



praktijk



Special

Diagnose stellen

4 | 19

Samen een puzzel oplossen | Dat zeg dokter Google | De zoektocht van de Witte Raven | Doelmatige diagnostiek | De toekomst is nu

Het thema van deze uitgave is 'diagnose stellen'. Een onderwerp dat heel breed is en veel facetten kent en waar iedere huisarts en specialist vrijwel dagelijks mee te maken heeft. In deze uitgave besteden we aandacht aan een aantal relevante thema's in relatie tot het stellen van een diagnose.



Inhoud

- 03 'Eén centraal patiëntenservicepunt
- 04 Dat zegt dokter Google: vier ervaringsdeskundigen aan het woord
- 07 Uit de Praktijk
- 08 S.O.L.K. Somatisch Onverklaarde Lichamelijke Klachten
- 10 De zoektocht van de Witte Raven naar Onuitstaanbare Lichamelijke Klachten
- 11 ABCDE-Veilig
- 12 Radiologische en nucleaire diagnostiek: samen een puzzel oplossen
- 14 Doelmatige diagnostiek
- 15 Kort nieuws
- 16 De do's en don'ts van bedside-diagnostiek
- 18 Diagnostiek bij de specialist: de toekomst is nu
- 20 Column kinderlongarts Edward Dompeling over astmatesten bij jonge kinderen

Praktijk is ook digitaal te lezen: www.mumc.nl/verwijzers

Colofon Praktijk is een uitgave van het Maastricht UMC+ (RVE Patiënt en Zorg) i.s.m. Zorg in Ontwikkeling (ZIO) **Ontwerp en grafische vormgeving** Strategyminds, Maastricht

Redactie Monique Hanraets, Liesbeth van Hoef, Jean Muris, Caroline Robertson, Geertjan Wesseling, Ingeborg Wijnands, Ellen Kennes, Strategyminds **Eindredactie** Liesbeth van Hoef **Fotografie** Appie Derks, Moniek Wegdam.

Druk Pietermans Lanaken

Suggesties voor de redactie? Bel of mail Ellen Kennes, stafdienst Communicatie Maastricht UMC+, telefoon 043 387 44 58, e-mail ellen.kennes@mumc.nl

De Huisartsen Service Desk telefoon 043 387 44 80

De Huisartsen Service Desk in het Maastricht UMC+ is het interne navigatiesysteem voor externe verwijzers. Eén telefoontje en u wordt doorverbonden met de juiste persoon of afdeling.



PERSOONLIJK

Mariet Bastiaens (l) en Marianne Houben (r) zijn patiëntvoorlichters. Loes Rutten is adviseur patiënten- en zorgcommunicatie. Zij maken deel uit van de stafdienst Communicatie van het Maastricht UMC+ en staan aan de wieg van een nieuw servicecentrum waar alle patiëntinformatie gebundeld wordt.

Eén **centraal** patiëntenservicepunt

In het Maastricht UMC+ vinden gemiddeld 2.000 vragen per jaar hun weg naar de patiëntvoorlichters. Vaak zijn dit vragen die de patiëntvoorlichters zelf weer moeten doorsturen naar een andere afdeling in het ziekenhuis. Per 6 januari 2020 start een pilot die de meest voorkomende vragen, antwoorden én services samenbrengt achter één centraal loket in de centrale hal van het ziekenhuis.

Bij het Patiëntvoorlichtingscentrum kunnen patiënten en bezoekers terecht voor aanvullende informatie over bepaalde aandoeningen, behandelingen en de faciliteiten in het Maastricht UMC+. “Alle mogelijke vragen komen hier voorbij”, vertellen voorlichters Marianne Houben en Mariet Bastiaens. “Van waar moet ik zijn of waar moet ik een patiëntenpasje laten maken, tot heb je meer informatie over bijvoorbeeld een galblaasontsteking. Daarnaast ontvangen wij ook vragen over rekeningen, sollicitaties en klachten. Veel vragen kunnen wij zelf beantwoorden, de overige zetten wij door in de organisatie. Met als gevolg dat de klant van loket a naar b en soms zelfs naar c moet om een antwoord te krijgen. Dat vinden wij niet klantvriendelijk genoeg.”

Patiëntgericht Per 3 februari 2020 bundelen het Patiëntvoorlichtingscentrum, het Servicebureau van het Facilitair Bedrijf en de MijnMUMC+-balie (die laatste bij vragen over het online patiëntenportaal en het medisch dossier) hun krachten in één centraal patiëntenservicecentrum. Zij doen dit onder de vlag van de Poli op Maat; een groot programma binnen het Maastricht UMC+ om innovaties voor patiëntenzorg in de poliklinieken door te voeren. “Uiteindelijk is het de bedoeling dat nog meer patiëntenloketten gaan samenwerken, zodat de patiënt straks op één plek al zijn vragen kan stellen en dus niet ‘van het kastje naar de muur’ hoeft”, licht adviseur patiënten- en zorgcommunicatie Loes Rutten toe. “Maar voor nu is

de samenwerking tussen de bovengenoemde patiëntenservices al een stap in de goede richting. Het centrale servicecentrum wordt gevestigd in de Serrehal van het ziekenhuis en wordt een duidelijk zichtbaar eerste aanspreekpunt waar patiënten, bezoekers en verwijzers meer algemene informatie vinden over het Maastricht UMC+. Deze service maakt deel uit van een communicatieketen waarin we informatie meer *on demand* aanbieden, waaronder fysiek in de hal van het ziekenhuis of in de spreekkamer, digitaal via de informatieschermen in de wachtkamers en bezoekersruimten, en online via onze website www.mumc.nl. Door de juiste informatie op het juiste moment via het juiste kanaal aan te bieden, kan de patiënt het beste vooruit.”

Pilot In juni 2020 wordt gemonitord of de integratie van informatie voldoet aan de behoefte van patiënten en bezoekers, of dat er verdere uitbreiding van het centrale patiëntenservicepunt nodig is.

Extra Informatiepunten bij de deur Bij twee ingangen van het ziekenhuis zijn, naast het centrale patiëntenservicepunt in de Serrehal, extra informatiepunten ingericht met een servicemedewerker. Bij deze informatiepunten kunnen patiënten en bezoekers met allerlei soorten vragen terecht. De servicemedewerkers worden uitgerust met een telefoon en een tablet. Als zij niet direct een antwoord op de vraag hebben, kunnen zij dus snel met een collega overleggen. Indien gewenst vraagt de servicemedewerker aan een vrijwilliger om de patiënt of bezoeker te begeleiden naar de juiste locatie. Dat kan een poli zijn waar de patiënt een afspraak heeft of bijvoorbeeld het Patiëntvoorlichtingscentrum als degene meer informatie wil hebben over een bepaalde behandeling. Ook dit is een pilot onder de vlag van de Poli op Maat.

Dat zegt dokter Google

Meer dan de helft van de Nederlanders kruipt eerst zelf achter de computer voordat zij met een gezondheidsvraag naar de huisarts gaan. Google is op deze zoektocht de meest gebruikte zoekmachine. Welke invloed heeft 'dokter Google' op de huisartsenpraktijk in onze regio? En welke rol speelt de al dan niet juiste informatie die patiënten meenemen naar de spreekkamer bij het vaststellen van een diagnose? We vragen het vier ervaringsdeskundigen.



Drs. Christianne Erens is huisarts en sinds april dit jaar mede-praktijkhouder in de Huisartsenpraktijk Sint-Geertruid

“Internet komt steeds vaker ter sprake in de spreekkamer. Sommige mensen komen specifiek met een artikel over hun klachten of aandoening naar het spreekuur. Bij anderen merk je dat zij hun klachten hebben gegoogeld en van alles in hun hoofd hebben gehaald, maar niet specifiek aangeven wat ze tegen zijn gekomen. Aan mij dan de taak om erachter te komen wat de verwachting van de patiënt is en wat precies de hulpvraag is. Ik vraag dan ook direct of de betreffende patiënt zelf al informatie over de klachten heeft opgezocht. Die openheid zorgt ervoor dat je meteen op een gelijkwaardig niveau het gesprek aan kunt gaan. Het wordt echter lastig als patiënten ervan overtuigd zijn geraakt dat zij een specifieke ziekte hebben. Dat komt helaas ook voor, van de informatie die

je op sommige ‘medische’ sites tegenkomt, kun je aardig ‘ziek worden’. Ik probeer de patiënt dan gerust te stellen. Meestal lukt dat, een enkele keer lukt dat niet. Het is dan ook al eens vorgekomen dat ik diagnostiek heb ingezet om een diagnose uit te sluiten. Desondanks vind ik het een positieve ontwikkeling dat mensen meer op de hoogte zijn en betrokken zijn bij hun gezondheid. Ik verwijs mensen zelf wel eens naar sites als thuisarts.nl. Daar vinden patiënten betrouwbare informatie. Zelf google ik ook wel eens. Zeker als mensen naar mij toe komen met een onbekende ziekte die slechts zelden voorkomt. Daar ben ik dan heel eerlijk over. Wij weten veel, maar niet alles. Dan ben ik blij dat informatie hierover direct online beschikbaar is.”

Britt Derks is eerstejaarsmasterstudent geneeskunde aan Maastricht University/coassistent in het Maastricht UMC+



“In de opleiding wordt veel aandacht besteed aan het feit dat de patiënt mondiger wordt. Dat je je poli of spreekuur goed moet voorbereiden en dat de patiënt zelf steeds meer kennis meeneemt van wat een ziekte inhoudt en welke behandelingen van toepassing zijn. *Shared decision making* is een belangrijk thema; wij krijgen dat meteen vanaf het begin mee. De invloed van ‘dr. Google’ heeft zowel voor- als nadelen. Aan de ene kant kan er een geruststellende werking uitgaan van de informatie die je vindt als je bepaalde symptomen intoetst. Maar via een simpele zoekterm als hoofdpijn ben je ook maar een muisklik verwijderd van

de meest verschrikkelijke ziekten. Dat besef moet je de patiënt wel meegeven. Kijk ik naar de toekomst, dan zal de invloed van internet alleen maar groter worden. Jongeren googelen alles. Veel informatie zal ook nog laagdrempeliger worden aangeboden. Nu al vliegen de gezondheidsapps je om de oren. Sommige apps voegen echt iets toe, zoals de app waarmee je moedervlekken kunt controleren. Of de app waarmee je je gezondheid monitort. Daar is niets mis mee, als je de informatie maar in het juiste perspectief kunt plaatsen. Daar kun je als arts op sturen.”



Drs. Raoul Prevo is 30 jaar huisarts in Cadier en Keer: ‘Wij zijn er om duiding te geven.’

“De tijd staat niet stil en Google is intussen gemeengoed geworden, ook in onze huisartsenpraktijk. Gelukkig maar. Mensen zijn hierdoor beter geïnformeerd en hebben kennis genomen van bepaalde zaken voordat ze naar het consult komen. Het is aan mij als arts om aan te geven of deze informatie juist is, deze in een perspectief te plaatsen en vaak ook de verwachtingen bij te stellen. Want als je gericht op aandoeningen zoekt, kom je de meest wilde sites en adviezen tegen. Ook worden met regelmaat nieuwe ontwikkelingen gelanceerd, bijvoorbeeld op het gebied van indicaties en onderzoeken, waarvan de verwachte resultaten al in een zeer pril stadium wereldkundig worden gemaakt. Die informatie is toegankelijk voor onze patiënten, die vervolgens

met de verkeerde verwachtingen naar hun arts stappen. Wij zijn er dan om duiding te geven. Soms moet ik daarvoor zelf het internet op duiken. Ik googel in principe niet, maar naar aanleiding van vragen van de patiënt kan dokter Google ook mij eyeopeners opleveren. Ik adviseer mijn patiënten om betrouwbare sites als thuisarts.nl te gebruiken. De meesten doen dat ook. Ik heb over het algemeen dan ook geen negatieve ervaringen met de invloed van Google in mijn praktijk en zie vooral de voordelen van patiënten die betrokken zijn bij en meedenken over hun gezondheid.”

Lees verder op pagina 6



Jacqueline Ramakers is genezen van borstkanker. Afgelopen zomer werd bij haar diabetes vastgesteld.

“Toen ik borstkanker had, heb ik duidelijk met mijn man afgesproken dat wij niet zouden googelen. Dat hoefde ook niet. Het contact met mijn behandelaren was zo intensief dat ik bij wijze van spreken op elke vraag direct antwoord kreeg. Maar, ik besefte ook dat zelf informatie zoeken voor onrust zou kunnen zorgen, want je komt natuurlijk informatie tegen die niet op jou van toepassing is, maar waar je wel bang voor bent. Na mijn behandeling ben ik wel op zoek gegaan naar verhalen van lotgenoten. Ik vind het prettig om die ervaringen te lezen. Bij mijn diabetes zit ik er heel anders in. Sinds ik weet dat ik chronisch ziek ben, heb ik het internet aardig afgestruind. Niet zozeer om informatie te vin-

den over de ziekte, maar over hoe ik ermee om moet gaan. Als genezen kankerpatiënt heb ik het gevoel dat ik een tweede kans heb en die wil ik niet te grabbel gooien. De zoektocht levert ook iets op. Op sites van bijvoorbeeld het Diabetesfonds, diabetes.org, thuisarts.nl en het voedingscentrum vind ik goede tips over hoe ik mijn leefwijze en voeding kan aanpassen. Daarnaast vind ik er heerlijke recepten die mij helpen om mijn koolhydraten in de gaten te houden. Ik ben mij nu veel meer bewust van wat ik binnenkrijg. Toen de diagnose net was gesteld, dacht ik dat ik niets meer wat lekker is, zou kunnen eten. Dankzij deze informatie weet ik dat ik op een lekkere, gezonde manier verder kan.”

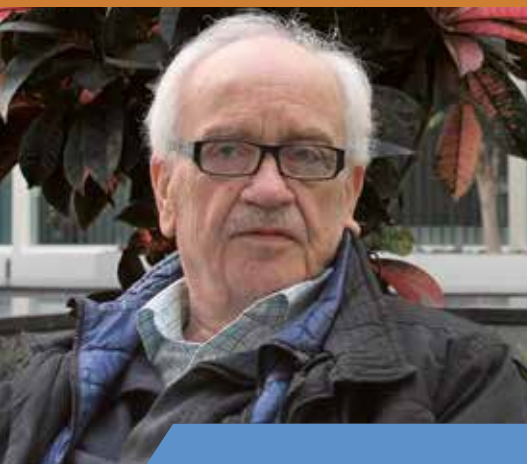
Uit de praktijk

Volgens actuele cijfers raadpleegt meer dan de helft van de Nederlanders 'dr. Google' voordat zij naar de huisarts gaan. Het aantal dat bij gezondheidsklachten internet afstruint en niet naar de dokter gaat, is hierbij niet meegerekend. Wat zoekt men op en welke informatie kom je dan tegen? Wij vragen het aan toevallige passanten in de hal van het ziekenhuis.



Yolande Reijkerkerk bezoekt het Maastricht UMC+ met haar zoon Milan.

“Ik heb wel eens medische informatie opgezocht op Google. Zowel voor Milan als voor mijzelf. Allebei hadden we op een gegeven moment gezondheidsklachten. Bij ons allebei is vervolgens een diagnose gesteld. Op dat moment ben ik wel op zoek gegaan naar informatie. Al was ik voor de diagnose van Milan snel uitgezocht. Hij heeft een zeldzaam syndroom waarover online niet veel te vinden is. Onze neuroloog in Nijmegen heeft speciaal voor ons zelf informatie uitgeschreven en online geplaatst. Verder heeft zij ons voor meer algemene informatie verwezen naar betrouwbare sites zoals die van de Hersenstichting. Zij heeft ons naar Maastricht verwezen om een meer compleet beeld te krijgen van Milans gezondheid. Dat is meteen ook de reden waarom ik nu in het ziekenhuis ben. Ik hoop hier informatie te krijgen over hoe we verder kunnen.”



André Steegen

“Ik googel niet, omdat ik het niet kan. Zo makkelijk is het. De berichten van het ziekenhuis krijg ik via de telefoon en mijn artsen geven mij de informatie die ik nodig heb. Zo vind ik het best, want meer wil ik eigenlijk ook niet weten. Hoe meer je weet, hoe meer zorgen je hebt. Zeker als het om gezondheid gaat. Ik ben daar heel nuchter in. Als ik vragen heb, dan stel ik die aan de arts en krijg ik altijd meteen een antwoord. Daar ben ik content mee.”

Charlotte Wiltschut is in het Maastricht UMC+ met dochtertje Julie van 9 maanden

“Sinds ik gestopt ben met borstvoeding heeft Julie erge eczeem. Meteen al bij de eerste klachten ben ik gaan googelen. Ik denk dat alle kersverse ouders dat wel doen. Maar ik ben er tamelijk snel weer mee gestopt, want je komt de meest ernstige aandoeningen tegen. Daar schrik je van. De huisarts heeft ons verwezen naar de dermatoloog. Daarnaast krijgt Julie nu aangepaste voeding, want vermoedelijk speelt er een koemelkallergie. Ze krijgt ook een hormooncrème. De werking daarvan heb ik ook opgezocht en dan lees je dat je dit soort zalfjes niet te lang mag gebruiken en niet te dik moet smeren. Die informatie brengt je toch weer aan het twijfelen. Ik vertrouw de dermatoloog echter meer dan de adviezen op Google. Ik volg daarom zijn advies. De eczeem lijkt onder controle. Julie heeft in ieder geval minder jeuk en slaapt beter.”





Dr. Carsten Leue is psychiater in het Maastricht UMC+. Hij richt zich op consultatieve psychiatrie en psychosomatiek in de zorg voor patiënten met gecombineerde psychische en somatische problematiek.

PERSONLIJK

S.O.L.K.

Somatisch Onverklaarde Lichamelijke Klachten

Ongeveer de helft van de klachten waarvoor mensen de huisarts of specialist bezoeken blijft onverklaarbaar. Tot frustratie van zowel patiënt als huisarts en specialisten als deze klachten blijven bestaan. Dr. Carsten Leue, psychiater in het Maastricht UMC+, ziet in zijn praktijk veel mensen met zogenaamde Somatisch Onverklaarde Lichamelijke Klachten. Hij verwijst de term SOLK echter *linea recta* naar het rijk der fabelen en hoopt dat u hem daarin kunt volgen.

“SOLK is een containerbegrip dat bestaat bij gratie van onkunde”, stelt Carsten Leue. “Niet van de individuele arts maar vanuit de dichotome manier waarop de medische wereld van oudsher naar de mens kijkt, op basis van een scheiding tussen somatische en psychische aandoeningen. Alsof lijf en ziel van elkaar gescheiden zijn. Dat is natuurlijk niet zo, beide beïnvloeden elkaar. We voelen pijn in ons hart als we mensen verliezen of hebben buikpijn als we iets spannend vinden. Deze pijnklachten zullen bij eenzijdig fysiek onderzoek niet te bewijzen zijn, zoals een botbreuk of een infarct dat is. Maar dat betekent niet dat er geen fysiologische, pathofysiologische of biochemische veranderingen plaatsvinden die de pijn veroorzaken. Er bestaat namelijk geen ingebeelde pijn; chronische pijn is een niet eenvoudig oncontroleerbaar stress-sensatie waarmee het lichaam aangeeft dat er iets mis is. Daar mag geen twijfel over bestaan. En soms is deze pijn een sociale pijn, bijvoorbeeld bij hartzeeer als we een dierbaar iemand verliezen.”

Het advies is de patiënt én de aandoening serieus te nemen. “Vanwege het welbevinden van de patiënt, maar er is ook een maatschappelijke factor”, beargumenteert Carsten Leue. “SOLK-patiënten kennen een duurzaam onsuccesvol verloop. Door het uitblijven van een eenvoudig antwoord ontwikkelen ze vaak ook psychische klachten, zoals bij angst- en stemmingsstoornissen. SOLK-patiënten worden bij uitblijven van een multidisciplinaire benadering vaak ‘draaideurpatiënten’, die een groot beroep doen op de gezondheidszorg en in de samenleving vaak ook uitvallen. Dit kun je voorkomen door op een niet-gefragmenteerde manier naar deze patiënten te kijken. Het tweede advies is dan ook de handen in elkaar te slaan om integrale zorg te leveren: in en tussen de verschillende lijnen van zorg. Dat gebeurt gelukkig steeds meer. Interdisciplinair werken is een aandachtspunt in het Maastricht UMC+. De Pijnpoli bijvoorbeeld diagnosticeert en behandelt patiënten vanuit

een multidisciplinair oogpunt en het Pelvic Care Team, waarin de uroloog, gynaecoloog, chirurg, seksuoloog, psychiater en maag-darm-leverarts samenwerken, is een mooi voorbeeld van integrale (bekken-)zorg. Huisartsen en specialisten kunnen rechtstreeks naar deze teams verwijzen.”

Meer begrip voor de samenwerking tussen lijf en ziel zorgt er tegelijk voor dat klachten die lange tijd onverklaarbaar waren steeds beter begrepen worden. Voorbeelden daarvan zijn functionele syndromen zoals een prikkelbare darm, een overactieve blaas en fibromyalgie. Carsten Leue: “Naar patiënten met spierreuma, die pijnpatronen hebben die zich over het hele lichaam verspreiden, werd tot voor kort alleen diagnostisch gekeken. Een behandeling was alleen op beperkte schaal mogelijk in de revalidatiezorg. Vanuit een stevige onderbouwing over de relatie tussen *body & brain* is ook complexe psychosomatische multidisciplinaire zorg voor deze ziekte mogelijk. Het resultaat is dat patiënten beter begrepen worden, beter vooruit kunnen en minder uitvallen.”

Ondanks vooruitgang in inzichten valt er echter nog altijd veel winst te behalen. Patiënten en artsen zien soms het verband tussen lijf en ziel nog niet en ook veel patiënten reageren aanvankelijk vaak afwijzend als een psycholoog of psychiater mee moet kijken. ‘U denkt toch niet dat ik mijn klachten inbeeld of dat ik gek ben’, zeggen ze dan. Dit heeft te maken met het stigma van de GGZ en deze is nog diep verworteld in onze gescheiden organisatie van zorg. Niemand valt graag buiten de boot. SOLK-patiënten worden vaak niet begrepen, zeker als pijn of moeheid je welbevinden beïnvloedt en er zorgen, angst of terneergeslagenheid ontstaan. Alleen door de mens als totaal te zien en samen te werken kunnen we dit onbegrip weghalen. Het zou bijvoorbeeld goed zijn als ook huisartsen structureel bijdragen aan het multidisciplinair overleg over een patiënt. Dat kan met de huidige communicatiemiddelen zelfs op afstand geregeld worden. Ook in de opleiding zie ik verbetermogelijkheden. De SOLK-klachten krijgen bij de huisartsopleiding al aandacht. Nog beter is het als we de nieuwe generatie artsen meteen, tijdens hun geneeskundestudie, leren om SOLK in het juiste brede perspectief te plaatsen.”

Drs. Tonnie van Kessel is voorzitter en Drs. Raymond Leclercq is een van de 11 leden van de Witte Raven Groep. Beide Witte Raven waren 30 jaar huisarts in respectievelijk Venlo en Stein en doceerden respectievelijk huisartsengeneeskunde en basisgeneeskunde aan het Maastricht UMC+.

PERSONLIJK

De zoektocht van de Witte Raven

De naam 'Witte Raven' zal menigeen als een geheimzinnig genootschap in de oren klinken. Debet hieraan is vermoedelijk de reputatie van de witte raaf: een zeldzame verschijning. Geheimzinnig is het initiatief van de oprichters, de huisartsen Yvonne van Leeuwen en Paul Höppener, echter allesbehalve. De nieuwe lichter Witte Raven organiseerde tijdens het NHG-congres in Maastricht zelfs workshops voor collega-artsen om hen te wijzen op de effectieve zoekstrategie die zij ontwikkelden voor het aanpakken van Onuitstaanbaar Onverklaarbare Klachten (OOK).

'De Witte Raven' is een groep van 11 huisartsen van allerlei leeftijden, die hun kennis en ervaring in de huisartsenpraktijk en wetenschap inzetten voor het oplossen van zeldzame aandoeningen. "Elke huisarts kent patiënten met klachten, waarvoor ondanks veel onderzoek geen oorzaak wordt gevonden", vertelt Tonnie van Kessel. Zij is de voorzitter van de Witte Raven Groep. "Toch ben je als huisarts ervan overtuigd dat de klachten een somatische oorzaak hebben. Vanwege dit onderbuikgevoel wil je de klachten niet psychosomatisch duiden. Hierin verschillen de OOK-klachten van de SOLK-klachten (Somatisch Onverklaarde Lichamelijke Klachten). De *drive* om de klachten te verklaren, ligt ook niet bij de patiënt, maar bij de huisarts, die voelt dat er iets niet klopt. Vandaar ook dat wij deze klachten Onuitstaanbaar Onverklaarbare Klachten noemen."

Zoekstrategie "Wereldwijd bestaan miljoenen artikelen over ziekten die bij minder dan een op de 2.000 patiënten voorkomen", vult collega Raymond Leclercq aan. "Er bestaan kortom genoeg zeldzame ziektes die wij amper of (nog) niet kennen. Artsen die vermoeden dat er iets zeldzaams aan de hand is, kunnen hun vraag nu voorleggen aan de Witte Raven. Wij anonimiseren de casus en nemen de geschiedenis van de patiënt door op verschijnselen en lezen de brieven van de specialisten. Hieruit maken we een diagnoselijst en destilleren we een aantal trefwoorden waarmee we in de medische wereldliteratuur op zoek gaan. Een aantal overklaarbare casussen hebben we zo weten op te lossen. Maar, ook wij komen er niet altijd uit. Er is een categorie die onverklaarbaar en onuitstaanbaar blijft."

Het doel van de Witte Raven is hun zoekstrategie te integreren in de opleiding en nascholing van huisartsen. Jonge huisartsen zijn meer bedreven in zoektochten op het internet, oudere artsen in het klinisch redeneren. De Witte Raven willen beide werelden samenbrengen voor de ondersteuning van artsen met een OOK-gevoel bij hun patiënten.

Kijk voor meer informatie op www.witteraven.org.



PERSOONLIJK

Drs. Erica Posma (foto links) is directeur van de Huisartsenpost (HAP) Maastricht & Heuvelland. Jennifer van Nuil is triagist en teamleidster bij de HAP.

ABCDE-Veilig

De Huisartsenpost Maastricht & Heuvelland (HAP) is in de avond, nacht en in het weekend eerste aanspreekpunt voor spoedeisende huisartsenzorg voor circa 180.000 patiënten. Jaarlijks behandelt de HAP ruim 50.000 contacten. Om in dit grote aantal zorgvragen een goede selectie te kunnen maken én de juiste urgentie te kunnen bepalen, werkt de HAP met het Nederlands Triage Systeem. De ABCDE-Veilig zorgt er volgens directeur Erica Posma en triagist Jennifer van Nuil tevens voor dat duidelijk wordt of de patiënt verder kan op de HAP of misschien toch beter af is op de Spoedeisende Hulp.

“De patiënt voor de huisarts gaat linksaf naar de HAP, de patiënt met een spoedvraag rechtsaf naar de SEH. En bij twijfel kijkt de triageverpleegkundige van de SEH op de HAP mee om te beoordelen waar de patiënt thuishoort”, wijst Jennifer bij de centrale balie die de HAP en SEH met elkaar delen. “Een ander belangrijk verschil met de huisartsenpraktijk is dat de triagist bij de HAP meestal geen voorgeschiedenis van de patiënt heeft. Feit is dat gelukkig steeds meer huisartsen informatie over kritieke of kwetsbare patiënten aan ons overdragen. Dat is heel waardevol, want daarmee kunnen wij als er 's nachts iets gebeurt met die patiënten sneller anticiperen. Het merendeel van onze patiënten is echter ‘blanco’ en omdat je altijd moet bellen om een afspraak te maken bij de HAP, gebeurt de triage telefonisch. Wij moeten het voor onze beeldvorming dus doen met iemands stem en hoe iemand zich voordoet. Als de patiënt zelf belt, kun je aan de hand van zijn ademhaling en helderheid toch een tamelijk goede inschatting maken. Als iemand belt die gebrekkig of geen Nederlands spreekt of erg verward overkomt, wordt het lastiger. Dan nemen we geen risico en zijn wij laagdrempelig met het aanbieden van een consult. Het wordt nóg lastiger als iemand anders belt voor een persoon die bijvoorbeeld hartklachten lijkt te hebben. Dan moeten wij aan de hand van de bevindingen van de beller een besluit nemen. Bij de hoogste urgentie sturen wij een ambulance. Mocht er geen ambulance vrij zijn, dan krijgen onze chauffeurs toestemming om met urgentie te rijden. Mocht de triage aangeven dat er geen sprake van een

levensbedreigende urgentie is, maar de klachten dusdanig zijn dat de patiënt toch snel gezien moet worden, bezoekt een van de huisartsen de patiënt thuis. In de andere gevallen maken we een afspraak voor een consult op de HAP, regelen we een terugbelafpraak door de huisarts of geven we telefonisch advies. Dit advies wordt binnen een uur door een huisarts goedgekeurd.”

Achter de gemeenschappelijke balie van de HAP en de SEH zijn de lijnen kort. “Spoedeisende vragen worden in beide richtingen ‘warm’ doorverbonden”, vult Erica Posma aan. “Inmiddels heeft ook het nachtteam van Envida zich bij de HAP gevoegd; de sociale alarmering komt via de centralist bij ons binnen. Dankzij deze samenwerking kunnen we ervoor zorgen dat ook in de spoedeisende zorg de juiste zorg op de juiste plek terechtkomt, want afhankelijk van de triage gaat of de huisarts of de verpleegkundige of de verzorgende van Envida kijken. Ook de lijnen met de meldkamer, politie en ambulance zijn kort vanwege het belang om snel te kunnen handelen als de patiënt bijvoorbeeld tijdens een telefonische triage wegvalt. Deze samenwerking willen we verder intensiveren. Momenteel moeten we elkaar nog bellen om elkaars inzet te raadplegen. Door de meldsystemen aan elkaar te koppelen of ook fysiek bij elkaar te gaan zitten, is die cruciale informatie meteen beschikbaar en kunnen we bij onze triage meteen de juiste actie uitzetten. Dat zal de spoedeisende zorg in onze regio nog meer ten goede komen.”

Drs. Frans Bakers is als abdomen-radioloog gespecialiseerd in het beeld brengen van diverse soorten tumoren in de buik.

Dr. Linda Jacobi is neuro-, hoofd- en hals-radioloog. Zij zijn verbonden aan de afdeling Beeldvorming van het Maastricht UMC+.

PERSONLIJK



Samen een puzzel

In tegenstelling tot veel andere ziekenhuizen in Nederland zijn de afdelingen Radiologie en Nucleaire Geneeskunde in het Maastricht UMC+ samengevoegd in één afdeling Beeldvorming. De intensieve samenwerking maakt het mogelijk om zowel traditionele als de meest vooruitstrevende radiologische en nucleaire diagnostiek effectiever in te zetten.

De belangrijkste drijvende factor in de radiologische diagnostiek is volgens Frans Bakers en Linda Jacobi, beide radioloog in het Maastricht UMC+, de gigantische technologische ontwikkeling die dit specialisme de laatste decennia doormaakt. Linda Jacobi: “De computertechnologie stelt ons momenteel in staat om de binnenkant van het lichaam zowel anatomisch als pathologisch af te beelden. Steeds meer tot in detail en ook steeds meer gericht op fysiologie en functionaliteit. Dankzij de intensieve samenwerking tussen radiologie en nucleaire geneeskunde kunnen we onderzoeken in het Maastricht UMC+ ook combineren in hybride beeldvorming. Denk aan een PET/MRI-scan of een PET/CT-scan. Het gevolg hiervan is dat de patiënt voor deze onderzoeken nog maar een keer naar het ziekenhuis hoeft te komen.”

Een nieuwe rol “Behalve de technologie verandert ook de rol van radiologische diagnostiek in het zorgtraject”, vult Frans Bakers aan. “In het verleden werden wij altijd als louter ondersteunend specialisme gezien. Die positie is de afgelopen jaren sterk veranderd: bij bijvoorbeeld Braincare zitten we vooraan in het traject samen met de neuroloog en zijn we soms ook behandelaar. Vermoedt een huisarts een beroerte, dan is het zaak dat de patiënt zo snel mogelijk naar de neuroloog op de SEH wordt doorgestuurd. Daar wordt direct de radioloog bij het onderzoek betrokken. Indien, ter verklaring van de beroerte, een stolsel wordt vastgesteld in een van de grote hersenarteriën kan de interventieradioloog deze met een cathetertechniek verwijderen. Recent onderzoek, waarvan het Maastricht UMC+ een van de leidende centra was, wijst uit dat dit zinvolle zorg is bij een beroerte op basis van een groot stolsel. Doordat direct ingegrepen wordt, verliest de patiënt minder hersenweefsel en behoudt meer functie.”

Mammascreeening met MRI Een andere ontwikkeling is de mammascreeening met behulp van MRI. Dit onderzoek (de



oplossen

DENSE-studie), waaraan ook het Maastricht UMC+ heeft deelgenomen, heeft recent de voorpagina's in de Nederlandse pers gehaald. Linda Jacobi: "Sommige vrouwen hebben zeer dicht borstklierweefsel, waardoor afwijkend weefsel op een standaard mammografie moeilijk zichtbaar is. Bij het onderzoek hebben we een deel van deze groep vrouwen gescreend met een MRI. Daaruit blijkt dat met deze screeningsmethode voor deze groep vrouwen meer tumoren worden gevonden dan met het screeningsmammogram. Wat de exacte impact is van deze screeningsmethode wordt momenteel verder onderzocht. De onderzoeksresultaten zijn voorgelegd aan de staatssecretaris van VWS in afwachting op een definitief oordeel."

Baanbrekende behandelingen Zeer vernieuwend zijn de nucleaire onderzoeksmethoden die het Maastricht UMC+ onder meer in samenwerking met het Klinikum Aachen aanbiedt. Frans Bakers: "Er is een nieuwe generatie tracers ontwikkeld die zich, ingezet in een PET-CT onderzoek, kunnen binden aan specifieke weefsels om zodoende ook de kleinste uitzaaiingen op te sporen. Bij bijvoorbeeld prostaatkanker worden met deze methode

goede resultaten behaald bij het traceren van uitzaaiingen. Een volgende stap, die niet meer ver weg is, is dat we deze tracers ook inzetbaar maken voor therapie. De tracers zoeken dan in het lichaam de metastasen op en bestralen deze inwendig en lokaal. En zo komt er nog veel meer nieuws aan, onder meer op het gebied van artificial intelligence en DNA-diagnostiek."

Dergelijke innovaties en de sfeer en samenwerking met alle medewerkers op de afdeling Beeldvorming, maken dat de beide radiologen vinden dat zij het mooiste vak van de wereld hebben. "Met deze fantastische technologieën en onze specialistische blik op het inwendige lichaam kunnen wij samen met de behandelende artsen en ondersteunend personeel bijdragen aan het oplossen van zeer complexe puzzels."

Doelmatige diagnostiek

Het Diagnostisch Centrum van het Maastricht UMC+ heeft samen met de laboratoria van MUMC+, Zuyderland en Reinier MDC een plan ontwikkeld voor de inzet van doelmatige, zinvolle diagnostiek. De diagnostiekaanbieders trekken hierbij vanuit de filosofie 'de juiste zorg op de juiste plek' de lijn door naar 'de juiste diagnostiek bij de juiste vraagstelling'.

"Het aantal diagnostiekaanvragen is de laatste tien jaar verveelvoudigd", licht Ron Winkens, medisch hoofd van het Diagnostisch Centrum van het Maastricht UMC+, toe. "Zijn we dienovereenkomstig zeker geworden? Nee. Wel zijn er meer protocollen en instrumenten bijgekomen om ziekten te duiden of uit te sluiten. Wij zijn ervan overtuigd dat de inzet doelmatiger kan als we met andere ogen naar ons instrumentarium gaan kijken en hierbij meer rekening houden met het feit dat veel diagnostiek helemaal niet zo betrouwbaar is. Wij zijn geneigd om uitslagen als absoluut te zien en verbinden daar al dan niet een diagnose en behandeling aan. Een logisch gevolg van de onnauwkeurigheid van een test is dat niet elke behandeling even noodzakelijk is."

Nieuwe afspraken Het plan van de Zuid-Limburgse diagnostiekaanbieders voorziet allereerst in terugrapportage van aanvraagcijfers voor diagnostiek en een programma voor nascholing, DTO en e-learning. "In het verleden resulteerde de terugkoppeling van aanvraagcijfers alleen al in een daling van het aantal diagnostiekaanvragen", legt Ron Winkens uit. "In het scholingsprogramma willen we daarnaast aan de hand van de cijfers de diepte in duiken om waar mogelijk werkafspraken te destilleren, waarbij we met elkaar afspreken dat we bij specifieke klachten alleen nog tests kiezen waarvan we weten dat ze effectief zijn. Nog altijd zien we bijvoorbeeld bij levertests de combinatie van een ALAT en ASAT opduiken, terwijl gewoonlijk de inzet van één van deze tests voldoende is. Een ander voorbeeld is de inzet van de PSA voor de detectie van prostaatkanker. Zelfs de maker van deze test 'schreeuwt van de daken' dat de PSA niet betrouwbaar is voor diagnostiek, maar ontwikkeld is voor het volgen van (behandelde) prostaatkanker. Door deze kennis met elkaar te delen, zorg je samen bij elke aandoening voor de juiste diagnostiek. Dat verbetert de kwaliteit van aanvragen, tegelijk besparen we kosten."



PERSOONLIJK

Dr. Ron Winkens is huisarts in Heerlen en medisch coördinator van het Diagnostisch Centrum van het Maastricht UMC+.

Inlooppreekuur poli Dermatologie stopt

Per 1 januari 2020 stopt het inlooppreekuur van de poli Dermatologie van het Maastricht UMC+. Alle patiënten van de poli Dermatologie ontvangen vanaf 1 januari 2020 een vaste afspraak op een specifieke datum en tijdstip. Dit zorgt voor een kortere wachttijd op de polikliniek. *Bij vragen of voor meer informatie kunt u contact opnemen met de polikliniek Dermatologie via 043- 387 50 00 of poli.dermatologie@mumc.nl of kijk op www.dermatologie.mumc.nl.*

Nieuwe techniek die **thuis** hartslag meet na ritmestoornis

Wetenschappers van het Maastricht UMC+ krijgen een subsidie van 800.000 euro om een nieuw systeem te ontwikkelen waarmee patiënten zelf hun hartslag kunnen monitoren. Doel: een persoonlijker behandeling van boezemfibrilleren, een veelvoorkomende hartritme-stoornis. De wetenschappers willen ervoor zorgen dat alleen die patiënten een behandeling krijgen bij wie de ritmestoornis niet vanzelf overgaat. Dit voorkomt onnodige behandelingen en ziekenhuisbezoeken, en bespaart dus ook kosten. Het team maakt gebruik van nieuwe technologie om zelf het hartritme in de gaten te houden. De meetgegevens kunnen dag en nacht worden doorgestuurd naar de behandelend arts. Die kan, als het nodig is, snel ingrijpen. De wetenschappers gaan onderzoeken hoe de zorg rond deze nieuwe technologie het beste ingericht kan worden. *Meer informatie www.mumc.nl, zoekterm 'ritmestoornis'.*



Onderzoek naar nieuwe behandeltechniek voor **trombose** in de lies



Een nieuwe kathetergeleide techniek om een acute trombose in de lies te verhelpen, levert een minder grote afname van het post trombotisch syndroom op dan verwacht. Er lijkt nauwelijks verschil te zijn met de standaardbehandeling (antistollingsmedicatie en een steunkous). Dat blijkt uit een grootschalig onderzoek onder leiding van het Maastricht

UMC+, uitgevoerd in vijftien Nederlandse ziekenhuizen. "De resultaten liggen weliswaar niet in lijn der verwachting, maar zijn wel van grote waarde voor de trombosezorg", zegt een van de hoofdonderzoekers dr. Arina ten Cate-Hoek. Het onderzoek is gepubliceerd in het toonaangevende wetenschappelijk tijdschrift *Lancet Haematology*. *Meer informatie www.mumc.nl, zoekterm 'trombose'.*

De overlevingskans na een reanimatie is aantoonbaar hoger door de inzet van het burgerhulpverleningssysteem. Dat is de voornaamste conclusie uit het promotieonderzoek van Ruud Pijls van het Maastricht UMC+. In gemeenten met een hoger percentage burgerhulpverleners stijgt de overlevingskans na een reanimatie tot bijna 35 procent (indien de burgerhulpverleners ter plaatse komen).

Uit het onderzoek van de promovendus blijkt dat 1 op de 1.000 mannen en 0,4 op de 1.000 vrouwen in Nederland jaarlijks een hartstilstand krijgen. Zonder reanimatie zijn de overlevingskansen gering. Indien zo snel mogelijk wordt gestart met reanimeren en een shock wordt toegediend met behulp van een defibrillator stijgt die kans aanzienlijk. Mensen die zijn opgeleid om een AED (automatische externe defibrillator) te gebruiken en getraind zijn in reanimatie, kunnen daarbij als burgerhulpverlener worden ingezet. Momenteel zijn er in Nederland 170.000 van deze vrijwilligers. Zij kunnen via een speciaal systeem worden opgeroepen door middel van een SMS indien er in hun postcodegebied een reanimatie nodig is. De belangrijkste conclusie is volgens de promovendus dat het burgerhulpverleningssysteem in Nederland effectief is. "Het is een vrij laagdrempelige methode, waarmee veel gezondheidswinst kan worden behaald", zegt Pijls. "Mensen die zich als vrijwilliger hebben aangemeld blijken in de praktijk gemiddeld zo'n één keer per jaar te worden opgeroepen." Ondanks het succes en het grote aantal vrijwilligers kan er nog meer winst worden behaald. Pijls: "Burgerhulpverleners kunnen tegenwoordig ook worden gevonden via GPS en niet alleen via hun postcodegebied. Om de effectiviteit van het systeem te blijven monitoren en verbeteren is het nodig om zorgvuldig en continu de resultaten te blijven registreren."

Meer op www.mumc.nl, zoekterm 'burgerhulpstelsysteem'.



De do's en don'ts van bedside-diagnostiek

Het aantal Point-of-Care-testen dat in de diagnostiek wordt ingezet, neemt toe en er zitten baanbrekende ontwikkelingen in de pijn om tijdens een consult een diagnose te kunnen stellen. “De belofte is groot”, stelt prof. dr. Jochen Cals, hoogleraar Effectieve Diagnostiek aan het Maastricht UMC+. “Maar, als je bekijkt wat 10 jaar geleden groots werd aangekondigd en is waargemaakt, valt de groei uiteindelijk mee. De tests worden wel kleiner, handzamer en minder invasief. Ook kunnen huisartsen meer testen in eigen beheer doen.”

Hoe ver zijn we in de ontwikkeling van Point-of-Care-tests?

“Op technologisch gebied gebeurt er veel. Er lopen ook allerlei interessante onderzoeken om op een snelle, betrouwbare en niet-invasieve manier een diagnose te kunnen stellen. Bijvoorbeeld met behulp van wangslijmvlies of uitademingslucht. Ik

denk echter niet dat deze ontwikkelingen op korte termijn concreet zijn en in de huisartsenpraktijk ingezet kunnen worden met een Point-of-Care-test. Daar is nog meer onderzoek voor nodig. De meeste resultaten worden momenteel gehaald in de transitie van grote tests die in het ziekenhuis worden aangeboden naar

“De dokter zelf blijft het belangrijkste diagnosticum”

kleinere testen die ook hun weg vinden naar de eerste lijn. Hierbij gaat het onder meer om testen die de huisarts ondersteunen bij het vaststellen van acute aandoeningen, zoals de D-dimeertest die acute trombo-embolische aandoeningen kan uitsluiten. Of de troponinetest die ingezet wordt bij de diagnose van hartaandoeningen.”

Daar ben jij als hoogleraar Effectieve Diagnostiek natuurlijk blij mee?

“Jazeker. Hoe meer mogelijkheden er zijn om patiënten veilig in de eerste lijn of zelfs thuis te kunnen behandelen, hoe beter. Er is echter ook een keerzijde. Het feit dat zo’n test bestaat, levert niet per definitie betere zorg op. Je moet de test op de juiste manier kunnen inzetten in je diagnostisch proces en de waarden ook goed kunnen interpreteren. Een eenmalig afgenomen troponinetest is bijvoorbeeld vooralsnog niet voldoende om een goed en betrouwbaar beeld te vormen. Je hebt eigenlijk een curve nodig. Cardiologen nemen deze test dan ook altijd tweemaal af met een tijdsperiode ertussen. Doe je dat niet, dan is de test onbetrouwbaar. Ook de CRP-test die wordt ingezet om infecties vast te stellen, kun je niet zomaar bij iedereen toepassen. Bij volwassenen met hoestklachten weten we dat de test tamelijk betrouwbaar is, bij kinderen met dezelfde klachten niet. Mijn conclusie is dan dat je deze test bij kinderen met hoestklachten niet moet inzetten.”

Hoe helpen deze tests dan bij effectieve diagnostiek?

“Als huisarts zien we een patiëntenpopulatie met diffusere klachten vaak in een vroeger stadium van de ziekte. Dat een test betrouwbaar is in het ziekenhuis waar hij bijvoorbeeld alleen gebruikt wordt voor patiënten met bijvoorbeeld appendicitis, wil niet zeggen dat deze test ook een blindedarmontsteking duidt bij een diagnose in de huisartsenpraktijk. We moeten daarbij waken voor schijnzekerheid door diagnostiek. De meeste testen moeten op het juiste moment ingezet worden voor de juiste indicatie. En zelfs dan geven ze geen eenduidig betrouwbaar beeld. Hoe

vaak komt het niet voor dat de sneltest bij een urineonderzoek een negatieve uitslag geeft terwijl de patiënt toch een blaasontsteking heeft. Effectieve diagnostiek is breder dan een Point-of-Care-test en omvat het hele scala van een goede anamnese en lichamelijk onderzoek, eventueel met aanvullende diagnostiek. De dokter zelf is en blijft het belangrijkste diagnosticum.”

Moeten we dan blij zijn met de toename van het aantal POCT's?

“Jazeker. Een effectieve inzet van de CRP-test leidt bijvoorbeeld tot een doelgericht gebruik van antibioticum. En zeker in de acute fase kunnen sneltesten ertoe bijdragen dat artsen snel en dichtbij de patiënt de juiste diagnose kunnen stellen. Mits je je dus bewust bent van de risico's. Ik voorzie echter niet dat huisartsen over vijf jaar 20 Point-of-Care-testen hebben staan in hun praktijk. Ik denk wel dat we meer toegang gaan krijgen tot diagnostiek in eigen beheer, maar dat die diagnostiek nog altijd grotendeels plaatsvindt in het ziekenhuis, in goede samenwerking met de laboratoriumspecialisten en radiologen.”

Jochen Cals liet een film voor patiënten in de wachtkamer maken over de verwachtingen van diagnostiek. Deze is te zien op YouTube, zoekterm 'Diagnostiek: zeker doen óf liever laten?'



Dr. Tim Lubbers is gastro-intestinaal, oncologisch en endocrien chirurg in het Maastricht UMC+.

PERSONLIJK

De toekomst is **nu**

25 november jongstleden stelde minister Bruins 6,2 miljoen beschikbaar voor een vernieuwende methode voor mammareconstructie met eigen weefsel van de patiënt. Bij deze innovatie speelt dr. Andrzej Piatkowski, plastisch chirurg in het Maastricht UMC+, een leidende rol. En dan is er nog zo'n mooie innovatie. Colorectaal chirurg dr. Tim Lubbers werkt in het Maastricht UMC+ dankzij een beurs van de Maag Lever Darm Stichting aan diagnostiek op basis van de uitademingslucht van patiënten. Beide chirurgen nemen ons graag mee in hun vooruitstrevende studies.

Diagnose op basis van uitademingslucht

Dr. Tim Lubbers is sinds 2017 aan het Maastricht UMC+ verbonden. "In de colorectale chirurgie opereren wij mensen met bijvoorbeeld tumoren aan de dikke darm of endeldarm of de ziekte van Crohn. Een van de meest gevreesde complicaties van deze operaties is dat de naad (waarmee wij na verwijdering van het zieke deel van de darm de gezonde stukken aan elkaar zetten) gaat lekken. Patiënten kunnen hierdoor een buikvliesontsteking krijgen en zelfs overlijden. Het lastige is dat we met de huidige diagnosetechnieken naadlekkage niet accuraat en snel genoeg kunnen vaststellen. Mijn onderzoek richt zich op de analyse van uitademingslucht van patiënten om de diagnose naadlekkage te stellen. Uitademingslucht bestaat uit vluchtige organische componenten, die een profiel van de stofwisseling van een patiënt weergeven. Dit profiel wordt beïnvloed door voeding, activiteit en ziekte. Over deze relatief nieuwe en voor-

uitstrevende techniek zijn al succesvolle resultaten beschreven met betrekking tot het diagnosticeren van borstkanker. In eigen huis werkt collega prof. dr. Nicole Bouvy aan een onderzoek naar de diagnostiek van schildklierkanker op basis van uitademingslucht."

Tim Lubbers veronderstelt in zijn onderzoek dat uitademingslucht sneller een naadlekkage aantoont dan de huidige diagnosetechnieken. "Om dit te bewijzen, maak ik op de dag van de opname van al mijn patiënten die een darmoperatie met het aanleggen van een naad ondergaan, een basisprofiel van de uitademingslucht. Daarna vangen we iedere dag op hetzelfde tijdstip uitademingslucht op. Binnen deze patiëntengroep wil ik een specifiek profiel voor naadlekkage aantonen. De effectiviteit daarvan test ik vervolgens bij een nieuwe groep patiënten. We zijn zeker nog niet zover, maar in de toekomst zal niet meer dan een apparaatje à la een alcoholtest nodig zijn om deze diagnose te stellen. Daarnaast hoop ik dat we aan de hand van het uitademingsprofiel van een patiënt kunnen voorspellen welk



PERSOONLIJK

Dr. Andrzej Piatkowski is werkzaam als plastisch-, re-constructief- en handchirurg in het Maastricht UMC+.

stadium van darmkanker de patiënt heeft. Nu is een operatie nodig om te bepalen of er kwaadaardigheid in de lymfeklieren zit. Deze uitslag bepaalt bij darmtumoren of mensen na de operatie chemotherapie moeten krijgen. Als je dat vooraf zou kunnen aantonen, zou je ervoor kunnen kiezen om de patiënt eerst met chemotherapie te behandelen en daarna pas te opereren om de resultaten te verbeteren. Als we nog wat verder in de toekomst kijken, verwacht ik dat er voor de diagnose van een groot aantal aandoeningen zo'n uitademingsapparaat zal bestaan. Deze techniek zal ook huisartsen kunnen ondersteunen in het stellen van diagnoses."

Minder impact, meer resultaat

Plastisch chirurg dr. Andrzej Piatkowski werkt sinds 2011 in het Maastricht UMC+. Hij is gespecialiseerd in reconstructieve microchirurgie. "Wanneer bij iemand borstkanker wordt vastgesteld, gebeurt er veel in het leven van de patiënt. Ik hecht veel waarde aan de wensen van patiënten en vind het belangrijk dat elke borstkankerpatiënt al bij de diagnose goede voorlichting krijgt. Ook over een eventuele borstreconstructie. Maastricht is al jaren koploper in de reconstructieve chirurgie met eigen weefsel. Bij de standaardmethode die al vijftien jaar in het Maastricht UMC+ wordt toegepast, maken we van een DIEP-flap uit de buikwand een nieuwe borst. Dit is een complexe ingreep van vier tot acht uur waarbij het vetweefsel met microscopische chirurgie wordt verbonden aan nieuwe bloedvaten in de borst. Na negen maanden is nog een operatie nodig

om de flap te boetseren. De nieuwe methode waaraan negen centra in Nederland onder supervisie van het Maastricht UMC+ samenwerken is minder ingrijpend. Hierbij halen we door middel van liposuctie vet uit de buik of uit de flanken, dat we verwerken en inspuiten op de plek waar we een borst willen laten groeien. Ongeveer de helft van het vet blijft na deze eerste ingreep zitten, een deel wordt afgebroken door het lichaam. Daarom zijn er in de loop van een jaar ongeveer drie of vier herhaaloperaties nodig om de borst te laten groeien. Het vet dat na zes tot acht weken blijft zitten, is blijvend. De winst van deze ingreep is dat hij veilig, minder complex en vooral ook minder pijnlijk voor patiënten is. Niet de borstreconstructie, maar de liposuctie levert de klachten op, zoals een beurs gevoel op de plek waar het vet verwijderd is. Patiënten blijven mobiel en kunnen nog op dezelfde dag van de ingreep naar huis."

De reconstructiemethode met behulp van liposuctie wordt al langer toegepast voor kleinere defecten in het lichaam, de toepassing voor grotere volumina zoals borsten is nieuw en een Maastrichts initiatief. De volgende stap is dat Andrzej Piatkowski en zijn team gaan aantonen hoe tevreden patiënten met deze ingreep zijn. Aan de hand van deze gegevens beloofde de minister deze methode op te nemen in het basispakket.

Meer over deze techniek op www.mumc.nl, zoekterm 'DIEP-lap'.

TOUR FOR LIFE

Tim Lubbers fietst in augustus de 'Tour for Life' om geld in te zamelen voor kankeronderzoek. U kunt hem sponsoren via www.tourforlife.nl.

column

*Prof. dr. Edward
Dompeling,
kinderlongarts in het
Maastricht UMC+.*



**En die 400.000
kinderen dan?**

Als arts wil je de beste zorg voor je patiënten. Goede diagnoses stellen en goede behandelingen geven. Als je dan in Nederland een groep van 400.000 kinderen hebt waar eigenlijk niks voor is, denk je: daar wil ik iets voor doen.

De huidige longfunctietest kan astma pas goed diagnosticeren als kinderen ouder zijn dan zes jaar. Daardoor weten we pas in een relatief laat stadium of een kind astma heeft – met mogelijk een verkeerde behandeling als gevolg. Dat kan voor ouders behoorlijk heftig zijn: hun peuter kan met ademhalingsproblemen in het ziekenhuis opgenomen worden. En ook voor de arts is het vervelend. Je moet tegen ouders zeggen: “Eigenlijk weet ik het niet. Het zou astma kunnen zijn, maar misschien ook niet.”

We dachten: dat moet beter, er moet een diagnostische test komen voor jonge kinderen met astmaklachten. Samen met het Research Network Family Medicine (RNFM) Maastricht, het huisartsennetwerk van de vakgroep Huisartsengeneeskunde van de Universiteit Maastricht, zijn we begonnen met een onderzoek. We hebben verschillende diagnostische testen vergeleken en de ademtest voor peuters kwam daar als beste uit. Die heeft de sterkste voorspellende waarde voor de diagnose astma.

Hoe werkt die test? Heel eenvoudig. Een peuter krijgt een masker met een tweewegklep voor neus en mond. Dat gebeurt op een kindvriendelijke manier, kinderen worden afgeleid met een filmpje of spelletje. De uitademingslucht wordt opgevangen in een zak en gestabiliseerd op een koolstofbuisje, zodat deze vervolgens goed gemeten kan worden via gaschromatografie met een massaspectrometer, oftewel GC-MS.

De vraag is natuurlijk: wanneer kan die ademtest voor peuters in het ziekenhuis en de huisartsenpraktijk gebruikt gaan worden? Op dit moment zijn we volop bezig met plannen voor de implementatie. We doen ons best om die 400.000 kinderen niet te lang te laten wachten.