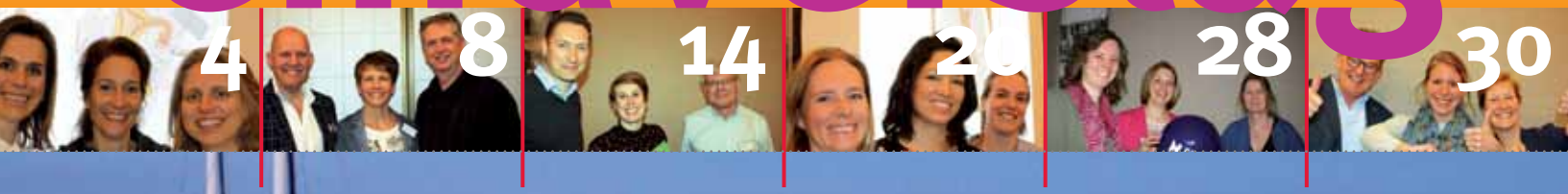
eindverslag


4 8 14 20 28 30

OverEINDse dagen vanuit Puerto Banús

11 tot en met 14 april 2018

Eindverslag is een jaarlijkse uitgave van adherente huisartsen, specialisten ouderengeneeskunde en specialisten Catharina Ziekenhuis en Máxima Medisch Centrum

11

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, Meggy Hurenkamp, Marieke Kerskes, Jolanda Oosterwaal, Mariëtte Oostindiër, Mark Scherders, Eveline van de Ven
Fotografie Niek Arents, Dirk Bakkeren, Mariëtte Oostindiër, Maud Roelofsen, Jeanine Treffers, Linda Voogt
Ontwerp en opmaak Ster design ontwerpbureau
Drukwerk Strijbos Grafische Groep
Oplage: 1.200 stuks.
Redactie Eindverslag,
Postbus 1350, 5602 ZA Eindhoven, telefoon 040 - 239 84 05, e-mail: info@OverEIND.nl

máxima medisch centrum

catharina ziekenhuis

DIAGNOSTIEK VOOR U

P<MM

Regionale Stichting Zorgcentra de Kempen

Libra REVALIDATIE & AUDIOLOGIE

MSB de Medici

PoZoB Zorg is maatwerk

TransMáx integrale zorg

HACA Huisartsen Catharina-ziekenhuis Platform voor samenwerking

Inhoudsopgave

Anticonceptie bij comorbiditeit en menopauze management 4

PICS is niet niks 8

Reprise van het Zorgdebat 10

Casuïstiek prostaatkanker - de multidisciplinaire approach 14

To pee or not to pee, that's the question 18

"Auw mijn hoofd, help me even OverEIND" 20

Wat doen we met ons moeder? 24

(Virale) hepatitis 28

Wat is (niet) nuttig in de vasculaire geneeskunde? 30

Rubrieken

Reisleider 3
Reiziger 12, 16, 22, 32
Reisafspraak 7, 17, 27, 31

Reisleider

We kijken met veel plezier terug op de OverEINDse dagen in Puerto Banús.
De workshops waren van hoog niveau waarbij we handvatten kregen voor de dagelijkse praktijk. Veel voorkomende problemen als zindelijkheid bij kinderen, anticonceptie en menopauze, trauma capitis en nekletsel passeerden de revue.
De kennis omtrent hepatitis werd opgeschud en vanaf nu herkennen we allen het Post Intensive Care Syndroom, hetgeen inderdaad niet niks is. Overigens zijn terloops ook congres gerelateerde varianten van het acroniem PICS ontdekt, waarbij canyoning, cycling en city-trippen de kern vormt.
De discussie over prostaatcarcinoom en het wel of niet PSA bepalen, woedt nog voort en ondanks de uitstekende presentatie blijven we toch nog vaak zitten met ons moeder. De strengere richtlijnen voor cholesterolwaarden waren geenszins van toepassing op de deelnemers, de streefwaarden zijn in Puerto Banús bij lange na niet gehaald.
De sportieve activiteiten en de vrije middag zorgden voor de rest waardoor de onderlinge verbondenheid groeide, hetgeen resulteerde in een overvolle dansvloer tijdens het geslaagde slotfeest.
Het zorgdebat en de slotpresentatie over breinvoorkeuren gaven voldoende stof tot nadenken voor de terugreis en daarna.

Al met al zijn wij als bestuur zeer tevreden met deze reis en willen we alle deelnemers bedanken voor hun enthousiaste betrokkenheid en actieve bijdrage.
Wij verheugen ons erop velen van u weer te ontmoeten op onze volgende (lustrum) reis met bestemming Levi, Finland van 23 t/m 26 januari 2019.

Wellicht tot dan, namens het bestuur van Stichting OverEIND,
Joep van Rens, voorzitter

Anticonceptie bij comorbiditeit en menopauze management

Door: Anne Damoiseaux, gynaecoloog Catharina Ziekenhuis, Peggy Geomini, gynaecoloog Máxima Medisch Centrum en Cecile Hoeks, huisarts

Bijna 70% van de Nederlandse vrouwen tussen de 18 en 45 jaar gebruikt enige vorm van anticonceptie. 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. De WHO heeft een prachtige richtlijn die regelmatig van updates wordt voorzien.

Orale anticonceptie (OAC)

Het meest voorgeschreven anticonceptivum bij de vrouw is gecombineerde OAC. De anticonceptieve werking van OAC komt met name tot stand door de progestageen component. De LH-afgifte en de FSH-afgifte worden geremd, waardoor de follikelgroei wordt geremd en er geen ovulatie optreedt. Daarnaast wordt het cervixslijm verminderd permeabel voor zaadcellen. Ook treedt er atrofie op van het endometrium waardoor het minder ontvankelijk is voor implantatie. Het oestrogene bestandsdeel houdt het endometrium in stand. In bijgaand overzicht ziet u het merendeel van de in Nederland verkrijgbare hormonale anticonceptiepreparaten gerangschikt naar oestrogeendosis en progestageensamenstelling. Dit overzicht is zeer bruikbaar in de dagelijkse praktijk als er bijwerkingen worden gemeld van de OAC.

Bijwerkingen

De meest genoemde bijwerking is onregelmatig bloedverlies, wat na de eerste 3 maanden niet meer als normaal wordt beschouwd. In de eerste 10 dagen van de pilstrip komt dit vaak door een te lage oestradiol dosering. U dient de oestradiol dosering dan op te hogen. In de tweede 10 dagen van de pilstrip komt dit door een te lage dosering van het progesteron. U dient de progesterondosering op te hogen. Bij onvoorspelbaar bloedverlies kiest u voor een continue dosering met de vaginale ring of de pleister, of u kiest voor een driefase pil.

Comorbiditeit

Bij het instellen op anticonceptie dient u altijd te vragen naar het rookgedrag van de vrouw. Roken geeft endotheelschade en daardoor een verhoogd risico op vasculaire events. Nicotine verlaagt de oestradiolspiegel, met meer kans op doorbraakbloedingen. Daarnaast versnelt OAC de nicotineafbraak en versterkt het dus de verslaving. Alle vrouwen van boven de 35 jaar die roken dienen dit niet te combineren met OAC. De grote uitdaging in de dagelijkse praktijkvoering ligt in het opsporen van deze vrouwen. Een sluitend systeem met de apothekers en artsen is hiervoor nog niet ontwikkeld. Alle vrouwen die niet roken en ook geen andere risicofactoren hebben voor endotheelschade kunnen OAC gebruiken tot de leeftijd van 52 jaar.

Ook bij vrouwen met migraine, specifiek met aura, is er een contra-indicatie voor het gebruik van OAC. Bij vrouwen met migraine zonder aura is het advies om boven de 35 jaar ook af te zien van het gebruik van OAC. Zij hebben allemaal een verhoogd risico op het krijgen van een CVA. Een progesteronalleen pil kan wel veiliger worden voorgeschreven.

Progestageen Oestrogeen	1e generatie P	2e generatie P	3e generatie P	Drospirenon	17 OH- progesteron
EE 50 mcg		Microgynon 50			
EE 35 mcg		Evra pleister Cilest			Diane-35 EE/CPA
EE 30-40-30 mcg (drie-fase)		Trigynon (6-5-10) Trinordiol (6-5-10)			
EE 30 mcg		Microgynon 30 Stediril 30 EE/LNG 30 EE/DSG 30	Minulet Marvelon Strelicia EE/Gestodeen 30	Yasmin Rosal EE/Drosp 30	
EE 20 mcg		Microgynon 20 Lovette EE/LNG 20 EE/DSG 20	Mercilon Strelicia EE/Gestodeen 20	Yaz (24+4) Daylette (24+4) EE/Drosp 20	
EE 15 mcg			NuvaRing EE/gestodeen 15		
E2 3-2-1 mg		Qlaira (2-5-17-2+2)			Zoely (24+4)
0	Orgametril Primolut N	Mirena/Kyleena Cerazette/DSG	Implanon		DP 150 Sayana

EE = Ethinylestradiol
LNG = Levonorgestrel
DSG = Desogestrel
Drosp = Drospirenon
DP = Depoprovera
CPA = Cyproteronacetaat

Overzicht OAC

Menopauzemanagement

Jaarlijks hebben ruim een miljoen vrouwen in Nederland tussen het 40ste en 60ste levensjaar te maken met de overgang. Ongeveer 80% heeft daar in min of meerdere mate klachten van. Onderzoek laat zien dat 34% van het ziekteverzuim van vrouwen in deze leeftijdscategorie gerelateerd is aan overgangsklachten. Hoe wordt de diagnose overgang eigenlijk gesteld? Hoe zit het met het risico op trombose en mammacarcinoom bij gebruik van hormonen? En hoe lang moeten hormonen worden gebruikt?

Diagnose

De menopauze is de laatste menstruatie van een vrouw. Deze kan retrospectief na 12 maanden amenorroe worden gesteld. In de jaren voorafgaand aan de laatste menstruatie start een zogenaamde transitiefase. De transitiefase wordt gekenmerkt door vasomotore klachten, slaapproblemen en stemmingsklachten. In de vroege transitiefase wordt de menstruatiecyclus vaak korter en neemt de hoeveelheid menstrueel bloedverlies toe; in de late fase ontstaan er langere periodes van amenorroe tussen de menstruaties in. In de postmenopauze houden de vasomotore klachten en stemmingsproblemen nog aan. Tevens start de ontwikkeling van atrofische klachten en neemt het risico op osteoporose en cardiovasculaire aandoeningen toe. De belangrijkste endocriene verandering die er plaatsvindt, is het afnemen van de oestrogeenspiegels. De diagnose overgangsklachten is gebaseerd op symptomen. Het bepalen van oestrogeenspiegel met of zonder FSH of LH bepaling heeft geen toegevoegde waarde.

Risico's

Zowel het risico op trombo-embolische processen als het risico op mammacarcinoom nemen toe met het stijgen van de leeftijd. Hormoontherapie > 50ste jaar maakt het risico op een veneuze trombose 4 maal zo groot. Het risico is echter niet verhoogd bij transdermale toediening van oestrogenen. Indien de vrouw een baarmoeder heeft dient oestrogeengebruik gecombineerd te worden met minimaal 12 dagen per maand progesterongebruik. Het risico op mammacarcinoom wordt met name bepaald door het soort progesteron. Een natuurlijk

progesteron (verkrijgbaar als Utrogestan) geeft geen verhoogd risico op mammacarcinoom. Het gebruik van Dydrogesteron minder dan 5 jaar geeft ook geen verhoogd risico op mammacarcinoom. In Femoston wordt oestrogeen gecombineerd met Dydrogesteron. Er bestaan geen preparaten waarbij oestrogeen wordt gecombineerd met Utrogestan. Als een oestrogeenpleister wordt gecombineerd met Utrogestan is er geen verhoogd risico op trombo-embolie en geen verhoogd risico op mammacarcinoom.

Hoe lang gebruiken?

De NHG standaard adviseert elke 6 maanden een stoppoging te doen. De NVOG richtlijn adviseert minimaal jaarlijks te evalueren. Er zijn aanwijzingen dat afbouwen van medicatie (bijvoorbeeld van 2 pleisters naar 1 pleister of Femoston 2/10 naar Femoston 1/10) op de korte termijn minder risico op recidief klachten geeft.

De nieuwe NVOGrichtlijn Management rondom Menopauze is vanaf 10 mei 2018 beschikbaar via www.nvog.nl. Hierin is ook een handig medicatieoverzicht opgenomen.

Reisafspraak

RTA Antistolling

Tijdens de OverEINDse dagen naar Lillehammer (Noorwegen (2017) hebben Monique Brands hematoloog CZE, Jos Dijkmans, huisarts Eindhoven, Laurens Nieuwenhuizen hematoloog MMC een workshop verzorgd over Behandeling van diep veneuze trombose en longembolie in het tijdperk van de DOAC's.

Tijdens de workshop werden verschillende voorbeelden benoemd waar het mis kan lopen met de antistolling, vaak leidend tot onnodige ziekenhuisopnames. Sinds de introductie van de DOAC's is de wereld van de antistolling nog complexer geworden.

Reden om regionale afspraken te maken met betrekking tot het reduceren van vermijdbare bloedingen of trombose, het (herzien van het) beleid rondom de afstemming bij starten en stoppen, bij ingrepen en bij de overdracht van patiënten met antistolling. Het implementeren van deze afspraken vraagt gedragsverandering van alle betrokken hulpverleners, waarbij het vergroten van kennis over antistolling inzicht geeft in de reden om communicatie met elkaar te verbeteren. De RTA 'Antistolling, beleid en communicatie' is bestemd voor de communicatie rond het antistollingsbeleid door huisartsen, specialisten, specialisten ouderengeneeskunde, tandartsen, apothekers en TD-en, zowel bij het voorschrijven, controle op interacties tijdens het gebruik, als bij de overdracht en het beleid bij invasieve ingrepen. In de RTA wordt met name aandacht besteed aan de rol van de arts als voorschrijver en als uitvoerder van een ingreep.
Onlangs heeft de Kwaliteitsraad haar goedkeuring gegeven aan de RTA 'Antistolling, beleid en communicatie'. De RTA vindt u via de app RTA ZOB en via de websites van de transmurale centra.

Door: Mariëtte Oostindiër,
coördinator TransMáx

PICS is niet NIKS

Door: Jesse van Akkeren, internist-intensivist Máxima Medisch Centrum, Marc Buise, anesthesioloog-intensivist Catharina Ziekenhuis en Maud Roelofsen, huisarts

Jaarlijks worden in Nederland ca. 85.000 patiënten opgenomen op een Intensive Care (IC). Dat betekent voor een norm-huisartsenpraktijk in de regio Brabant ongeveer 13 patiënten per jaar.

De redenen waarom patiënten op een IC moeten worden opgenomen zijn zeer divers en ook onderling verschillen IC's hierin: Binnen de regio Eindhoven zien we in het Máxima Medisch Centrum procentueel meer niet-chirurgische opnames (pneumonie, exacerbatie COPD, urosepsis, CVA, na reanimatie etc.) en in het Catharina Ziekenhuis relatief meer post-chirurgische patiënten. Dit verschil is te verklaren door het grote aantal patiënten na een open hart operatie in het Catharina Ziekenhuis. Het grootste deel van de IC-patiënten verblijft korter dan 48 uur op de IC, een deel verblijft er echter weken, maanden of zelfs langer dan een jaar.

Veel veranderd

Op IC's is de laatste 20 jaar veel veranderd. Naast een toename van allerlei behandelmogelijkheden (deels technologisch), zijn de meeste IC's overgegaan van 'open format', waarbij de insturend specialist hoofdbehandelaar bleef, naar 7x24 uur 'closed format' waarbij een intensivist hoofdbehandelaar is. Door de ontwikkelingen in de IC-geneeskunde is de prognose de laatste decennia behoorlijk verbeterd: 87% van de patiënten verlaat levend het ziekenhuis, 77% is na een jaar nog in leven.

PICS

Dat een IC-opname vaak blijvende gevolgen heeft voor een patiënt en diens familie krijgt de laatste jaren toenemende aandacht. Een aanzienlijk deel (25-50%) van de patiënten die op een Intensive Care hebben gelegen, ontwikkelt symptomen passend bij het Post IC Syndroom (PICS). PICS is gedefinieerd als een afname op het gebied van lichamelijk, cognitief en/of psychisch functioneren (direct dan wel soms jaren) na een opname op een intensive care (figuur 1.) Soms betreft het slechts één klacht maar een combinatie wordt vaker gezien. Het is niet altijd eenvoudig om de relatie met het IC-verblijf te leggen als er bijvoorbeeld ook van chronisch onderliggend lijden sprake is. De beschreven klachten kunnen ook voorkomen bij ernstig ziekte, zonder IC-opname. Wellicht moeten we spreken van Post Critical Illness Syndrome of Post Severe Illness Syndrome. Desalniettemin wordt het beschreven scala van klachten zeer vaak na IC-verblijf gezien en heeft de introductie van de term PICS geleid tot meer aandacht, erkenning voor patiënten, families en heeft het geleid tot onderzoek. PICS kan zich ook na lange tijd nog openbaren (figuur 2)

Risicofactoren

Er is een aantal risicofactoren die de kans op PICS vergroten. Medische opnames, spoedopnames en langdurig IC-verblijf zijn van invloed, ook alcohol- en nicotine-abusus en pre-existente psychische of cognitieve aandoeningen vergroten de kans op PICS. Tijdens het verblijf op de IC zijn delier (duur, ernst) en immobilisatie (leidend tot ICU acquired weakness, voorheen critical illness polyneuropathie genoemd) en de duur van mechanische beademing (sedatie, spierverslapping) grote riscofactoren. Ook de familie van een IC patiënt kan PICS krijgen (PICS-F).

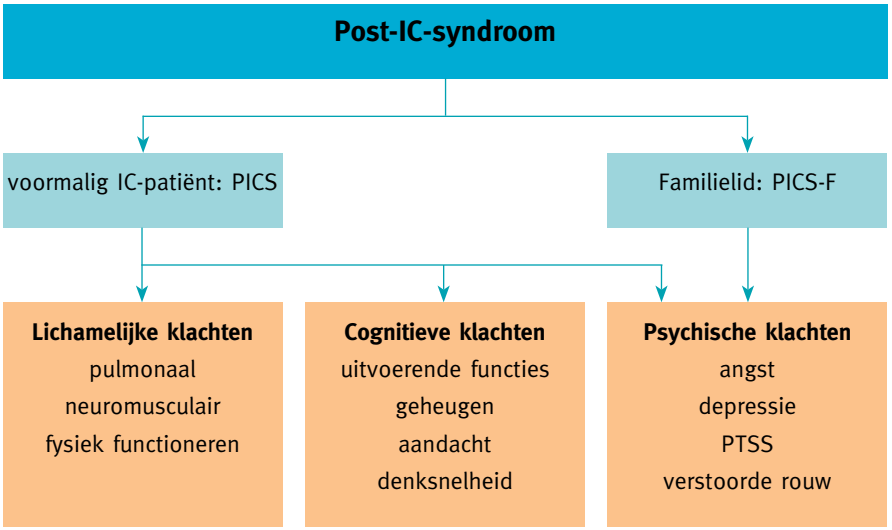
Interview Jan

Tijdens de voordracht wordt een interview vertoond met Jan. Jan heeft in 2015 drie maanden op de IC van het Catharina

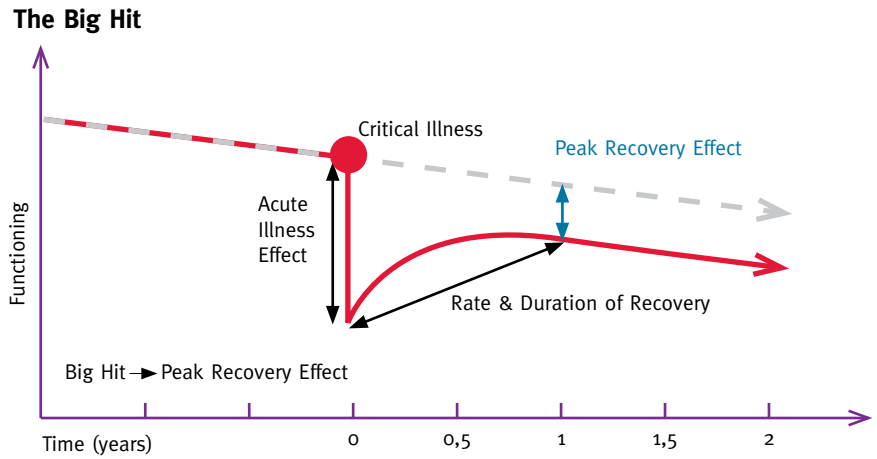
Ziekenhuis gelegen en beschrijft op een duidelijke wijze waar hij daarna tegenaan is gelopen. Met name zijn polyneuropathie en cognitieve stoornissen hebben zijn functioneren beperkt. In het verhaal maakt Jan duidelijk dat de combinatie van lichamelijke met cognitieve en psychische klachten beangstigend was. De herkenning en erkenning dat er sprake was van PICS gaf rust en vertrouwen. Het interview is aangrijpend en voor veel van de aanwezigen herkenbaar.

IC-dagboek

Met het erkennen van PICS komt het volgende probleem: is er wat aan te doen?
Een groot deel van de risicofactoren is niet te beïnvloeden. Er is geen invloed op de aard van de opname, spoed of electief of leeftijd. Op de IC richt de preventie zich dan ook voornamelijk op het voorkomen van delier, vroege mobilisatie, zo snel mogelijk ontwennen van beademing en kort en minder diep sederen.
Uit literatuur blijkt vooral dat het bijhouden van een IC-dagboek helpt in verwerking van de periode. Er zijn positieve berichten over zelfhulpprogramma's, met name in Scandinavië.
De in Nederland gestimuleerde Post-IC-polikliniek dan wel IC-nazorg-polikliniek, bemand door verpleegkundige en/of IC-arts lijkt geen positieve invloed te hebben: in een recente enquête vanuit het Catharina Ziekenhuis blijkt dat ongeveer 60 procent van de ziekenhuizen in Nederland een post-IC poli heeft. Een groot deel van de geënquêteerden geeft aan dat het ze niet duidelijk is wat het resultaat van de inspanningen is, maar heeft het idee goede zorg te verlenen. Uit dezelfde enquête blijkt dat 53% van de IC's een rol ziet voor de huisarts in het begeleiden en coördineren van de zorg van patiënten met PICS.



Figuur 1: Kenmerken van het Post-IC-Syndroom



Figuur 2: Schematische weergave van herstel na IC-verblijf

Rol huisarts

Naar aanleiding van de presentatie ontwikkelt zich een discussie. Post IC patiënten hebben vaak langdurig en frequent (na)zorg nodig en zoeken dit bij een breed scala aan zorgverleners. Bekendheid en regie op het PICS wordt hierin gemist. De aanwezige artsen zien een duidelijke rol voor de huisarts in het begeleiden van PICS patiënten. Belangrijk is de herkenning van PICS door zowel huisarts als medisch specialisten. Hiervoor zullen de IC's meer gericht feedback moeten geven aan de afdelingen en de huisartsen. Voorbeelden hiervan zijn extra adviezen in ontslagbrieven en bijvoorbeeld extra contact tussen huisarts en intensivist na signalen bij telefonische nazorg. De IC heeft een duidelijke rol in de vroege screening van patiënten met PICS.

Een groep geïnteresseerden gaat zich buigen over afspraken tussen de IC's van Máxima Medisch Centrum en het Catharina Ziekenhuis, huisartsengroepen, revalidatie artsen en andere zorgverleners. Wilt u meedenken? Meld u zich dan aan bij Jesse van Akkeren of Marc Buise.

TAAKHERSCHIKKING EEN VLOEK OF EEN ZEGEN?

Reprise van het Zorgdebat

Door: Joyce Curvers, klinisch chemicus Catharina Ziekenhuis, Ylva Onderwater, huisarts, Martina Porath, gynaecoloog Máxima Medisch Centrum en Bas Zegers, kinderarts Máxima Medisch Centrum

In 2002 heeft de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg een advies uitgebracht over taakherschikking in de zorg. Waarom was het tijd voor taakherschikking? Omdat het zorglandschap langzaam aan het veranderen was van beroepsstructuur gericht naar vraag gestuurde zorg. Tevens was er een capaciteitsprobleem wat hiermee mogelijk opgelost kon worden als de positie en de status van de verschillende zorgverleners duidelijk zou zijn en als de taakherschikking voor de hele zorgsector zou worden geïmplementeerd.

Waar staan we nu anno 2018 met onze taakherschikking? Er zijn 'nieuwe' zorgverleners bijgekomen, de praktijkondersteuner, de physician assistent, de verpleegkundig specialist. Wat is het effect van deze taakherschikking geweest op de medische kwaliteit van zorg (of kwaliteit van medische zorg), op de kosten van de zorg en op de capaciteit?

Shared decision making

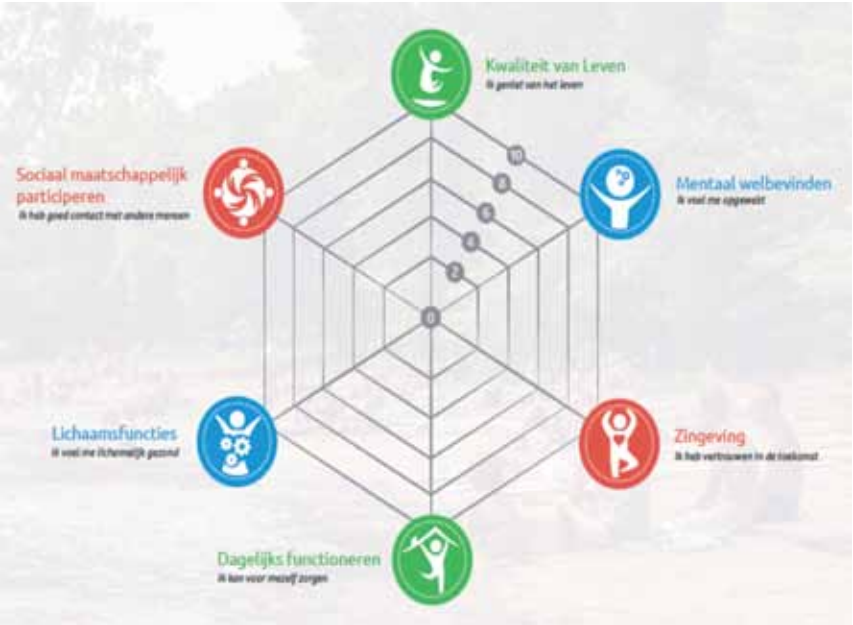
De patiënt/cliënt wordt gedwongen om mee te werken aan shared decision making, maar kan geenszins de deskundigheid van haar zorgverleners beoordelen. Iedereen kent voorbeelden van doorverwijzingen naar de kaderhuisartsen/superspecialisten zonder dat er een regiehouder lijkt te zijn die de helikopterview heeft. In het zorgdebat werd een voorbeeld genoemd van de zwangere vrouw met een stollingsstoornis, cervixdysplaie en een foetus vrucht met lip-kaak-gehemelteschisis, die vanuit de gynecoloog in het Catharina Ziekenhuis naar de hematoloog van het hemofiliecentrum (Maxima Medisch Centrum) naar het gespecialiseerde Elisabeth-Tweesteden wordt verwezen voor haar respectievelijk stollingsstoornis en kind met schisis. Waar bevalt mevrouw het beste? Hoe blijft de communicatie intact en wie kan de patiënt van het beste (objectieve) advies voorzien? Het bleek voor de aanwezigen erg lastig om zich in te leven in de patiëntenrol en uit het patroon als zorgverlener te stappen (iets te maken met breinvoorkeuren?). Uiteindelijk was daar gelukkig de gynaecoloog die de verloskundige als zorgcoördinator van de zwangere vrouw in haar kracht zette.

Positieve gezondheid

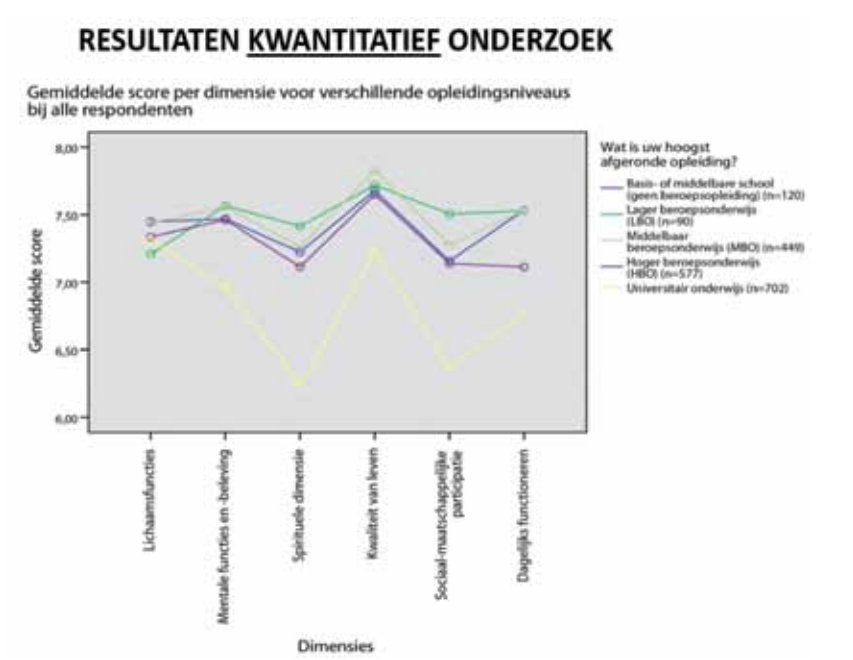
In plaats van de toegenomen vraag naar zorg maar te verstouwen, kan een andere kijk op gezondheid en zorg ook leiden tot minder vraag naar medicalisering ervan.
Ylva Onderwater heeft ons meegenomen hoe de praktijkvoering van Hans Peter Jung veranderde toen hij het concept positieve gezondheid van Machteld Hubert introduceerde in zijn praktijk, zie figuur 1 (pijlers van positieve gezondheid). En hoe goed (of eigenlijk slecht) onze perceptie is van wat patiënten eigenlijk misschien willen, figuur 2 (wat vinden de zorgverleners van de behoefte aan spiritualiteit).

De zorgverlener

Door taakdifferentiatie kan de dokter relatief routinematige (be)handelingen overlaten aan competente medewerkers, die meer tijd kunnen vrijmaken voor de patiënt. Dit stelt de dokter in staat om meer complexe, gespecialiseerde zorg te bieden en hierin bij te blijven en zelfs te excelleren. Keerzijde hiervan is dat de dokter geen 'gewone patiënt' meer ziet, een deel van zijn vaardigheden verliest, en laagdrempeliger



Figuur 1: Zes dimensies van positieve gezondheid, waaraan een patiënt zijn waardering kan toekennen

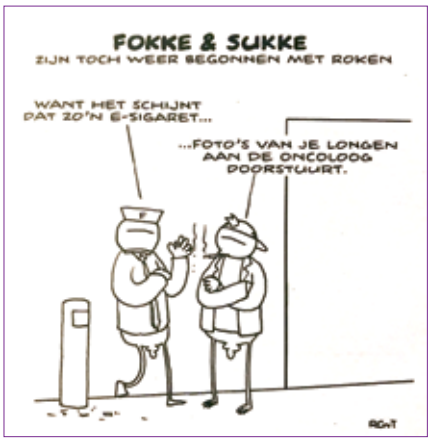


Figuur 2: Gemiddelde score per dimensie voor verschillende opleidingsniveaus.

doorverwijst (of volgens protocol moet verwijzen) naar zijn collega met meer ervaring. Uit de discussie bleek het verschil tussen de arts die zijn hart ophaalt aan de specialistischere taken en de arts die ziet dat niemand het overzicht (meer) heeft bij de patiënt/cliënt. Ook het systematisch doorverwijzen bij misschien minder specialistische taken voelt als oververzuiling en -regulatie.

Hulp van innovatie?

In de markt met een toegenomen vraag en een geringe beschikbaarheid en meer zelfregie is het logische antwoord: innovatie. Er zijn steeds meer geavanceerde



diagnostische maar ook therapeutische mogelijkheden gekomen. De robotisering doet meer zijn intrede in de zorg (medicijnuitgifte, Da Vinci). De protocollering neemt hierdoor tevens toe. En hoe handig is het dan om een app te hebben die aangeeft wat we kunnen en moeten? Big Data is hot! Maar het moet wel gestructureerde data zijn (is nu slechts 20%), zodat de populatie gebaseerde algoritmes verfijnd kunnen worden om toe te werken naar een gepersonaliseerde interpretatie van alle gegevens die we genereren.
Er zijn inmiddels meer dan 300.000 apps die patiënten en medische professionals helpen bij het maken van (gezamenlijke keuzes), maar hoe scheiden we het kaf van het koren? Dat is wellicht de belangrijkste uitdaging en vergt een andere rol van ons als zorgverleners.

Reiziger

Als nieuwe geriater in het Catharina Ziekenhuis viel ik met mijn neus in de boter; ik mocht mee met de OverEINDse dagen. De lovende omschrijvingen van mijn collega's beloofden veel goeds.

Ons reisgezelschap bestond uit zo'n 100 dokters en een aantal bestuurders, sommigen al jarenlang van de partij, anderen net als ik voor het eerst mee. Herenigingen en nieuwe ontmoetingen leverden zoveel gesprekstof en geroezemoes op, dat het cabinepersoneel van het vliegtuig de andere reizigers niet meer kon verstaan. Dit bleek tekenend voor de hele reis. En toen mijn dochter mij bij thuiskomst vroeg wat ik gedaan had in Spanje, was mijn eerste reactie: "vooral veel gekletst met een heleboel verschillende collega's."

De reis bracht ons naar een luxueus hotel in het kustplaatsje Puerto Banús, bekend om zijn jachthaven en jetset. De weelderige begroeiing met bougainville en palmbomen en het tapasbuffet bij aankomst, zorgden direct voor Spaanse sferen. Het weer deed dit echter niet. Daar waar ons een voorproefje op de zomer beloofd was, viel de regen met bakken uit de hemel en waaide er een koude wind. Gelukkig maakte de warme sfeer onderling dit meer dan goed.

Direct na aankomst begonnen de eerste nascholingssessies. Hulde aan de groepjes huisartsen, specialisten ouderengeneeskunde en medisch specialisten die interessante onderwerpen voorbereid hadden. Zo leerden we onder andere over de voordelen van een ultralaag LDL, de nieuwste inzichten over diagnostiek naar het prostaatcarcinoom en zochten we samen naar oplossingen voor 'ons moeder' die een bed nodig had.
Ik vond het verfrissend om ook te leren over onderwerpen die voor mij geen dagelijkse kost zijn, zoals de poep- en plasproblemen bij kinderen.
Het sociale programma bleek behoorlijk uitdagend. Zelf klom ik als beginneling op een mountainbike, om vervolgens een pittige tocht af te leggen met steile hellingen, blokkerende fietsen, koude wind en regen met blauwe lippen en bibberende lijven tot gevolg. Maar ook voldoening en saamhorigheid in een schitterende natuur.
En wat bleek, de groep dappere canyoningers was ook flink afgekoeld en de Ipad-groep was in het oude centrum van Marbella ook natgeregend.
We leerden ook dat PICS meer betekent dan alleen het, heel belangrijke, post-intensive care-syndroom. Het staat volgens Jesse van Akkeren ook voor het post-intensive Canyoning/Cycling/City tour-syndroom, met als meest voorkomende symptomen hypothermie, euforie en veranderd lichaamsbesef. Een trias om nooit meer te vergeten.

Gelukkig werden we na deze ontberingen heerlijk in de watten gelegd door Hetty en haar Spaanse collega. Heerlijke maaltijden rijkelijk voorzien van lekkere wijn en zalige toetjes en natuurlijk een spetterende feestavond.
Voor ons vertrek vond het zorgdebat plaats over taakherschikking en innovaties in de zorg, waarop werd teruggeblikt door Gonda Duivenvoorden. Zij spiegelde ons

Door: Brechtje Pastoors-Lubberink, klinisch geriater Catharina Ziekenhuis

Reiziger

een toekomst voor waarin door technologische ontwikkelingen en big data de rol van ons als dokters gaat verschuiven. We zullen volgens haar een vooral ondersteunende rol gaan vervullen, waarbij we moeten leren onze rechterhersenhelft meer aan te spreken.

We zullen zien of deze voorspelling uit zal komen, maar de voorspelling dat de volgende OverEINDse dagen wederom op een schitterende locatie zullen zijn, werd al bevestigd. Finland, op zoek naar het Noorderlicht. Ook daar kou, maar vast en zeker weer een warm samenzijn om de samenwerking te bevorderen.
En ook ik zal de OverEINDse dagen gaan aanprijzen bij mijn toekomstige collega's!

Casuïstiek prostaatkanker - de multidisciplinaire approach

Door: Linda van Avendonk, kaderhuisarts uro-gynaecologie, Laurent Fossion, uroloog Máxima Medisch Centrum en Marnix Lybeert, radiotherapeut Catharina Ziekenhuis

Prostaatkanker is de meest voorkomende maligniteit bij de man, met een incidentie van 214/100.000 persoonsjaren. Het is de tweede oncologische doodsoorzaak bij de man. Vroegtijdige diagnose verhoogt de overlevingskans bij prostaatkanker, omdat de tumor dan vaak curatief te behandelen is. Prostaatkanker wordt -dankzij de ontwikkelingen in de geneeskunde (diagnostiek en behandeling)- steeds meer een chronische ziekte in plaats van een dodelijke ziekte.

Diagnose en klachten

In de eerstelijn is een tijdige diagnosestelling van een prostaattumor primordiaal. PSA is en blijft een significante predictor van de aanwezigheid van een biologisch agressieve prostaattumor. Echter, geen enkele PSA-waarde sluit een tumor uit. Een prostaatcarcinoom groeit meestal langzaam en ontstaat gewoonlijk in de periferie van de prostaat, op enige afstand van de urethra. Mannen met mictieklachten hebben dus geen groter risico op prostaatkanker. Andere risicofactoren voor het ontwikkelen van prostaatkanker zijn: leeftijd boven 50 jaar, het Afro-Amerikaanse ras en familiaire belasting.

PSA bepaling

De keuze voor een PSA bepaling bij patiënten zonder klachten of met mictieklachten, zonder verdacht rectaal toucher, dient gemaakt te worden in overleg met de patiënt, na adequate voorlichting over de voor- en nadelen in zijn specifieke geval. Neem de levensverwachting en comorbiditeit in overweging bij PSA bepaling, want vroegtijdige detectie is enkel zinvol bij een levensverwachting van › 10 jaar. De keuzehulp voor 'testen op prostaatkanker' is nuttig om de patiënt de voor- en nadelen uit te leggen. Informatie wordt gegeven over de keerzijde van (over)diagnostiek (gevonden prostaatcarcinoom dat feitelijk geen behandeling behoeft) en overbehandeling (behandeling van prostaatcarcinoom zonder levensverlengend effect).

Mictieklachten

Een man met mictieklachten krijgt in de eerstelijn in principe een urinesediment, vult een IPSS-score in (een gevalideerde vragenlijst om de ernst van mictieklachten vast te stellen) en ondergaat een rectaal toucher. Een rectaal toucher heeft geen invloed op de PSA-waarde. Een verhoogd PSA of een afwijkend rectaal toucher zijn redenen om een patiënt onmiddellijk naar de uroloog te sturen voor verdere diagnostiek. Extra aandacht vragen patiënten:

- met familiaire belasting voor prostaatkanker
- met mictieklachten en een verhoogd PSA, ondanks het gebruik van 5-alfareductase-remmers, (NB dutasteride en finasteride halveren na 1 jaar gebruik de PSA-waarde).

Indien u beschikt over een PSA-waarde, helpt de prostaatkanker wijzer/risk calculator om het risico op een prostaattumor (met name op een significante tumor) in te schatten.

Screening/vroegtijdige detectie

De ERSPC-studie (2010) toont aan dat door PSA-screening prostaatkanker vroegtijdig wordt gediagnostiseerd. Het voordeel hiervan blijkt langdurig te zijn: 10-11 jaar na diagnose is

weinig agressieve tumoren	Gleason score	PSA ‹ 10 ug/L of	cT1c-cT2a stadium
intermediaire tumoren	Gleason score 7	PSA 10-20 ug/L of	cT2b-c
agressieve tumoren	Gleason score 8-10	PSA › 20 ug/L of	cT3-stadium

Schema classificatie en stadium tumoren

er een sterftereductie van 44% bij mannen jonger dan 70 jaar. PSA-screening verhoogt echter ook de detectie van niet-lethale prostaattumoren.

Diagnostiek in de 2e lijn

Prostaatkanker betreft een hele heterogene groep patiënten. De classificatie en/of het stadium van de tumor bij diagnose bepaalt de behandeling en de overlevingskansen, zie schema.

Ter bepaling van de classificatie en het stadium van de prostaattumor geven de richtlijnen aan dat er een echo van de prostaat moet worden gemaakt. De echo helpt de uroloog enkel om een preciezere volumemeting te doen en om de biopsienaald te zien bij het nemen van prostaatbiopsies. Volgens de nieuwste inzichten zal de uroloog een prostaattumor uitsluiten aan de hand van een detectie mp-MRI van de prostaat (in een MRI expertise centrum) en prostaatbiospies onder echogeleide.

Behandeling

In Nederland (en Europa) merken we een toename in het aantal diagnoses van prostaatkanker, maar het aantal behandelingen stagneert. In een oncologisch centrum wordt elke patiënt multidisciplinair besproken door een team van specialisten, die allen streven naar een optimale behandeling van de individuele patiënt. Het doel is om patiënten te genezen van hun (significante) prostaattumor of om metastase uit te stellen en de invloed op hun levenskwaliteit en overleving te minimaliseren.

Weinig agressieve tumoren worden behandeld met 'active surveillance', waarbij we de patiënt volgen met PSA en een mp-MRI of prostaatbiopten gebruiken in de follow-up.
Intermediair en hoog risico tumoren welke gelokaliseerd of zelfs lokaal gevorderd zijn, worden behandeld met curatieve intentie door middel van chirurgie (minimaal invasieve laparoscopische radicale prostatectomie) of hormoon-radiatietherapie (uitwendige bestralingen gecombineerd met 6-24 maanden hormonen). Indien sprake is van een biochemisch (lokaal) recidief kan salvage (= reddende) radiotherapie na chirurgie of een salvage radicale prostatectomie na radiotherapie nog steeds 75-80% kans bieden op genezing. Kwaliteit van chirurgie hangt af van de case-load en ervaring van de chirurg (en zijn team), niet van bijvoorbeeld een robot.
Hedendaagse radiotherapie slaagt erin om ter plaatse van de prostaat een hoge dosis te geven, zonder dat de omliggende weefsels al te zwaar belast worden. Een belangrijke rol spelen goudmarkers, ingebracht door de uroloog, waardoor de positie van de prostaat zichtbaar is op de lineaire versneller. Hierdoor kan veel gerichter bestraald worden, met minder bijwerkingen. Op korte termijn zal er gestreefd worden naar kortere behandelingsschema's, op langere termijn gaat de aandacht vooral naar het nog beter zichtbaar maken van de prostaat, waarbij de MRI een grote rol zal spelen, idealiter ingebouwd in de lineaire versneller en naar nog gerichter bestralen, waarbij protonen mogelijk een rol kunnen spelen.
Patiënten met gemetastaseerde ziekte worden behandeld volgens de nieuwste inzichten omtrent tweedelijns hormonale therapie, maar ook vroegtijdige chemotherapie en immunotherapie kunnen de overlevingskans significant vergroten (in termen van jaren). Echter moeten we steeds economisch verantwoord omgaan met deze dure geneesmiddelen.

Reiziger

Viva España

’s-Ochtends in alle vroegte moesten we klaarstaan om de bus naar Düsseldorf te nemen. Ik vreesde dat de vroege ochtend mijn humeur niet ten goede zou komen in de bus, maar de sfeer was gelukkig al erg goed! Voor mij was het de eerste keer om mee te gaan met de OverEINDse dagen, maar ik had al veel goede verhalen gehoord. Voor alles een eerste keer, zo ook dat we in het vliegtuig te horen kregen of we als groep iets stiller wilden zijn. Een prima start!

Het programma in Marbella was erg gevarieerd en de gehele reis was top georganiseerd. Nadat we na een voorspoedige heenreis in ons prachtige hotel waren gearriveerd, stonden de eerste parallelsessies op het programma. Er was nog voldoende energie voor discussie en na een lange dag konden we tenslotte genieten van een heerlijk diner in ons hotel.

Helaas was het weer uitzonderlijk belabberd voor Spaanse begrippen en konden wij ‘genieten’ van Hollandse regen en temperaturen in Spanje! Dit gaf wel weer nieuwe uitdagingen voor het middagprogramma van donderdag! Ik ben meegegaan met de Ipad city tour waarbij we ondanks de regen veel van de stad hebben kunnen zien! Respect voor de deelnemers die bijna onderkoeld terugkwamen van een lange moutainbikerit of zijn gaan canyoningen! Dit gaf weer leuke gespreksstof voor de avond!

Vrijdagmiddag konden we na weer een interessante ochtend met nascholingen bij-komen van onze avonturen op donderdag doordat we ruimte hadden voor eigen invulling. De een ging naar de stad, de ander koos voor een middagje shoppen in een van de grote malls. ’s-Avonds konden we genieten van een energieke show met Spaanse dans en kon iedereen de eigen variatie hierop op de dansvloer laten zien.

De laatste dag startten we met een pittig debat over taakdifferentiatie in de zorg. Gelukkig liet de zon zich de rest van de dag nog even zien waardoor we de OverEINDse dagen heerlijk in het zonnetje hebben kunnen afsluiten!
Ik vond het een ontzettend leuke en leerzame ervaring! Er was een perfecte afwisse-ling tussen nascholingen/social talk en fysieke activiteiten! Tot de volgende keer!

Door: Judith Vermeer-Martens,
specialist ouderengeneeskunde RSZK

Reisafspraak

RTA Chronische nierschade - update

In 2016 is er tijdens de OverEINDse dagen in Valencia al een voorschot genomen op de nieuwe richtlijnen rondom chronische nierschade. Een nieuwe formule om de glomerulaire filtratie snelheid (eGFR) te schatten is tijdens een workshop geïntroduceerd en aan de hand van veelvoorkomende klinische problemen zijn de knelpunten van de 'oude' richtlijn belicht. Het enthousiasme van de sprekers hielp om deze, toch altijd weer lastige, materie helder voor het voetlicht te brengen. Met dank aan Monique Botden, Arno Kuijper en Volkher Scharnhorst.

Inmiddels is in april 2018 de nieuwe richtlijn chronische nierschade verschenen. In deze richtlijn zijn landelijke transmurale afspraken (LTA) opgenomen. Er wordt aanbevolen om deze LTA regionaal uit te werken met de betrokken partners. Reden dus om de huidige RTA chronische nierschade te herzien. Dit wordt opgepakt door de regionale projectgroep: in mei 2018 komt deze projectgroep bijeen om de RTA te updaten, waarna deze voorgelegd wordt aan de kwaliteitsraad van de Huisartsenkring en na akkoord wordt rondgestuurd.

Door: Hennie van Bavel,
coördinator HaCa

TRANSMURALE AANPAK VAN ZINDELIJKHEIDSPROBLEMEN BIJ KINDEREN

To pee or not to pee, that's the question

Door: Edwin Knots, kinderarts Catharina Ziekenhuis, Marion Salwegter, kaderhuisarts uro-gynaecologie en Bas Zegers, kinderarts - sociale pediatrie Máxima Medisch Centrum

Vragen over zindelijkheid en verstopping bij kinderen zijn veel voorkomend in de huisartsenpraktijk en op het consultatiebureau. Om duidelijkheid te scheppen over mogelijkheden om zelf te behandelen en hoe te verwijzen naar de juiste hulpverleners, is er een RTA Zindelijkheid bij kinderen ontwikkeld.

Gemiddeld zijn kinderen tussen de 2,5 en 4 jaar droog en zindelijk voor zowel poep als plas. Bij meer dan 20% van de kinderen zijn er op vierjarige, schoolgaande, leeftijd nog ongelukjes. Dit geeft ongemak bij zowel ouders als de leraren(essen) op school, terwijl het kind zelf er pas vaak op latere leeftijd (zo rond groep 3) last van krijgt.

Hulp

Als het kind tegen de schoolgaande leeftijd of erna nog niet zindelijk is, gaan ouders dan ook op zoek naar hulp. De meeste vragen belanden primair bij de huisarts of jeugdarts. Afhankelijk van de kennis, kunde en interesse van deze hulpverlener pakt deze het probleem zelf aan of verwijst naar de inmiddels alom aanwezige poep- en plaspoli's in de regionale ziekenhuizen. Om transmurale afstemming te krijgen in de aanpak, is er eind 2017 de RTA Zindelijkheid bij kinderen opgesteld door regionale huisartsen, jeugdartsen, jeugdverpleegkundigen, urotherapeuten en kinderartsen, met medebeoordeling door kinderpsychologen en urologen. Uitgangspunt hierbij is dat de jeugd- en huisarts een eerste evaluatie en voorlichting kunnen doen en bij persisteren van de klachten en verdenking op achterliggende psychische of somatische problemen laagdrempelig kunnen verwijzen naar de gespecialiseerde verpleegkundigen en kinderartsen in de tweede lijn.

Natuurlijk proces

Zindelijk worden voor urine en faeces is een natuurlijk proces, dat ruim een jaar na het leren lopen plaatsvindt: het is een neurologisch ingewikkeld proces, waarbij afstemming van zowel lichaam (zenuwen, spieren) als opmerkzaamheid en aandacht van het kind cruciaal is. Soms zijn kinderen op tijd zindelijk, maar krijgen ze tegen de schoolgaande leeftijd weer poep- of plasongelukjes, ten teken dat ze de overdaad aan prikkels moeilijk kunnen plaatsen. Het belangrijkste in evaluatie en begeleiding van de klachten is een goede anamnese en, belangrijker nog, in kaart brengen van het drink- en plasgedrag van een kind door middel van een plasdagboek. Vaak zien ouders aan de hand van het dagboek zelf al wat eraan scheelt en soms is daarbij een blik van de huisarts of jeugdarts nodig: het kind drinkt teveel of te weinig, of plast eerst lange tijd niet, of vertoont enorm ophoudgedrag in zijn spel of andere bezigheden. Goede educatie en adviezen zijn dan de eerste en vaak enige maatregelen die nodig zijn om de ongelukjes te verminderen. Wanneer dit niet zo is, is begeleiding door gespecialiseerde verpleegkundigen bewezen effectief. Deze zijn zowel werkzaam binnen de JeugdGezondsheidsZorg als de ziekenhuizen en het is aan de verwijzer om een keuze hierin te maken.

Flowmetrie en echografie

Binnen de ziekenhuizen is er ook altijd een beoordeling door de kinderarts en de mogelijkheid tot flowmetrie en echografie. Flowmetrie is een eenvoudige meetmethode waarbij op een ogenschijnlijk normaal toilet gemeten wordt hoeveel en op welke manier een kind plast. Echografie kan daarnaast laten zien of het kind wel volledig uitplast en of er veel ontlasting in het rectum zit, ten teken van verstopping, wat de zindelijkheid vaak belemmert.

Combinatie

De combinatie van anamnese, lichamelijk onderzoek, plasdagboek en eventueel de flowmetrie en echografie geeft een beeld van de achterliggende problemen: is het enkel een achterlopend leerproces, speelt er een overactieve blaas die met training en eventueel medicatie verholpen kan worden of is er werkelijk een anatomische of functionele afwijking die met training of urologisch ingrijpen verholpen moet worden? Vervolgens is begeleiding door de gespecialiseerde verpleegkundigen vaak voldoende om functionele plas- en poepklachten te verhelpen. De urotherapeuten in de ziekenhuizen zijn geschoold om plasklachten met kindgerichte therapie aan te pakken en om signalen van achterliggende problemen, zowel somatisch als psychisch, te herkennen. Ook zijn zij geschoold om verstopping, al dan niet gepaard gaand met encopresis (poepverlies), te herkennen en te verhelpen. Hierbij wordt vaak gebruik gemaakt van macrogol, de eerste keuze voor zowel desimpactie (leegmaken van de darm) als leeghouden van de darmen in geval van verstopping.

We hebben in de sessies op de OverEINDse dagen de fysiologie en pathologie van zowel poep- als plasklachten besproken en ook de RTA Zindelijkheid bij Kinderen onder de aandacht gebracht. Deze richtlijn is te vinden op de bekende plaatsen zoals de RTA-ZOB app en op de websites van de ziekenhuizen: https://www.catharinaziekenhuis.nl/files/Verwijzer/Verwijzer_1ste_lijns/HaCa/PDF/Regionale_Transmurale_Afspraken/RTA-Zindelijkheid-voor-urine-en-ontlasting-bij-kinderen.pdf en https://www.mmc.nl/verwijzers/wp-content/uploads/sites/40/2017/09/RTA-zindelijkheid-voor-urine-en-ontlasting-bij-kinderen_2017.pdf. In de richtlijn staan ook handige tools als anamneselijsten voor incontinentie en enuresis, een plasdagboek, de Bristol stool chart, handreikingen voor begeleiding in de eerste lijn en verwijsopties.

Belangrijkste boodschap van de presentatie en de RTA commissie is dat incontinentie en verstopping vaak niet vanzelf overgaan: adequate vroegtijdige aanpak is noodzakelijk om een langdurig en vaak frustrerend beloop te voorkomen.

HOOFDTRAUMA EN CWK LETSEL

"Auw mijn hoofd, help me even OverEIND"

Door: Melissa Cadée, huisarts, Lisanne Hollander, SEH-arts
Catharina Ziekenhuis en Annemieke Kummeling, SEH-arts
Máxima Medisch Centrum

Hoofdtrauma

Incidentie

De NHG-Standaard Hoofdtrauma geeft richtlijnen voor de huisarts voor de diagnostiek en behandeling van een hoofdtrauma bij kinderen en volwassenen in het acute stadium, dat wil zeggen, die binnen 24 uur na het trauma worden gezien. De meeste hoofdtrauma's treden op bij jonge kinderen en ouderen. Het overgrote deel van de hoofdtrauma's verloopt ongecompliceerd. Maar bij een klein percentage van de patiënten kunnen levensbedreigende complicaties ontstaan die interventie vereisen, vaak is dit spoedeisende neurochirurgische interventie. Uit onderzoeken in ziekenhuizen blijkt dat er bij drie tot acht procent van de patiënten die de Spoedeisende Hulp met een hoofdtrauma bezochten, sprake is van intracranieel letsel. In de huisartsenpraktijk is het risico op intracranieel letsel niet bekend, het wordt geschat op anderhalf procent.

Triage/risicofactoren

De voorafkans op complicaties in de huisartsenpraktijk is lager dan in de tweede lijn. De richtlijn van de NHG standaard en de NVN zijn gebaseerd op dezelfde studie (CHIP), maar verschillen in selectie en weging van risicofactoren voor intracranieel letsel. Risicofactoren voor intracranieel letsel zijn voor patiënten van 16 jaar en ouder deels anders dan voor patiënten jonger dan 16 jaar.
(zie: https://www.nhg.org/sites/default/files/content/nhg_org/uploads/standaard/m105-sk.jpg)

Voorbeeldcasus:

Uw middagspreekuur is vol. Denny (3) is vanochtend in de woonkamer op zijn hoofd gevallen. Hij gleed uit op zijn sokken en is met zijn hoofd op de grond gekomen. Hij was een paar seconden niet aanspreekbaar, daarna begon hij te huilen. Hij heeft geen zichtbaar letsel en hij heeft niet gebraakt. De moeder is snel ongerust en belt regelmatig. Ze wil graag vandaag met hem op het spreekuur komen. Uw praktijkassistente vraagt of Denny vandaag gezien moet worden. Wat zegt u?

Wekadvies

In de eerste lijn maakt men gebruik van een wekadvies als er onvoldoende risicofactoren aanwezig zijn om een patiënt te verwijzen (zie schema NHG standaard). Maak hierbij gebruik van thuisarts.nl. Echter er is geen wetenschappelijke onderbouwing voor dit advies en er zijn geen andere landen waarin dit gangbaar is. In de tweede lijn geeft men geen wekadvies mee nadat een CT-scan is gemaakt. Een uitzondering hierop zijn kinderen met een hoofdtrauma. De stralingsbelasting van een CT scan gebruikt men in deze beslissing waardoor eerder gekozen wordt voor een opname ter observatie.

Antistolling

Met de introductie van de nieuwe antistollingsmedicijnen is er ook opnieuw nagedacht over de risicofactoren op het ontstaan van traumatische intracraniële hemorragische afwijkingen.
In een addendum bij de NVN richtlijn wordt geadviseerd om, behoudens ASA-monotherapie, alle trombocytenaggregatieremmers of combinaties, therapeutisch fragmin en de DOAC's op één lijn te stellen met de vitamine-K antagonisten.
(https://richtlijnendatabase.nl/richtlijn/licht_traumatisch_hoofd_hersenletsel_lth/indicaties_ct_volwassenen_met_lth/minimaal_triviaal_hoofdletsel.html)

CWK letsel

Voorbeeldcasus:

Tijdens uw middagspreekuur staat Karel (35) met zijn vrouw Annemarie aan de balie met de vraag of hij gezien kan worden. Hij vertelt u dat hij een uur geleden van de ladder is gevallen bij het schoonmaken van de dakgoot. Hij heeft veel pijn aan zijn enkel en klaagt over zijn nek. Annemarie, zijn vrouw, zit naast hem en kijkt heel bezorgd.
U onderzoekt Karel volgens de ABCDE methodiek. Hij heeft drukpijn over de midlijn cervicaal. Wat doet u?

Risico-inschatting op traumatisch wervelletsel

Gebruik bij een adequaat trauma één van de beslisregels, zijnde NEXUS dan wel Canadian C-spine Rules (NEXUS: https://www.mdcalc.com/nexus-criteria-c-spine-imaging)
(CCR: https://www.mdcalc.com/canadian-c-spine-rule)
Bij de RAV en in de ziekenhuizen in de regio worden de NEXUS regels gebruikt.

Indien beeldvorming is geïndiceerd heeft CT-CWK de voorkeur. Uit onderzoeken blijkt dat relevante fracturen op een conventionele röntgenopname van de CWK kunnen worden gemist.
Dus: bij risico op CWK-letsel de nek immobiliseren en insturen voor beeldvorming, zijnde CT-CWK (bij leeftijd ≥14 jaar)

Leerpunten

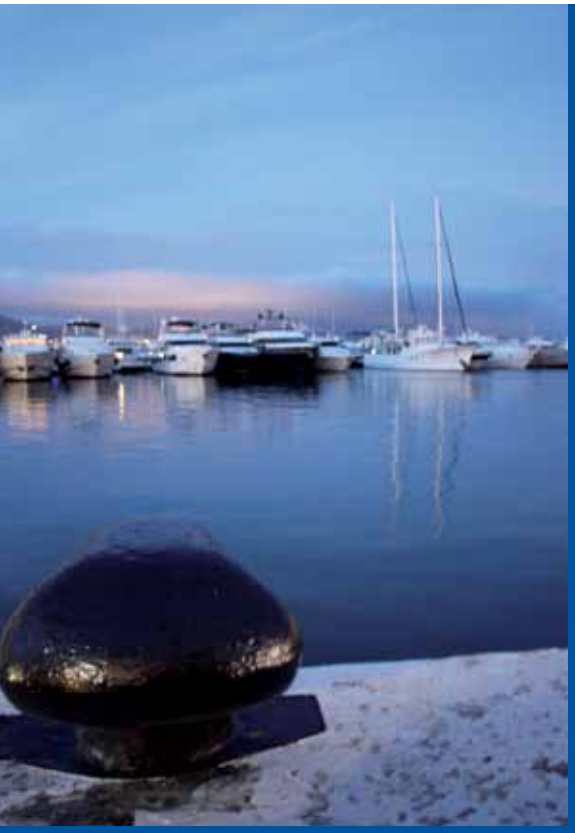
Trauma capitis

- De richtlijn van de NHG standaard en de NVN zijn gebaseerd op dezelfde studie (CHIP), maar verschillen licht van elkaar
- In NVN richtlijn komt geen wekadvies voor volwassenen voor (wel nog bij kinderen)
- Leeftijdsgrens als criterium verschilt
- De NVN heeft een richtlijn voor drie verschillende leeftijdscategorieën (0-2, 2 t/m 5 en vanaf 6 jaar)
- Het addendum dat in 2017 is verschenen bij de NVN richtlijn stelt, behoudens ASA-monotherapie, alle trombocytenaggregatieremmers of combinaties, therapeutisch fragmin en de DOAC's op één lijn met de vitamine-K antagonisten wat betreft risico-inschatting voor het optreden van traumatische intracraniële hemorragische afwijkingen.
- In het addendum wordt onderscheid gemaakt tussen triviaal hoofdletsel en duidelijk hoofdletsel met daarbij aangepaste risicofactoren

Trauma CWK

- Gebruik bij een adequaat trauma één van de beslisregels, zijnde NEXUS danwel Canadian C-spine Rules
- Bij verdenking CWK-letsel: nek immobiliseren en insturen voor beeldvorming, zijnde CT-CWK (bij leeftijd ≥14 jaar)

Reiziger



Aangezien mijn partner, Laurens Nieuwenhuizen, internist in het Máxima Medisch Centrum, erg enthousiast was over de vorige OverEINDse dagen, heb ik me dit jaar opgegeven om mee te gaan naar Marbella. Het leek me een mooie manier om mezelf na te scholen, even weg te zijn uit de dagelijkse praktijk en de specialisten en collega huisartsen in de regio beter te leren kennen. Al mijn verwachtingen zijn meer dan waar gemaakt.

Op woensdag 11 april vlogen we vanuit Düsseldorf naar het regenachtige Malaga. De integratie tussen de collega's was in het vliegtuig al in volle gang, we werden zelfs gevraagd wat zachter te praten aangezien de stewardessen hun instructies niet fatsoenlijk konden uitleggen. Het hotel in Marbella was prachtig, helaas voor ons geen snelle duik in het zwembad, maar meteen naar de congreszaal voor de eerste nascholing over geriatrische spoedzorg. Gezamenlijk probeerden we te bedenken wat we met de steeds oudere generatie aan moeten en hoe we een zzp 9b bed kunnen regelen. De nascholing over vasculaire geneeskunde sloot hier goed op aan. Welke bloeddruk is acceptabel voor 'ons moeder'' van 70 jaar of ouder? En wat te doen met de statine? Na een zeer leerzame avond werd het tijd om ons eigen cholesterol een boost te geven en mochten we genieten van een heerlijke Spaans buffet.

Donderdagochtend begonnen we met een interessant praatje over zindelijkheid bij kinderen. Na een korte pauze gingen we verder met een nascholing over hepatitis in de huisartspraktijk. Fijn om weer opgefrist te worden over de risicogroepen voor hepatitis en de betekenis van labuitslagen met betrekking tot hepatitis.
We sloten de ochtend af met een verhitte discussie of we de psa bepaling nou wel of niet moeten uitvoeren in de praktijk. Het leek een soort Lagerhuis discussie met voor en tegenstanders van de psa bepaling. Ik heb er met name van opgestoken dat ik de mannelijke patiënten van te voren goed moet informeren over wat de uitslag van de test zou kunnen betekenen en welke consequenties het zou kunnen hebben.

Na een heerlijke lunch splitste de groep op voor de verschillende activiteiten. Ik had voor canyoning gekozen. We werden met een bus naar onze locatie gebracht waar we ons in de stromende regen in een wetsuit mochten wringen. Het parcours begon in een ravijn bij een rustig stroompje. Dit bleek al snel een wilde rivier te zijn. In de stromende regen moesten we langzaam naar beneden klauteren door het wilde water. We gleden van watervallen naar beneden, we moesten van rotsen afspringen en door nauwe doorgangen zwemmen. Ik heb echt mijn grenzen verlegd. Aan het einde van de tocht moesten we helaas vrij lang wachten in het koude water voordat we mochten abseilen van een steile wand. Hierdoor raakten een aantal groepsgenoten onderkoeld en moest een persoon snel met de taxi terug naar het hotel. Omdat onze activiteit zo uitliep, moest de rest van de groep wachten tot we naar de locatie van het diner konden. De locatie aan de haven en het heerlijke visdiner maakte de dag en de kou weer meer dan goed.

Door: Elsje Kuijper
waarnemend huisarts

Reiziger

Vrijdags weer een aantal interessante nascholingen over anticonceptie, trauma capites en het post IC Syndroom (ook wel het post-canyoning, post cycling of post city tour genoemd). De gebruikte casus illustreerde goed wat het betekent voor een patiënt om een post IC syndroom te hebben. Ik heb me voorgenomen om er attent op te zijn als er een IC opname in de voorgeschiedenis van een patiënt staat.
Aan het einde van de dag stond er een mooie Spaanse dansvoorstelling op het programma. Na een heerlijk diner mochten we, op ieders meegebrachte favoriete nummer, zelf laten zien wat onze danskwaliteiten zijn. Voor sommigen eindigde deze avond in de plaatselijke disco van Marbella.

De laatste dag startte met het zorgdebat. Ondanks de korte nacht leverde het zorgdebat een levendige discussie op. De conclusie van het debat was dat we langer moeten praten met een patiënt, we niet meer zonder een verpleegkundig specialist kunnen en dat we ons niet moeten laten afschrikken wat de digitale toekomst ons gaat brengen. Aan het einde van de middag waren de OverEINDse dagen alweer voorbij en zijn we keurig door de piloot van Transavia naar vliegveld Eindhoven gebracht. Mijn eerste ervaring met de OverEINDse dagen was erg positief, de nascholingen waren informatief, de activiteit was grensverleggend en ik heb veel collega's beter leren kennen. Bedankt organisatie en tot volgend jaar!

DE GERIATRISCHE SPOEDZORG ONDER DRUK

Wat doen we met ons moeder?

Door: Maaike Maas, spoedeisende hulp arts Catharina Ziekenhuis, Ylva Onderwater, huisarts en Esther Warmerdam, specialist ouderen geneeskunde Vitalis behandelgroep

Ouderen blijven langer thuis wonen, kwetsbaarheid neemt toe met de leeftijd. Proactieve multidisciplinaire zorg rondom de kwetsbare oudere is een must. Echter kennen we allemaal wel een verhaal waarbij het thuis echt niet meer ging. Wanneer er dan een crisissituatie ontstaat, moet er soms op korte termijn gehandeld worden en keuzes worden gemaakt.

Het beoordelen van een kwetsbare oudere in een acute situatie kan een uitdaging zijn aangezien zij zich vaak anders presenteren dan jongere patiënten. Je moet rekening houden met onder andere:

- Leeftijdsspecifieke ziekten
- Comorbiditeit
- Minder fysiologische reserve
- Minder homeostase
- Farmacokinetiek en dynamiek
- Cascade breakdown
- Meer complicaties
- Traag herstel

Daarnaast is het van belang om goed in beeld te krijgen hoe het gesteld is met de zorg(problematiek), welzijn en zingeving van de patiënt, wat de wens is van de patiënt op zo'n moment en of er een zorgplan/advanced care planning is. Dit alles moet afgestemd worden met de hulpverleners, familie en mantelzorgers.

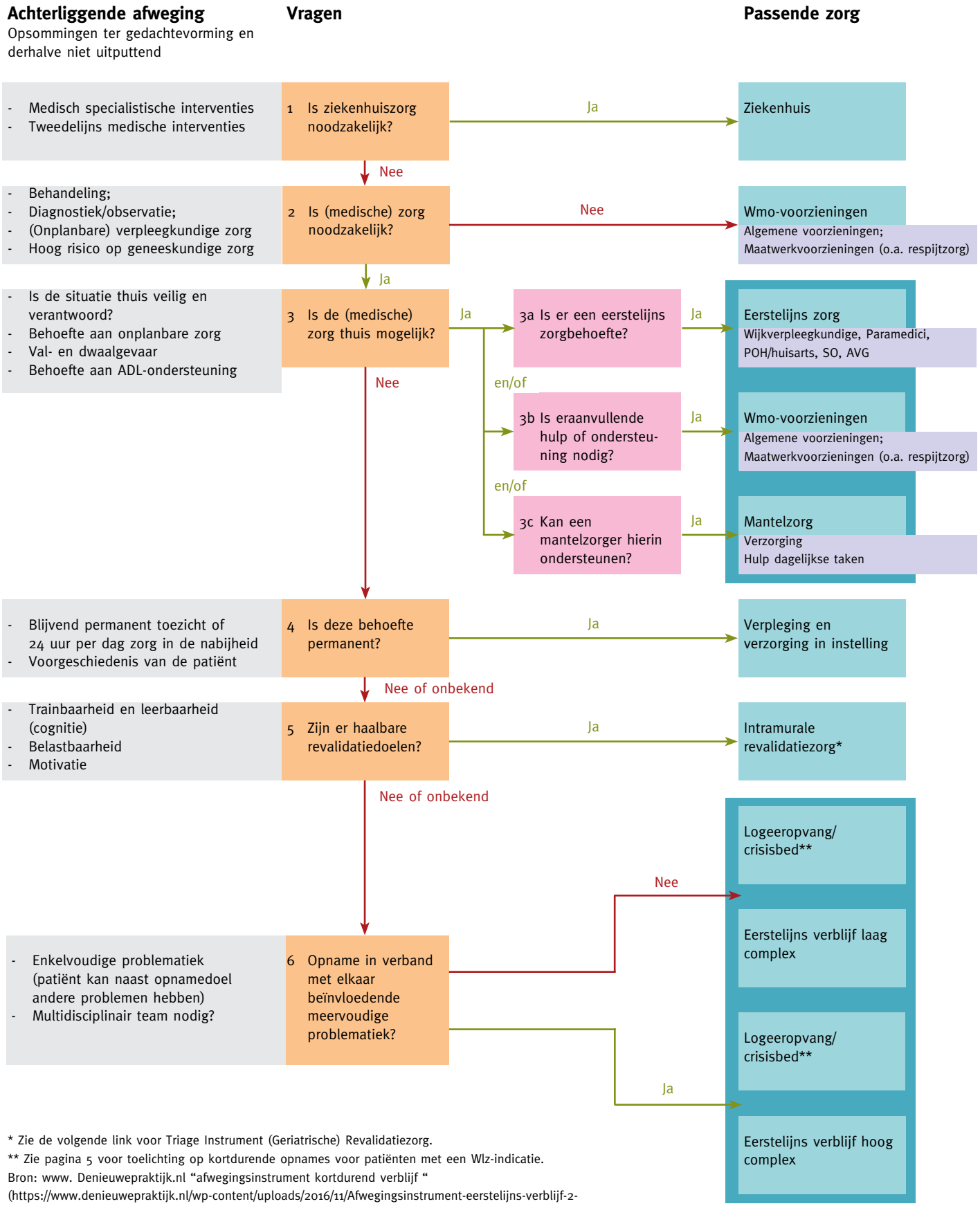
SEH

Met regelmaat presenteert een kwetsbare oudere zich met een acuut probleem op de SEH. Ouderen presenteren zich vaker met de ambulance (35% vs 12%), krijgen meer diagnostiek en liggen langer op de SEH voordat er een plan is gemaakt. Uit zowel nationale als internationale cijfers blijkt dat de ligduur toeneemt met de leeftijd. Langere ligduur op de SEH leidt weer tot een verhoogde kans op adverse events bij opname (bijvoorbeeld delier) en uiteindelijk langer verblijf in het ziekenhuis.

De risico's door opname bij kwetsbaarheid zijn al hoog. Een derde van de patiënten van 70+ heeft een nieuwe functionele beperking na acute opname. Daarnaast zien we vaak lichamelijke en cognitieve achteruitgang, ontwikkeling van een delier en ondervoeding. Ook een valincident komt regelmatig voor. Ruim 30% van alle patiënten die de SEH van het Catharina Ziekenhuis bezoeken zijn 70+. Dit was 4 jaar geleden nog 25%. Meer dan 50% van deze patiënten wordt vanaf de SEH in het ziekenhuis opgenomen. Bij de totale populatie SEH-patiënten in het Catharina Ziekenhuis is dat ongeveer 40%. Lang niet al deze oudere, kwetsbare patiënten, hebben op dat moment klinische tweedelijns zorg nodig, maar ze kunnen niet terug naar de oude situatie thuis en er lijkt er geen andere (acute) zorg voor handen.

Wet- en regelgeving

De wet- en regelgeving rondom de zorg voor ouderen is divers en het is voor de zorgverleners soms moeilijk te bepalen welke patiënt voor welke (acute) zorg in aanmerking komt. In 2016 is er in opdracht van het ministerie van



* Zie de volgende link voor Triage Instrument (Geriatrische) Revalidatiezorg.
** Zie pagina 5 voor toelichting op kortdurende opnames voor patiënten met een Wlz-indicatie.
Bron: www. Denieuwepraktijk.nl "afwegingsinstrument kortdurend verblijf " (https://www.denieuwepraktijk.nl/wp-content/uploads/2016/11/Afwegingsinstrument-eerstelijns-verblijf-2-0-9-november-2016.defdef.pdf)

Schema Afwegingsinstrument kortdurend verblijf

Volksgezondheid Welzijn en Sport een 'afwegingsinstrument voor opname eerstelijnsverblijf 2.0' gemaakt. (zie schema)
Hierin kun je als zorgverlener een afweging maken voor welke zorg een oudere patiënt in de spoedzorg in aanmerking zou komen.

Mogelijkheden in onze regio zijn:
- Reguliere ZZP bedden
- Geriatrische revalidatie
- Spoed GRZ
- Crisisopname psychogeriatrie
- ELV hoog
- ELV laag

Voor Spoed GRZ opname vanaf de SEH van het Catharina Ziekenhuis komen patiënten in aanmerking die een acute aandoening hebben met acute mobiliteitsstoornis en/of afname van zelfredzaamheid. Na de indicatiestelling en het beschikbaar vinden van een bed doet de geriater een CGA (uitgebreide geriatrische beoordeling) om onderliggende lichamelijke aandoeningen uit te sluiten. Op deze manier zijn er in 2017 70 ziekenhuisopnames voorkomen.
De website www.verblijfmetzorg.nl is bedoeld voor verwijzers naar een eerstelijns verblijf (zogenaamd ELV-bed) in de regio Zuidoost-Brabant. Hierin staan de aanbieders en locaties vermeld waar op dat moment een mogelijkheid is voor een (spoed)opname.

Knelpunten spoedzorg

Ondanks deze instrumenten kwamen we in de workshop, aan de hand van het bespreken van casuïstiek, ook tot de conclusie dat er nog veel knelpunten bestaan in de geriatrische spoedzorg die nog opgelost moeten worden.

Een aantal van deze knelpunten zijn:
- gebrek aan eerstelijnsbedden, personeelstekort
- geen 24/7 beschikbaarheid noodopvang
- problematiek van kwetsbare oudere nog niet of onvoldoende in kaart gebracht door huisarts
- de overdracht van dossiers van kwetsbare ouderen van huisarts naar HAP is onvoldoende/onvolledig/onmogelijk door ICT-problemen
- de complexe zorgvraag van kwetsbare ouderen kost meer tijd
- onvoldoende mogelijkheid tot consulteren SOG of geriater door regie/visitearts
- onvoldoende onderlinge communicatie en informatie-uitwisseling tussen mensen in al bestaand zorgnetwerk.

Oplossingen

Mogelijke oplossingen die genoemd zijn in de workshops is het werven van verzorgend en verplegend personeel, zodat er niet alleen meer capaciteit komt van de ELV- en (spoed)GRZ bedden, maar ook meer mogelijkheden voor het leveren van thuiszorg. Meer aandacht voor advanced care planning en communicatie hierover in het zorgnetwerk en HAP, kan buiten kantoortijden meer duidelijkheid geven wanneer er een acuut probleem optreedt.
Een recente pilot waarbij de huisarts van de HAP direct kon overleggen met de SOG is waarschijnlijk als gevolg van onbekendheid doodgebloed, maar zou weer nieuw leven in geblazen kunnen worden.

Deze knelpunten zijn in diverse gremia (landelijk en regionaal) ook geconstateerd en er zijn al initiatieven om in bijeenkomsten met alle betrokken ketenpartners uit de regio (bestuurders en mensen uit het veld) tot oplossingen te komen. Daarnaast zal er ook landelijk met zorgverzekeraars gekeken moeten worden naar oplossingen voor de tekorten.

Reisafspraak

RTA Traumatische Knie

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'. Tijdens deze workshop kwam de vraag om praktische handvatten voor de samenwerking tussen de 1e en de 2e lijn meermalen naar boven.

Naar aanleiding van deze vraag is een regionale multidisciplinaire werkgroep ingericht welke gezamenlijk de RTA Traumatische knieproblemen heeft ontwikkeld. Doelstelling van de RTA is om tot een eenduidige regionale afstemming tussen huisartsen en specialisten rondom patiënten met traumatische knieproblemen te komen met betrekking tot 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 diagnosticeren en (conservatief) behandelen, met een consultatieve functie van de tweede lijn.

Gebaseerd op voortschrijdende inzichten heeft de werkgroep besloten het lichamelijk onderzoek zoals beschreven in NHG richtlijn uit 2010, enerzijds uit te breiden en anderzijds anders te formuleren:

- het testen van de actieve strekfunctie,
- het testen van de voorste kruisband middels de test Lachman,
- de testen om de achterste kruisband te beoordelen.

Onlangs heeft de Kwaliteitsraad haar goedkeuring gegeven aan de RTA Traumatische knieproblemen. De RTA vindt u via de app RTA ZOB en via de websites van de transmurale centra.

Door: Mariëtte Oostindiër,
coördinator TransMâx

(Virale) hepatitis

Door: Suzanne Marcelis, huisarts, Ilse Overdevest, arts-microbioloog PAMM en Anne-Marie Wensing, MDL-arts Catharina Ziekenhuis

Omdat iedereen de NHG standaard Virushepatitis en andere leveraandoeningen kan lezen, hebben we ervoor gekozen leerpunten per hepatitisverwekker te formuleren; dingen die we zelf wilden onthouden nadat we ons in dit onderwerp hadden verdiept.

Hepatitis A

Hepatitis A veroorzaakt een acute hepatitis en verloopt voor het vijfde levensjaar vaak subklinisch. Maar ook op de volwassen leeftijd kan het subklinisch verlopen. Er is geen chronische Hepatitis A-infectie maar het kan in zeldzame gevallen wel fulminant verlopen. Dit kan er in uitzonderlijke gevallen toe leiden dat iemand tijdelijk een levertransplantatie nodig heeft. Als het lichaam het virus overwonnen heeft, neemt de eigen lever de functie weer over en kan de transplantaatlever weer uit het lichaam (en heeft de persoon in kwestie geen immunosuppressiva meer nodig).
Verspreiding van Hepatitis A vindt plaats via feco-orale transmissie. Sanitaire voorzieningen zijn een belangrijke barrière in de overdracht en daarom komt hepatitis A vooral voor in landen met mindere sanitaire voorzieningen. Sinds 2016 is er in Europa een uitbraak van hepatitis A gaande in de MSM-populatie (mannen die sex hebben met mannen). Dit heeft ook alles te maken met feco-orale tranmissie route.
Vaccinatie tegen hepatitis A is beschikbaar en wordt nu actief aangeboden aan de MSM-populatie en wordt geadviseerd aan reizigers naar risicogebieden. Actieve vaccinatie kan dan nog tot op de dag van vertrek worden gezet. Het duurt enkele weken voordat de antistoffen zijn gevormd maar de incubatietijd is langer.

Hepatitis B

Hepatitis B veroorzaakt een acute infectie die in 90-95% van de gevallen geklaard wordt (anti-HBs en anti-HBcore positief). Indien na 6 maanden het virus niet is geklaard is er sprake van een chronisch hepatitis B (HbsAg positief). Indien de viral load dan laag is en het ALAT normaal, spreekt men van een chronisch inactieve infectie. HBV is echter oncogeen en kan ook bij een chronische (inactieve) infectie leiden tot hepatocellulair carcinoom. De MDL arts zal patiënten met een chronische hepatitis B infectie vervolgen middels echo. Het is raadzaam deze patiënten te verwijzen naar een hepatitis behandelcentrum.
Na een geklaarde acute infectie is een patiënt in principe immuun. Echter, bij ernstige immuunsuppressie kan een geklaarde infectie toch re-activeren.
Hepatitis B wordt overgedragen via bloed-bloed of seksueel contact. Het virus is 100x besmettelijker dan HIV. Risicogroepen, waaronder de MSM populatie, prostituees en zorgmedewerkers, worden geadviseerd zich te laten vaccineren. Tegenwoordig zit de vaccinatie ook in het rijksvaccinatieprogramma. Indien de titer na vaccinatie boven de 10 is (anti-HBs >10; anti-Hbcore negatief) is men levenslang beschermd.

Hepatitis C

Hepatitis C wordt overgedragen via bloed-bloed contact en is veel minder besmettelijk dan hepatitis B. Het virus is pas in 1989 ontdekt; sinds 1992 worden de Nederlandse bloedproducten gescreend op hepatitis C, maar patiënten die voor die tijd een transfusie, orgaantransplantatie of dialyse hebben gehad, hebben risico om hepatitis C te hebben. Andere risicogroepen zijn onder andere mensen afkomstig uit landen met hoge prevalentie, MSM-populatie, iv-drugsgebruikers en zorgmedewerkers.
Besmetting met hepatitis C leidt meestal tot een chronische

infectie. Sinds enkele jaren is er een goede behandeling beschikbaar. De behandeling duurt 8 tot maximaal 16 weken en kent weinig bijwerkingen. Het is daarom aan te raden om patiënten met hepatitis C door te sturen naar een hepatitis behandelcentrum. Vaccinatie is niet mogelijk. Er zijn meerdere genotypes en immuniteit voor één genotype betekent geen bescherming tegen de anderen, dus iemand kan meerdere malen HCV krijgen.
Hepatitis C genotype3 leidt ook tot steatosis. Voor de huisarts betekent dit dat bij een patiënt met steatose ook gekeken moet worden naar het risico op hepatitis C.

Hepatitis D

Hepatitis D komt alleen voor als superinfect bij patiënten met een chronische hepatitis B en is voor de huisarts niet van belang.

Hepatitis E

Hepatitis E kent net als hepatitis A een feco-orale transmissieroute en geeft aanleiding tot een acute (subklinische) hepatitis welke geklaard wordt. Alleen bij patiënten met immuunsuppressie kan een chronische infectie ontstaan. Net als hepatitis A komt hepatitis E meer voor in landen met slechtere sanitaire voorzieningen. Verspreiding van hepatitis E verloopt dan onder andere via irrigatiewater en besmette grond. Het eten van onverhitte voedingsmiddelen als sla en aardbeien geeft dan risico op het oplopen van hepatitis E.
In Nederland komt veel hepatitis E voor bij vleesvarkens en wild (zwijn en hert). DNA van hepatitis E wordt bijvoorbeeld teruggevonden in paté. De exacte route voor verspreiding van hepatitis E via vleesvarkens is niet bekend. Wel is bekend dat 27% van de Nederlandse bloeddonoren antistoffen heeft tegen hepatitis E en dus een infectie met hepatitis E heeft doorgemaakt.

Non-alcoholische steatosis hepatis (NAFLD)

Een licht verhoogd ALAT (1,5-10x verhoogd) kan veroorzaakt worden door een hepatitis, maar ook door gebruik van alcohol, medicatie of drugs. Als er geen sprake is van deze oorzaken, kan er steatosis hepatis zijn. Mensen met overgewicht hebben een grotere kans hierop. Je kunt dit bevestigen door een echo van de lever te maken.
Als er sprake is van NAFLD dan helpt een gezonde leefstijl en afvallen en goede metabole regulatie (goede controle van bloedsuikers bij een metabool syndroom en behandeling van dyslipidemie). Het afvallen moet echter niet te snel gaan, omdat er dan juist een nonalcoholische steatohepatitis (NASH) uitgelokt kan worden.
Onbehandeld kan NASH leiden tot cirrose en fibrose en het geeft een verhoogd risico op hart en vaatziekten en sterfte. NASH en alcoholische hepatitis zijn in de huisartsen praktijk de belangrijkste oorzaken van hepatitis en levercirrose. Dit is in onze bespreking die vooral over virale hepatitis gaat sterk onderbelicht. Wellicht is er in de toekomst nog een keer ruimte om hier dieper op in te gaan.

Wat is (niet) nuttig in de vasculaire geneeskunde?

Door: Eveline Besselaar-Niemantsverdriet, internist Catharina Ziekenhuis, Bertine Eshuis, huisarts en Louis Lieverse, internist Máxima Medisch Centrum

In de vasculaire geneeskunde komen veel veranderingen op ons af. Tevens moet er veel van de zorg van de tweede naar de eerste lijn. Hoe kunnen we voordeel hebben van de nieuwe ontwikkelingen en daar zo efficiënt mogelijk mee omgaan? Onderstaande nieuwe inzichten zijn alleen van toepassing voor patiënten met secundaire preventie, waarbij er sprake is van een hoog cardio-vasculair risico.

Cholesterolverlaging

1 LDL-c-verlaging geeft een reductie van cardiovasculaire voorvallen. Elke mmol daling zorgt voor 22% afname van het relatieve risico.
2 De Europese richtlijn en ook de nieuwe Nederlandse richtlijn streeft naar LDL<1,8 voor patiënten met vaatlijden
3 Een ondergrens van het LDL waarop dit voordeel ophoudt is (nog) niet bereikt. De laatste ontwikkeling: PCSK9 remming heeft voordeel aangetoond.
4 Het lijkt niet uit te maken HOE het LDL verlaagd wordt.

Bloeddrukregulatie

Een recente grote studie laat zien dat een streefbloeddruk van minder dan 120 mmHg, in vergelijking met de standaard aangehouden streefwaarde van minder dan 140 mmHg, resulteert in een significant lager aantal van dodelijke en niet-dodelijke cardiovasculaire events en dood door elke oorzaak. De nieuwe Nederlandse conceptrichtlijn verlaagt de streefwaarde naar 130 mm Hg systolisch bij patiënten onder de 70 jaar. Daarboven op geleide van bijwerkingen naar 140 mm Hg systolisch en bij frailty 150 mm Hg systolisch. Daarbij medicatie verlagen bij een diastole van 70 mmHg of lager, ongeacht de systole.

Glucoseverlaging

Reductie van HbA1c is geassocieerd met een reductie van complicaties. Bij langer bestaande DM en met veel complicaties zijn er meer nadelen dan voordelen bij streven naar HbA1c's veel lager dan 53mmol/mol.
Nieuw is dat het lijkt uit te maken voor het optreden van een recidief cardiovasculaire event met welk middel de glucose wordt verlaagd. Bij gebruik van SGLT-2 remmers en GLP1 agonisten wordt er een verbetering gezien van cardiovasculaire uitkomsten in patiënten met type 2 diabetes en risicofactoren in vergelijking met een behandelarm waarin deze middelen niet gebruikt worden.

Take home messages

- The lower the better.
- Streefwaarde van LDL onder 1,8 heeft voordeel.
- SGLT2 remmers en GLP1 agonisten voorkomen bij patiënten met DM en een doorgemaakt vasculair event nieuwe vasculaire events.
- Bloeddruk: the lower the better, in ieder geval 130 systolisch bij patiënten onder de 70 jaar, op geleide van bijwerkingen ook bij ouderen, bij vitale ouderen is er voordeel van streefwaarde 130-140 wanneer dit goed verdragen wordt.

Reisafspraak

RTA Fractuurpreventie

Tijdens de OverEINDse dagen van 2017 in Lillehammer is door Luc Maartens, Paul de Baat en Ronald Erdtsieck een nieuw zorgpad Fractuurpreventie gepresenteerd. Het doel van fractuurpreventie is om vroegtijdig patiënten te identificeren die een verhoogd risico lopen op een nieuwe fractuur. Met de implementatie wordt beoogd dat de juiste zorg op de juiste plek wordt geboden. Het gaat om een samenhang aan interventies: detectie - diagnostiek - IZP opstellen Behandeling - Continuïteit.

Het zorgpad is besproken tijdens een workshop en de bereidheid is gepeild onder de deelnemers om dit zorgpad te implementeren. De reactie hierop was positief. Een regionale projectgroep waaraan huisartsen, internisten en de verpleegkundig specialisten van de 'osteoporosepoli's' aan deelnemen, is eind 2017 gestart met de ontwikkeling van een RTA en een implementatieplan. De verwachting is dat de RTA eind 2018 gereed is.

Door: Hennie van Bavel,
coördinator HaCa

Reiziger

De Jeugdgezondheidszorg Reiziger

Ik was bevoorrecht om dit jaar voor de tweede keer mee te mogen met de OverEindse dagen. Waar we vorig jaar het winterweer bewust opzochten, zaten we dit jaar een stuk zuidelijker. Het was echter maar een paar graden warmer en helaas ook nog natter. Zo zie je maar dat je over het weer gewoon niets te vertellen hebt.

Het weer speelde geen enkele rol bij het realiseren van de doelen waarvoor mijn collega jeugdarts Judith en ik gekomen waren. Eén van die doelen is netwerken en dan vooral met de huisartsen. De jeugdgezondheidszorg bestaat al meer dan 100 jaar en je zou daarom denken dat de medische wereld wel weet wat daar te halen is. Maar dit is niet de realiteit. De continue ontwikkelingen in zowel de preventieve sector als in de curatieve sector maakt dat we elkaar niet altijd goed weten te vinden. En ook is onvoldoende bekend op welke thema's we elkaar zouden moeten vinden om in het belang van onze klanten (ouders en hun kinderen) beter af te stemmen en samen te werken. Wat hebben we dan gedaan? Gekletst, kennis uitgewisseld; kortom netwerken. Met name het informele samenzijn tijdens activiteiten, lunches en diners geeft hiervoor ruim gelegenheid.
Samenwerken in de zorg wordt in mijn ogen steeds belangrijker. Complexiteit vraagt om een meer specialistische aanpak en om daarbij het totale mensbeeld niet uit het oog te verliezen, is samenwerking tussen verschillende disciplines noodzakelijk. Alleen dan wordt het mogelijk om voor de patiënt/cliënt meer zorg op maat te realiseren.

Een tweede doel is zeker ook om kennis op te frissen en nieuwe kennis op te doen over onderwerpen die soms ver van ons huidige werk afstaan en soms behoren tot ons dagelijkse werk. Een onderwerp als de RTA zindelijkheid bij kinderen is voor een jeugdarts bijna dagelijkse praktijk. Het is dan ook heel goed dat huisartsen, kinderartsen en jeugdartsen heldere afspraken hebben over de te volgen route en dat ook iedereen die afspraken kent of gemakkelijk tot zijn of haar beschikking heeft. Een onderwerp als 'wat doen we met ons moeder' maakt ook eens te meer duidelijk dat samenwerking een must is. Er zijn zoveel partners betrokken bij de zorg voor ouderen en mogelijkheden kunnen lokaal zo verschillen dat dit wederom laat zien dat samenwerken en elkaar kunnen vinden van enorme meerwaarde is.

Een mooie reis dus, met mooie voorbeelden van samenwerken!
Hoop dat ik volgend jaar weer in de gelegenheid ben om aan te sluiten of anders zeker één van mijn collega's uit de jeugdgezondheidszorg.

Door: Jeanine Treffers-Verhappen
Arts Maatschappij & Gezondheid/
Jeugdarts GGD Brabant Zuidoost