

eindverslag



OverEINDse dagen
vanuit Valencia

13 tot en met 16 april 2016

Colofon

Eindverslag is een gezamenlijke uitgave van Stichting OverEIND, HaCa en TransMáx. Niets uit deze uitgave mag worden overgenomen zonder bronvermelding.

Redactie Albert-Jan Aarnoudse, Hennie van Bavel, Elsje van Beek, Ronald Erdtsieck, Meggy Hurenkamp, Stijn Mol, Jolanda Oosterwaal, Mariëtte Oostindiër, Mark Scherders, Eveline van de Ven, Marjolijn Wegdam, Dirk Wijndaele

Fotografie Mariëtte Oostindiër en Susan Pruijsen

Ontwerp en opmaak Ster design ontwerpbureau

Drukwerk Strijbos Grafische Groep

Oplage: 1.100 stuks.

Redactie Eindverslag,

Postbus 1350, 5602 ZA Eindhoven, telefoon 040 - 239 84 05, e-mail: info@OverEIND.nl

**Inhoudsopgave**

Nieuw bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker	4
Medicatieovergebruikshoofdpijn	10
MDRD weg ermeel Met CKD epi langs de randen van de nierfunctie	12
Van 'Meshed up' naar Conservatief! Beweging in de bekkenbodem	16
Zorg voor kwetsbare jongeren	20
Functionele buikpijn bij kinderen	24
Integrale palliatieve zorg	28
Nieuwe Reanimatie Richtlijn 2015	32
Besnijdenis bij jongens	34
Rubrieken	
Reisleider	3
Reiziger	9, 19, 22, 30, 36
Reisafpraak	8, 15, 27

Reisleider



Hierbij het fraaie Eindverslag van de 17e congresreis van Stichting OverEIND.

Na een koerswijziging in de zomer van 2015, een valse start in de file op weg naar Hoofddorp en ook nog een doorstart na de toch al turbulente vlucht gingen de OverEINDse dagen 2016 voortvarend van start in Valencia.

Het weer en de accommodatie lieten werkelijk aan niets te wensen over.

De reisleiding was in uitstekende handen bij dames van de VvAA Quality Time.

We hebben ons weer laten inspireren door enthousiaste collegae tijdens boeiende lezingen en workshops.

De gloednieuwe OverEIND App loodste ons soepel door het programma en herinnerde ons aan het geven van feedback.

We hebben genoten van het moderne Valencia, de prachtige gebouwen van Calatrava, het monumentale stadspark en de pittoreske oude binnenstad.

We hebben gesmuld van tapas en prijswinnende paëlla, en inmiddels bakt heel OverEIND niet alleen beter, heel OverEIND danst ook beter! Inderdaad, OverEINDse nachten duren niet lang.

Bovenal hebben we weer geïnvesteerd in onderlinge contacten. En met de melodie van het nieuwe OverEIND lied 'Chanson de Boll' nog in ons hoofd zijn we na vier dagen moe maar zeer voldaan huiswaarts gekeerd.

Kortom, mijns inziens zijn de doelstellingen van Stichting OverEIND in 2016 ruimschoots gehaald.

Dus: op naar 2017, op naar Lillehammer.

Met vriendelijke groet en wellicht tot volgend jaar,

Joep van Rens

Voorzitter Stichting OverEIND



Nieuw bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker

Door: Rob Beumer, huisarts, Dorry Boll, gynaecoloog
Catharina Ziekenhuis en Lizette Nollen, patholoog PAMM

Baarmoederhalskanker wordt vaak veroorzaakt door een langdurige infectie met hoog risico humaan papillomavirus (hrHPV). In het vernieuwde bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker wordt alleen cytologisch onderzoek uitgevoerd bij vrouwen die hrHPV-positief zijn.

Papillomavirussen zijn kleine, dubbelstrengs DNA-virussen. Het virus is erg besmettelijk en wordt overgedragen tijdens seks; het contact tussen slijmvliezen van de penis, vagina of anus of via vingers of mond tijdens het vrijen. Condooms verminderen de kans op besmetting maar sluiten deze niet uit. Zowel mannen als vrouwen kunnen HPV oplopen en doorgeven. Iemand die seksueel actief is, komt bijna altijd wel met het humaan papillomavirus (HPV) in aanraking.

Infectie met hrHPV

Vrouwen die (nog) nooit geslachtsgemeenschap hebben gehad, hebben een kleinere kans op HPV maar kunnen het wel degelijk bij zich dragen. Over het algemeen ruikt het lichaam het virus zelf op, meestal binnen twee jaar. 80% van alle vrouwen loopt een keer hrHPV op, in de meeste gevallen wordt de infectie opgelost door het immuunsysteem (meestal < 2 jaar). Kans op baarmoederhalskanker na besmetting is minder dan 1%. Infecties met hrHPV16 en hrHPV18 zijn het meest risicovol, samen veroorzaken zij ongeveer 70% van de baarmoederhalskankers. Andere risicofactoren zijn: roken, immunosuppressiva, langdurig anticonceptiegebruik of hoge pariteit. De voorstadia van baarmoederhalskanker worden histologisch aangeduid op basis van de mate van afwijkingen van de cellen (cervicale intra-epitheliale neoplasie, afgekort als CIN).

Vaak verdwijnen de voorstadia en ruikt het lichaam de afwijkende cellen op (regressie). Bij toenemende afwijkingen is er sprake van progressie. Een op de 170 vrouwen in Nederland, van circa 5.400 vrouwen met gynaecologische kanker, krijgt



baarmoederhalskanker. Per jaar wordt bij ongeveer 700 vrouwen baarmoederhalskanker vastgesteld. Ongeveer 3 per 100.000 vrouwen sterven jaarlijks aan baarmoederhalskanker (200 vrouwen per jaar). Bij vrouwen onder de dertig jaar zijn de nadelen van het bevolkingsonderzoek groter dan de voordelen. Screenen van vrouwen onder de dertig leidt tot veel foutpositieve uitkomsten, overdiagnose en onnodige behandeling. Daarom ontvangen vrouwen in Nederland pas vanaf hun 30ste jaar een uitnodiging.

Veranderingen in het bevolkingsonderzoek

In het vernieuwde bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker wordt alleen cytologisch onderzoek uitgevoerd bij vrouwen die hrHPV-positief zijn. Naar verwachting is dat bij zeven op de honderd vrouwen. Er is een aantal subgroepen waaronder de 30 tot 40 jarigen, 60 tot 64 jarigen, allochtone vrouwen en vrouwen met een lage sociaal-economische status (SES), waarbij de deelname en het bereik achterblijven. Er is een zelfafnametest voor vrouwen die het erg vervelend vinden om een uitstrijkje te laten maken en daarom niet meedoen met het bevolkingsonderzoek. Zij kunnen deze set bij de screeningsorganisatie aanvragen als ze de herinneringsbrief hebben ontvangen. De zelfafnametest kan alleen getest worden op hrHPV, dan is een uitstrijkje bij de huisarts nodig om te kijken of er ook afwijkende cellen zijn. Met de inzet van een

Sensitiviteit en specificiteit

CIN 2+	hrHPV-test	Cytologie
Sensitiviteit	80%	50%
Specificiteit	96%	98%

CIN 3+	hrHPV-test	Cytologie
Sensitiviteit	90%	65%
Specificiteit	96%	98%

Tabel 1: Screenen op hrHPV is gevoeliger (sensitiever) dan primaire cytologische screening. Cytologische beoordeling heeft een betere specificiteit.

zelfafnameset voor vrouwen die niet deelnemen (nonresponders), wordt beoogd de drempel voor deelname te verlagen. Hierdoor wordt 6% extra deelname verwacht. Screenen op hrHPV is gevoeliger (sensitiever) dan primaire cytologische screening. Cytologische beoordeling heeft een betere specificiteit.

Uitnodigingsinterval BVO

Vanaf 30 jaar een keer per 5 jaar, vanaf 40 of 50 jaar en hrHPV-negatief, verandert de frequentie naar een keer per 10 jaar. Als aan het einde van het BVO op 60 jaar hrHPV-positief

is, dan volgt een extra screeningsronde bij 65 jaar.

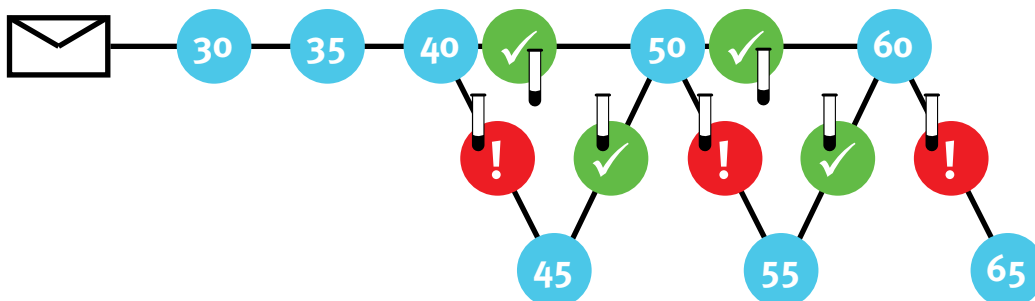
De ontwikkeling van een langdurige hrHPV-infectie tot baarmoederhalskanker duurt in de meeste gevallen minstens vijftien jaar. Het duurt dan nog zo'n vier tot vijf jaar voordat de vrouw klachten krijgt. Hoe langer echter hrHPV-infecties bestaan, des te groter is de kans dat er veranderingen in de oppervlaktecellen ontstaan en er zich op den duur een voorstadium van baarmoederhalskanker ontwikkelt. Omdat het zo'n vijftien jaar duurt eer baarmoederhalskanker ontstaat, leent deze ziekte zich bij uitstek voor screening.

Uitnodigingsinterval

Huidig uitnodigingsschema

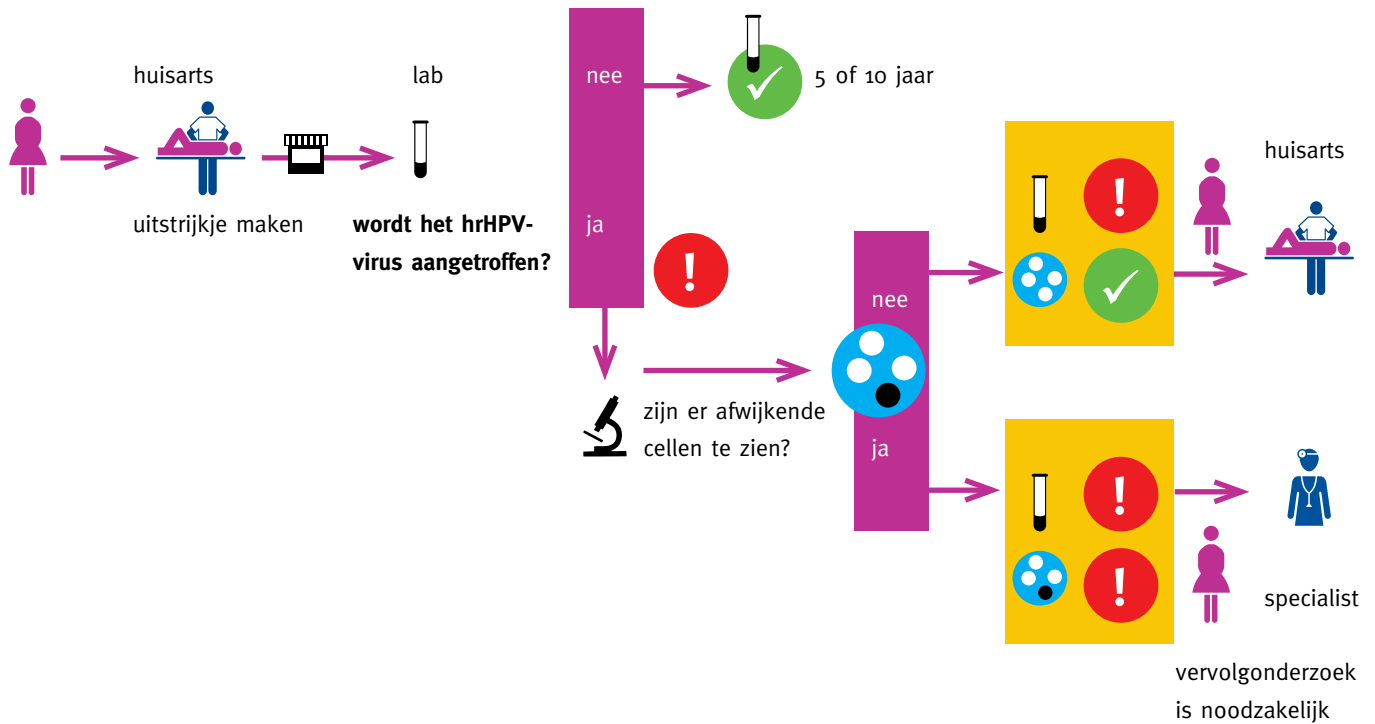


Nieuw uitnodigingsschema (vanaf 2017)



Figuur 1: schematische weergave van veranderingen binnen BVO

hrHPV-screening uitstrijkje huisarts



Figuur 2: Schemantische weergave van de uitnodiging via de huisarts

Wat is de kans op CIN2+ of CIN3+ na een HPV-negatieve uitslag?

- De kans binnen 5 jaar op CIN3+ na HPV-negatief is 0,2%.
- De kans binnen 5 jaar op CIN3+ na negatieve cytologie is 0,8% (situatie nu.)
- De kans binnen 10 jaar op CIN3+ na HPV-negatief is 0,5 tot 0,8%.

Dus de kans op intervalkanker bij verlenging van het interval naar 10 jaar in plaats van 5 jaar zal door de verandering in het BVO niet vergroot worden.

Uitnodigen door screeningorganisatie

In het bestaande bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker ontvangen vrouwen in bepaalde regio's geen uitnodiging via de screeningsorganisatie maar via de huisarts. Dit zijn de zuha's: zelf uitnodigende huisartsen. In het

vernieuwde bevolkingsonderzoek versturen alleen nog de screeningsorganisaties alle uitnodigingen. Het onderzoek ter controle bij de huisarts na zes maanden valt binnen het bevolkingsonderzoek en is daarmee gratis voor de deelnemende vrouw. Dit bestaat uit een controle-uitstrijkje dat in het screeningslaboratorium cytologisch wordt beoordeeld. Het aantal screeningslaboratoria neemt af van 40 naar 5. Vervolgonderzoek is na 6 maanden bij vrouwen met de uitslag hrHPV-positief en zonder cytologische afwijkingen. Zij ontvangen na 6 maanden een uitnodiging voor vervolgonderzoek bij huisarts.

Consequenties huisartsen-voorziening en medisch specialisten

Uitslag en verwijzing

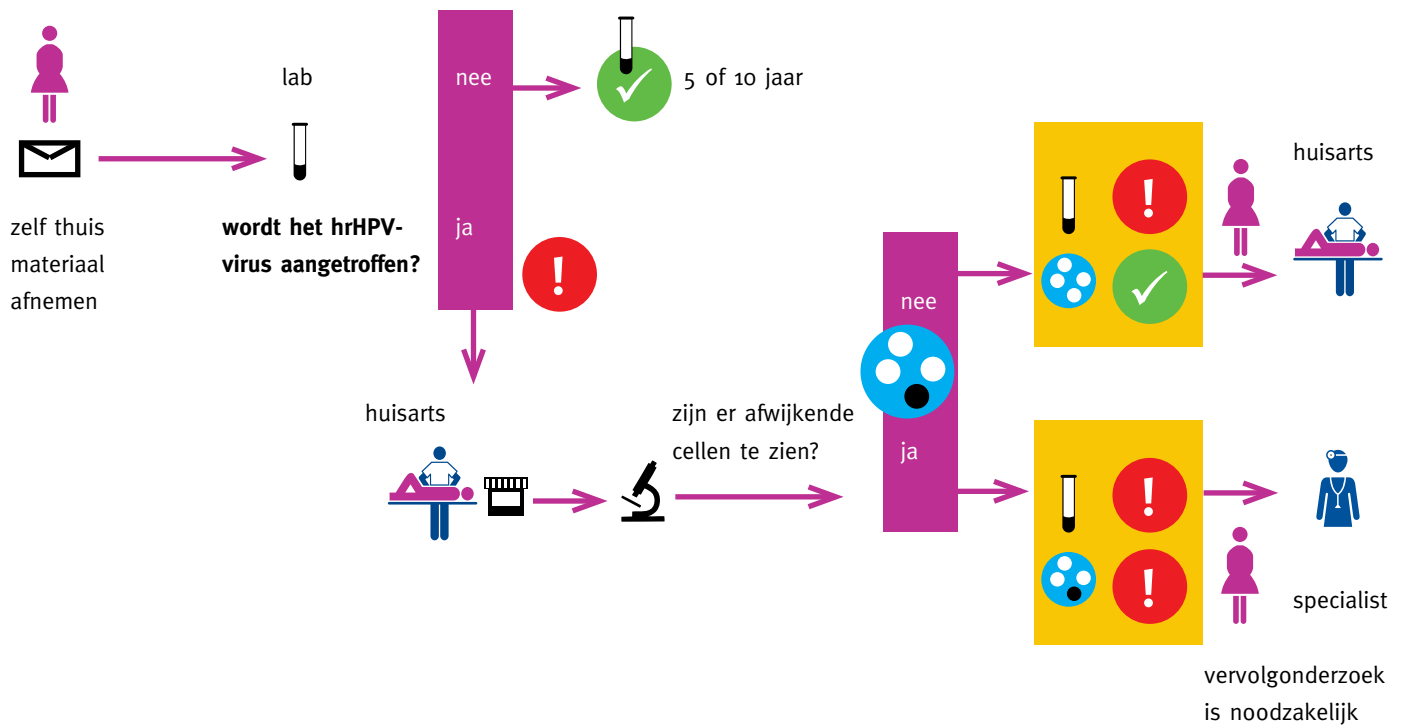
- Bij uitslag hrHPV en afwijkende

cytologie verwijst de huisarts de vrouw altijd naar een gynaecoloog.

- Bij uitslag hrHPV en geen afwijkende cytologie, nodigt SO de vrouw uit voor een vervolguitsmij bij de huisartsenvoorziening na 6 maanden.
- Bij uitslag hrHPV bij zelfafnameset wordt de vrouw in de uitslagbrief geadviseerd een uitstrijkje te laten maken bij de huisarts.

Huisartsen krijgen mogelijk een rol in de surveillance. Een deel van de naar de gynaecoloog verwezen vrouwen komt terug bij de huisarts. Het percentage verwijzingen van vooral jonge vrouwen neemt toe. Vrouwen zullen meer/andere vragen hebben over hrHPV, zoals wijze van besmetting, consequenties voor partner, mogelijkheden van behandeling. Gynaecologen spelen een belangrijke rol in de voorlichting.

hrHPV-screening met zelfafnameset



Figuur 3: Schemantische weergave van de uitnodiging bij zelfafnametest

Vergoedingen

Alle onderzoeken die vallen binnen het traject van het bevolkingsonderzoek, inclusief de zelfafnametest, worden vergoed. Vrouwen die hrHPV-positief en cytologie negatief zijn, ontvangen 6 maanden na het eerste uitstrijkje een uitnodiging voor vervolgonderzoek bij de huisarts. Dit vervolgonderzoek bestaat uit een cytologische beoordeling. Ook dit onderzoek valt onder het bevolkingsonderzoek en is dus gratis voor de vrouw.

Indicatieve uitstrijkjes, deze vallen dus buiten het BVO traject, worden niet vergoed.

Ingangsdatum

De verwachting is dat het bevolkingsonderzoek nieuwe stijl effectief zal worden vanaf 2017. De startdatum staat echter nog niet vast.



Reisafpraak

RTA Kniepathologie

Tijdens de OverEINDse dagen naar Cascaïs in Portugal (2015) hebben Marijn van de Besselaar, Ralf Bollen en Robin van Kempen een workshop verzorgd over “Kniepathologie van jong tot oud, over feiten en fabels”.

De feiten en de fabels werden verduidelijkt voor de acute knieletsels en degeneratieve knieletsels, maar de vraag om praktische handvatten voor de samenwerking tussen de 1e en de 2e lijn in de vorm van een RTA bleef. Reden om een regionale multidisciplinaire werkgroep in te richten die zich in eerste instantie heeft gericht op een RTA “traumatische knieproblemen”. Een RTA “degeneratieve knieproblemen” volgt daarna.

Patiënten met traumatische knieproblemen kunnen via verschillende routes het zorgsysteem binnenkomen: huisarts, fysiotherapeut en/of HAP/SEH. Goede afstemming tussen professionals onderling en de verwachtingen van en naar de patiënt zijn dan van essentieel

belang. In de regionale werkgroep is nadrukkelijk de discussie gevoerd of het activiteitsniveau van de aangedane patiënt (lees een actieve sporter/sporter op een hoog competitie niveau versus een patiënt met een normaal beweegpatroon) een andere benadering rechtvaardigt.

Doelstelling van de RTA is dan ook een eenduidige regionale afstemming van het beleid rondom patiënten met traumatische knieproblemen m.b.t. verwachtingen, voorlichting/communicatie, diagnostiek en behandeling van patiënten en preventie van blijvende beperkingen.

Dit is te bereiken doordat de huisarts, fysiotherapeut en orthopedisch chirurg/traumachirurg:

- gezamenlijk de zorg efficiënt, doelmatig en volgens de vigerende richtlijnen inrichten;
- meer uniform verwijzen en terugverwijzen;
- zoveel mogelijk in de eerste lijn

diagnostiseren en (conservatief) behandelen, met een consultatieve functie van de tweede lijn.

Tijdens de regionale werkgroepvergaderingen heeft een masterstudent Onderwijskunde (universiteit Utrecht) meegekeken en geluisterd hoe een RTA nu eigenlijk tot stand komt, welke communicatievormen er worden gebruikt, hoe verschillende professionals van elkaar leren en wat de effecten daarvan zijn op de uiteindelijke samenwerkingsafpraak. We zijn benieuwd naar de feedback die we van haar krijgen. De beoogde RTA “traumatische knieproblemen” zal medio 2016 worden aangeboden aan de kwaliteitsraad van de Huisartsenkring voor beoordeling en daarna regionaal worden geïmplementeerd.

Door: Mariëtte Oostindiër,
medisch coördinator TransMáx



Reiziger



'Ik kwam met huiswerk terug uit Valencia'

'Wil jij als nieuwkomer een stukje schrijven?' Als de vraag zo gesteld wordt, kun je eigenlijk niet weigeren. Waarschijnlijk had ik het er zelf naar gemaakt, dat ze de vraag bij mij hebben neerlegd. De OverEINDse dagen zijn naast de boeiende onderwerpen een mooie gelegenheid om in contact te komen met collega's. Dat zei een van mijn collega's die al eerder mee was geweest. En...ze had gelijk.

Van de busrit naar Schiphol, tot aan de rit vanuit Weeze naar Veldhoven was er voldoende tijd om de collega's te leren kennen. Met mijn vele petten binnen de GGD bleken er veel raakvlakken te zijn met de overige deelnemers. De jeugd kwam tijdens de presentaties goed aan bod, waardoor ik er, als jeugdarts, ook inhoudelijk iets van kon vinden. Met mijn forensische pet had ik mogelijk met nog meer deelnemers een klik. Als forensisch arts kom je zowel met huisartsen, artsen ouderenzorg, het PAMM, Diagnostiek voor U, als bestuurders in contact. Dit leverde veel gespreksonderwerpen op. Naast boeiende casuïstiek zijn ook knelpunten rondom de forensische inbreng ter sprake gekomen. Al deze contacten leidden voor mij tot een lijstje met aandachtspunten waar ik later nog eens op terug moet komen. Ik kwam met huiswerk terug uit Valencia.



Valencia, een mooie stad om studiedagen te organiseren. De fietstocht was een prima manier, met goede begeleiding, om meer zicht te krijgen op de schoonheid van dit stadje. De grote tegenstelling tussen de futuristische gebouwen in de rivierbedding en de 'antieke' schoonheid van het oude centrum. De vrije middag bood nog eens de gelegenheid om het een en ander nog beter te bekijken. Na afloop, als je hoort waar collega's zijn gaan kijken, besef je dat je eigenlijk nog een keer terug moet om nog meer te kunnen zien. De mooie locaties waar we de lunch of de zelfgemaakte paella hebben genuttigd waren zonder hulp van de reisorganisatie niet te vinden geweest. Het zijn pareltjes in de omgeving van Valencia.

De combinatie tussen inhoudelijk prima lezingen, voldoende tijd om elkaar te spreken, soms tot sluitingstijd aan toe, maakt de OverEINDse dagen tot een congres dat veel meer is dan alleen maar informatieoverdracht.

De data voor 2017 heb ik ondertussen in mijn agenda gezet, de lijst met punten die ik nog met anderen wil bespreken is nog niet afgerond en er zijn al voorzichtig afspraken gemaakt.

Ik moet gewoon nog een keer mee!

Door: Ton Gieling, jeugdarts,
forensisch arts, medisch eindverantwoordelijke, GGD Brabant Zuidoost.

Medicatieovergebruikshoofdpijn

Door: Marieke Kerskes, apotheker Catharina Ziekenhuis,
Yvonne Raaijmakers, neuroloog Máxima Medisch Centrum en
Maud Roelofsen, huisarts

Medicatieovergebruikshoofdpijn (MOH) is één van de belangrijkste vormen van chronische dagelijkse hoofdpijn (CDH), maar wordt vaak niet (h)erkend. Het is hoofdpijn die ontstaat bij overgebruik van medicatie bij een onderliggend primair hoofdpijnsyndroom zoals migraine of spanningshoofdpijn. Herkennen is van groot belang, omdat de behandeling dan relatief eenvoudig is.

Voordat de diagnose van een primaire hoofdpijnvorm kan worden gesteld, moeten secundaire oorzaken zoals bijvoorbeeld MOH, cafeïne overgebruik, sinusitis worden uitgesloten. CDH is geassocieerd met overgebruik van symptomatische medicatie bij ongeveer 50 procent van de CDH patiënten, zodat de prevalentie van MOH ongeveer 1-2 procent bedraagt. In Nederland gaat het om ongeveer 200.000 patiënten met MOH.

Hoofdpijndagboek

Er is sprake van MOH indien er meer dan 10 dagen per maand triptanen worden gebruikt of meer dan 15 dagen per maand conventionele hoofdpijnmiddelen en indien dit over een periode langer dan 3 maanden gebeurt. De hoeveelheid medicatie die per dag wordt gebruikt, is niet van belang voor het stellen van de diagnose. Een definitieve diagnose van het onderliggend lijden kan in principe alleen na het onttrekken van de medicatie worden gesteld. Indien alle medicatie is gestaakt, kan namelijk de oorspronkelijke vorm van hoofdpijn gediagnosticeerd worden volgens vigerende richtlijnen. Daarna kan gestart worden met een gerichte behandeling. Het bijhouden van een hoofdpijndagboek is voor het stellen van de diagnose MOH en na de onttrekking van medicatie van belang. Nadere exploratie van onderhoudende factoren zoals bijvoorbeeld het slaappatroon of stress middels SCEGS is van belang om veranderingen in leefstijl teweeg te brengen en kan met een dagboek geëvalueerd worden. In de praktijk blijkt het bijhouden van een dagboek best lastig te zijn. De website www.thuisarts.nl geeft een goede uitleg en heeft ook een link naar



een uit te printen hoofdpijndagboek. Ook zijn er speciale apps ontwikkeld rondom een hoofdpijndagboek: Headache diary (pro) en Headache tracker (Nederlands).

Vicieuze cirkel

De meeste patiënten met MOH hebben een voorgeschiedenis van aanvalsgewijze hoofdpijn die langzaam in frequentie is toegenomen. Veel patiënten ontwaken 's ochtends met hoofdpijn of worden er 's nachts wakker van en nemen dan weer medicatie. Bijkomende verschijnselen zijn: vermoeidheid, misselijkheid, snelle irritatie, concentratiestoornissen, rusteloosheid, angst en depressie. Bij de minste lichamelijke of intellectuele inspanning verergert de hoofdpijn. Het effect van de geneesmiddelen neemt af, terwijl de frequentie van de aanvallen toeneemt. Uiteindelijk belanden de patiënten in een vicieuze cirkel met (bijna) dagelijks optredende hoofdpijn en dagelijks inname van geneesmiddelen tegen de hoofdpijn. Het mechanisme blijft in stand door een mechanisme van centrale desensitisatie in de hersenen. Van belang in het proces van MOH is dat de medicatie ingenomen wordt als er hoofdpijn is (dus niet voor rugpijn). De aanvankelijke hoofdpijnvermindering wordt gevoeld als een beloning en werkt uiteindelijk 'verslavend' en houdt de inname van middelen in stand. Het gebruik van pijnstillende middelen indien er geen hoofdpijn is, veroorzaakt geen hoofdpijn. MOH wordt geassocieerd met psychiatrische co-morbiditeit, zoals angst en depressieve stoornissen.

Behandeling

Het principe van de behandeling is het volledig staken van de pijnmedicatie gedurende 2 of 3 maanden (inclusief cafeïnehoudende middelen). Het stoppen van profylaxemiddelen valt te overwegen. Het onttrekken zal bij een groot deel van de patiënten in de eerste 2 weken tot forse onttrekkingsverschijnselen leiden wat vaak resulteert in een toename van de hoofdpijn. Gedurende deze fase is de patiënt soms niet in staat om te werken of dagelijkse activiteiten te ondernemen. 60 procent van de patiënten met onderliggend migraine heeft een reductie van de helft van het aantal hoofdpijndagen na onttrekken. Bij een onderliggende spanningshoofdpijn is dat 25 procent. Net als bij alcohol- en tabaksmisbruik is het van belang om tijdens de consultatie voor het stoppen met deze middelen een korte motivatie verhogende inter-

ventie toe te passen. De begeleiding van gedragsverandering begint met de bewustwording vooraf (uitleg, erkenning symptomen, wat is winst bij onttrekking), bewustwording (motivatie en exploratie: ideeën van de patiënt), voorbereiding (stoppoging en plan), actie (frequentie contact en door wie) en volhouden (behandeling primaire hoofdpijn).

In de praktijk

Tijdens de discussie aan het einde van de sessie werd het belang van een FTO over migrainemiddelen en de herhaalreceptuur, en dus de taak van de assistente, onderstreept. Mogelijkheden werden gezien in het gebruik van de POH met zijn/haar kennis over gedragsverandering en eventueel een verslavingsconsulent(e). Gebruik van pijnmedicatie zonder recept kan verborgen blijven voor de huisarts. Er

wordt op een pakje paracetamol in het Kruidvat niet gewaarschuwd voor het eventuele ontstaan van MOH. Het oproepen van patiënten, middels een extractie uit het HIS op leeftijd of diagnose, is bewerkelijk. De ervaring heeft geleerd dat er niet veel respons is en bij sommige patiënten is gedragsverandering, ondanks onze inspanning, niet te verwachten. Toch kan bij een aantal patiënten het benoemen van de diagnose en uitleggen van het mechanisme al ogen openen en motiverend werken. Complexe hoofdpijnpatiënten kunnen op het multidisciplinaire hoofdpijnsprekuur van de neuroloog begeleid worden door de hoofdpijnverpleegkundige.

Een patiënt met hoofdpijn op uw agenda, bezorgt dit u hoofdpijn? Of zet u uw tanden erin vanaf nu?



MDRD weg ermee! Met CKD epi langs de randen van de nierfunctie

Door: Monique Botden, huisarts, Arno Kuijper, internist-nefroloog Máxima Medisch Centrum, Volker Scharnhorst, klinisch chemicus Catharina Ziekenhuis

Na jaren te hebben gewerkt met de MDRD, is recent een nieuwe formule geïntroduceerd om de glomerulaire filtratiesnelheid te schatten, de CKD-EPI. In onze voordracht hebben we de achtergronden van deze nieuwe formule uitgelegd. Daarnaast hebben we aan de hand van veel voorkomende klinische problemen de knelpunten van de huidige richtlijn belicht. Als laatste was er een vooruitblik naar de nieuwe richtlijn chronische nierschade.

Kreatinine als maat voor de nierfunctie is een van de meest aangevraagde medische onderzoeken. De kreatinineconcentratie in plasma is een slechte maat voor de nierfunctie. Daarom wordt sinds vele jaren door de laboratoria een geschatte 'klaring' (estimated Glomerular Filtration, eGFR) bij de kreatinineconcentratie gerapporteerd die met behulp van Modification of Diet and Renal Disease (MDRD) vergelijking wordt berekend. Deze formule gaat plaats maken voor een betere vergelijking, de zogenaamde Chronic Kidney Disease - Epidemiology Collaboration vergelijking, afgekort CKD-EPI. Zo kan de CKD-EPI een kwantitatieve schatting tot $90 \text{ ml/min/1,73m}^2$ worden berekend en komt de geschatte filtratie beter overeen met de gemeten kreatinineklaring. Gemiddeld ligt de CKD-EPI formule berekende filtratie iets boven de met de MDRD formule berekende klaring. In de huisartsenpopulatie zullen door een verschuiving van CNS 3 naar CNS 2 dus minder patiënten in een CVRM programma terecht komen. Het is belangrijk om te benadrukken dat de berekende glomerulaire filtratie snelheid een schatting blijft en goed geïnterpreteerd, en soms op maat gecorrigeerd, dient te worden. Dit is vooral van belang bij mensen met veel/weinig spiermassa (onder- respectievelijk overschatting van de eGFR), kinderen (niet geschikt), ouderen, zwangeren (onderschatting), grote/kleine lengte (over-/onderschatting) en het negroïde ras (onderschatting, tenzij gecorrigeerd met factor 1,16 voor bijvoorbeeld CKD-EPI



Grenzen niet altijd scherp

In de LTA en RTA zijn duidelijke afspraken gemaakt over diagnostiek en beleid in de eerste lijn bij chronische nierschade (CNS) bij volwassenen (tabel 1). CNS 1-2 en CNS 3 bij leeftijd >65 jaar blijven bij de huisarts. CNS 4-5 en CNS 3 <65 jaar worden door de nefroloog behandeld. De grenzen zijn echter niet altijd zo scherp te trekken. Aan de hand van casuïstiek werden knelpunten rond onderstaande thema's geïllustreerd: albuminurie, de oudere patiënt, behandeling van hypertensie, vit D en PTH. De huidige richtlijn geeft drie mogelijkheden tot het meten van albuminurie: 24 uren urine, portie urine op albumine-kreatinine ratio en portie urine op absolute hoeveelheid albuminurie (tabel 2). Die laatste methode kan een vertekend beeld geven bij geconcentreerde of verdunde urine. Het wordt daarom geadviseerd om de albumine-kreatinine ratio te gebruiken. Microalbuminurie is vooral een marker van cardiovasculair risico. Macroalbuminurie is een risicofactor voor nierfunctieverlies en kan bij grote hoeveelheden ook wijzen op een nierziekte. Daarom is het advies om bij persisterende macroalbuminurie te verwijzen.

Huidige LTA/RTA Chronische nierschade 2010

Patiënten > 65 jaar	Normo/microalbuminurie	Macro-albuminurie
eGFR > 60 ml/min/1,73 m ²	Eerste lijn	Verwijzen
eGFR > 45 tot 60 ml/min/1,73 m ²	Eerste lijn	Verwijzen
eGFR > 30 tot 45 ml/min/1,73 m ²	Overleg	Verwijzen
eGFR < 30 ml/min/1,73 m ²	Verwijzen	Verwijzen

Patiënten < 65 jaar	Normo/microalbuminurie	Macro-albuminurie
eGFR > 60 ml/min/1,73 m ²	Eerste lijn	Verwijzen
eGFR > 45 tot 60 ml/min/1,73 m ²	Overleg	Verwijzen
eGFR > 30 tot 45 ml/min/1,73 m ²	Verwijzen	Verwijzen
eGFR < 30 ml/min/1,73 m ²	Verwijzen	Verwijzen

Eerste lijn
Overleg
Verwijzen

Ouderen

Op oudere leeftijd wordt bij iedereen een achteruitgang van de nierfunctie gezien die daarom 'fysiologisch' wordt genoemd. Deze achteruitgang van de nierfunctie heeft echter net als op jongere leeftijd gevolgen voor cardiovasculaire mortaliteit. Hoe nu om te gaan met cardiovasculair risicomanagement bij de oudere patiënt (80+) met chronische nierschade? In de literatuur is over deze groep bijzonder weinig informatie te vinden. Er zijn geen studies over bloed-drukregulatie of lipiden bij de oudere patiënt met nierschade. Op basis van studies bij ouderen zonder nierschade heeft de RTA werkgroep geadviseerd om een systole van 140-150 mmHg na te streven. In een recente grote studie leek echter een lager target beter, vooral in de oudere groep. Mogelijk dat deze

studie de toekomstige richtlijnen zal gaan beïnvloeden. Bij ouderen zonder nierschade is een gunstig effect van statinen beschreven. Echter hoe ouder de patiënt, hoe lager de kans dat een statine wordt voorgeschreven. Belangrijk is daarom te waken voor onderbehandeling. Mocht er een redelijke levensverwachting zijn dan is een statine ook in de oudere populatie geïndiceerd. Uiteindelijk blijft de zorg voor de oudere patiënt maatwerk en moet het behandelplan op het individu worden toegesneden.

Behandeling

De eerste keus voor behandeling van hypertensie bij chronische nierschade is een ACE-remmer (of ARB). Deze middelen zijn effectief bij nierinsufficiëntie omdat door de nierschade het RAAS

systeem geactiveerd is. Na starten van een ACE-remmer wordt vaak een kreatinestijging gezien. Dit ontstaat door daling van de intraglomerulaire druk. Via dit mechanisme oefenen deze middelen hun nierbeschermende effect uit. Het is gebleken dat patiënten die een stijging van het kreatinine laten zien het meeste baat hebben bij deze middelen. Een stijging tot ongeveer 20% is acceptabel. Bij sterkere stijgingen moet worden gedacht aan een nierarteriestenose. Het dotteren van de nierslagaders vindt overigens nauwelijks meer plaats. Er is geen klinisch verschil aangetoond tussen een ACE-remmer of een ARB. Dubbele RAAS blokkade met een ACE-remmer en een ARB dient wel te worden vermeden aangezien dit een sneller verlies van nierfunctie geeft.

Albuminurie

	24 uurs urine (mg/24 uur)	geslacht	Spot urine mg/mmol	mg/l
normaal	< 30	m v	< 2.5 < 3.5	< 20
Micoralbuminurie	30-300	m v	2.5 - 25 3.5 - 35	20 - 200
Proteïnurie	> 300	m v	> 25 > 35	> 200

De albumine/kreatinine ratio corrigeert voor de mate van concentratie van de urine en is de meest praktische methode in de eerste lijn. De meest betrouwbare resultaten worden verkregen met een ochtend urine.

Vitamine D

Van de patiënten met chronische nierschade heeft een groot percentage een vitamine D tekort. Een adequate vit D status is vooral van belang vanwege fractuurpreventie. Gunstige effecten op cardiovasculaire morbiditeit en mortaliteit zijn niet bewezen. Sinds 2014 is de vit D bepaling niet meer opgenomen in het nierschadeprotocol zoals door de huisartsen wordt gebruikt. Bij een verhoogd PTH en normaal calcium wordt uitgegaan van een vit D tekort en zal worden gestart met suppletie. Een lastig probleem is een persisterend verhoogd PTH na starten van vit D. In de huidige richtlijn wordt gesuggereerd dan te starten met alfacalcidol. Het is echter niet nodig om routinematig te streven naar een normaal PTH en lichte verhogingen van het PTH mogen worden geaccepteerd. Mocht het PTH progressief oplopen en persisterend groter zijn dan twee keer de bovengrens van normaal dan kan alfacalcidol worden overwogen.

Dit alles geldt alleen bij een normaal calcium, een patiënt met een hypercalcemie dient te worden verwezen. Hoewel de nieuwe LTA chronische nierschade al even in concept bekend is zal deze in het komende jaar hopelijk definitief worden gemaakt. Er zijn enkele opvallende wijzigingen. De geslachtsafhankelijke verschillen in de afkapwaarden voor albuminurie zullen verdwijnen en de termen micro- en macroalbuminurie worden vervangen door matig en sterk verhoogde albuminurie. De meest opvallende aanpassing is dat de verwijzingscriteria niet meer leeftijdsafhankelijk zijn. De vraag is wat dit gaat betekenen voor de oudere patiënt.

Reisafsprak

RTA Hypothyreoïdie - update



De RTA Hypothyreoïdie bestaat sinds 2009 en was daarmee een van de eerste ontwikkelde RTA's. Hoog tijd voor een update dus....

De sprekers van de workshop 'Schildklier, meten is weten' hebben in Cascaïs hierop een voorschot genomen. Vragen als 'wat kan de huisarts zelf behandelen?' en 'welke laboratoriumbepalingen zijn zinvol om aan te vragen en hoe interpreteren we die?' zijn besproken. Omdat de diverse bestaande richtlijnen (NHG, NIV en NVOG) niet op alle vlakken congruent zijn, bleken de antwoorden niet altijd eenduidig te kunnen worden gegeven. Hierbij spelen naast het beloop van het ziektebeeld, ook de ervaring bij de arts en de wensen van de patiënt een rol. Na de

OverEINDse dagen in 2015 is door huisartsen, internisten en klinisch chemici een nieuwe versie van de RTA geformuleerd op basis van de bestaande richtlijnen, waarbij ondanks de inconsistenties een hanteerbaar beleid is opgesteld. Deze RTA is beschikbaar via de regionale app: RTA ZOB.

Door: Hennie van Bavel,
medisch coördinator HaCa



Van 'Meshed up' naar Conservatief!

Beweging in de bekkenbodem

Door: Viviane Dietz, gynaecoloog Catharina Ziekenhuis, Leon Mulders, gynaecoloog Máxima Medisch Centrum, Claire van de Velde, huisarts

Afgelopen jaar is er veel commotie ontstaan over de zogenaamde bekkenbodematjes. De eerste opmerking van een patiënte met een prolaps in de spreekkamer was/is vaak: 'dokter, toch geen matje, hè?' Dit kwam vooral door enkele uitzendingen van het programma Radar, waarin vrouwen aan het woord kwamen die zichtbaar leden aan de schadelijke gevolgen die zich soms kunnen uiten na het plaatsen van deze bekkenbodematjes.

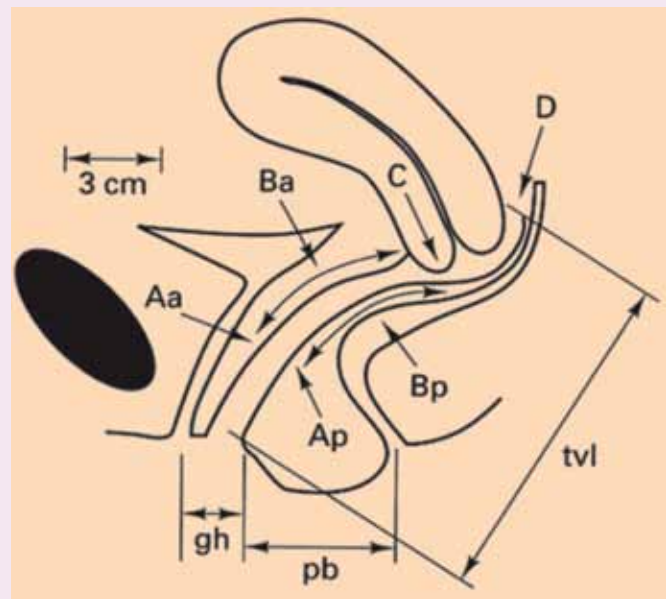
Dat er zaken niet goed zijn gegaan bij de introductie van deze matjes, is evident. De beroepsgroep van gynaecologen is niet kritisch geweest richting het nieuwe product en heeft deze nieuwe techniek te snel en op te grote schaal geïntroduceerd. Gynaecologen in de verschillende ziekenhuizen waren bang de boot te missen! Goed en gedegen evaluatieonderzoek heeft men niet afgewacht. Men heeft zich wellicht te veel laten leiden door de ervaringen van de chirurgen met betrekking tot de liesbreukmatjes, die reeds jarenlang op grote schaal gebruikt werden (en die nu overigens ook in de kritische belangstelling van met name Radar staan).

Gevolgen

Op zich was het niet zo vreemd, dat de gynaecologen zochten naar nieuwe vormen van (operatieve) therapie, gezien het recidief percentage van ongeveer 25% na een eerste operatieve therapie van de prolaps. Deze gebeurtenissen hebben wel een verandering van de dagelijkse praktijk in de spreekkamer van de gynaecoloog gegeven; er lijkt een kentering te zijn gekomen richting een meer conservatieve benadering van de behandeling van de prolaps: een mogelijke revival van het pessarium en in het kader van een operatieve oplossing, een meer sparende operatie. Tevens zijn er volumenormen gekomen voor mesh chirurgie (minimaal zo ingrepen per jaar), hetgeen betekent dat deze vorm van therapie niet meer in onze



regio aangeboden kan worden. Er is een verplicht registratiesysteem gekomen voor de Mesh chirurgie en er zijn expertisecentra gekomen voor Mesh gerelateerde problematiek.



Figuur 1 POP-Q

Hymen is nulpunt

- : proximaal hymenaalring

+ : distaal hymenaalring

Prolaps

In de workshop is aandacht besteed aan de functies van de bekkenbodem: zorg dragen dat de buikinhoud niet op de grond valt en selectief doorlaten van urine, faeces en kinderen. Er is verder ingegaan op klachten, passend bij en verdacht voor een verzakking: balgevoel ('er komt wat uit', 'ik zit op iets'), plas-klachten (verhoogde aandrang, incontinentie, bemoeilijkte mictie), klachten van de ontlasting (obstructie, evacuatie in tempi, digitale hulp/druk op de achterwand noodzakelijk) en seksuele klachten (pijn, obstructie). Risicofactoren voor het ontstaan van een verzakking werden benoemd: ouderdom, vaginale geboorten, adipositas, veel tillen, roken en kwaliteit van het steunweefsel, waar bij genetische factoren als ook leeftijds-factor (menopauze) een rol spelen. De omvang van het potentiële probleem wordt zichtbaar, als men de demografische ontwikkelingen bekijkt: in 2035 is 23% van de populatie 65 jaar of ouder. Nu al heeft 40-50% van de 50+ vrouwen een prolaps (minimaal stadium 1), waarvan de helft uiteindelijk een operatie ondergaat. Dus, prolaps komt veel voor, maar hoeft niet altijd behandeld te worden (afhankelijk van klachten), immers de relatie tussen de mate van prolaps en de mate van hinder/last is beperkt.

Kwantificering prolaps

De huidige gouden standaard van kwantificeren van een prolaps: Pelvic Organ Prolaps-Quantification (POP-Q) is besproken, waarbij de nadruk is gelegd op de vereenvoudigde POP-Q met drie meetpunten: mate van verzakking van de voorwand (Ba), achterwand (Bp) en middelste compartiment (cervix of vaginatop, C), waarbij een en ander gerelateerd is ten opzichte van (resten van) de hymenaal ring (figuur 1).

Op een speelse manier werden een aantal statements besproken: de mate



Figuur 2: pasdoos voor aanmeten pessarium

van prolaps beoordelen tijdens Valsalva (persen, hoesten of op de hand blazen), het benoemen van de mate van prolaps aan de hand van de POP-Q, bij twijfel over de mate van een prolaps herhaling van het onderzoek aan het einde van de dag en het verrichten van vaginaal toucher ter uitsluiting van een ruimtinnemend proces als oorzaak van een prolaps.

Therapie

Aan de hand van drie casus werden de verschillende vormen van therapie besproken: bekkenbodempfysiotherapie in geval van een milde prolaps bij een relatief jonge patiënte met nog een kindervens, pessarium bij de (oudere) patiënte met (forse) co-morbiditeit en operatieve behandeling, indien conservatieve behandeling middels een pessarium faalt of indien dat de sterke voorkeur heeft.

Met betrekking tot bekkenbodempfysiotherapie: er is weinig goed onderzoek bekend over de effectiviteit hiervan. Er lijkt weinig objectief effect op de mate van prolaps, wel een subjectief effect op de prolapsklachten.

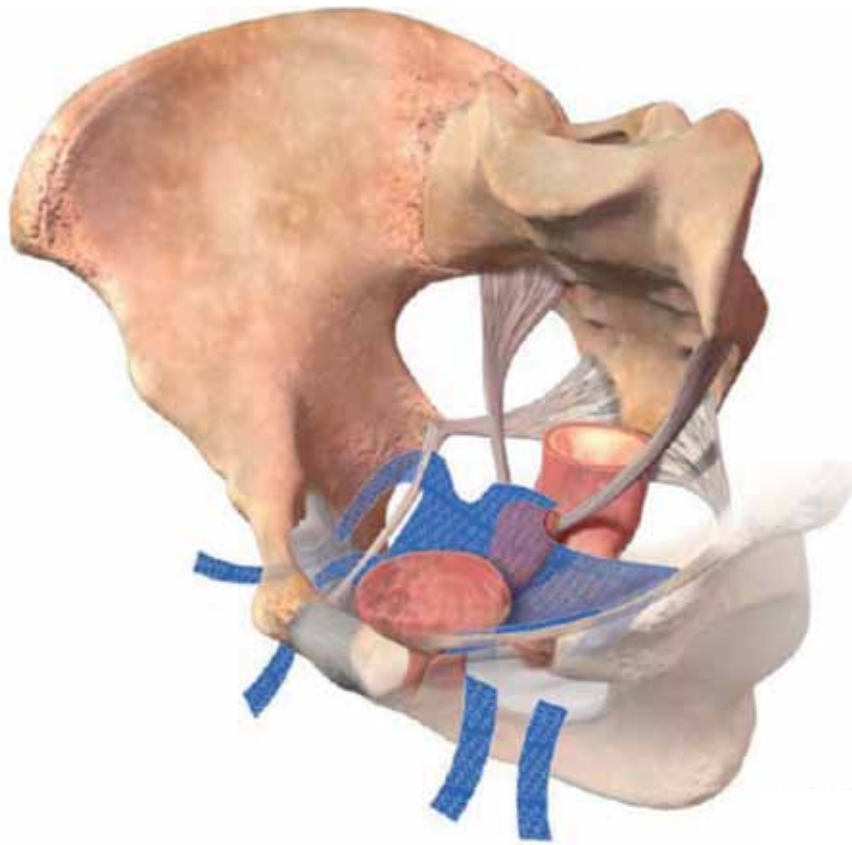
Met betrekking tot het pessarium: nadrukkelijk is gesteld dat dit zeker in de 1e lijn kan. Dan zou gebruik gemaakt kunnen worden van de 'pasdoos'

(figuur 2). Tweederde van de patiënten staat open voor pessariumtherapie, jonge patiënten weigeren vaker en er is een voorkeur voor een operatie bij de vrouw met een grotere prolapsgraad, als de vrouw in kwestie er meer last van heeft, als zij al eerder is geopereerd en als ze seksueel actief is. In 85% van de casus is er een succesvolle fitting, risicofactoren voor een niet succesvolle fitting zijn een korte vagina, wijde hiatus genitilis (> 4 vingers), achterwandprolaps, stress-incontinentie en prolapschirurgie (onder andere hysterectomie) i.a. Na succesvolle fitting continueert de overgrote meerderheid gedurende 1 jaar, en 14-48% continueert > 5 jaar. Ongeveer driekwart van de vrouwen die stoppen met pessariumtherapie, doet dat binnen vier weken na het plaatsen; het voelt direct bij het 1e consult niet comfortabel, er is sprake van discomfort binnen enkele weken of men verliest de ring in de eerste weken na plaatsen. De relatie tussen pessariumtherapie en seksualiteit werd besproken: een pessarium gaf een toename van frequentie en tevredenheid en er is een significante toename van libido en lubricatie. Mogelijk dat dit verklaard kan worden door het betere zelfbeeld met een pessarium in situ (en daarmee herstel van de anatomie).

Echter, een kleine helft van de gynaecologen vindt het feit dat een vrouw seksueel actief is, een contra-indicatie voor starten van pessariumtherapie. Een pleidooi is gehouden voor een individueel controleschema van de vrouw met een pessarium, variërend van 1 keer per 3 maanden tot 1 keer per jaar.

Chirurgische behandeling

Ook bij de operatieve behandeling van een prolaps heeft door de jaren heen een verschuiving plaatsgevonden. Waar wij in het verleden bij een prolaps van het middelste compartiment (uteriene



figuur 3: TVM (Tension Free Vaginal Mesh) voor cystocele

© 2005 Gynecare worldwide, a division of ATHCON Inc, a Johnson & Johnson company

prolaps) meestal vaginale uterusextirpatie verrichten (al dan niet met plastieken), wordt de laatste jaren steeds meer ingezet op uterusparende chirurgie (sacrospinale fixatie van de uterus) met het idee dat men niet iets verwijdert wat 'gezond' is en met het idee dat er wellicht minder recidief prolaps is op de langere termijn. Korte termijn resultaten (= 1 jaar) zijn overigens vergelijkbaar: rond 90% succes rate, functioneel hetzelfde resultaat, anatomisch hetzelfde resultaat, bij recidief ander compartiment. Er zijn nog geen lange termijn resultaten bekend. In geval van gecombineerde problematiek (prolaps en urine-incontinentie) is het advies om geen anti-incontinentie operatie uit te voeren tijdens de prolapsoperatie; er is een grote kans op genezing van de stress-incontinentie klachten bij uitvoeren van

een operatie in het kader van een prolaps. In geval van recidief prolaps geldt dat na opnieuw klassieke chirurgie van het 1e recidief er na 1 jaar in 45% van de patiënten opnieuw sprake is van een recidief, terwijl dit percentage na vaginale mesh chirurgie 10% bedraagt. Het inbrengen van vaginale mesh (figuur 3) bij recidief prolaps geeft minimale inflammatoire en cellulaire respons, gevolgd door vaat- en collageen ingroei. De ideale mesh is inert, biedt weerstand aan infecties, is 'krimpvrij', soepel, gemakkelijk hanteerbaar en betaalbaar. Echter, patiënten met vaginale mesh in situ, krijgen in 2-8% de novo dyspareunie, mede in relatie tot 'rimp' van de mesh, hetgeen gerapporteerd wordt in 15-20% van de casus. Een groot probleem vormen ook de erosies (gedeelte van de mesh blootliggend

in de vagina); in een recente follow-up van 7 jaar liep het percentage erosies op tot 40%.

Deze mesh gerelateerde problematiek geldt voor de vaginale mesh chirurgie. De laparoscopische colposacropexie met intra-abdominale mesh bij de vaginatopprolaps en de TVT/TVT-O bij stress-incontinentie geven beduidend minder (tot minimaal bij de TVT-O) complicaties en blijven prima opties bij eerder genoemde problematiek. Concluderend kan gesteld worden, dat chirurgie in kader van prolaps een laag risico kent op complicaties, maar een hoog risico op (anatomisch) recidief. De baarmoeder eruit is niet meer de eerste keuze, vaginale mesh chirurgie is op dit moment de laatste keuze, maar soms toch wel de juiste keuze.

Reiziger



Op 13 april om 07.15 uur komen we aan op de parkeerplaats van het Ronald McDonaldhuis bij het MMC-Veldhoven voor de start van de OverEINDse dagen. Als we komen aanrijden, hebben we het er nog over hoe we weten waar precies de bus staat, maar als we het terrein oprijden dan zien we al een gestage stroom collega's die 'ergens' heen lopen. Als onderdeel van de 'kudde' volgen we en komen al snel bij de bus uit. In het begin wat onwennig, kennismaken door even iedereen die er al is een handje te geven, voor ons de eerste keer mee, alles nieuw, of toch niet? We komen al snel veel bekenden tegen en de rest wordt al snel bekender aangezien iedereen die aankomt ook even kennis komt maken. Heel prettig! Tegen de tijd dat we in het vliegtuig zitten en de eerste presentaties achter de rug zijn, worden al de eerste verkenningen gedaan om samen iets te presenteren in 2017. Memorabel is de doorstart van het vliegtuig in Valencia: nog niet eerder meegemaakt (maar dat gevoel overheerste bij velen, aan de reacties te horen).



Gedurende de volgende dagen blijft de sfeer erg prettig, telkens met nieuwe mensen kennismaken blijkt minder vermoeiend dan gedacht. Het wetenschappelijk programma is erg leerzaam, het blijkt zelfs mogelijk om van praatjes over kinderen en jongeren de link te leggen naar 'onze' ouderen. In een ongedwongen sfeer van elkaar horen wat je in jouw onderdeel van het vak boeit en bindt, is van onschatbare waarde in deze 'snelle' wereld. De balans tussen inspinnen en ontspannen is prima. Uiteindelijk gaan we, toch wel vermoeid, want bij het ontspannen komt het netwerken (of was het net werken?) aan bod, weer richting Nederland. Al met al een zeer leerzame en goed georganiseerde congresreis, zijn investering in tijd en geld dubbel en dwars waard!



Door: Esther Warmerdam en John van der Stegen, specialisten ouderengeneeskunde Vitalis Behandelgroep

Zorg voor kwetsbare jongeren

Door: Annet Boom, huisarts, Annemarie Broekhuijsen, psychotherapeut Apanta Veldhoven en Kees Klop, psychiater Máxima Medisch Centrum

Het aantal mensen met een psychiatrische stoornis neemt toe. De hoge verwachtingen die de maatschappij stelt, lijken hier mede oorzaak van te zijn. Een beetje mislukken mag niet en dan word je al snel bestempeld als patiënt. Dirk de Wachter pleit voor een minder kritische maatschappij om uitval te voorkomen.

Met name kwetsbare jongeren dreigen buiten de boot te vallen als zij tijdens de adolescentiefase gedragsproblemen ontwikkelen, die niet onderkend of verholpen worden. De adolescentiefase kenmerkt zich enerzijds door hormonale veranderingen in de puberteit en anderzijds de reorganisatie in de hersenschors die rond het 12e jaar begint en pas rond het 23ste levensjaar is afgerond. Deze periode kenmerkt zich door instabiliteit, verandering en groei. De adolescent is verhoogd emotioneel labiel en beïnvloedbaar en daardoor kwetsbaar voor het ontstaan van psychopathologie.

Wat is normaal en wat is niet normaal?

Pubergedrag is risicovol en instabiel. Denk aan stemmingswisselingen, woede uitbarstingen, alcohol- en drugsgebruik, niet uit bed komen, niet aan afspraken houden, zelfs milde automutilatie en psychotische ervaringen kunnen hiertoe behoren. Dit zijn meestal normale verschijnselen die met het uitgroeien van de hersenen vaak vanzelf weer verdwijnen mede onder invloed van ouders, school en leeftijdsgenoten. Maar wat is normaal en wat is niet normaal? Hoe herkennen wij het ontstaan van psychopathologie en wat doen we eraan? Het kan zelfs levensbedreigend zijn. Hoe voorkomen wij onnodige schade als schoolverlating, depressies, angststoornissen, verslavingen en zelfs suicide?

Aandienen en herkennen

Het aandienen en op tijd herkennen van pathologie zal in eerste instantie in de spreekkamer van de huisarts plaatsvinden. Vaak vinden deze gesprekken eerst met de ouders plaats aangezien pubers zorgmijders zijn. Positieve beloning en het



maken van duidelijke afspraken kan een eerste stap zijn. Indien dit niet helpt en bovenstaande symptomen blijven zich voordoen, bestaat adequate hulpverlening uit een gerichte verwijzing in combinatie met monitoring of de interventie het juiste effect heeft gehad.

HYPE

Australisch onderzoek pleit voor HYPE: Help Young People Early. HYPE kan plaatsvinden door te verwijzen naar een Specialistisch Adolescententeam (12 tot 23 jaar) dat in staat is direct behandeling te starten en deze kort (3 tot 6 maanden) en doelgericht houdt. Diagnostiek kan parallel aan de behandeling plaatsvinden, samen met het concreet maken van het storende gedrag, wat de oorzaak is en wat de adolescent zelf nodig heeft. Daarbij kan gebruik gemaakt worden van integrale zorg, dus zowel aandacht voor de betrokkenheid van de familie, de benodigde algemene psychiatrische zorg, de ambulante zorg en de school/werkomgeving.

Psyché pathologische verschijnselen tijdens adolescentie

Een van de belangrijke potentieel pathologische verschijnselen tijdens de adolescentie is, hoewel zeldzaam, de eerste psychose. Ook voor een psychose geldt, dat als deze snel wordt gecoupeerd, de prognose beter is. Een langdurige, onbehandelde psychose geeft meer kans op blijvende invaliditeit wat betreft functioneren.

Er is een continuüm met stadiëring van o (verhoogd risico

maar geen symptomen) naar stadium 4 (ernstige aanhoudende ziekte met cognitieve en functionele handicap). Bij kinderen kunnen psychotische kenmerken voorkomen bij 9% van de 7-8 jarigen en 7-17% van de 13 tot 18 jarigen. Bij 75% zijn de symptomen na 5 jaar verdwenen. Het risico op het later ontwikkelen van een psychotische stoornis is wel verhoogd. Er is tevens een verband met andere psychiatrische aandoeningen, zoals autisme verwante stoornissen, ADHD, disfunctionele persoonlijkheid en angst- of stemmingsstoornissen.

De etiologie van psychosen is een samenspel van tal van genetische (>1000 genen geassocieerd) factoren en omgevingsfactoren zoals: prenatale blootstelling aan ondervoeding of virale infectie, geboren worden en opgroeien in een grote stad, geboren worden en opgroeien als etnische minderheid, traumatische ervaringen in de kindertijd, veelvuldig gebruik van cannabis voor en/of tijdens adolescentiefase. Jongeren die met name kwetsbaar zijn, de zogenaamde Ultra Hoog Risico jongeren (UHR), moeten opgespoord kunnen worden.

De UHR jongere is diegene die

- Nog geen psychotische stoornis heeft maar wel subpsychotische

verschijnselen vertoont of enige tijd heeft gehad.

- Een familiale 1e lijn genetische belasting hebben.
- In combinatie met een minder goed functioneren.

Deze UHR groep heeft een kans van 12-25% om in de loop der tijd een psychotische kwetsbaarheid te ontwikkelen.

Het opsporen heeft twee doelen:

- Een psychose voorkomen of snel couperen.
- Overbehandeling en stigmatisering voorkomen.

Een verwijzing van UHR jongeren naar ze lijns GGZ voor screening en/of behandeling is terecht. Ook hier geldt het belang van het adolescententeam wat in zou houden: continuïteit in de zorg (geen knip in de zorg bij 18 jarige leeftijd) en de integrale zorg zoals eerder vermeld bij HYPE.

Knelpunten

Knelpunten voor de huisarts bij puberproblematiek zijn:

- de versnippering van de GGZ zorg;
- de kloof tussen jeugd- en volwassen en psychiatrie;
- de wachttijden;
- de onduidelijkheid wie de regie heeft tijdens de behandeling

Huisartsen krijgen tijdens de behandeling weinig tot geen terugkoppeling. Zij zijn dan onvoldoende op de hoogte van de stand van zaken maar worden wel op onverwachte momenten om interventie of hulp gevraagd, zoals in een crisissituatie.

De huidige ontwikkeling:

- de aanwezigheid van een praktijkondersteuner GGZ in de huisartspraktijk;
- de transitie van Jeugdzorg naar de gemeente;
- de aanwezigheid van een Adolescententeam bij de GGZ inclusief de HYPE aanpak.

Dit alles heeft een positief effect op behandelopties en verbetering van communicatie en regievoering en daardoor op de continuïteit van behandeling, ook voor de adolescent.

Praktisch hulpmiddel bij crisissituaties als nog geen behandelaar betrokken is: Spoed voor Jeugd nummer:

088 - 0 666 999

Regioproject voor Zuidoost Brabant waar 23 gemeentes bij aangesloten zijn. 24 uur bereikbaar. Crisisdienst voor 0-23 jaar.



Reiziger



Rondje van de zaak in Valencia

Hoewel ik nu vijf jaar in Máxima Medisch Centrum werk als gynaecoloog, heb ik nog maar weinig contact gehad met de huisartsen, die patiënten naar ons verwijzen. Ik houd mij uitsluitend met verloskunde bezig en dat verklaart mijn beperkte aantal overlegmomenten met de ons omringende huisartsen. Wel heb ik veel ervaring met intensieve samenwerking met de eerste lijn: namens onze vakgroep ben ik betrokken bij de ontwikkeling van integrale geboortezorg in de regio.

Met deze twee uitgangspunten heb ik besloten dit jaar mee te gaan met de OverEINDse dagen. Omdat mijn abstract over de integrale geboortezorg helaas niet als workshop geaccepteerd werd, ben ik als toehoorder meegegaan. Ik nam mij voor nieuwe contacten te leggen en was benieuwd hoe onze collega's uit de eerste lijn dachten over de zorg in de regio in het algemeen en de samenwerking met Máxima Medisch Centrum in het bijzonder.

De reis en het verblijf waren tot in de puntjes geregeld. Het meest noemenswaardig van de heenreis was de doorstart die het vliegtuig op de landingsbaan van Valencia maakte. Na 20 minuten (een rondje van de zaak zoals de captain het noemde) kon opnieuw de landing ingezet worden, ditmaal probleemloos. Het weer was prachtig, het hotel goed geoutilleerd, de lunch werd dagelijks in de tuin geserveerd; kortom perfecte omstandigheden om elkaar beter te leren kennen.

Elke workshop kenmerkte zich door een soepel contact tussen de presenterende huisarts en specialist. Afhankelijk van het onderwerp ging men de (wetenschappelijke) diepte in, of er was een luchtige inleiding. Zware onderwerpen als palliatieve zorg werden helder en overzichtelijk in kaart gebracht. Bij alle presentaties werd continu de zaal betrokken, er werd actief gevraagd naar de individuele visie van de toehoorders.

Wat mij gedurende de presentaties en tijdens het sociale programma het meest op is gevallen, is de betrokkenheid en de bevologenheid van de collega's uit de eerste lijn. Het brede palet van hun vak werd weerspiegeld in de diversiteit van de workshoponderwerpen. Met energie werden door hen voorbeelden uit hun dagelijkse praktijk genoemd om hun visie te onderbouwen. Ons gemeenschappelijk doel, de beste zorg voor alle patiënten, kwam keer op keer naar voren. Het contact met de collega's onderling was prettig en verhelderend. Ik heb huisartsen en medisch specialisten uit het Catharina ziekenhuis leren kennen met wie het gezellig was op een pleintje in Valencia.

Het is erg leuk om huisartsen die in de Kempen of juist midden in Eindhoven praktiseren, te spreken over hun vak, ons vak en de vele raakvlakken die wij, zowel zorginhoudelijk als persoonlijk hebben. Er was oprechte wederzijdse interesse in ieders vak, maar ook in elkaars privé situatie. Als inwoner van Riethoven heb ik vele malen de schoonheid van dit dorp mogen uitleggen. Verder was ik onder de indruk van de kennis die menig huisarts (nog) heeft over de verloskunde. Bovendien heeft iedereen wel een leerzame anekdote over een recente verloskundige casus in hun praktijk.

De ongedwongen sfeer tijdens deze OverEINDse dagen heeft geresulteerd in

Door: Pieter van Runnard Heimel,
gynaecoloog Máxima Medisch
Centrum

Reiziger



ontelbare leuke en leerzame gesprekken. Er was een hartelijk contact, vanaf het instappen op de bus op de vroege woensdagmorgen, tot het uitstappen uit de bus op de zaterdagavond. En niet onbelangrijk, op de dansvloer van het eindfeest verdwenen alle tussenschotten en toonden de meesten ook over soepele moves te beschikken.

Terugkijkend heb ik genoten en geleerd van het wetenschappelijk programma, van het prettige contact met mijn reisgenoten en van de bevologenheid van de collega's uit de eerste lijn. Ik heb veel geleerd. Het respect waarmee wij over elkaars vak spraken, vormt een uitstekende basis voor een optimale samenwerking. Het positieve effect van deze trip op de samenwerking tussen eerste en tweede lijn en wat dat betreft ook voor de samenwerking tussen beide ziekenhuizen, is evident. Aan de betrokkenheid van de zorgprofessionals zal het niet liggen.



Chanson de Boll

Op de volle OverEINDse dagen pik je allemaal je eigen workshop mee
De eerste en de tweede lijn, ze doen het met z'n twee
Dus doen wij met OverEINDse mee

Op de volle OverEINDse dagen heeft iedereen zijn kennis op een rij
Smachten tot je vrij zult zijn, het duurt misschien maar even
Maar voor iedereen is er een maatje bij

Eenmaal op de OverEINDse dagen
In het begin denk je het duurt misschien wat lang
Dan zal iemand je weer meenemen
Zodat je het weer leuk vindt
Een OverEINDse nacht duurt nooit echt lang

Functionele buikpijn bij kinderen

Door: Marleen Jiskoot, huisarts, Janneke Stapelbroek, kinderarts-MDL Catharina Ziekenhuis en Walther Tjon A Ten, kinderarts-MDL Máxima Medisch Centrum

Van de schoolgaande kinderen heeft ongeveer 20% chronische buikpijn. De definitie van chronische buikpijn is dat deze langer dan twee maanden aanhoudt en minimaal een keer per week optreedt. Bij 90% van de kinderen wordt geen organische oorzaak gevonden.

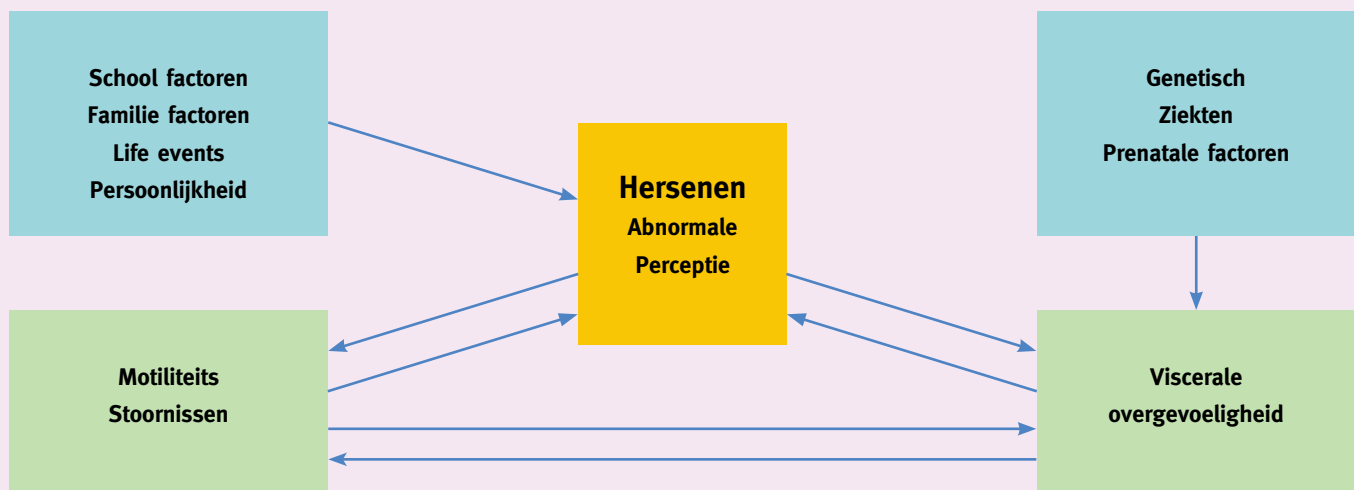
Belangrijk is het uitsluiten van alarmsymptomen door anamnese en lichamelijk onderzoek, zoals afbuigende lengte of gewichtscurve, gastro-intestinaal bloedverlies, fors/aanhoudend braken, chronische diarree (driemaal per dag, langer dan twee weken waterdun), onverklaarde koorts, gewrichtsklachten, huidafwijkingen of aften in de mond. Indien er geen alarmsymptomen zijn, kan beperkt aanvullend onderzoek overwogen worden (VBB, L diff, IgA, anti-TtG, CRP en bij diarree Giardia en calprotectine in ontlasting).



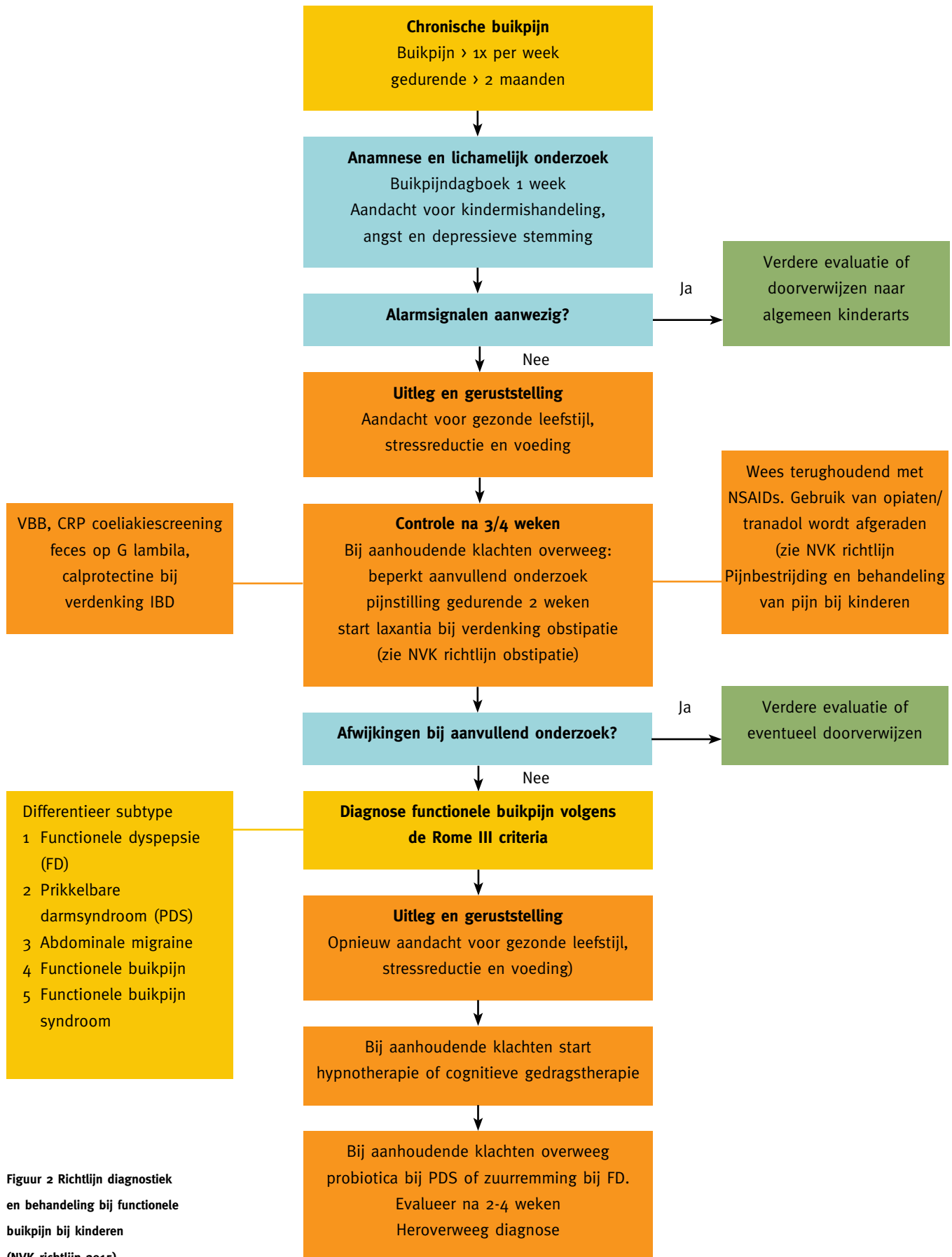
Pathogenese

Het biopsychosociale model kan gebruikt worden om chronische buikpijn uit te leggen. (zie figuur 1). De viscerale overgevoeligheid wordt beïnvloed door genetische factoren

Conceptueel biopsychosociaal model functionele buikpijklachten



Figuur 1 Conceptueel biopsychosociaal model functionele buikpijklachten. (Gastroenterology 2002, J Pediatr 2007, JPGN 2005)



Figuur 2 Richtlijn diagnostiek
en behandeling bij functionele
buikpijn bij kinderen
(NVK richtlijn 2015)

(hogere prevalentie bij monozygote tweelingen en binnen families), maar wordt ook gezien na een bacteriële gastroenteritis. De cerebrale perceptie van pijn wordt beïnvloed door life events (dood van een familielid, scheiding van ouders, ziekte in het gezin, verhuizing, kindermishandeling en dergelijke). Kinderen met weinig 'coping skills' en geringe steun binnen de familie zijn het meest kwetsbaar.

Therapie

Belangrijk is uitleg over de pathogenese, empathie en begrip voor de gevolgen van de pijn. Afleiding kan effectief zijn. Bij onvoldoende resultaat is de eerste keuze een niet medicamenteuze behandeling zoals hypnotherapie of cognitieve gedragstherapie. Een FODMAP (Fermentation of Oligosaccharides,

Disaccharides, Monosaccharides And Polyols) vrij dieet wordt ook geadviseerd, maar goede studies ontbreken en het dieet is moeilijk vol te houden. Verder kunnen probiotica zoals VSL#3 of lactobacilis GG overwogen worden. Voor de medicamenteuze behandeling is heel weinig evidence. Pepermuntolie, amitriptyline of een proefbehandeling met macrogol kan overwogen worden. Recent onderzoek met Ebastine (histamine receptor H1 antagonist) is veelbelovend.

Prognose

Bij lange termijn follow-up heeft maar 7% van de kinderen nog buikpijn. Er is echter een verhoogde kans op inflammatoire darmziekten en coeliakie en obesitas is een risicofactor voor het persisteren van de pijn.

Samenvatting

Indien er bij anamnese en lichamelijk onderzoek geen alarmsymptomen gevonden worden, is de kans op een organische oorzaak gering en kan een behandeling voor functionele buikpijn worden gestart. Hierbij is een empathische benadering belangrijk en dient de pathofysiologie goed aan de patiënt uitgelegd te worden. Een niet-medicamenteuze behandeling heeft de voorkeur. (figuur 2).



Reisafpraak

RTA Tijdig spreken over het levenseinde



Tijdens de OverEINDse dagen in Cascais vorig jaar is in de workshop 'Tijdig spreken over het levenseinde' ingegaan op de maatschappelijke herbezinning op de verhouding tussen medisch handelen en het sterven.

De KNMG adviseert artsen eerder het gesprek over het levenseinde aan te gaan om zo tot een betere afstemming met de patiënt te komen en onnodige zorg te vermijden. Het thema is het daaropvolgende jaar verder uitgewerkt in een regionaal transmuraal project. Het project bestaat uit een aantal pijlers:

- 1 Regionale transmurale afspraken (RTA)
- 2 Scholing voor artsen
- 3 Patiëntenvoorlichting
- 4 Registratie

De RTA is inmiddels gereed en is terug te vinden in de regionale app: RTA ZOB.

Daarbij is patiëntenvoorlichtingsmateriaal beschikbaar, bestaande uit diverse brochures die regionaal afgestemd zijn. Deze kunnen gebruikt worden in de eigen praktijk. De komende periode zullen voor patiënten en andere belangstellenden informatieavonden georganiseerd worden, om op die manier ook patiënten te stimuleren om meer de regie te voeren op de medische behandeling aan het einde van hun leven.

Daarnaast is er een scholing ontwikkeld voor artsen in de 1e en 2e lijn, die vanaf medio 2016 wordt uitgezet in de regio. Deze scholing gaat onder andere nader in op de verschillende sterfstijlen, de redenen van terughoudendheid om het gesprek aan te gaan bij zowel artsen als patiënten en het oefenen van gespreksvaardigheden.

Op deze manier wordt beoogd een betere afstemming en keuzes voor de zorg rond het levenseinde te bevorderen.

Door: Hennie van Bavel,
medisch coördinator HaCa



Integrale palliatieve zorg

Door: Marcel Janssen, huisarts en palliatief arts, Birgit Vriens, oncoloog Catharina Ziekenhuis, Art Vreugdenhil, hematoloog-oncoloog Máxima Medisch Centrum

Palliatieve zorg (PZ) omvat de begeleiding en bestrijding van alle klachten die samenhangen met de onderliggende ziekte maar ook de tumorgerichte behandeling vanaf het begin tot het einde van de ziekte. In de workshops die gehouden zijn in het kader van de OverEINDse dagen in Valencia lag de nadruk op aspecten van palliatieve zorg bij kanker.

Het leveren van palliatieve zorg kan op verschillende manieren worden ingedeeld. De meest voor de hand liggende indeling is die in tumorgerichte en niet tumorgerichte palliatieve zorg. Birgit Vriens illustreerde de tumorgerichte en niet tumorgerichte fase door een casus van een patiënte met ovariumcarcinoom. Dit is een ziekte die vaak goed behandeld kan worden middels chemotherapie, waarbij de ziektegerelateerde symptomen goed te bestrijden zijn. Uiteindelijk kan er resistentie voor die middelen ontstaan en kunnen buikklachten bijvoorbeeld bestreden worden door ontlastende ascitespuncties en pijnbestrijding zonder dat de onderliggende ziekte behandeld wordt.

Shared decision making

De overgang van de tumorgerichte naar de niet tumorgerichte fase kan gradueel zijn en de timing ervan kan individueel en per ziekte sterk verschillen. Art Vreugdenhil en Marcel Janssen illustreerden dit door een opname van een interview met een patiënte met een gemetastaseerd colorectaal carcinoom, die verschillende behandelingslijnen onderging en waarbij zij telkens koos voor actieve behandeling, ondanks meerdere beperkingen. Zij onderstreepte het belang van goede communicatie in deze fase en had deze als positief ervaren. Niettemin blijkt uit onderzoek dat dit in de praktijk onder meer door tijdsgebrek, niet altijd het geval is.

Factoren die bepalen of een patiënt start, doorgaat of stopt met tumorgerichte behandeling omvatten ziekte-, behandelings-, patiënt- en behandelaarsgebonden aspecten. Vroeg



inzetten van deskundigen en shared decision making op het gebied van palliatieve zorg lijken gewenst.

Ketenvorming

Naast het netwerk PZ zijn er voorzieningen die per ziekenhuis kunnen verschillen qua aard en samenstelling van de teams. Ketenvorming lijkt gewenst. De rol van de huisarts is van groot belang, hetgeen geïllustreerd werd door algemene instemming met de stelling dat de eerste lijn vertegenwoordigd moet zijn in de transmurale palliatieve teams in de ziekenhuizen. Eveneens blijken de meeste aanwezigen het nut van aanwezigheid van de huisarts bij de PZ bespreking te ondersteunen, zij het dat dit logistiek qua tijdsinvestering moeilijk is. Afgesproken is een project op te zetten om huisartsen meer te betrekken door middel van videoconferencing.

Overdracht

Een adequate overdracht van ziekenhuis of thuis naar een hospice is een belangrijke stap waar een verbeterslag op gemaakt kan worden. Het gaat hier bijvoorbeeld om beleidsafspraken met betrekking tot voeding, hoe de patiënt en familie met de ziekte omgaan en welke behandelingen reeds gegeven zijn ter symptoombestrijding. Het gebruiken van een standaard format voor een overdracht van de ene naar de andere behandelaar in de hele regio lijkt wenselijk. Een eerste aanzet daartoe is gemaakt.

Samengevat zijn er belangrijke ontwikkelingen in de regio richting integrale PZ en die ontwikkelingen lijken ook breed gedragen te worden. Verdere ontschotting en betere samenwerking tussen de hulpverleners en vroegere inzet van PZ deskundigheid kan de kwaliteit van deze zorg verder verbeteren.

Overdracht vanuit ziekenhuis/thuis naar hospice

Wat gaat goed?

- Er is vrijwel altijd een verpleegkundige overdracht en steeds vaker een medische overdracht aanwezig
- Toename in telefonisch contact door de behandelaar voor opname in hospice
- De beleidsafspraken zijn meestal bekend

Verbeterpunten:

- Soms ontbreekt een schriftelijke medische overdracht
- Er zijn vaak meerdere verschillende medicatielijsten
- Weinig informatie over indicaties van bepaalde medicijnen, over reeds uitgeprobeerde medicatie/behandelingen en over niet-medische zaken (psychosociaal, zingeving)
- Er wordt weinig gebruik gemaakt van het regionaal overdrachtsformulier uit de RTA Palliatieve zorg



Reiziger



Witte wijn hoort niet in paella!

Iets meer dan 90 deelnemers, vier dagen, een speciale app, een turbulente vliegreis met doorstart(!), leerzame workshops en presentaties en actieve middagen. Heerlijk eten en drinken, paella kookwedstrijd, een feestavond en veel contacten met collega's. De OverEINDse dagen waren dit jaar in het prachtige Valencia. Wat een organisatie en wat een ervaring.

Ik werk nu 2,5 jaar met veel plezier als klinisch geriater in het Catharina Ziekenhuis. Contact met huisartsen, verpleeghuisartsen en specialisten verlopen doorgaans prettig, maar meestal per telefoon. Toen ik de mogelijkheid kreeg om deel te nemen aan de OverEINDse dagen zag ik dat dan ook als een mooie kans daar wat aan te doen. De OverEINDse dagen zijn bij uitstek geschikt om de mensen achter deze telefoonstemmen eens te ontmoeten. Het is een enorm toegevoegde waarde wanneer je iemand in levende lijve ontmoet en van gedachten kunt wisselen, bijvoorbeeld over het beleid en ketenzorg rondom kwetsbare ouderen. Maar het zeer goed gekozen en georganiseerde sociale programma gaf ook veel ruimte voor informeler contact, gezelligheid en plezier. Het weer was heerlijk en Valencia vormde het ideale decor voor ons samenzijn. Er was zelfs ruimte voor beweging: een fietstocht met gids door de stad van de kunst en wetenschap naar het oude centrum was een goede afwisseling en erg informatief.

Ook onze kookkunsten werden op de proef gesteld. 's Avonds, bij de paellawedstrijd, had ons groepje tot afschuw van de Spaanse kok, witte wijn aan de paella toegevoegd. Ondanks zijn hevige verontwaardiging werden we bekroond met de eerste prijs omdat volgens de jury onze paella het beste van smaak was en niet te zout - verdachtmakingen met betrekking tot matchfixing worden nog steeds stellig ontkend. De aanwezigheid van een creditkaart op de paella berust volstrekt op toeval.

Tijdens de presentaties en workshops in de ochtenden kwamen verschillende interessante onderwerpen aan bod. Bijvoorbeeld de presentatie van Annelies Hermsen die vertelde over haar ontwerpstudio in food design en de opdracht die ze had uitgevoerd voor de afdeling oncologie in het Radboudumc. Ze had op heel creatieve wijze de maaltijden aangepast aan de wensen en behoeftes van de patiënt - iets dat natuurlijk ook erg interessant zou kunnen zijn voor de afdeling geriatrie...!

Het moge duidelijk zijn dat dit voor mij heel waardevolle, inspirerende en bijzonder plezierige OverEINDse dagen zijn geweest. Ik raad iedereen die daar de kans voor heeft van harte aan om de komende jaren ook eens mee te gaan. En hopelijk duurt het niet te lang voordat ik zelf ook weer kan deelnemen...



Door: Leonie Klompe, klinisch
geriater Catharina Ziekenhuis

Reiziger



Heel OverEIND bakt

Paella Valenciana

Ingredients for 10:

- 30 cl Olive Oil Extra virgin
- 1,700 grams Chicken & Rabbit (cut into same size pieces)
- 100 grams of Chicken livers
- 400 grams of “Garrofo” (similar to Lima bean)
- 400 grams of “Bajoqueta” (green flat been)
- 600 grams of Ripe Tomato Grated
- 3.40 liter of water
- 6 cl of Saffron (in infusion)
- 45 Grams of salt (depends on the taste)
- 900 grams of Rice from Valencia (Bomba)
- Rosemary (a fresh twig)

Preparation:

Place the Paella pan with the oil over the fire. When the oil starts boiling, add the meat (chicken/rabbit). With the fire up fry the meat until it is “golden”. Then fry the livers during 2 minutes and remove (if not it will burn). After this step, we will add the vegetables (bajoqueta and garrofo) cut and washed previously, frying 2 to 3 minutes with the fire down. Now add the tomato grated (always natural). Once everything is well cooked add the water. It is time to increase the fire to the maximum. While the water is warming up, add the saffron, salt, and the Rosemary. When the water starts to boil, remove the Romero and add the rice. While the water boils we’ll move the ingredients with the palette gently but firmly (“Picotetxar La Paella”). During the first few minutes (8-10) we keep the fire up. From the next 10 minutes we will be lowering the fire little by little and will let it cook for another 13-14 minutes, achieving the most appreciated “Socarrat”. After a total of 17-19 minutes cooking the rice, we give up the paella of the fire. We let it rest for 5 minutes and it’s ready o enjoy! “Bon Profit!!”



Notes:

It is usual to add snails, when they are in season. Their name is “VAQUETA”. Very important, all vegetables should be fresh and natural. Sometimes, out of season, we can use dry vegetables, like “Garrofó”, rehydrating and boiling it, adding in the last few minutes of cooking rice.

You will need more or less water depending of the hardness and geographic altitude.



Nieuwe Reanimatie Richtlijn 2015

Door: Mieke van Campen - Hoekstra, SEH-arts Máxima
Medisch Centrum, Maaikje Maas, SEH-arts Catharina
Ziekenhuis, Ylva Onderwater, huisarts

De workshop begint met een filmpje van de British Heart Association, waarin Maffia-baas Vinnie laat zien hoe makkelijk het is te reanimeren. Daarbij laat hij de beademing achterwege; “we only kiss the misses on the lips”. Vervolgens wordt er een live demonstratie gedaan van een reanimatie door een “leken hulpverlener” die eerst 112 belt alvorens te controleren of het slachtoffer adem haalt. Daarna begint de hulpverlener met reanimeren (en beademt wel tijdens het reanimeren; 30:2).

Basic life support

Er is niet veel veranderd ten opzichte van de vorige richtlijn uit 2010. De belangrijkste wijzigingen zijn als volgt. Er wordt eerder in het schema 112 gebeld, namelijk al na controle van het bewustzijn. Daarna wordt de ademhaling gecontroleerd. Dit is zodat de meldkamer de hulpverlening goed kan coördineren, duidelijke instructies kan geven en het Bugerhulpnetwerk kan aansturen. Ook is het advies om je mobiele telefoon op handsfree te zetten, zodat je met zo min mogelijk onderbrekingen kan starten met de reanimatie. Verder verloopt de reanimatie onveranderd met 30:2. Beademing door leken hulpverleners heeft met nadruk de voorkeur, maar mag weggelaten worden bij ernstige bezwaren.

Ook voor de BLS bij kinderen moet er vroeger hulp geroepen worden en wordt de luidsprekerfunctie gebruikt. Voor aansluiting aan de AED moeten er 5 initiële beademingen gegeven worden, omdat de oorzaak bij kinderen vaker respiratoir is. De inspiratoire fase van de beademing is bij kinderen, net als bij volwassenen, 1 seconde geworden.

Advanced life support

Na het opstarten van de basic life support, wordt door de ambulance of in het ziekenhuis voortgegaan met de advanced life support. In een stroomschema wordt daarbij onderscheid gemaakt tussen een defibrilleerbaar ritme en een niet-defibrilleerbaar ritme. Bij een defibrilleerbaar ritme volgt een defibril-

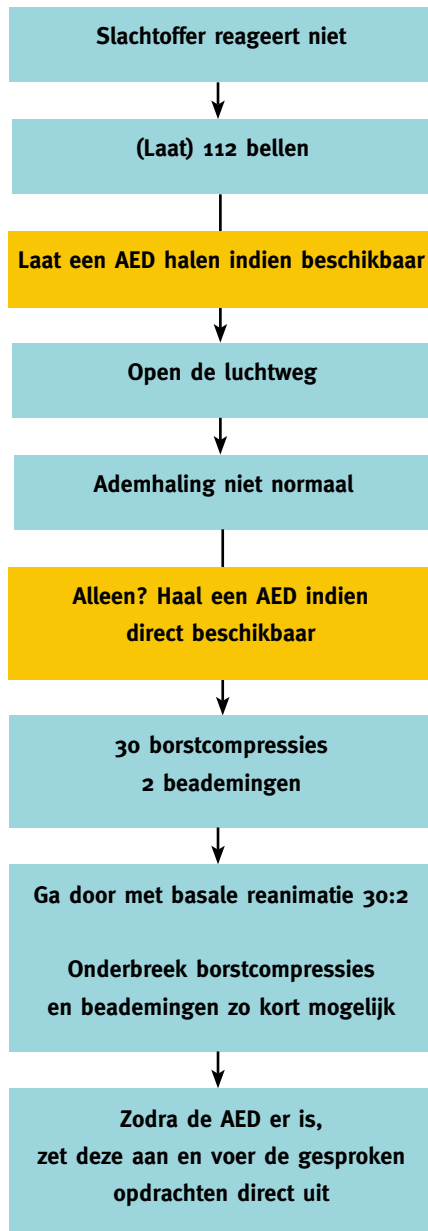


latie poging waarna er meteen doorgedaan wordt met thoraxcompressies en beademingen. Bij een niet-defibrilleerbaar ritme wordt er vanzelfsprekend ook doorgedaan met compressies en beademingen. Dit houdt men 2 minuten aan voordat er een pols- en ritme controle verricht wordt. Daarnaast wordt er bij beide stroomschema's om de 4 minuten adrenaline gegeven en kan er geïntubeerd worden. Men moet er zich bewust van zijn dat al deze handelingen ondergeschikt zijn aan goede thoraxcompressies, deze zijn van levensbelang!

Tijdens de reanimatie kan men middels de 4 H's en 4 T's een indruk proberen te krijgen van de oorzaak van de circulatiestilstand, hierbij kan echografie een toegevoegde waarde hebben.

Bij kinderen volgt men hetzelfde schema, alleen met aangepaste joules van de defibrillatiepoging en aangepaste dosering adrenaline. Ook hier geldt dat de thoraxcompressies van groot belang zijn.

Indien een patiënt tekenen van leven vertoont of bij de pols- en ritme controle zowel elektrische activiteit als polsdruk vertoont, spreekt men van Return of Spontaneous Circulation, ROSC. Hierna start de post-reanimatie fase waarbij men aandacht moet hebben om de natuurlijke homeostase in het lichaam te behouden. Temperatuurmanagement is daarbij een punt van discussie, waarbij men tegenwoordig neigt



Stroomschema BLS NRR richtlijn 2015

om hyperthermie, boven de 36 graden Celsius, te voorkomen in plaats van het toepassen van actieve hypothermie op 32 graden.

Starten, niet starten en stoppen

In de richtlijn wordt ook verwezen naar de publicatie van de NRR uit 2008 “starten, niet starten en stoppen van de reanimatie”. Hierin wordt helder richting gegeven welke beslissingen er genomen

kunnen worden rondom een reanimatie door zowel leken als professionele hulpverleners in zowel de intramurale als extramurale situaties.

Voor leken geldt;

Een reanimatiepoging wordt altijd ondernomen, behalve

- het leven van de hulpverlener in gevaar is of komt;
- als overduidelijk is dat een dergelijke poging geen zin heeft (bijvoorbeeld lijkstijfheid, onthoofding, ernstige verbranding (verkoling));
- als vóór aanvang duidelijk is dat de patiënt een rechtsgeldige niet-reanimatieverklaring heeft. (hiernaar dient men niet op zoek te gaan).

Een reanimatiepoging wordt gestopt onder de volgende omstandigheden:

- indien de hulpverlener te vermoeid is om de handelingen voort te zetten;
- wanneer het slachtoffer normaal gaat ademen of ademt;
- als professionele hulpverleners de reanimatie overnemen;
- als men er niet binnen 20 minuten (bij onderkoeling binnen 60 minuten) in slaagt om in contact te komen met professionele zorgverleners.

Indien professionele hulpverleners <15 minuten na collaps of <15 minuten vanaf het tijdstip van de melding (wanneer tijd van collaps onbekend is) ter plaatse zijn, wordt er altijd een reanimatie opgestart, ook al wordt er door omstanders geen BLS toegepast. Bij hypothermie geldt <60 minuten. Wanneer omstanders wel BLS toepassen, wordt door professionele hulpverleners BLS voortgezet en ALS toegepast ongeacht het tijdstip van arriveren van de professionele hulpverleners.

Behandel reversibele oorzaken

- Hypoxie
- Hypovolemie
- Hypo-/hyperkaliëmie/metabool
- Hypothermie/hyperthermie
- Trombose - coronair of pulmonaal
- Tensie (spannings) pneumothorax
- Tamponade - cardiaal
- Toxinen

Tabel 1. Mogelijke oorzaken van een circulatiestilstand

Stoppen van een reanimatie is gerechtvaardigd bij:

- Persisterende asystolie >20min met ALS
- PEA >20min na correctie 4H's 4T's
- Asystolie of PEA als later ritme >20min, na correctie 4H's 4T's
- Niet reanimeren verklaring

Samenvattend wordt er in de NRR richtlijn 2015 de nadruk gelegd op de belangrijke rol van de centralist en het zo min mogelijk onderbreken van de borstcompressies. 5x beademing alvorens AED aansluiten bij kinderen is het belangrijkste verschil met volwassenen en in de postreanimatiefase dient men rekening te houden met de natuurlijke homeostase van het lichaam. Ook zijn er heldere richtlijnen voor zowel leken als professionele hulpverleners wanneer je kunt afzien van, of stoppen met reanimeren.

En in Nederland “kussen wij het liefst zo nodig iedereen op de lippen!”

Besnijdenis bij jongens

Door: Annekien Jongbloet, huisarts, Edwin Knots, kinderarts
Catharina Ziekenhuis, Miel Nanlohy, uroloog Máxima Medisch
Centrum

**Besnijdenissen worden al eeuwenlang uitgevoerd.
Wereldwijd is zo'n 30% van de mannen besneden om
religieuze, culturele of traditionele redenen.
In de Westerse wereld is zo'n 80% van de Amerikaanse
en 60% van de Australische mannen besneden (preventie
van overdracht HPV infecties).**

Stellingen

“To cut or not to cut, that is the question.”

Stelling 1

Een besnijdenis is geen medische handeling en moet door medici worden ontraden.

Stelling 2

Een besnijdenis is een ritueel dat hoort bij de multiculturele samenleving en is, mits volgens de regelen der kunst uitgevoerd, toelaatbaar en vereist de medewerking van zorgverleners.

Er zijn twee Westerse invalshoeken, te weten:

- 1 Medische reden
- 2 Niet- medische reden, maar cultureel/religieus bepaald.

Medische indicatie

Phimosis betekent nauwe voorhuid. Ongeveer 80% van de pasgeboren jongetjes heeft een nauwe voorhuid maar op 16 jarige leeftijd is dat aantal gedaald naar 20%. Dat betekent dat we over het algemeen geduldig af kunnen wachten. Het standpunt van de Nederlandse Vereniging van Urologie luidt dan ook:

Niet behandelen tenzij er sprake is van klachten: paraphimosis, balanitis, kromstand, persen bij de mictie en soms recidiverende urineweginfecties.

Behandeling

Als eerste keus wordt geadviseerd corticosteroïd klasse 4, aangebracht op de vernauwende ring (en dus is retractie, voor



zover mogelijk, noodzakelijk om die ring in beeld te brengen). Indien dit faalt wordt een verwijdingsplastiek geadviseerd, en als uiterste redmiddel een circumcisie, indien een recidief na een verwijdingsplastiek optreedt.

Ouders krijgen het advies de wond vanaf de volgende dag 2x dd in een lauwwarm Badedas (Classic) badje te doen (geen soda!) Het reinigen en retraheren is bij zo'n verwijdingsplastiek essentieel om een wondinfectie en vernauwing te voorkomen: ouders en NIET het kind zijn hier de baas. Complicaties zijn: nabloeding, infectie, recidief strictuur, blaarvorming glans, necrose, fistelvorming, meatusstenose.

“TO CUT OR NOT TO CUT” IS ALWAYS THE QUESTION

De dagelijkse praktijk

Indien mensen naar de huisartsenpraktijk komen met het verzoek om een besnijdenis in verband met niet-medische redenen kun je ze verwijzen naar de verschillende besnijdenisklinieken in de regio. In deze klinieken werken verschillende artsen die onder lokale anesthesie vele besnijdenissen doen (een keten met 9 centra doet er zo'n 10.000 per jaar). Er worden weinig complicaties beschreven van de behandeling in een dergelijk centrum. Sommige klinieken bieden zelfs de keuze van sedatie of lachgas. De prijzen variëren van ongeveer 275 euro tot 650 euro afhankelijk van de anesthesievorm

(dit in vergelijking met de tot ruim 1200 euro op de OK in een ziekenhuis).

De grote (boze) buitenwereld

Internet en wereldwijde beïnvloeding staan vaak op gespannen voet met evidence based medicine. Als je op het internet zoekt zie je allerlei argumenten voor besnijdenis die geen wetenschappelijke grond hebben of hier tegenaan schurken, maar vooral bedoeld zijn om mensen maar een circumcisie aan te praten.

Daarnaast zijn er ook allerlei politieke discussies zoals in Duitsland gaande, waarbij niet-therapeutische circumcisiës eerst verboden en later weer toege-

staan werden. De KNMG gaat zelfs nog verder in hun standpunt, Zij vinden niet-therapeutische circumcisiës een schending van de integriteit van het kind. Ze roepen artsen op deze operatie te ontmoedigen, actief en indringend de ouders te vertellen over de risico's van de ingreep.

Hierdoor wordt duidelijk dat ook de politiek met het thema worstelt en soms door druk van grote groepen in de samenleving tot een besluit wordt gedwongen dat niet altijd geheel in overeenstemming is met de beroepsgroep die ermee te maken krijgt. De minister heeft daarom gevraagd aan de Nederlandse vereniging voor Urologie

om hun visie vast te leggen in een richtlijn. De Nederlandse vereniging voor Urologie heeft de minister geïnformeerd over de behandelrichtlijn, waarin wordt beschreven wat de NvU als wel en niet medisch noodzakelijk acht, en adviseert de minister om het vergoeden van besnijdenis met een medische indicatie mogelijk te maken.

Take Home Message

- Wees geïnformeerd: wat kan, wat moet en waar.
- Denk na en stem af met patiënt en familie.



Reiziger



Op het vliegveld van Valencia, op de weg terug naar huis, werd ik door de organisatie van de OverEINDse dagen gevraagd of ik misschien een stukje zou willen schrijven voor het Eindverslag. Aangestoken door het enthousiasme, stemde ik natuurlijk gelijk in. Nu echter, de dag voor de deadline, vraag ik me af waar ik moet beginnen.... Waarschijnlijk hadden de dames hier al op gerekend, want ik kreeg een mooi lijstje met tips en mogelijke aanknopingspunten toegestuurd. (Waarvoor mijn dank).

Sinds een ruim jaar werk ik als huisarts in Sint-Oedenrode, maar daarvoor heb ik tijdens mijn opleiding en de daaropvolgende waarnemingen voornamelijk in de Kempen gewerkt. Ik was al meerdere collegae tegengekomen die met leuke verhalen terugkwamen van de OverEINDse dagen. Mijn huidige collega deed daar nog een schepje bovenop en dus schreef ik me begin januari in om mee te gaan. Een paar dagen voor vertrek werd ik stiekem toch een beetje zenuwachtig: wat had ik daar te zoeken als 'jonge klare'? Gelukkig bleek al snel dat die zenuwen niet nodig waren; genoeg anderen die net als ik geen idee hadden wat de NBBS is en wie het wel wisten, waren meer dan bereid om ons dat uit te leggen.

Door de leerzame lezingen heb ik weer moed gekregen om zelf pessaria te gaan plaatsen, zucht ik iets minder diep op het moment dat er een patiënt met hoofdpijn de spreekkamer binnenkomt, heb ik de palliatieve zorgapp al meermaals gebruikt en voel ik me meer bekwaam om als huisarts patiënten met een verminderde nierfunctie zelf te begeleiden. Maar daarnaast was het vooral fijn om eens op een andere manier met mijn vak bezig te zijn, te horen hoe andere collega's omgaan met alle veranderingen en uitdagingen en even op een andere manier met specialisten samen te werken dan telefonisch te overleggen over die ene individuele patiënt.

Dit in combinatie met een overdosis zon, heerlijk eten en gezellige activiteiten maakte het een bijzondere ervaring en heb ik ondertussen alweer andere collega's enthousiast gemaakt om volgend jaar ook mee te gaan. De organisatie was voortreffelijk, alleen die doorstart mogen jullie volgende keer best achterwege laten. Ik denk dat we als medisch specialisten in de regio trots mogen zijn dat deze jaarlijkse nascholing goed bezocht wordt en dat we ons allemaal willen (blijven) inzetten om de samenwerking tussen de 1ste en de 2de lijn verder te verbeteren.



Door: Lonneke Timmermans,
huisarts

Tot volgend jaar in Lillehammer!