

Woensdag 11 april 2018

16.15 uur Koffie met hapjes; informele opening congres

16.30 - 17.50 uur **Parallelsessies**, eerste ronde

Groep 1 **“Wat te doen met ons moeder?” De geriatrische spoedzorg onder druk**
Vergrijzing van de bevolking is een geleidelijke verandering in de zorg. Echter, we zien een snelle toename in de geriatrische spoedzorg. Dit heeft o.a. te maken met het feit dat veel ouderen nu thuis moeten blijven wonen. Verpleging en verzorging aan huis is als gevolg van bezuinigingen voor veel ouderen niet goed geregeld. Hierdoor kan niet vroegtijdig eenvoudige medische hulp of verpleging worden geboden, waardoor de hulpvraag snel escaleert in een spoedzorgvraag en onvermijdelijk ziekenhuisbezoek. Huisartsen voelen zich machteloos omdat de zieke oudere patiënt niet meer thuis te managen is en alleen het ziekenhuis als uitwijkmogelijkheid zien. Deze kwetsbare oudere patiënten vragen zowel in de huisartsen (spoed)zorg als op de SEH van het ziekenhuis relatief veel tijd; hun klachten zijn vager, hebben meer comorbiditeit, ze hebben meer onderzoek nodig en zijn vaak ook zieker dan de gemiddelde acute zorgvrager. Wanneer de acute problemen zijn verholpen of uitgesloten is de conditie van deze patiënten vaak niet direct goed genoeg om terug naar huis te gaan, maar te goed voor een opname in het ziekenhuis. Ze zouden idealiter verder revalideren (of verblijven) in een verzorgingshuis, verpleegtehuis of wijkziekenboeg, maar al deze voorzieningen zijn meestal niet (direct) beschikbaar. De uitdaging is dan ook om de oudere patiënt met een spoedzorgindicatie op het juiste moment op de juiste plek te krijgen.
Maaïke Maas, SEH-arts CZE, Ylva Onderwater, huisarts, Esther Warmerdam, SOG-arts Vitalis Behandelgroep

Groep 2 **Anticonceptie bij comorbiditeit en menopauze management**
Anticonceptie bij de vrouw is een veel voorkomende hulpvraag in de dagelijkse praktijk van de huisarts en de gynaecoloog. Een gezonde vrouw instellen op de juiste vorm van anticonceptie is meestal niet ingewikkeld. Lastiger wordt het als er sprake is van comorbiditeit die een (relatieve) contra-indicatie kan vormen. Of wanneer die de werking van het anticonceptivum nadelig beïnvloedt, dan wel de kans op bijwerkingen vergroot.
Rondom de menopauze kan er behoefte bestaan aan hormonale therapie, maar dan als substitutie. Er is angst om bij vrouwen met klachten van de overgang te starten met hormonale therapie. Volgens de huidige inzichten is er echter gezondheidswinst te behalen op het gebied van cardiovasculaire ziekten en osteoporose indien gestart wordt met hormonale substitutie binnen 2 jaar na de menopauze. Daarnaast is er ook toenemende behoefte aan niet hormonale therapie, o.a. voor vrouwen met borstkanker in het heden of verleden. Hier zullen wij alternatieven voor moeten aanbieden.
Anne Damoiseaux, gynaecoloog CZE, Peggy Geomini, gynaecoloog MMC, Cecile Hoeks, huisarts

17.50 - 18.00 uur Koffiepauze

18.00 - 19.20 uur **Parallelsessies**, eerste ronde

Groep 1 **Wat is (niet) nuttig in de vasculaire geneeskunde?**
In de vasculaire geneeskunde komen veel veranderingen en nieuwe uitvindingen op ons af. Tegelijkertijd moet er veel van de zorg van de tweede lijn terug naar de eerste lijn. Om onze zorg zo efficiënt mogelijk te bundelen, is het goed om te weten wat er kan in de tweede lijn, en vanuit de eerste lijn hoe we daar zo efficiënt mogelijk mee omgaan, en wat we over kunnen nemen.

In de eerste lijn is de truc om goed om te gaan met therapietrouw, life style, het bespreekbaar maken van de “broodje-aap-verhalen”. In de tweede lijn zijn meer hippe en shiny nieuwigheden op de markt. In elk vakgebied kunnen we op een andere manier iets voor een patiënt betekenen, en samenwerking zal onze krachten vermeerderen.

Louis Lieverse, internist-vasculaire geneeskundige MMC, Eveline Besselaar, internist CZE, Bertine Eshuis, huisarts

Groep 2

Trauma capitis en pijn cervicale wervelkolom na trauma

Huisartsen en SEH artsen zien frequent patiënten met een hoofdletsel. De voorafkans op complicaties in de huisartsenpraktijk is lager dan in de tweede lijn. Daarnaast bestaat er geen NHG standaard neklachten (na trauma). Op welke manier bepaal je in de eerste lijn of beeldvormend onderzoek van de wervelkolom geïndiceerd is? Wat zijn volgens de huisartsen dan wel SEH artsen (spoed)criteria voor verwijzing naar de tweede lijn bij een trauma capitis? Op welke manier is de opvang vervolgens geregeld. Zijn er/wat zijn de regionale afspraken voor het insturen van patiënten met trauma capitis dan wel klachten van de cervicale wervelkolom na trauma? Insturen voor de SEH-arts/chirurg/neuroloog?

Melissa Cadée, huisarts, Lianne Hollander, SEH-arts CZE, Annemieke Kummeling, SEH-arts MMC

Donderdag 12 April 2018

08.00 - 09.20 uur **Parallelsessies, tweede ronde**

Groep 1

Zindelijkheid bij kinderen

In de presentatie willen wij huisartsen en jeugdartsen handvatten geven voor zindelijkheidsvragen van ouders over hun kinderen, evenals vragen over plas- en poepgedrag en incontinentie, bedplassen en verstopping.

Onderwerpen die behandeld zullen worden:

1. Wat is normaal in zindelijkheidsontwikkeling wat betreft incontinentie en bedplassen?
2. Hoe ga ik om met vragen over toilet-, plas- en poepgedrag?
3. Wat kan ik als huisarts zelf doen en adviseren?
4. Welke alarmsymptomen moet ik kunnen herkennen in mijn eigen praktijk?
5. Welke verwijsmogelijkheden zijn er bij GGD en ziekenhuizen?

We zullen het verhaal vertellen aan de hand van de zojuist afgeronde RTA Zindelijkheid en Obstipatie

Edwin Knots, kinderarts CZE, Bas Zegers, kinderarts MMC

Groep 2

“PICS is niet niks”

Een behandeling op een IC is vaak een ingrijpende gebeurtenis voor de patiënt én voor diens naasten. Door de uitstekende IC-zorg in ons land kunnen steeds meer IC-patiënten overleven. Overleven eist echter nog al eens zijn tol. Patiënten kunnen tot jaren later fysieke, cognitieve en psychosociale problemen ondervinden met een vaak verminderde kwaliteit van leven tot gevolg. Ook bij familieleden kunnen door de stressvolle IC-opname van hun naaste psychische problemen ontstaan. Zo komen een post traumatische stressstoornis en depressie bij hen ook vaak voor, dit laatste wordt “*Post Intensive Care Syndrome Family (PICS-F)*” genoemd. Hoe vaak PICS en PICS-F in Nederland voorkomen, is niet bekend. Geschat wordt voornamelijk dat de helft van de IC-patiënten met (één van de facetten) van PICS te maken zal krijgen. Naast de IC-gerelateerde klachten, zal een deel van de patiënten problemen ervaren t.g.v. de primaire aandoening die opname noodzakelijk maakte, co-morbiditeit, ouderdom etc..

Het onderscheid is niet altijd makkelijk te maken. Kennis van PICS is daarom

nodig om de ex-IC-patiënt en familie effectief te behandelen en te begeleiden in de periode na de IC behandeling. Een deel van de ziekenhuizen wil IC-nazorg verder vorm geven of heeft dat al gedaan. Wij beschouwen de OverEINDse dagen als een unieke kans om hierin samen (het begin van) oplossingen en verbetering te zoeken.

Jesse van Akkeren, internist-intensivist MMC, Marc Buise, anesthesioloog-intensivist CZE, Maud Roelofsen, huisarts

09.20 - 09.40 uur

Pauze

09.40 - 11.00 uur

Parallelsessies, derde ronde

Groep 1

Hepatitis beelden in de huisartspraktijk

"Hepatitis" is een eeuwenoud ziektebeeld dat al in 3000 v.C. door de Sumeriërs in kleitabletten beschreven werd. Inmiddels weten we dat dit ziektebeeld een heel scala aan oorzaken kan hebben waaronder overmatig alcohol gebruik, infecties, medicatie etc. Helaas geven de symptomen slechts zeer beperkte aanwijzingen voor de onderliggende oorzaak. Wat betreft de infectieuze oorzaken lijkt er de afgelopen decennia niet veel veranderd te zijn. Hepatitis A, B, C, D, EBV en CMV blijven de meest voorkomende en/of bekende infectieuze oorzaken. Toch zijn er de afgelopen jaren enkele belangrijke ontwikkelingen geweest waarvan de huisarts op de hoogte zou moeten zijn. Enerzijds zijn er effectieve behandelopties voor (chronische) HBV en HCV beschikbaar gekomen waardoor deze infecties, mits behandeld in een vroeg stadium, vrijwel niet meer leiden tot leverkanker. Anderzijds is er een nieuw virus, hepatitis E virus, bij gekomen dat veel vaker lijkt voor te komen dan tot nu toe werd gedacht. Wat betekent dit voor de huisarts? Wanneer moet je aan welke oorzaken denken, wanneer en hoe vaak doe je welke diagnostiek, wanneer kan er afgewacht worden bij een acute hepatitis en wanneer is het verstandig de patiënt te verwijzen naar de MDL arts? Al deze vragen zullen in de presentatie aan bod komen en de huisarts handvatten bieden voor de dagelijkse praktijk. *Suzanne Marcelis, huisarts, Ilse Overdevest, arts-microbioloog PAMM, Anne-Marie Wensing, MDL-arts CZE*

Groep 2

"Wat te doen met ons moeder?" De geriatrische spoedzorg onder druk

Annemieke Kummeling, SEH-arts MMC, Maaike Maas, SEH-arts CZE, Ylva Onderwater, huisarts

11.00 - 11.20 uur

Pauze

11.20 - 12.40 uur

Parallelsessies, vierde ronde

Groep 1

Casuïstiek prostaatkanker - de multidisciplinaire approach

Prostaatkanker is de meest voorkomende maligniteit bij de man. Vandaag de dag slagen we er als medicus steeds vaker in om van prostaatkanker een chronische ziekte te maken i.p.v. een lethale tumor. De afstemming van het medicamenteuze beleid op de chirurgie en de radiotherapie heeft een enorme ontwikkeling gekend de afgelopen jaren. Het beleid wordt vandaag de dag op maat van de individuele patiënt in een multidisciplinair behandelteam bepaald, waardoor alle nodige kennis en ervaring aanwezig is om de meest geavanceerde behandelingen aan te bieden aan onze patiënten in de regio Eindhoven. Het uro-oncologisch behandelteam biedt daarbij in onze eigen regio alle behandeltechnieken aan, met garantie van kwaliteit van zorg. *Linda van Avendonk, huisarts, Marnix Lybeert, radiotherapeut CZE, Laurent Fossion, uroloog MMC*

Groep 2

Wat is (niet) nuttig in de vasculaire geneeskunde?

Louis Lieverse, internist-vasculaire geneeskundige MMC, Eveline Besselaar, internist CZE, Bertine Eshuis, huisarts

Vrijdag 13 April 2018

08.00 - 09.20 uur	Parallelsessies, eerste ronde
Groep 1	Anticonceptie bij comorbiditeit en menopauze management <i>Anne Damoiseaux, gynaecoloog CZE, Peggy Geomini, gynaecoloog MMC, Cecile Hoeks, huisarts</i>
Groep 2	Zindelijkheid bij kinderen <i>Edwin Knots, kinderarts CZE, Marion Salwegter, (kader)huisarts, Bas Zegers, kinderarts MMC</i>
09.20 - 09.40 uur	Pauze
09.40 - 11.00 uur	Parallelsessies, tweede ronde
Groep 1	Trauma capitis en pijn cervicale wervelkolom na trauma <i>Melissa Cadée, huisarts, Lianne Hollander, SEH-arts CZE, Annemieke Kummeling, SEH-arts MMC</i>
Groep 2	Hepatitis beelden in de huisartspraktijk <i>Suzanne Marcelis, huisarts, Ilse Overdeest, arts-microbioloog PAMM, Anne-Marie Wensing, MDL-arts CZE</i>
11.00 - 11.20 uur	Pauze
11.20 - 12.40 uur	Parallelsessies, derde ronde
Groep 1	“PICS is niet niks” <i>Jesse van Akkeren, internist-intensivist MMC, Marc Buise, anesthesioloog-intensivist CZE, Maud Roelofsen, huisarts</i>
Groep 2	Casuïstiek prostaatcancer - de multidisciplinaire approach <i>Linda van Avendonk, huisarts, Marnix Lybeert, radiotherapeut CZE, Laurent Fossion, uroloog MMC</i>

Zaterdag 14 april 2018

09.00 - 10.45 uur	Plenaire sessie Zorgdebat: taakdifferentiatie in de zorg; de betekenis voor de patiënt, zorgverlener en innovatie
10.45 - 11.00 uur	Koffiepauze
11.00 - 12.00 uur	Feedback op het zorgdebat aan de hand van “breinvoorkeuren” door <i>Gonda van Duivenvoorden</i>
12.00 uur	Afsluiting congres
12.45 uur	Vertrek vanuit het hotel