eindverslag

OverEINDse dagen vanuit Cascais

15 tot en met 18 april 2015

Eindverslag is een jaarlijkse uitgave van adherente huisartsen, specialisten ouderengeneeskunde en specialisten Catharina Ziekenhuis en Máxima Medisch Centrum

Colofon
Eindverslag is een gezamenlijke uitgave van Stichting OverEIND, HaCa en TransMáx.
Niets uit deze uitgave mag worden overgenomen zonder bronvermelding.
Redactie Albert-Jan Aarnoudse, Ties Aben, Hennie van Bavel, Meggy Hurenkamp, Jolanda Oosterwaal, Mariëtte Oostindiër, Mark Scherders, Inge Tissen, Marjolijn Wegdam
Fotografie Roel Aleva, Meggy Hurenkamp, Mariëtte Oostindiër, Julius Schilthuis
Illustraties Anneke Dalinghaus
Ontwerp en opmaak Ster design ontwerpbureau
Drukwerk Strijbos Grafische Groep
Oplage: 1.100 stuks.
Redactie Eindverslag,
Postbus 1350, 5602 ZA Eindhoven, telefoon 040 - 239 84 05, e-mail: info@OverEIND.nl

Inhoudsopgave

Gezondheidszorg 2020 in de regio Eindhoven 4

De schildklier, meten is weten 6

Transmurale hartrevalidatie: Innovatie & optimalisatie van samenwerking in de keten 10

Kniepathologie van jong tot oud, over feiten en fabels 14

Workshop 'tijdig spreken over het levenseinde' 16

Het Lumbosacraal Radiculair Syndroom 18

Transitie jeugdzorg 20

Explosie van huidmaligniteiten, 1e en 2e lijn hand in hand 24

Dementie Overeind 28

Beheersen van BMRO in de regio 30

Rubrieken

Reisleider 3
Reiziger 13, 23, 26
Reisafspraak 9

Reisleider

Voor u ligt het eindverslag van de 16e OverEINDse dagen in Cascais, ter herinnering en als naslagwerk van een geslaagd congres.
Ikzelf zal deze reis niet snel vergeten, alleen al door de bijzondere openingssessie. Vol bewondering zag ik meer dan 100 congresgangers eendrachtig en geduldig deze beproeving doorstaan, geholpen door smartphones en Free Wifi uiteraard.
Niets kon hierna nog de moraal verstoren en de eerste doelstelling van St. OverEIND was reeds behaald, een goede sfeer en saamhorigheid was een feit.
De inhoudelijk voortreffelijke workshops, het buitengewoon goede hotel, heerlijke wijn en spijs gecombineerd met een geslaagd cultureel programma en feestavond deden de rest.
Er is ruimschoots geïnvesteerd in persoonlijke contacten, uitvoerig van gedachten gewisseld en buiten eigen kaders getreden, met als doel de onderlinge samenwerking op een nog hoger niveau te brengen in onze regio.

Graag wil ik van de gelegenheid gebruik maken om Wouter Dercksen te bedanken, die na jarenlange inzet afscheid genomen heeft als bestuurslid van St. OverEIND.
In de persoon van Ronald Erdtsieck hebben wij een waardig opvolger gevonden.
Wouter bedankt.

Als bestuur van de St. OverEIND zijn wij wederom bevestigd in onze overtuiging van het nut en de toegevoegde waarde van bijeenkomsten als deze ver van huis.
De formule werkt nog steeds en wij blijven ons inzetten dit voort te zetten, om te beginnen volgend jaar in Marrakech.

Met vriendelijke groet en wellicht tot dan,

Joep van Rens
Voorzitter St. OverEIND

Gezondheidszorg 2020 in de regio Eindhoven

Door: Ed Berends, Stichting Gezondheidscentra Eindhoven, Paul Boomkamp, Catharina Ziekenhuis, Jules Keyzer, Diagnostiek voor U, Arnold Romeijnders, PoZoB, Jan Harm Zwaveling, Máxima Medisch Centrum

De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) heeft in 2010 een notitie laten verschijnen dat de onderlegger vormt voor het kabinetsbeleid te weten Perspectief op gezondheid 2020. Ook de grote banken als Rabo en ING hebben hun visie op de ontwikkelingen in de gezondheidszorg neergeschreven in toekomstverkenningen. Hun belangen bij de financiering van zorg zijn aanzienlijk.

Bij het kijken naar belangrijke thema's die in de visie van RVZ naar voren komen valt op dat begrippen Zorg en Ziekte zullen moeten worden vervangen door Gezondheid en Gedrag. Daarnaast zal de gezondheidszorg worden afgerekend op maatschappelijk rendement. De gezondheid van de gemiddelde Nederlander moet toenemen. Daarbij zal hij meer dan nu het geval is moeten deelnemen in de maatschappij; participatie in de samenleving.

Bureaucratisering die nu veelal in de weg staat van deze ontwikkelingen dient te verdwijnen. Efficiënt en effectief handelen moeten meer op de voorgrond komen te staan, zonder te verworden tot mechanische onpersoonlijke zorg.

Grote veranderingen

Een drietal grote veranderingen zijn in 2010 aangekondigd. Ten eerste het instellen van een onafhankelijk Kennisinstituut dat een standaard voor kwaliteit en normen gaat ontwikkelen. (in 2012 geïnstitutionaliseerd). Ten tweede komt er een belangrijke focus te liggen op outcome indicatoren en als laatste moet het denken-in-echelons plaats maken voor een meer op continuïteit van zorg ingericht systeem.
De overheid heeft als taak zich te richten op het aanspreken van de burger op diens verantwoordelijkheid en zal middels de zorgverzekeraar inzetten op bevorderen van gezondheid, participatie en zelfredzaamheid. Er liggen belangrijke targets op terugdringen van tabaksgebruik(13 % van de ziektelast), alcohol gebruik (4,5% ziektelast) en het stimuleren van meer bewegen en gezonde voeding om het overgewicht terug te dringen (9,7% ziektelast)
Bij het overall kijken naar de gezondheidszorg gaat het om bevorderen van de gezondheid en niet om het in stand houden van instituties. Sanering is een uitkomst van deze visie. Bij het neerleggen van verantwoordelijkheden meer bij burger en patiënt, zal er een verschuiving gaan plaatsvinden van de ziekenhuiszorg naar de huisarts in de wijk met alle daaromheen georganiseerde hulpverleners. Om deze verschuiving te kunnen vormgeven zal ook zorg die nu nog in de eerste lijn wordt gegeven meer toe moeten naar de omgeving van de burger zelf in de wijk. De komst van hulmiddelen zoals apps en websites stelt steeds meer mensen in staat adequate zorginformatie te krijgen van kwalitatief niveau. (thuisartsnl; moet ik naar de dokter)
Kijkend naar de regio Eindhoven kunnen we vaststellen dat veranderingen in het aanbod van zorg analogieën kent met evolutie. Aangepast aan de veranderende omstandigheden heeft de meeste kans van slagen. Niemand wil graag de Dodo van de gezondheidszorg zijn op het idyllische tropische eiland.

Als we kijken naar de kwaliteit van de zorg blijken we in Nederland al jaren boven aan de top mee te draaien. De Euro Health Consumer Index(EHCI) laat zien dat we aan de top staan en dat sinds de stelselherziening van 2006 de prestaties blijven verbeteren.
De zorgvraag verandert van systeem, waarin acute zorg, gericht op enkelvoudige aandoeningen vooral het werk was van de prestaties van de dokter. Het bestond uit een stelsel, gedreven door aanbod met medische dominantie vanuit losse winkeltjes. Risicoloos met een vanzelfsprekende autoriteit van de dokter. Dit systeem transformeert naar een zorg waarin steeds meer noodzaak is voor een visie op chronische aandoeningen die een multidisciplinaire aanpak vereisen. Vraag gestuurd, waarbij moet worden ingezet op verbinding en integratie. Het wordt steeds meer risicodragend en er wordt afgerekend op de uitkomst.
Deze transitie gaat leiden tot een herschikking van het aanbod, waarbij er naast de universitaire en de topklinische centra een plek is voor basisziekenhuizen wat meer in de periferie. Met een overgang naar vormen die tussen de klassieke lijnen zich bevinden. Zorg wordt geleverd op de plaats met adequate voorzieningen en expertise tegen de laagst mogelijke kosten. Dit met behoud, liefst nog verbetering van kwaliteit en service naar de bevolking. Dit alles met een plafond in het kostenplaatje zoals de overheid de kaders heeft geschetst.

Verkopen van datastromen

Voor 2020 levert dit een verandering op in het speelveld waarbij nieuwe toetreders een plek zullen vinden en er duidelijkheid komt wat op welke plaats kan worden geboden. Beslissend voor het succes zal de informatisering zijn waardoor informatie zonder barrières bij de behandelaars en de patiënt bekend is. Dit betekent dat we in de toekomst niet met elkaar moeten vechten om de patiënt, maar dat behandelaar en patiënt gaan kijken waar de zorg adequaat kan worden geleverd, zo laag mogelijk in de keten. Dat gaat ook betekenen dat we data die de patiënt zelf vergaart op een zinnige wijze kunnen verwerken in het dossier van de patiënt. Of er nu in voorziening A of B data genereerd wordt, of door de patiënt zelf, dat moet voor het sociaal medisch dossier geen verschil maken. Met elkaar moeten we meer energie steken in het verknopen van datastromen om verbetering van zorg mogelijk te maken. Zodat er één gegevens- en informatiedossier is dat door alle hulpverleners kan worden benut en dat ook voor en door de patiënt kan worden geraadpleegd wanneer noodzakelijk. Een belangrijk punt hierbij zal niet zozeer de vraag zijn of de data juist zijn, de vraag wordt steeds belangrijker: is het zinnig dit onderzoek te gaan doen. Veel kosten worden gegenereerd doordat de mogelijkheid tot het doen van onderzoek onvoldoende wordt afgezet tegen de kosten die het met zich mee brengt. Ook de vervolgkosten door de analyse achteraf zijn aanzienlijk. Jules liet dit zien aan de hand van het zandloperplaatje, waarbij de pre-analytische, en de post analytische variatie van de gegevens en de consequenties die daaraan worden verbonden vele malen groter is dat de variatie in de analyse zelf. Een aandachtspunt voor ons.

Brede levenspad

Een makkelijk hanteerbaar beeld zoals gepresenteerd is dat van een mens die over het brede pad van zijn leven gaat waarbij zorg en ondersteuning als bolletjes aanhaken en waarbij de zorgverleners langer of korter met de patiënt zijn weg gaat. Sommigen hebben kleine of korte interventies anderen lopen soms langer met een patiënt mee door het leven. De klassieke huisarts soms wel een jaar of 30. Als een patiënt de gemiddelde leeftijd haalt is er altijd een keur aan hulpverleners in beeld geweest, niemand die het gehele traject met hem gaat.

Ingewikkelde materie

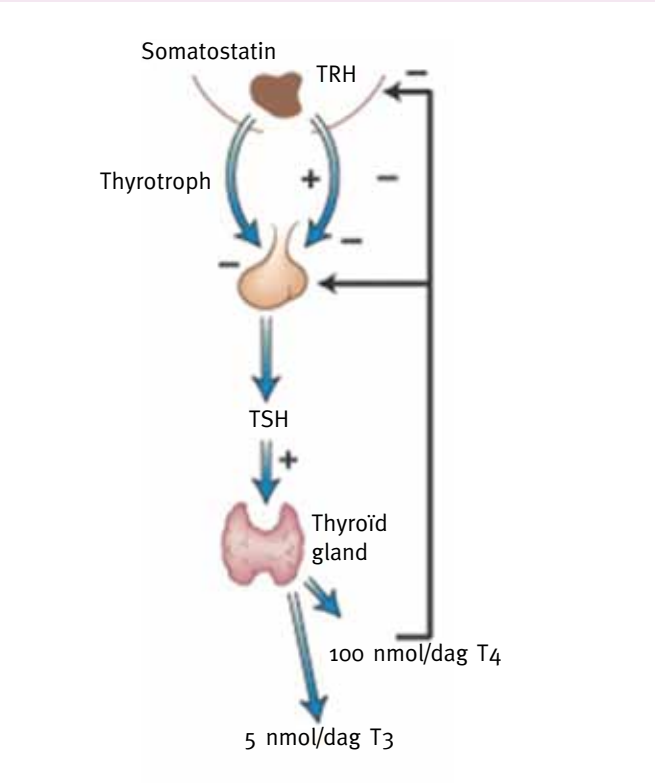
Bij het kijken naar zorg komt de vraag op wat goede zorg is. Zijn daar maatstaven voor aan te geven? Bij kijken naar gezondheid blijken beleidsmakers zorgverzekeraars behandelaars en patiënten verschillende invalshoeken te kennen voor wat zij belangrijk vinden. In de contracten worden wel ijkpunten vastgesteld waarmee we proberen grip te krijgen op een veelomvattend gegeven als 'goede zorg'. Alles en iedereen over één kam scheren gaat niet lukken weten we onderhand, en we gaan voor een individueel zorgplan. We hebben een aantal criteria waaraan wij dat zorgplan toetsen en: gemotiveerd afwijken kan. Het blijkt ingewikkelde materie te zijn waarbij iedereen weet dat het verzamelen van vinkjes in een spreadsheet geen maatstaf zal zijn voor goede zorg. Ook weten we dat het zichtbaar maken wat we doen belangrijk is om te kijken wat zorg kost en wat dit oplevert. Dit geldt zowel voor de professional die wil weten of dat wat hij doet bijdraagt aan goede zorg als ook voor de financiers en de beleidsmakers.

Met deze presentaties hebben de inleiders een perspectief proberen te schetsen waar in de discussies met elkaar in de dagen in Cascais regelmatig op is voortgeborduurd.

De Schildklier, meten is weten

Door: Frederieke de Bever, huisarts, Joyce Curvers, klinisch chemicus Catharina Ziekenhuis en Ronald Erdtsieck, internist Máxima Medisch Centrum.

Schildklieraandoeningen komen veel voor in de huisartsenpraktijk, met name hypothyreoïdie met een incidentie van 120-170 per 100.000 patiënten. De klachten zijn vaak aspecifiek en niet gecorreleerd aan de ernst van dehypothyreoïdie. Wat kan de huisarts zelf behandelen? Welke laboratoriumbepalingen zijn zinvol om aan te vragen en hoe interpreteren wij die? De recente NHG standaard (2013), richtlijn van NIV (2012) en NVOG (2010) zijn niet op alle vlakke congruent. Wij behandelen de vragen en inconsistenties.



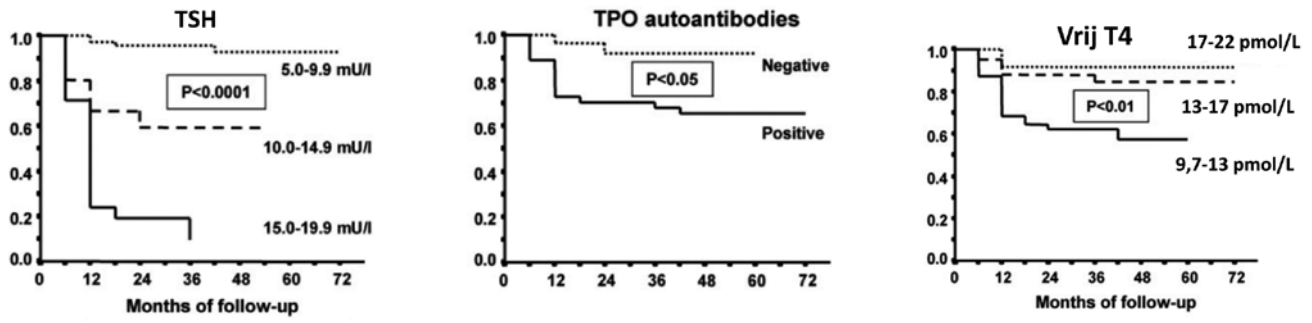
Figuur 1. TRH uit hypothalamus stimuleert afgifte van TSH uit hypofyse. TSH stimuleert schildkliercellen tot [productie van T4 en T3, welke een negatieve feedback hebben op de hypothalamus en hypofyse.

TSH als graadmeter

Thyroid Stimulerend Hormoon, het hormoon dat de schildklier aanzet tot productie van vrij T4 en vrij T3, wordt uitgescheiden door de hypofyse op het moment dat er door het lichaam een tekort aan vrij T4/T3 waargenomen wordt.
TSH bindt op zijn receptor in de schildklier, waarna in de follikels jodiumgroepen aan thyreoglobuline gebonden worden ondermeer onder invloed van Thyroid Peroxidase (TPO). Het T4 wordt vrijgegeven aan de bloedbaan, waarbij perifeer met name omzetting naar T3 plaatsvindt. Vrij T3 is de biologisch actiefste vorm. Feedback aan hypothalamus en hypofyse wordt gegeven door zowel vrij T4 als vrij T3.
Bij zowel een hyper- als een hypothyreoïdie, zal als eerste het TSH gaan afwijken. Bij een normale TSH is vervolgdiagnostiek niet geindiceerd.
Het TSH kent referentiewaarden die verschillen per laboratorium. Deze referentiewaarden zijn scheef verdeeld, met een mediaan (middelste waarde) rond de 1,4 mIU/L.
Bij diagnose en behandeling geldt de TSH als graadmeter.

Subklinische hypothyreoïdie

Subklinische hypothyreoïdie is een veelvuldig voorkomend verschijnsel. Conversie naar een klinische hypothyreoïdie treedt slechts bij een klein deel van de patiënten op (10-30%). De aanwezigheid van anti-TPO antistoffen, de hoogte van de TSH en het onderdrukt zijn van de vrij T4 (binnen het referentiegebied) zijn voorspellers voor snellere progressie naar hypothyreodie. Zie figuur 2.



Figuur 2. Kaplan Meier curves van conversie naar hypothyreoï die bij verschillende concentraties (a) TSH, (b) anti-TPO antistoffen en (c) vrij T4. Waarbij 0,75-0,99 ng/dL gelijk staat aan 9,7-13 pmol/L. Overgenomen uit Díez and Iglesias, Clin Endocrinol Metab, 2004, 89(10):4890–4897

Omdat de bepaling van een anti-TPO geen verandering van het beleid geeft, wordt er in de NHG standaard niet geadviseerd deze analyse uit te laten voeren. Toch kan de anti-TPO wel meerwaarde bieden bij het informeren van de patiënt over het mogelijke beloop.
Op dit moment wordt in diverse richtlijnen tevens afgeraden om subklinische hypothyreoïdie te suppleren.

Behandeling hypothyreoïdie

Bij een gediagnosticeerde hypothyreoïdie is meestal levenslange substitutietherapie nodig. In de recente NHG standaard is een nieuw advies opgenomen wat betreft de medicamenteuze behandeling:
Als de patiënt <60 jaar is en er geen cardiale comorbiditeit bestaat kan direct gestart worden met een hogere dosering levothyroxine (T4), namelijk 1,6 microg/kg.
Bij patiënten ouder dan 60 jaar en/of cardiale comorbiditeit dient de dosering geleidelijk verhoogd te worden.
De dosering wordt opgehoogd tot TSH laag normaal is (vrij T4 hoog normaal) en patiënt klachtenvrij, vervolgens wordt na 3 maanden een controle gedaan. Bij stabiele waardes volstaat een jaarlijkse controle.
Er bestaat bij een hypothyreoïdie geen meerwaarde voor de bepaling van een (vrij) T3, immers de schildklier geeft dmv TSH aan of er sprake is van afdoende suppletie. Ook de behandeling met een combinatie van T3/T4 is niet aangetoond effectiever dan met alleen levothyroxine. Wel is het zo dat bij een zeer klein aandeel van de patiënten klachten blijven bestaan. Mogelijk komt dit omdat er perifeer een verminderde omzetting is van T4 naar het actievere T3. Behandeling met T3 vindt plaats in de tweede lijn.

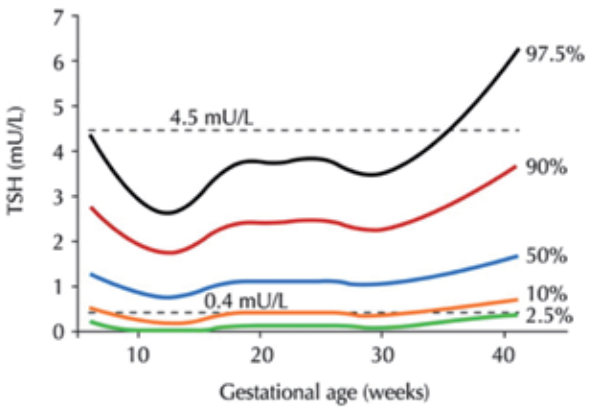
Zwangerschap

In de zwangerschap is de behoefte aan T4 vergroot. De hersenontwikkeling van het kind start zeer vroeg in de zwangerschap (rond 12 weken), terwijl de schildklier pas rond de 18e week is aangelegd. De foetus is dus afhankelijk van het T4 van de moeder.
Ook is er een bewezen relatie tussen TSH waarden >2.5 mIU/L en vroeggeboorten, miskramen, motorische en intellectuele achterstand. Op dit moment wordt screening van (pre)zwangeren nog niet gepropageerd, omdat interventie geen gemeengoed is. Case finding in risicogroepen is zeker aangewezen.

Beleid in de zwangerschap

Bij een bekende subklinische hypothyreoïdie

Bij aanvang van de zwangerschap vindt een bepaling plaats van het TSH en vrije T4. Als deze niet afwijkend is, volgt een controle na 3 maanden. Ook voor de zwangerschap gelden specifieke referentiewaarden, zie figuur 3. Bij een persisterende subklinische hypothyreoïdie wordt de TSH en vrij T4 elke 4 weken bepaald, de streefwaarde van het TSH is daarbij <2.5 mIU/L.



Figuur 3. Referentiewaarden voor TSH in de zwangerschap. In het eerste trimester wordt bij suppletie gestreefd naar een TSHwaarde <2 mU/L. In het tweede en derde trimester naar een TSH <3 mU/L.

Hypothyreoïdie

	Bepalingen	Behandeling
Subklinisch	TSH en T4 Mgl anti-TPO	vervolgen (na 3-6 mnd)
Klinisch	TSH (graadmeter) en T4 Mgl anti-TPO	door huisarts, tenzij moeilijk instelbaar startdosering afhankelijk van leeftijd en comorbiditeit
In de zwangerschap	TSH-R antistoffen TSH en T4 (elke 4 weken) Streefwaarde TSH 1-2	door huisarts

De Nederlandse Vereniging van Obstetrie en Gynaecologie adviseert vanwege de associatie met zwangerschapscomplicaties bij een subklinische hypothyreoïdie tijdens de zwangerschap om te behandelen met levothyroxine. De NHG standaard en NIV richtlijn zijn hier terughoudender mee.

Bij een manifeste hypothyreoïdie

De medicatie wordt direct met 25% verhoogd. In de NHG standaard wordt geadviseerd de TSH-R antistoffen te bepalen. De hypothyreoïdie van moeder kan ontstaan zijn na een Graves hyperthyreoïdie met aanwezigheid van TSH-receptor antistoffen. TSH-R antistoffen kunnen lang blijven circuleren, de placenta passeren en een foetale/neonatale hyperthyreoidie veroorzaken.
Elke 4 weken wordt de TSH bepaald (streefwaarde 1 tot 2 mIU/L) en het vrij T4. Na de bevalling kan de medicatie weer verminderd worden, op basis van de TSH.

Take Home Messages

(zie ook tabel):

- De huisarts kan patiënten met een hypothyreoïdie, (inclusief zwangere vrouwen) vrijwel altijd goed behandelen, waarbij een TSH streefwaarde van 2IU/mL geldt voor zwangeren.
- In de NHG standaard is geen plaats voor het bepalen van een anti-TPO bij hypothyreoïdie, maar tezamen met de hoogte van het vrij T4 kan dit wel beloop voorspellen.
- TSH is de graadmeter bij de diagnostiek en behandeling van hypothyreoïdie, er is geen toegevoegde waarde voor de analyse van vrij T3

Nieuwe RTA

Binnenkort zal de aangepaste RTA hypothyreoïdie verschijnen.
Belangrijk is dat we verstandige keuzes maken, die we kunnen uitleggen aan onze patiënten, zodat ze “happy” door het leven kunnen.

Bronnen:
NVOG richtlijn schildklier en zwangerschap 2010
NIV richtlijn schildklierfunctiestoornissen 2012
NHG standaard schildklieraandoeningen 2013
Garg and Vanderpump. Subclinical thyroid disease. Brit Med Bulletin 2013; 107: 101-116
https://www.youtube.com/watch?v=FqQ-JuRDkl8

Reisafspraak

App regionale transmurale werkafspraken (RTA's)

De OverEINDse dagen hebben in het verleden vaker aanleiding gegeven tot het ontwikkelen van nieuwe RTA's. Hierover berichtten wij u in deze rubriek. Deze RTA's zijn nu digitaal beschikbaar via een app, die door de transmurale centra HaCa, TransMáx en THEMA voor de regio Zuidoost Brabant is ontwikkeld: de RTA ZOB app.

Naast de RTA's bevat de RTA ZOB App ook een 'smoelenboek' waarin alle contactgegevens van huisartsen, medisch specialisten per ziekenhuis, specialisten ouderengeneeskunde, jeugdartsen en AVG's beschikbaar zijn. Om het smoelenboek in te zien, moet u eenmalig inloggen met inlogcodes die u worden toegezonden. Vanuit de App kunt u dan bijvoorbeeld direct met een collega bellen. Alle zorgverleners kunnen de eigen gegevens in het smoelenboek zelf wijzigen of aanvullen. Daarnaast biedt de app ook de mogelijkheid om een zogenaamd transmuraal incident (=VIM melding) te melden via een veilige digitale route en de nieuwsbrieven van de transmurale centra na te lezen.
De app kan gratis gedownload worden voor Apple en Android. In Cascais is deze app gepresenteerd, en enthousiast ontvangen door de deelnemers. We zijn benieuwd naar uw ervaringen!

Door: Hennie van Bavel, coördinator HaCa en Mariëtte Oostindiër, coördinator TransMáx

Transmurale hartrevalidatie

Innovatie & optimalisatie van samenwerking in de keten

Door: Rutger Brouwers, cardioloog in opleiding Máxima Medisch Centrum, Hareld Kemps, cardioloog en medisch hoofd Flow Máxima Medisch Centrum, Laurence Oostveen, hoofd Flow Máxima Medisch Centrum en Ruud Vergroesen, (kader)huisarts PoZoB

Hart- en vaatziekten zijn doodsoorzaak nummer 1 en in Nederland jaarlijks verantwoordelijk voor ongeveer 40.000 doden en €6,9 miljard aan zorgkosten. Te verwachten is dat deze last door vergrijzing in de komende decennia alleen maar toeneemt. Hartrevalidatie is een multidisciplinaire interventie, die zich richt op fysiek en psychosociaal herstel na een cardiaal event of interventie, met bewezen gunstige effecten op het inspanningsvermogen, kwaliteit van leven, morbiditeit en mortaliteit.

Hartrevalidatie is met name effectief gebleken bij patiënten met coronarialijden, maar ook bij andere groepen wordt het met succes toegepast. Op basis van de verwijsdiagnose en patiëntkarakteristieken wordt door middel van digitale beslissingsondersteuning voor de patiënt een programma op maat gemaakt dat gemiddeld 12 weken duurt. Een belangrijk element van het programma is het beweegprogramma, dat onder begeleiding van de fysiotherapeut wordt uitgevoerd. Andere mogelijke componenten zijn een educatieprogramma, een ontspanningsmodule, een stoppen met roken-programma, voedingsinterventie en psychologische begeleiding op individueel of groepsniveau. Het realiseren van een duurzame gedragsverandering vormt de basis van het hartrevalidatieprogramma.

Barrières bij hartrevalidatie

Door het toepassen van hartrevalidatie kan een mortaliteitsreductie van 35% worden bewerkstelligd, alsmede een afname van het aantal ziekenhuisopnamen van 30%. Ondanks deze zeer gunstige effecten neemt in Nederland minder dan 30% van de geschikte patiënten daadwerkelijk deel aan hartrevalidatie. Hierbij spelen naast een gebrek aan 'awareness' bij zorgprofessionals vaak ook patiëntgerelateerde problemen een rol, zoals problemen met het organiseren van transport, tijdgebrek en het niet willen deelnemen aan groepstrainingen. Naast barrières voor deelname aan ('uptake') en het voltooien van ('adherence') een hartrevalidatieprogramma nemen de initieel verbeterde conditie en hoeveelheid fysieke activiteit vaak snel af na voltooiing van het revalidatieprogramma.
Een belangrijke oorzaak hiervan is gelegen in het feit dat de huidige hartrevalidatieprogramma's nog onvoldoende gericht zijn op daadwerkelijke en duurzame gedragsverandering en zelfsturing van de patiënt; dat wil zeggen het verminderen van risicogedrag en het aanleren van een gezonde levensstijl. Om gedragsverandering te realiseren is het belangrijk dat wordt achterhaald welke factoren het huidige, mogelijk ongezonde, gedrag in stand houden en waar de motivatie van de patiënt ligt om dit gedrag te veranderen.

Teneinde de intrinsieke motivatie van de patiënt voor gedragsverandering aan te spreken, is het van essentieel belang dat zorgprofessionals een hierop gerichte professionele

gespreks- en communicatietechniek beheersen. Motiverende gespreksvoering is de benaming van deze methode, die gekenmerkt wordt door het zelf door de patiënt laten exploreren van ambivalentie ten aanzien van gedrag en het zelf uitdrukking laten geven aan oplossingen.
Daarnaast ontbreekt in veel gevallen de koppeling tussen fase II hartrevalidatie (tweedelijns zorg) en fase III hartrevalidatie (post-revalidatiefase, cardiovasculair risicomanagement) in de eerste lijn. Deze koppeling is nodig voor een adequate gegevensoverdracht, het aanpakken van niet voltooide of nieuwe revalidatiedoelen en terugvalpreventie. Ook is bekend dat patiënten tot bijna 2 jaar na een cardiaal incident angst of depressieve symptomen kunnen ontwikkelen, die in een vroeg stadium afwezig zijn en/of zonder een goede koppeling en overdracht gemist kunnen worden. Om deze redenen bestaat er grote behoefte aan:

- innovatieve revalidatiemethoden die zich primair richten op gedragsverandering
- optimalisatie van de samenwerking binnen de keten.

Een mogelijk effectieve manier om de uptake en adherence van hartrevalidatie te bevorderen, is (gedeeltelijke) verplaatsing van het hartrevalidatieprogramma met toepassing van sensortechnologie en telemonitoring naar de thuisomgeving. Hartrevalidatie in de thuisomgeving is veilig en wat betreft effectiviteit vergelijkbaar met traditionele hartrevalidatie.

Innovatieve methoden voor gedragsverandering

“Home-based” hartrevalidatie kan op verschillende manieren plaatsvinden en is vaak gestoeld op telemonitoring of telemedicine; dit behelst het gebruik van elektronische informatie en communicatietechnologieën om gezondheidszorg te leveren en te ondersteunen wanneer er sprake is van een fysieke afstand tussen degenen die deze zorg aanbieden en/of gebruiken. Vaak worden verschillende meetinstrumenten, zoals hartslagmeters en accelerometers (bewegingsmeters), gebruikt voor het monitoren van beweging en het coachen van lichamelijke activiteit.
Naast het monitoren van beweeggedrag kunnen toepassingen van telemonitoring ook gebruikt worden voor andere componenten van het hartrevalidatieprogramma, zoals voorlichting of begeleiding door diëtist of psycholoog. Deze toepassingen kunnen deelname aan hartrevalidatie bevorderen, maar hebben ook de potentie eerdergenoemde zelfmanagementvaardigheden van patiënten te verbeteren, om zo een duurzamere leefstijlverandering te bewerkstelligen. Daarnaast kunnen online zorgtoepassingen de integratie van multidisciplinaire zorg verbeteren.

Optimalisatie van samenwerking in de keten: project transmurale hartrevalidatie

Huisartsengroep Waalre en Flow Máxima Medisch Centrum zijn gezamenlijk een project transmurale hartrevalidatie gestart, waarin een transmuraal zorgprogramma is ontwikkeld. Transmurale samenwerking en afstemming zijn essentieel voor het slagen van hartrevalidatie.
Momenteel vindt na gemiddeld 12 weken hartrevalidatie een uitgebreide evaluatie plaats op de polikliniek, waarna laagrisico patiënten in het algemeen voor het verdere cardiovasculaire risicomanagement worden terugverwezen naar de eerste lijn. Beoogd wordt de overdracht van de tweede lijn naar de eerste lijn en het daaropvolgend traject te optimaliseren. Daartoe zijn de volgende verbeteringen ingezet: een gezamenlijke follow-up van huisarts en cardioloog gedurende één jaar, intensivering van de samenwerking tussen verpleegkundig specialist en praktijkondersteuner en een gezamenlijke rapportage gericht op de status van de revalidatiedoelen van de patiënt en daaruit voortvloeiende behandeladviezen. Doel van deze interventies is duurzaam behoud van gezondheidswinst op de volgende 5 domeinen: fysiek functioneren, psychisch functioneren, sociaal functioneren, cardiovasculair risicoprofiel en risicogedrag. In het project wordt de regierol van de patiënt verder uitgebreid met beheer van eigen gegevens en (revalidatie-) doelen.

Project transmurale hartrevalidatie en SmartCare-CAD

Parallel aan het project transmurale hartrevalidatie start in Flow de grootste gerandomiseerde Europese studie op het gebied van telemonitoring en hartrevalidatie, de SmartCare-CAD[1] studie. In deze studie worden 300 patiënten gerandomiseerd naar reguliere hartrevalidatie of revalidatie in de eigen omgeving via sensoren (hartslag- en accelerometer), telemonitoring en een online hartrevalidatieportaal. In dit portaal worden revalidatiedoelen bijgehouden en bewegingsdata direct weergegeven. Feedback over beweeggedrag en training op basis van deze data ontvangt de patiënt via videoconsulten. Na één jaar follow up zullen de interventie- en controlegroep worden vergeleken op het

[1] **Het SmartCare project wordt uitgevoerd in Europees verband waarbij de mate waarin sprake is van integrated care tussen zorgverleners uit verschillende echelons en mantelzorg vergeleken wordt in 10 Europese regio’s. Hieraan gekoppeld wordt de SmartCare-CAD studie uitgevoerd.**

gebied van lichamelijke activiteit, cardiovasculair risicoprofiel, kwaliteit van leven en kosteneffectiviteit. SmartCare biedt mogelijkheden om het transmurale aspect van hartrevalidatie te bevorderen. Zo beheert de patiënt zijn eigen gegevens en revalidatiedoelen en kan hij mantelzorgers en zorgverleners uit de eerste en tweede lijn toegang verlenen tot het portaal.

Conclusie

Hartrevalidatie is een bewezen effectieve behandeling voor vele groepen hartpatiënten, echter er is in de huidige situatie sprake van:

- onvoldoende awareness bij verwijzers, resulterend in een te laag verwijspercentage
- barrières aan de zijde van de patiënt die deelname en/of succesvolle afronding van het programma in de weg staan.

De effectiviteit van hartrevalidatie kan verder toenemen door het stimuleren van de awareness bij verwijzers, zelfregulatie van de patiënt, investering in het verbeteren van motiverende gesprekstechnieken bij zorgprofessionals en door het bevorderen van de transmurale samenwerking in de behandeling, met toepassing van moderne communicatietechnologie.

Reiziger

Beren in Cascais

Als plaatsvervanger voor een collega krijg ik de mogelijkheid om als eerste Arts Infectieziektebestrijding van de GGD mee te gaan met de OverEINDse Dagen. De bedenkingen die ik daar bij heb blijken geheel onterecht en er zijn minder beren op de weg in Cascais dan ik van tevoren denk. Vier dagen lang geniet ik van het gezelschap van mensen die in elkaar en elkaars werk geïnteresseerd zijn, leerzame workshops en presentaties die aanzetten tot reflectie en die stimuleren om na te denken over hoe je het geleerde in je eigen werk vorm kan geven.
De busreisjes tussen de prachtigste locaties (Lissabon, 'het einde van Europa', Sintra) en de gezamenlijke maaltijden bieden volop gelegenheid mijn vak uit te leggen aan collega's en op zoek te gaan naar wat de GGD Brabant-Zuidoost, de huisarts en de specialist elkaar te bieden hebben. In een ontspannen sfeer en bijzondere omgeving komen dan vanzelf plannen voor samenwerking in de regio en nieuwe onderwerpen voor de OverEINDse Dagen 2016. 'De oudere en/of zieke reiziger', 'meer bewegen met de huisartsenpraktijk', 'hygiëne-audit bij de huisarts' en 'succesvolle scabiësbehandeling' geven genoeg openingen om de samenwerking van ketenpartners in de 1e en 2e lijn met de GGD (0e lijn!) te belichten, al zullen we het in de toekomst niet meer over lijnen hebben. Als je gezellig met iemand praat is het, terug in Nederland, eenvoudiger om contact op te nemen dan wanneer je zomaar iemand, wiens naam je weleens op een laboratoriumuitslag ziet staan, moet bellen. Door het inspirerende gezelschap, het gevulde programma en de snelle internetverbinding in het hotel kom ik ook de grootste beer (missen van mijn gezin) in Portugal nauwelijks tegen. Of zoals mijn zus na het horen van mijn enthousiaste verhalen zegt: "Dat went snel, hè!". Ze heeft gelijk. Het went niet alleen snel maar is zelfs bijzonder aangenaam en krijgt hopelijk navolging door deelname van GGD-collega's aan de OverEINDse Dagen in de toekomst. En wie weet mag ik zelf ook nog een keertje mee. Dan laat ik op voorhand al alle beren thuis en is er weer genoeg ruimte in mijn koffer voor nieuwe inspiratie!

Danielle van Oudheusden, Arts Maatschappij en Gezondheid GGD; Infectieziektebestrijding

Kniepathologie van jong tot oud, over feiten en fabels

Door: Marijn van de Besselaar, orthopedisch chirurg Máxima Medisch Centrum, Ralf Bollen, huisarts, Robin van Kempen, orthopedisch chirurg Catharina Ziekenhuis

Traumatische knieletsels komen geregeld voor in de huisartsenpraktijk en vaak is een afwachtend beleid gerechtvaardigd. Een goede anamnese blijkt in de eerste lijn voorspellender te zijn dan lichamelijk onderzoek.

Wanneer er een redelijk vermoeden op intra–articulair letsel bestaat, kan aanvullend MRI-onderzoek van de knie dit bevestigen. Met een hoge sensitiviteit en specificiteit kent de MRI een hoge accuratesse met betrekking tot het vaststellen van intra-articulaire pathologie. Bovendien heeft MRI onderzoek aanvullende pre-operatieve diagnostische waarde.
Op basis van de huidige NHG-richtlijn zijn er onvoldoende redenen om MRI- onderzoek door de huisarts aan te bevelen. Er zijn momenteel echter meerdere mogelijkheden om in een transmurale setting aanvullend onderzoek aan te vragen.

Er zijn patiënten met acuut knieletsel waar een gunstig beloop niet te verwachten is en er dus een verwijzing naar de tweede lijn zou kunnen volgen.
Acuut MCL letsel bijvoorbeeld kent een gunstig beloop met het vroegtijdig aanmeten van een scharnierbrace.
En gebruik van een brace of gipskoker bij patellaluxatie verkleint de recidiefkans.

Artroscopie

Artroscopie van de knie is een invasieve procedure en biedt directe visualisatie van vrijwel alle structuren. Betrouwbaar stabiliteitsonderzoek is mogelijk en een scopie kan therapeutisch zijn.
In 27-61% van de scopieën wordt geen therapeutische ingreep verricht, dit noemen we de ‘diagnostische’ of ‘negatieve’ scopie.

MRI kan diagnostische scopieën voorkomen en leidt tot kostensparing, naast een reductie in morbiditeit. MRI is het huidige veilige, beschikbare en goedkopere alternatief voor een diagnostische artroscopie.

Bij patiënten ouder dan 50 jaar is er geen indicatie voor routinematig gebruik van MRI. In deze leeftijdscategorie is vaak sprake van artrose en degeneratief meniscusletsel. Conservatieve therapie heeft de voorkeur bij degeneratief meniscusletsel. Resectie van deze degeneratieve scheuren leidt namelijk tot minder voorspelbare resultaten en geeft een grotere kans op artrose. Ook nettoyage (‘schoonmaken’) is niet zinvol bij artrose, behalve bij mechanische klachten, en is derhalve geen therapeutische ingreep.

Artrose van de knie is vaak een progressieve aandoening, waarbij de klachten en patiëntkarakteristieken het meest bepalend zijn in de te volgen behandelingsstrategie.
Initiële behandeling is conservatief met stimuleren van een actieve levensstijl, aanpassen van belasting, gewichtsreductie en pijnstilling. Fysiotherapie kan worden overwogen maar geeft weinig klinische verbetering. Orale glucosamines worden niet meer aangeraden.

Meer invasieve behandeling middels cortisoninjecties is een zeer waardevolle aanvullende stap. Vier injecties per jaar is veilig en de complicaties zijn zeer beperkt. De klachtenreductie houdt gemiddeld 24 weken aan. Hyaluronzuurinjecties zijn nog in onderzoek, mogelijk is deze behandeling alleen zinvol in de vroege stadia van degeneratie.

Wanneer moet je een patiënt met gonartrose verwijzen?

In ieder geval wanneer er ondanks maximaal conservatieve therapie sprake blijft van nachtpijn, bij een loopafstand korter dan 30 min of een progressieve standafwijking of functiebeperking. In deze gevallen is een patiënt mogelijk gebaat bij een operatieve behandeling.

Er zijn verschillende operatieve behandelopties: Stand-corrigerende operaties waarbij de belasting over het aangedane deel van de knie wordt verminderd, of vervanging van versleten kraakbeendelen door protheses (gedeeltelijk of volledig).

Wat kan een patiënt verwachten van een knieprothese?

Gemiddeld wordt er een 'VAS pijn' reductie van 4 punten bereikt. Een buigfunctie van circa 120 graden, hetgeen voldoende is voor gebruik in ADL. Desondanks blijven patiënten met een knieprothese een substantiële beperking voelen. Laag belastende sporten zoals zwemmen, golfen, fietsen en wandelen blijven goed mogelijk. Activiteiten met veelvuldig zijwaarts bewegen, draaien en knielen worden niet goed verdragen. Het is dan ook van het grootste belang om de patiënt goed voor te lichten over deze uitkomst en duidelijk te maken dat het een 'kunst-', en geen 'nieuwe' knie betreft. Dit is de voornaamste factor van invloed op de uiteindelijke tevredenheid van de patiënt. Leeftijd (‹60jr), pijnperceptie, depressieve stoornissen en mate van preoperatieve pijn hebben een belangrijke negatief voorspellende waarde op de uitkomst

Normale wondgenezing na een knieprothese bestaat uit weke delen reactie, in de vorm van roodheid en warmte, die 3-6 maanden aanhoudt. Indien er zich een wijziging voordoet in het weke delen aspect met toenemende pijn, roodheid, progressieve functiebeperking of wondlekkage dient er ten alle tijden contact opgenomen te worden met de behandelaar. Start nooit 'blind' met een antibioticakuur!

Belangrijkste vroege complicatie na een knieprothese is een diepe infectie. Deze infectie kan alleen adequaat worden behandeld middels operatieve behandeling met spoelen en langdurige antibiotische therapie. Vroegtijdige infectiebehandeling is invasief maar leidt tot behoud van de prothese in 87% van de patiënten.

Workshop 'Tijdig spreken over het levenseinde'

Door: Geert van der Aa, klinisch geriater Catharina Ziekenhuis, Rolf van den Bogaerde, huisarts, Elsje van Beek, huisarts, Eric van de Laar, medisch ethicus, Stijn Mol, longarts Máxima Medisch Centrum

In het publieke debat over de gezondheidszorg vindt de laatste jaren steeds uitdrukkelijker een herbezinning plaats op de verhouding van medisch handelen en sterven. De zorgkosten lopen op, we kunnen technologisch steeds meer en de verwachtingen van patiënt en familie zijn hoog gespannen.

Deze factoren vormen een haast autonome dynamiek waar niemand goed vat op lijkt te hebben. Gevolg is dat het sterven en de dood als levensvreemd en als een nederlaag voor de geneeskunde beschouwd worden. De herbezinning wordt niet alleen door de kosten ingegeven, maar ook door de negatieve ervaringen met een te veel aan medische behandelingen aan het eind van het leven. Alle belangrijke partijen zijn vertegenwoordigd in het debat, recentelijk ook de KNMG, met het rapport 'Niet alles wat kan, hoeft'. De KNMG adviseert artsen eerder het gesprek over het levenseinde aan te gaan om tot betere afstemming met de patiënt te komen en onnodige zorg te vermijden.

Niet zo makkelijk

Uit dit rapport en een aantal andere onderzoeken blijkt echter dat dit in de praktijk nog niet zo makkelijk is. 'Artsen hebben moeite het gesprek over het levenseinde aan te gaan', kwam naar voren uit een recente peiling door MedNet. Voor onze voorbereidingsgroep was dit aanleiding om deze vraag op het programma te zetten en in onze workshops met collega's te bediscussiëren: 'Herkennen jullie je in deze bevinding?', 'Wat zijn jullie ervaringen?' en 'Waar zouden jullie eventueel mee geholpen zijn?'

Om in de stemming te komen hebben we drie filmpjes getoond met uitdrukkelijke en provocerende standpunten van artsen. Daarna volgden gesprekken in kleinere groepen. En tot slot waren er vier presentaties met achtergrondinformatie.

In de groepsgesprekken gaven bijna alle deelnemers aan dat ze de relevantie van de problematiek onderschreven. Moeilijk bij dit soort gesprekken blijkt de timing: wanneer is het een goed moment? Duidelijk is dat een acute situatie dat niet is. Dan moet er gehandeld worden en is er de tijd en de rust niet om tot weloverwogen afwegingen te komen om eventueel van behandeling af te zien. Dergelijke keuzes moeten voorbereid worden. Zodoende is een niet acuut moment beter. Maar dat kan weer heel verschillend vallen. Er zijn patiënten die dat goed aankunnen, er zelfs blij mee zijn. Andere patiënten en familieleden kunnen er juist door worden overvallen. De emoties die het losmaakt bij de patiënt, mogen geen beletsel zijn om het gesprek aan te gaan, is de mening van sommige deelnemers. Anderen vinden wel dat dit bij de timing hoort: je moet proberen in te schatten of de patiënt het aankan. Vragen zijn er ook over wie dat dan moet doen, het gesprek beginnen? Wie moet de regie nemen: de huisarts, de specialist of de patiënt zelf? Daarover verschillen de meningen. Overeenstemming is er wel over de afstemming en onderlinge communicatie, die moet goed zijn, en dat betekent veel beter

dan thans het geval is. Daar ligt ook een taak voor ICT. Het blijkt moeilijk te zeggen of je eigen levensvisie en kijk op het vak een rol spelen bij het aandringen op het tijdig nadenken over het levenseinde 'We zijn opgeleid om mensen beter te maken' en 'We hebben een eed afgelegd', zijn geluiden die we hoorden Maar anderzijds zie je ook de grenzen van het vak, zeker als je langer meedraait. De zelfbeschikking van de patiënt kan een lastige factor zijn als die een andere kant op wil dan jij verstandig acht, of als er onenigheid is onder familieleden. Dat kan heel veel vragen van je tact en communicatieve vaardigheden.

Regionaal transmuraal project

Na de discussie werd de zaal weer plenair ingericht en kwam aan de orde waar mensen zoal sterven in (Zuid-) Nederland, wat de preferenties zijn van patiënten, voor wie het levenseinde in zicht komt en of artsen daarvan op de hoogte zijn (Geert van der Aa). Vervolgens werden de resultaten van reanimaties binnen en buiten het ziekenhuis voor de groep ouderen besproken. Voor zeventig-plussers die buiten het ziekenhuis worden gereanimeerd is de overlevingskans slechts 4% (Stijn Mol). Artsen blijken vaker dan patiënten af te zien van intensieve levensreddende behandelingen. Hun kennis en ervaring van de schaduwkanten geven daarbij de doorslag. Waarom krijgt die kennis en ervaring geen zwaarder gewicht in het advies aan patiënten, was de vraag in de derde presentatie (Eric van de Laar). De laatste voordracht ging over 'sterfstijlen'. Patiënten verschillen van elkaar in hun voorbereiding op het overlijden. Op basis van onderzoek is er een typering van die stijlen ontwikkeld die kan helpen bij het bijstaan van patiënten en advanced-care planning (Elsje van Beek). Het geheel werd afgesloten met enkele conclusies en take home messages (Rolf van den Bogaerde):

- Tijdig spreken beoogt betere afstemming en keuzes voor de zorg rond het levenseinde
- Kies een rustig en gunstig moment, bijvoorbeeld na een recente opname
- Plan er extra tijd voor in
- Stem af op de stijl van de patiënt

Goede afspraken eerste en tweede lijn zijn onontbeerlijk

Het thema zal een vervolg krijgen in een regionaal transmuraal project.

website http://www.stichtingstem.info

Het lumbosacraal radiculair syndroom

Door: Bas Bakx, huisarts, Hans van Hoof, fysiotherapeut Fysio- en manuele therapie Van Hoof, Jurgen Koster, anesthesioloog Catharina Ziekenhuis, Yvonne Raaijmakers, neuroloog Máxima Medisch Centrum, Stijn Willems, fysio- manueel therapeut Knegt & Bungelaar

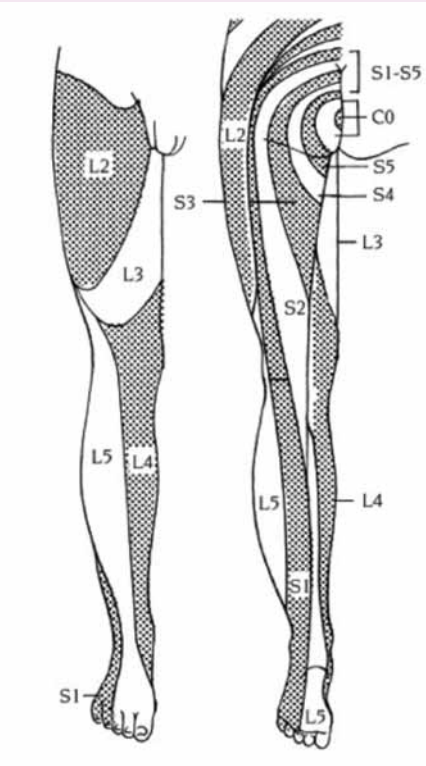
Als laatsten der Mohikanen, mochten Yvonne Raaijmakers, Jurgen Koster, Hans van Hoof, Stijn Willems en Bas Bakx hun bijdrage leveren als afsluitende presentatie van het congres in Cascais. Na drie uitermate gezellige, geslaagde en zeer vermoeiende voorgaande dagen was niet iedereen even fris en fruitig meer en zaten er wat bleke gezichten en af en toe een verdwaalde zonnebril in het publiek. Desalniettemin was de aandacht van het publiek prijzenswaardig en bleef de stemming opperbest.

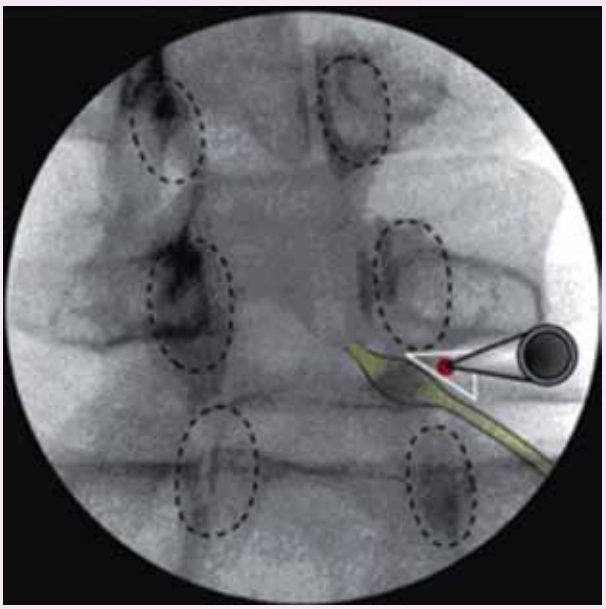
Lumbosacraal radiculair syndroom

Aangezien de stem van Bas in heel Cascais niet te vinden was, moest ons team wat last minute aanpassingen doen in de presentatie en kon onze reis door de wondere wereld van het lumbosacraal radiculair syndroom (LRS) beginnen.

LRS is in de eerste lijn een regelmatig voorkomende (differentiaal) diagnose en wordt volgens de NHG-standaard als volgt omschreven:

Radiculaire pijn in één been, al dan niet met andere prikkelingsverschijnselen en neurologische uitvalsverschijnselen van de aangedane lumbosacrale zenuwwortel(s). LRS gaat vaak gepaard met lagerugpijn, maar beenklachten staan op de voorgrond. Typerend voor radiculaire pijn is uitstraling in één





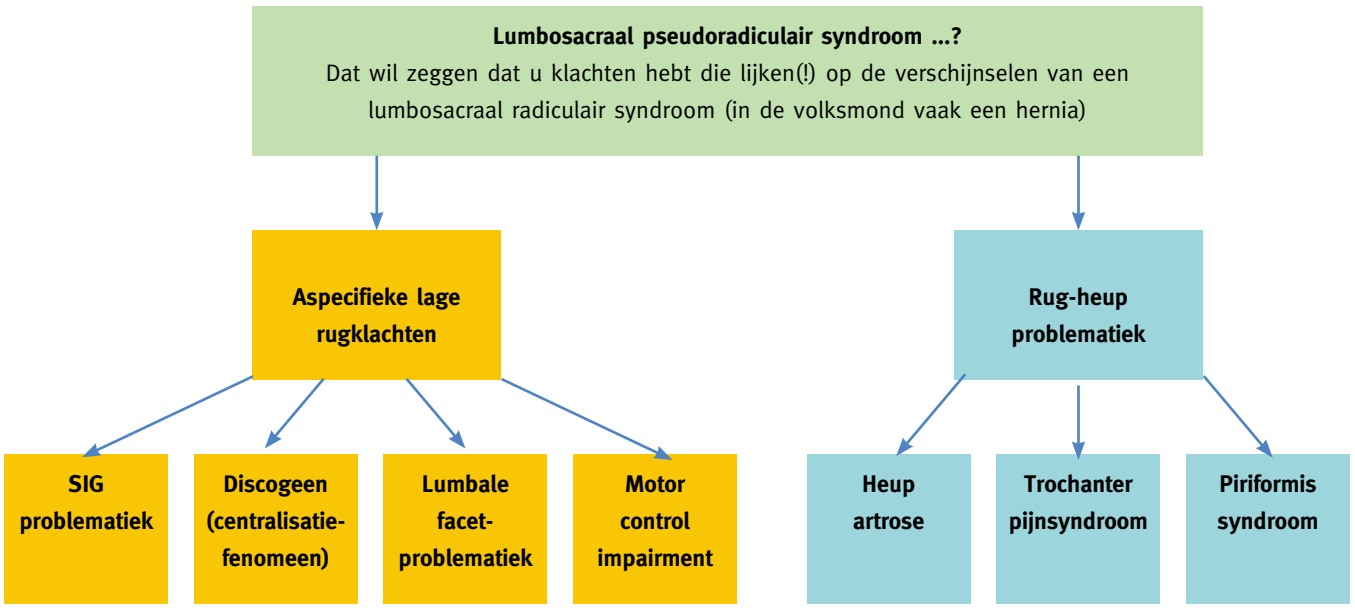
been, tot in het onderbeen, scherp van karakter, gelokaliseerd in het verzorgingsgebied van betreffende zenuwwortel ('dermatomaal patroon'). De oorzaak van LRS is irritatie van of compressie op de zenuwwortel, meestal door een discushernia.

Buiten dit dermatomaal patroon is verergering bij drukverhogende momenten en een positieve proef van Lasegue, bij lichamelijk onderzoek, typerend voor deze aandoening. Prikkeling en klachten verdwijnen meestal vanzelf en een afwachtend beleid van 6-8 weken is dan ook gerechtvaardigd. Bij onvoldoende verbetering valt, volgens de standaard, te overwegen een beoordeling te vragen of chirurgisch ingrijpen aangewezen is. Deze route verloopt, vanzelfsprekend, via de neuroloog. Deze zal, middels beeldvorming, de diagnose hard kunnen maken en een eventuele indicatie voor neurochirurgisch ingrijpen kunnen stellen.
Helaas wordt in de standaard niet de mogelijkheid geopperd om een pijnspecialist te raadplegen, hetgeen wij wel graag als goede optie willen benadrukken. Jurgen heeft de verschillende technieken laten zien die ter beschikking staan (interlaminair, transforaminaal, pRF DRG). Hiernaast blijkt uit een klein retrospectief onderzoek dat resultaten (pijnreductie van meer dan 50%) en patiënttevredenheid van deze behandeling meer dan goed zijn. 78% van patiënten is positief over de behandeling, minder dan een kwart heeft een recidief en gemiddeld zijn maar ongeveer 2 injecties nodig geweest.

Bij iets minder typerende beelden, maar wel met radiculaire pijn, wordt vaak hetzelfde stramien gevolgd. Vaak is er voorafgaand aan verwijzing naar de 2e lijn ook al fysiotherapeutische interventie geprobeerd, maar niet altijd met evenveel succes. Als bij de neuroloog geen afwijkingen op beeldvorming gevonden worden, is de benaming van de aandoening ineens een stuk lastiger en belanden we in een soort van niemandsland, waarbij verschillende titels mogelijk zijn en ook de opties voor behandeling veelvuldig zijn. Hans en Stijn hebben laten zien dat gespecialiseerde fysiotherapie een zeer effectieve rol kan spelen en eerdere, onsuccesvolle, behandeling door een algemeen fysiotherapeut hoeven niet te betekenen dat fysiotherapie dan al een afgesloten hoofdstuk is. Met name gedegen anatomische onderbouwing en kennis over referred pain-trajecten kunnen behandeling veel effectiever maken en prognose duidelijk verbeteren.

Samenvattend waren de take home messages van onze presentatie:

- Diagnostiek en behandeling van LRS, of juist geen LRS, kan beter
- Meer kennis van elkaars mogelijkheden is noodzakelijk
- Pijngeneeskunde is een goede optie binnen het conservatieve beleid van LRS
- Neuroloog coördineert binnen tweede lijn
- Huisarts is spin in het web
- Het pseudo-radiculair syndroom bestaat niet?
- Gespecialiseerd fysio-/manueel therapeut kan in diagnostisch- en behandeltraject ook in 2e instantie nog van aanvullende waarde zijn



Transitie jeugdzorg

Door: Bas Bakx, huisarts, Mieke Bovens, POH Jeugd, Bas Zegers, kinderarts Máxima Medisch Centrum, Tom Hendriks, kinderarts Catharina ziekenhuis

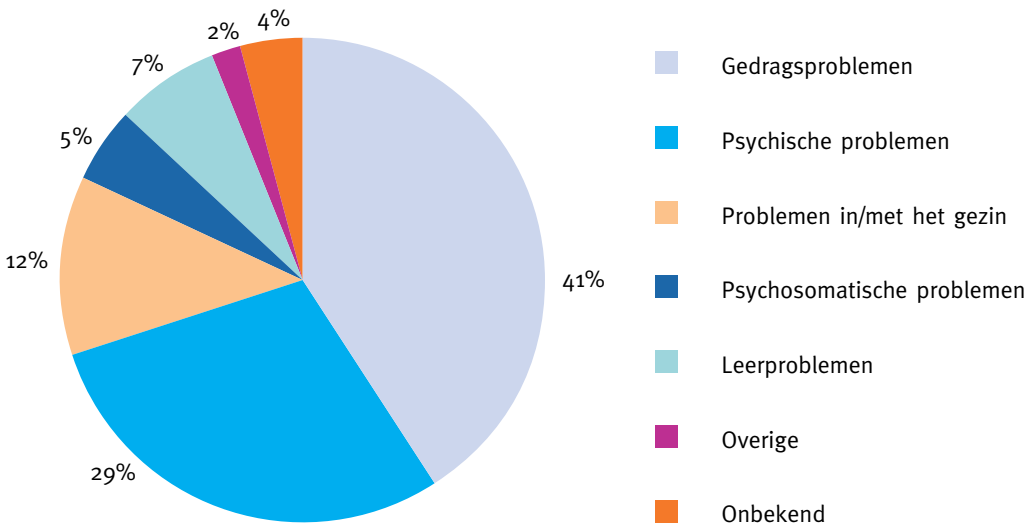
Vanaf 1 januari is de transitie van de jeugdzorg en Jeugd GGZ naar de gemeenten een feit. Doel van deze verandering is om de zorg dichter bij de mensen te brengen, bij hulpverleners die laagdrempelig een inschatting kunnen maken waar in de eigen omgeving van het gezin de beste hulp gegeven kan worden.

Elke gemeente organiseert dit op zijn eigen manier. In Eindhoven is er WIJ Eindhoven waar professionals uit de jeugdzorg en GGZ zijn geworven om dit ten uitvoer te brengen, in Nuenen het CMD (Centrum Maatschappelijke Deelname), in andere gemeenten blijft oa het CJG (Centrum Jeugd en Gezin) een spilfunctie vervullen. Huisartsen krijgen een veel grotere rol in de herkenning en sturing van de psychische problematiek bij kinderen en jeugdigen.

Vroegtijdiger herkenning van psychische problematiek in de eerste lijn moet dan leiden tot een betere kwaliteit van zorg. Men hoopt te voorkomen dat meerdere instanties versnipperd rond een kind werken zonder onderling overleg, zoals tot nu toe het geval was. De zorg wordt door het lokale karakter meer samenhangend en dus ook efficiënter.
In de nieuwe jeugdwet wordt gesproken over één kind, één gezin, één plan, met meer lokale samenwerking van de verschillende organisaties. Voordelen hiervan zijn dat er minder druk komt op de gespecialiseerde jeugdzorg. Er komt volgens de bedenkers minder snel een etiket op een kind en dus betere zorg met minder inzet van medicatie.
Nadelen zouden kunnen zijn dat de zorg te laag ingeschaald wordt: meer pedagogische hulp in plaats van specialistische hulp en daardoor slechtere herkenning van de complexere problematiek.

Wie is verantwoordelijk

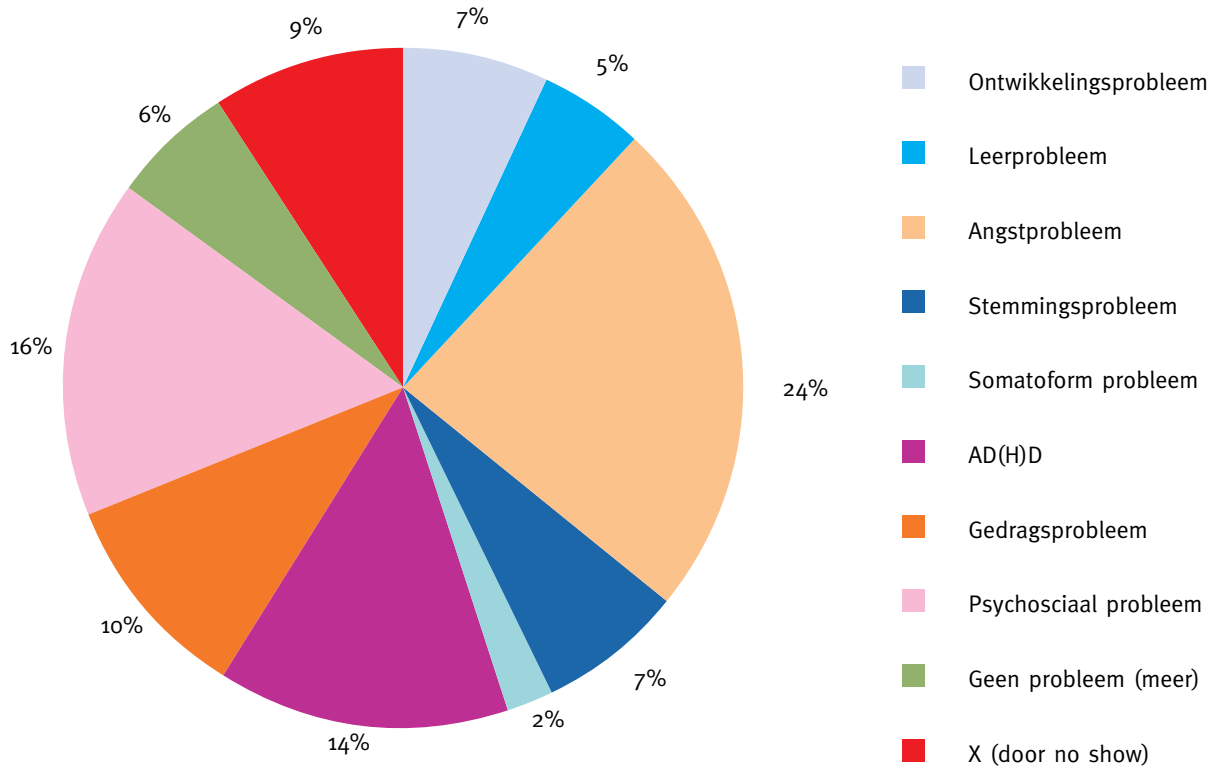
Groot knelpunt in deze nieuwe opzet is dat het 25 % bezuiniging moet opleveren, wat er op den duur toe kan leiden dat zorg niet meer verleend kan worden. Op dit moment is er voor 2015 de garantie dat alle zorg moet kunnen worden doorgezet, maar hoe dat zal zijn in 2016 weet nog niemand. Andere knelpunt dat tijdens de workshops gezien werd is het woonplaatsbeginsel. Zorg kan ingewikkeld worden als ouders gescheiden zijn en beiden in verschillende gemeenten wonen. Wie is dan verantwoordelijk voor het leveren van de zorg?
De privacy werd ook als een probleem gezien: hoe kunnen al deze hulpverleners goed overleggen en gegevens uitwisselen over de patiënten, zonder dat persoonlijke informatie voor bijvoorbeeld de gemeente zichtbaar wordt. Een eigen patiëntendossier voor de patiënt zou hier een oplossing voor kunnen zijn. Er zijn op dit moment ook nog onvoldoende POH-jeugd beschikbaar of getraind om aan de vraag te voldoen.
In Nederland heeft 5 % van de jeugdigen een psychische stoornis, dat wil zeggen ongeveer 170.000 jongeren onder de 17 jaar. In de regio Groot-Eindhoven zijn dit 3600 kinderen, 97 % daarvan wordt ambulant begeleid, 3 % klinisch. De gemiddelde kosten zijn 2830 euro per patiënt per jaar, dus landelijk 500 miljoen euro per jaar voor jeugdigen. Het gaat daarbij om kinderen met tijdelijke stoornissen als angst, depressie en trauma of blijvende beperkingen op gebied van emoties, gedrag en cognitie. 80 % van deze probleem kinderen wordt gezien door de huisarts. Vaak voor andere medische problematiek. In onderzoek worden de psychische stoornissen echter maar in 14 % van de gevallen onderkend in de huisartsen praktijk.



Figuur 1: welke problemen werden door de POH gezien

Sinds september vorig jaar loopt er in de regio Eindhoven een succesvolle pilot met praktijkondersteuners (POH)-jeugd. Dit zijn hulpverleners afkomstig uit het veld van de jeugdzorg en de GGZ, met goed inzicht in de sociale kaart. Zij kunnen de huisarts ondersteunen in het inventariseren van de problematiek die er bij een kind en het gezin speelt. Zij kunnen laagdrempelig zelf zorg verlenen en samen met de huisarts een plan maken of de patiënt in de eerste lijn zorg kan krijgen of naar welke instantie het kind het beste verwezen kan worden. De huisartsen die een POH-jeugd hebben zijn erg tevreden over de door hen geleverde zorg. Ouders en jongeren waarderen de zorg van de POH jeugd ook goed, met gemiddeld een 8,3. Meest voorkomende problemen die gezien worden zijn: down voelen en depressiviteit, angst, prikkelgevoeligheid, de overgang van basisschool groep 2 naar 3 en naar de middelbare school en (v)echtscheidingen. In totaal zijn tot 15 februari 439 kinderen en jongeren gezien door de POH's (223 meisjes en 216 jongens) verdeeld over de leeftijden van 4-17 jaar. Kinderen onder de 4 werden niet vaak gezien, waarschijnlijk omdat die op het CB gezien worden.
In figuur 1 is te zien welke problemen door de POH gezien werden. In tabel 1 is te zien wat de geleverde zorg van de

Geleverde zorg	Per 01-12-2014	Per 15-02-2015
Aantal lopende trajecten	144 (58,5%)	243 (55%)
Aantal afgesloten trajecten	102 (41,5%)	196 (45%)
Consultatie met kinderpsycholoog	70 (28%)	105 (24%)
Contact met JGZ	12 (5%)	19 (4%)
Contact met school	47 (19%)	91 (21%)
Contact met wijkteam of CJG	10 (4%)	19 (4%)
Aantal verwijzingen	69 (28%)	131 (30%)
Aantal deelnames aan MDO	6 (2%)	8 (2%)



Figuur 2: Wat zagen huisarts en POH Jeugd landelijk

POH was: vaak loste de POH een probleem zelf op, in slechts 30% van de gevallen vond verwijzing plaats.
In de groep huisartsen die de OverEiINDse Dagen bezocht had ongeveer de helft een POH-jeugd naar grote tevredenheid. Sommige huisartsen vonden zichzelf goed in staat deze hulp te verlenen, anderen opteren wel voor een POH-jeugd.

ADHD zal in 2016 een aandoening zijn waarvoor de huisarts geacht wordt voldoende kennis te hebben om dit zelfstandig te behandelen. Ook op dit gebied wordt de spilfunctie dus bij de huisarts gelegd. Er is een recente regionale transmurale afspraak ADHD waarin duidelijke afspraken staan hoe de zorg georganiseerd wordt en hoe ADHD te behandelen. Maar veel huisartsen zijn nog niet (voldoende) thuis in deze problematiek. De kinderartsen zien op dit moment veel kinderen met ADHD na de diagnose door een psycholoog voor medicatie-instelling en begeleiding. In 2016 zal hier vanuit de verzekeraar geen vergoeding meer tegenover staan. Dit betekent dat we met eerste en tweede lijn gezamenlijk een plan moeten maken om de zorg voor kinderen met ADHD transmuraal goed te regelen, door goed samen te werken en gezamenlijk goede afspraken te maken met de gemeenten over financiering van zowel eerste als tweede lijns hulp binnen de ADHD-zorg. Eventueel zou dit een aanzet kunnen zijn om 1,5e lijns zorg op te zetten.

De workshop in Caiscais laat zien dat huisartsen, POH-jeugd en kinderartsen prima samen de zorg voor kinderen met psychische problematiek vorm kunnen geven, waarbij nu en in de toekomst over de lijnen heen gewerkt zal worden. De uitdaging blijft samen de beste en passende zorg voor het kind te leveren. De POH-jeugd is hierbij een grote aanwinst voor de eerste lijn.

Reiziger

Woensdag 15 april was het zover: de OverEINDse dagen 2015. Van collegae had ik al vele verhalen gehoord over deze reis en als jonge klinisch geriater leek het mij een goede gelegenheid de huisartsen en specialisten van de regio te ontmoeten. Geen themafeest of boottochten dit keer. Nee, Portugal Cascais was de bestemming.

Het voelde eerst een beetje alsof je met de basisschool op reis ging met de bus op weg naar een kamp of een verre stad. Wat me opviel was hoe makkelijk iedereen met elkaar praat en gedachtes uitwisselt. Hoewel er tegenwoordig wel eens geklaagd wordt over de zorg, gaf de reis mij juist positieve energie voor de toekomst. De ervaringen van andere huisartsen en collega specialisten zijn herkenbaar en ik heb veel nieuwe ideeën opgedaan.

De reis zelf verliep zonder vertraging en problemen. En na een reis van enkele uurtjes kwamen we aan in een prachtige pousada (hotel in een historisch gebouw). Tijdens een wat ongemakkelijke openingsspeech van ruim een uur van een Portugese professor die niet zo goed was te verstaan, werd ons gemeenschappelijke uithoudingsvermogen beproefd. Na deze uitputtingsslag te hebben overleefd hebben we een zeer leerzaam onderwijsprogramma gehad. Vele disciplines van de geneeskunde waren vertegenwoordigd en we hebben ook het bestuur van de huisartsen en ziekenhuizen gehoord over de toekomstvisie. Wat hierbij opviel is dat het een dynamische tijd is binnen de gezondheidszorg. Het is mooi te zien hoe iedereen probeert creatieve oplossingen te bieden voor de toekomst. Ook al verandert er veel, de boodschap blijft dat de samenwerking tussen de verschillende lijnen en artsen van vitaal belang is. Als relatief jonge dokter ben ik door deze reis in deze visie gesterkt.

Het informele programma met intense melancholische Fadoklanken en een workshop tegeltjes maken versterkten de onderlinge band waarbij iedereen zich goed leek te amuseren. Het sloot goed aan bij het onderwijsprogramma en bood voldoende gelegenheid om elkaar als collegae en persoon te leren kennen Alle lof ook voor de organisatie, de reisleiding en de gidsen. Zelden heb ik zo'n vlekkeloze reis meegemaakt. Al en met kijk ik terug op een zeer geslaagde introductie binnen de regio Eindhoven waarin ik hoop met iedereen intensief te zullen blijven samenwerken.

Michiel van Beek
Klinisch geriater Catharina Ziekenhuis

Explosie van huidmaligniteiten: 1e en 2e lijn hand in hand

Door: Annet Boom, huisarts, Thomas Demeyere, patholoog PAMM, Herm Martens, dermatoloog Catharina Ziekenhuis, Mandy Prins, dermatoloog Máxima Medisch Centrum

Door de dubbele vergrijzing en de toenemende zonexpositie zijn het jaarlijks aantal nieuwe huidkankers (plaveiselcelcarcinomen en melanomen) meer dan verdubbeld. In de diagnose en ook behandeling van huidmaligniteiten neemt de huisarts een steeds belangrijker plaats in. Dit uit zich ook in een verdubbeling van het aantal huidbiopten en –excisies die door de huisarts naar het pathologielaboratorium worden gestuurd.

Toch wordt nog steeds +/- 40% van wat wordt verwijderd niet ingestuurd. Dit vergt een goede en betrouwbare klinische blik die het onderscheid tussen benigne en maligne kan maken. Uit een grote prospectieve studie is echter gebleken dat 1,5% van de huidletsels die door de huisarts als 100% zeker benigne worden bestempeld, bij microscopisch onderzoek toch maligne bleken te zijn, waaronder ook melanomen. Dit is 1 van de verklaringen waarom zich elk jaar 250 nieuwe patiënten presenteren met een metastase van een melanoom zonder primaire tumor.

Waar ligt de oplossing?

Moeten de huisartsen, die deze dermatodiagnostiek en -chirurgie als een leuk en afwisselend onderdeel van hun werkweek ervaren, alles overlaten aan de dermatoloog? Dit kan nooit de bedoeling zijn.
Of moet de huisarts, het adagium ‘wat de moeite waard is om weg te nemen is ook de moeite waard om te onderzoeken’ in gedachten, alles wat hij wegneemt insturen?
Een meer genuanceerde oplossing ligt in het dichterbij brengen van specialistische kennis bij de huisartsen.
De zogenaamde 1.5 lijnsgeneeskunde.
In deze workshop wilden we eerst een korte klinische opfriscursus geven van de belangrijkste huidmaligniteiten om daarna 2 verschillende organisatiemodellen voor te stellen en met de huisartsen in discussie te gaan hoe dit alles nu het best kan worden vormgegeven.

De drie meest voorkomende type huidkanker zijn het basaalcelcarcinoom (80%), het plaveiselcelcarcinoom (10%) en het melanoom (8%), daarnaast bestaan er nog zeldzamere vormen van huidkanker. Ook zien we toenemend premaligniteiten in de vorm van actinische keratose, morbus bowen en lentigines maligna (morbus Dubreuilh). Om een goede behandeling in te stellen is het belangrijk om de klinische presentaties en het onderlinge onderscheid van deze vormen van (pre) maligniteiten te kennen. Ook het onderscheid tussen benigne en (pre) maligne huidaandoeningen is van groot belang. Dat is niet altijd makkelijk. Diagnostiek kan plaatsvinden middels een biopt of diagnostische excisie (melanoom), waarbij het belangrijk is de marges aan te houden volgens de richtlijn en er rekening moet worden gehouden met de richting van snijden op de extremiteiten in verband met een eventuele re-excisie.

Om de expertise van de specialist dichter bij de huisarts en patiënt te brengen zonder de kosten op te laten lopen zijn er in de regio meerdere ideeën. Het Máxima Medisch Centrum zal starten met een zogenaamde vlekjespoli. Deze poli vormt als het ware een soort schil om de dermatologische tweede lijn heen, waarbij eerstelijnszorg plaatsvindt binnen het zieken-

huis. Een door de dermatoloog opgeleide physician assistant (PA) zal de verwezen patiënt zien, het huidprobleem analyseren en een diagnose stellen en afhankelijk van de vraag van de huisarts besluiten of de patiënt met advies retour naar de huisarts kan, wordt behandeld door de PA, of doorgestuurd wordt naar de dermatoloog.

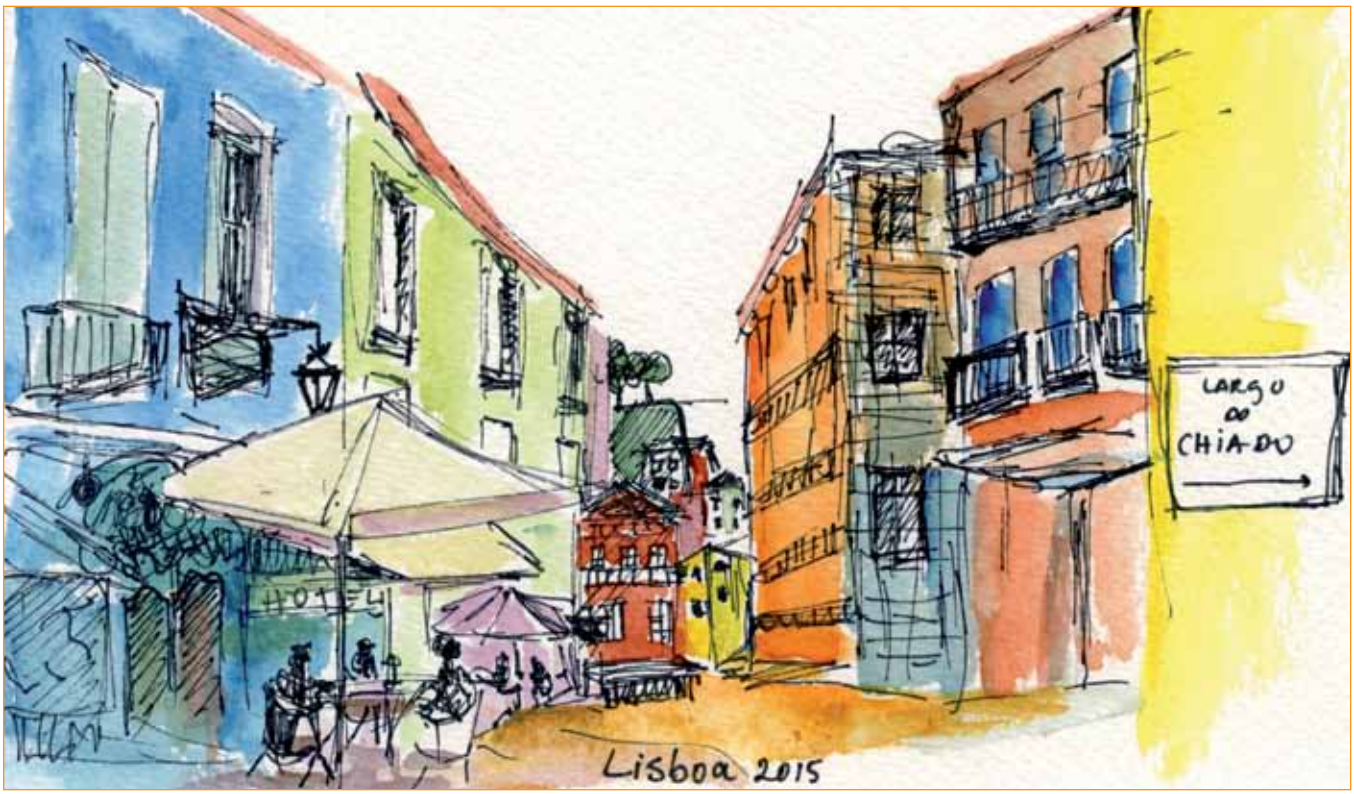
Zo kan een deel van de zorg worden gedaan buiten de kosten van de tweede lijn. Voor het opzetten en slagen van dit initiatief wordt op dit moment overlegd met de zorgverzekeraar en moeten afspraken worden gemaakt met de huisartsen over terugkoppeling, kwaliteit van zorg, patiëntenstroom en scholing. Échte samenwerking en het uitwerken en definiëren van gezamenlijke (maatschappelijke) doelstellingen is hier voor nodig.

Daarnaast bestaan er nog andere initiatieven in den lande, welke ook in deze regio al worden toegepast of in de toekomst een plek in de regionale zorg kunnen krijgen.

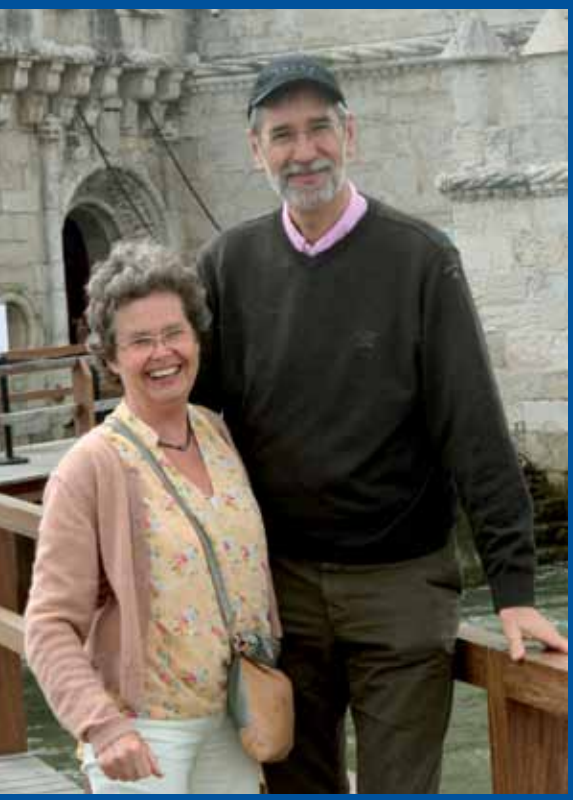
Mobiliteit en flexibiliteit

Naast het kwaliteitsaspect en het kostenaspect, moeten we ook tegemoetkomen aan wensen van de patiënt en gebruik maken van ontwikkelingen in de technologie. Mobiliteit en flexibiliteit, ofwel service, is een van de nieuwe trends en kan worden weergeven via bijvoorbeeld onderstaand 'Stepped-care' model.
Apps en internet geven advies, maar uit onderzoek blijkt dat dit advies (nog) niet zo gevoelig is als een digitaal consult (met foto's) bij een dermatoloog.
Na deze stand-alone apps, zou in de toekomst een e-consult bij de huisarts kunnen volgen middels foto's (Store-and-forward) danwel video (Face-to-Face). Let wel, dit alles speelt zich nog steeds af zonder dat de patiënt fysiek bij de arts is geweest.
Indien dit onvoldoende duidelijkheid geeft, kan vervolgens een Teledermatologisch consult met de specialist verricht worden, waarbij volgens de huidige cijfers in de regio 74% van de patiënten is geholpen middels deze technologie.
De huisarts kan tevens alsnog besluiten de patient te zien en evt. te verwijzen.
Een andere mogelijke vorm van anderhalvelijns zorg is het Stadspoli-model, zoals afgelopen jaar in Nederland in Maastricht is opgezet
Hier levert de specialist laagdrempelig 1e lijnszorg (dus zonder eigen risico) op een goedkope(re) lokatie. Driekwart van de verwijzingen naar de 2e lijn konden zo voorkomen worden.

De stelling is, dat 'stepped care' kostenbesparend zou moeten zijn en patiëntvriendelijk is door vermindering van polikliniekbezoeken. Dit laat onverlet dat, waar nodig, de dermatologen in zowel Máxima Medisch Centrum en het Catharina Ziekenhuis voor hun patiënten klaar staan.



Reiziger



Door: Corien Heemstra,
huisarts te Veldhoven

Obrigada, organizadores!

Contacten met collega's zijn belangrijk. Het praat zoveel makkelijker als degene aan de andere kant van de telefoon ook een gezicht voor je heeft, en bekende mogelijk- en hebbelijkheden. Daar maak je bewust en onbewust toch gebruik van als je de zorg voor je patiënten een keer moet delen. Ik vond al langer dat er te veel collega's waren die ik buiten brief en telefoon niet kende. Daarom stonden de OverEINDse dagen al jaren op mijn verlanglijstje, maar op één of andere manier kwamen er steeds praktijk-, dienst- of gezinsperikelen tussen. Of ik was gewoon te laat met inschrijven.

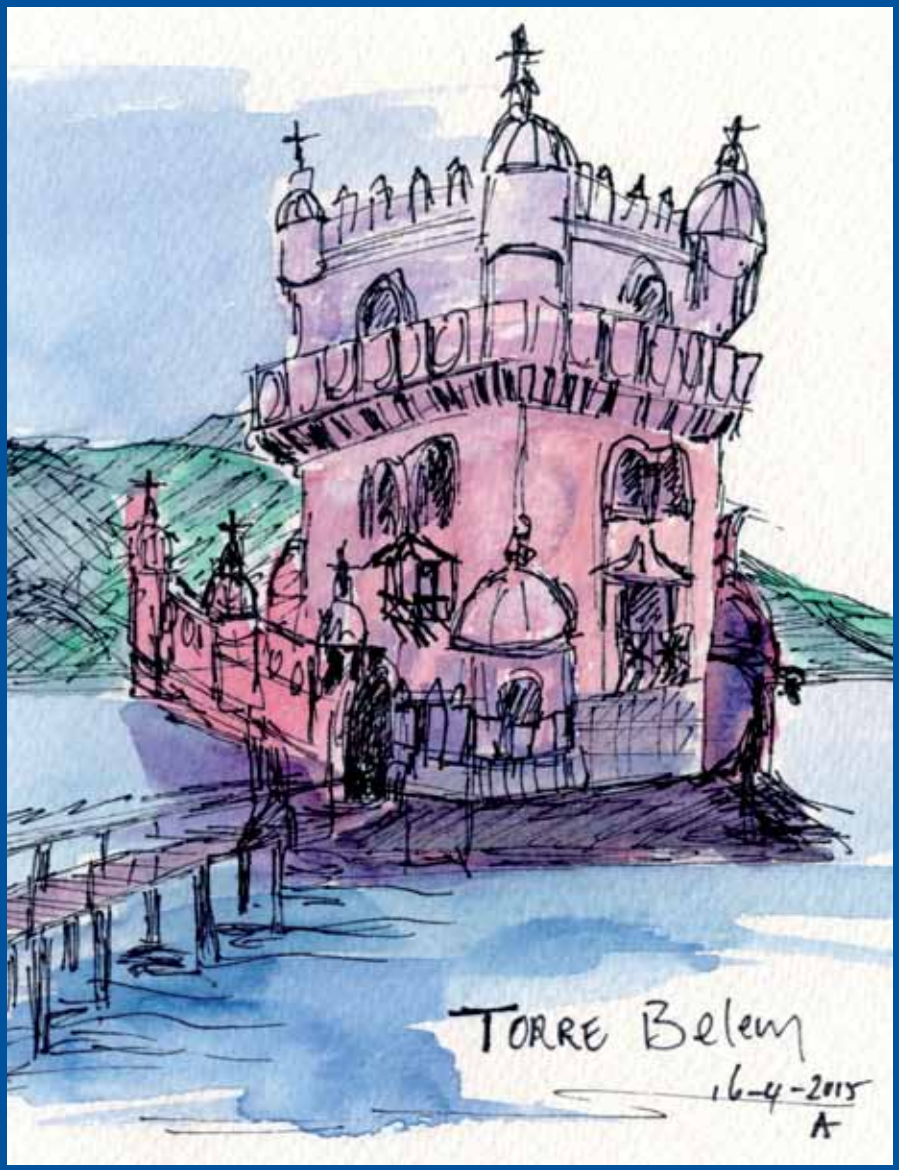
Dit jaar was het me dan toch gelukt en stond ik in de vroege ochtend van 15 april op het parkeerterrein van het MMC Veldhoven enthousiast kennis te maken met collega's. Duizelingwekkend veel collega's. Voor mij was dus het doel van de reis al zowat bereikt voor we goed en wel op weg waren!
Nu is Cascais alweer een maand geleden, en wat is er nu van blijven hangen? Toch wel meer dan die ziekenhuisparkeerplaats:
Iedereen zal zich de eerste lezing nog wel herinneren; die Portugese professor die ons in letterlijk onnavolgbaar Engels onderhield over de wetenschappelijke en medische connecties tussen Portugal en Nederland. Een beter gespreksonderwerp voor tijdens de koffie was nauwelijks denkbaar.

De andere lezingen en workshops waren om andere redenen memorabel.
Wat voor een microbioloog interessant is, hoeft dat nog niet te zijn voor een KNO-arts, maar de organisatoren hadden een programma weten samen te stellen, waar voor iedereen wel wat van zijn gading te vinden was. Een knappe prestatie! Zelf heb ik inmiddels verschillende dingen in mijn huisartsenpraktijk geïmplementeerd: het flesje handengel dat in mijn tas zat ligt nu in de auto, zodat ik het vaker gebruik. De wilsverklaring Niet-reanimeren en het bespreekdocument wilsverklaring uit de Laego Toolkit Advanced Care Planning met betrekking tot het Levenseinde zijn erg handig en sluiten veel beter aan bij onze praktijk dan de documenten die de NVVE ter beschikking stelt. Behalve aan mijn cardiovasulair-risico-populatie deel ik nu ook aan kniepatiënten foldertjes uit van een fietstocht-met-gezonde-lunch. En we hebben samen met assistentes en praktijkondersteuners natuurlijk lekker staan swingen op de YouTube-hit "We're choosing wisely!"

Augusta, de reisleidster in de bus, gaf ons eveneens veel nuttige informatie, zoals de goede uitspraak van Augusta en Cascais, bijvoorbeeld. Ze instrueerde ons, dat het ongepast was om "Gracias" te zeggen. "Obrigado/-a" moest het zijn! Braaf zeiden we haar na: "Obrigado. Obrigada." Haar frustraties over de wandaden van de Nederlanders ten opzichte van de Portugezen bij de handel en in de koloniën werden gelukkig gecompenseerd door de Portugese triomfen op het voetbalveld. Ze bleef ons de hele reis tenminste luidkeels "my Dutch friends!" noemen.
Naast dit alles bleef er zelfs nog tijd over om meerdere malen heerlijk te eten,

Reiziger

weg te dromen bij de melancholieke Fado-klanken, je bij de tombe van Vasco da Gama te verwonderen over zijn enorme handen en voeten, te genieten van de kleuren van het paleis van Sintra, van de barokke vormen van de toren van Belem en van het uitzicht vanaf het Castelo de São Jorge en Cabo de Roca, en om tegeltjes te beschilderen. Dat laatste heb ik overigens even aan anderen overgelaten. Welbestede dagen dus. En ja, ik ken een heleboel meer collega's dan hiervoor, en dat praat inderdaad een stuk makkelijker aan de telefoon. Nu ik het smoelenboek echter weer eens bekijk, blijken er nog een paar zijn, die ik me niet voor de geest kan halen. Toch nog een klein minpuntje! Maar er gloort licht aan de horizon: volgend jaar gaat de reis naar Marrakech, dan kunnen we de kennismaking voortzetten. En voor de tussentijd is er de RTA ZOB app!



Dementie Overeind

Door: Anneke Dalinghaus, huisarts, Rob Gons, neuroloog Catharina Ziekenhuis, Els Lambooij, internist ouderengeneeskunde Máxima Medisch Centrum, Mary Timmermans, specialist ouderengeneeskunde de Archipel

Aan alle kanten worden we met de neus op de feiten gedrukt: er komt een groot aantal patiënten met dementie op ons af. We worden geconfronteerd met kwetsbare ouderen, waarvan 30% dementerend is.
In Nederland worden 1,1 miljoen ouderen van 70+ jaar opgenomen in ziekenhuizen, waarvan er 300.000 kwetsbaar zijn en daarvan ongeveer 100.000 dementerend.

Meestal is een acute situatie de reden dat een oudere moet worden opgenomen, bijvoorbeeld een heupfractuur of een acute decompensatio cordis. Het is van het allergrootste belang dat het ziekenhuis weet wat er al afgesproken is in de thuissituatie. Dat gaat verder dan het bekend zijn van het Niet Reanimeren-beleid. Huisartsen zijn steeds vaker actief bezig met het opsporen van de kwetsbaarheid en hebben ook al een indruk van de cognitieve status van de patiënt.
Aan de hand van de RTA die in deze regio ontwikkeld is naar voorbeeld van de LTA worden de diverse rollen belicht van de betrokken artsen: wie kan wat doen voor welke patiënt? Het gaat over diagnostiek, afstemming over behandeling en begeleiding in 1e, 2e en 3e lijn.

Wat doet de huisarts?

Door huisartsen worden ouderen in kaart gebracht in het model KOMPLEET(Ketenzorg Ouderen met Partners in Laagdrempelige Eerste lijnszorg), een model dat door alle zorggroepen van deze regio, te weten PoZoB, DOH en SGE gebruikt wordt. Met behulp van een gevalideerde vragenlijst, TRAZAG (Transmuraal Zorg Assessment Geriatrie) genaamd, worden problemen in verschillende domeinen onderzocht. Hierna wordt er een zorgbehandelplan gemaakt en wordt de patiënt in een multidisciplinair overleg besproken. Hierin wordt uitdrukkelijk de patiënt en diens mantelzorger betrokken. De huisarts heeft hulp van de praktijkondersteuner ouderenzorg om dit allemaal te organiseren en uit te voeren. Daarbij is ook een specialist ouderengeneeskunde betrokken.

Voor de begeleiding van de dementerende patiënt is er door het Dementienetwerk Zorg Traject Begeleiding (ZTB) opgezet, deels betaald uit geld vanuit gemeente, ZonMW en zorgverzekeraars. Ze kunnen door middel van huisbezoeken dementerende thuiswonende ouderen begeleiden. Ook kunnen zij praktische oplossingen bieden, zoals dagbehandeling, mantelzorgondersteuning, tijdelijke opnames etcetera.
Zij werken samen met huisartsen/POH en klinische specialisten, zoals de internist ouderengeneeskunde en klinisch geriaters.

Wat doet de specialist ouderengeneeskunde?

De SO (specialist ouderengeneeskunde) kan de huisarts bijstaan in het maken van een zorgplan, het bezoeken aan huis van de ouderen op verzoek van de huisarts en kan bij het MDO aanwezig zijn. Het verpleegtehuis heeft de mogelijkheid om een ergotherapeut of een psycholoog te leveren. De doelgroep is daarbij vooral die oudere, waarbij het verbeteren van het welzijn op de voorgrond staat en niet zozeer de medische behandeling.

Wat doet de internist ouderengeneeskunde?

In het ziekenhuis hebben we de beschikking over de klinisch geriater of een internist ouderengeneeskunde. Beide disciplines hebben een grote betrokkenheid bij het opvangen van de oudere patiënt op de SEH en het begeleiden van de patiënt gedurende een opname. Daarbij worden zij bijgestaan door de geriatrieverpleegkundigen. Bovendien hebben zij een rol in

het meedenken over moeilijke medische beslissingen, waarbij niet alles wat kan gebeuren, ook moet gebeuren. Voor de diagnostiek van een oudere met deterioratie op cognitief gebied hebben zij een poliklinische evaluatie, waarin zij een uitgebreid assessment doen om de problemen te inventariseren. Er kan eventueel verder beeldvormend onderzoek gedaan worden. Over medicatie is er in onze presentatie in Cascais kort gesproken.

Wat doet de neuroloog?

De neuroloog is vooral belangrijk bij cognitieve deterioratie van de 'jongere'patiënt, zeker mensen jonger dan 65 jaar en bij degenen die een afwijkend beloop hebben of comorbiditeit op neurologisch gebied. Ook in de leeftijdscategorie jonger dan 65 jaar is de ziekte van Alzheimer de meest gestelde diagnose, gevolgd door vasculaire dementie en frontotemporale dementie. Andere oorzaken zoals dementie bij overmatig alcoholgebruik of ten gevolge van hersentumoren behoren eveneens tot de mogelijkheden.

Zeldzamere aandoeningen zoals ziekte van Huntington of Creutzfeld Jacob kennen doorgaans karakteristieke neurologische nevenverschijnselen. De neuroloog heeft kort stilgestaan bij de diagnostische mogelijkheden bij cognitieve achteruitgang.
Transferzorg is de zorg rondom informatie uitwisseling van de patiënt in de keten. Juist bij dementerende patiënten is communicatie nog belangrijker. Door het regieverlies van de oude en verwarde patiënt dreigen er gevaren op gebied van vallen, delier, ondervoeding en functieverlies. Informatievoorziening vanuit de huisarts is van groot belang. Zeker als een patiënt al in kaart is gebracht door de POH in de huisartsenpraktijk en er een zorgplan ligt, zou dit onmiddellijk beschikbaar moeten zijn bij opname. Bijvoorbeeld een eerdere MMSE kan handig zijn om te kijken of de cognitieve staat achteruit gaat. Helaas is de praktijk weerbarstig. Er is nog te weinig informatie bij opname, zeker in de acute situatie. Er wordt gekeken of het mogelijk is om via ZorgDomein deze informatie te sturen. Ook het KIS (Keten Informatie Systeem) uit de huisartsenpraktijk kan informatie aanleveren aan de specialist. In de nabije toekomst zal hier verder aan gewerkt worden.

In Cascais hebben we geprobeerd om de partijen nader tot elkaar te brengen rondom de dementerende patiënt. De rol van diverse hulpverleners wordt belicht, zodat de huisarts weet waarheen hij kan verwijzen voor diagnostiek. In de begeleidingsfase is het belangrijk om te weten welke mogelijkheden er zijn voor de patiënt en diens mantelzorger. Er is recent veel veranderd in de financiering van de zorg. De WLZ (Wet langdurige Zorg) is een uitgeklede AWBZ geworden, dementie is overgeheveld naar de zorgverzekeraar en ook thuiszorginstellingen worden betaald uit de zorgverzekering. Er zal gesproken worden over indicatiestelling en begeleiding door de zorgtrajectbegeleider (ZTB). Verder worden er vraagstukken belicht rondom het rijbewijs en het autorijden bij dementie. Speciale hulpmiddelen komen aan bod, zoals domotica. Ook het werk van de ergotherapeut bij dementie wordt belicht. Crisismanagement en de mogelijkheden tot consultatie worden besproken. Als onze voordracht gelukt is dan zijn de toehoorders meer 'Senior Minded'. Naarmate meer huisartsen meedoen aan het programma KOMPLEET en er in de ziekenhuizen geriatrieteams komen die de kwetsbare/dementerende patiënt kunnen begeleiden zal de zorg voor deze groep verbeterd worden.

Beheersen van BRMO in de regio

Miriam Beerens, specialist ouderengeneeskunde Valkenhof, Laura van Dommelen, arts microbioloog PAMM, Daniëlle van Oudheusden, arts maatschappij en gezondheid GGD Brabant-Zuidoost, Marjolijn Wegdam-Blans, arts-microbioloog PAMM

Aan de hand van een casus werd in een presentatie het onderwerp bijzonder resistente micro-organismen (BRMO) besproken. Het betrof een 80-jarige patiënte die na een lange opname in het ziekenhuis wegens longontsteking en hartfalen, werd ontslagen naar een revalidatiecentrum.

In het geriatrisch revalidatiecentrum werd bekend dat bij een urinekweek van de patiënte een BRMO was gekweekt. Dit onderzoek was ingezet in het ziekenhuis in verband met koorts. De zorgketen bij deze oudere patiënte is uitgebreid en zowel thuiszorg medewerkers, huisarts als de specialist ouder-geneeskunde zijn betrokken bij de revalidatie in het verpleeg-huis en daarna in de thuissituatie.

De BRMO was een ESBL positieve E.coli (zie kader). De specialist ouderengeneeskunde die hierover wordt geïnformeerd door de arts-microbioloog van het laboratorium, heeft veel vragen. In het verloop van de casus blijkt de BRMO ook veel vragen op te leveren bij de patiënt en de familie en bij de andere zorgverleners, zoals: is deze bacterie te behandelen, en zo ja: met welke antibiotica, hoe voorkomen we dat deze bacterie zich verspreid naar andere patiënten of medewerkers? Is de bacterie gevaarlijk voor familieleden en hoe moet in de zorgketen deze informatie worden overgedragen?
Na overleg met collega's, arts-microbioloog en het raadplegen van de BMRO richtlijnen van de WIP (werkgroep infectiepre-ventie) en het LCI (landelijk centrum infectieziekten) wordt een beleid in het geriatrisch revalidatiecentrum afgesproken waar-bij de patiënte een eigen postoel krijgt en na haar buurvrouw de badkamer gebruikt. Daarna moet de badkamer gereinigd worden. Bij de verzorging van patiënte, draagt de verzorgende een plastic halterschort en handschoenen. Natuurlijk wast zij voor en na de verzorging haar handen en draagt zij kleding met korte mouwen, zijn haar nagels kort en zonder nagellak en draagt zij geen hand-of polssieraden. Aangezien er geen sprake is van een symptomatische urineweginfectie, hoeft deze niet behandeld te worden. Om te bepalen of patiënte nog drager is, moeten twee rectumkweken afgenomen worden met een tussenpoos van 24 uur. Indien beide negatief zijn, kunnen de maatregelen gestopt worden.

Extra hygiënemaatregelen

In de thuissituatie zijn extra hygiënemaatregelen, anders dan de gewone hygiënevoorschriften, niet nodig: handen wassen (ook door patiënte en haar echtgenoot), persoonlijke hygiëne en huishoudelijk schoonmaken. De familie mag op bezoek komen. De verzorgende van de thuiszorg moet patiënte verzorgen met plastic halterschort en handschoenen. Om te weten wanneer deze extra maatregelen kunnen stoppen kunnen eventueel de dragerschapskweken herhaald worden. Voor adviezen in de thuissituatie kan de LCI-richtlijn BRMO worden geraadpleegd. In de richtlijn wordt uitgelegd waarom thuis minder strenge maatregelen nodig zijn: er is minder risico om besmet te raken. Er is immers minder contact met lichaamsvloeistoffen. Daarnaast worden er thuis minder antibiotica voorgeschreven dan in het ziekenhuis of verpleeghuis.

De microbiologische wereld om ons heen verandert, zie kaart. Zowel binnen als buiten zorginstellingen krijgen we steeds vaker te maken met resistente micro organismen. Vooral

Soorten BRMO

- **Meticilline resistente Staphylococcus aureus (MRSA)**
- **Vancomycine resistente enterococcen (VRE)**
- **Multi-resistente Gram negatieve staven (MR-GNS, zoals ESBL positieve E.coli)**

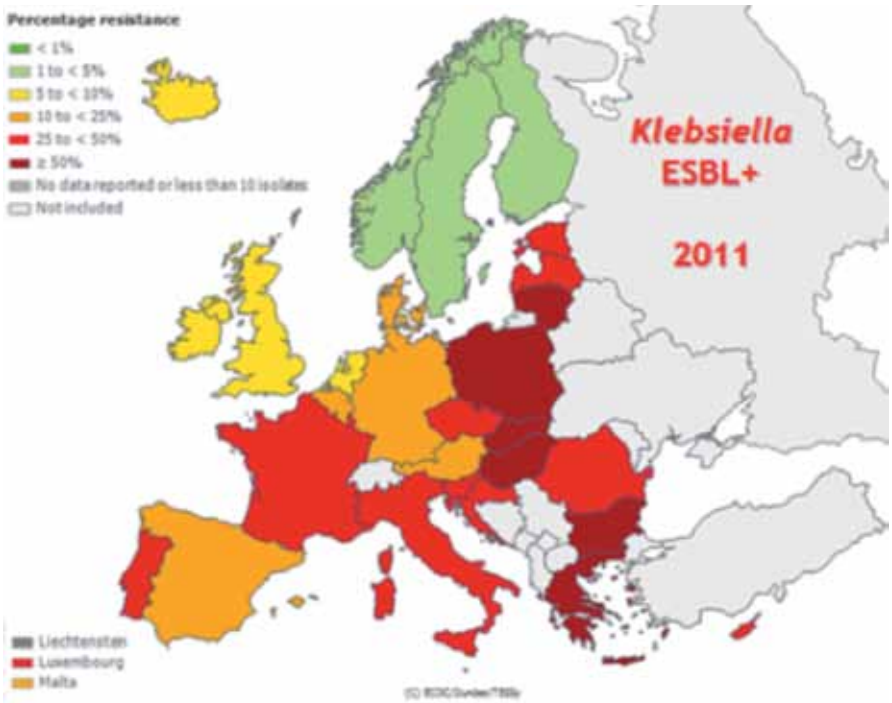
de opkomst van multiresistente Gram negatieve staven, zoals ESBL positieve micro-organismen is zorgelijk. ESBL staat voor 'extended spectrum beta-lactamase': dit is een enzym dat bacteriën kan produceren die beta-lactam antibiotica (zoals amoxicilline-clavulaanzuur) afbreken. Infecties met een BRMO zijn doorgaans moelijker te behandelen, dit komt doordat de beperkte antibiotica die nog wel werkzaam zijn, vaak alleen intraveneus toegepast kunnen worden, meer bijwerkingen hebben en duurder zijn.

De BRMO's zijn niet meer te bestrijden, maar wel te beheersen. Deze beheersing berust op een aantal pijlers waarvan de belangrijkste drie zijn:

1 Hoe meer antibiotica-gebruik, hoe sneller de ontwikkeling van resistentie gaat: 'the more you use it, the more you lose it'. In ziekenhuizen, maar ook in de verpleeghuizen krijgen patiënten (te) vaak antibiotica voorgeschreven. Het sturen op antibiotica beleid door richtlijnen, betere diagnostiek en toezicht zal helpen om dit te verbeteren.

2 Voor het voorkomen van het verspreiden van BRMO's zijn goede handhygiëne, persoonlijke hygiëne, goed huishoudelijk schoonmaken en zo nodig extra voorzorgsmaatregelen nodig. Goede hygiëne en infectiepreventie (HIP) - beleid in het verpleeghuis kan bereikt worden door het instellen van een HIP-commissie die beleid opstelt en protocollen en werkinstructies opstelt. Hierbij wordt samengewerkt met een deskundige infectiepreventie. De protocollen en werkinstructies moeten geïmplementeerd worden en hierbij kan gebruik gemaakt worden van HIP-aandachtsvelders binnen de organisatie. D.m.v. audits kan nagegaan worden of het afgesproken beleid nagevolgd wordt en kunnen zo nodig verbeterpunten worden opgesteld. Regulair overleg met een arts-microbioloog is gewenst. Voor het opstellen van beleid en protocollen wordt gebruikgemaakt van WIP-richtlijnen, richtlijnen van Verenso en aanbevelingen van de inspectie voor gezondheidszorg.

3 Het periodiek kweken van patiënten op BRMO (surveillance) is noodzakelijk om de ontwikkeling van BRMO te monitoren en ingezette maatregelen te beoordelen op effectiviteit. Belangrijk is dat voldoende financiële middelen beschikbaar zijn.



Percentage ESBL positieveKlebsiellaspp. uit bloedkweken (t.o.v. niet-ESBL positieve -) in Europa

Platform

Bovenstaande vereist een regionale aanpak. Immers patiënten verplaatsen zich tussen verschillende instellingen, net zoals in de casus. We moeten gezamenlijk de BRMO-beheersing aanpakken. Om die reden is een BRMO platform gelanceerd tijdens de OverEINDse dagen. Zorgprofessionals van de verschillende instanties zijn uitgenodigd om mee te denken over knelpunten in de regio, beheersmaatregelen zoals hierboven geschetst uit te werken en voorstellen voor implementatie te doen. De GGD-BZO faciliteert het platform. Een inventarisatie van ervaringen en zorgen met/over BRMO is gedaan middels een enquête onder huisartsen en specialis-

ten ouderengeneeskunde (resultaten: www.ggdinfectieziekten.nl)

Referenties:
http://www.rivm.nl/Documenten_en_publicaties/Professioneel_Praktisch/Richtlijnen/Infectieziekten/LCI_richtlijnen/LCI_richtlijn_BRMO
http://www.rivm.nl/Documenten_en_publicaties/Professioneel_Praktisch/Richtlijnen/Infectieziekten/WIP_Richtlijnen/Actuele_WIP_Richtlijnen/Ziekenhuizen/WIP_richtlijn_BRMO_Bijzonder_Resistente_Micro_Organismen_ZKH
http://www.rivm.nl/Documenten_en_publicaties/Professioneel_Praktisch/Richtlijnen/Infectieziekten/WIP_Richtlijnen/Actuele_WIP_Richtlijnen/Verpleeghuis_Woon_en_Thuiszorg_Verpleeghuizen_woonzorgcentra_en_kleinschalig_wonen_ouderen/WIP_richtlijn_BRMO_VWK

Tot volgend jaar in Marrakech!