

HaCaSpect



- 4 Snel diagnostiektraject bij patiënten met postmenopauzaal bloedverlies
- 12 Ethiek & Zin: herijking van een vak
- 30 Accidentele intoxicatie bij zuigeling

HA
Huisartsen

CA

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 19, november 2021

Nummer 39

Infopunt Leven met kanker

Goede zorg voor mensen die kanker hebben (gehad), betekent meer dan alleen een medische behandeling. Het Catharina Kanker Instituut heeft in samenwerking met Inloophuis de Eik een fysieke plek in het Catharina Ziekenhuis gerealiseerd waar deze patiëntengroep en hun naasten terecht kunnen voor ondersteunende zorg.

Bij het Infopunt Leven met kanker biedt de aanwezige gastheer of gastvrouw een luisterend oor en helpt om informatie of activiteiten te vinden die de patiënten en hun naasten kunnen ondersteunen bij het omgaan met deze ziekte. Zij kunnen terecht voor emotionele steun, praktische informatie, informatie over ontspanningsmogelijkheden en bewegen, voeding, werk, relaties en contact met lotgenoten.

Het Infopunt Leven met kanker is te vinden in de hal van het Catharina Kanker Instituut.

Kijk voor de actuele openingstijden op www.catharinaziekenhuis.nl/leven-met-kanker

Voorwoord

Beste lezer,

Voor de feestelijke decembermaand losbarst, willen we u graag op de hoogte brengen van allerlei mooie ontwikkelingen binnen het Catharina Ziekenhuis die de afgelopen maanden zijn doorgegaan, ondanks corona.

Zo is er op het gebied van onderzoek veel gebeurd, digitaliseert de zorg in sneltreinvaart en stellen een aantal nieuwe collega's zich weer aan u voor. Ook namen we deze zomer afscheid van een pionier op kanker gebied. Kortom: HaCaSpect nummer 39 staat boordevol voorbeelden hoe we samen de patiëntenzorg in het ziekenhuis en in de regio blijven verbeteren.

We zijn blij dat we HaCaSpect nummer 39 kunnen uitbrengen, in een tijd waarin opnieuw veel van ons wordt gevraagd. Omdat het aantal coronabesmettingen toeneemt in Nederland zijn de coronamaatregelen weer aangescherpt, ook in ons ziekenhuis. De druk op de reguliere zorg neemt opnieuw toe door het toenemende aantal besmettingen.

We hopen dat u door het lezen van dit nummer even wat afstand kunt nemen van de dagelijkse hectiek.

Namens de redactie wensen wij u alvast een fijne decembermaand en blijf gezond!

Inhoud

Pagina 4-5-6

Snel diagnostiektraject bij patiënten met postmenopauzaal bloedverlies

Pagina 7-8-9

Digitalisering van de zorg; tweeluik

Pagina 10-11

Intensievere samenwerking voor betere geboortezorg

Pagina 12-13-14

Ethiek & Zin: herijking van een vak

Pagina 15-16-17

Huis en haard

Pagina 18-19

Promotieonderzoek

Pagina 20-21-22-23

Nieuwskatern Catharina Ziekenhuis

Pagina 24-25

Kunnen data voorspellen wie na een infarct hartritmestoornissen ontwikkelt?

Pagina 26

Bij 'Samen Beslissen' komen twee werelden samen

Pagina 27-28-29

Afscheidsinterview Harm Rutten

Pagina 30-31

Casuïstiek: Accidentele intoxicatie bij zuigeling

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, Elsie 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

Ontwerp en opmaak Ster design BNO, Eindhoven **Drukwerk** Strijbos Grafische Groep. Oplage: 750 stuks

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

Binnen twee dagen diagnose bij ruim 70% van de vrouwen

Snel diagnostiektraject bij patiënten met postmenopauzaal bloedverlies

Door: Juliette Vervuurt, HAIO, Huib van Vliet, gynaecoloog,
Edith van Esch, gynaecoloog

Veel vrouwen met postmenopauzaal bloedverlies maken zich zorgen over de oorzaak van dit bloedverlies vanwege de mogelijkheid van een onderliggende maligniteit. De periode van onzekerheid rondom diagnostiek wordt als zeer belastend ervaren door de meeste patiënten.

De samenwerking tussen huisarts en gynaecoloog is van groot belang om de groep, waarbij nadere diagnostiek geïndiceerd is, tijdig te kunnen verwijzen zodat er snel diagnostische zekerheid is.

De juiste zorg op de juiste plaats, is dat wel zo eenvoudig? Sinds 1 januari 2020 is er een speciaal poliklinisch spreekuur voor sneldiagnostiek rondom postmenopauzaal bloedverlies opgezet met als doel een snelle verwijzing, consultatie en diagnostiek te kunnen waarborgen. Hiervoor hebben we een kwalitatief onderzoek verricht om verbeterpunten aan te wijzen in de samenwerking tussen de eerste en tweede lijn.

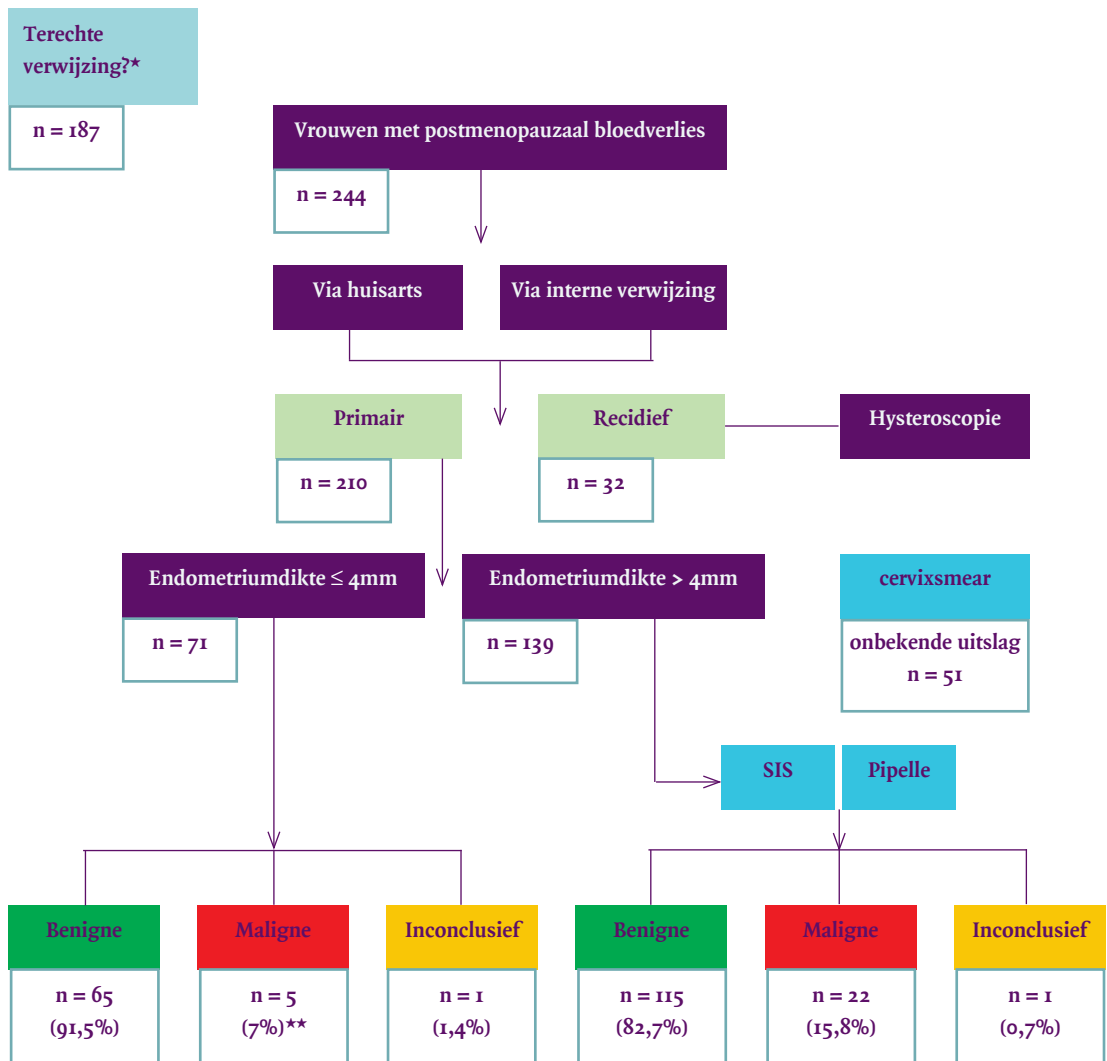
Huidige richtlijnen

Conform de richtlijn NHG/NVOG wordt bij primair postmenopauzaal bloedverlies door de huisarts een uitstrijkje gemaakt en een eerstelijns vaginale echo verricht. Bij een endometriumdikte van > 4mm, gebruik van tamoxifen of bij recidiverend bloedverlies vindt direct een doorverwijzing plaats. Door de gynaecoloog wordt bij een endometriumdikte > 4mm een endometriumaspiratie (Pipelle®) verricht en een contrastechoscopie (SIS echo). Indien deze niet conclusief zijn of er is een verdenking op (benigne) intracavitare pathologie volgt een hysteroscopie met biopt of verwijdering van een eventuele poliep. In het geval van een recidief episode van postmenopauzaal bloedverlies, in de definitie is dit iedere vorm van vaginaal bloedverlies langer dan 6 weken na de eerste episode, dient er volgens de richtlijn een diagnostische hysteroscopie verricht te worden.

Methode

Data werden geanalyseerd van alle vrouwen die zich op de polikliniek 'postmenopauzaal bloedverlies' presenteerden van januari 2020 tot en met december 2020 met primair of recidief bloedverlies, ongeacht verwijzing door huisarts of specialist. De vrouwen die verwezen waren in verband met andere gynaecologische





* terechte verwijzing gedefinieerd als endometriumdikte > 4mm of afwijkende papsmear

** Maligniteiten in groep < 4mm: 3x afwijkend uitstrijkje, 1x via interne verwijzing (andere populatie?), 1x afwijkend ovarium op echo

klachten, echter zonder postmenopauzaal bloedverlies, werden geëxcludeerd.

Deze patiënten zijn retrospectief verdeeld in twee groepen: degenen met een endometriumdikte ≤ 4mm en degenen met een endometriumdikte > 4mm. Per groep werd bekeken of een SIS echo of Pipelle is verricht bij patiënten met primair bloedverlies en wat daarvan de uitslag was. Bij degenen met recidief bloedverlies

werd bekeken of een hysteroscopie werd uitgevoerd. Als uiteindelijke uitkomstmaat namen wij een benigne, maligne of inconclusieve uitslag na diagnostische testen. Eveneens is gekeken bij welke patiënten in de eerste lijn een uitstrijkje of eerstelijns echo verricht is alvorens verwijzing. Omdat ons uiteindelijke doel was snelle diagnostische zekerheid creëren voor de patiënt, zijn we nagegaan hoe lang het duurde voordat de histologie

uitslag bekend was en wanneer de patiënt daarover gebeld is.

Resultaten

In totaal werden 244 patiënten op de polikliniek gezien, waarvan 210 met een primaire episode bloedverlies (84,7 procent) en 32 met recidief postmenopauzaal bloedverlies (12,9 procent). Van het totaal aantal patiënten werd 72,9 procent beschouwd als een terechte verwijzing, dat wil zeggen degenen met een endometriumdikte > 4mm en/of een afwijkend uitstrijkje. Van patiënten met primair bloedverlies bleek sprake van een maligniteit in 15,8 procent van de gevallen in onze patiëntenpopulatie. In de literatuur wordt deze kans rond de 10 procent beschreven en is de kans op een carcinoom in een poliep rond de 4 procent (zie richtlijn NVOG). Van alle patiënten met een afwijkende endometriumdikte, was in 72,7 procent binnen twee dagen bekend of er sprake was van een maligne of benigne oorzaak. Aandacht voor verwijscriteria is van belang bij de huisartsen conform de NHG richtlijn. We zagen dat een op de vier patiënten onnodig verwezen werd vanuit de eerste lijn met een endometriumdikte <4mm en opvallend was dat slechts 38,5 procent van de huisartsen voorafgaand een vaginale echo lieten verrichten. Daarnaast is afstemming nodig hoe om te gaan met uitslagen van cervixcytologie verricht in

de eerstelijns. 20 procent van deze uitslagen was niet bekend in het Catharina Ziekenhuis. We zagen dat ook in de tweede lijn aandacht nodig blijft voor work-up volgens de richtlijn, overdiagnostiek door middel van hysteroscopie vond in 6,6 procent van de gevallen bij primaire episode presentatie plaats en bij recidief episode postmenopauzaal bloedverlies werd niet altijd een hysteroscopie uitgevoerd.

Aanbeveling

Ter verbetering van de zorg willen wij graag deze bevindingen onder de aandacht brengen van u als lezer door nogmaals de gezamenlijke richtlijn NHG/NVOG en uitvoering hiervan uit te lichten. Daarnaast kan dit initiatief een voorbeeld zijn voor andere regio's waarbij de zorg efficiënt en doelmatig voor de patiënt op de juiste plek geleverd wordt.

Verwijzen

U kunt patiënten naar dit spreekuur verwijzen via ZorgDomein en erbij vermelden dat het om verwijzing snel diagnostiek traject postmenopauzaal bloedverlies gaat. Het afnemen van de cervixcytologie blijft in de 1^e lijn. Bij vragen of voor het maken van een afspraak kunt u contact opnemen met de polikliniek gynaecologie via telefoonnummer (040) 239 93 00.

Digitalisering op de poli

Door: Laurence van Warmerdam, internist-oncoloog

Naast mijn werk als internist-oncoloog, houd ik mij als Chief Medical Information Officer (CMIO) bezig met de digitale transformatie van ons ziekenhuis. De digitalisering in de zorg is bezig met een versnelde opmars. Dit komt niet alleen door het toenemende tekort aan geld en personeel, maar het heeft ook een vlucht genomen door de coronacrisis en de logische behoefte van onze patiënten. Die zijn in hun dagelijkse leven steeds meer gewend om dingen digitaal te regelen. Denk hierbij aan bankieren, een pakje bestellen of beeldbellen met de familie.

Tot een jaar geleden was het nog heel gebruikelijk dat patiënten uitsluitend konden bellen met het ziekenhuis, fysiek langs moesten komen om een specialist te spreken, recepten werden uitgeprint, beelden werden gebrand op dvd's, dat we faxten met andere ziekenhuizen en dat we onderling nog communiceerden met memobriefjes. Slechts 17 procent van onze patiënten maakte gebruik van ons patiëntenportaal MijnCatharina.nl.

Op verzoek van de Raad van Bestuur is anderhalf jaar geleden een innovatie team opgericht. Dit team is de kartrekker van de digitale omwenteling. Met behulp van onder meer onze zorg-procesteams, MICT, de afdelingen Kwaliteit & Veiligheid, Marketing & Communicatie en Opleiding & Onderzoek, maar vooral met de leidinggevend en medewerkers van de poliklinieken, is het gelukt om al een groot deel van de gewenste veranderingen te realiseren. We werken anders, efficiënter, en patiënten krijgen zelf meer regie.



Laurence van Warmerdam, internist-oncoloog en CMIO

Zo kunnen patiënten beeldbellen met hun verpleegkundig specialist en medisch specialist, wordt via het patiëntenportaal MijnCatharina een e-consult gestuurd naar de secretaresse of eigen dokter, kunnen patiënten hun dossier raadplegen, uitslagen direct inzien en een herhaalrecept bestellen. Steeds meer afspraken kunnen door patiënten vanuit hun ZorgDomein verwijzing direct zelf worden gepland. Inmiddels branden wij ook geen dvd's meer maar sturen en ontvangen wij radiologiebeelden digitaal van en naar andere ziekenhuizen. We gebruiken veilige mail als alternatief voor de fax en patiënten die daarvoor kiezen, ontvangen hun afspraakbericht niet meer per post maar digitaal. We zien dat inmiddels 55 procent van onze patiënten actief gebruiker is van MijnCatharina en dat 40 procent van de poliklinieken geen fax meer gebruikt. Vrijwel alle recepten worden digitaal verstuurd.

Voor volgend jaar staat de digitalisering van de kliniek op het programma, waarin we er voor zorgen dat artsen en verpleegkundigen het EPD op hun smartphone krijgen, dat de metingen van de bloeddruk/pols/saturatiemeters van patiënten rechtstreeks in het EPD terecht komen, dat pre-operatieve voorbereidingen veelal online kunnen plaatsvinden, dat voorlichtingsfilmpjes en folders beschikbaar zijn in MijnCatharina en dat de overdracht naar thuiszorgorganisaties ook digitaal verloopt.

Kortom, er is al veel bereikt, maar er is ook nog heel veel te doen en ik ben trots op de vele mensen die hun schouders onder dit veranderproces hebben gezet.

‘Digitaal tenzij’ ...

Door: Christian de Groot, huisarts Son en Breugel en stafarts zorggroep DOH

‘Digitaal tenzij’ is het nieuwe geloof van 7 praktijken in en rond Eindhoven. Ze gaan binnenkort starten met een pilot waarin afscheid wordt genomen van de ‘ouderwetse’ huisartsenpraktijk.

Joyce Hummel, DigiDokterassistent in Son en Breugel, kwam met het idee. Na haar opleiding ‘zorg en technologie’ aan de Fontys Hogeschool presenteerde ze in Son en Breugel op de praktijk haar

afstudeeropdracht. ‘Digitaal tenzij’ is in MC de Linden al aan de orde van de dag. ‘Bel vanmiddag maar terug’ zal niet meer snel van de lippen van een assistent afkomen. Meer dan 2000 contacten worden per maand al ‘online’ afgehandeld.

Weerstand

Soms roept ‘Digitaal tenzij’ ook weerstand op. Hoe moeten ouderen in contact komen met de praktijk? Wat we in de praktijk merken is dat de drempel voor de medewerkers vaak hoger is dan bij de patiënt. Uit onderzoek blijkt dat juist 70-plussers met een chronische aandoening het fijn vinden om ‘digitaal’ contact te maken met de praktijk. Voor de mensen die het lastig vinden, bieden we cursussen aan en de ‘ouderwetse’ telefoon zal altijd blijven voor diegenen die niet anders kunnen of willen.



Pilot

Met de pilot 'Digitaal tenzij' willen we met 7 praktijken van zorggroep DOH een flinke stap maken. Alle processen zijn in kaart gebracht en zo veel mogelijk gedigitaliseerd. Zowel de patiënten als de medewerkers van de praktijk profiteren. De praktijk wordt 24/7 bereikbaar voor een aantal diensten. De medewerkers van de praktijk kunnen veel meer plannen. Mocht je nog



Back office MC de Linden in Son en Breugel

telefonisch contact zoeken, hoef je niet meer 'in de wacht'. Met een terugbelverzoek word je teruggebeld op een door jou gewenst tijdstip. Daarnaast gaan we afscheid nemen van het inspreken van herhaalmedicijnen en de balie. Hiervoor komen digitale diensten terug die meer service bieden dan we nu geven.

Voor patiënten die ons via deze wegen niet kunnen bereiken blijven we bereikbaar. Niet meer aan een volle balie waar iedereen mee kan luisteren maar in een aparte ruimte waar je écht aandacht kan geven. Win win!

Wil je meer weten over 'Digitaal tenzij' of wil je mooie voorbeelden van een 'digitale praktijk' met ons delen dan horen we het graag! Mail naar Dennis van de Rijt, programmamanager OmZorg, d.vanderijdt@zorggroepdoh.nl

Intensievere samenwerking voor betere geboortezorg

Door: Roel Rambags, persvoorlichter Catharina Ziekenhuis

Verloskundigen van o4overloskunde in Eindhoven en gynaecologen van het Catharina Ziekenhuis gaan nog intensiever samenwerken. Het gezamenlijke spreekuur op de poli met de gynaecoloog in het ziekenhuis wordt uitgebreid met gezamenlijke spreekuren in het eigen verloskundig centrum in Eindhoven.

“Door Corona dreigden we zwangere vrouwen met een medisch risico die we eerder samen met o4overloskunde in ons ziekenhuis zagen, uit het oog te verliezen. Zij durfden uit angst voor corona niet meer naar het ziekenhuis te komen of het kon gewoonweg niet door de afschaling van spreekuren. Zij niet naar het ziekenhuis, dan ik naar de verloskundigenpraktijk om die vrouwen te blijven zien”, zo redeneerde gynaecoloog Michelle Westerhuis van het Catharina Ziekenhuis. Die stap is zo

goed bevallen dat de gynaecologen en verloskundigen nu standaard een keer per maand gezamenlijk spreekuur draaien op locatie. “De juiste zorg op de juiste plek, we richten alle zorg in rondom de zwangere”, aldus Anne-Marie Verhoeven van o4overloskunde.

Drempel

Het valt Westerhuis op dat zwangeren soms een drempel ervaren om naar het ziekenhuis te komen. Daarnaast kiest een steeds groter wordende groep bewust voor begeleiding van de zwangerschap door een verloskundige uit een verloskundigenpraktijk, ook als er extra risicofactoren zijn. “Daardoor zien we dat vrouwen pas naar het ziekenhuis komen als het écht nodig is. En soms is dat aan de late kant. Die drempel om naar het ziekenhuis te komen halen we nu weg door zelf aan te schuiven tijdens hun afspraak met de eigen verloskundige. Wel zo vertrouwd!” Verhoeven vult haar aan: “Ik zie het zo: alle zwangere vrouwen hebben bij ons één aanspreekpunt en als het nodig is schuift de



Gynaecoloog Michelle Westerhuis van het Catharina Ziekenhuis schuift aan tijdens het spreekuur van verloskundige Anne-Marie Verhoeven van o4overloskunde.

specialist van het ziekenhuis gewoon aan om iets toe te lichten of verder te onderzoeken. In gesprek met de zwangere en haar partner stemmen we de best passende zorg af voor een goed verloop van de zwangerschap en geboorte. Zo bundelen we onze krachten en gaat het consult nét een stapje verder.”

De wekelijkse spreekuren in het ziekenhuis door de verloskundigen van 04overloeskunde blijven overigens ook bestaan. “Vrouwen vinden het vaak prettig dat ze al een keer in het ziekenhuis zijn geweest om vervolgens met een vertrouwd gezicht hun zwangerschap te bespreken.” aldus Verhoeven.

Alle vrouwen worden gezamenlijk besproken

Door de gezamenlijke spreekuren in het ziekenhuis en bij de verloskundigenpraktijk zien de verloskundigen en gynaecologen elkaar nu elke week. En dat brengt nog een groot voordeel met zich mee. Verhoeven: “Aan het einde van elk spreekuur ruimen we standaard tijd in om alle zwangere vrouwen samen met de gynaecoloog te bespreken. Heel laagdrempelig. We kunnen daardoor beginnende problemen nog sneller tackelen. Prettig voor de zwangere en bovendien is deze preventieve multidisciplinaire benadering de juiste zorginnovatie zoals de overheid dat graag ziet!”

Eenduidige, integrale voorlichting aan de (aanstaande) zwangere vrouw over preconceptiezorg, zwangerschap, geboorte en kraamperiode maakt dat die vrouw juist zelf goed de regie behoudt en beslist. Momenteel wordt door de gynaecologen in het ziekenhuis bekeken of deze service voor meer verloskundigenpraktijken van toegevoegde waarde is.

Ethiek & Zin: herijking van een vak

Door: Koen Jordens, ethicus

Het team Ethiek & Zin van het Catharina Ziekenhuis heeft een nieuwe visie ontwikkeld op een niet levensbeschouwelijk gefundeerde expertrol op terreinen van ethiek en zingeving. Daarbij hoort ook een nieuwe vlag die de lading van ons door de jaren heen ontwikkelde portfolio, weliswaar niet optimaal maar desalniettemin beter dekt: 'ethicus' in plaats van 'geestelijk verzorger' voor de functionaris, 'Ethiek & Zin' in plaats van 'Geestelijke verzorging en Ethiek' voor de vakgroep.

In dit artikel schets ik eerst beknopt de achtergrond van deze verandering, vervolgens licht ik de nieuwe naamgeving toe en tenslotte volgt een overzicht van onze belangrijkste werkvormen.

Veranderingen in cultuur en in visie op geneeskunde, godsdienst of ideologie zijn in onze tijd en samenleving geen dragende oriëntatiekaders meer, wat overduidelijk blijkt uit de vragen en onderwerpen die zowel patiënten als zorgverleners met ons willen bespreken. Dit betekent geenszins dat daarmee ook ethische kwesties en vragen naar zin en betekenis verdwenen zijn. Niet alleen voor de patiënt en diens naasten, maar ook voor de geneeskunde geldt dat naast het medisch-technische aspect ook de psychologische, sociale en existentiële kant van het ziek zijn om aandacht vraagt. Het concept 'positieve gezondheid' van Machteld Huber is hiervan een voorbeeld. Het visiedocument van de Nederlandse Federatie Medisch Specialisten ('De Medisch Specialist 2025') houdt een pleidooi om naast het fysieke en mentale functioneren, aspecten als kwaliteit van leven en zingeving te betrekken in het bepalen van medisch beleid. De recent gestarte campagne 'Samen Beslissen' (www.begineengoedgesprek.nl) stelt kwaliteit van het leven en de behoeften, vragen en doelstellingen van de zorgvrager centraal.

Ook de visie op de verhouding tussen lichaam en geest is veranderd. Voorbij het lichaam-geestdualisme is het inzicht ontstaan dat het fysiologische en het mentale op elkaar van invloed zijn. Bovendien is er een verbinding tussen en wederzijdse invloed van ethische en existentiële expertise. Dit alles maakt dat onze vakgroep heeft gekozen voor een andere invulling en fundering van het vak.

Onder een nieuwe vlag

De vraag naar troost en compassie, de behoefte aan een vertrouwelijk gesprek, de gewenste ondersteuning bij levensvragen en keuzeproblematiek zijn van alle tijden. De rol van de zorgverlener op ethisch en existentieel terrein is geenszins uitgespeeld, maar de associatie met godsdienst of ideologie werkt vaak eerder belemmerend dan helpend. De term 'geestelijk verzorger' is op de eerste plaats daarom al ongeschikt geworden: weinigen zitten nog te wachten op een 'geestelijke'. Bovendien roept de term 'verzorger' een passieve houding op van patiënt of cliënt. Knopen in levensvragen raken over het algemeen niet ontward door louter het denken, de wil en de acties van de zorgverlener. Zoals een *soigneur* de spierspanning ontlast van de wielrenner die passief op tafel ligt. Bovendien roept de term 'geestelijk' ook het dualisme lichaam-geest op dat in filosofie en geneeskunde juist is ontstegen.

Daarom wordt de naam van de vakgroep 'Geestelijke verzorging & Ethiek' vervangen door 'Ethiek & Zin'. Ethiek verstaan we in brede zin van de Aristotelische deugdenethiek, de zorg voor 'het goede leven'. 'Zin' verwijst naar de minder analytische, rationele kant van betekenisgeving, naar het streven en het verlangen. Over de naam voor de functionaris van de afdeling 'Ethiek & Zin' hebben we lang gewikt en gewogen. Uiteindelijk hebben we -enigszins pragmatisch- geopteerd voor een klassieke term uit een traditie van (praktische) wijsheid, namelijk 'ethicus', als een toegankelijke, bekwame, betrokken gesprekspartner die kan helpen door te luisteren, te duiden en te verhelderen. De degelijkheid van deze functiebenaming past bij onze expertise en rol binnen de organisatie. Maar in de kliniek, in de omgang met patiënten, verpleegkundigen en artsen,

Visie & cultuur

Zorgkwaliteit

Zorgverlening

Onderzoekslijnen
Ethiek & Zin

Beleidsadvisering
(Ethische Commissie;
andere commissies)

Ontwikkeling
professionele identiteit
en bevlogenheid

Klinisch ethisch overleg

Onderwijs

Coaching en support
zorgverleners

Ethisch-existentiële
ondersteuning
(consultaanvraag)

Meditatie
(training)

Ethisch-existentiële
exploratie
(zorgpad)

Somatic
Experiencing

Schema Synthese

zijn we beslist niet hoogdravend ‘meneer de ethicus’ of ‘mevrouw de ethica’, maar Ingrid, Laurien, Tessa, Lieke, Eric, Nico of Koen.

Werkvormen

Gesprek, vanuit aandachtige aanwezigheid zorgvuldig en betrouwbaar luisterend, de ander helpend om het eigen verhaal te verwoorden en zo nodig te verhelderen of te duiden, is een eerste werkvorm. Een vaak voorkomend thema is de betekenis van relaties: zowel vanuit verbondenheid en dankbaarheid als vanuit verdriet of schuldgevoel. Deze contextuele thematiek raakt aan het medische en ethische: wie en wat geven mij zin en moed om te bestaan, en wat betekent dit voor mijn keuzes? Een ander belangrijk thema zijn vragen omtrent het geleefde leven (waar heb ik voor geleefd, heb ik het goede gedaan?) en over de toekomst (wat heb ik nog te verwachten, wat wil ik nog?). De ethische en existentiële aspecten in het levensverhaal zijn van betekenis voor de keuzes die worden gemaakt en dus relevant in het proces van interdisciplinaire, integrale zorgverlening. Uiteraard geldt dit minder voor een staaroperatie of

neusbeencorrectie en in meerdere mate wanneer het gaat om ingrijpende behandelkeuzes of in de palliatieve zorgverlening. We streven er naar om deze gesprekken niet enkel te laten plaatsvinden op momenten van crisis, maar ook op momenten in het zorgproces waarin een ‘ethisch-existentiële exploratie’ voor de patiënt rustige overdenking en afweging kan opleveren die niet alleen voor hem/haar zelf en de naasten maar ook voor de behandelend arts of verpleegkundig specialist meerwaarde biedt in het proces van samen beslissen.

Meditatie

Een andere werkvorm is meditatie, zowel oefeningen voor individuele patiënten als groepstrainingen. Het gaat daarbij zowel om stressreductie als om betekenisgeving, het leren mindful, op een niet oordelende, compassievolle wijze kijken naar jezelf en je levenssituatie. Groepstrainingen zijn: ‘mediteren bij ziekte’ (waarbij fysiotherapeuten van het revalidatieprogramma voor mammacare patiënten, medisch psychologen en verpleegkundig specialisten van de Hartfalenpoli belangrijke verwijzers zijn) en

ter voorbereiding op de bevalling 'mindful zwanger'. Momenteel loopt ook de pilot 'mediteren door ouderen': individuele meditaties met klinische patiënten en volgens cognitieve vaardigheden gevarieerde groepsmeditaties op de verpleegafdeling Geriatrie. Ondertussen is ook een collega in opleiding om vanuit Somatic Experiencing ondersteuning te kunnen bieden in het voorkomen en verwerken van trauma (in het kader van ziekenhuisopname).

De dragende structuur voor ethiek in het ziekenhuis is het Klinisch Ethisch Overleg (KEO), een vorm om ethische knelpunten op de werkvloer te bespreken. Per (verpleeg)afdeling zijn twee zogenaamde 'aandachtvelders ethiek' intern getraind en bijgeschoold die ethische casuïstiek verzamelen en op geregelde basis of ad hoc een KEO organiseren waaraan verpleegkundigen, arts(en) en eventuele andere zorgverleners participeren. Leden van onze vakgroep zijn betrokken als gespreksleider of in een ondersteunende rol. Het KEO resulteert in het vinden van een gezamenlijk gedragen uitkomst bij dilemma's en draagt daarmee niet alleen bij aan kwaliteit van zorg, maar is tevens van toegevoegde waarde voor de arbeidssatisfactie. Thema's en uitkomsten van KEO worden verzameld en besproken in de Ethische Commissie die vervolgens een signalerende of adviserende rol kan vervullen richting bestuur en management, medische en verpleegkundige staf.

Tenslotte levert onze vakgroep vanuit de expertise op vlak van ethische en existentiële kwesties een bijdrage aan onderwijs en onderzoek en aan training en ondersteuning van zorgverleners.

Het overzicht op pagina 13, een synthese van ons portfolio waarvan de voornaamste werkvormen hierboven werden geschetst, laat zien hoe onze vakgroep een rol speelt in de zorgverlening, bijdraagt aan de verhoging van zorgkwaliteit en meebouwt aan zorgvisie en zorgcultuur.

Teamwork in uitvoering

Ik ben trots op onze vakgroep en op de ontwikkeling die we hebben doorgemaakt. Verschillende talenten en persoonlijkheden maken complementair werk onze gemeenschappelijke missie. Het onderling vertrouwen en ieders taakvolwassenheid levert een hoge onderlinge gunfactor op, betrokkenheid bij het team en de organisatie en veel inzet en flexibiliteit. En als collega's weten we elkaar niet alleen te ondersteunen maar ook kritisch te bevragen.

In één keer raak, ook bij moeilijke prikkers

Door: Roel Rambags, persvoorlichter

Bij sommige patiënten is het aanbrengen van een infuus voor een operatie een pijnlijke en lastige aangelegenheid. Anesthesiemedewerker Rick van Loon van het Catharina Ziekenhuis heeft een techniek ontwikkeld die het slagingspercentage spectaculair verbeterd. Na een specifieke training en met behulp van echografie kunnen ook niet-specialisten zich bekwamen in deze techniek. Van Loon promoveerde aan de Technische Universiteit Eindhoven op dit onderwerp. “Het is mijn droom dat geen enkele patiënt ‘misprikt’ wordt.”

Het is een terugkerend probleem op de werkvloer van een ziekenhuis: het misprikken van infuusnaalden. In 19 procent van de gevallen lukt het de eerste keer niet om een infuus aan te brengen, omdat de patiënten zogenoemde ‘moeilijke aders’ hebben. Van Loon toonde aan dat met behulp van echografie dat percentage kan

worden teruggebracht tot zeven procent. “Met een echomachine kan als het ware onder de huid van de arm worden gekeken en kunnen anders die met het blote oog onzichtbaar zijn, worden opgespoord. Anders worden dan zichtbaar op de monitor van de echografiemachine, waardoor een infuusnaald gericht naar de ader kan worden gestuurd.”

Angst en stress bij patiënten

Om te bepalen of een patiënt makkelijk of moeilijk te prikken is, ontwikkelde Van Loon eerst een model om vooraf het individuele risicoprofiel van elke patiënt vast te kunnen stellen; het Adult Difficult Intravenous Acces (A-DIVA) model. Met de A-DIVA-schaal worden patiënten ingedeeld op basis van hun individuele risico op misprikken. Van Loon: “We onderscheiden drie categorieën. Laag-, gemiddeld- en hoog-risicopatiënten. Met name in die laatste groep is de succeskans tijdens de eerste poging laag, slechts 6 procent.” Uit onderzoek blijkt ook dat die patiënten vaak extra angst en stress ervaren bovenop de angst en stress die ze al hebben voor de operatie in het ziekenhuis. De onderzoeker heeft goed nieuws voor deze patiëntengroep: “door mijn aanpak



Rick van Loon, cardio-anesthesiemedewerker



Echogeleid prikken

hebben we het slagingspercentage van 6 naar 94 procent kunnen brengen. Een spectaculaire verbetering!” Het A-DIVA-model wordt inmiddels in andere ziekenhuizen ingezet. Ook in Zwitserland, de Verenigde Staten en Australië is er belangstelling voor. In een Portugees ziekenhuis is al aangetoond dat het model ook daar bruikbaar is.

Specifieke training ontwikkeld

“Als blijkt dat een patiënt moeilijk te prikken is, kun je iemand vragen die meer ervaring heeft om te prikken. Vaak werd een patiënt dan naar de operatiekamer gebracht om een anesthesist het infuus aan te laten brengen”, legt Van Loon uit. Zo’n procedure is inefficiënt, logistiek ingewikkeld en zorgt voor hoge kosten. Daarom ontwikkelde hij met succes een specifieke training voor anesthesiemedewerkers en verpleegkundigen om echografie bij het prikken te kunnen toepassen. Uit onderzoek blijkt dat na 34 gesuperviseerde echogeleide procedures de deelnemers in staat zijn om in meer dan 90 procent van de gevallen de eerste prik poging succesvol te laten zijn. “Een steile leercurve dus, die snel doorlopen kan worden.” Van Loon hoopt dat zijn onderzoek ertoe bijdraagt dat het misprikken van patiënten steeds minder vaak voorkomt. “Honderd procent zal niet gehaald worden, maar elke

verbetering op dit vlak is van grote meerwaarde voor onze patiënt.”

Rick van Loon is werkzaam als cardio-anesthesiemedewerker in het Catharina Ziekenhuis en als docent-onderzoeker verbonden aan Fontys Hogeschool Eindhoven bij de opleiding HBO Verpleegkunde technische leerroute. Op vrijdag 24 september promoveerde hij aan de Technische Universiteit Eindhoven met zijn proefschrift: *Difficult peripheral intravenous cannulation - decision-based application of point-of-care ultrasound to increase cannulation success.*

Ziekenhuizen en apotheken binden strijd aan met geneesmiddelkaping

Door: Roel Rambags, persvoorlichter

De universitair medische centra Erasmus MC, Radboudumc en UMCG, het Catharina Ziekenhuis en de bereidingsapothek A15 zijn gaan samenwerken om geneesmiddelkaping door commerciële partijen te voorkomen. Ze richtten een platform op waarmee ze commercieel niet-verkrijgbare geneesmiddelen zelf kunnen registreren bij de autoriteiten. Daarmee garanderen de partijen duurzame beschikbaarheid van unieke geneesmiddelen en snijden ze partijen die misbruik maken van het huidige systeem de pas af.

Het nieuw op te richten platform lost een probleem op waar ziekenhuisapothekers al een tijd mee worstelen, stellen initiatiefnemers Reinout Schellekens (directeur A15) en Ralph van Wezel



Vier ziekenhuizen, waaronder het Catharina Ziekenhuis, gaan de strijd aan met wat zij het ‘kapen’ van hun medicijnen noemen. Via een platform gaan ze de medicijnen die ze maken laten registreren om ‘commerciële bedrijven’ op afstand te houden.

Op de foto Ralph van Wezel, gevestigd ziekenhuisapotheker.

(gevestigd ziekenhuisapotheker Catharina Ziekenhuis). In ziekenhuisapotheken en bereidingsfaciliteiten zoals A15 worden geneesmiddelen gemaakt die commercieel niet verkrijgbaar, maar wel noodzakelijk zijn. Denk bijvoorbeeld aan medicatie om het hart stil te leggen bij openhartoperaties. Die medicatie wordt in de bereidingsapothek van het Catharina Ziekenhuis gemaakt en aan hartcentra in Nederland geleverd.

Prijs flink omhoog

Een deel van de geneesmiddelen die in ziekenhuisapotheken wordt gemaakt, is echter commercieel interessant. Dat kan farmaceutische bedrijven doen besluiten een aanvraag voor registratie in te dienen. Als dat lukt, mag de ziekenhuisapothek het middel niet meer leveren en moeten ziekenhuizen gaan inkopen bij de commerciële partij. Volgens Schellekens gebeurt dit regelmatig: “Ik ken 16 gevallen waar dit is gebeurd. Vaak gaat de prijs na registratie door een middelgrote of kleine farmaceut flink omhoog. Het meest extreme voorbeeld zijn Cystadrops, druppels voor een oogaandoening. Wij leverden die voor 20 euro en nu kost een flesje 1000 euro.”

Bereidingsapothek van het Catharina Ziekenhuis

Om dit soort kaping van geneesmiddelen te voorkomen, starten de vier ziekenhuizen en hun bereidingsapotheken nu hun eigen registratieplatform. Het

platform is een soort nationaal bedrijf, dat als aanvrager dient van het registratiedossier. Het voordeel van deze 'zelfregistratie' is dat de ziekenhuisapotheken het recht behouden om de middelen te blijven leveren, tegen een eerlijke prijs. Van Wezel stelt: "We richten ons specifiek op medicijnen die we nu ook al maken. Het zijn middelen waarvoor we de techni-

sche kennis in huis hebben en waarvan de werking al bewezen is. Zo snijdt het mes aan twee kanten: het middel blijft beschikbaar in goede kwaliteit én tegen een betaalbare prijs." Het registratieplatform zal op termijn ook gebruikt worden om nieuwe 'academische' geneesmiddelen te registreren.

Vaatchirurgen Catharina Ziekenhuis en SJG Weert slaan handen ineen



Van links naar rechts: Arthur Sondakh, Joep Teijink, Marc van Sambeek en Philippe Cuypers

Door: Roel Rambags, persvoorlichter

De vaatchirurgen van het Catharina Ziekenhuis en het Sint Jans Gasthuis (SJG) Weert zijn een intensieve samenwerking aangegaan om elkaar verder te versterken. Er werd al regelmatig overlegd en verwezen tussen de ziekenhuizen. Dit wordt nu uitgebreid door het samengaan van beide vakgroepen.

Samenwerken is voor de vaatchirurgen van beide ziekenhuizen niets nieuws. De specialisten weten elkaar al jaren te vinden. Zo gaan patiënten uit Weert voor grote, complexe operaties als bijvoorbeeld een aneurysma naar Eindhoven. "Daarin verandert in principe niets, ik blijf ook daar onze Weerter patiënten opereren", vertelt vaatchirurg Arthur Sondakh in SJG Weert.

Continuïteit

De fysieke aanwezigheid van vaatchirurgen Philippe Cuypers en Marc van Sambeek van het Catharina Ziekenhuis zorgt bovendien voor een uitbreiding van vaatchirurgische zorg in Weert. Sondakh was de afgelopen jaren de enige vaatchirurg in SJG: "Dat maakte onze zorg kwetsbaarder. Het samengaan van onze vakgroepen maakt dat de continuïteit en bereikbaarheid van vaatchirurgie ook in Weert beter geborgd is. Een belangrijke stap voor de toekomst."

Kwaliteit

Intensieve samenwerking zal ook leiden tot kruisbestuiving. SJG Weert en het Catharina Ziekenhuis hebben elk hun eigen expertisegebieden. Door die kennis en kunde te combineren zal de vaatchirurgische zorg op beide locaties verbeteren. Vaatoperaties vinden plaats in beide ziekenhuizen. Afhankelijk van het soort ingreep zal bekeken worden op welke locatie de operatie het beste kan plaatsvinden. Maar voor controles kunnen patiënten altijd terecht in hun 'eigen' ziekenhuis.

Catharina Ziekenhuis opent een geriatrische trauma unit (GTU)

Door: Simone Verhaar en Carolien van der Linden,
klinisch geriater

Heupfracturen zijn een groot probleem voor zowel de individuele patiënt als voor de algemene gezondheidszorg. In 2015 werden in Nederland bijna 40.000 patiënten opgenomen met een heupfractuur, waarvan 79 procent ouder was dan 70 jaar.

Demografische cijfers van het CBS laten zien dat het aantal 70 plussers in Nederland tussen nu en 2030 landelijk stijgt met 30 procent. Dit maakt het aannemelijk dat het aantal heupfracturen de komende jaren zal toenemen.

De gevolgen van een heupfractuur zijn ernstig. Ruim 30 procent van de patiënten overlijdt in het eerste jaar na de fractuur. Hoe ouder de patiënt, hoe groter het risico is dat hij of zij aan de gevolgen van de fractuur overlijdt. Daarnaast zien we bij 80 procent van de patiënten moeite met andere activiteiten, zoals zelfstandig boodschappen kunnen doen of de dagelijkse verzorging. Eenderde van de patiënten komt niet meer thuis en moet naar een verpleeghuis vanwege de gevolgen na een heupfractuur. Leeftijdsgebonden aspecten als co-morbiditeit en polyfarmacie maken de behandeling complex. Het betreft een patiëntengroep die complexe zorg nodig heeft en langer dan gemiddeld in het ziekenhuis verblijft.

Wetenschappelijk onderzoek heeft aangetoond dat een multidisciplinaire behandelaanpak door Chirurgie, Orthopedie en Geriatrie voor kwetsbare ouderen leidt tot een vermindering van het aantal complicaties. Ook overleden er minder patiënten tijdens de opname en er was sprake van een flinke vermindering van het

aantal heropnames binnen dertig dagen. De geriatrische medebehandeling richt zich onder andere op het behandelen van co-morbiditeit, het voorkomen en behandelen van complicaties, beleid ten aanzien van polyfarmacie en analyse van valproblematiek. Al enkele jaren komt in het Catharina Ziekenhuis bij elke patiënt van 70 jaar of ouder met een gebroken heup de geriater in medebehandeling. Patiënten liggen hierbij tot nu toe op verschillende afdelingen in het ziekenhuis. Met de start van de GTU liggen de kwetsbare ouderen met een heupfractuur bij elkaar en wordt er geconcentreerde multidisciplinaire zorg geleverd.

De GTU is gestart met vier bedden op afdeling 10 oost, de verpleegafdeling geriatrie. Omdat er meer patiënten van 70 jaar en ouder worden opgenomen met een heupfractuur, zullen we in eerste instantie de meest kwetsbare ouderen op de GTU opnemen. Criteria hiervoor zijn onder andere patiënten van 80 jaar en ouder of vanaf 70 jaar indien er sprake is van een dementie. Tweemaal per week worden alle patiënten besproken in een MDO. Op dag 1 wordt al een inschatting gemaakt van het mogelijke natraject en de benodigde zorg in samenwerking met de transferverpleegkundigen en regionale instellingen.

CVA-patiënten komen sneller op de juiste plek voor start revalidatie

Door: Roel Rambags, persvoorlichter

Patiënten met een hersenbloeding of een herseninfarct worden - als de gezondheid het toelaat - door het Catharina Ziekenhuis sinds mei sneller doorgeplaatst naar de geriatrische revalidatiezorgafdelingen van Vitalis WoonZorg Groep en zorgorganisatie Archipel. Deze patiënten worden binnen 24 tot 72 uur overgeplaatst, zodat sneller begonnen kan worden met revalideren.



Logopediste geeft aanwijzingen aan een patiënt

Deze versnelde doorplaatsing van patiënten is een mooi voorbeeld van de juiste zorg op de juiste plek. “De patiënt gaat op een revalidatie-afdeling namelijk eerder en intensiever aan zijn of haar herstel werken, met een positieve invloed op het revalidatieresultaat”, zegt specialist ouderengeneeskunde Fiona Koops van Archipel. Bovendien zijn de zorgkosten in de geriatrische revalidatie aanzienlijk lager dan in het ziekenhuis. Het gaat per dag om een besparing van ongeveer 500 euro per patiënt.

Win-win

Daarnaast komt door actieve doorplaatsing het ziekenhuisbed sneller beschikbaar voor nieuwe patiënten. “Deze nieuwe werkwijze is echt een win-win. Op de eerste plaats voor de patiënt, maar zeker ook voor alle andere betrokken partijen”, zegt neuroloog Inge van Uden van het Catharina Ziekenhuis. Artsen van het ziekenhuis en van Vitalis en Archipel hebben onderling nauw contact over de zorg die nodig is en het moment van overplaatsing. Het revalidatietraject op de Geriatrische Revalidatie Afdelingen van Vitalis en Archipel bestaat onder meer uit intensieve fysiotherapie bij mobiliteitsproblemen, logopedie bij spraak- of slikproblematiek en ergotherapie bij vaardigheidsproblematiek.

Ziekenhuisbedden vrijspelen

Vitalis, Archipel en het Catharina Ziekenhuis zochten elkaar tijdens de tweede coronagolf op om te kijken of het mogelijk was om sneller spaarzame ziekenhuisbedden vrij te spelen. “Deze fast track hebben we gezamenlijk uitgewerkt naar voorbeeld van het Radboud UMC en GRZ Groesbeek. Omdat het voor iedereen zoveel meerwaarde oplevert, hebben we besloten er structureel mee door te gaan”, verduidelijkt specialist ouderengeneeskunde Merel Mulder van Vitalis.

Kunnen data voorspellen wie na een infarct hartritmestoornissen ontwikkelt?

Door: Eveline van de Ven, senior redacteur en
Melissa Niemantsverdriet, trainee

Welke hartpatiënten ontwikkelen in de jaren na hun infarct hartritmestoornissen? Op deze vraag proberen onderzoekers van het Catharina Hart- en Vaatcentrum een antwoord te vinden met behulp van artificiële intelligentie (AI) ofwel kunstmatige intelligentie. Er is nog veel onduidelijkheid over ventriculaire tachycardieën (VT's), die levensbedreigend kunnen zijn.

In het COMBAT-VT-project wordt aan de hand van big data en kunstmatige intelligentie een patiënt specifiek model ontwikkeld. Dit model moet de cardioloog helpen om te bepalen hoeveel kans een patiënt heeft op de ontwikkeling van hartritmestoornissen en welke behandeling, zoals een implanteerbare defibrillator (ICD) of katheter-ablatie, het beste aansluit. Big data gaat een belangrijke rol spelen in de medische wereld. Het COMBAT-VT project zet de eerste stappen in deze nieuwe manier van onderzoek doen in het Catharina Ziekenhuis.

Geen specifieke dataset

Uniek aan het project is dat er geen specifieke dataset wordt samengesteld. Per patiënt wordt gekeken naar beschikbare data waarmee modellen kunnen worden ontwikkeld. Denk aan radiologische beelden, ECG's en metingen en gegevens uit het patiëntdossier. Het vinden van nieuwe combinaties van factoren moet onderzoekers uiteindelijk een beter beeld van de patiënt geven, waardoor per patiënt de beste behandeling geadviseerd kan worden. De onderzoekers vinden het van groot belang

dat de AI-algoritmes uitlegbaar werken en dus kunnen aangeven waarom een patiënt een verhoogde kans heeft op deze potentieel levensbedreigende ritmestoornissen. Dit is essentieel voor het vertrouwen van patiënt en arts in het model.

Nieuwe eisen aan privacy

Omdat het COMBAT-VT project zo omvangrijk is, is begonnen met een pilot waarin de onderzoekers antwoorden proberen te vinden op een aantal belangrijke vragen. Om te beginnen, hoe komen we op een juiste manier aan zoveel data? Dit stelt namelijk nieuwe eisen in het kader van privacy en de regelgeving.



Melissa Niemantsverdriet in het datacentrum van het Catharina Ziekenhuis.

Data donorschap

Zulke grote aantallen patiënten betekent in de ogen van de onderzoekers dan ook dat er een nieuwe manier van patiënt-inclusie moet komen. Het includeren van de eerste 50 patiënten in deze pilot kost ondertussen al meer dan 100 dagen. Daarom maken de onderzoekers zich sterk voor een 'data donorschap'. Dat houdt in dat patiënten aan het begin van hun behandeling om toestemming wordt gevraagd om al hun data gedurende het hele proces te delen. De huidige data-infrastructuur van ziekenhuizen is niet ingericht op dit soort zeer modern onderzoek, waarbij grote aantallen data opgespoord, geordend en voor onderzoek bewaard worden. We hebben inmiddels al veel geleerd hoe we dit zo goed mogelijk kunnen doen. Deze nieuwe inzichten gaan ons helpen om in de toekomst big data onderzoek sneller te kunnen uitvoeren. Het onderzoek staat onder leiding van cardioloog Lukas Dekker van het Catharina Ziekenhuis en onderzoeker Frans van de Vosse van de Technische Universiteit Eindhoven (TU/e). Het COMBAT-VT project valt onder de paraplu van het Eindhoven MedTech Innovation Center (e/MTIC), een groot regionaal samenwerkingsverband op het gebied van medische technologie tussen TU/e, Philips en het Catharina Ziekenhuis, Máxima Medisch Centrum en Kempenhaeghe. Een cruciale samenwerking voor dit onderzoek waardoor input vanuit de zorg gecombineerd wordt met technologische ontwikkelingen.

Rol van de QME'er

Als trainee van de post-master opleiding Qualified Medical Engineer (QME) speelt Melissa Niemantsverdriet een cruciale rol in het ontwikkelen van de klinische workflow voor het COMBAT-VT project. Als een spin in het web verbindt ze de juiste mensen en elementen aan elkaar met als doel uiteindelijk de patiëntdata te verzamelen, te structureren, analyseren en verwerken voor de modellen. Dit is essentieel voor een grote data-studie als deze. QME'ers worden in de breedte van het ziekenhuis opgeleid,



Lukas Dekker, cardioloog

van informatica tot patiënt monitoring, maar ook management en wet- en regelgeving komen aan bod. Er is tijdens de opleiding ook veel aandacht voor het gestructureerd aanpakken van projecten. Deze basis, samen met een passie voor nieuwe medische innovaties, is waarom de QME'er goed past bij een vooruitstrevend project als het COMBAT-VT project. Meer informatie is te vinden op combatvt.nl.

‘Bij Samen Beslissen komen twee werelden samen’

Door: Eveline van de Ven, senior redacteur

Samen Beslissen kan het verschil maken tussen goede, passende zorg en zorg waar mensen niet bewust voor gekozen hebben of zelfs niet helemaal achter staan. Ook in het Catharina Ziekenhuis is het een belangrijk onderwerp en daarom haakt het ziekenhuis aan op de landelijke campagne die in september is gestart.

“Door samen te beslissen zijn patiënten meer tevreden over de zorg die zij krijgen en trouwer aan de afspraken die zij met hun zorgverlener maken“, zegt cardioloog Pepijn van der Voort. “Bij Samen Beslissen komen twee werelden samen: de kennis van de patiënt over zijn of haar situatie, wensen en behoeften én de kennis van de zorgverlener over mogelijke behandelingen, onderzoeken, medicatie of ondersteuning. Als ze hun kennis bundelen, kunnen ze samen beslissen welke zorg het beste past. Daar worden beiden beter van.”

Goede voorbereiding is belangrijk

Veel zorgverleners proberen hun patiënten zo veel mogelijk bij een beslissing te betrekken. Toch blijkt uit onderzoeken dat patiënten dit nog niet altijd zo ervaren. In een onderzoek van Kantar (2020) zegt slechts 37 procent van alle deelnemende patiënten dat zij beslissingen samen met hun zorgverlener nemen. En ook de Transparantiemonitor van Nivel (2020) laat een mismatch zien tussen de ervaringen van patiënten en artsen. Samen Beslissen is op dit moment dus nog te weinig ‘samen’.

Van der Voort: “Dat heeft verschillende oorzaken. Aan de ene kant zijn er patiënten die zich niet goed voorbereiden, informatie niet goed begrijpen of geloven dat hun eigen mening niet relevant genoeg is. Aan de andere kant kunnen onze houding en werkstijl het verschil maken. Door nog beter te luisteren, de tijd te nemen om uitleg te geven en geen aannames te maken over iemands begrip of situatie, bijvoorbeeld. Betere zorg begint met een goed gesprek.”

Samen Beslissen op verschillende manieren

Patiënten en zorgverleners kunnen allebei de deur openen naar een persoonlijk en begrijpelijk gesprek. Een belangrijk hulpmiddel hiervoor zijn de drie goede vragen.

- 1 Wat zijn mijn mogelijkheden?
- 2 Wat zijn de voordelen en nadelen van die mogelijkheden?
- 3 Wat betekent dat in mijn situatie?

Patiënten krijgen via MijnCatharina informatie over deze 3 goede vragen, zodat zij zich goed kunnen voorbereiden op de afspraak en nog beter samen met de zorgverlener kunnen beslissen wat op een bepaald moment de beste behandeling voor hem of haar is.



Pepijn van der Voort, cardioloog

“De moeilijkste patiënten stuur je naar Rutten!”

Door: Eveline van de Ven, senior redacteur

Afscheidsinterview Harm Rutten

Prof. dr. Harm Rutten heeft op zijn 65ste verjaardag, afscheid genomen van zijn patiënten. Na 40 jaar in de chirurgie gewerkt te hebben, waarvan de laatste dertig als oncologisch chirurg in het Catharina Ziekenhuis, gaat hij met pensioen. Het vak helemaal loslaten, dat doet hij niet. Hij blijft als hoogleraar in het MUMC verbonden aan het Catharina Ziekenhuis en gaat zich de komende tijd bezighouden met onderzoek naar complexe endeldarmkanker. “Door het doen van onderzoek hoop ik een compensatie te vinden voor het feit dat ik geen patiëntenzorg als chirurg meer doe”, aldus prof. dr. Harm Rutten.

Rutten mag met recht een pionier binnen de kankerzorg genoemd worden. Hij stond in 1991, als één van de eerste chirurg-oncologen in een niet-universitair ziekenhuis in Nederland, aan de basis van kankerzorg zoals wij deze nu kennen. “De zorg voor patiënten met kanker is de laatste 40 jaar enorm verbeterd. In de beginjaren konden we niet veel meer dan de tumor operatief verwijderen. We hadden pas zicht op de tumor tijdens de operatie. We opereerden letterlijk op zicht en tast. Beeldvormende technieken zoals een CT-scan of MRI stonden nog in de kinderschoenen. Met als resultaat dat vaak niet de hele tumor werd verwijderd en de kanker dus terugkwam bij de patiënt. Dat was frustrerend. De uitdaging om tot een betere diagnostiek en dus betere behandeling te komen, bleven

me bezighouden. Daar heb ik nachten van wakker gelegen.”

Tekstboek in OK

Als jonge dokter raakte Rutten gefascineerd door tumoren. Chirurgische oncologie als specialisme bestond nog niet. Het was een onderdeel van de algemene chirurgie. Zijn gedachten gaan terug naar die tijd: “Als algemeen chirurg verrichtte je ingrepen op het gebied van vaatchirurgie, traumatologie, kinderchirurgie en oncologie. Je zag alles voorbij komen. Sommige ingrepen kwamen echter zo weinig voor dat je de leerboeken moest raadplegen, de tekstboeken met beschrijvingen van de operatie gingen soms zelfs mee de operatiekamer op. Dat is nu ondenkbaar”, vertelt Rutten.

Pionier

Rutten heeft in die 40 jaar altijd geprobeerd naast zijn patiënten te staan. “De beste zorg bieden aan mijn patiënten, in welk ziekenhuis dan ook, is voor mij altijd het allerbelangrijkste geweest. Of ik een pionier op mijn gebied ben geweest, de beste ben of in het beste ziekenhuis werk, dat heeft me nooit geïnteresseerd.



Harm Rutten



Op de foto zien we Harm Rutten en zijn vrouw die hem een lintje opspeldt, overhandigd door loco burgemeester Joost de Jong van de gemeente Eindhoven. Rutten kreeg zijn koninklijke onderscheiding tijdens zijn afscheid als oncologisch chirurg van het Catharina Ziekenhuis in verband met zijn pensionering. Hij ontvangt de Koninklijke Onderscheiding voor zijn inzet voor met name patiënten met endeldarmkanker. Foto: Cas van Rijssel

Ik heb niets met 'lijstjes' die de diverse media elk jaar publiceren, dat zegt niks. Je kunt niets in je eentje, alleen door samen te werken, kun je stappen zetten. Je doet het met zijn allen, samen met de patiënt. Als de patiënt wakker is, dan ben je chirurg. Chirurg zijn is meer dan alleen snijden. Chirurg ben je vooral op de polikliniek in het gesprek met patiënt, die recht heeft op een goede voorlichting en een juiste eerlijke begeleiding in het hele traject", aldus Rutten.

Samenwerking

En juist de samenwerking met andere specialisten uit diverse ziekenhuizen heeft geleid tot ontwikkeling van verschillende nieuwe behandelingen door de jaren heen. "Dat was een mooie tijd, je zette met elkaar grote stappen op het gebied van kankerzorg. Op verschillende momenten gaf het me adrenaline, want wie kan nu zeggen dat hij een leven heeft gered. De mogelijkheden verbeterden razendsnel, waardoor we veel meer voor deze complexe patiëntengroep konden doen. Het Integraal Kankercentrum Zuid (IKZ), inmiddels opgegaan in het landelijke Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL), heeft hierin een zeer belangrijke rol gespeeld.

Als een van de oudste kankerregistraties in Nederland, verzamelde zij data, bracht specialisten van diverse disciplines bij elkaar om nieuwe inzichten met elkaar te bespreken, in te voeren of onderzoek op te starten. Onze stelling was toen dat elke patiënt er in zijn eigen ziekenhuis vanuit moest kunnen gaan, de beste zorg te krijgen. Kwaliteitsregistratie werd openlijk tussen ziekenhuizen gedeeld. Betere resultaten uit een ander ziekenhuis, konden we dus direct ten goede laten komen aan onze patiënten", benadrukt Rutten, "de World Health Organisation, kortweg WHO betitelt nu al bijna 15 jaar de Nederlandse kankerzorg als de beste in de wereld."

Patiënten

Op de vraag of patiënten in de afgelopen 25 jaar zijn veranderd, reageert Rutten bevestigend. "Patiënten zijn beter geïnformeerd, zijn mondiger en denken mee. Nu heeft dit een hippe naam gekregen; shared decision making oftewel samen beslissen. Maar aan de houding van de specialist is niets veranderd, ook vroeger trachtte je tot de best passende oplossing te komen voor je patiënt, met de middelen die je had. Het grote verschil

met vroeger is dat we veel meer behandelopties hebben voor onze kankerpatiënten, er valt nu ook daadwerkelijk iets te kiezen. Ook de mogelijkheid om niet te behandelen, heeft een duidelijkere positie gekregen.”

Kwaliteit van leven

Dat niet alleen ‘overleven’, maar ook de kwaliteit van leven een belangrijke plaats heeft gekregen, wordt binnen het Catharina Kanker Instituut al jaren erkend. “Vroeger, toen veel mensen aan kanker dood gingen, was het enige doel dit te voorkomen. Nu is de uitkomst een veel ruimer begrip geworden. Niet alleen overleven, maar ook de kwaliteit van leven, het beperken van complicaties en het voorkomen van functionele beperkingen worden meegenomen. Al deze uitkomsten bepalen mede de keuzes van patiënten. Samenwerking binnen het ziekenhuis met andere disciplines is cruciaal om onze patiënten hierin te kunnen bedienen. De expertise die binnen het Catharina Ziekenhuis, een niet-universitair ziekenhuis, voor

“Door zijn onophoudelijke inzet, zijn visie, zijn vermogen samen te werken en anderen mee te laten delen in succes heeft Harm Rutten eigenhandig de kwaliteit van zorg voor patiënten met endeldarmkanker in Nederland naar een hoger niveau getild. Als het gaat om de complexe behandeling van patiënten met vergevorderde tumoren van de endeldarm is Harm Rutten een icoon en een internationaal fenomeen. ‘De moeilijkste patiënten stuur je naar Rutten’ en ze kwamen uit binnen- en buitenland. Wat zijn prestatie nog exceptioneler maakt, is dat hij zijn werk als instructeur, opleider, mentor, docent en wetenschappelijk onderzoeker ernaast deed, ’s avonds en in het weekend. Moest hij een chirurg in een ander ziekenhuis bijstaan, dan nam hij een vrije dag. Als collega-chirurg en zijn opvolger bewonder ik wat hij heeft bereikt. Ik ken geen dokter die zo evident en persoonlijk een beslissende rol heeft gespeeld in de levens van duizenden patiënten.”

Chirurg-oncoloog Pim Burger

handen is, is uitzonderlijk te noemen. We hebben hier een multidisciplinair kankercentrum, overal staat de logistiek rondom de patiënt centraal. Wat mij betreft is dit de beste verbetering ten opzichte van vroeger. Wat dat betreft neem ik met een gerust hart afscheid, het team wat hier staat, mijn opvolgers, zijn toppers op hun gebied”, benadrukt hij. “Ik ben er van overtuigd dat kankerpatiënten in het Catharina Ziekenhuis de beste zorg krijgen, we draaien mee in de top van Nederland. De multidisciplinaire samenwerking binnen het Catharina Kanker Instituut hebben onderzoek en behandeling tot een ongekend succes gemaakt.”

‘Foutjes’

Op de vraag of kanker in de toekomst verdwijnt, is Rutten duidelijk. “Nee! We zullen steeds beter begrijpen hoe kanker in de cel ontstaat en er zullen door onderzoek behandelingen komen die op celniveau correcties uitvoeren. Hierdoor zullen grote kankeroperaties, die ik mijn hele leven heb uitgevoerd, misschien overbodig worden. Echter, instabiliteit van ons DNA heeft evolutie mogelijk gemaakt en ‘foutjes’ die onder andere verantwoordelijk zijn voor de ontwikkeling van kanker en vele andere ziektes zijn hier een onafscheidelijk bijproduct van. Ook weten we dat omgevingsfactoren zoals fijnstof, uitlaatgassen en levenswijze zoals overgewicht en bijvoorbeeld roken een belangrijke rol spelen. En die lijken al net zo onafscheidelijk te zijn van ons menszijn”, benadrukt hij.

Toekomst

Dat Rutten zijn pensioengerechtigde leeftijd heeft behaald, betekent niet dat hij het rustiger aan gaat doen. “Nou, ik ben wel blij dat ik meer vrije tijd krijg en dat het onderzoek niet meer in de avond of weekenden moet gebeuren. Als chirurg was het niet ongewoon dat ik meer dan 80 uur in de week maakte. Overdag zag ik patiënten en stond ik op de OK. Nu ik mij volledig op de begeleiding van promovendi kan richten met hun onderzoek naar het verbeteren van de zorg rondom complexe endeldarmkanker, wordt het een stuk rustiger. Maar ik heb ook nog vier kinderen die allemaal een oud huis hebben gekocht. En ze weten allemaal dat ik handig ben. Dus ik ben ook nog een halve aannemer en dat doe ik met veel plezier”, lacht Rutten, “dus ik ga me niet vervelen.”

Accidentele intoxicatie bij zuigeling

Door: Jo-Anne Janson, kinderarts in opleiding (huidig in MUMC; voorheen ANIOS in Catharina Ziekenhuis), Arthur Wasylewicz, ziekenhuisapotheker, Marieke Kerskes, ziekenhuisapotheker en Marianne Eijkemans, kinderarts

Accidentele intoxicaties komen regelmatig voor bij kinderen. Meestal gaat het om peuters of kleuters die bijvoorbeeld de tabletten van oma ‘snoepen’. Intoxicaties bij zuigelingen komen minder vaak voor en zijn dan vaak te wijten aan medicatiefouten. Een veel voorkomende medicatiefout in de ‘thuisituatie’ is een zogenaamde ‘look-alike-sound-alike’ fout door vergissingen in verpakking of medicijnnaam.

Casuspresentatie

Een voorheen gezonde jongen van vier weken oud werd door zijn ouders naar de Spoedeisende Hulp gebracht omdat hij per ongeluk de dosis citalopram van zijn moeder had gekregen. In plaats van de vitamine D druppels die ze hem wilde

geven, verwisselde ze per ongeluk de flesjes citalopram en vitamine D. Deze flesjes zijn vergelijkbaar, zoals weergegeven op de foto. De moeder merkte ongeveer 30 minuten later het verkeerde medicijnflesje op en bracht het kind onmiddellijk naar de Spoedeisende Hulp. Ze diende tien druppels citalopram toe, overeenkomend met 20 mg. Bij een gewicht van 3355 gram komt dit overeen met ongeveer 6 mg/kg (meer dan 30 keer de ‘aanbevolen’ dosering bij oudere kinderen). Bij het eerste lichamelijk onderzoek zagen we een extreem geprikkelde zuigeling met een duidelijke opisthotonus, zoals weergegeven op onderstaande foto.



Zuigeling bij presentatie op de SEH met evidente tekenen van opisthotonus (foto geplaatst met toestemming van ouders).



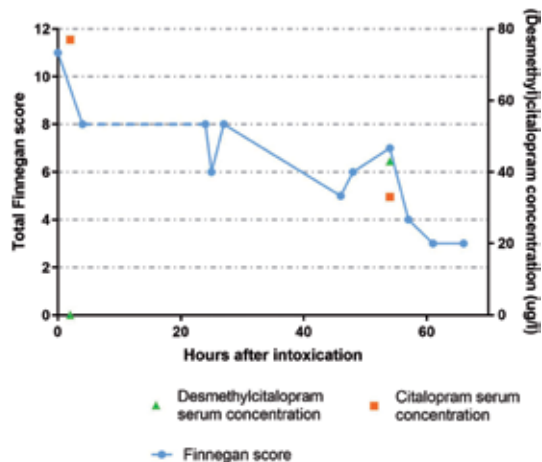
Medicijnverpakkingen met citalopram (links) en vitamine D (rechts). Foto aangeleverd door ouders.

De vitale functies waren stabiel, de patiënt had een ademhalingsfrequentie van 50/min en een zuurstofsaturatie van 100% in de kamerlucht. Bij presentatie vertoonde patiënte een geïsoleerde systolische hypertensie. De bloeddruk was 110/38 mmHg (referentiewaarde p95 voor systolische bloeddruk 105 mmHg) met een sinustachycardie van 190 slagen per minuut. Er werd een neussonde ingebracht om de maag te legen; geactiveerde kool en natriumsulfaat werden gedurende een periode van twee uur toegediend om eventuele verdere absorptie van het citalopram te voorkomen. Er werd een infuus geplaatst voor onderhoudsvocht en voor een veilige intraveneuze toegang. De patiënt werd overgeplaatst naar een

neonatale intensive care afdeling (NICU) voor intensieve monitoring, in verband met het mogelijke risico op hartritmestoornissen en convulsies. Echo cerebrum was niet afwijkend. Na 16 uur ongecompliceerde monitoring werd de patiënt teruggeplaatst naar het Catharina Ziekenhuis. In de volgende dagen bleef hij tekenen van extreme prikkelbaarheid en verhoogde spierspanning vertonen. Na 4 dagen opname waren de symptomen voldoende verminderd om de patiënt naar huis te ontslaan. Poliklinische follow-up toonde dat de patiënt nog wekenlang een verhoogde tonus had. Daarbij vertoonde hij onrust en gastro-oesophageale reflux. In de loop van de tijd zijn de symptomen verdwenen en normaliseerde de tonus.

Bespreking

De spiegels van citalopram en de actieve metaboliet (desmethylycitalopram) werden bepaald op meerdere tijdstippen om de farmacokinetiek te beoordelen ter ondersteuning van de kliniek. De grafiek toont de afname van de citalopramspiegel in de tijd, uitgezet tegen de toename van de desmethylycitalopramspiegel en de Finniganscores. De Finniganscore is een gevalideerd meetinstrument voor neonataal abstinentiesyndroom en wordt bijvoorbeeld gebruikt bij zuigelingen die geboren zijn uit een drugsafhankelijke moeder. De score meet onder andere een hoge huil, slaapproblemen, hyperreflexie, temor, convulsies, hyperthermie, tachypneu en voedingsproblemen. Om de symptomen van deze citalopram intoxicatie te objectiveren is gekozen om de Finniganscore te gebruiken om een beloop in de tijd weer te kunnen geven. Met name de neurologische symptomen toonden een goede overeenkomst met de Finniganscore. Opvallend in het tijdsbeloop is dat de zuigeling, ook na ontslag, nog lange tijd symptomatisch is geweest. Het vermoeden is dat de actieve metaboliet hier een rol in gespeeld heeft.



Finneganscores tijdens opname. De blauwe stippen vertegenwoordigen de Finneganscores. De gestippelde blauwe lijn staat voor de NICU opname waar geen Finneganscores werden geregistreerd. De oranje stippen vertegenwoordigen de citalopramspiegels en de groene stippen de desmethylycitalopramspiegels, de concentratie wordt weergegeven op de secundaire Y-as aan de rechterkant van de figuur.

Concluderend

Medicatiefouten in de thuissituatie komen voor en kunnen veroorzaakt zijn doordat medicatieverpakkingen op elkaar lijken, zoals in deze casus. Deze fout is gemeld bij het Lareb om dit in de toekomst te voorkomen. De samenwerking tussen de apotheek en kinderartsen was nuttig op de werkvloer, maar leverde ook een mooie publicatie op.

Voor huisartsen; ben alert bij ouders die zelf medicatie gebruiken op het ontstaan van mogelijke verwisselingen van medicatie. Adviseer de medicatie van kinderen/zuigelingen en ouders apart van elkaar te bewaren op een plaats waar de kinderen niet bij kunnen.

Deze casus beschrijft een patiënt die zich in het Catharina Ziekenhuis presenteerde en afgelopen jaar gepubliceerd werd in BMC Pediatrics (Janson JA, Wasylewicz ATM, Eijkemans M, Kerskes M. Citalopram intoxication in four week old infant. BMC Pediatr. 2020 Dec 7;20(1):552).

Bedside teaching 2021 en 2022

2021: 21 december, tijd 17.45 - 19.45 uur

2022: 18 januari, 15 februari, 15 maart, 19 april, 17 mei, 21 juni, 20 september, 18 oktober, 15 november, 20 december

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. Specialististen verzorgen deze nascholing aan de hand van casuïstiek en na voorbereiding met de huisartscoördinator.

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.

Vaardigheidstraining huisartsen

ECG basis cursus: voorjaar 2022

Het 'Heilig uur'

Elke donderdag, 12.30 - 13.30 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.

De bijeenkomsten vinden vanwege corona voorlopig digitaal plaats via MS Teams.

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

Refereeravonden kinderartsen

Derde dinsdag, 19.30 - 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.

In verband met Corona zijn alle data onder voorbehoud.

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