

HaCaSpect

HaCa



- 4 Twee nieuwe hoogleraren in het Catharina Ziekenhuis
- Optimale behandeling van urinewegstenen
- 18 Vrouwen met adenomyose hebben vaker zwangerschapsproblemen

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 21, april 2023

Nummer 42

Voorwoord

Beste lezer,

Het voorjaar is weer in volle gang. Samen met de krokussen steekt ook voorzichtig weer wat optimisme de kop op. Ook tussen alle zorgelijke berichten over betaalbaarheid van de zorg zijn er lichtpuntjes. In de rubriek Huis en Haard zijn weer veel nieuwe collega's te vinden die zich met enthousiasme voor het vak voorstellen. Daarnaast een artikel over 2 door de wol geverfde collega's die we aan de lijst van hoogleraren mogen toevoegen in het Catharina. Gefeliciteerd met deze bekroning op en stimulans voor jullie onderzoek. Ook verder een divers pallet aan artikelen. Met casuïstiek vanuit dermatologie aandacht voor de mogelijkheden van digitale consultatie.

De urologen nemen ons mee langs de laatste stand van zaken rond kleine niertumoren en de behandeling van nierstenen. Gynaecologie informeert u graag over de diagnose en gevolgen van adenomyose. Tevens hebben we een mooi artikel vanuit het Nederlands Hart Netwerk om met een eenvoudig instrument te screenen op atriumfibrilleren. Het artikel over AYA (Adolescentsen Young Adults) staat ook uitgebreid stil bij de specifieke zorgbehoeften van deze leeftijdsgroep als een ingrijpende diagnose van kanker wordt gesteld.

In het artikel over Parkinson aandacht voor een gespecialiseerd zorgcentrum en manieren om anderhalvelijnszorg te implementeren. Helaas blijft het vele werk dat in de huisartsenpraktijken gebeurt nog wat onderbelicht. Als redactie blijven we zoeken naar manieren om ook dat meer voor het voetlicht te krijgen. Mocht je als huisarts een onderzoek met ons willen delen of juist een ontwikkeling in de organisatie van de dagelijkse praktijk, laat het ons weten. Neem ook contact met ons op als je twijfelt hoe je de tijd vindt een artikel te schrijven. Dan zoeken we een oplossing. Zonde als goede ideeën door tijdgebrek niet kunnen worden gedeeld!

Redactie HaCaSpect

Inhoud

Pagina 4-5-6

Twee nieuwe hoogleraren in het Catharina Ziekenhuis

Pagina 7-8-9

Optimale behandeling van urinewegstenen

Pagina 10-11

Kleine niertumoren goed te behandelen

Pagina 12-13

AYA-zorg: leeftijdsspecifieke zorg voor jongvolwassenen met en na kanker

Pagina 14-15-16-17

Huis en haard

Pagina 18-19

Vrouwen met adenomyose hebben vaker zwangerschapsproblemen

Pagina 20-21

Implementatie screeningstraject vroegtijdig opsporen atriumfibrilleren

Pagina 22-23

Nieuwe samenwerking biedt gerichtere zorg voor Parkinsonpatiënten

Pagina 24-25-26

Casuïstiek meekijkconsulten dermatologie

Pagina 27

Medicijnen overslaan bij nierproblemen

Pagina 28

Onderwijsagenda

HaCaSpect is een uitgave van HaCa en wordt gratis verspreid medisch specialisten, arts-assistenten en de adherente huisartsen 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, Elsie van Beek, Maggy van den Brand, Margot Hoeben, Marieke Kerskes, Myreen Moors, Jolanda van den Oetelaar, Yvonne van Oosterhout **Fotografie** Materiaal Catharina Ziekenhuis tenzij anders vermeld, Guy van Dael, Jarno Verhoef, Wim Verrijp **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**

Twee nieuwe hoogleraren in het Catharina Ziekenhuis

Door: Roel Rambags, persvoorlichter Marketing & Communicatie

Beide hoogleraren vervullen een deeltijd-hoogleraarschap, waardoor zij ook hun werkzaamheden in het Catharina Ziekenhuis kunnen blijven uitvoeren.

Arthur Bouwman

Anesthesioloog dr. Arthur Bouwman is benoemd tot hoogleraar aan de Technische Universiteit Eindhoven (TU/e). Zijn leerstoel is Peri-operatieve patiëntbewaking en klinische beslissingsondersteuning. Bouwman is de 16e hoogleraar in het Catharina Ziekenhuis. Volgens de kersverse hoogleraar staat de gezondheidszorg voor grote uitdagingen. Door de alsmear toenemende zorgvraag en het tekort aan personeel wordt het steeds belangrijker om de juiste zorg op de juiste plek te leveren. En daar kan de inzet van medische technologie zoals bijvoorbeeld kunstmatige intelligentie aan bijdragen.

“Mensen worden steeds ouder en met het tekort aan personeel in de diverse zorginstellingen moeten we gaan kijken hoe we zorg nog efficiënter kunnen bieden. Welke patiënt gaat na de operatie naar de Intensive Care, wie kan naar de verpleegafdeling en wie kan zelfs eerder naar huis?”, legt Bouwman uit, “dat betekent dat we nog intensiever met elkaar moeten samenwerken, in het hele zorgproces. Van de huisarts, de thuiszorg tot het ziekenhuis.”

Slimme camera

Bouwman stond aan de basis van de klinische implementatie van de Healthdot van Philips; de pleister die ervoor zorgt dat patiënten veilig na een operatie eerder naar huis kunnen (zie artikel in HaCaSpect nummer 41). Nu ontwikkelt hij, samen met onderzoekers van de Technische Universiteit Eindhoven, een camera die patiënten continu en automatisch monitort na een operatie. “Deze slimme camera spot subtiele veranderingen in het gezicht of borst die kunnen wijzen op mogelijke complicaties na een operatie.



Hoogleraar Arthur Bouwman samen met onderzoekster Iris Cramer in gesprek met IC-patiënt Jo Peters

We denken met technologie, zoals de slimme camera, complicaties en onverwachte overlijdens terug te dringen, waarvan circa 40 procent plaatsvindt op een gewone verpleegafdeling”, aldus Bouwman. “Op dit moment kunnen we zo al op afstand de hartslag van een patiënt monitoren. Daar komen de ademhaling, temperatuur, beweging nog bij. Het voordeel van een slimme camera voor de patiënten is dat ze geen apparaten aan hun lichaam dragen.”

Oplossingen

De komende jaren wordt de nieuwe technologie verder klinisch getest. Daarbij kijken Bouwman en de onderzoekers ook naar gebruikers van de technologie: wat is bijvoorbeeld het effect van de camera of slimme pleister op de patiënten. Vinden ze de camera prettig of niet? En op de verpleegkundigen. Zo wordt onderzocht of de camera gemakkelijk te gebruiken is en niet te vaak een vals alarm geeft. Ook wordt onderzocht hoe kunstmatige intelligentie artsen en verpleegkundigen kan helpen bij het interpreteren van de enorme hoeveelheden data die nieuwe technologieën, zoals de slimme camera, verzamelen, zodat ze betere klinische beslissingen kunnen nemen.

“Ik ben er van overtuigd dat we de zorg nog verder kunnen verbeteren. Medische technologie, algoritmen en kunstmatige intelligentie gaan ons hierbij helpen. Hier liggen oplossingen voor de uitdagingen waar we nu in de zorg tegenaan lopen”, benadrukt Bouwman, “zo zijn er bijvoorbeeld fotonische meetmethodes in ontwikkeling, waarmee met behulp van licht, zo gevoelig kan worden gemeten, dat nieuwe fysiologische parameters beschikbaar komen. Als zorgprofessionals beter worden ondersteund bij het nemen van klinische beslissingen, kan zorg op de juiste plek nog efficiënter worden ingericht. Door complicaties en heropnames te voorkomen, zal dit een extra impact hebben op de capaciteit en de kosten”, benadrukt hij.

Samenwerkingsverband e/MTIC

Het onderzoek van Bouwman valt onder de e/MTIC-samenwerking. e/MTIC is een consortium van vijf organisaties die gezamenlijk de ontwikkeling en toepassing van medische innovaties versnellen. De samenwerking tussen TU/e, Philips, Máxima Medisch Centrum, Kempenheaghe en het Catharina Ziekenhuis leidt tot meer technische vernieuwing in de gezondheidszorg.

Coen Hurkmans

Patiënten met kanker minder vaak bestralen maar wel met hoge doses om daarmee de kwaliteit van de behandeling aanzienlijk te verbeteren. Dat wil **prof. dr. ing. Coen Hurkmans, klinisch fysicus** in het Catharina Ziekenhuis, bereiken, nu hij is aangesteld als hoogleraar Klinische fysica/radiotherapie aan de Technische Universiteit Eindhoven. Met bestralingsgegevens van heel veel patiënten lukt het zijn vakgroep Klinische fysica nu al om voor patiënten met borstkanker automatisch een model te maken. Een model dat per patiënt specifieke kenmerken kan verwerken met als resultaat een individueel bestralingsplan. De onderzoeken die hij start zijn erop gericht met beeldvorming van onder meer MRI (magnetic resonance imaging) en met kunstmatige intelligentie de bestralingsbehandeling verder te verbeteren.

Coen Hurkmans: “Het mes snijdt aan twee kanten. Door de voorbereiding, de bestraling zelf en de controle verder te automatiseren werken radiotherapeuten en laboranten efficiënter. Daarmee besparen wij kosten. Daarnaast verbetert de kwaliteit van de behandeling. Waar wij vijftien jaar geleden een patiënt met prostaatkanker 35 keer bestraalden met een lage dosis, volstaat nu - voor sommige patiënten - een behandeling van 5 bestralingen met een hoge dosis.”

De werkwijze met het model vindt nu toepassing voor een deel van de patiënten met borstkanker. De verwachting is dat over vijf jaar modellen bestaan voor alle patiëntgroepen. Kunstmatige intelligentie toepassen in de kliniek, daarmee lopen het Catharina Ziekenhuis en de TU/e nationaal en internationaal voorop.

Vernieuwende technologie snel in de kliniek

Hurkmans: “Onze vakgroep Klinische fysica doet onderzoek en stimuleert de ingebruikname van innovaties. Zo’n versnelling om de zorg te verbeteren past binnen het beleid van het Catharina Ziekenhuis.” Het hoogleraarschap van Coen Hurkmans verstevigt de samenwerking tussen het Catharina Ziekenhuis en de TU/e. In totaal werken nu zeven medisch specialisten van het ziekenhuis als hoogleraar aan de TU/e. In totaal werken zijn 17 hoogleraren actief in het Catharina Ziekenhuis. Met zijn vakgroep wil Coen Hurkmans vijf promovendi begeleiden die klinisch onderzoek verrichten.

Nog nauwkeuriger bestralen

Voor de beeldvorming gebruikte men tot op heden voornamelijk CT-beelden, een soort driedimensionale



Hoogleraar Coen Hurkmans

röntgenbeelden. Daarop zijn vooral botten van weke delen te onderscheiden. MRI-beelden tonen meer verschillende zachte weefsels, waarmee organen beter zichtbaar worden. “Hierdoor kunnen we steeds preciezer bestralen”, aldus Hurkmans.

“Wij doen toegepast wetenschappelijke onderzoek. Zo leer je nieuwe technologieën begrijpen. Daarnaast houd

je de weg kort naar toepassing in de kliniek”, vult hij aan. Behalve aan promovendi biedt het Catharina Ziekenhuis ook plaatsen voor masterstudenten en engineering doctors, studenten in een vervolgopleiding na een technische master. In het Catharina Ziekenhuis werken elf klinisch fysici, van wie er acht zijn gespecialiseerd in radiotherapie.

Optimale behandeling van urinewegstenen

Door: Rik de Jongh, uroloog

De prevalentie van nierstenen in de Nederlandse bevolking bedraagt 5,5% met een maximale incidentie tussen het 30ste en 50ste levensjaar. Na een eerste steen is de kans op een recidief 50-70%. Er zijn verschillende technieken beschikbaar voor de behandeling van urinewegstenen. Bij het maken van een keuze voor een specifieke techniek is het wenselijk om rekening te houden met de minst invasieve procedure met de laagste kans op complicaties. Het bereiken van een maximale steenvrije status via het laagste aantal behandelsessies is eveneens belangrijk om mee te wegen.

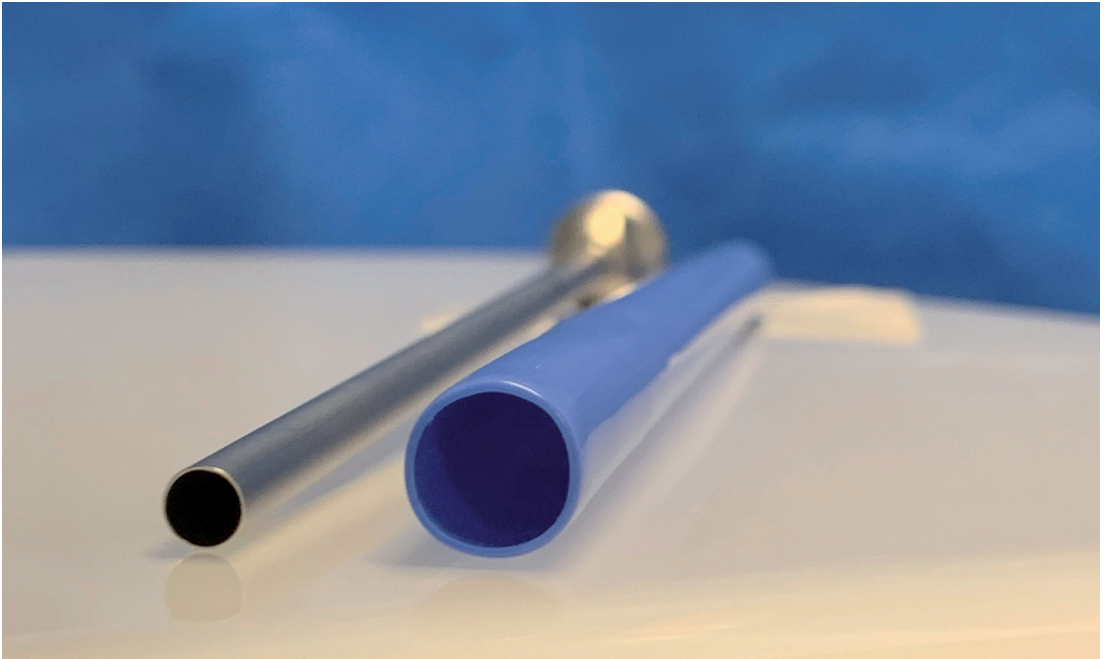
Hieronder wordt een overzicht gegeven van de behandeltechnieken die we binnen het Catharina Ziekenhuis toepassen.

Percutane nefrolitholapaxie (PCNL)

PCNL is een operatietechniek voor de behandeling van nierstenen met een diameter groter dan 2 centimeter. Percutane nefrolitholapaxie betekent letterlijk 'steenverwijdering uit de nier door de huid heen'. De nier wordt via de huid aangeprikt met een naald, waarna we over een voerdraad een hol buisje in de nier brengen. Via dit buisje kunnen we stenen met speciale instrumenten verwijderen. De standaard diameter van het buisje was een paar jaar geleden nog 1 centimeter. Inmiddels maken we sinds 2021 gebruik van een buisje met een diameter van rond de 5 millimeter waarbij we via een dunne scoop (mini PNL) stenen verwijderen. Dit heeft als voordeel



Uroloog Rik de Jongh met in de rechterhand een flexibele ureterorenoscoop en in de linker de percutane nefrolitholapaxie scoop. Op de achtergrond het ESWL apparaat.



De diameter van het nieuwe (links) en oude buisje (rechts) voor percutane nefrolitholapaxie techniek.

dat er minder kans is op het optreden van complicaties zoals nabloedingen en sepsis. Sinds 2022 hebben we de beschikking over de LithoClast Trilogy. Het nieuwste instrument op de markt dat stenen het snelst vergruist en via een stofzuigermechanisme verwijdert uit de nieren. Het gebruik van deze nieuwe technieken heeft inmiddels geresulteerd in een kortere opnameduur voor onze patiënten die een PCNL ondergaan, waardoor de zorgkosten zijn gedaald en meer ruimte ontstaat in ons beddenhuis. In de nabije toekomst lijkt, voor specifieke gevallen, een PCNL in dagbehandeling realistisch en veilig. Met de nieuwste behandeltechnieken kunnen we de beste zorg leveren aan onze patiënten en voldoen we aan de kwaliteitseisen van een tertiair verwijscentrum voor complexe urinewegstenen.

(Flexibele) ureterorenoscopie (URS)

URS is een operatietechniek die effectief is voor de behandeling van nier- en ureterstenen kleiner dan 2 centimeter. Een flexibele ureterorenoscopie is een dun flexibel instrument dat via de plasbuis van de blaas in de ureter en nier kan worden ingebracht. Met een Holmium laser fragmenteren we de stenen waarna we ze verwijderen met een basket of tot zand verpulveren, zodat de stukjes steen spontaan de urinewegen kunnen verlaten. Sinds de coronacrisis voeren we URS

operaties - naast de gewoonlijke klinische opname - in dagbehandeling uit. Via een 'Zinnige Zorg' project in samenwerking met zorgverzekeraar VGZ hebben we aangetoond dat in dagbehandeling de kosten per patiënt met ongeveer € 560,- dalen. Inmiddels worden meer dan 50% van onze URS-en in dagbehandeling uitgevoerd en blijkt de geleverde zorg veilig en even goed vergeleken met een klinische opname. Verder zijn we recentelijk complexe nierstenen (bijvoorbeeld afgietselstenen) in 1 operatiesessie gaan behandelen in rug/zijligging via een combinatie van PCNL en Flexibele URS technieken. Dit heeft als voordeel dat de patiënt na 1 operatie vaak steenvrij blijkt te zijn.

ESWL (extracorporale schokgolven lithotripsie)

ESWL is de minst invasieve techniek voor de behandeling van nierstenen, maar heeft minder kans op steenvrije status vergeleken met de URS en PCNL technieken. Een ESWL wordt bij ons poliklinisch 1x per 2 weken uitgevoerd door een extern bedrijf met een mobiele niersteenvergruizer, waarbij een gespecialiseerde verpleegkundige de stenen behandelt. Voor spoed ESWL indicaties (bijvoorbeeld symptomatische ureterstenen) werken we samen met het Anna Ziekenhuis in Geldrop, het Máxima MC, locatie Veldhoven en sinds kort met het Viecuri Medisch Centrum, locatie Venray. Dankzij

deze samenwerking kunnen we patiënten met een symptomatische uretersteen snel behandelen op de locatie waar de eerste ESWL plek beschikbaar is. De patiënt is snel van zijn klachten af en een drainage van de nier met een dubbel J of nefrostomie katheter kan vaak worden voorkomen. Bij sepsis of onhoudbare pijn (ondanks pijnmedicatie) is vaak wel een drainage geïndiceerd. Patiënten die een dubbel J of nefrostomie katheter hebben gekregen, moeten in tweede instantie worden nabehandeld met ESWL, URS of soms een PCNL techniek. Vorig jaar zijn we een onderzoek gestart om te beoordelen of een aanvullende behandeling nodig is voor kleine (< 5 mm) ureterstenen waarbij een dubbel J is geplaatst. Onze voorlopige resultaten laten zien dat verwijdering van de dubbel J, met een verblijfsduur van 2-4 weken, bij meer dan 95% van de patiënten zorgt voor spontane lozing van de steen zonder aanvullende behandeling. Dit willen we in de toekomst verder gaan onderzoeken in een prospectief opgezette multicenter studie.

Tot slot geldt: voorkomen is beter dan genezen. Metafylaxe betekent het voorkomen van een recidief. Alle patiënten die nierstenen hebben gehad, krijgen standaard uitgebreid drink- (streven diurese > 2 liter per 24 uur) en dieetadvies om recidief urolithiasis proberen te voorkomen. Urinewegstenen laten we geregeld analyseren door het klinisch chemisch laboratorium, waardoor we per steensoort specifieke metafylactische maatregelen kunnen nemen. Patiënten met een metabole stoornis die verantwoordelijk is voor steenvorming krijgen medicijnen ter voorkoming van recidiefsteen, hiervoor werken we geregeld samen met onze nefrologen.

Kleine niertumoren goed te behandelen

Door: Wout Scheepens, uroloog

Steeds vaker komt bij toeval op een echo of CT een kleine niertumor aan het licht. Kleine niertumoren zijn <4cm. In eerste instantie is dat natuurlijk schrikken voor de patiënt, maar zo'n toevalsbevinding is vaak juist heel goed te behandelen.

In 20% van deze kleine niertumoren is er sprake van een benigne afwijking. Dus 80% van deze afwijkingen is wel maligne. De grootste risicofactor is leeftijd. Meestal zien we maligne niertumoren op een leeftijd boven de 60 jaar, maar ook al op heel jonge leeftijd kunnen ze voorkomen! Risicofactoren voor het ontwikkelen van een maligne niertumor zijn roken, overgewicht en bepaalde genetische afwijkingen (zoals Bird-Hogg-Dube).

Als een kleine niertumor wordt ontdekt, is de work-up steeds hetzelfde: CT-thorax-abdomen, eventueel aangevuld door een MRI bij twijfel. Een biopt wordt doorgaans niet genomen omdat ongeveer 20% van de biopten vals negatief zijn. Daarom kunnen we daar onvoldoende op vertrouwen en is de beeldvorming doorslaggevend voor de indicatie en een eventuele behandeling. Kleine niertumoren kunnen op 3 manieren worden aangepakt; active surveillance, partiële nefrectomie of ablatie.

De gemiddelde groeisnelheid van een klein renaalcelcarcinoom (RCC) is ongeveer 2-3 mm per jaar! Ze groeien dus heel langzaam. Daarom heeft een kleine tumor bij een oudere patiënt of een patiënt met uitgebreide comorbiditeit veelal geen consequenties. In dergelijke gevallen wordt dan ook vaak gekozen voor active surveillance. Met behulp van beeldvorming volgen we de tumor en indien zich problemen voordoen of de tumor zich toch agressiever gedraagt, kunnen we

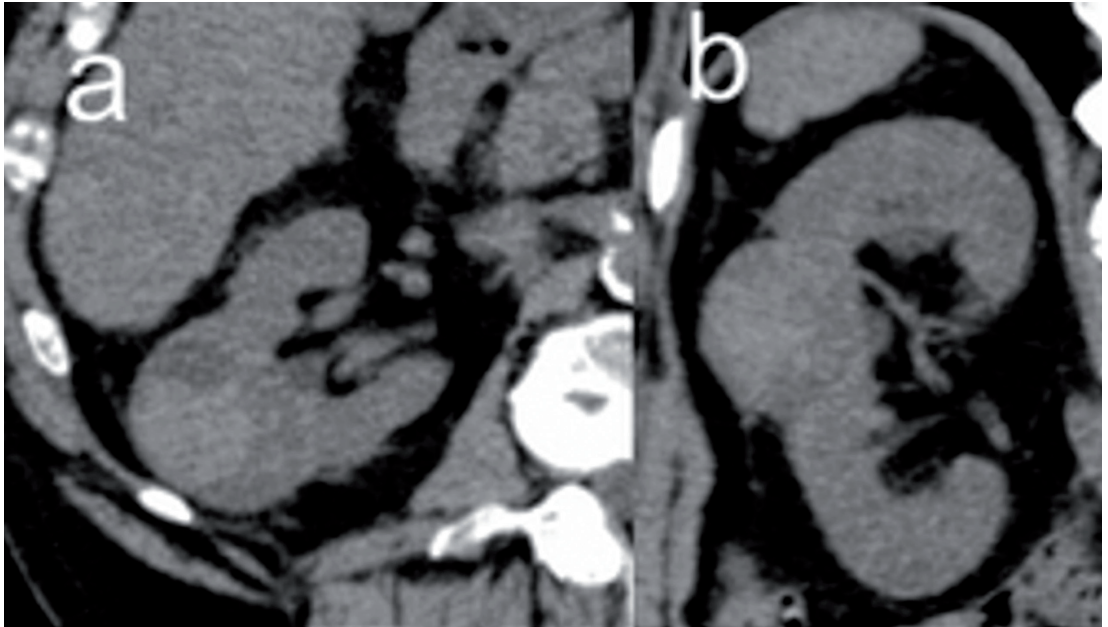
alsnog kiezen voor een behandeling. Uit studies blijkt dat de kans op progressie 12% is in 28 maanden tijd en de kans op het ontwikkelen van metastasen 1,1%. Dat betekent dat dit dus ook echt een veilige optie is. Ook kunnen we kiezen voor een 'watchfull waiting' beleid, hierbij bieden we eigenlijk alleen nog palliatie aan als de tumor problemen veroorzaakt.

Da Vinci robot

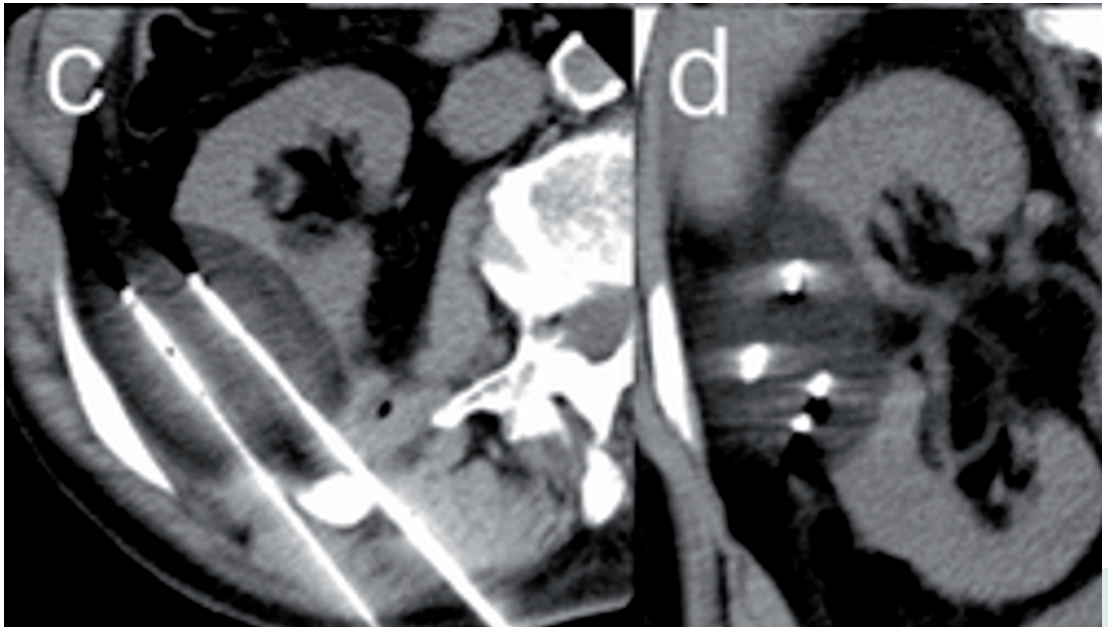
De beste resultaten voor een curatieve behandeling behalen we met chirurgie. Vaak kunnen we een kleine niertumor, nier (nefron-) sparend aanpakken. Deze zogenaamde partiële nefrectomie voeren we in het CZE uit met de Da Vinci robot, waarbij de uroloog deze laparoscopische operatie verricht. Bij deze operatie wordt doorgaans eerst de arterie renalis en eventueel vena renalis vrijgelegd, zodat we deze kunnen afklemmen als de tumor uit de nier wordt geresecteerd. Na het sluiten van het defect heffen we deze bloedleegte weer op. Het voordeel voor de patiënt is dat we deze stappen tijdens operatie met de robot doorgaans sneller kunnen doen, waardoor de ischemie tijd van de nier korter is. Dit scheelt weer nefronen en dus nierfunctie. Voordeel voor de uroloog is dat hij zeer goed, 3 dimensionaal, zicht heeft en de ergonomie ook bijzonder goed is omdat deze ingreep aan de console wordt uitgevoerd.

Cryo-ablatie

Een andere optie is de zogenaamde ablatie. Dit kan worden gedaan met hitte (RFA, radio-frequency ablation) en met vriezen (cryo-ablatie). In het CZE gebruiken we deze laatste methode. Bij een cryo-ablatie werken we nauw samen met een interventie-radioloog. Deze procedure voeren we uit op de hybride operatiekamer, waar gebruikgemaakt kan worden van CT apparatuur op deze OK. Onder narcose plaatsen we bij de patiënt in buikligging echogeleid en/of CT-geleid de cryo-naalden, zodat de hele tumor goed kan worden aangepakt. Als de naalden goed zijn geplaatst, volgt de vriescyclus, waarbij we de tumor 2 keer 10 minuten bevriezen tot max -140 graden. Cel dood treedt op vanaf -20 graden Celsius. Gedurende het vriesproces wordt altijd een controle CT gemaakt waarbij heel duidelijk een ijsbal kan worden waargenomen. Als deze ijsbal tenminste 5 mm over de tumor heen valt weten we dat de tumor goed geableerd wordt, daar zit namelijk de -20 graden grens (zie foto's met eerst zichtbaar de tumor en daarna de ijsbal). Inmiddels hebben we met deze technieken al meerdere jaren ervaring opgedaan en worden patiënten uit de omliggende ziekenhuizen verwezen voor deze behandelingen. Welke behandeling het beste is voor een individuele patiënt is vaak maatwerk, met uiteraard ook advies vanuit het gezamenlijke MDO, waarbij onder andere oncologen, radiologen, pathologen en urologen vanuit Maastricht UMC, Máxima MC en Catharina Ziekenhuis aangesloten zijn.



Op deze blanco conebeam CT per-operatief op de hybride operatiekamer is de tumor in transversaal (A) en coronaal (B) vlak zichtbaar. Hierop worden de naalden gepland voor de cryotherapie.



Vervolgens zijn er vier cryo naalden geplaatst en is het vriesproces begonnen met de inmiddels donkerder gekleurde ijsbal, die de tumor helemaal omvat in transversaal (C) vlak waar 2 naalden zichtbaar zijn en coronaal (D) vlak waar alle 4 de naalden zichtbaar zijn als witte punten.

AYA-zorg: leeftijdsspecifieke zorg voor jongvolwassenen met en na kanker

Door: Marion Welten, AIOS interne, Angelie van den Bosch, verpleegkundig specialist, Annemarie Thijs, medisch oncoloog en klinisch farmacoloog.

Binnenkort start het Catharina Ziekenhuis met leeftijdsspecifieke zorg voor jongeren met kanker. Het krijgen van de diagnose kanker en de behandeling daarvan heeft een grote impact op iemands leven. Zeker bij jonge mensen zijn er extra leeftijdsspecifieke zaken die meespelen. Jongvolwassenen tussen de 18 en 39 jaar, die de diagnose kanker hebben gekregen, worden AYA's genoemd, wat staat voor 'Adolescent and Young Adults with cancer'.

AYA's zijn een specifieke populatie binnen de oncologie. AYA's zijn nog volop in ontwikkeling, de tumorbiologie bij AYA's blijkt anders, er is vaker delay in diagnose en

AYA's dragen langer de lange termijneffecten van de behandeling. Leeftijdsspecifieke zorg voor AYA's is dus belangrijk, en in dit proces spelen zowel ziekenhuizen als huisartsen een belangrijke rol.

AYA-zorgnetwerk

Om binnen het ziekenhuis de juiste leeftijdsspecifieke zorg te verlenen aan AYA's, zowel tijdens als na de behandeling, heeft het Catharina Ziekenhuis (CZE) heeft zich aangesloten bij het landelijke AYA-zorgnetwerk. Onder leiding van een AYA-kernteam is het afgelopen jaar een gemotiveerde groep van verpleegkundig specialisten opgeleid voor het verlenen van AYA specifieke zorg. Het kernteam, bestaande uit Annemarie Thijs (medisch oncoloog), Angelie van den Bosch (verpleegkundig specialist), Milou Litjens (maatschappelijk werker) en Marion Welten (AIOS interne geneeskunde), leidt de coördinatie van de AYA-zorg en voorziet in de training van verpleegkundig specialisten in het CZE.



Van links naar recht: Angelie van den Bosch (verpleegkundig specialist), Annemarie Thijs (medisch oncoloog en farmacoloog) en Marion Welten (AIOS interne geneeskunde)

De verpleegkundig specialisten die de AYA-opleiding hebben gevolgd, zullen vooral de psychosociale zorg en andere leeftijdsspecifieke zorg (zoals vragen met betrekking tot fertiliteit) uitvoeren. De hoofdbehandelaar blijft verantwoordelijk voor de medisch inhoudelijke zorg.

Leeftijdsspecifieke problemen

Om de kwaliteit van de AYA-zorg te kunnen waarborgen, worden jaarlijks intervisiemomenten ingepland binnen het landelijke AYA-zorgnetwerk, en kan voor complexe casuïstiek overlegd worden met het AYA-referentiecentrum van deze regio, namelijk Maastricht UMC+. Op deze manier is er een gedegen netwerk voor de AYA-zorg, zowel binnen het CZE als daarbuiten. Zoals hierboven al kort aangehaald, is er een aantal redenen waarom AYA specifieke zorg zo belangrijk is. Bij een gezonde jongvolwassene zijn, zowel op somatisch als op psychosociaal vlak, allerlei ontwikkelingen gaande. Op somatisch vlak is naast vruchtbaarheid ook de doorontwikkeling van de hersenen van belang. Op psychosociaal vlak vindt bij jongvolwassenen de ontwikkeling van autonomie plaats, een periode waarin ze zich losmaken van hun ouders, hun plek in de maatschappij verwerven (via een studie of baan), zelfstandig gaan wonen, relaties aangaan of een gezin starten. Het is een periode met veel instabiliteit en onzekerheid. Als een jongvolwassene in deze periode de diagnose kanker krijgt, kan stagnatie of zelfs regressie van bovenstaande ontwikkelingen optreden. Daarnaast zijn AYA's, ondanks een incidentie van 3900 nieuwe AYA-diagnoses per jaar, relatief zeldzaam binnen elk afzonder specialisme in het ziekenhuis. De incidentie van een maligniteit bij jongvolwassenen is namelijk 9x lager dan bij veertigplussers. Hierdoor is er per specialisme minder kennis over leeftijdsspecifieke problemen bij AYA's. Zo blijkt uit cijfers dat voorheen met 40% van de AYA's niet werd gesproken over fertiliteit. Tevens is de trialparticipatie onder AYA's veel lager dan bij andere leeftijdsgroepen. Verder is bekend dat dezelfde maligniteit vaker een agressievere karakter heeft bij AYA's, in vergelijking met veertigplussers, met als gevolg een slechtere respons op behandeling en een slechtere overleving van bepaalde typen kanker zoals leukemie, mammacarcinoom en colorectaal carcinoom. Via de expertise vanuit het AYA zorgnetwerk kan de AYA-zorg beter worden gecoördineerd en AYA-specifieke kennis beter worden verspreid.

Tijdige diagnose

Ook voor huisartsen is er een aantal zaken van belang in kader van de AYA-zorg. Allereerst is er bij AYA's vaker een delay in de diagnose, enerzijds door de lagere incidentie dan bij veertigplussers, anderzijds door een andere inschatting van bepaalde klachten. Bij kinderen, waar de incidentie van kanker 4x lager is dan bij AYA's, wordt bij vermoedheid, gewichtsverlies of stagnatie in ontwikkeling vaker gedacht aan een maligniteit, waar men bij jongvolwassenen vaker denkt dat stress de oorzaak is. Door vertraging in diagnose wordt een maligniteit bij AYA's soms pas ontdekt in een vergevorderd stadium. Voor een tijdige diagnose is het echter belangrijk om te weten welke soorten kanker men kan verwachten op de AYA-leeftijd. Er zijn 3 grote categorieën, namelijk: pediatrische kankersoorten zoals acute leukemie en hersentumoren op AYA-leeftijd; typische AYA maligniteiten zoals Hodgkin-lymfomen, kiemceltumoren, melanomen, schildkliercarcinomen en sarcomen; en een vroege presentatie van maligniteiten zoals mammacarcinoom en colorectaal carcinoom. Slechts een klein deel van deze maligniteiten is geassocieerd met een genetische predispositie. Een negatieve familieanamnese sluit een maligniteit op AYA-leeftijd dus niet uit. Verder kampen AYA's over het algemeen langer met de gevolgen van de behandeling, gezien de jongere leeftijd op moment van diagnose. AYA's hebben na 30 jaar ongeveer 8 keer meer comorbiditeiten dan leeftijdsgenoten, zoals cardiovasculaire ziekten, diabetes, osteoporose, prematuur ovarieel falen en sensibiliteitsstoornissen, maar daarnaast ook 3 keer meer kans om een tweede maligniteit te ontwikkelen. Waakzaamheid is dus geboden voor lange termijn-effecten, ook als AYA's niet meer in follow-up zijn bij de oncoloog.

AYA's zijn dus een specifieke populatie binnen de oncologie. Met een incidentie die jaarlijks met 1% stijgt, zal deze populatie na jaren toch een aanzienlijk deel van de huisartsenpopulatie omvatten. Zowel gespecialiseerde AYA-zorg binnen het ziekenhuis als sensibiliseren van de eerste lijn zijn belangrijke aspecten om AYA's optimale zorg te verlenen.

Vrouwen met adenomyose hebben vaker zwangerschapsproblemen

Door: Connie Rees, arts-onderzoeker

Vrouwen met adenomyose lopen een verhoogd risico op zwangerschapsproblemen, zo blijkt uit onderzoek van arts-onderzoeker Connie Rees. Rees heeft haar bevindingen gepubliceerd in de American Journal of Obstetrics and Gynaecology.

Adenomyose is een aandoening waarbij weefsel in de wand van de baarmoeder aanwezig is dat lijkt op baarmoederslijmvlies. Dit kan pijn en hevige bloedverlies veroorzaken tijdens de menstruatie. Volgens het onderzoek kan deze aandoening ook invloed hebben op zwangerschappen. Vrouwen met adenomyose lopen een hoger risico op problemen zoals een hoge bloeddruk tijdens de zwangerschap, zwangerschapsvergiftiging en een grotere kans op een (spoed) keizersnede. Ook is er

meer kans op een baby met een laag geboortegewicht. Rees vergeleek 7925 zwangere vrouwen met adenomyose met bijna 5 miljoen zwangere vrouwen uit Nederland (vanaf 1995) zonder deze aandoening. Dit is de grootste studie tot dusver naar het verband tussen adenomyose en zwangerschapsproblemen.

Verskil adenomyose en endometriose

Adenomyose is minder bekend dan endometriose. Het zijn beide gynaecologische aandoeningen die gepaard gaan met menstruatieklasten. Adenomyose is een aandoening waarbij er baarmoederslijmvliesachtig weefsel aanwezig is in de wand van de baarmoeder. Endometriose is een aandoening waarbij er baarmoederslijmvliesachtig weefsel buiten de baarmoeder aanwezig is, meestal in de buikholte. Bij beide kan dit leiden tot pijn en hevige bloedverlies tijdens de menstruatie, maar ook tot vruchtbaarheidsproblemen.



Arts-onderzoeker Connie Rees van het Catharina Ziekenhuis tijdens een echografie.

Hoe stel je adenomyose vast?

Er zijn verschillende manieren om adenomyose vast te stellen, afhankelijk van de klachten van de patiënt en de bevindingen tijdens lichamelijk onderzoek. De meest gebruikelijke manieren zijn:

- Behandeling van de klachten: Als een vrouw pijn of hevig bloedverlies tijdens de menstruatie heeft, kan de arts haar behandelen met medicijnen om de klachten te verminderen. Als de behandeling werkt, kan dit een teken zijn van adenomyose.
- Echografie
- MRI
- Biopsie: Soms kan een biopsie nodig zijn om adenomyose vast te stellen.
- Hysteroscopie
- Hysterectomie/baarmoederverwijdering: Vaak wordt adenomyose pas definitief vastgesteld als de hele baarmoeder wordt verwijderd en door de patholoog wordt onderzocht. Dit is tot op heden de meest betrouwbare vorm van diagnose voor adenomyose, omdat dan ook kleine en milde afwijkingen gevonden kunnen worden die minder opvallen op een echo of MRI.

Bij de 7925 vrouwen uit het onderzoek is deze laatste methode gebruikt om vast te stellen dat zij adenomyose hebben.

Het wetenschappelijk artikel van Rees is ook online te lezen: [The ADENO study: ADenomyosis and its Effect on Neonatal and Obstetric outcomes: a retrospective population-based study - ScienceDirect](#)



Scan de QR-code voor het artikel over dit onderwerp

Implementatie screeningstraject vroegtijdig opsporen atriumfibrilleren

Door: Luc Theunissen, Reyhan Abdalrahim, Eric Thijssen, Sylvie de Jong, Peter Polak, Pepijn van der Voort, Geert Smits, Karin Scheele, Annelies Lucas, Dennis van Veghel, Henricus-Paul Cremers, Jeroen van de Pol & Hareld Kemps (Nederlands Hart Netwerk).

Atriumfibrilleren komt regelmatig voor zonder dat de patiënt dit weet. Door vroegtijdige opsporing binnen de huisartspraktijk kunnen in een vroeg stadium preventieve maatregelen genomen worden om bijvoorbeeld een herseninfarct te voorkomen. Een grootschalige implementatie van een dergelijk screeningstraject blijft echter een uitdaging. Om deze reden is binnen huisartsenpraktijken in de regio Zuidoost Brabant een onderzoek gestart om uit te zoeken hoe we de implementatie van toekomstige screeningstrajecten verder kunnen verbeteren.

Grootschalig screeningstraject

In de regio Zuidoost Brabant werd van augustus 2018 tot december 2020 een grootschalig screeningstraject uitgevoerd om nog niet gediagnosticeerd atriumfibrilleren op te sporen bij personen met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten. Hiervoor werden binnen 85 huisartsenpraktijken 120 ECG-gebaseerde screeningsapparaten (MyDiagnostick) uitgereikt. Praktijkondersteuners binnen deze huisartsenpraktijken vroegen patiënten tijdens het diabetes mellitus (DM)- en cardiovasculair risicomangement (CVRM)-spreekuur om dit apparaat gedurende 60 seconden vast te houden, zodat het apparaat het hartritme kon bepalen. Als het apparaat een verdenking op atriumfibrilleren

gaf, werd ter bevestiging een 12-leads ECG gemaakt en volgde beoordeling door een cardioloog. Vervolgens gaf een van de cardiologen bij Diagnostiek voor U advies over het antistollingsbeleid en over verdere diagnostiek en behandeling.

Evaluatie via MIDI-vragenlijst

In totaal zijn er 16.682 screeningstesten uitgevoerd. Na beoordeling door de cardioloog is er bij 100 patiënten atriumfibrilleren bevestigd (incidentie 0,6%). Het aantal uitgevoerde screeningstesten, in combinatie met de opbrengst (d.w.z. het aantal gedetecteerde hartritme stoornissen) van deze laagdrempelige screening bij deze hoog risico-populatie, was lager dan initieel verwacht (~64.000 screeningstesten en verwachte incidentie 1,6%). Om te onderzoeken welke factoren een rol spelen bij de implementatie van een dergelijk screeningstraject is vervolgens een evaluatie-project opgezet. Binnen dit project werd aan de praktijkondersteuners die betrokken waren bij de uitvoering en de screening gevraagd of zij wilden deelnemen aan een online vragenlijst. Deze vragenlijst was gebaseerd op de 'Measurement Instrument for Determinants of Innovations'-vragenlijst. Ofwel de MIDI-vragenlijst die de determinanten van het daadwerkelijk gebruik van een interventie in kaart brengt. De vragenlijst bestond uit vier domeinen (innovatie, gebruiker, organisatie en socio-politieke context) die inzicht zouden moeten geven in faciliterende of belemmerende factoren bij de implementatie van een screeningstraject. Ruim 70 praktijk-ondersteuners vulden de vragenlijst in. We vroegen aan hen de antwoorden toe te lichten tijdens een telefonisch interview. Op basis van 70 ingevulde vragenlijsten en 15 diepte-interviews is een overzicht van invloedrijke factoren opgesteld. De belang-rijkste resultaten delen we graag met u.

Uitkomsten vragenlijsten en interviews

Er werd aangegeven dat het voornamelijk van belang is om, in een dergelijk traject waarbij gebruik wordt gemaakt van een 'device', tijd in te ruimen voor het leren kennen van (de voor- en nadelen van) een apparaat. Het geven van informatie, scholing en uitleg over de toepassing van het apparaat is niet afdoende. Deelnemende praktijkondersteuners gaven namelijk aan dat er ook voldoende tijd beschikbaar moest zijn voor het incorporeren van de werkwijze en de administratieve afhandeling hiervan in de dagelijkse taken. Verder gaven de praktijkondersteuners ook in de vragenlijsten en de interviews aan dat het voor hen van waarde zou zijn om terug te kunnen vallen op een projectleider. Iemand die hen gedurende het traject periodiek en meer structureel feedback kon geven over de stand van zaken en over het aantal gedetecteerde



Een praktijkondersteuner gebruikt de MyDiagnostick binnen de huisartsenpraktijk om vroegtijdig atriumfibrilleren op te sporen.

hartritmestoornissen. Deze structurele terugkoppeling zorgt niet alleen voor informatievoorziening, maar helpt ook bij het onder de aandacht brengen van de screening. Daarnaast helpt het bij het enthousiasmeren van patiënten en zorgverleners en kan het ook een vorm van sociale competitie aanwakkeren. Als laatste belangrijke factor was ook de ‘continuïteit van de screening’ van belang. Binnen de meeste praktijken was één praktijkondersteuner opgeleid om dit project uit te voeren, waardoor bij uitval, verlof of verloop onvoldoende continuïteit gewaarborgd kon worden, wat mogelijk ook een verklaring geeft voor het lager dan verwachte aantal gescreende patiënten. Tenslotte heeft aan het eind van het traject ook de covid-19 pandemie een grote rol gespeeld in de hoeveelheid uitgevoerde screeningstesten, omdat patiënten minder vaak naar de huisartsenpraktijk kwamen.

Lessons learned

De lessen uit dit screeningstraject zijn ook gepubliceerd in een wetenschappelijk artikel om deze kennis breed uit te dragen naar geïnteresseerden. De onderzoeksresultaten zijn beschikbaar via: <https://academic.oup.com/ehjdh/article/3/4/570/6746936>.



Scan de QR-code voor het artikel over dit onderwerp

De geleerde lessen worden gebruikt bij het implementeren en toepassen van nieuwe verbetertrajecten en innovaties binnen het Nederlands Hart Netwerk. Daarnaast onderzoeken we binnen het netwerk ook mogelijkheden voor het uitvoeren van nieuwe screeningsinitiatieven binnen de nulde- en eerstelijns.

Graag bedanken we alle huisartsen, praktijkondersteuners en Diagnostiek voor U voor hun hulp bij het uitvoeren en evalueren van dit screeningsprogramma.

Nieuwe samenwerking biedt gerichtere zorg voor Parkinsonpatiënten

Door: Tessa Schols en John van der Stegen, Specialisten Ouderengeneeskunde Vitalis, aandachtsgebied Parkinson

In Nederland leven bijna 60.000 mensen met Parkinson(ismen) en naar verwachting neemt dit aantal in de toekomst alleen maar toe. De symptomen en klachten verschillen en vragen om gespecialiseerde zorg, zeker in de latere fasen van de ziekte. Het Catharina Ziekenhuis, Máxima MC en Vitalis WoonZorg Groep werken al jaren samen op het gebied van de ziekte van Parkinson. De komende jaren gaan we deze samenwerking verder intensiveren.

Patiënten die voor hun Parkinsonzorg moeten worden opgenomen in het ziekenhuis kunnen in de toekomst terecht in het Vitalis Parkinson Expertisecentrum Peppelrode (PEP). Dat is de intentie van de nieuwe

samenwerking tussen het Catharina Ziekenhuis, Máxima MC en Vitalis WoonZorg Groep. De drie partijen hebben via in een intentieverklaring hun gezamenlijke ambitie voor nog betere Parkinsonzorg in de regio Eindhoven recent bekrachtigd.

Start

Het eerder genoemde Vitalis PEP is ontstaan uit een initiatief vanuit de werkvloer. Professionals op deze locatie signaleerden al vaker dat de zorg voor Parkinsonpatiënten beter kon, wat ook door wetenschappelijk onderzoek ondersteund werd. In april 2015 zijn hiervoor de eerste stappen richting verbetering gezet.

Een klankbordgroep is opgericht, met als uitgangspunt dat de professionals kennis, kunde en vaardigheden bezaten op het gebied van Parkinsonzorg. Dit heeft uiteindelijk geresulteerd in het opzetten van een verpleegafdeling voor deze doelgroep: een kleine unit



Mini Symposium over Parkinson op 13 februari 2023 (dat afgesloten werd met het tekenen van de intentieverklaring).

van 8 woningen. Hierbij stond de multidisciplinaire behandeling en begeleiding voorop. Om dit te bereiken is voorafgaand hieraan gewerkt aan kennisvermeerdering bij zowel verzorgenden, verpleegkundigen als paramedici en artsen via gerichte hiervoor ontwikkelde scholing van ParkinsonNet. Cliënten en mantelzorgers zagen met deze aanpak initieel het functioneren verbeteren, en veel voorkomende co-morbiditeit (zoals hallucinaties en orthostase) herkend en adequaat behandeld worden. In oktober 2016 is het Vitalis Parkinson Expertisecentrum Peppelrode (PEP) officieel geopend.

Medio 2019 is er naast de bestaande samenwerking met Bianca Stelten, Parkinsonneuroloog in het Catharina Ziekenhuis, ook een samenwerking met het Máxima Medisch Centrum tot stand gekomen in de persoon van collega Catherine Delnooz die met name cliënten op locatie Vitalis Wissehaege van haar expertise voorziet.

Vanaf 2020

In de VVT-regio heeft Vitalis de ambitie uitgesproken een voortrekkersrol te willen nemen om de zorg aan mensen met Parkinson(ismen) te verbeteren door middel van eerder genoemd Expertisecentrum. Uitgangspunt van het PEP is maximale samenwerking, kennisdeling en verbinding met regiopartners. Naast samenwerking met de ziekenhuizen is er intensieve samenwerking met de VVT-partners Archipel, ZuidZorg en Zorgboog. Samen worden zogenoemde differentieermiddelen vanuit het zorgkantoor ingezet om de zorg op het gebied van Parkinson voor de regio goed in te richten.

Heden

De toestroom van patiënten met Parkinson(ismen) binnen PEP is gestaag geweest. Van 9 mensen in 2016 naar momenteel 50 mensen die de ziekte van Parkinson hebben dan wel atypisch parkinsonisme en die bij ons wonen. Samen met een multidisciplinair team waarvan de leden ook allemaal ParkinsonNet geschoold zijn, leveren de specialisten ouderengeneeskunde integrale zorg voor deze complexe doelgroep. Het doel daarbij is om 'leven aan jaren' toe te voegen. Een belangrijke voorwaarde voor deze kwalitatief hoogwaardige zorg is het opleiden van Parkinsonverpleegkundigen. Van deze gespecialiseerde verpleegkundigen werken er nu 3 en zijn er nog 3 in opleiding binnen Vitalis.

Toekomst

Catharina Ziekenhuis, Máxima MC en Vitalis starten met het samen ontwikkelen van diensten op het gebied van tijdelijke opname voor Parkinsonpatiënten. Deze diensten worden in het Vitalis Parkinson Expertisecentrum Peppelrode gevestigd. Hier krijgen de patiënten gespecialiseerde en gerichtere zorg, waardoor we de opnameduur kunnen verkorten en de druk op de ziekenhuiszorg verlagen. Op maandag 13 februari 2023 vond er een minisymposium plaats met als sprekers o.a. dr. Danny Hommel (als specialist ouderengeneeskunde werkzaam voor Groenhuysen in Roosendaal) en prof. dr. Teus van de Laar (als Parkinsonneuroloog verbonden aan het UMCG). Als afsluiting van dit symposium tekenden de Raden van Bestuur van genoemde samenwerkingspartners een intentieverklaring waarin deze gezamenlijke ambities met betrekking tot de zorg voor patiënten met Parkinson in de regio werden bekrachtigd. Deze intentieverklaring sluit aan bij de landelijke beweging van 'de juiste zorg op de juiste plek' die de Nederlandse zorg toekomstbestendig maakt.

Een andere nieuwe ontwikkeling is het clusteren van patiënten met Parkinson(ismen) als indicatie of comorbiditeit binnen de geriatrische revalidatiezorg (GRZ) op een unit in Vitalis Brunswijk. Doel van deze clustering is om tot verdere optimalisatie te komen voorafgaand aan verplaatsing van deze doelgroep naar Peppelrode. Bij deze te clusteren doelgroep is de inschatting voorafgaand aan het starten met GRZ dat Parkinson(isme) een belangrijke belemmering kan zijn. Om (onder andere) deze revalidatie te ondersteunen, wordt er vanuit het PEP geparticipeerd in een studie naar optimalisatie van kortdurende Parkinsonzorg in het verpleeghuis (Parkinson: Beter (en langer) Thuis). Deze studie is mede geïnitieerd vanuit ParkinsonNet en zal lopen tot en met 2024.

Casuïstiek meekijkconsulten dermatologie

Door Tjinta Brinkhuizen, dermatoloog en specialist manager, Yvonne van Oosterhout, medisch coördinator transmurale zorg

Sinds januari 2022 biedt het Catharina Ziekenhuis de mogelijkheid om een meekijkconsult bij dermatologie en cardiologie aan te vragen. Hier wordt veelvuldig gebruik van gemaakt. Sinds het najaar van 2022 is het ook mogelijk meekijkconsulten aan te vragen bij interne geneeskunde (inclusief nefrologie, hematologie en oncologie), orthopedie en gynaecologie.

In de loop van 2023 volgen zoveel mogelijk andere specialismen, inmiddels is MDL ook van start. Het betreft digitale consultatie van de medisch specialist voor patiënten buiten de chronische zorgprogramma's.

Doelstelling: Meekijkconsult voorkomt onnodige doorverwijzingen

Een meekijkconsult is een digitaal consult waarin de huisarts advies vraagt (via ZorgDomein) aan een medisch specialist over de gezondheidstoestand of behandeling van een patiënt. De onderliggende vraag is of de patiënt in de eerstelijnszorg gediagnosticeerd, behandeld en/of begeleid kan worden of dat de patiënt verwezen moet worden naar de tweedelijnszorg. Het doel van een meekijkconsult is om onnodige doorverwijzingen naar de tweedelijns te voorkomen.



Tjinta Brinkhuizen bekijkt een afwijking met een dermatoscoop.

Uitgangspunten van een meekijkconsult zijn:

- De huisarts is en blijft hoofdbehandelaar en verantwoordelijk voor de medische zorg;
- De medisch specialist reageert binnen drie werkdagen op de consultvraag van de huisarts;
- De terugrapportage vindt plaats via een (korte) brief aan de huisarts via Zorgmail (Edifact);
- Als een meekijkconsult leidt tot een advies voor verwijzing, verwijst de huisarts regulier via ZorgDomein;
- De reactie van de specialist heeft de status van een advies aan de huisarts.

Hoe werkt het?

Een meekijkconsult kan aangevraagd worden via ZorgDomein. Dit heeft als voordelen dat het goed geïntegreerd is in zowel het huisartssysteem als in het EPD van het ziekenhuis in het dossier van de patiënt. Dit is met name van meerwaarde als de patiënt toch nog verwezen wordt. We streven er regionaal naar om deze vorm van consultatie als standaard in te zetten en daarmee Ksyos en TCCN uit te faseren. Het is belangrijk dat sprake is van een duidelijke vraagstelling met een beknopte samenvatting van klachten en dat inzicht wordt gegeven in reeds toegepaste behandelingen. Indien beschikbaar en relevant voor de vraagstelling, kunnen een actueel medicatie-overzicht en uitslagen van voorafgaand diagnostisch onderzoek (laboratorium, beeldvorming en/of functie onderzoek), toegevoegd worden als 'bijlage' in de ZorgDomein-aanvraag.

Wanneer geen meekijkconsult?

Een meekijkconsult vraagt u niet aan:

- bij spoedeisende vragen => neem in dit geval telefonisch contact op;
- voor controle-patiënten die (voor deze vraagstelling) al onder behandeling van de specialist zijn;
- voor patiënten die geïnccludeerd zijn in de chronische zorgpaden, indien de

vraag hun chronische aandoening betreft, => voor deze patiënten bestaat reeds de mogelijkheid van het aanvragen van een digitaal consult via VIPLive;

- voor passanten (patiënten die bij een andere huisarts staan ingeschreven), onverzekerden en WLZ-patiënten.

Te verwachten resultaten

Meekijkconsultatie voorkomt verwijzingen naar de tweedelij. Het scheelt de patiënt wachttijd voor een polikliniekbezoek en het gaat niet ten koste van het eigen risico, terwijl wel advies vanuit de tweedelijngewonnen is.

Casuïstiek

Eerste casus - voorbeeld geschikt voor meekijkconsult

Vraagstelling huisarts: Roodheid/schilfering voeten aan beide zijden sinds 3 weken. Passend bij psoriasis, dermatomycose, erysipelas? Behandelopties voor eerstelijng of verwijzen?

Anamnese/voorgeschiedenis: de huisarts stuurde de eigen uitgebreide dossiervoering mee.

Conclusie dermatoloog

DD tinea pedis, palmoplantaire psoriasis.

Advies: Tinea pedis en psoriasis zijn soms moeilijk te differentiëren, dus ik zou adviseren om met itraconazol of terbinafine (systemisch) te behandelen (indien mogelijk) bij verdenking tinea pedis + loprex creme 2dd. Na 4 weken effect beoordelen en eventueel overgebleven laesies in het kader van psoriasis behandelen met bijvoorbeeld diprosalic zalf 1 dd 2 weken, daarna in puls. Bij snel recidief tinea eventueel loprox als onderhoud blijven gebruiken.

Tweede casus- voorbeeld inhoudelijk niet geschikt voor meekijkconsult

Vraagstelling huisarts: Graag jullie mening ten aanzien van het beleid/diagnostiek. Mw. is 85 jaar, dementerend en angstig. Heeft al enkele maanden een huidafwijking boven haar tepel. Tevens al heel lang een donkere afwijking bij de tepel -> deze komt aan beide zijden voor. Vraag: denken jullie aan iets onschuldigs of toch meer

maligne? Mevrouw wil het liefst niet naar het ziekenhuis, kan ik het ook hier verwijderen en opsturen voor pathologisch onderzoek? Of beter biopt nemen? Of indien toch verwachting goedaardig kunnen we het laten zitten.

Lichamelijk onderzoek

Het lijkt verruceuze laesie op de borst en in het midden van de tepel. Bruin.

Conclusie

Meest waarschijnlijk verruca seborrhoeica echter niet goed te zien, aangezien foto onscherp is.

Beleid

Beoordeling ziekenhuis of/en histopathologie wordt aangeraden.

Conclusie naar aanleiding van bovenstaande casussen

Kwalitatief goede foto's zijn bij dermatologie van heel groot belang. Het is wenselijk om zowel een detailfoto als een overzichtsfoto te sturen.

De scherpste van de foto's is heel belangrijk: zorg voor de juiste focus. Als u de foto met de telefoon maakt, helpt het om het scherm op de betreffende focusplek aan te raken.

Als u zelf vindt dat het op de foto niet goed te zien is, dan kan de dermatoloog het ook niet goed beoordelen.

Wees volledig in meegestuurde informatie, alleen dan kan de medisch specialist goed adviseren.

Meekijkconsultatie kan bijvoorbeeld goed ingezet worden ter overbrugging (voor eerste advies) (zie casus 1) bij oplopende wachtlijsten of voor adviezen ten aanzien van te nemen biopten.

Meekijkconsultatie is niet geschikt voor het uitsluiten van maligniteit/beoordelen van verdachte plekken! Hiervoor is beoordeling van de hele huid nodig.

Medicijnen overslaan bij nierproblemen

Op de Spoedeisende Hulp zien we regelmatig patiënten waarbij de nierfunctie door uitdroging acuut is verslechterd. Een veel voorkomend probleem is dat deze mensen hun medicatie netjes en zorgvuldig hebben ingenomen. Door uitdroging kunnen namelijk problemen met de medicijnen ontstaan. Dan is het soms wél nodig om bepaalde medicijnen even over te slaan of het gebruik aan te passen. De Nierstichting heeft daarom haar foldermateriaal recent aangepast en aangevuld met nieuwe groepen geneesmiddelen, waaronder de SGLT2 remmers. Een onmisbaar stukje informatie in uw praktijk en bij de apotheek.

https://nierstichting.nl/documents/310/folder_soms_moet_uw_patient_medicijnen_even_overslaan.pdf



Let op bij (dreigende) uitdroging:
**Soms moet uw patiënt
medicijnen even overslaan**



Scan de QR-code voor de folder over dit onderwerp



Onderwijsagenda

Bedside teaching

2023: 16 mei, 20 juni, 19 september, 24 oktober, 21 november en 19 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 kunt u zich aanmelden.

Het 'Heilig 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 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 maandelijkse avonden vinden afwisselend in het Máxima MC of Catharina Ziekenhuis plaats. Voor meer informatie of inschrijven kunt u terecht op onze website. www.catharinaziekenhuis.nl/haca onder het kopje bij- en nascholing, aanmelden is niet nodig.