

Vanuit het bureau

Noortje Bauwens, algemeen coördinator en Olof Schwantje, medisch coördinator

Visitatie orthopedie

Eerder dit jaar heeft de visitatie plaatsgevonden van de maatschap orthopedie van de Isala klinieken. De visitatiecommissie schetst een positief beeld van de maatschap, echter de mening van de huisartsen was niet eenduidig positief. Dit was reden voor MCC Klik om een gesprek te arrangeren tussen de maatschap orthopedie (Guus Janus) en een vertegenwoordiger van de huisartsen (Henk Post). In dit gesprek ontstond het beeld van een maatschap die er veel aan gelegen is om de patiëntenzorg en het contact met de huisartsen te optimaliseren.

Om dit contact te verbeteren en het gesprek over elkaars functioneren te voeren is afgesproken dat de orthopeden de huisartsengroepen gaan bezoeken. Deze bezoeken worden gekoppeld aan een nascholing op verzoek van de huisartsengroep.



Bas Noordzij, directeur van de Zorggroep Zwolle, geeft uitleg over de invoering van de keten-DBC en de oprichting en organisatie van de Zorggroep Zwolle

Kennismakingsavond 19 mei

Op de kennismakingsavond huisarts-specialist besprak Maarten Meijssen, MDL arts, de mogelijkheden van echo-endoscopie.

Jacques Oskam, chirurg, hield een voordracht over de wondpoli voor gecompliceerde wonden.

Voor huisartsen en specialisten een leerzame en gezellige avond, overigens bezocht door ongeveer evenveel huisartsen als specialisten.



Olof Schwantje, Maarten Meijssen en Jacques Oskam

Diabetes spiegelavonden 2009

Op 20 mei en 16 juni vonden voor de elfde keer de spiegelavonden plaats. Tijdens deze avonden krijgen huisartsen, die deelnemen aan het zorgprogramma DiabeteszorgBeter, aan de hand van specifieke diabetesgerelateerde parameters feedback op hun handelen en worden resultaten met elkaar vergeleken. Daarnaast was er aandacht voor het belang van leefstijlinterventies en de wijze waarop gedragsverandering bij patiënten het best tot stand komt.

Na de pauze was er gelegenheid tot casuïstiekbespreking in aanwezigheid van de Zwolse internisten.

Jaarverslag 2008

Het jaarverslag van MCC Klik over 2008 is klaar. Het verslag wordt standaard toegestuurd aan alle medisch specialistische vakgroepen uit de Isala klinieken en alle huisartsenpraktijken en externe relaties. Het jaarverslag is voor overige geïnteresseerden te downloaden via onze website www.mccklik.nl/publicaties en wordt u op verzoek graag toegestuurd.

Nieuwe specialisten en/of (verpleeg)huisartsen

In iedere uitgave van het Klik bulletin wordt een overzicht geplaatst van nieuwe specialisten en (verpleeg)huisartsen in de regio (zie pag. 2). Indien u zich een beeld wilt vormen bij de nieuwe specialist dan kunt via www.isala.nl onder 'Isala voor professionals' bij 'overzicht specialisten' op naam en vakgroep zoeken. U ziet dan een foto inclusief vermelding van de aandachtsgebieden. >>

2 Bijlagen:

Gewijzigde Werkafspraken:

COPD 1: Diagnostiek

COPD 2: Behandeling

Zie toelichting op pag. 2

Bijlagen

Verder in dit nummer

| | | | |
|--|---|---------------------------------|---|
| • Vanuit het bureau | 1 | • Palliatieve zorg | 7 |
| • Werkafspraken en Interline | 2 | • IV Thrombolysie behandeling | 7 |
| • Portret huisartsenpraktijk de Steenpoort | 3 | Vanuit de Isala: | |
| • ICT in de Zwolse huisartsenzorg | 4 | • Opening kinderdiabetescentrum | 8 |
| • COPD ketenzorg in de regio Zwolle | 5 | • Accreditatie LMMI en KF | 8 |
| • Update Werkafpraak CVRM | 6 | | |

Colofon

Het MCC Klik-bulletin is de spreekbuis van de Stichting MCC Klik, welke onder andere als doel heeft de communicatie tussen de eerste en de tweede lijn te stimuleren. Het bulletin wordt rondgestuurd aan alle (verpleeg)huisartsen en specialisten uit de regio Zwolle en gespecialiseerde verpleegkundigen van de Isala klinieken en de Thuiszorg Icare.

Oplage: 900 stuks.

Redactie-adres

MCC Klik
Dokter Stoltweg 23 - 8025 AV Zwolle
tel.: 038 - 4243990
email: info@mccklik.nl

Redactie

Hoofdredacteur:

Noortje Bauwens algemeen coördinator

Redactie:

Dirk Branbergen huisarts, coördinator
Werkafspraken
en Interline

Paul Houben

Dirk Zwanenburg chirurg

Roy Klein Overmeen huisarts

Olof Schwantje medisch coördinator

Willem Westermann longarts

Eindredactie:

Inge Marquering secretaresse

De redactie behoudt zich het recht voor om artikelen in te korten en aanpassingen door te voeren op zodanige wijze dat de inhoud van het artikel niet wordt aangetast.

Kopij

Per e-mail opsturen naar het redactieadres.
Sluitingsdatum: 14 oktober 2009

Secretariaten

Mevrouw A.Y. van Eijk

Secrtaresse alg. coördinator/PZ

MA DI WO DO VR 038-4243990

Mevrouw M.A. Jansen-Spijkerman

Secrtaresse Werkafspraken/algemeen

MA DI WO DO VR 038-4243992

Mevrouw H.B. Kampjes-Zijlstra

Secrtaresse Transmurale Stroke Service

MA DI WO DO VR 038-4242963

Mevrouw I. Marquering

Secrtaresse algemeen (tel.lijst),

Palliatieve zorg, Interline

MA DI WO DO VR 038-4243998

Mevrouw F.T.M. Scholten

Financieel administratief medewerkster

MA DI WO DO VR 038-4243996

Mevrouw W. Schuurman

Secrtaresse COPD, Diabeteszorg

MA DI WO DO VR 038-4243515

N.B. Het bureau is bereikbaar
van maandag t/m donderdag.



Drukkerij Gerrits & Leffers
Dedemsvaart 0523 - 61 49 33
www.meerdandrukwerk.nl

Overzicht nieuwe specialisten en/of (verpleeg)huisartsen

Nieuwe specialisten

| | | |
|---------------------------|----------------------|------------|
| Mw. E.J. d'Haens- de Rooy | neonatoloog | 01-02-2009 |
| Dhr. dr. R.G. Zuurmond | orthopedisch chirurg | 01-02-2009 |
| Dhr. dr. M. Cromheecke | plastisch chirurg | 01-03-2009 |
| Dhr. dr. R.B.J. de Bondt | radioloog | 16-03-2009 |
| Dhr. M.F. Boomsma | radioloog | 01-04-2009 |
| Mw. H.Z. Flach | radioloog | 01-05-2009 |

Vertrokken specialisten:

| | | |
|-------------------------|-------------|------------|
| Dhr. W. van de Wetering | tandarts | 01-01-2009 |
| Dhr. dr. S.J.A. Aerts | intensivist | 01-05-2009 |
| Mw. D. Kuiper-Geertsma | reumatoloog | 01-05-2009 |

Nieuwe huisartsen:

| | |
|--|------------|
| Dhr. R. Sanaan, 1e Ebbingestraat 18, 8261 XC Kampen | 01-04-2009 |
| Mw. C. Stienstra en mw. E.B. van Veen, Dr. Damstraat 38, 8262 GE Kampen | 01-04-2009 |
| Dhr. J. Janssen, Schepenenstraat 5, 8271 VK IJsselmuiden | 01-04-2009 |
| Mw. J.C.A.M. Hanssen-van de Hurk, Van Limburg Stirumlaan 13, 8091 CJ Wezep | 01-07-2009 |
| Mw. J.H. van Ark en mw. C.R.J. Hoedemaker, Oranjelaan 18-R, 8131 DB Wijhe | 01-07-2009 |

Vertrokken huisartsen:

| | |
|--|------------|
| Mw. K.C.P. Roest-Brouwer, Vrijheid 2B, 8014 XW Zwolle (nu waarnemend huisarts) | 01-03-2009 |
| Dhr. R. Verhey, 1e Ebbingestraat 18, 8261 XC Kampen | 01-04-2009 |
| Dhr. A. Mulder, Wederiklaan 3, 8265 DA Kampen | 01-04-2009 |
| Dhr. P.B. Zuidema, Van Limburg Stirumlaan 13, 8091 CJ Wezep | 01-07-2009 |
| Mw. E.B. van Veen, Radewijnsstraat 2, 8022 BG Zwolle | 01-07-2009 |
| Mw. C. Stienstra, Schepenenstraat 5, 8271 VK IJsselmuiden | 01-07-2009 |
| Dhr. J.C. van den Broek, Oranjelaan 18-R, 8131 DB Wijhe | 01-07-2009 |

Werkafspraken en Interline

Dirk Branbergen, coördinator Werkafspraken en Interline

COPD Werkafpraak herzien

U ontving reeds de herziene Werkafpraak Astma, en bij dit Bulletin vindt u de eveneens herziene Werkafpraak COPD. Beiden zijn uiteraard ook op de MCC Klik website te vinden. Ooit begonnen als Werkafpraak CARA in 1994 (!), daarna als gecombineerde Werkafpraak Astma+COPD, en nu dan als twee afzonderlijke Werkafspraken, waarbij de uitgebreide COPD Werkafpraak weer uit twee delen bestaat – Diagnostiek en Behandeling. Het zijn belangrijke onderleggers voor de nu gestarte Ketenzorg en ze zijn uiteraard het basismateriaal voor de Interlinepresentaties die eind dit jaar van start gaan.

Aanvulling en verbetering MCC Klik website

Het loont de moeite nog eens te neuzen op de Klik-website. Zonder in te loggen kunt u al gebruik maken van de nieuwe 'Servicepagina', te vinden onder Werkafspraken. Hier staan bij elkaar de adressen en door-klikbare links die op de diverse Werkafspraken genoemd worden. Als u ingelogd bent kunt u nu gebruiksvriendelijker dan voorheen direct door naar alle Werkafspraken en deze inzien en downloaden. Let ook op het hoofdstukje 'Hulpdocumenten': hier vindt u diverse handige scoringslijsten zoals deze op de Werkafspraken genoemd worden, en relevante aanvraagformulieren.

Epe: de 15e Interlinegroep

De huisartsengroep Epe zal vanaf 2010 deelnemen aan Interline. Dat betekent dat er nu

15 Interlinegroepen zijn. Ieder programma moet dan dus 15 keer gepresenteerd worden. Dat proberen we wel steeds binnen 2 jaar te doen, zodat een programma niet verouderd. Bij voor-keur proberen we nu 3 huisartsen voor werkgroepen te vinden, en veelal worden presentaties nu ook niet alleen door de specialisten uit de werkgroep maar door meerderen uit de maatschap gedaan. Dat verdeelt de belasting, en wat ik tot nu toe daarover terughor is het op die manier goed te doen. De waarderingscijfers ook van de laatste Interline onderwerpen blijven gelukkig ongekend hoog. Helaas daalt het opkomstpercentage wel enigszins. Hopelijk is dat een tijdelijke terugval. Het bereik blijft overigens ook dan altijd nog meer dan 70% van de huisartsen.

D-dimeer testen uitgedeeld aan huisartsen

Het Klinisch Chemisch Laboratorium (KCL) heeft de slide-testen D-dimeer, benodigd voor de diagnostiek van Diep Veneuze Trombose, nu opgestuurd aan alle huisartsen in de regio. Er zit een toelichting bij voor het juiste gebruik hiervan. Voor de indicatie en interpretatie zie de Zwolse Werkafpraak Diep Veneuze Trombose (in de klapper onder Interne Geneeskunde).

De test blijkt ook gebruikt te worden bij de diagnostiek longembolie. Dit is echter nog in onderzoek via het Amuseproject. De betrouwbaarheid voor het gebruik hiervoor is dus nog niet bepaald. Derhalve is de distributie van de slides ook niet bedoeld voor die indicatie!

Vervolg op pagina 6

Portret

Medisch centrum De Steenpoort: nieuw gebouw, vertrouwde zorg

Tjerk Ykema, journalist

Na een lange voorbereiding zijn de vier huisartsen uit Genemuiden in september 2007 eindelijk gaan samenwonen. Plaats van handeling: De Steenpoort, een fonkelnieuw medisch centrum dat eveneens ruimte biedt aan apotheek De Muiden. Aanvankelijk was deze overstap voor alle betrokkenen een leerproces, 'maar inmiddels verloopt de samenwerking uitstekend', verzekert praktijkmanager Marian van Dijk. Het geheim? 'Je moet elkaar vertrouwen en vervolgens een gezamenlijke lijn ontwikkelen. Die aspecten vormen de basis van ons medisch centrum.'

Volgens Van Dijk kunnen patiënten met vrijwel alle huisartsgeneeskundige vragen in De Steenpoort terecht. 'Binnen onze praktijk hebben we op het gebied van eerstelijns zorg alles in huis.' Om haar woorden kracht bij te zetten, verwijst ze naar de deelspecialismen van het huisartsenkwartet. Zo heeft Coen Bultje een internistische achtergrond en is ervaren in het interpreteren van ECG's. Collega Henk van Dijk mag zich oogheelkundig huisarts noemen en is gespecialiseerd in hoofdpijn. Rob Maas voert vasectomieën uit en Piet Waardenburg heeft teledermatologie en eveneens oogheelkunde in zijn takenpakket. Sinds februari hebben de Genemuiders huisartsen versterking gekregen van hidha Ahmed Daroga.

Gevarieerd

Het huisartsenkwartet uit Genemuiden wordt bijgestaan door een team van assistentes en praktijkondersteuners. Deze drie POH-ers richten zich niet alleen op de reguliere ziektebeelden Diabetes en Astma/COPD, hun takenpakket is veel diverser. Joke Bultje houdt zich bijvoorbeeld bezig met reizigersvaccinatie en 24-uurs bloeddrukmetingen. Voor een spirometrie zijn patiënten bij Geertje Waardenburg aan het juiste adres en dat geldt ook voor mensen die willen stoppen met roken. Marian van Dijk ten slotte is gespecialiseerd in managementtaken en de boekhouding.

Het takenpakket van de acht praktijkassistentes is minstens zo gevarieerd. Behalve administratieve werkzaamheden verzorgen zij allerlei praktische taken. 'Van een audiogram, allergietest, bloeddruk- en wondcontroles tot het verwijderen van hechtingen, het aanstippen van wratten en het maken van ECG's', klinkt het in staccato.

Voller

Op papier hebben de huisartsen van Genemuiden het een stuk rustiger gekregen. Enerzijds hebben ze immers afscheid genomen van verloskunde en hun eigen (lees: intensieve) dienstenstructuur. Anderzijds



Medewerkers van De Steenpoort, voor zover aanwezig. Van links naar rechts op de achterste rij: Henk van Dijk (HA), Riet Schotkamp (as), Joke Bultje (POH), Coen Bultje (HA), Lijse Hooikammer (as), Marian van Dijk (POH), Betty Lommers (as), Rob Maas (HA), Piet Waardenburg (HA) en zittend op de voorste rij: Sylvia vd Vegte (as), Roy Jurriaans (AIOS), Annemarie Hessels (as), Geertje Waardenburg (POH).

nemen de POH-ers en assistenten een flink aantal ondersteunende taken voor hun rekening. 'Wonderlijk genoeg is de agenda van de huisartsen steeds voller geraakt', verklaart Van Dijk. Die ontwikkeling heeft volgens de praktijkmanager twee oorzaken. 'We worden in toenemende mate geconfronteerd met patiënten die soms te snel uit het ziekenhuis worden ontslagen. Die groep klopt regelmatig bij ons aan voor aanvullende zorg.'

De tweede oorzaak van die toenemende zorgvraag ligt bij de patiënt zelf. 'Mensen bellen tegenwoordig veel eerder voor een afspraak dan tien jaar geleden. Bovendien laten ze zich in een telefoongesprek veel minder snel geruststellen', weet Van Dijk.

Opleiding

Naast hun zorginhoudelijke taken investeren de Genemuiders huisartsen ook in de opleiding van nieuwe artsen. 'Wij begeleiden

regelmatig co-assistenten en huisartsen in opleiding. De huisartsen van De Steenpoort vinden het leuk om hun kennis te delen en jonge mensen te enthousiasmeren voor het huisartsenvak.'

Verder werkt het team van De Steenpoort nauw samen met verschillende zorgaanbieders die (bij toerbeurt) spreekuur houden in een aangrenzende ruimte. 'Denk aan het maatschappelijk werk, een psycholoog, diëtist en het bloedafnamelab uit Zwolle, dat sinds maart elke ochtend aanwezig is. 'Die service is van enorme waarde voor onze patiënten, want het scheelt veel reistijd.'

Behalve dit compliment plaatst Van Dijk ook een kritische noot bij Isala's dienstverlening. 'Het Zwolse ziekenhuis verstuurt de meeste correspondentie digitaal, maar omgekeerd is dat nog steeds niet mogelijk. Anno 2009 moeten we onze verwijsbrieven nog steeds faxen en dat kost heel veel tijd. Het zou mooi zijn als Isala ook dat onderdeel zou digitaliseren.'

ICT in de Zwolse Huisartsenzorg

Dirk Zwanenburg, huisarts

In een drieluik willen wij u informeren over de actuele ontwikkelingen op het gebied van ICT binnen onze regio. In het vorige bulletin heeft u uitgebreid kunnen lezen over de digitalisering binnen de Isala klinieken en de plaats van EriDanos daarin. Het tweede artikel uit de reeks zoemt in op de ICT ontwikkelingen in de Zwolse huisartsenzorg.

Van "Groene kaart" naar HIS

Toen ik in 1992 als huisarts in Zwolle begon werd bijna overal nog met een compleet papieren dossier gewerkt. Voor iedere patiënt was een "groene kaart" aanwezig. Een hard kartonnen kaart, die er tegen bestand moest zijn om frequent in en uit de kaartenbak gehaald te worden. Op deze groene kaart probeerde iedere huisarts op zijn eigen manier een "papieren greep" op de ziektegeschiedenis van zijn patiëntenbestand te krijgen. De één typte de patiëntenkaart netjes vol, de ander ontwikkelde zijn eigen beroemde doktershandschrift op de kaart. In het laatste geval begreep alleen deze huisarts zelf na verloop van jaren nog wat er op de kaart stond.

Er waren wat trucs om de patiëntenkaarten te merken en zo op een niet al te ingewikkelde manier een selectie van bijvoorbeeld de diabetespatiënten uit de bakken te kunnen halen. De doktersassistente had er een hele klus aan om samenvattingen van lab-onderzoek en specialistenbrieven op de groene kaart te zetten. Als huisarts wilde je ook toen overzicht hebben over alles wat er met de patiënt gebeurde. De groene kaart was daar het middel bij uitstek voor.

In avond- en weekenddiensten werd een waarneemboekje gehanteerd waarin de ernstig zieke patiënten en hun bijzonderheden stonden. Dat boekje vergezelde de dienstdoende huisarts. Je moest er natuurlijk wel steeds aan denken er ook daadwerkelijk in te kijken. Patiënten zeiden niet spontaan dat ze "in het boekje" stonden.

Nu in 2009 betrap ik me erop dat het lastig is bij het begin van een consult niet als eerste op het computerscherm te kijken, in plaats van naar de patiënt. Voor sommige huisartsen bestaat dat risico ook al bij huisbezoeken, steeds meer HIS-sen (Huisartsinformatiesystemen) zijn op laptop of PDA te raadplegen. Zoals overal is de ICT ook ernstig doorgedrongen in het huisartsenvak.

Het huisartsinformatiesysteem (HIS)

Omstreeks 1980 werden verschillende huisartsinformatiesystemen (HIS) ontwikkeld, software programma's om de groene kaart te vervangen. Eind tachtiger jaren was dit zover gekomen dat ze ook daadwerkelijk steeds meer gebruikt gingen worden. Huisartsen hadden de keuze uit verschillende programma's. De Zwolse huisartsen besloten toen al om allemaal met één en het zelfde HIS te werken.

Elders in de regio was een keuze voor een bepaald HIS ingegeven door het al of niet apotheehouddend zijn van de huisarts of een persoonlijke voorkeur van een huisarts. Ook elders werd natuurlijk soms geclusterd gekozen voor een zelfde HIS.

In een HIS wordt getracht op een gestructureerde manier een patiëntendossier aan te leggen. Dat iedere huisarts ook hier zijn eigen stijl ontwikkelde spreekt vanzelf. Dus ook daar zag je ieders eigen doktershandschrift bovenkomen, en ook daar soms alleen nog door de eigen huisarts zelf te ontwarren.

Aanvankelijk werden voornamelijk de administratieve zaken in het HIS vastgelegd: NAW gegevens, contactregistratie, boekhouding. Later werd het hele patiëntendossier elektronisch vastgelegd.

Tijdens avond- en weekenddiensten had men nog steeds geen toegang tot de patiëntendossiers. Het waarneemboekje had nog geen digitale opvolger. Door databestanden aan elkaar te koppelen kwam hierin rond 2000 verandering.

In Zwolle was dat de Stadscomputer Zwolle Kampen, waarop toen een 40-tal huisartspraktijken hun praktijkdatabase samenvoegden. Dat had veel voordelen. Updates en back-ups konden centraal verzorgd worden. Tijdens avond-, nachten weekend (ANW) diensten had je beschikking over alle patiëntendossiers.

Voor veel huisartsen waren dat grote stappen. De controle die ze gewend waren te hebben over hun eigen kaartenbakken en later database, maakte plaats voor het uit handen geven hiervan.

Anderzijds waren het toch ook behoorlijke technologische stappen die gezet moesten worden. Het samenvoegen van databestanden in programma's die daar nog niet op getest waren had heel wat voeten in de aarde. Het klinkt allemaal eenvoudig, het lijken te overziene ICT-acties, maar in praktijk bleek er veel fout te kunnen gaan in de "conversie" van al die huisartspraktijken naar één centrale database.

Dossievorming en elektronisch patiëntendossier (EPD)

Aanvankelijk was het EPD een digitale versie van de groene kaart. Om te zien wat twee jaar geleden met een patiënt gebeurd was moest je gewoon terugbladeren in het dossier. Diagnoses konden wel gecodeerd vastgelegd worden, maar het vereiste veel discipline om tijdens het mogelijk uitlopende spreekuur dat ook daadwerkelijk te doen. Gevolg was dat het overzicht over de ziektegeschiedenis in een dergelijk dossier slechts moeizaam te krijgen was. Om hier beter grip op te krijgen wordt aanbevolen te registreren volgens de ADEMD richtlijn (Adequate dossievorming met het EMD). Deze richtlijn is door de NHG (Nederlands Huisarts Genootschap) ontwikkeld. Centraal hierbij staat

het koppelen van een klacht aan een episode. Iedere individuele ziektegeschiedenis zal op deze manier uit een beperkt aantal gecodeerde episodes bestaan. In de uitwisseling van dossiers is het natuurlijk van belang dat alle huisartsen op een enigszins identieke (ADEMD) manier registreren. Probleem hierbij is dat het heel veel tijd kost om de oude gegevens van alle patiënten volgens deze ADEMD richtlijn te herschrijven.



Dirk Zwanenburg, huisarts met daarnaast een ICT loopbaan als: ex-bestuurslid Stadscomputer Zwolle Kampen, ICT-medewerker SIGRZ, destijds verantwoordelijk voor Edifact berichtverkeer en lid van de HRZ ICT commissie.

Elektronische berichtgeving vanuit de ziekenhuizen

Zodra er HIS-sen gebruikt werden ontstond ook meteen behoefte aan elektronische communicatie met ziekenhuizen. Geleidelijk is dit berichtenverkeer op gang gekomen. In Zwolle was de SIGRZ (Stichting Informatienetwerk Gezondheidszorg Regio Zwolle) daar verantwoordelijk voor. De SIGRZ heeft in Zwolle op dit gebied serieus pionierswerk verricht. Later ging deze stichting op in MCC Klik.

De eerste elektronische berichten waren opname- en ontslagberichten, en later ook laboratoriumberichten. Veel typewerk werd hierdoor de doktersassistente bespaard. De berichten kwamen als het ware rechtstreeks vanuit het laboratorium in het HIS terecht. Tegenwoordig komen ook de specialistenbrieven en röntgenverslagen op deze manier elektronisch binnen.

Vanuit de Isala klinieken worden nu naar een kleine 200 huisartsen elektronische berichten verzonden. Op jaarbasis krijgen zij in totaal ongeveer 380.000 zogenaamde Edifact berichten. Edifact staat voor de gecodeerde verpakking van deze berichten. Op den duur zal dit Edifact verkeer mogelijk vervangen worden door HL7 berichtenverkeer. Een andere verpakking die meer mogelijkheden heeft, maar waar nog heel wat aan getest moet worden.

Inzage in ziekenhuisdossiers

De centrale database van de Stadscomputer Zwolle Kampen staat in de Isala klinieken. Onderhoud van de server en alles wat daarbij komt kijken is ook vanaf het begin in handen van de ICT afdeling van de Isala klinieken. Op dit moment is dat nog steeds zo, maar dan in verzelfstandigde vorm (IC2it).

Door dit nauwe ICT contact tussen Zwolse huisartsen en Isala klinieken is ook toegang van de huisarts in het patiëntendossier van de Isala (EriDanos) mogelijk geworden. Deze toegang is langzaam maar zeker uitgebouwd naar huisartsen uit de hele regio. Tegenwoordig kunnen 253 huisartsen op deze manier inzage krijgen in de ziekenhuisdossiers van hun patiënten. Veel huisartsen zouden het wenselijk vinden, tot op zekere hoogte, een integratie tussen HIS en EriDanos in gang te zetten.

Elektronische koppeling met de apotheek

Huisartsen met een HIS, waarvan de database met de lokale apotheek gedeeld werd, waren de eersten die ook de recepten elektronisch konden verzenden. Zij hadden ook meteen een goed overzicht over de actuele medicatie van hun patiënten. Want wat een patiënt van de specialist krijgt voorgeschreven staat wel in een specialistenbrief, maar is daarmee nog niet in het actuele medicatiebestand in het HIS opgenomen. Met de elektronische koppeling met een apotheek is dit een stuk eenvoudiger geworden. In Zwolle zijn er in de loop der jaren veel pogingen gedaan om receptenverkeer elektronisch te laten verlopen. Op grote schaal vindt dit vanaf 2008 plaats.

De huisartsenpost

Sinds 2001 worden de ANW-diensten door de huisartsen vanuit de huisartsenpost (HAP) gedaan. In de HAP Zwolle participeren 125 huisartsen. De hele regio Zwolle-Flevoland bestaat uit 246 huisartsen die dienst doen op verschillende posten. Op de HAP beschikt de huisarts over een zogenaamde professionele samenvatting van het patiëntendossier. Deze samenvatting staat of valt bij het goed registreren volgens de ADEMDC richtlijn. Om alle patiëntendossiers daadwerkelijk volgens deze richtlijn aan te passen zal een grote (financiële) inspanning nodig zijn.

Het delen van dossiers met een eventueel landelijke EPD (Elektronisch patiëntendossier) zal op een zelfde manier middels een professionele samenvatting gebeuren.

Overigens is het goed om te realiseren dat de uitwisseling van deze gegevens niet meer is dan het even inzage krijgen in het dossier dat, na beëindigen van het contact op de HAP, fysiek niet meer op de HAP aanwezig is, maar louter bij de eigen huisarts. Van iedere patiënt die op de HAP gezien is, gaat een elektronisch waarneembericht naar de eigen huisarts. Per maand gaat dat in Zwolle om ongeveer 7000 waarneemberichten. Voor de hele regio Zwolle-Flevoland ongeveer 13.000 waarneemberichten.

Hoe gaat de ICT verder voor de huisarts?

Twee ICT ontwikkelingen staan in de steigers. Ten eerste het al genoemde landelijke EPD (L-EPD). Een politiek omstreden onderwerp, waar de eerste kamer zich binnenkort over uit mag laten. Onder huisartsen hoor ik veel bezorgde

geluiden. Met name over het grote aantal potentieel inzage-gemachtigden, die via een UZI-pas toegang kunnen krijgen. Maar ook over de aanname dat alle dossiers ook inzage-klaar zijn. Ik vermeldde al eerder dat hier nog een grote inspanning voor zal moeten gebeuren. Ook over wie de eindverantwoordelijkheid heeft over de gegevens die je in het L-EPD tegenkomt, moet meer duidelijkheid komen.

Ten tweede de ICT in de ketenzorg. Ketenzorg is zorgverlening gecentreerd rondom één welomschreven groep patiënten (bijvoorbeeld Diabetespatiënten) waarbij verschillende disciplines met verschillende doelstellingen hun krachten bundelen om de kwaliteit van leven van die groep te verbeteren uitgaande van een nieuwe, gezamenlijke doelstelling. Bij Diabetes mellitus gaat het dan om huisartsen, praktijkverpleegkundigen, internisten, diëtisten, oogartsen en podotherapeuten.

Zij zullen allemaal gebruik gaan maken van het zelfde ICT-programma om de zorg voor de Diabetespatiënten te verbeteren. De keuze voor een welbepaald ICT-programma staat nu op de agenda van zorggroepen, zoals ook de Zorggroep Zwolle, opgericht door de HRZ, er één is.

ICT in de huisartsenzorg: van groene kaart tot ADEMDC richtlijn. Dat is wat ik hier heb proberen te beschrijven. Er is heel wat ontwikkeld. Er blijft nog veel te ontwikkelen. Op ICT gebied loopt de ICT soms weg met zichzelf. Kritisch blijven kijken naar het nut van ICT in de zorg en op een praktische manier er gebruik van maken, daar zal de aandacht naar uit moeten blijven gaan.

COPD ketenzorg in de regio Zwolle

Ingeborg Weuring, projectleider COPD ketenzorg

In het vorige Klik bulletin werd al vermeld dat het project COPD ketenzorg in de regio Zwolle per 1 maart van start zou gaan. Het project, bestaande uit twee deelprojecten, heeft ten doel de kwaliteit van zorg te verbeteren rondom de patiënt met COPD. Inmiddels is MCC Klik, samen met de projectgroepen, begonnen met de twee deelprojecten: "uitrol diagnostiek" en "COPD ketenzorg". Het project is inhoudelijk gebaseerd op de herziene Werkspraak COPD welke bij dit bulletin is bijgevoegd.

Uitrol diagnostiek

In 2006 is er een pilot bij de huisartsencoöperatie Malint uitgevoerd om de diagnostiek bij de al bekende patiënten met COPD te optimaliseren. De in de pilot ontwikkelde werkwijze wordt in dit deelproject door de projectgroep uitgerold over circa 150 huisartsen in de regio Zwolle. De projectgroep bestaat uit Timen Schut (huisarts), Hettie Versteeg (projectleider ACDC), Karin van Tilburg (praktijkondersteuner), Jan Willem van den Berg (long-arts) en ondergetekenden.

Eerst wil de projectgroep een beeld krijgen van de huidige wijze van diagnosticeren in de huisartsenpraktijk en de behoefte aan ondersteuning bij de diagnostiek van patiënten met COPD. Hiervoor is een enquête verstuurd naar alle huisartsen die in 2006 niet deelnamen aan de pilot. Huisartsen die deze enquête nog niet ingevuld hebben, worden gevraagd deze alsnog in te vullen en te retourneren. De resultaten van de enquête, mogelijke ondersteu-

ningsmogelijkheden en de verdere invulling van het project worden op **17 september** tijdens de startbijeenkomst gepresenteerd.

COPD ketenzorg

De huisartsenpraktijken van de coöperatie Malint die in 2006 deelnamen aan de pilot diagnostiek participeren nu in het deelproject "COPD ketenzorg", waarbij de behandeling van patiënten met COPD in de eerste lijn onder de loep wordt genomen. Tijdens dit project zal de aandacht met name gericht zijn

op de behandeling van patiënten met COPD Gold I en II en de afstemming van de behandeling tussen de huisarts en longarts voor patiënten met Gold III en IV. Nadere informatie over dit deelproject volgt later.

Communicatie

Huisartsen zullen worden geïnformeerd over het COPD-project via nieuwsbrieven en op informatiebijeenkomsten, zoals de startbijeenkomst op 17 september. Andere betrokkenen worden via het Klik bulletin op de hoogte gehouden.

Meer informatie

Voor meer informatie over het COPD ketenzorgproject kunt u contact opnemen met: Frank Oldenhof, huisartscoördinator COPD, f.s.oldenhof@mccklik.nl, tel. 038-4242442 (donderdag); Ingeborg Weuring, projectleider COPD, i.i.weuring@mccklik.nl, tel. 038-4243510 (maandag t/m donderdag).

ACDC

Een mogelijke ondersteuning bij de diagnostiek van patiënten met longproblemen is het Astma en COPD Diagnosecentrum (ACDC), dat per half maart door de maatschap longziekten is gestart. ACDC sluit aan bij het deelproject "uitrol diagnostiek". De resultaten van de enquête zullen gebruikt worden om ACDC zoveel mogelijk aan te passen aan uw wensen.

Vervolg van pagina 2: Werkafspraken

Nieuwe testen zijn aan te vragen bij het KCL waarbij gevraagd wordt een registratieformulier in te vullen over het gebruik van de test. Deze zullen in het kader van het monitoren van de naleving van de Werkafspraken verwerkt worden. U vindt daar te zijner tijd een verslag van in dit Bulletin.

Mochten er vragen zijn of problemen rond gebruik of distributie: neem contact op met het KCL van de Isala klinieken (Sjef van de Leur).

Eerste ervaringen met aanvragen Gynaecologische echografie

Vanaf december 2008 bestaat voor huisartsen de mogelijkheid een gynaecologisch echosco-

pisch onderzoek aan te vragen in de Isala Klinieken. Dat hier grote behoefte aan bestond blijkt uit het feit dat in de eerste 3 maanden van dit jaar 201 maal een gynaecologische echo werd aangevraagd. Gekoppeld aan deze diagnostische mogelijkheid voor de huisarts is een Werkafpraak Vaginaal bloedverlies vastgesteld en gepubliceerd.

Om ook de naleving van deze Werkafpraak te monitoren zijn een aantal gegevens bijgehouden en geanalyseerd. De indicaties om de echo aan te vragen waren vooral abnormaal premenopauzaal bloedverlies (26%), postmenopauzaal bloedverlies (20%) en controle IUD

(25%). Voor het overige ging het vaak om patiënten met buikpijnklachten. Naar aanleiding van de uitslag van de echo werden uiteindelijk 35 (17%) patiënten van de totale groep verwezen voor een consult, de rest kon in de eerste lijn worden behandeld.

Op dit moment worden echoscopisten opgeleid om dit onderzoek over te nemen van de gynaecologen. Het is de bedoeling dat zij op termijn de echo's gaan verrichten binnen het Diagnosepunt. Het aanvraagformulier Vaginale echografie is te downloaden via www.mccklik.nl/ZwolseWerkafspraken/hulp-documenten.

Update Werkafpraak Cardiovasculair risicomanagement

Jan Evert Heeg en Olof Schwantje

namens de MCC Klik werkgroep CVRM, bestaande uit huisartsen, cardiologen en internisten

Recent is de MCC Klik werkgroep cardiovasculair risicomanagement (CVRM) bijeen geweest om te beoordelen of herziening van de Werkafpraak nodig is. De kennis en inzichten omtrent cardiovasculair risicomanagement evolueren in hoog tempo, hetgeen voor de werkgroep aanleiding is om af te spreken jaarlijks bijeen te komen om eventueel zinvolle aanpassingen van de Werkafpraak te bespreken.

De nieuwe plaats van atorvastatine

In de huidige Werkafpraak is vastgelegd dat simvastatine en pravastatine de statines van eerste voorkeur zijn, waarbij eventueel als tweede keus uitgeweken kan worden naar atorvastatine. Dit is met name aan de orde als er sprake is van secundaire preventie bij hoogrisico patiënten, waarbij een lagere streefwaarde van het LDL-cholesterol van <2,0 mmol/l geldt, waar de gebruikelijke streefwaarde <2,6 mmol/l is. In de praktijk blijkt in de tweede lijn, met name bij de cardiologen, een duidelijke voorkeur te bestaan voor atorvastatine, omdat de streefwaarden hiermee vaker worden gehaald. De werkgroep is het erover eens dat atorvastatine in het geval van secundaire preventie bij hoogrisico patiënten een meerwaarde heeft en bij deze groep als eerste keus kan worden beschouwd. Dit zal in de praktijk betekenen dat in geval van secundaire preventie atorvastatine de eerste keus kan zijn bij hoogrisico patiënten met LDL-streefwaarde <2,0 mmol/l en tevens bij patiënten met zodanige lipidenwaarden dat de gebruikelijke LDL-streefwaarde van <2,6 mmol/l met simvastatine en pravastatine waarschijnlijk niet gehaald zal worden, d.w.z. bij een uitgangsk LDL >3,9 mmol/l. Om onnodige wijzigingen in de medicatie te voorkomen kan atorvastatine bij deze groepen patiënten als eerste keus worden ingezet.

Discussie over bètablokkers

Daarnaast wil de werkgroep u wijzen op het feit dat bètablokkers voor de behandeling van hypertensie in het geval van primaire preventie ter discussie staan en in navolging van het buitenland in de volgende versie van de Cardio-

vasculaire Risicomanagement richtlijnen niet meer op deze indicatie zullen worden voorgeschreven. Bètablokkers, met name atenolol, bleken het in meta-analyses vooral wat betreft de preventie van cerebrovasculaire accidenten minder goed te doen dan andere antihypertensiva. Bij patiënten met coronairlijden en/of hartfalen blijven bètablokkers geïndiceerd, maar als primaire preventie bij hypertensie kunnen bètablokkers alleen worden overwogen bij patiënten <55 jaar met tekenen van sympaticus-stimulatie (lees: verhoogde hartslag van >80/min in rust). Atenolol dient hierbij niet te worden voorgeschreven. Verder zijn er meer gegevens beschikbaar gekomen over hypertensiebehandeling bij patiënten ouder dan 80 jaar.

Overzicht hypertensiebehandeling

De richtlijnen voor bloeddrukbehandeling gaan er waarschijnlijk als volgt uit zien:

- Bloeddrukverlagende medicatie overwegen bij iedereen (ook jongeren) met een systolische bloeddruk >160 mmHg en bij >140 mmHg gepaard met een 10-jaars cardiovasculair mortaliteitsrisico >10% volgens de bekende risicotabellen. Bij behandeling streven naar <140 mmHg systolisch.
- **Bij >55 jaar en alle negroiden:**
 1. thiazide-diureticum of een Ca-blokker
 2. een Ca-blokker of thiazide-diureticum toevoegen
 3. ACE-remmer (of een ARB = angiotensinereceptor-blokker) toevoegen aan de thiazide en Ca-blokker-kombinatie.
- **Bij <55 jaar:**
 1. ACE-remmer (of een ARB)
 2. thiazide toevoegen
 3. Ca-blokker toevoegen.

- **Bij >80 jaar:** bij systolische bloeddruk >160 mmHg streven naar <150 mmHg:
 1. thiazide-diureticum
 2. ACE-remmer toevoegen
 3. Ca-blokker toevoegen.
- **Bij onvoldoende effect van triple-therapie:** verwijzen.
- **Bij diabetes mellitus type 2:** bij >140 mmHg een thiazide en ACE-remmer starten.
- **Bij (symptomatisch) coronairlijden:** ongeacht de bloeddruk een bètablokker en ACE-remmer.
- **Bij TIA's of CVA:** ongeacht de bloeddruk een thiazide (indapamide) en ACE-remmer (perindopril).
- **Bij perifere vaatlijden:** bij >140 mmHg een ACE-remmer.
- **Bij nefropathie met albuminurie/proteinurie:** ongeacht de bloeddruk een ACE-remmer of ARB, meestal in combinatie met een diureticum, met als doel afname van de albuminurie. Macro-albuminurie of proteinurie (= g/l i.p.v. mg/l) is reden voor verwijzing.

Tot slot

Concluderend zijn er op dit moment genoeg redenen om alvast een aantal waarschijnlijke wijzigingen in de huidige Werkafpraak CVRM aan te geven. Dit om discussie over het gebruik van bètablokkers en met name over het voorschrijven van atorvastatine door de tweede lijn te voorkomen. De Werkafpraak zal daadwerkelijk worden herzien als de nieuwe landelijke richtlijnen voor CVRM verschijnen, hetgeen waarschijnlijk dit jaar nog zal gebeuren.

Nieuws uit het netwerk palliatieve zorg IJssel-Vecht

Werkgroep palliatieve zorg van het Oncologisch centrum Isala opgericht

Frans Broekhoff, geestelijk verzorger en Ellen Dompeling, internist

Binnen het Netwerk palliatieve zorg regio IJssel-Vecht bestaat het Consultteam palliatieve zorg, dat bereikbaar is voor alle hulpverleners die advies of ondersteuning nodig hebben op het gebied van palliatieve zorg. Naast dit consultteam heeft het Oncologisch centrum Isala een werkgroep palliatieve zorg opgericht. De zorgstandaard van het Oncologisch centrum Isala "Continuïteit van zorg is ook in de palliatieve fase (als er geen genezing meer mogelijk is) gewaarborgd" vormt de basis voor de activiteiten van deze werkgroep.

Binnen de werkgroep wordt aandacht besteed aan het optimaliseren van de symptoombehandeling, zowel naast ziektegerichte behandeling als wanneer deze behandeling niet meer mogelijk is. De werkgroep palliatieve zorg richt zich hierbij niet alleen op oncologiepatiënten, maar ook op andere in de Isala klinieken opgenomen patiënten in een palliatieve fase. In de werkgroep wordt samengewerkt door medische specialisten, geschoold in palliatieve zorg en een geestelijke verzorger. Ze worden daarbij ondersteund door twee regieverpleegkundigen palliatieve zorg. De werkgroep houdt zich bezig met het ontwikkelen van protocollen en scholing en is beschikbaar voor consultatie binnen de Isala klinieken.

Elke maandagmiddag van 16.00 tot 16.30 uur is er een patiëntenbespreking gericht op problemen ten aanzien van symptoombehandeling. Aan deze besprekingen wordt in ieder geval deelgenomen door een anesthesioloog-pijnbehandelaar en een medisch specialist, die geschoold is in de palliatieve zorg. Een geestelijk verzorger is op verzoek beschikbaar. Verslaglegging van deze bespreking is te vinden in EriDanos.

De verwachting is dat een goed ingezet palliatief beleid in het ziekenhuis en de overdracht hiervan, positief bijdraagt aan de verdere zorgketen in de palliatieve fase.

De Zonnestein, inloophuis in Zwolle voor mensen die met kanker te maken hebben, geopend

Etje Verhagen, 1e lijnspsycholoog en initiatiefnemer

Mensen die te maken krijgen met kanker moeten zich oriënteren in een voor hen veelal onbekende wereld. Momenteel zijn er in Nederland circa 30 inloophuizen met een laagdrempelig en vraaggestuurd zorgaanbod. Voor Zwolle en de wijde omgeving is een dergelijke voorziening nu ook gerealiseerd. In het inloophuis werken geschoolde vrijwilligers, die een luisterend oor kunnen bieden en samen met de bezoekers kunnen zoeken naar wat hen in deze periode kan ondersteunen. Er is ruim informatie beschikbaar. Bezoekers kunnen deelnemen aan ontspannende activiteiten zoals schilderen, bloemschikken, wandelen en koken. Er worden cursussen yoga en ontspanningstechnieken gegeven en er zijn therapeuten beschikbaar voor individuele of groepsbegeleiding: o.a. creatieve therapie, fysiotherapie, voetzoolreflexmassage, gesprekken met een psycholoog, pedagoog of geestelijk verzorger. Op thema-avonden zullen onderwerpen als kanker in het gezin, vermoeidheid na kanker en mogelijkheden in de palliatieve fase worden behandeld.

Het huis is nadrukkelijk open voor mensen in iedere fase van het ziek (geweest) zijn en hun naasten, en beoogt een plek te zijn waar ieder even los kan komen van de medische situatie en gewoon zichzelf kan en mag zijn. De hulp aan kinderen en jongeren vormt een van de speerpunten. Voor kinderen met kanker en hun broertjes en zusjes, maar vooral ook voor kinderen van ouders met kanker worden activiteiten georganiseerd.

Zie voor het actuele aanbod de website: www.zonnesteinzwolle.nl

Openingstijden: maandag/woensdag/vrijdag van 10-16 uur.

Adres: Koestraat 4, Zwolle. Telefoonnummer: 06-57728983.

Intraveneuze thrombolysie behandeling herseninfarct in de regio Zwolle

Snelle doorverwijzing van belang!

Peter van den Berg, neuroloog Isala klinieken en Inge Mijnheer, programmacoördinator Transmurale Stroke Service

Inleiding

De gevolgen van een herseninfarct zijn enorm: in Nederland worden per jaar ongeveer 30.000 mensen getroffen door een herseninfarct en ongeveer 25% van de cardiovasculaire sterfte wordt door het herseninfarct veroorzaakt. Verder zijn de kosten van zorg nadat iemand een herseninfarct heeft gehad erg hoog.

De afgelopen jaren is er belangrijke vooruitgang geboekt op het gebied van behandeling van het acute herseninfarct; opname op de stroke unit en behandeling met intraveneuze (IV) thrombolysie zijn ingevoerd. IV thrombolysie is een effectieve behandeling. Een IV thrombolysie behandeling van zeven patiënten met een herseninfarct zorgt ervoor dat één extra patiënt niet overlijdt of dat deze voor de rest van zijn leven in het verpleeghuis belandt. De grootste beperking van de IV thrombolysie is de tijdsduur waarbinnen de behandeling gegeven moet worden. Recentelijk is deze naar aanleiding van de ECASS III verlengd van drie naar viereneenhalf uur, zoals ook reeds vermeld op de website editie van de MCC Klik Werkafpraak TIA en CVA. Om ervoor te zorgen dat mensen met een hersen-

infarct snel genoeg in het ziekenhuis zijn om in aanmerking te komen voor een behandeling met IV thrombolysie, startte de Nederlandse Hartstichting in 2005 met een landelijke campagne waarin de FAST-criteria (Face-Arm-Speech-Time) als de te herkennen symptomen van een beroerte centraal stond.

In 2007 is de Isala klinieken gestart met een registratie waarbij wordt gekeken hoeveel patiënten met een herseninfarct IV thrombolysie hebben kregen en wat de redenen waren om geen IV thrombolysie te geven.

Resultaten

In 2007 werden er 286 patiënten via de eerste hulp opgenomen met een herseninfarct en in 2008 waren dat er 315. IV thrombolysie werd gegeven in 2007 aan 29 patiënten (10%) en in 2008 aan 36 patiënten (11%). Zowel in 2007 als in 2008 kregen twee patiënten een symptomatische hersenbloeding ten gevolge van de behandeling. Na drie maanden was het merendeel van de patiënten, dat IV thrombolysie had gekregen, thuis; 34 patiënten waren volledig zelfstandig en

16 patiënten waren thuis met hulp. Tien patiënten zaten na drie maanden nog in een verpleeghuis en vier waren er overleden.

In 2007 en in 2008 kwam het merendeel van de patiënten met een herseninfarct pas na drie uur op de eerste hulp; de helft van de patiënten arriveerde zelfs pas na zes uur. Als je er vanuit gaat dat patiënten met een herseninfarct en ernstige neurologische uitvalsverschijnselen voor IV thrombolysie in aanmerking komen, dan heeft het te laat binnen komen op de eerste hulp ertoe geleid dat mogelijk 120 patiënten daardoor geen IV thrombolysie hebben gekregen. Het percentage IV thrombolysie zou dan rond de 30% zijn geweest.

Conclusie

Het is van belang bij verdenking op een herseninfarct een patiënt zo snel mogelijk in te sturen zodat deze eventueel voor IV thrombolysie in aanmerking kan komen. IV thrombolysie kan gegeven worden tot viereneenhalf uur na het ontstaan van de uitval. Zie voor verdere in- en exclusiecriteria en het afgesproken beleid de Zwolse Werkafpraak TIA en CVA.



Opening Kinderdiabetescentrum Isala

Angeliën Spaans en Loes Veenhuizen, namens de Zwolse kinderartsen en het kinderdiabetesteam

Diabetes mellitus bij kinderen is een aandoening met een enorme impact voor het kind en het gezin. Binnen de Isala klinieken worden al jaren speciale spreekuren gedraaid om kinderen met diabetes goed te begeleiden. Dan gaat het niet alleen over insulinebeleid en koolhydraten, maar ook over het inpassen van de diabetes in je leven. Bij kinderen en tieners gaat het steeds om de balans tussen een goede kwaliteit van leven nu en later. Voor later is het belangrijk het HbA1c onder de 7,5% te houden, aangezien dat is geassocieerd met later optreden van complicaties

Nieuwe ontwikkelingen

Sinds september 2008 worden voor tieners met diabetes ook groepsconsulten aangeboden. Dit maakt het mogelijk van elkaar tips en trucjes te horen. De meesten vinden dit leerzamer dan individuele consulten. Kennelijk is het belangrijk ervaringsdeskundigheid te gebruiken. De laatste jaren zijn ook veel kinderen overgeschakeld op insulinepomptherapie.

Recent is besloten om per 1 september 2009 een **Kinderdiabetescentrum** te openen. Doel van het openen van dit centrum is het leveren van dedicated care door gespecialiseerde professionals. Twee kinderartsen - Angeliën Spaans en Loes Veenhuizen - zijn dan verantwoordelijk voor de diabeteszorg en trekken zich terug uit de algemene kindergenees-

kunde. Daarnaast wordt de zorg voor een belangrijk deel geleverd door de drie kinderdiabetesverpleegkundigen die nu ook al in de Isala klinieken werken: Hilma Jonkman, Mariska Strijveen en Esther van der Vegt. De kernpunten van dit centrum zijn:

- continuïteit van zorg en 24-uurs bereikbaarheid;
- goede samenwerking en afstemming met de verpleegafdeling (K3 locatie Sophia);
- intensieve samenwerking met diabetesbehandelaren voor volwassenen, waarbij het streven is uiteindelijk een gezamenlijk centrum te vormen.

Wat blijft hetzelfde

Huisartsen spelen vooral een belangrijke rol bij het diagnosticeren van een kind met diabetes. Opvallend voor ons is dat de presentatie toch elke keer weer anders is. Bekende symptomen zijn natuurlijk dorst en polyurie, maar de volgende symptomen zijn ook nogal eens als eerste signaal aanwezig:

- bedplassen (bij een tevoren droog kind);
- gewichtsverlies of slechte groei;
- buikpijn al dan niet met braken;
- moeheid/malaise;
- recidiverende infecties, met name balanitis of vaginale Candidiasis;
- Kussmaul ademhaling geduid als dyspnoe of tachypnoe.

Bij (verdenking op) diabetes de novo, ook bij een klinisch niet-ontregelde patiënt, zien wij graag de kinderen nog dezelfde dag. Hiervoor blijft de bereikbaarheid hetzelfde: via het secretariaat van de kinderpoli of via de centrale. De dienstdoend kinderarts plant dan polibezoek, laboratoriumonderzoek en de eerste educatie door het kinderdiabetesteam.

Campagne bedplassen en diabetes

In Italië is veel succes bereikt met een poster-campagne over bedplassen. Essentie is dat opnieuw bedplassen een teken van diabetes kan zijn en dat via posters wordt opgeroepen bij bedplassen contact op te nemen met de huisarts. In Italië bleek het percentage nieuwe patiënten met ketoacidose sterk afgenomen na deze campagne. Met andere woorden: als het publiek via posters geattendeerd wordt op een mogelijk alarmsymptoom en daar goed op ingesprongen wordt door de eerste lijn zal dat leiden tot eerdere herkenning van diabetes en minder ketoacidose.

Er zijn plannen om deze campagne ook in Nederland en in Zwolle te gaan gebruiken. Belangrijk is dan natuurlijk dat de eerste lijn hierover is geïnformeerd. Bij het starten van de campagne zullen we u daarover informeren. Met het lezen van dit stukje heeft u alvast de achtergrondinformatie. Wij hopen op een blijvend goede samenwerking en houden u op de hoogte.

Accreditatie voor het Laboratorium voor Medische Microbiologie en Infectieziekten (LMMI) en Klinische Farmacie (KF)

Bianke Buursma, bedrijfsjournalist Isala klinieken en Peter Bloembergen, arts-microbioloog

Het LMMI en KF van de Isala klinieken hebben een kwaliteitssysteem dat beschreven staat in een kwaliteitshandboek met bijbehorende procesbeschrijvingen. De analytische werkzaamheden zijn beschreven in de betreffende protocollen en werkvoorschriften. Het kwaliteitssysteem van beide laboratoria is -met succes- getoetst door de Coördinatie Commissie ter bevordering van de Kwaliteitsbeheersing op het gebied van Laboratoriumonderzoek in de Gezondheidszorg (CCKL), onderdeel van de Raad voor Accreditatie. Op 25 maart jl. is op feestelijke wijze het CCKL-certificaat aan het LMMI en het laboratorium van de afdeling Klinische Farmacie uitgereikt, nadat eerder een audit glansrijk was doorstaan.

CCKL

CCKL is dé stichting voor de bevordering van de kwaliteit van het laboratoriumonderzoek en voor de accreditatie van laboratoria in de gezondheidszorg. Zij stimuleert laboratoria om een kwaliteitszorgsysteem te implementeren. Leidraad daarbij is de CCKL Praktijkrichtlijn. Deze richtlijn heeft internationaal veel waardering ge oogst en heeft aan de basis gestaan van de wereldwijde norm voor medische laboratoria: ISO 15189. Voordat CCKL een accreditatiekeurmerk afgeeft, wordt een laboratorium aan de CCKL Praktijkrichtlijn getoetst. In Nederland zijn naar schatting circa 400 medische laboratoria actief, verdeeld over 12 vakgebieden of combinaties van vakgebieden, waarvan er 232 zijn geaccrediteerd.

De accreditatie richt zich op drie hoofdgebieden:

- het bedrijfsvoeringssysteem: de organisatie als functionerend geheel;
- de laboratoriumverrichtingen: de technische/analytische competentie;
- de beroepsinhoudelijke toetsing: de competentie van beroepsbeoefenaars.

CCKL stelt nadrukkelijk dat het medisch laboratorium een onlosmakelijk deel is van de zorgsector. Processen in relatie tot kliniek, arts-aanvragers en patiënten zijn dan ook minstens zo belangrijk als de interne werkprocessen. Een accreditatie geeft aan aanvragers en patiënten de zekerheid dat onderzoeken op een

verantwoorde wijze gebeuren en resultaten correct en reproduceerbaar zijn.

Verzekerd van kwaliteit

Het CCKL keurmerk geldt voor alle werkerreinen van het LMMI, zoals de bacteriologie, mycologie, serologie en de moleculaire microbiologie en voor de laboratoriumfuncties van de KF. Dit keurmerk is voor de Inspectie voor de Gezondheidszorg een voorwaarde om alle verrichtingen in de toekomst te mogen blijven doen. Een accreditatie is niet voor altijd, er zal om de twee jaar beoordeeld worden. Zo blijven de patiënten en ook de zorgverzekeraars verzekerd van kwaliteit.