 en 25 mei.

Tijd 17.45 - 19.30 uur

De cursus is vol geboekt, mocht u deel willen nemen aan een volgende cursus, dan kunt u dat vast doorgeven door een mail te sturen aan infohaca@catharinaziekenhuis.nl

Het 'Heilig uur'

Elke donderdag, 12.30 - 13.15 uur

In het Catharina Ziekenhuis wordt elke donderdag van 12.30-13.15 uur het 'Heilig Uur' aangeboden. Hierin komen (interactief) discipline overstijgende onderwerpen aan de orde, die relevant zijn voor a(n)iossen, co-assistenten, VS en PA. Ook huisartsen (in opleiding) zijn welkom deel te nemen.

Heeft u interesse deel te nemen en wilt u derhalve geïnformeerd worden over de onderwerpen die op de planning staan, mail dan naar infohaca@catharinaziekenhuis.nl.

Refereeravonden kinderartsen

Elke derde dinsdag van de maand van 19.30 tot 22.00 uur

Deze maandelijke avonden vinden afwisselend in het MMC of Catharina Ziekenhuis plaats. Voor meer informatie of inschrijven kunt u terecht op de website. www.catharinaziekenhuis.nl/haca onder het kopje bij- en nascholing.