



Radboud actueel

Nieuwsbrief voor huisartsen - jaargang 7 - editie 1 - april 2014

IN DIT NUMMER

- | | | | |
|---|--|-----|--|
| 2 | Cathy van Beek over gedeelde besluitvorming | 6 | Gezinspoli ontwikkelingsstoornissen |
| 3 | “Dokter, ik ben zo moe...” | 6/7 | ECG-service voor huisartsen |
| 4 | Proactieve ouderenzorg: niet langer brandjes blussen | 7 | UCCZ: terugblik practical session COPD |
| 5 | Orthopedie strijdt tegen wondinfecties | 8 | Deskundigheidsbevordering |

Radboud actueel online lezen? Ga naar www.radboudumc.nl → informatie voor verwijzers → huisarts → Radboud actueel.

TRANSMURALE SAMENWERKING

Samenwerking Radboudumc en Maasziekenhuis Pantein Galblaas- en liesbreukoperaties: twee locaties, zelfde zorg

Sinds april 2012 werken chirurgen van het Radboudumc in Maasziekenhuis Pantein in Boxmeer. De chirurgische afdelingen van de twee centra werken nauw samen om patiënten op beide locaties exact dezelfde zorg te bieden, onder meer op het gebied van liesbreuk- en galblaasoperaties. Inmiddels is ook de laatste stap genomen: via ZorgDomein krijgen huisartsen bij verwijzing automatisch de keuze tussen het Radboud en Pantein.

De verwijsafspraken voor beide ziekenhuizen verschillen op detail van elkaar, vertelt huisarts Jeanny van Breemen. ‘Dat onderscheid is geen enkel probleem; in ZorgDomein geeft het kopje **Voorberei-**

ding Huisarts duidelijk aan wat er van me verwacht wordt.’

Patiënt kiest

Van Breemen is vooral blij met het voordeel voor de patiënt. ‘Sommige mensen hebben een voorkeur voor een van beide ziekenhuizen of staan in een beide al onder behandeling van een ander specialisme. Vaak zal de toegangstijd de doorslag geven: mensen willen graag zo snel mogelijk geholpen worden.’ Ook voor Han Bonenkamp, chef de clinique Heelkunde in het Radboudumc, staat het belang van de patiënt voorop: ‘Een galblaas- of liesbreukoperatie is in de meeste gevallen een eenvoudige ingreep. Patiënten zijn van harte welkom in ons academisch centrum, maar



Jeanny van Breemen: Vooral blij met voordeel voor patiënt

Samenwerking biedt patiënten:

- Academische zorg, ook in de periferie
- Snellere toegangs- en doorlooptijden
- Zorg zo dicht mogelijk bij huis
- Zo nodig ‘interne’ doorverwijzing naar Radboudumc
- Parallele kennis(uitwisseling), denk aan onderzoeksresultaten en opleidingsniveau

kunnen – zoals Jeanny al benoemde – redenen hebben om te profiteren van dezelfde kwaliteit, op een andere locatie.’

Kwaliteit van zorg

‘De kwaliteit van zorg is in beide ziekenhuizen exact dezelfde. De patiënt kan dus andere argumenten meewegen om zijn voorkeur te bepalen, zoals snelle toegang tot de polikliniek en korte wachttijd tot de operatie’, vertelt

Pantein-chirurg Lodewijk Poelhekke. ‘Bijkomend voordeel is dat een aantal artsen binnen ons team ook in het Radboudumc werkt. Patiënten voor wie een doorverwijzing naar een academisch centrum toch nodig blijkt, bijvoorbeeld door comorbiditeit of omdat complexe IC-zorg aan de orde is, kunnen door de samenwerking rekenen op een snelle, soepele overdracht naar het Radboudumc.’

Beslissen, samen met de patiënt

Uit wetenschappelijk onderzoek is bekend dat patiënten baat hebben bij goede voorlichting en ondersteuning bij de besluitvorming over hun behandeling. Goed geïnformeerde patiënten hebben een beter beeld van de voor- en nadelen van de keuzes waar zij voor staan, waardoor zij minder twijfelen en vaker tevreden zijn over genomen beslissingen.

Uit ander onderzoek komt naar voren dat specialisten geneigd zijn om direct na het meedelen van de diagnose te vertellen wat de meest geschikte behandeling is. Zij zijn het gewend om oplossingen aan te dragen. *Shared decision making* (gedeelde besluitvorming) vraagt echter om een andere manier van communiceren met de patiënt, iets waarnaar in de opleiding en op de werkvloer nog veel meer aandacht uit moet gaan. Gedeelde besluitvorming begint ermee dat zorgverleners (specialisten, huisartsen, verpleegkundigen) informatie vragen. Eerst luisteren, pas daarna komen diagnostiek en behandelopties aan bod. De arts brengt voor de patiënt de verschillende keuzemogelijkheden inclusief voor- en nadelen in kaart en staat stil bij de persoonlijke situatie, visie, verwachtingen, behoeften en wensen van de patiënt. Pas als de patiënt alle opties kent én begrijpt, de eigen situatie goed kan inschatten en zijn beslissing kan beredeneren, kan hij werkelijk meebeslissen.

Shared decision making is nog niet vanzelfsprekend. Het is een enorme uitdaging, voor ziekenhuis en huisarts. We moeten meer patiëntgerichte informatie verschaffen, online en in de spreekkamer. Het Radboudumc publiceert mede daarom zo veel mogelijk resultaten van behandelingen en ingrepen op de eigen website, van aortaklepvervanging tot de behandeling van zaadbalkanker. Denk ook aan de digitale poli's waar patiënten vragen kunnen stellen, ervaringen kunnen uitwisselen en informatie kunnen opzoeken. Of aan MijnRadboud.nl, waar patiënten hun medisch dossier kunnen inzien, inclusief labuitslagen en brieven aan de huisarts, en vragen kunnen voorleggen aan hun behandelaar(s). Daarnaast moeten we tools als Face Talk beter benutten voor slim, snel en gedegen multidisciplinair overleg met de patiënt in de driver's seat. We zien vaak maar een fractie van het leven van een patiënt. De specialist en de huisarts moeten dan ook alles op alles zetten voor een goede wederzijdse overdracht. De huisarts is het vaste aanspreekpunt voor de patiënt en speelt een belangrijke rol in het waarborgen van (na)zorg op maat. Op het moment dat er belangrijke medische beslissingen genomen moeten worden, is de inbreng van de huisarts goud waard, (juist) ook in de tweede lijn. De huisarts zou door diens patiënt uitgenodigd kunnen worden om bij een belangrijk gesprek te zijn. *Shared decision making* is onze gedeelde verantwoordelijkheid. De vormgeving daarvan is een co-creatie. Samen denken, samen doen. Suggesties? Ik hoor ze graag bij ons regulier overleg of via de mail.

Cathy van Beek,
Raad van Bestuur

e-mail: C.vanBeek@rvb.umcn.nl
twitter: @cathyvanbeek56



Snel en eenvoudig: centrale melding wijziging praktijkgegevens

Een wijziging in uw praktijkgegevens geeft u eenmalig online door aan Vektis, het landelijk informatiecentrum van de zorgverzekeraars. Via een maandelijkse update worden de mutaties automatisch verwerkt in het systeem van het Radboudumc en andere aangesloten zorginstellingen. Ga voor het wijzigen van uw gegevens naar www.agbcode.nl.



AGENDA

21 mei 2014: Mertensdag



Ester Bartholet, winnaar Koploperprijs 2013

De jaarlijkse netwerkdag van de afdeling Eerstelijns geneeskunde wordt gehouden op locatie De Holthurnse Hof in Berg en Dal. De werktitel is dit jaar Doolhof of Netwerk: Multidisciplinair werken in de wijk.

De afgelopen jaren ligt er veel nadruk op samenwerken in de wijk. De relatie tussen zorg en welzijn krijgt veel aandacht. Multidisciplinaire samenwerking lijkt de oplossing voor alles wat er mis is in de zorg. Toch is niet altijd duidelijk hoe je die samenwerking organiseert in de wijk. Welke tips en trucs zijn er? Welke succes- en faalfactoren? Hoe kweek je gezamenlijk commitment?

De Mertensdag besteedt in lezingen en workshops aandacht aan dit onderwerp. En zoals altijd is er tussendoor volop tijd om te netwerken en met elkaar van gedachten te wisselen over alles wat de eerste lijn zo boeiend maakt.

Tijdens de Mertensdag wordt ook de jaarlijkse Koploperprijs uitgereikt. In 2013 werd deze gewonnen door Ester Bartholet van de Praktijk Ouderengeneeskunde Bartholet. De Koploperprijs wordt uitgereikt aan het meest innovatieve en inspirerende project in de regionale eerste lijn.

Meer informatie over en aanmelden voor de Mertensdag: www.koplopers.org → actueel → agenda.

“Dokter, ik ben zo moe...”



Vermoeidheid is een veelgehoorde klacht in de spreekkamer van de huisarts. In de meeste gevallen is er geen reden tot twijfel over het beleid. Vaak verdwijnen de klachten vanzelf, al dan niet door een aanpassing in leefstijl. In andere gevallen wordt een lichamelijke oorzaak gevonden, waarna gerichte (specialistische) behandeling kan worden ingezet. Voor een aantal patiënten ligt het anders: bij hen blijkt de vermoeidheid chronisch, een lastig te hanteren probleem.

Hans Knoop is als klinisch psycholoog verbonden aan het Nijmeegs Kenniscentrum Chronische Vermoeidheid (NKC) van het Radboudumc. ‘Onze patiëntenpopulatie bestaat uit drie categorieën. Ten eerste zijn dat mensen bij wie geen onderliggende lichamelijke oorzaak meespeelt voor vermoeidheid die langer duurt dan zes maanden. Er kan dan sprake zijn van het chronisch vermoeidheidssyndroom (CVS). De huisarts kan deze patiënten bij ons aanmelden; het NKC zet vervolgens cognitieve gedragstherapie in – de voorkeursbehandeling volgens de recente multidisciplinaire richtlijn CVS.

Diezelfde aanpak geldt voor de tweede categorie: mensen die hersteld zijn van kanker en ernstig moe blijven. Ten slotte onderzoeken we momenteel of cognitieve gedragstherapie effectief is bij patiënten die een chronische ziekte hebben, zoals diabetes type 1 of MS.’

Contact met verwijzer

Patiënten worden doorverwezen door huisartsen en specialisten. Het NKC stemt goed met hen af over de aanpak. Knoop zegt daarover: ‘Op de eerste plaats heeft het de voorkeur pas met cognitieve gedragstherapie te starten als al het lichamelijke onderzoek is

afgerond en er dus geen twijfel meer bestaat over mogelijk onderliggende oorzaken. Verder adviseren wij de behandeling te beperken tot één therapie tegelijk. Ook dat wordt besproken met de verwijzer.’ Naast deze afstemming in de aanloopfase zijn er drie schriftelijke contactmomenten: bij de start van de behandeling, aan het eind daarvan en nog eens na de follow-up, zes maanden na afronding van de NKC-begeleiding.

Succes

Helpt de cognitieve gedragstherapie altijd? ‘Niet in alle gevallen’, erkent Knoop, ‘maar voor de meeste patiënten wel degelijk. De vermoeidheid en beperkingen nemen af en patiënten krijgen handvatten om de vermoeidheid actief aan te pakken.

Cognitieve gedragstherapie helpt de meeste patiënten

Zelfs degenen die in mindere mate profiteren, geven aan dat de therapie hen het vertrouwen heeft gegeven dat ze hun eigen manier zullen vinden om met de klachten om te gaan.’

U kunt uw patiënten verwijzen via ZorgDomein → interne geneeskunde → chronische vermoeidheid e.c.i.. Meer informatie over de multidisciplinaire richtlijn CVS vindt u op www.diliguide.nl. Voor vragen en overleg met het NKC neemt u contact op met dr. Hans Knoop, 024-361 00 42 of nkcv@umcn.nl.

Internetbehandeling

In februari startten twee internetinterventiestudies binnen het NKC: Dia-Fit en Change. De eerste is ontwikkeld voor chronisch vermoeide mensen met diabetes type 1, de tweede voor mensen die vermoeid blijven na succesvolle behandeling van borstkanker. Beide vormen een combinatie van face-to-face cognitieve gedragstherapie en gerichte internetmodules. Tijdens het behandeltraject zijn er vaste contactmomenten en kan de patiënt zelf via e-mail of Face Talk contact opnemen met zijn behandelaar. De gedragstherapeut monitort de activiteiten van de patiënt binnen de modules en onderneemt actie als dat nodig lijkt.

Internetbehandeling is voor veel patiënten een prettige oplossing: ze volgen therapie op momenten die hen passen en hoeven het ziekenhuis minder vaak te bezoeken. Het NKC verwacht mede dankzij uitbreiding van het aanbod met internetbehandeling op termijn bovendien een reductie in toegangstijd, waardoor meer patiënten sneller kunnen worden geholpen.

Benader voor meer informatie over Dia-Fit promovenda Juliane Menting, juliane.menting@radboudumc.nl. Voor Change is dat promovenda Harriët Abrahams, harriet.abrahams@radboudumc.nl.

Project: Proactieve ouderenzorg Vijverhof

Niet langer brandjes blussen

Het project Proactieve Ouderenzorg Vijverhof heeft als doel de zorg voor de ouderen van woonzorgcentrum de Vijverhof te verbeteren: meer samenhang en een betere onderlinge afstemming tussen de betrokken behandelaars, met een hoofdrol voor de wijkverpleegkundige.

Mensen worden ouder en kampen op latere leeftijd vaker met meervoudige problematiek. Tegelijkertijd is het opleidingsniveau van de verzorgenden in het verzorgingstehuis afgenomen. Dat leidde nogal eens tot frustratie, vertelt huisarts en kaderarts ouderenzorg Willemijn de Graaf van huisartsenpraktijk Berg en Dal. 'Hoe vaak het me niet is overkomen dat ik uit mijn spreekuur geroepen werd voor iets wat een kleinigheid bleek. En andersom: dat ik pas tijdens mijn visites een patiënt zag die al de hele dag ernstig benauwd was. Dat valt de verzorgenden niet te verwijten, zij doen hun uiterste best. Wel zijn het situaties waar we van af wilden. We waren vaak crisissituaties aan het oplossen.' Ook de wijzigingen in de AWBZ en WMO maken het noodzakelijk om de ouderenzorg anders te organiseren. De afbouw van de verzorgingstehuizen gaat razendsnel. 'Verzorgingshuizen bestaan straks niet meer. Extramuraal zorg is het streven; zo lang mogelijk in de eigen omgeving, zo veel mogelijk zelf de regie. De meest complexe en kwetsbare patiënten gaan naar een verpleeghuis, anderen betrekken een appartement en vallen onder de hoede van ons multidisciplinaire zorgnetwerk.'

Beter beslissen

Het project Proactieve Ouderenzorg Vijverhof rust op drie pijlers. De Graaf: 'Ten eerste is dat onze proactieve aanpak. We brengen de welzijns- en gezondheidstoestand van al onze oudere patiënten in kaart met screeninginstrument EasyCare. Die informatie leggen we vast in een ZWIP, een digitaal portaal waartoe alle betrokken behandelaars met toestemming van de patiënt toegang hebben. We stellen een multidisciplinair zorgplan op en organiseren tweewekelijks een MDO met huisarts, wijkverpleegkundige en verzorgende, en met bijvoorbeeld fysiotherapeut, geestelijk verzorger en geriater als die op dat moment bij de patiënt betrokken zijn. Zo houden we elkaar op de hoogte en kunnen we sneller en beter beslissen als de situatie daar om vraagt.'

De tweede pijler is reactief werken, met een hoofdrol voor de wijkverpleegkundige. 'Ons netwerk heeft twee wijkverpleegkundigen.

Zij zijn het vaste aanspreekpunt voor patiënt en familie en geven een eerste oordeel als zich een probleem of vraag voordoet. Ook hebben zij apparatuur bij zich voor onder meer het meten van bloeddruk, saturatie en temperatuur. Alleen als het echt nodig is, schakelen zij mij of mijn collega in. Onze visites verlopen daardoor veel effectiever en

In het project Proactieve Ouderenzorg Vijverhof werken huisartsen Willemijn de Graaf en Carel Veldhoven samen met ZZG zorggroep/team thuiszorg Berg en Dal en Zorgcentrum Vijverhof. Het patiëntenbestand van de huisartsen telt ongeveer 324 ouderen boven de 75, en 237 boven de 80 jaar, van wie er op dit moment nog circa 47 in woonzorgcentrum de Vijverhof wonen (bij aanvang van dit project waren het er 65) en ongeveer 70 extramuraal op het terrein van het centrum. Het Vijverhofproject maakt deel uit van 'Ateliers in de eerste lijn, kunst van geïntegreerd samenwerken', een programma van ZZG zorggroep, de afdeling Eerstelijns geneeskunde van het Radboudumc, Huisartsenkring Nijmegen e.o. en GGD regio Nijmegen. Vorig jaar won het de Eerstelijns Transformatieprijs 2013, een prijs die wordt uitgereikt aan de persoon of het project dat dat jaar het meest betekend heeft voor de implementatie van wijkgericht werken.

efficiënter. Daarvoor plannen we elke week twee keer een uur in.'

De derde pijler is die van onderwijs. De huisartsen coachen en scholen de wijkverpleegkundigen, de wijkverpleegkundigen vervullen die rol voor de verzorgenden.

Meerwaarde

In april worden de resultaten van een eerste peiling onder patiënten, mantelzorgers en behandelaars bekend. De Graaf is benieuwd naar de optelsom van alle ervaringen, maar ziet al wel dat veel patiënten blij zijn met de tijd en aandacht van de wijkverpleegkundige. Zelf is ze dat ook. 'Ik ren minder van hot naar her en heb een veel beter beeld van mijn oudere patiënten.'

Natuurlijk is het wennen. Het contact met andere professionals is veel intensiever. Tip van De Graaf aan andere huisartsen: leer je collega's van die andere disciplines beter kennen, investeer in je netwerk. Het levert veel op. 'Huisartsen zijn gewend beslissingen te nemen en problemen op te lossen. In het netwerk moet je je informatie delen en je

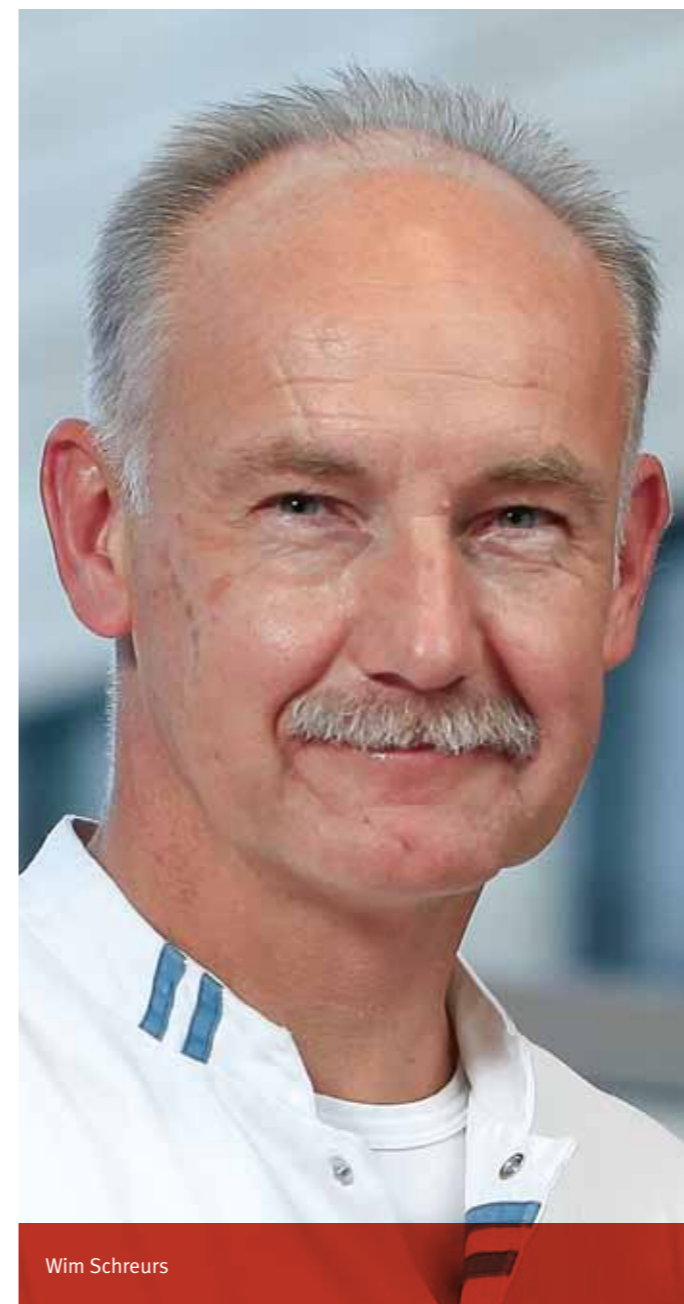


keuzes toelichten. Dat vergt een omschakeling, maar tegelijkertijd zie ik hierin de grootste meerwaarde. Samen weet je meer. Zo kreeg een patiënte laatst een ileus. We hebben haar naar het ziekenhuis verwezen met de nadrukkelijke boodschap het beleid met ons te overleggen. Uiteindelijk is besloten haar niet te opereren en direct naar huis terug te sturen om te sterven. Deze vrouw was zo kwetsbaar en had zo veel verschillende aandoeningen, dat we wisten: ook opereren leidt voor haar tot een verslechtering van haar gezondheid en tot overlijden. Gezien de omstandigheden was het goed zo. Dat hebben we met de familie kunnen bespreken, omdat we haar complexe gezondheid zo goed in beeld hadden. Dat geeft veel voldoening.'

Huisartsenpraktijk Berg en Dal heeft enkele huisartsen in omringende gemeenten benaderd om een eigen zorgnetwerk/systeem op te zetten, waarbij zij de aanvankelijke begeleiding zullen verzorgen. Andere huisartsen die een soortgelijk netwerk voor hun kwetsbare oudere patiënten willen opbouwen, kunnen zich hierover laten informeren via de OCE, de Organisatie voor Chronische Eerstelijnszorg (www.cihn.nl) → chronische zorg → Organisatie voor Chronische Eerstelijnszorg) of de ZZG zorggroep (www.zzgorggroep.nl).

Strijd tegen wondinfecties succesvol

'Een diepe wondinfectie, bijvoorbeeld na het plaatsen van een heup- of knieprothese, heeft rampzalige gevolgen voor de patiënt', vertelt orthopedisch chirurg Wim Schreurs. Zijn afdeling implementeerde daarom al in 2009 de VMS-richtlijn POWI. En met succes: Orthopedie wist het aantal postoperatieve wondinfecties (POWI's) de afgelopen jaren flink terug te dringen. Voor de 'primaire heupen' zelfs naar 0 procent in 2013.



Wim Schreurs

U noemt de gevolgen van een diepe wondinfectie 'rampzalig'. Dat is stevige taal.

'Omdat het ook een stevig probleem is. De patiënt moet aanzienlijk langer in het ziekenhuis verblijven, vaak zijn meerdere operaties nodig om het gebied schoon te krijgen en in het ergste geval moet de prothese er weer uit. Na ontslag is het bovendien nog niet voorbij: de patiënt moet gedurende drie tot zes maanden antibiotica blijven slikken en krijgt vaak te maken met vervelende bijwerkingen.'



De afdeling Orthopedie van het Radboudumc haakte al snel aan bij het thema POWI. Waarom is dat?

'Je kunt je voorstellen dat het plaatsen van een prothese, waarbij je operatiegebied diep in het lichaam ligt, een verhoogd risico met zich meebrengt op juist die diepe, moeilijk behandelbare infecties. Daarbij komt dat de patiënten in een academisch centrum als het onze vaak kwetsbaarder zijn; onze afdeling opereert juist ook de hoogrisico-patiënten. Ook vóór we aanhaakten bij POWI kwamen infecties bij ons niet vaak voor, maar de gevolgen zijn zó groot als het gebeurt, dat we het risico nog verder wilden terugdringen.'

'We wilden het risico nog verder terugdringen'

Nog meer focus op risicopreventie dus. Hoe ziet dat er precies uit?

'Er zijn vier aandachtspunten. Op de eerste plaats vragen we de patiënt niet langer zichzelf te scheren, maar doen we dat zelf op de OK. Op die manier vermindert het risico op wondjes in het operatiegebied. Verder dienen we de preventieve antibiotica op tijd toe. Met nadruk op 'op tijd'. Dat betekent tussen de 15 en 60 minuten vóór de eerste incisie. Het derde aandachtspunt is de temperatuur van de patiënt: afkoeling verhoogt het risico op infecties. En tot slot blijven de deuren tijdens de ingreep dicht om de luchtstroom op de OK zo steriel mogelijk te houden.'

In 2013 daalde het aantal wondinfecties voor knieprothesen opnieuw en bereikte Orthopedie bij primaire heupoperaties zelfs het hoogst haalbare resultaat: 0 procent wondinfecties. Hoe betrouwbaar zijn die cijfers?

'De gegevens worden door onafhankelijke ziekenhuishygiënistegenereerd uit onze dossiers en daarna vastgelegd in een landelijk registratiesysteem. De cijfers zijn dus volledig betrouwbaar.'

Het risico op een wondinfectie is niet helemaal uit te sluiten. Dus hoe vervelend ook: af en toe zal een diepe wondinfectie bij prothesiologie toch optreden. Welke rol heeft de huisarts als een patiënt daarna weer thuiskomt?

'De patiënt slikt na ontslag nog langdurig antibiotica en die kunnen voor bijwerkingen zorgen. Denk aan misselijkheid, verlies van smaak of diarree. De huisarts kan daar hulp bij bieden. Het kan ook zijn dat de antibiotica niet of onvoldoende aanslaan. Op dat gebied heeft de huisarts mogelijk een signalerende rol, maar in de meeste gevallen zal een ontoereikend effect bij ons op de polikliniek ontdekt worden. Wij roepen dan de hulp in van de internist-infectioloog of microbioloog om een betere oplossing te vinden.'

Voor meer informatie kunt u contact opnemen met de afdeling Orthopedie: (024) 361 39 18. Wim Schreurs bereikt u via: Wim.Schreurs@radboudumc.nl.

Gezinspoli ontwikkelingsstoornissen slaat brug tussen ouders en kinderen

De afdeling Psychiatrie van het Radboudumc en Kinderen jeugdpsychiatrie Karakter slaan met de Gezinspoli een brug tussen volwassenen- en kinderspsychiatrie. De polikliniek vergemakkelijkt onderlinge afstemming en integratie van zorg bij de behandeling van ADHD en ASS bij ouders en hun kinderen.

De centra hebben een aantal redenen voor deze nauwe samenwerking:

- De psychopathologie van een kind is relatief vaak ook (latent) aanwezig bij de ouders.
- De problematiek van het kind kan die oproepen of verergeren. Psychopathologie bij volwassenen heeft vaak grote consequenties voor hun kinderen, die bovendien mogelijk erfelijk belast zijn.
- De aangeboden zorg stagneert of vertraagt door psychopathologie van zowel volwassene als kind.



Verwijzing

Voor verwijzing wordt onderscheid gemaakt tussen problematiek bij ouder of kind en problematiek bij ouder en kind.

Problematiek bij ouder of kind

De huisarts verwijst ouder of kind naar respectievelijk het Radboudumc of Karakter. Als de tweedelijns behandelaar vermoedt dat er ook bij een gezinslid van de andere generatie sprake is

van psychopathologie wordt de huisarts gevraagd ook dit gezinslid te verwijzen voor diagnostiek en eventuele behandeling.

Problematiek bij ouder en kind

De huisarts vermoedt bij meerdere generaties binnen een gezin psychische problematiek. Ouder en kind(eren) worden doorverwezen naar respectievelijk Radboudumc en Karakter met het verzoek tot afstemming tussen

beide behandelaars. Radboudumc en Karakter stemmen na individuele diagnostiek af over de aard en fasering van beide behandeltrajecten.

Terugkoppeling

De huisarts wordt door Radboudumc en Karakter geïnformeerd over de individuele diagnostische bevindingen en over het gezamenlijk uitgezette beleid.

Radboudumc
kinder- en jeugdpsychiatrie
karakter

ECG-service voor huisartsen

Huisartsen die in hun praktijk niet over een ECG-apparaat beschikken, die een ECG zelf niet goed kunnen beoordelen of een ECG altijd door een specialist willen laten beoordelen, kunnen gebruikmaken van de ECG-service van de afdeling Cardiologie van het Radboudumc.

'Van verschillende huisartsen hoor ik dat zij niet op de hoogte zijn van de ECG-service van het Radboudumc, vertelt cardioloog Cyril Camaro. 'Dat is jammer, want huisartsen kunnen patiënten voor wie zij een ECG willen laten maken, zonder meer verwijzen naar de polikliniek Cardiologie.'

Altijd welkom

Huisartsen die een ECG willen laten maken voor een patiënt kunnen die patiënt op werkdagen tussen 8 en 17 uur rechtstreeks verwijzen naar de balie van de polikliniek Cardiologie (route 725). Camaro: 'Patiënten hoeven alleen te vermelden dat zij door de huisarts verwezen zijn, waarna zij zo snel mogelijk aan de beurt zijn voor het maken van een hartfilmpje. Een kort briefje met vermelding van het nummer waarop de huisarts eventueel voor overleg te bereiken is, is overigens wel prettig.' Verwijzen via ZorgDomein kan natuurlijk ook via aanvragen **eerstelijnsdiagnostiek** → **functieonderzoek** → **ECG**. Het ECG wordt door een cardioloog beoordeeld. De patiënt krijgt daarvan een standaardformulier mee voor de huisarts.

100 jaar Dekkerswald

Practical sessions van start: COPD en longrevalidatie

Het jubilerende UCCZ Dekkerswald organiseert in 2014, in nauwe samenwerking met huisartsen uit de regio, een reeks scholingsbijeenkomsten. Centraal staan de knelpunten in de huisartsenpraktijk bij de diagnose en behandeling van chronisch ziekten en de samenwerking tussen de eerste en tweede lijn. Susan van den Heuvel, praktijkondersteuner Astma/COPD van huisartsenpraktijk Bakel, doet verslag van de eerste sessie over COPD en longrevalidatie op 16 januari.



Susan van den Heuvel

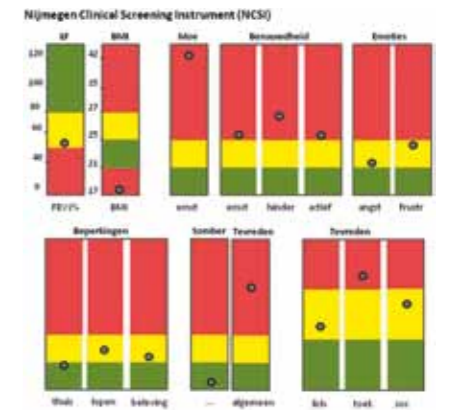
'Mevrouw S., een patiënte met COPD, diende deze middag als praktijkvoorbeeld. Haar diagnose en behandeling, van haar eerste bezoek aan de huisarts tot longrevalidatie bij UCCZ Dekkerswald, werd stap voor stap toegelicht door elk van de betrokken behandelaars: huisarts, longarts, longverpleegkundige en fysiotherapeut. Dat gaf een mooi beeld van de multidisciplinaire samenwerking rondom COPD-patiënten.'

Screening

'De uitleg over het NCSI-meetinstrument vond ik heel interessant. Het NCSI is een online vragenlijst om de integrale gezondheidstoestand van een patiënt te meten. De resultaten worden zichtbaar gemaakt in een Patiënten Profielkaart. Aan de hand van de kleuren rood, geel en groen wordt heel hel-

der zichtbaar hoe de patiënt op de verschillende gezondheidsaspecten scoort. Oorzaken voor problemen worden duidelijker en het motiveert patiënten gemakkelijker tot gedragsverandering. Zelf maak ik gebruik van anamneselijsten die ik handmatig invul en mondeling toelicht, wat het soms lastig maakt om patiënten werkelijk te laten inzien hoe zij ervoor staan. Met het NCSI kun je heel precies laten zien: 'Hier scoort u rood, dit gaat niet goed.' Ik wil graag uitzoeken of we het NCSI ook in onze praktijk in gebruik kunnen nemen.'

Tonnie van Kan, huisarts van de Bakelse praktijk, is erg te spreken over het exacerbatieplan dat het UCCZ aan alle behandelaars van een COPD-patiënt verstrekt. In dat plan staat kort maar nauwgezet beschreven welke behandelaars bij een patiënt betrokken zijn, wat de patiënt zelf kan doen en wie bij welke klachten geraadpleegd moet worden. Het plan omvat ook een overzicht van de longmedicatie van de patiënt. 'Het is overzichtelijk en houdt de lijnen kort.'



De bolletjes in de rood-geel-groene kolommen op de Patiënten Profielkaart geven aan in welke mate de patiënt klachten heeft of hinder ondervindt.

In de agenda

Op donderdag 20 maart vond de tweede sessie plaats met 'de multiculturele patiënt' als onderwerp. Kijk voor een verslag hiervan op www.uccz.nl → practical sessions Dekkerswald.

U kunt zich nog aanmelden voor sessies op:

- donderdag 19 juni
Astma en Allergieën bij kinderen (RAAck)
- donderdag 16 oktober
Chronische pijn en Palliatieve zorg

Voor meer informatie en inschrijven, zie www.uccz.nl of bel (024) 685 99 68 (UCCZ) of (024) 361 96 72 (PAO Heyendaal).

Terug naar de huisarts

Patiënten zijn onder te verdelen in vier categorieën, vertelt Camaro. 'De eerste categorie is die van patiënten van wie het ECG normaal is. Ten tweede zijn er patiënten bij wie we een afwijking constateren die geen behandeling behoeft. De derde categorie is die van patiënten met een afwijking waarvoor een verwijzing wordt geadviseerd en tot slot zijn er de patiënten met een dermate afwijkend beeld dat we direct op de Eerste Harthulp (EHH) moeten opnemen. Degenen die tot de eerste drie categorieën behoren, verwijzen we terug naar de huisarts. Het is de huisarts die het eventuele vervoltraject uitzet.' De uitslag van het ECG gaat altijd gepaard met de naam en contactgegevens van de specialist die het filmpje beoordeeld heeft. De huisarts kan zodoende altijd contact opnemen voor meer informatie.

Wilt u meer informatie over de mogelijkheid tot het maken van een ECG op de polikliniek Cardiologie of over het aanbod ECG-cursussen door de cardiologen van het Radboudumc, neem dan contact op met cardioloog Cyril Camaro: Cyril.Camaro@radboudumc.nl of bel naar sein 81 12 59.



- 15 april **Basiscursus Operatieve technieken**
Hands-on training over aandoeningen die met een eenvoudige chirurgische ingreep te behandelen zijn, zoals een wond, abces of oppervlakkige tumor.
- 9 mei **Ben ik mijn brein?**
Moderne inzichten in probleemgedrag bij ouderen
Nascholing over actuele neuropsychologische en -fysiologische inzichten, te combineren met praktische toepassingen in de praktijk.
- 22 mei **Balans werk en privé**
Workshop over het effectief managen van uw energie in de beschikbare tijd.
- 23 mei **Hot Topics GP Update Course, the Netherlands**
Eerste editie van deze cursus in Nederland, georganiseerd in samenwerking met NB Medical Education en de afdeling Eerstelijngeneeskunde van het Radboudumc. In één dag wordt u bijgepraat over de nieuwste data, richtlijnen en ontwikkelingen uit de internationale literatuur.
- 27 mei **Turn your workshop into a success**
Heeft u na een workshop vaak het gevoel dat u te veel aan het woord was? Dat u uw doelen niet heeft bereikt? Tijdens deze workshop geven we u handreikingen waar u vervolgens mee aan de slag gaat.
- 4 juni **Oogheelkunde voor huisartsen**
Interactief hoorcollege over de relevante basics voor de huisarts. Uitgangspunt is de epidemiologie van de eerste lijn met een focus op de diagnostische mogelijkheden en beperkingen van de huisarts.
- 18 juni **Gebruik alarmsignalen en de ESAT-vroegsignalering van autisme spectrumproblematiek**
Tijdens deze cursus leert u signalen van ASS herkennen bij jonge kinderen met behulp van de ESAT-vragenlijst (*Early Screening of Autistic Traits*). U krijgt zicht op de diagnostiek en het doorverwijzingstraject.
- **Avondcyclus Jeugdgezondheidszorg**
12 mei – Hoofdpijn
2 juni – Moeheid bij basisschoolkinderen en pubers
- **Pijn en last bij tumoren**
In 2014 vindt een reeks cursussen plaats over pijn en last bij tumoren.
 - o 26 juni - Pijn en last bij mammacarcinoom
 - o 25 september - Pijn en last bij prostaatcarcinoom
 - o 18 december - Pijn en last bij longcarcinoom

www.paoheyendael.nl

PAO Heyendael
kennismakers



Op 4 april om 15.45 uur houdt **Pim Assendelft**, hoofd van de afdeling Eerstelijngeneeskunde, zijn inaugurele rede in de aula van de Radboud Universiteit. De titel luidt 'De basis verbindt'.

Aart Schene is met ingang van 1 januari 2014 benoemd tot hoogleraar Psychiatrie bij het Radboudumc. Prof. Schene was tot zijn benoeming in Nijmegen hoogleraar psychiatrie aan de Universiteit van Amsterdam en hoofd Stemmingsstoornissen van het AMC.

Op 6 januari 2014 is de Hermesdorfprijs 2013 uitgereikt aan **Angela Maas** vanwege de manier waarop zij in het afgelopen jaar naar aanleiding van eigen onderzoek op een onderscheidende manier in de media was. Maas is de eerste hoogleraar Cardiologie in Nederland die is gespecialiseerd in vrouwencardiologie.

Het Radboudumc heeft op 14 februari 2014 het multidisciplinair onderzoeksfonds **Hart voor Vrouwen** opgericht. Het fonds (ver)werft donaties voor innovatief multidisciplinair onderzoek bij vrouwen met hart- en vaatziekten. Dit moet leiden tot betere preventie en *healthy ageing* bij vrouwen.

Op 9 januari ontving **prof. Richard Grol**, voormalig afdelingshoofd van IQ healthcare, de prestigieuze Donabedian International Award. Deze award wordt jaarlijks uitgereikt aan organisaties of personen die leidend zijn op het terrein van de kwaliteit van zorg en die een substantiële bijdrage aan excellente gezondheidszorg hebben geleverd.

Gezondheidseconoom **dr. Rob Baltussen** en **prof. dr. Jolanda de Vries** (Translatie tumorimmunologie) krijgen ieder anderhalf miljoen euro van de NWO om de komende vijf jaar onderzoek te doen en hun onderzoeksgroep uit te bouwen. Baltussen gaat onderzoeken hoe we de beperkte middelen in de gezondheidszorg het beste kunnen verdelen. Die kennis gaat hij toepassen in Nederland, maar ook bij de preventie en behandeling van HIV in Zuid-Afrika en Indonesië. Het onderzoek van De Vries richt zich op de dendritische cel en de afweer van kankercellen.

Stichting Technische Wetenschappen (STW) heeft drie Valorisation Grants toegekend aan **prof. dr. Pieter Buma**, **prof. dr. Albert van Kampen** en **prof. dr. Nico Verdonschot** van de afdeling Orthopedie. De toelages van 25.000 euro zijn bedoeld om onderzoeksprojecten succesvol naar de markt te brengen. De drie projecten betreffen de ontwikkeling van een nieuwe meniscusprothese, het ontwerpen van een minimaal invasief systeem voor het fixeren van het sleutelbeen en de bepaling van botsterkte bij patiënten met uitgezaaide kanker.

COLOFON

Radboud actueel wordt vier keer per jaar namens alle afdelingen van het Radboudumc gratis verspreid onder huisartsen **Redactieraad** Mirjam Claessens, Freek Kinkelaar, Wim van der Meer, Yvonne Schoon, Carel Veldhoven **Redactie** Ingeborg Hakstege (Ipscript Tekstbureau), Jolanda van den Braak Tekst **Fotografie** Radboudumc, Frank Muller, Martin Sweers (foto Jeanny van Breemen) **Vormgeving** Puntkomma Nijmegen **Druk** Mediacenter Rotterdam. Oplage: 4.800 **Redactieadres** Radboudumc, t.a.v. Radboud actueel, Huispost 911, Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen, ✉ ha-red@umcn.nl **Abonnementenregistratie en aanmelding digitale nieuwsbrief** ✉ ha-abon@umcn.nl
www.radboudumc.nl/informatievoorverwijzers/huisarts

Radboudumc