

eindverslag



OverEINDse dagen
vanuit Napels

6 tot en met 9 april 2022

Colofon

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

Redactie Elsje Kuijper, Ronald Erdsieck, Jolanda van den Oetelaar, Yvonne van Oosterhout, Eveline van de Ven, Huib van Vliet, Hettie Vogel

Fotografie Elsje Kuijper, Mariëtte Oostindier en Hettie Vogel

Ontwerp en opmaak Ster design ontwerp bureau

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

Inhoudsopgave

GLI plus of min BARIATRIE	4
Anorexia nervosa bij kinderen en adolescenten	6
Preconceptie advies: Ieders zorg!	10
Kriebel Krabbel Kruisje; Fluor vaginalis en Pruritus vulvae	14
Aanvullende zorg in de huisartsenpraktijk en het ziekenhuis	16
Hematurie	20
Regioprogramma Precies! de juiste zorg voor mij	24
E-health	28
Stressloos OverEIND	30
Partydrugs: in Brabant wordt meer gemaakt dan worstenbrood ...	32
Opleiden	36
Natafelen	39
Napolitaanse lekkernij	40
Rubrieken	
Reisleider	3
Reiziger	9, 13, 27, 35
Reisgenoot	19



Presentaties en literatuurverwijzingen van de OverEindse dagen 2022 zijn terug te vinden via onderstaande links:

Catharina Ziekenhuis:

OverEINDse dagen april 2022 - Catharina Ziekenhuis

Máxima MC:

OverEINDse dagen april 2022 - Verwijzers (mmc.nl)

Reisleider



Poolijs vervangen door Italiaans ijs!

Voor u ligt het EINDverslag van onze 21e congresreis die van 6 tot 9 april 2022 heeft plaatsgevonden in Napels. Voor het eerst in jaren is zowel de heen- als terugreis zonder vertraging verlopen wat we best een unicum mogen noemen.

Na een korte transfer vanaf het vliegveld kwamen we aan bij ons hotel en moesten allen even wennen aan de rauwe omgeving van Napels waar dit hotel was gesitueerd.

Alle dagen werden gedeeltelijk gevuld met een divers aanbod van presentaties en workshops. Ook dit jaar was duidelijk zichtbaar dat de 11 voorbereidingsgroepen veel energie, tijd en creativiteit hadden gestoken in alle presentaties. Met allemaal actieve deelnemers in de sessies stond dit garant voor zeer interactieve voordrachten met veel nieuwe kennis en inzichten. Door het bespreken van de vele onderwerpen zijn er weer enkele zaadjes gepland voor een vervolg in de vorm van regionale afspraken of RTA's



Naast het inhoudelijke programma was er gelukkig ook voldoende tijd om te socialiseren en iets van de rijke historie van dit gedeelte van Italië op te snuiven. Iedereen heeft de mogelijkheid gehad om de opgravingen van Pompeï te bezoeken of over de randen van de vulkaan de Vesuvius te lopen die 79 nC heeft gezorgd voor het volledig bedekken van Pompeï door een pyroclastische stroom. Deelnemers met een meer sportieve inslag konden de eerste dag Napels bezoeken per fiets en de tweede middag kon in een kajak vanaf zee de baai van Napels worden bewonderd.

Het sociale hoogtepunt van deze reis was toch het afsluitende diner en feest met live band in restaurant/club Rosolino.

Het diner begon rustig aan lange tafels maar nog voor het nagerecht was geseiveerd stond iedereen te dansen tussen en zelfs op de tafels.

Subtiel werden deze tafels aan de kant geschoven en ik denk dat ik nog nooit heb meegemaakt dat binnen 5 minuten alle 100 deelnemers van deze reis stonden te dansen. Geweldig!

Het bestuur van Stichting OverEIND kijkt terug op een zeer geslaagde congresreis 2022 en wij hopen velen van u in 2023 te mogen begroeten op onze volgende reis!

We wensen u veel leesplezier en iedereen enorm bedankt voor zijn of haar aanwezigheid!

Met OverEINDse groeten,
Ralf Bollen, voorzitter

GLI plus of min BARIATRIE

Door: François van Dielen, chirurg Máxima MC, Elsje van Beek, huisarts, Simon Nienhuijs, chirurg Catharina Ziekenhuis

OVERgewicht

De standaard inschatting van overgewicht wordt uitgedrukt in BMI. Een beschrijving in buikomvang, middel-heup-ratio of metingen met impedantie zijn beter gerelateerd aan (metabole) ziekte, echter minder praktisch. Door zijn eenvoud wordt op basis van de BMI een indeling gemaakt tussen onder-, normaal en overgewicht. Obesitas geldt vanaf een BMI van 30 kg/m² en extreme obesitas vanaf 35 kg/m². In Europa heeft inmiddels 53% overgewicht, in Nederland 50% waarvan bijna een derde obesitas. Obesitas (5,2%) is na roken (13,1%) de meest bijdragende factor van de totale ziektelast. Onder alle leefstijlproblemen heeft vooral obesitas een stigma. Des te belangrijker om *people first language* te gebruiken. Geen obese patiënt, maar een patiënt met obesitas.

De gezondheidsrisico's variëren van metabole ziektes tot kanker. De impact op de levensverwachting is voor een 40-jarige met een BMI van 43 al gauw 6 jaar. De directe kosten door obesitas zijn 1,7 miljard, de samenlevingskosten zijn in Nederland 79 miljard euro per jaar, voor een patiënt is dat elk jaar 11.500 euro.

Obesitas is het gevolg van een lang bestaand overschot aan energie. Genetica en omgeving beïnvloeden fysiologie en gedrag. Het rustmetabolisme kost 60% van de energie, fysieke activiteit 30% en het verbranden van voedsel 10%. Verschillende genetische aandoeningen en hormonen worden besproken. Meer interesse is er voor hormonen. Vooral leptine (verzadigingshormoon) versus ghreline (hongerhormoon) zijn van grote invloed. GLP-1 agonisten zijn de eerste echt doorgebroken medicijnen (Saxenda) met redelijk effect op overgewicht. Slapen en roken worden eveneens nog doorgenomen. Concluderend is obesitas een ernstige chronische ziekte. Aangrijpingspunten bij genetica en darm microbiomen hebben nog maar beperkte invloed. Nu is de behandeling gericht op leefstijl eventueel aangevuld met een bariatrische of metabole operatie.



Escape the workshop

Iedereen ging gretig aan de slag om met vier kennis puzzels de codes te kraken. Deze codes werden weer op een dubbele draaischijf ingevoerd en zo kwamen de meesten tot de oplossing; LEUK!

Gecombineerde Leefstijl Interventies

De gecombineerde leefstijlinterventie (GLI) bestaat uit interventies gericht op het verminderen van de energie-inname, het verhogen van de lichamelijke activiteit en eventuele toevoeging op maat van psychologische interventies ter ondersteuning van gedragsverandering. Daarnaast wordt aandacht besteed aan het slaappatronen en stressmanagement. Een gecombineerde leefstijlinterventie duurt 2 jaar; 1 jaar intensieve begeleiding en 1 jaar follow up. Een GLI wordt volledig vergoed zonder het aanspreken van het eigen risico. Vergoede programma's zijn SLIMMER, Beweegkuur, Cool en Samen Sportief in Beweging. Het streven is 5-10% gewichtsvermindering, wat reeds een gunstig effect heeft op bloeddruk, het risico bij diabetes type 2, hypercholesterolemie, mortaliteit en slaapapnoe. De effectiviteit op langere termijn moet nog worden onderzocht.

Gemotiveerde patiënten met een BMI >30 kg/m² en mensen met een BMI >25 kg/m² en een risicofactor vanaf 16 jaar kunnen verwezen worden via de zorggroep, ZorgDomein of een papieren verwijzing. Op www.loketgezondleven.nl kan op postcode gezocht worden naar GLI-mogelijkheden in de buurt.

Lagerhuis

Het publiek werd verdeeld in 2 kampen en moest verplicht argumenten vóór of tegen een stelling geven. Deze waren 'de suikertaks mag nu wel ingevoerd worden' en 'bariatrie moet beschikbaar komen voor adolescenten'. Goede argumentatie van beide kanten gaven aan het geen gemakkelijke beslissingen zijn, maar beide komen op ons af.

Bariatrie

Zoals hierboven gemeld, is obesitas een chronische ziekte waarbij er sprake is van een ernstige vorm van overgewicht. Als ondanks maximale inspanning een GII geen, of niet voldoende, gewichtsverlies heeft gegeven, is bariatrische chirurgie een optie.

Hiervoor dient een patiënt uiteraard te voldoen aan de criteria van bariatrische chirurgie (zie richtlijn) en goedgekeurd te zijn door het obesitas behandelteam. De operatie dient uiteraard permanent effectief te zijn, met weinig complicaties en veel winst in kwaliteit van leven voor de patiënt.

In Nederland zijn de gastric sleeve en de gastric bypass de meest uitgevoerde operaties.

Het is onduidelijk wanneer welke operatie het beste kan worden uitgevoerd. Over de contra-indicatie van de verschillende operaties is men wel redelijk eensgezind. De gastric sleeve wordt liever niet uitgevoerd indien de patiënt ernstige reflux heeft en een gastric bypass bij voorkeur niet bij een patiënt met IBD. Daarnaast speelt voorkeur van de patiënt en chirurg ook een belangrijke rol.

De direct postoperatieve complicaties zijn minimaal. Bij ongeveer 1,4% van de patiënten treedt een complicatie op waarvan bij 0,4% lekkage. Mortaliteit is slechts 0,1%.

Deze getallen zijn beduidend lager dan de ongeveer 2,5% complicaties na een lap chol.

Op de lange termijn wordt in ongeveer 10-15% *weight regain* gezien en in 5-15% van de patiënten ontstaat galsteenziekten. Het grote verschil tussen beide operaties is dat bij de gastric sleeve in 20% van de gevallen erge reflux ontstaat en na een gastric bypass zien we in ongeveer 20% van de patiënten dumpingklachten.

De belangrijkste reden voor een bariatrische procedure is gewichtsreductie en vermindering van comorbiditeiten.

Na 5 jaar laten patiënten na een gastric bypass nog 62,5% EWL zien, na een gastric sleeve ongeveer 53,5%. Daarnaast hebben beide ingrepen een enorm goed effect op Type 2 DM waarbij na 5 jaar na gastric bypass nog 45% van de patiënten zonder diabetes medicatie is en bij 25% van de patiënten na een gastric sleeve (Stampede trial NEJM 2017). Tevens blijkt een bariatrische procedure de onset van diabetes uit te stellen, en indien snel na onset van diabetes bariatrische chirurgie wordt uitgevoerd, blijft de patiënt langer in remissie.

Naast Type 2 DM heeft bariatrische chirurgie ook een positief effect op de vermindering van meerdere andere comorbiditeiten zoals hypercholesterolemie, hypertensie, gewrichtsklachten en bijvoorbeeld slaap apneu syndroom. Kortom, bariatrische chirurgie leidt tot een langdurige gewichtsreductie met goed effect op co-morbiditeiten met slechts minimale complicaties. Hierbij dienen de patiënten echter wel 5 jaar te worden begeleid.



Anorexia nervosa bij kinderen en adolescenten

Door: Albertine Donker, kinderarts Máxima MC, Carien Miedema, kinderarts Catharina Ziekenhuis, Saskia de Mol, huisarts

De ouders van de 12-jarige Maud melden zich bij de huisarts op het spreekuur. Ze maken zich zorgen om hun dochter; Maud is erg perfectionistisch en heeft een hoog streefniveau wat betreft haar schoolprestaties. Ze vindt zichzelf te dik, waarbij ze wel goed eet. De huisarts verwijst Maud naar de praktijkondersteuner (POH) Jeugd voor adviezen en begeleiding.

Een maand later meldt moeder zich opnieuw bij de huisarts omdat het niet goed gaat met Maud; ze is gespannen en erg bezig met haar gewicht. Omdat Maud niet meer terug wil naar de POH Jeugd, adviseert de huisarts verwijzing naar de GGZ. Ouders vinden echter zelf een eerstelijns kinderpsycholoog waar Maud in behandeling komt. Negen maanden later bezoekt Maud met haar vader de huisarts, op advies van de kinderpsycholoog, vanwege het vermoeden op een eetstoornis. Maud eet slecht, ondanks de adviezen van een diëtiste. Rondom de maaltijden is er veel strijd. De huisarts ziet een in zichzelf gekeerd meisje dat sterk vermagerd oogt. Bij controle van de vitale parameters valt een trage hartslag op van 50 slagen/minuut. Vanwege een dreigende somatische compensatie bij vermoedelijk anorexia nervosa (AN) wordt Maud met spoed verwezen naar de kinderarts en naar het team Eetstoornissen Kind en Jeugd van de specialistische GGZ.

Psychische aandoening

Eetstoornissen zijn psychische aandoeningen met vaak ernstige lichamelijke gevolgen. Naast AN komen boulimia nervosa, eetbuistoornis (binge eating disorder, BED) en vermijdende/restrictieve voedselinname stoornis (avoidant/restrictive food intake disorder: ARFID) geregeld voor. De aanpak voor de huisarts en kinderarts bij deze overige eetstoornissen is vergelijkbaar als bij AN. In deze bijdrage richten we ons specifiek op AN.



AN is een ernstige eetstoornis met een hoge mortaliteit in vergelijking tot andere psychiatrische aandoeningen; per 10 jaar overlijdt 5% van de patiënten met deze ziekte door suïcide of uitputting en ondervoeding. Vroege onderkenning door de huisarts gevolgd door snelle verwijzing naar passende psychiatrische en somatische zorg is essentieel; hoe eerder het herstelproces in gang wordt gezet, hoe beter de uitkomst. Behandeling van AN bij kinderen en adolescenten vraagt bij uitstek om een netwerk-benadering en een intensieve samenwerking tussen de huisarts, de kinderarts en de specialistische GGZ.

Tijdige herkenning van anorexia nervosa door de huisarts is moeilijk maar erg belangrijk

Eetstoornissen komen relatief weinig voor in de huisartsenpraktijk. De geschatte life time prevalentie van AN bij meisjes en vrouwen wordt geschat rond 1 tot 4%; bij jongens en mannen rond 0,16 tot 0,3%. Overigens zijn er aanwijzingen dat sinds de coronapandemie het aantal patiënten met een eetstoornis sterk is gestegen, met name onder kinderen en adolescenten, alhoewel cijfers hierover ontbreken.

De lage prevalentie maakt het voor de huisarts moeilijk AN vroeg te onderkennen bij kinderen en adolescenten, terwijl dit wel essentieel is omdat een eetstoornis die vroeg opgespoord wordt in het algemeen beter behandelbaar is. Een

extra complicerende factor hierbij is het feit dat geregeld schaamte, ontkenning en een gebrekkig ziekte-inzicht een rol spelen, waardoor de presentatie bij veel patiënten a-specifiek is. Klachten als bijvoorbeeld vermoeidheid, flauwvallen of haaruitval kunnen een eerste presentatie zijn van een eetstoornis. Ter ondersteuning van de eerste lijn zijn er screenings-instrumenten voor eetstoornissen ontwikkeld, zoals de SCOFF en de ESP (zie kader).

Lichamelijk onderzoek door de huisarts is essentieel voor het inschatten van de ernst van de situatie. Het is ontzettend belangrijk dat de huisarts lichamelijk onderzoek verricht bij (het vermoeden op) een eetstoornis. Lengte, gewicht, pols en bloeddruk dienen gemeten te worden. Bij afwijkende vitale parameters, zoals een bradycardie, is snelle verwijzing naar de kinderarts geboden. Bloedonderzoek (met name glucose en elektrolyten) en een ECG zijn helpend bij het inschatten van de ernst van de situatie en het bepalen van de snelheid waarmee verwezen moet worden naar de tweede lijn. Overigens kan er ook bij een nog adequaat gewicht ten opzichte van de lengte een somatische decompensatie optreden. Dit wordt vooral gezien als de patiënt in korte tijd veel gewicht verliest.

De rol van de kinderarts bij kinderen en adolescenten met anorexia nervosa: bewaken van de somatische conditie

Kinderen en jongeren met AN dienen verwezen te worden naar een kinderarts in de tweede lijn. De rol van de kinderarts betreft onder andere het vaststellen van een gezond gewicht voor de individuele jongere, afgaand op eerdere groeigegevens en de huidige lengte en afgaand op eventuele complicaties zoals

het uitblijven van de menses. Varen op de BMI is niet werkzaam voor kinderen en adolescenten omdat met de lengte-groei het wenselijke gewicht verandert. Verder screent de kinderarts op eventuele somatische complicaties, die zich in ieder orgaansysteem kunnen voordoen. Levensbedreigende acute complicaties zijn onder andere hartritmestoornissen zoals een bradycardie en metabole ontregelingen zoals een hypoglycaemie en een hypokaliemie. Belangrijk is dat ook het brein heeft te lijden onder de voedseldeprivatie, wat leidt tot vermoeidheid en concentratieproblemen en een extra rol kan spelen in een negatieve stemming. De begeleiding door de kinderarts gebeurt bij voorkeur ambulant. Redenen voor opname op de kinderafdeling zijn onder andere een ernstige bradycardie, gewichtsverlies van >30% ten opzichte

van het ideale gewicht, totale voedselweigeren, ernstige elektrolytstoornissen, hypoglycaemie of een hypothermie van <33 graden Celsius. Refeeding per sonde kan dan noodzakelijk zijn. Ook op de lange termijn kunnen zich complicaties voordoen, die overigens niet altijd reversibel zijn, zoals achterblijvende lengtegroei, osteoporose en persistente amenorroe.

Behandeling anorexia nervosa door specialistische GGZ

De behandeling in de GGZ verschilt per instelling en wordt zowel individueel als in groepsverband aangeboden. In het algemeen is de therapie gericht op het eetgedrag, de lichaamsbeleving en op algemene psychische problemen zoals onzekerheid en perfectionisme. Verder wordt er aandacht besteed aan veel

SCOFF vragenlijst voor de detectie van een eetstoornis

- S Geef je wel eens over (Sick), vanwege een te vol gevoel bij het eten?
- C Is er Controleverlies over hoeveel je eet?
- O Meer dan 6 kg (One Stone) afgevallen in 3 maanden?
- F Vind je jezelf dik (Fat) terwijl anderen je juist dun vinden?
- F Overheerst voedsel en eten (Food) je leven?

Interpretatie: Wanneer twee of meer vragen positief worden beantwoord, is de kans dat er sprake is van een eetstoornis zeer groot.

ESP vragenlijst voor de detectie van een eetstoornis

- 1 Ben je tevreden over je eetgewoonten?
- 2 Eet je wel eens in het geheim?
- 3 Heeft je gewicht invloed op hoe je je voelt?
- 4 Heb je familieleden die aan een eetstoornis lijden of hebben geleden?
- 5 Heb je nu last van een eetstoornis, of heb je dat in het verleden ooit gehad?

Interpretatie: Wanneer twee of meer vragen positief worden beantwoord, is de kans dat er sprake is van een eetstoornis zeer groot.

voorkomende onderliggende factoren die bijdragen aan het ontstaan en het onderhouden van de AN zoals systeemproblematiek, onbehandelde trauma's, angstklachten, een dwangstoornis of autisme.

Vervolg casus

Maud komt in behandeling bij het Team Eetstoornissen van de specialistische GGZ. Daar wordt naast AN ook autisme gediagnosticeerd. Ze start met behandeling in groepsverband terwijl ze geregeld bij de kinderarts op de polikliniek komt ter controle. Drie jaar nadat de diagnose AN is gesteld, gaat het redelijk met Maud. De behandeling bij de GGZ is afgerond. Ze komt nog bij de kinderarts op controle.

Leerpunten casus

- Aspecifieke mentale klachten zoals perfectionisme en faalangst kunnen een eerste uiting zijn van een zich ontwikkelende eetstoornis, de voedselintake en het gewicht zijn in deze fase vaak nog binnen de norm
- Bij (vermoeden op) een eetstoornis is het lichamelijk onderzoek cruciaal om een eventuele verstoring van de vitale parameters, zoals een bradycardie, tijdig te herkennen
- Snelle verwijzing naar een team voor Eetstoornissen binnen de specialistische GGZ is aangewezen bij het vermoeden op een eetstoornis omdat een tijdige psychiatrische behandeling de prognose verbetert en de kans op irreversibele lichamelijke gevolgen verkleint

De naam Maud is gefingeerd.

Verwijsmogelijkheden in de regio Eindhoven voor kinderen en jongeren met een eetstoornis

- (Sociaal)kinderarts in de regio met aandachtsgebied eetstoornissen
- GGzE Kind en Jeugd Team Eetstoornissen
- GGZ Oost Brabant Specialistisch Centrum voor Eetstoornissen
- Centrum voor Eetstoornissen Apanta Veldhoven (>16 jaar en BMI >16)
- Human Concern, ervaringsprofessionals Eetstoornissen, Eindhoven (>16 jaar)

Zie ook <https://eetstoornissennetwerk.nl/> voor actueel overzicht van zorgaanbieders voor behandeling eetstoornissen

Nuttige informatie

Richtlijnen

Over eetstoornissen - Eetstoornissen | GGZ Standaarden
Anorexia nervosa bij kinderen en adolescenten (eetstoornis) - Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie (www.kenniscentrum-kjp.nl)

Informatie voor professionals

K-EETi (Keten aanpak Eetstoornissen informatie): telefonische advieslijn voor en door zorgverleners, iedere werkdag bereikbaar tussen 12 en 13 uur op 085 - 760 33 75
www.stichtingkiem.nl
www.firsteetkit.nl, inclusief 10-delige podcast serie 'first eet cast'

Informatie jongeren, ouders, broers, zussen

www.Proud2Bme.nl chatlijn
www.stichtingkiem.nl
www.firsteetkit.nl inclusief 10-delige podcast serie 'first eet cast'



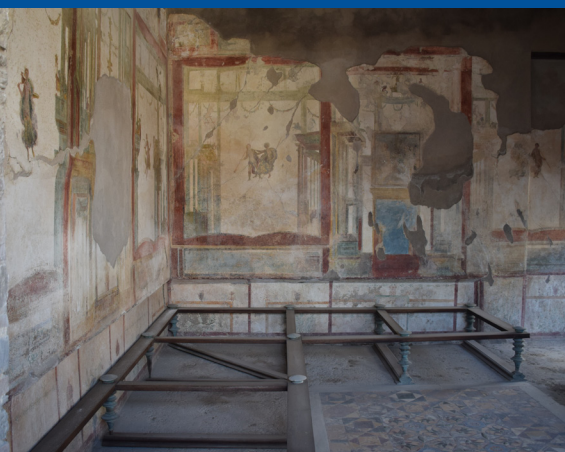
Reiziger



What happens in Napels, stays in Napels!

Na 2 jaar uitstel, ging het toch echt gebeuren: Napels werd een feit. Woensdagochtend vertrokken uit huis, met de trein naar Schiphol. Vrijwel meteen veel nieuwe contacten met collega's in de regio.

Aangekomen in Napels, inchecken, eerste drankje en meteen van start met een complex onderwerp in de eerste presentatie: samenwerking in de zorg voor ouderen in de regio. 's Avonds aan tafel werd hierover nagepraat terwijl we grappen maakten over de kwaliteit van het eten en de logistiek bij de bediening.



Op donderdag- en vrijdagochtend tijd voor de parallelsessies: vele interactieve presentaties, waarbij we werden ingewijd in meer en minder bekende medische gebieden en uitgenodigd om mee te denken in verbeteringen en oplossingen. Tussen de presentaties door was er veel gelegenheid om met elkaar te spreken, waardoor het zeker makkelijker wordt om elkaar in de toekomst ook te kunnen vinden.

Op donderdagmiddag en vrijdagmiddag was er tijd voor excursies: fietsen door Napels, een bezoek aan Pompeï, wandelen op de Vesuvius of op zee met een kajak. Ik heb vele leuke reacties op de excursies gehoord. Zelf heb ik gefietst door de smalle straatjes van Napels, druk met ontwijken van mensen, genieten van lekker buiten zijn en een inkijkje in Napels. Heel leuk!



Vrijdagavond de traditionele feestavond. De avond begon twijfelachtig met zang van twee bevlogen Italianen tijdens het diner maar ontsprong daarna in een ongelooflijk feest. Tijd om het toetje op te eten was er niet meer: op naar de dansvloer! Het dak eraf! Een avond om niet snel te vergeten. Wat een feest!

De volgende ochtend werden we getraakteerd op een filmpje waarop onze nachtelijke escapades waren vastgelegd. Gelukkig een eenmalige uitzending: 'What happens in Napels, stays in Napels!'

Wát een mooie reis.

Preconceptie advies: Ieders zorg!

Door: Maarten Broeren, klinisch chemicus Máxima MC, Susan Pruijsen, huisarts, Judith van de Laar, gynaecoloog Máxima MC, Michelle Westerhuis, gynaecoloog Catharina Ziekenhuis

Adequate preconceptiezorg maakt geïnformeerde keuzes mogelijk en kan risico's voor de aanstaande moeder en haar kind minimaliseren door middel van voorlichting, counseling, screening en preventief beleid. De nadruk ligt op identificatie van risicofactoren waarbij actie vóórafgaand aan de conceptie of vroeg in de zwangerschap effect heeft in termen van risico-reductie voor aanstaande ouders en kind en/of geïnformeerde besluitvorming.

De preconceptionele periode kan worden gezien als een zogenaamd *'window of opportunity'*: in deze fase kunnen risicofactoren geïnventariseerd worden en kan daarop geanticipeerd worden voordat deze negatieve effecten kunnen genereren op het ongeboren kind. Het is de verwachting dat preconceptiezorg zal leiden tot een afname van perinatale en maternale mortaliteit en morbiditeit.

De meest voorkomende aandoeningen die van invloed kunnen zijn op de zwangerschap én waarbij een preconceptioneel advies of interventie preconceptioneel of vroeg in de zwangerschap een positieve invloed kan hebben zijn:

- Astma
- Voorgeschiedenis van bariatrische chirurgie
- Diabetes mellitus (DM)
- Epilepsie
- Hypertensie
- Phenylketonurie (PKU)
- Psychiatrische stoornissen
- Schildklierfunctiestoornissen
- Trombose
- Anemie en dragerschap van hemoglobinopathieën (sikkelcelziekte en thalassemie)

Voor al deze aandoeningen is het belangrijk dat alertheid vergroot wordt bij zorgverleners die vrouwen in de fertile levensfase begeleiden.

Tijdens de workshop werden er twee aandoeningen toegelicht,



omdat deze vaak voorkomen en er recent ook nieuwe richtlijnen verschenen. Dit is de richtlijn 'preconceptie dragerschapsonderzoek (PDO) voor hoogrisicogroepen' verschenen in 2020: https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/preconceptie_dragerschapsonderzoek_pdo_voor_hoogrisicogroepen/startpagina_-_pdo.html

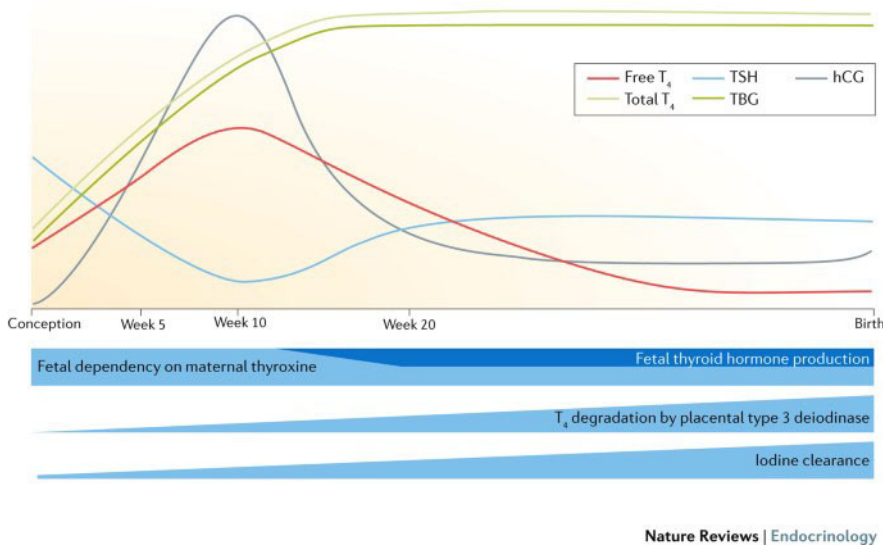
Tevens is ook een deel van de modules van de richtlijn Schildklierfunctiestoornissen in 2020 herzien:

https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/schildklierfunctiestoornissen/schildklierfunctiestoornissen_-_korte_beschrijving.html

Schildklierfunctiestoornissen komen regelmatig voor in de fertile vrouwen (18-44 jaar). Hypothyreoïdie heeft een incidentie van 22/1000 en hyperthyreoïdie 7/1000. In ongeveer 5% van de zwangerschappen speelt een schildklierfunctiestoornis een rol. Een onbehandelde (subklinische) hypothyreoïdie heeft gevolgen voor conceptie (cyclusstoornissen) en geeft tijdens de zwangerschap hogere kans op miskraam, hypertensie, abruptio placentae, anemie, vroeggeboorte, laag geboortegewicht en/of bloedingen postpartum.

Maternale (subklinische) hypothyreoïdie wordt geassocieerd met lagere neonatale psychomotorische en neurocognitieve ontwikkelingsscores.

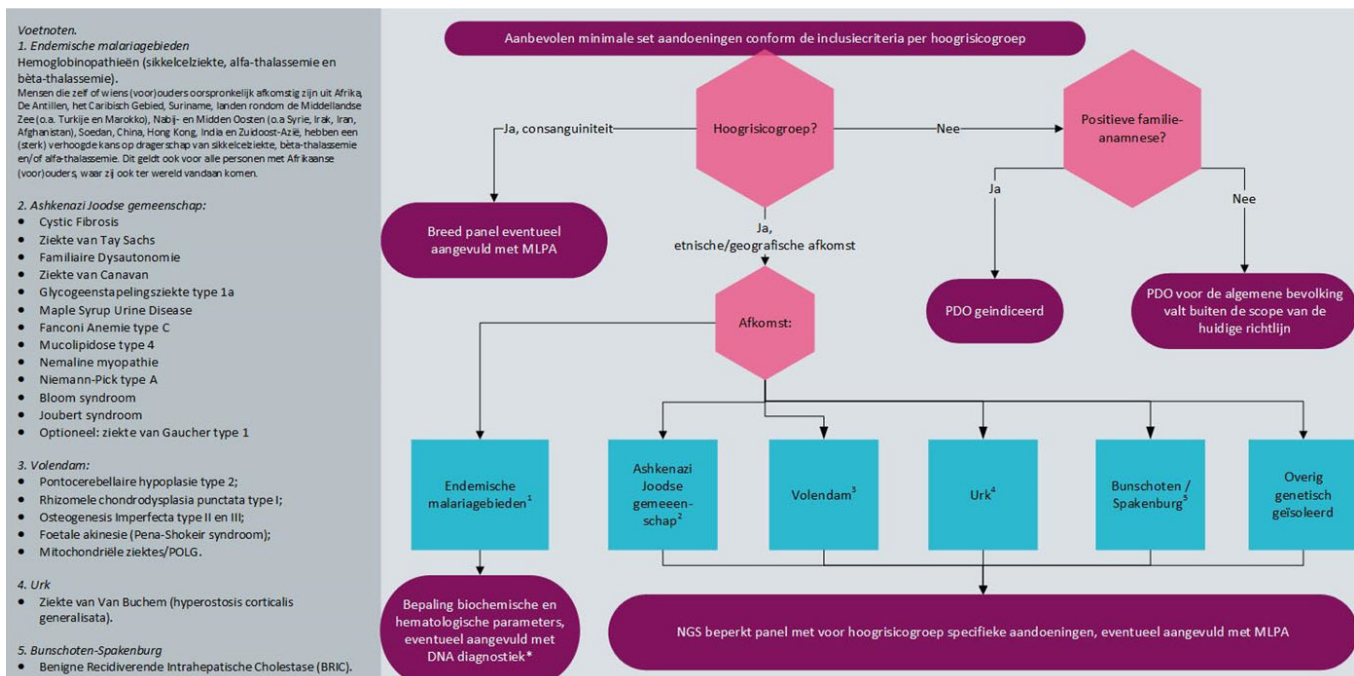
Belangrijk om te weten is dat in het eerste trimester de behoefte aan schildklierhormoon 25 tot 30% toeneemt, zie figuur 1 (Korevaar et.al., Nature Reviews in Endocrinology, 2017). Start daarom ook direct na een positieve zwanger-



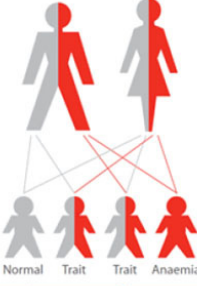
Figuur 1: Veranderingen in de schildklierfunctie tijdens de zwangerschap. Bron: T.I.M. Korevaar et. al., *Nat. Rev. Endocrinol.* 2017. An increase in thyroxine-binding globulin (TBG), an increase in thyroxine consumption by the fetus and an increase in placental type 3 deiodinase expression require an upregulation of thyroid hormone production to maintain adequate thyroid hormone availability. This upregulation is largely mediated via increased thyroidal stimulation by human chorionic gonadotropin (hCG), which ultimately leads to a net increase in free T_4 concentration and a subsequent decrease in TSH concentration.

schapstest met een 25 tot 30% hogere dosis levothyroxine. En controleer elke 4 weken waarbij streefwaarde $TSH < 2,5$. Een onbehandelde hyperthyreoïdie is gerelateerd aan een verhoogd risico op pre-eclampsie, abruptio placentae, thyrotoxische crisis en hartfalen bij de zwangere. En op foetale groeirestrictie, vroeggeboorte en vruchtdood bij de foetus.

Ook na behandeling van de hyperthyreoïdie kunnen TSH-receptor-antistoffen aanwezig blijven welke de placenta kunnen passeren en bij de foetus en neonat hyperthyreoïdie geven. Dit komt bij 1 tot 5% van de gevallen voor. Klachten zijn dan groeivertraging, tachycardie en (foetale) decompensatio cordis en bij 20% treedt foetale sterfte op. Verwijs een vrouw met een hyperthyreoïdie (of voorgeschiedenis) daarom naar de afdeling gynaecologie als er sprake is van verhoogde TSH receptor antistoffen. Hoge anti-TPO waarden beïnvloeden de zwangerschap zelf niet, maar geven wel een verhoogde kans op thyreoïditis in het kraambed of een postpartumdepressie.



Figuur 2: Stroomschema inclusiecriteria van hoogrisicogroepen die in aanmerking komen voor PDO. Bron: richtlijndatabase.nl

Risicocombinaties bij dragers van α en β defecten									
Drager van	β -Thal	HbS	HbE	HbC	HbD	α^+ -Thal (- $\alpha/\alpha\alpha$)	α^0 -Thal (- $-/\alpha\alpha$)	HbX	
β -Thal	β -Thal major								
HbS	SCZ	SCZ							
HbE	β -Thal major	SCZ	HbE ziekte						
HbC	β -Thal minor ?	SCZ	β -Thal minor	HbC ziekte					
HbD	β -Thal minor	SCZ	β -Thal minor	Normaal	Normaal				
α^+ -Thal (- $\alpha/\alpha\alpha$)	β/α^+ Thal minor	α^+ -Thal minor	β/α^+ Thal minor	α^+ -Thal minor	α^+ -Thal minor	α^+/α^+ Thal minor			
α^0 -Thal (- $-/\alpha\alpha$)	β/α^0 Thal minor ?	α^0 -Thal minor	β/α^0 Thal minor ?	α^0 -Thal minor	α^0 -Thal minor	HbH disease	α^0 -Thal major		
HbX	?!	?!	?	?	?	?	?	?	?

Figuur 3: Risicocombinaties bij dragers van α en β defecten.

Bron: Dr. C.L. Harteveld, LUMC en richtlijndatabase.nl

Preconceptioneel dragerschapsonderzoek heeft als doel het verschaffen van autonome reproductieve keuzemogelijkheden voorafgaand aan een zwangerschap. Het gaat dan met name om het preventief opsporen van autosomale recessief overerfbare aandoeningen van ernstige aard bij hoogrisicogroepen. We spreken dan over aandoeningen die optreden op (jonge) kinderleeftijd, gepaard gaan met een ernstige lichamelijke of verstandelijke beperking en/of gepaard gaan met ernstige pijn of frequente ziekenhuisbezoeken, waarvoor nog geen genezing mogelijk is en/of waarvoor in het algemeen de levensverwachting beperkt is. Er zijn diverse doelgroepen. Een belangrijke grote doelgroep in onze regio zijn personen met afkomst uit endemische malaria gebieden waar hemoglobinopathiën voorkomen (sikkelcelziekte, alfa-thalassemie en bèta-thalassemie).

Andere doelgroepen zijn Ashkenazi Joodse gemeenschap en paren met consanguiniteit (zoals vaak gezien bij

mensen afkomstig uit Volendam, Urk en Bunschoten-Spakenburg).

Bij de hemoglobinopathiën ziet men heel verschillende presentaties; variërend van nauwelijks hinder tot ernstige ziekte. Bij de thalassemieën is er sprake van verminderde/afwezige synthese van een van de globineketens uitend in microcytaire anemie (ernst afhankelijk van het aantal aangedane genen). Ernstige vormen zijn alfa- en bèta-thalassemie major, waarbij er een ernstig tekort of volledige afwezigheid is van respectievelijk alfa- of betaketens. Daarnaast zijn er de hemoglobinevarianten die gekenmerkt worden door een structureel afwijkende globineketen. HbS is de meest relevante afwijking die in homozygote vorm leidt tot sikkelcelziekte, maar ook combinaties van HbS met andere Hb-varianten (HbC, HbD, HbE etc.) leiden tot sikkelcelziekte. Klinisch uit sikkelcelziekte zich in chronische hemolytische anemie en ernstige, acute sikkelcelcrises die zich kenmerken

door onder andere vaso-occlusieve pijnepisodes, acute chest syndroom met pneumonie en multiorgaanfalen. Thalassemieën en hemoglobinevarianten kunnen ook gecombineerd voorkomen. Een aantal van deze autosomaal recessief overerfbare aandoeningen leiden tot ernstige ziektebeelden als zij in de verkeerde combinatie bij elkaar komen (zie blauwe en gele vakken in schema hiernaast).

Met het preconceptioneel dragerschapsonderzoek probeer je deze ernstig afwijkingen op te sporen. Hierbij begin je bij de partner die uit hoog risicogebied komt. Komen beide partners uit hoog risicogebied, dan dienen beiden onderzocht te worden. Hiervoor kan men via de diverse laboratoria het vakje hemoglobinopathie (preconceptioneel) of Hb-elektroforese aankruisen. Men zal dan testen op hemoglobine, erythrocyten, MCV, crp, ferritine en Hb-typing. Bij een verlaagd MCV zonder ijzergebrek zal tevens alfa-thalassemie diagnostiek worden ingezet. Alle uitslagen worden voorzien van een interpretatie en advies. Als er een afwijking gevonden wordt, dient ook bij de partner dragerschapsonderzoek te worden ingezet, ook als deze niet uit hoogrisicogebied komt.



Reiziger



Door: Maggy van den Brand,
specialist ouderengeneeskunde
Archipel (foto's Maggy van den
Brand)

De dag nadat ik mijn laatste patiënt gezond uit druppelisolatie mocht ontslaan, vertrok ik met een schone lei en lege agenda samen met mijn collega per trein naar Schiphol, om daar mijn regionale collega's te ontmoeten. Zonder vertraging en met al snel contact met de groep, bereikten we 's avonds ons hotel in een zogezegd echte Napolitaanse wijk met een bijzonder uitzicht op zee. De sfeer was uitermate ontspannen, en dat bleef zo de hele reis. Tijdens de diners heb ik met voor mij bekende en nieuwe collega's van allerlei vakgebied gezellig en ontspannen gepraat over werk, maar vooral ook gelachen over (on)gewone zaken. Het vroege ontbijt was heerlijk en compleet, en bleek een goede bodem voor de volle dagen. De fiets-tocht door het zonnige Napels was erg leuk, en donderdag heb ik het rumoerige en levendige Napels te voet ontdekt, zowel onder- als bovengronds. Ik heb genóten van de levendigheid, de drukte en het lawaai, en ook nog een beetje mijn kleine woordje Italiaans kunnen oefenen. Era benissima!

Als specialist ouderengeneeskunde vind ik het ontzettend leuk en nuttig om aan de OverEINDse Dagen deel te nemen. Ik wil graag live kennismaken met artsen van allerlei pluimage die ik telefonisch of schriftelijk ken, ik krijg meer kennis op allerlei gebied, en ik geniet ervan te merken dat mijn collega's dezelfde uitdagingen tegenkomen in hun praktijk als ik. Daarnaast vind ik het ook fijn om mijn kennis en ervaring te delen met anderen vanuit de bril van de ouderenzorg.

Het leerprogramma bevatte onderwerpen waar ik als specialist ouderengeneeskunde zeker verdieping kon brengen. Tijdens de plenaire sessie over het 'Programma Precies!' werd de zaal door de specialist ouderengeneeskunde geïnformeerd over de vereenvoudigde procedure van consultatie en opname in de ouderenzorg. Ook 'alternatieve zorg voor de oncologische patiënt' was een onderwerp wat mij aansprak, aangezien deze vorm van zorg ook veel voorkomt in het verpleeghuis; ook daar zoeken de patiënten naar alternatieven als behandelen onvoldoende lukt. En in het verpleeghuis zien we de gevolgen van iemands 'leefstijl', inclusief de late gevolgen of actuele problematiek rondom 'drugs'. Daarnaast sloot de sessie 'opleiden' ook aan op mijn interesse, aangezien ik als opleider voor de toekomstige specialisten ouderengeneeskunde een 2-jarige kaderopleiding heb gevolgd. Daarnaast herkende ik veel uit het verhaal over 'e-health' want wij zijn in het verpleeghuis al heel ver qua 'innovatie': We werken al lang met google glass, de digitale stethoscoop, augmented reality, zorgrobots, beweeggames en domotica.

Ik wil dan ook benadrukken dat wij als specialist ouderengeneeskunde allround ervaring hebben, en graag benaderd worden en contact zoeken om samen met de andere deelnemers een onderwijsprogramma voor de komende OverEINDse dagen te verzorgen.

Ik kijk er nu al naar uit!

Kriebel Krabbel Kruisje; Fluor vaginalis en Pruritus vulvae

Door: Anne Damoiseaux, gynaecoloog Catharina Ziekenhuis,
Sanne Steffens, huisarts

Fluor vaginalis en vaginale jeuk is een veel voorkomende klacht in de huisartsenpraktijk. Vrouwen met deze klacht worden regelmatig op het spreekuur door de huisarts gezien. Gemiddeld ziet een huisarts 15,1 vrouwen per 1000 patiënten per jaar met deze klachten.* Maar wat is fluor vaginalis dan?

Fluor vaginalis en vaginale candidosis

Het is een niet bloederige vaginale afscheiding die volgens de patiënt afwijkt van normaal en anders is qua kleur, geur en hoeveelheid dan ze gewend is. De vaginale afscheiding wordt beïnvloed door de leeftijd, menstruatiecyclus, hormoongebruik, zwangerschap en seksuele opwindning. Indien er geen microbiologische afwijkingen worden gevonden en er geen aanwijzingen zijn voor een mycose, bacteriële vaginose of seksueel overdraagbare aandoeningen dan volstaat afwachten. Daarnaast is uitleg over vaginale fluor en het geven van verschillende hygiëneregels aangewezen. Wassen met water, dragen van katoenen ondergoed en het vermijden van inlegmateriaal moeten met de vrouw besproken worden. Bij een gedeelte van de vrouwen wordt wel een microbiologische oorzaak gevonden. Het meest frequent betreft dit een vaginale candidosis of een bacteriële vaginose. Vrouwen herkennen de klachten van een vaginale candidosis vaak zelf. Ze geven aan dat ze last hebben van vaginale jeuk en een branderige gezwollen vagina met witte, niet riekende brokkelige afscheiding. Soms wordt dysurie beschreven. Vaak hebben patiënten al aan zelfbehandeling gedaan door Canesten® (clotrimazol) te gebruiken, wat vrij verkrijgbaar is. Risicofactoren voor een incidentele candidiasis zijn recent antibioticum gebruik, zwangerschap, orale anticonceptiva met een hoog oestrogeengehalte en een niet goed gereguleerde diabetes mellitus. Meestal volstaat het om bij een vrouw in de vruchtbare levensfase te behandelen met Clotrimazol of Miconazol echter in een enkel geval kom je hier niet mee uit



en blijven de klachten recidiveren. Een kweek met gist typing en resistentiebepaling is dan een aanvullend diagnosticum.

In Nederland wordt 85 tot 90% van de vaginale mycose veroorzaakt door een *Candida Albicans*. Andere exotische soorten die minder vaak voorkomen zijn de *C. Glabrata*, de *C. Tropicalis*, de *C. Parapsilosis* of de *C. Krusei*.

Een recidiverende vaginale candidiasis wordt omschreven als drie symptomatische en microbiologisch vastgestelde episodes per jaar. Dit treedt bij 5 tot 8% van de vrouwen op. De meest gangbare hypothese voor recidiverende candidosis zijn een 'endogene re-infectie' vanuit de vagina of tractus digestivus, een selectie van non-*Candida* species die minder gevoelig zijn voor de behandeling dan wel een specifiek defect in de lokale afweer. Bij veel vrouwen is er sprake van een relatie met de menstruele cyclus (premenstrueel recidief) of met de coïtus.

Er zijn meerdere manieren om een vaginale candidiasis te behandelen. Bij een recidiverende candidiasis blijft de juiste behandeling vinden een uitdaging. Elimineer risicofactoren indien die er zijn. Dit kan ook het tijdelijk abstineren van vaginale coïtus zijn. Bij de medicamenteuze behandeling is er sprake van een inductiefase waarbij u behandelt tot de klachten over zijn om vervolgens over te gaan naar een onderhoudsbehandeling. U stelt samen met de vrouw het juiste behandelingschema met aandacht voor de toedieningsroute,

kosten en bijwerkingen. U motiveert haar tot een langdurige behandeling en bouwt follow-up momenten in om de 3 maanden.

Hieronder vindt u het besproken empirisch ReCiDiF schema:

Inductie: 1 dd 150 mg fluconazol gedurende 1-3 dagen

Onderhoud: 1 dd 150 mg fluconazol 5^e en 20^e cyclusdag gedurende (3-6 maanden)

Bij onvoldoende reactie:

1x per week 150 mg fluconazol (3-6 maanden), daarna afbouw naar 1x per 2 weken (3-6 maanden)

Lichen sclerosus

Met enige regelmaat vraagt een gezonde postmenopauzale vrouw, zonder medicatiegebruik, via de doktersassistente een receptje voor miconazol omdat ze last heeft van vaginale jeuk. Het is belangrijk om postmenopauzale vrouwen met vaginale jeuk op uw spreekuur uit te nodigen en lichamelijk onderzoek te verrichten. Een vaginale schimmelinfectie zien we immers zelden

bij postmenopauzale patiënten zonder onderliggend lijden. Er zou sprake kunnen zijn van lichen sclerosus. Lichen sclerosus geeft jeuk klachten, met name in de avond en nacht. Vrouwen kunnen last hebben van dyspareunie en hebben soms ook defecatieklachten. Bij lichamelijk onderzoek ziet u een witverkleuring, bijna porseleinachtig. Daarnaast is er sprake van architectuurverlies, wat zichtbaar wordt in het verstrijken van de labia minora en vergroeiingen. Soms zijn er kleinvekkige bloedingen zichtbaar (ecchymose). Bij lichen sclerosus is het belangrijk dat vrouwen op de juiste manier en met goede instructies behandeld worden. De behandeling kan in principe in de eerste lijn plaatsvinden, mits er duidelijke smeelinstructies worden meegegeven en er adequate follow up plaatsvindt. De eerste 4 tot 8 weken moet de vrouw elke avond een klasse IV corticosteroid zalf smeren.** Vervolgens mag afgebouwd worden naar minimaal 2 aaneengesloten dagen in de week. Daarnaast moet er op alle dagen minstens tweemaal per dag worden gesmeerd met een vette zalf. Let op:

het is belangrijk dat er zalf wordt voorgeschreven en geen crème. Zalf is effectiever dan crème vanwege het occlusieve karakter dat maakt dat het corticosteroid dieper doordringt in de huid. Na start van de therapie ziet u mevrouw na 3 maanden terug. Vervolgens volstaat een jaarlijkse follow-up. U motiveert mevrouw tot zelfonderzoek van de vulva. Indien er veranderingen of klachten ontstaan die niet verdwijnen met intensiveren van smeerschema moet zij zich eerder melden. Indien veranderingen ontstaan die op maligne ontaarding kunnen duiden wordt patiënte verwezen naar de gynaecoloog.

Lichen sclerosus is een chronische ziekte en een moeilijke diagnose voor de vrouw. Verwijs haar voor aanvullende informatie naar de websites van de lichen sclerosus stichting Nederland, lsnederland.nl en naar www.thuisarts.nl of www.degynaecoloog.nl

* NHG richtlijn Fluor vaginalis M38

** NHG richtlijn Lichen sclerose M101



VAN ALTERNATIEF NAAR EVIDENCE BASED

Aanvullende zorg in de huisartsenpraktijk en het ziekenhuis

Door: Lieke Simkens, internist-oncoloog Máxima MC
Elly Vogelzang, huisarts, Marten Nijziel, hematoloog Catharina Ziekenhuis

Veel patiënten gebruiken, vaak zonder dat hun behandelend arts het weten, allerlei vormen van aanvullende therapieën. Dit om fit en gezond te blijven of, zoals bijvoorbeeld in de oncologie, om bijwerkingen van behandelingen te beperken. Daarnaast worden deze gebruikt waar de reguliere geneeskunde geen oplossing biedt voor chronische klachten van patiënten. Veel gebruikt worden therapieën op basis van kruiden, vitamines, supplementen, traditionele geneeswijzen als acupunctuur of ayurveda en bewustzijnstherapieën als mindfulness en yoga. Welke therapieën zijn zinlijk? Welke therapieën zijn schadelijk? Welk bewijs is er dat de therapieën werken?

Waar hebben we het precies over? Vele termen worden naast en door elkaar heen gebruikt. Zo kennen we onder andere complementaire zorg, Integrative Medicine, Integrative Oncology, de healing environment en evidence based aanvullende therapieën. Alle genoemde behandelingen hebben veel met elkaar gemeen.

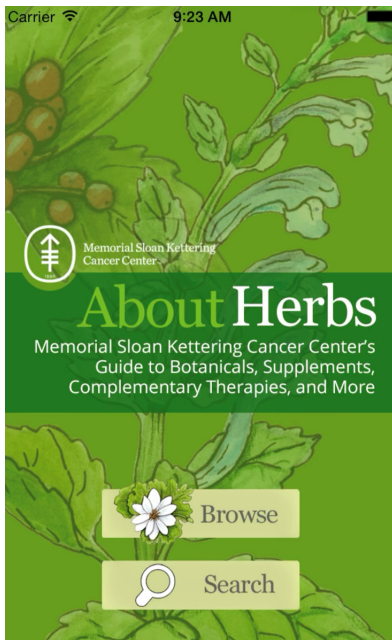
Complementaire zorg is aanvullende zorg, gegeven naast de reguliere zorg, en gaat uit van een holistische benadering. Het omvat lichamelijke, emotionele, mentale, spirituele en sociale behoeften en levert een bijdrage aan herstel en welbevinden. Integrative Medicine en Integrative Oncology gaan uit van de gedachte dat lichaam en geest onlosmakelijk met elkaar verbonden zijn. Er zijn daarbij vier belangrijke pijlers: een gelijkwaardige relatie tussen zorgverlener (coach) en zorgvrager, het investeren in preventie en leefstijlinterventies, alles moet veilig en effectief zijn en een helende omgeving (healing environment) is van belang. Dit is een (fysieke) omgeving die zich erop richt om het welzijn van patiënten, familie en werk-



nemers te bevorderen en hun stress te verminderen. Het doel is sneller te genezen of dat de omgeving de situatie van ziek zijn niet vervelender maakt.

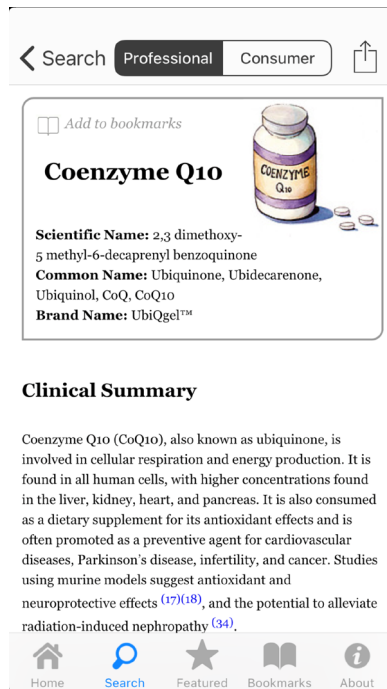
Onderzoek op de polikliniek Oncologie in Máxima MC heeft laten zien dat ongeveer 60% van de patiënten behoefte heeft aan Integrative Oncology en ruim 50% ook al een of andere vorm hiervan gebruikt. Een ruime meerderheid is ook bereid hiervoor een eigen financiële bijdrage te betalen. Hoe jonger de patiënten zijn des te meer interesse zij hebben in Integrative Oncology. Hetzelfde geldt voor patiënten die meer bijwerkingen ervaren, eerder hebben kennis gemaakt met Integrative Oncology en als zij hoge verwachtingen hebben van het effect ervan. Dit alles heeft van oudsher een wat zweverige, alternatieve ondertoon en wordt door velen verschillend beleefd. Het roept de vraag op of er wel bewijs is van het effect van deze benaderingen, er niet nodeloze kosten aan verbonden zijn en of een en ander ook niet schadelijk kan zijn.

Dat is dan ook de precies de reden dat de term evidence based aanvullende therapieën ontwikkeld is. Alleen dát doen dat werkelijk bewezen effectief is en bij voorkeur ook



Figuur 1A

kostenbesparend. Het Memorial Sloan Kettering Cancer Center (MSKCC) in New York loopt hiermee voorop (Foto 1). Daar is een app ontwikkeld met de naam 'About Herbs', waarin evidence based, gerangschikt op alfabet, alle bekende werkingen en bijwerkingen van kruiden, supplementen en complementaire therapieën beschreven staan. Ook de database van bekende interacties



Figuur 1B

met veel voorgeschreven medicatie is van groot belang. Deze app is gratis te downloaden in de App Store (Figuur 1a en 1b).

Zo zijn er aanwijzingen dat anti-oxidante supplementen als Co-enzym Q10 de werking van chemotherapie zou kun-

nen verminderen en daarbij een juist slechtere overleving zou kunnen geven. Het gebruik ervan tijdens oncologische behandelingen wordt dan ook afgeraden. Van gemberthee en acupressuur (Figuur 2) is aangetoond dat deze een bijdrage kunnen hebben aan bestrijden van misselijkheidsklachten bij chemotherapie. In vitro studies laten zien dat het veel gebruikte Echinacea lagere spiegels van tamoxifen kan geven en hiermee dus de effectiviteit van de hormonale behandeling bij borstkanker patiënten kan verminderen. De 'About Herbs' app is dé informatiebron waar u al deze informatie terug kunt vinden. Dit geldt ook voor interacties met veel gebruikte niet-oncologische middelen als antihypertensiva, anti-aritmica en antidepressiva.

Op deze wijze kunnen we middelen en behandelingen die veilig én effectief zijn aanbevelen en toepassen. Behandelingen die niet veilig zijn en niet bewezen effectief moeten we af laten. Behandelingen die niet veilig zijn maar wel effectief moeten we scherp monitoren. Behandelingen die wel veilig zijn, maar niet bewezen effectief kunnen

Hoe masseer je het P-6 punt?

- Plaats de 3 vingers van je andere hand (wijsvinger, middelvinger, ringvinger) dwars op je pols, zie de tekening hieronder

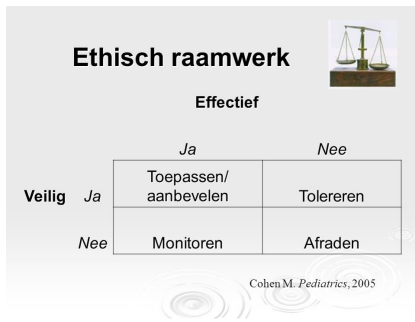


- Plaats daarna je duim er direct onder. Als het goed is, voel je nu dat je duim over 2 pezen heen ligt. Dit is het P-6 punt.
- Masseer het P-6 punt met de top van je duim voor 2-3 minuten. Maak daarbij kleine cirkeltjes. Het mag geen pijn doen, maar je moet wel wat druk voelen.



- Doe hetzelfde bij je andere hand.

Figuur 2



Figuur 3

we tolereren, mits we de patiënt daar adequaat en eerlijk over informeren. Deze werkwijze staat bekend als het ethisch raamwerk (Figuur 3). In onze regio zijn er verschillende initiatieven gaande. Zo gaat in het Catharina Ziekenhuis de healing environment een rol spelen bij de nieuwbouw en verbouw van het Catharina Kanker



Podcast: aanvullende geneeswijzen in de huisartsenpraktijk



Huisarts Christian de Groot maakt podcasts van collega-huisartsen die slimme innovaties toepassen in hun praktijk, innovaties waar de arts en de patiënt beter van worden. Tijdens de OverEINDse dagen in Napels maakte Christian een podcast met Elly Vogelzang, deelnemer en spreker tijdens deze editie. Elly Vogelzang vertelt over Medisch Kwartier Eindhoven waar huisartsgeneeskunde en aanvullende geneeswijzen elkaar versterken. 'Huisartsgeneeskunde en aanvullende zorg gaan hand in hand'.

Luister en raak geïnspireerd:

<https://open.spotify.com/episode/19ZnqQvgNFVNpSvtu7iWco?si=LXmdyFwfTRue2VNalqqZHw&>

Instituut. In het Máxima MC is recent op het oncologisch centrum een nieuw opgezet spreekuur Integrative Medicine van start gegaan. Daarnaast wordt er een verwijscircuit opgezet in samenwerking met huisartsenpraktijk Medisch Kwartier Eindhoven, waar verschillende aanvullende, evidence based, therapieën onderdeel zijn van de zorg. Samengevat gebruiken veel patiënten,

vaak zonder dat wij het weten, aanvullende therapieën. Durf vooral te vragen naar de behoefte van een patiënt en naar wat diegene al gebruikt van de aanvullende therapieën. Op deze wijze kunnen we ook in onze regio veilig en effectief deze therapieën inzetten, daar waar het nodig is en voor de patiënt die het wil, naast de reguliere therapieën.



Reisgenoot

Eindelijk was het dan weer zover, de OverEINDse dagen konden plaatsvinden. Op woensdag 6 april moesten we op de zeer schappelijke tijd van 10.45 uur aanwezig zijn in vertrekhal 1 van Schiphol. De eindbestemming op deze dag was Napels, waar we met een groep van bijna 100 personen zouden gaan neerstrijken voor een aantal dagen leren en fun. Voor mij de eerste keer na de start van de coronapandemie om weer met een groot gezelschap op pad te gaan. Ik vermoed dat ik niet de enige was. Met een stevige klap landden we op het vliegveld van Napels en daarna met de bus naar ons hotel met 'bijzonder' uitzicht. Het leek alsof Pompeï voor de deur lag. Na een bubbelende start met prosecco, begon de eerste sessie over 'Precies'. We werden bijgepraat over de acute zorg voor onze ouderen en de uitdagingen die spelen. Daarna dineren in het hotel, wat voor de Italianen nog wel een uitdaging leek te zijn. Afhankelijk van je dieetwensen kreeg je een ander toetje, waardoor ik gelukkig de kleffe natte cake mocht overslaan. Leuk om in een gemixte samenstelling tijdens het eten elkaar te leren kennen.

De volgende ochtend vroeg van start met een gevarieerd ochtendprogramma. Van integrale zorg, naar opleiden, preconceptie en een stressloos einde van de sessie. Veel interactie en concrete acties om te verbeteren in de keten. Daarna snel eten aan de 'vega tafel', zodat om 14.15 uur vertrokken kon

worden naar Pompeï. Indrukwekkend en veel groter dan ik had gedacht. Onze gids vertelde alsof hij er gisteren nog soep at in de snackbar en ook de rondleiding in de rosse buurt werd verlevendigd door zijn verhalen.

Op de vrijdagochtend wederom een interessante en leuke sessie waarin uitersten passeerden. Van morbide obesitas naar anorexia in een tijdsbestek van 2,5 uur. In de middag ben ik naar Napels gegaan, aangezien ik daar niet eerder was geweest. In de avond naar Rosolino voor eten en feesten. Prima eten, goede sfeer en feest! Het toetje was nog niet geweest of de band kreeg de zaal los en de tafels gingen aan de kant!

De volgende ochtend, een uurtje later dan de eerdere dagen, de afsluiter van deze dagen met onderwerpen drugs en e-health. Daarna weer op weg naar het vliegveld en Amsterdam.

Interessante bijeenkomsten, leuke excursies en elkaar beter leren kennen. Deze combinatie maakt dat de OverEINDse dagen bijdragen aan nog betere samenwerking in de regio.

Karin Nabbe

Voorzitter Raad van Bestuur Diagnostiek voor U



Hematurie

Door: Albert-Jan Aarnoudse, internist- nefroloog Catharina Ziekenhuis, Iris Ketel kaderhuisarts urogynaecologie, Kevin de Laet, uroloog Máxima MC

In deze presentatie worden zowel macroscopische hematurie als microscopische hematurie behandeld.

Macroscopische hematurie

Goedaardige oorzaken

Meestal is de oorzaak van macroscopische hematurie goedaardig:

- Blaasontsteking 25%.
- Benigne Prostaat Hyperplasie (BPH) 12%. Dit is evenwel een uitsluitingsdiagnose omdat veel mannen natuurlijk BPH hebben en synchroon een andere bloedingsoorzaak kunnen hebben.
- Cyclofosfamidegebruik of tbc zijn zeldzame oorzaken
- Chemische cystitis door langdurig ketaminegebruik komt ook voor. Deze enorm invaliderende aandoening geeft forse opslagstoornissen, verlies van blaascapaciteit en onderbuikspijn. Dit kan irreversibel zijn en de progressie ervan kan alleen worden voorkomen door te stoppen met ketaminegebruik.

Bloedverduunners zijn geen oorzaak van macroscopische hematurie. Studies hebben aangetoond dat urologische maligniteit even vaak voorkomt bij patiënten met of zonder bloedverdundergebruik. Bloedverduunners kunnen wel de aanleiding zijn om te bloeden maar dus niet de oorzaak.

Kwaadaardige oorzaken

Bij zichtbaar bloed plassen is het belangrijk om plasklachten na te vragen. Met name de opslagstoornissen, zoals pollakiurie en urgentieklachten, moeten doen denken aan blaaskanker. Grote blaastumoren en carcinoma in situ van de blaas hebben namelijk een enorm irritatief effect op de blaaswand. Bij een kwart van de blaaskankerpatiënten waren plasklachten de eerste presentatie van de ziekte.

Als je denkt aan maligniteit, kun je het volgende doen om de diagnose te stellen:

- Neem in de anamnese de familiale voorgeschiedenis mee.



- Vraag naar andere risicofactoren om de kans op kwaadaardigheid in te schatten. Roken is daarvan de belangrijkste, gezien het verband met urologische maligniteit, in het bijzonder blaaskanker. Lichamelijk onderzoek draagt over het algemeen niet zo veel bij, het is wel netjes een toucher te doen bij een man. Veel collega's doen een urinestick of sediment, om infectie uit te sluiten, (doorgemaakte) hematurie te bewijzen in geval van twijfel of om te controleren of de hematurie weg is na behandeling van een urineweginfectie (uwi). Dat laatste doen niet alle huisartsen, maar is wel goed om te doen tenzij het verhaal helemaal kloppend en klaar is, zoals een jonge vrouw die eenmalig een uwi heeft met typische acute plasklachten die weer weg zijn na een kuur antibiotica. Bloedtesten worden bij voorkeur gericht aangevraagd (samen met toucher), om prostaatkanker uit te sluiten als relatief zeldzame oorzaak van hematurie. Het kan goed zijn de INR te controleren bij orale antico gebruik of een Hb bij langdurig bloedverlies of symptomen van bloedarmoede. Radiologisch onderzoek bij verdenking op stenen. Huisartsen hebben toegang tot een blanco CT, hoewel ze dat lang niet altijd zelf aanvragen. De diagnostiek van steenlijden kan prima in eerste lijn.

Verwijzing

Wanneer blaaskanker wordt verwacht dan moet een patiënt verwezen worden naar een uroloog. Die doet dan een cystoscopia en CT van de hogere urinewegen. Opsporen van blaas-

kanker door onderzoek naar maligne cellen in de urine is te weinig gevoelig. De zogenaamde urine cytologie wordt aanvullend gebruikt door de uroloog, vooral in de diagnose en opvolging hooggradige blaastumoren, die soms niet of moeilijk te zien zijn. Er is dus geen plek voor cytologie in eerste lijn.

Microscopische hematurie

Huisartsen zien regelmatig patiënten met erythrocyten in de urine. Het erythrocytenverlies is soms onzichtbaar (microscopisch), zoals in de gepresenteerde casus die bij een hypotheekkeuring bij een urinestick toevallig erythrocyten worden ontdekt. De uitslag van de urinestick leverde veel discussie op, is deze betrouwbaar genoeg? Het blijkt dat urinestick goed is in uitsluiten van microscopische hematurie maar minder goed in aantonen. Aangezien er geen NHG standaard hematurie is en alleen een richtlijn (die momenteel in herziening is) is een stappenplan gepresenteerd afkomstig uit het artikel van mij in H&W:

Urinestick

Dus bij een (herhaalde) positieve urinestick zonder duidelijke oorzaak is bevestiging met een urinesediment noodzakelijk en afhankelijk van percentage dysmorphe erythrocyten kan verwezen worden naar de uroloog of nefroloog. Maar, wanneer is een urinestick positief? Niet iedereen herhaalt de urinestick na bijvoorbeeld een vermoede uwi (er wordt ook niet altijd een kweek gedaan natuurlijk). Er was ook onduidelijkheid bij de huisartsen hoe een urinesediment aan te vragen en welke procedure gevolgd moest worden (>1 uur in lab zijn dus het is handiger om patiënt op het lab te laten plassen). Terwijl sommige huisartsen het zelf doen in de huisartsenpraktijk. Tevens was er discussie wanneer je een urinesediment moet

Stappenplan voor microscopisch erythrocytenverlies in de urine



1 Anamnese en lichamelijk onderzoek



► Erythrocytenverlies met duidelijke oorzaak:

- bij tekenen van urineweginfectie, urolithiasis of urethritis, volg de betreffende NHG-Standaard
- bij trauma, herhaal urinestick na 6 weken

► Erythrocytenverlies zonder duidelijke oorzaak:

- herhaal de urinesticktest na 1 week (vooraf niet intensief sporten, geen menses)
- indien de erythrocyten afwezig zijn in het tweede urinemonster, doe dan na enkele weken nog een derde urinesticktest
- als 2 van de 3 urinesticktests binnen enkele weken positief zijn, is er sprake van persisterend erythrocytenverlies in de urine

2 Uitgebreide anamnese en lichamelijk onderzoek



- Bij **persisterend** erythrocytenverlies in de urine **zonder duidelijke oorzaak**, besteed aandacht aan **nefrogene, urologische en aandoeningen buiten de urinewegen** (zie Anamnese)

3 Urinesedimentbepaling bij persisterend erythrocytenverlies zonder oorzaak



- Verwijs naar het **laboratorium**

4 Let op dysmorphe erythrocyten



► < 40% dysmorphe erythrocyten

- oorzaak ligt zeer waarschijnlijk in lagere urinewegen en/of buiten de urinewegen
- overweeg aanvullend onderzoek: dipslide met eventueel urinekweek, buikoverzichtsfoto, echo, indien nodig CT-abdomen
- overweeg aanvullend gynaecologisch onderzoek en rectaal toucher

► > 40% dysmorphe erythrocyten en cilinders

- bepaal aanvullend bloeddruk, oedeem, glomerulusfiltratiesnelheid, eiwit in de urine
- verwijs naar of overleg met internist/nefroloog

5 Verwijzing



► Verwijs naar de uroloog

- bij persisterend erythrocytenverlies in de urine zonder verklaring
- zeker bij mannen > 40 jaar met risicofactoren voor maligniteit

aanvragen, want in de praktijk is het best lastig om de patiënt in het zicht te houden omdat ze ook alleen bij de assistente komen. Daarnaast hebben we het gehad over wat echte microscopische hematurie is en waar bloedverlies nog meer vandaan kan komen. Zie ook onderstaande (gepresenteerde) tabel.

Mogelijke nefrologische oorzaken van microscopische hematurie

Allereerst blijkt de kans op ernstige nierschade bij microscopische hematurie gelukkig klein. Het komt wel heel vaak voor. In bevolkingsonderzoeken tot wel bij 40% van de deelnemers. Indien geen sprake is van proteïnurie leidt dit echter slechts <1% van de gevallen tot nierinsufficiëntie. Is er wel proteïnurie dan loopt dit op tot wel 15%.

Wanneer verwijzen naar de nefroloog?

- Bijkomende proteïnurie (gezien de veel grotere kans op progressieve nierschade).
- Aanwezigheid van dysmorphe erythrocyten >40% is zeer sensitief voor de aanwezigheid van een glomerulaire oorzaak van de hematurie. Daaronder is grotere kans dat de erythrocyten uit de lagere urinewegen afkomstig zijn.
- Aanwezigheid van een verminderde nierfunctie.
- Bijkomende hypertensie: bij glomerulaire schade neemt de bloedflow in de glomerulus ook af, wat via verhoogde renineproductie doorgaans leidt tot hypertensie.

Aan welke nierziekten dient gedacht te worden?

Natuurlijk aan glomerulonefritis. Vaak is dan al snel duidelijk dat verwijzing nodig is vanwege de aanwezigheid van bijkomende systemische symptomen en snel verlies van nierfunctie. Bovendien betreft het in de alghele populatie toch betrekkelijk zeldzame aandoeningen. In de voordracht zijn we daar niet verder op ingegaan. Ter illustratie zijn we wat meer in detail ingegaan op IgA-ziekte (ziekte van Berger), Alport en dunne-membraanziekte.

IgA-nefropathie is de meest voorkomende vorm van glomerulonefritis. Bij patiënten ontstaat, door verminderde galactolysering van het in de tonsillen en plaques van Peyer geproduceerde IgA, een verhoogde hoeveelheid circulerend IgA. Wanneer dat in de glomeruli neerslaat kan dit complement activeren en de glomeruli beschadigen. In 40 tot 50% van de gevallen gaat de eerste presentatie gepaard met macroscopische hematurie. In 30 tot 40% is sprake van microscopische hematurie, en wordt het bijvoorbeeld bij een keuring opgepikt. In <10% van de gevallen is sprake van snel progressieve glomerulonefritis. Het beloop van de ziekte is erg onvoorspelbaar. Zolang er geen of beperkte proteïnurie is (<0.5g/dag) is de prognose goed en treedt zelden eind stadium nierziekte op. Bij proteïnurie >0.5g/dag of kreatistijging: 15-25% in 10 jaar treedt in 20 tot 30% eind stadium nierziekte op binnen 20 jaar. De behandeling is voornamelijk gericht op verlagen van proteïnurie door zoutbeperking, gewichtsbeheersing en bloeddrukbehandeling waarbij ACE-remmers de hoeksteen zijn. De ziekte van Alport komt niet veel voor, maar is een mooi voorbeeld van een erfelijke nierziekte die gepaard gaat met microscopische hematurie. Alport wordt veroorzaakt door een genetische

Relevante oorzaken van erythrocytenverlies in de urine bij volwassen patiënten in de eerste lijn



► Aandoeningen van de nieren en urinewegen	
Ontsteking • cystitis • pyelonefritis • prostatitis • glomerulaire aandoening (zeldzaam)	Benigne tumoren van nieren, blaas en urethra • abces • poliep • angiomyolipoom • oncocytoom • prostaathypertrofie (zeldzaam)
Maligne tumoren van nier(bekken), blaas en prostaat	
Trauma van nier, nierbekken, blaas, urethra	Nierinfarct door cardiovasculaire aandoening (zeldzaam)
► Aandoeningen buiten de urinewegen	
Gynaecologisch, zoals: • atrofie van het vaginale slijmvlies • carcinomen van cervix, uterus en endometrium (zeldzaam)	Enterologisch, zoals: • aambeï • colitis (zeldzaam) • diverticulitis coli (zeldzaam) • appendicitis (zeldzaam)
► Algemene aandoeningen (zoals)	
Hemorragische diathesen	• hemofilie • trombocytopenie • sikkelcelanemie (zeldzaam)

Ketel JG, Teunissen TA. Microscopisch erythrocytenverlies in de urine.

Huisarts en Wetenschap 2020

afwijking in de collageen IV genen. Er bestaat een X-gebonden, een autosomaal recessieve en autosomaal dominante vorm. De klassieke variant is de X-gebonden vorm. Deze gaat gepaard met ook doofheid en oogafwijkingen en leidt doorgaans al op jongvolwassen leeftijd tot eind stadium nierfalen. De andere vormen verlopen vaak wat milder, maar leiden op latere leeftijd ook tot nierfalen. Oorzakelijke behandeling is er niet. De familie-anamnese is dus ook van groot belang met tevens aandacht voor bijvoorbeeld doofheid. Dunne membraanziekte betreft ook afwijkingen in collageen waarbij in de helft van de gevallen een genetische oorzaak in Col4A3 of Col4A4 kan worden aangetoond. Er is daardoor sprake van een dunnere basaalmembraan in de glomeruli waardoor erythrocyten naar de urineruimte kunnen ontsnappen. Dit

verloopt echter doorgaans zeer goed-aardig en leidt vrijwel nooit tot ernstige nierschade.

Samenvattend is er bij een nefrologische oorzaak van microscopische hematurie meestal een lage kans op ontwikkelen van eindstadium nierfalen. In de meeste gevallen worden deze patiënten dan ook terugverwezen naar de huisarts. Is er bijkomend proteïnurie dan is er meer reden tot zorg. Helaas is in veel gevallen het beloop niet goed voorspelbaar. Bovendien zijn de gevolgen in geval van ontwikkelen van nierschade natuurlijk groot. Bij terugverwijzing wordt dus doorgaans wel geadviseerd patiënten met microscopische hematurie 1x per een à 2 jaar te controleren op alarmsymptomen als hypertensie, proteïnurie of stijgend kreatinine.

Conclusie

Samenvattend was het een goed bediscussieerd onderwerp maar er was ook veel onduidelijkheid bij de huisartsen wat te doen bij hematurie. Voor de specialist werden knelpunten ook duidelijker bij verwijzing naar de tweede lijn (bijvoorbeeld voorstel Kevin alleen verwijzen als urinesediment is gedaan bij microscopische hematurie, dit ook zo vermelden in ZorgDomein). Mogelijk speelt het ontbreken van een NHG-standaard een rol. Vanuit de zaal kwam er behoefte aan een RTA. De presentatoren konden dit beamen en stemmen in om mee te werken aan de RTA, nadat de richtlijn hematurie herzien is.



Regioprogramma Precies! de juiste zorg voor mij

Door: Annemiek Kummeling, SEH-arts Máxima MC, Judith Wilmer, klinisch geriater Catharina Ziekenhuis, Monique Hartings, huisarts

We hebben er allemaal mee te maken: verstopping in de (spoed)zorg voor thuiswonende ouderen en het extra werk en de schrijnende situaties die dit met zich meebrengt. Er heerst een groot gevoel van urgentie om dit te veranderen. Daarom hebben 30 organisaties, gemeenten en verzekeraars in Zuidoost-Brabant de krachten gebundeld in het Programma Precies!.

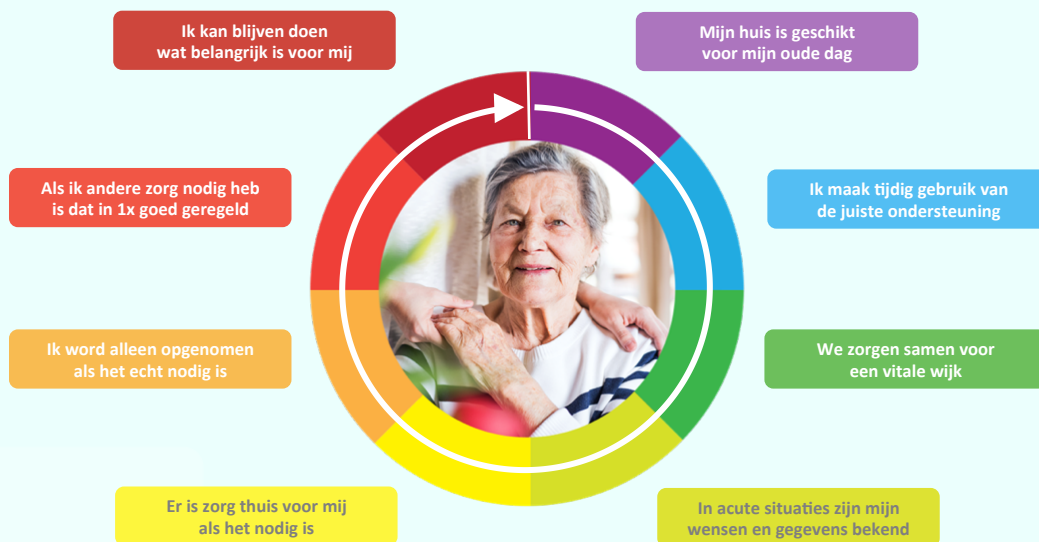
De grote aanleiding voor Precies! was een griep epidemie in 2018. Toen overleden een kleine 10.000 mensen aan de griep. De zorg slipte dicht in deze regio. Ouderen sliepen op de SEH omdat er geen vervolgzorg was. Met een grote groep professionals, bestuurders en ouderen(vertegenwoordigers) zijn, in



een 'klantreis-bijeenkomst' in juli, de grootste knelpunten voor thuiswonende ouderen en mantelzorgers geïnventariseerd. Dat heeft geleid tot de ideale ouderenreis en acht Precies!-projecten.

ACHT SPEERPUNTEN

die samen 'de ideale patiënt journey' vormen

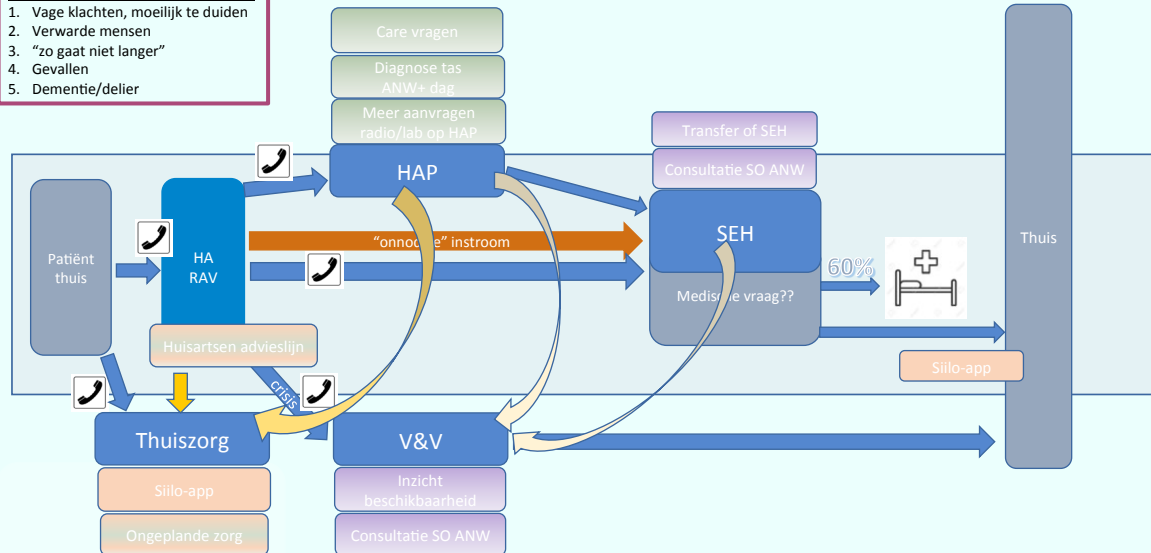


Acute as – gerealiseerde oplossingen



Benoemde patiëntengroepen (U2-U3)

1. Vage klachten, moeilijk te duiden
2. Verwarde mensen
3. "zo gaat niet langer"
4. Gevallen
5. Dementie/delir



Uiteindelijk is dit waarom we het doen: veilig stellen dat ook over 5 of 10 jaar alle ouderen die dat willen fijn en veilig thuis kunnen wonen. Dit vraagt ook om preventief bezig te zijn. <https://preciesdejuistezorg.nl/>

'Thuis wat kan'

Hoe kunnen we voorkomen dat kwetsbare ouderen 'onnodig' (zonder medisch specialistische zorgvraag) naar de huisartsenpost of SEH gaan? Dat is de hamvraag waarover de projectgroep 'Thuis wat kan' zich heeft gebogen. We nemen je mee in de gerealiseerde oplossingen en de plannen voor 2022.

Geïmplementeerde oplossingen 2021

- 1 Meer aanvraagmogelijkheden radio/lab op HAP (zodat doorsturen SEH wordt voorkomen)
- 2 Transfervedpleegkundige naar SEH (alleen CZE) (kennis thuis + opnamecriteria Verpleging & Verzorging (V&V))
- 3 Beschikbaarheid tijdelijke bedden inzichtelijk voor HA-HAP-SEH via VerblijfmetZorg.nl
- 4 Mogelijkheid consultatie SO V&V voor HAP en SEH
- 5 Centrale alarmering voor 15 aanbieders m.b.t. ongeplande nachtzorg
- 6
 - a) care vragen vanuit HAP rechtstreeks naar Verpleegtechnisch ThuiszorgTeam (VTT)
 - b) inzet diagnosetas thuis vanuit HAP naar VTT en Mobiel NachtTeam (MNT)
 - c) inzet diagnosetas thuis in wijk op verzoek van HA

Het digitaal inzicht in de beschikbare bedden, de beslisboom en de informatie met betrekking tot de huisartsenadvieslijn is te vinden via <https://www.verblijfmetzorg.nl/>

De huisartsenadvieslijn is maandag tot en met vrijdag te bereiken tussen 9.00 - 16.30 uur.

Telefoonnummer 0800 333 444 9.

Het doel is dat transferteams in de toekomst soms ook centraal triage gaan doen voor de huisarts. Op de website van Precies is daarover meer te lezen in het artikel 'Volgende stap van de huisartsenadvieslijn'.

Tevens zijn grote stappen gemaakt in het vergroten van de beschikbaarheid van patiëntinformatie en behandelafspraken bij de huisartsenposten en SEH.

Voor 2022 is de doelstelling voor 'Thuis wat kan' uitgebreid met het voorkomen van instroom naar een revalidatie-afdeling, het optimaliseren van uitstroom door (e)behandeling en ondersteuning thuis en het realiseren van een (enkele) zorgpad(en) waarbij ziekenhuiszorg wordt verplaatst naar thuis.

Opbrengst OverEINDse dagen

De Siilo-app, de consultatie van specialist ouderengeneeskunde en de ontwikkeling tot verminderde instroom op de SEH worden gezien als hele mooie nuttige oplossingen.

Advance care planning (ACP)-gesprekken en samen beslissen zijn belangrijke basisgesprekken die zo vroeg mogelijk in het traject (1e lijn) kunnen worden gevoerd. ACP is een

proces waarbij de patiënt met zijn of haar behandelend arts zijn wensen, doelen en voorkeuren voor zorg rond het levenseinde bespreekt en eventueel vastlegt, vooruitlopend op het moment dat de patiënt zelf niet meer in staat is om beslissingen te nemen.

In de Avond-, Nacht- en Weekenduren (ANW) blijken meer mogelijkheden noodzakelijk te zijn. Wat helpt, is dat de Specialist Ouderengeneeskunde (SO) 24 uur per dag bereikbaar is. Dat biedt de mogelijkheid om te overleggen over wat de volgende dag mogelijk is. Als

dat helder is, is het niet erg om een oudere voor een nacht tijdelijk in het ziekenhuis op te nemen.

Bij alle oplossingen is het van belang duidelijk aan te geven wie de regie heeft. Als de patiënt thuis is, is dat (meestal) de huisarts. Dit betekent ook dat niet altijd de zorg of organisatie van de huisarts kan worden overgenomen. Tijdens de discussie met de aanwezigen werd terecht opgemerkt dat het geheel complex is. Als we dit anders willen, zullen we met z'n allen bereid moeten zijn om flink te gaan veranderen. Wij van Precies! zijn bereid, maar kunnen

dit niet alleen. Er is nog een weg te gaan en we gaan graag met jullie als direct betrokkenen door!

De presentatie leverde veel interactie en kritische vragen op. Lang niet iedereen herkende de ingezette oplossingen. Belangrijk dus om de oplossingen en mogelijkheden te blijven herhalen in reguliere communicatie en duidelijk aan te geven wie waar verantwoordelijk voor is. Mogelijk kunnen we dit borgen in een RTA.



Reiziger



OverEINDse dagen 2022

Na ruim 2 jaar Corona was iedereen blij verrast dat de OverEINDse dagen weer eens konden doorgaan. Het was al een hele tijd geleden dat ik mee was geweest. Maar het intercollegiale contact tussen de verschillende huisartsen en specialisten van de ziekenhuizen in Eindhoven is erg bijzonder.

Na een wat onwennige reis; het was voor velen weer een tijd geleden om zo op stap te gaan, kwamen we aan in Napoli. De reis naar het hotel met de bus was bijzonder, ik zag plaatsten terug uit een van mijn favoriete maffia films en de serie 'Gomorra'. Rauw is de stad zeker maar het is toch ook een van de mooiste plaatsen aan de Middellandse Zee. Een stad van uitersten.

Na te zijn opgefrist, begon de scholing. Er stonden veel onderwerpen op het programma. Het programma was divers met grote thema's over het gezondheidszorgsysteem en de werkdruk van artsen en verpleegkundigen. Ook het personeelstekort, de opleiding tot huisarts en medisch specialist en de toenemende vergrijzing werden besproken. Er was een enorme toewijding te zien om gemeenschappelijk deze problemen aan te pakken. Ook hoorden we over vele nieuwe samenwerkingsverbanden om veel gezondheidsproblemen zoals obesitas en eetstoornissen beter te behandelen.

Preventieve geneeskunde en levensstijl spelen een steeds belangrijkere rol in het dagelijkse leven en iedereen is bezig om dit meer in de praktijk te integreren. De discussies tussen de artsen waren eerlijk maar soms ook best pittig met duidelijke tegenstellingen; maar het belangrijkste vond ik te zien dat iedereen die aanwezig was dezelfde drive heeft goede toekomstbestendige zorg te bieden voor alle patiënten. Na lange tijd online vergaderingen blijkt toch dat het belangrijk is dat de huisartsen en de specialisten elkaar goed leren kennen. Gelukkig kon dit nu weer live, we hebben elkaar meer dan ooit nodig.

Het excursie programma en het eten op de reis waren typisch Zuid Italiaans (een beetje rommelig dus), de eetgelegenheden waarbij we tussen de Italiaanse families zaten, vond ik geweldig en ook de feestavond was om niet te vergeten. De Italiaanse MC zweepte het publiek op waarbij iedereen stond te swingen. Zelfs de Italianen waren onder de indruk van die gekke mensen uit Eindhoven.

Pompeï was erg indrukwekkend en het kajakken in de golf van Napels was onvergetelijk. Napels en de OverEINDse dagen 2022 waren een beetje rauw maar toch stijlvol, we hebben ervan genoten.

Door: Michiel van Beek,
klinisch geriater/klinisch farmacoloog
Catharina Ziekenhuis

E-health

Door: Elsje Kuijper, Ronald Erdsieck en Yvonne van Oosterhout

De sessie over e-health bestond uit drie delen, die door drie sprekers verzorgd zijn:

Rob Beumer: huisarts in Best en praktijkadviseur bij PharmaPartners (foto rechts)

Programma OPEN en the next steps

Rob lichtte toe hoe het er in de huisartsenpraktijk aan toe gaat qua e-health en waar hij tegenaan loopt. Zijn focus lag op het programma OPEN en de mogelijkheden die persoonlijke gezondheidsomgeving (PGO's) en andere automatisering geven in de eerstelijns praktijk.

Het blijkt in huisartsenpraktijken een behoorlijke investering om patiënten op dergelijke tools over te laten stappen, maar als ze het eenmaal gebruiken, zijn veel patiënten enthousiast over de mogelijkheden.

Aan de hand van een filmpje over een bezoek van VWS aan zijn praktijk gaf hij een inkijk in de mogelijkheden, zoals die in de praktijk in Best al worden gebruikt.

De verwachting is dat het gebruik en de mogelijkheden de komende jaren zullen groeien. Vanaf 1 september 2022 moeten patiënten in de eerstelijns de mogelijkheid hebben om hun persoonlijk dossier te kunnen inzien in een PGO en de huisartsen (of zorggroepen) moeten dit dan mogelijk gemaakt hebben. Regionaal is het streven dat 20% van de patiënten het eigen dossier online in kan zien. In onze regio stond het deel dat dit gebruikt eind 2021 nog op ruim 11%.

Ook de ziekenhuizen en andere zorgverleners moeten op korte termijn de patiënt de mogelijkheid bieden om via een PGO hun gegevens te kunnen inzien en eventueel delen met andere zorgverleners. De oproep wordt gedaan om daarin samen op te trekken en te blijven leren van elkaar.

Meer informatie: <https://open-eerstelijns.nl/>



William van Dijk, traumachirurg Máxima MC (foto links)

Snelle revalidatie met e-health

William van Dijk heeft een innovatieve, digitale tool ontwikkeld om de informatievoorziening rondom revalidatie te verbeteren. Deze app richt zich op specifieke, fysieke aandoeningen waarbij de tool stapsgewijs adviezen en oefeningen aan patiënten geeft. Op www.ereva.nl staat een korte uitleg hoe deze tool werkt. De tool geeft inzage in de te verwachten behandeling(en) en biedt de mogelijkheid persoonlijk herstel te vergelijken met dat van anderen. De voorwaarden die brede implementatie mogelijk moeten maken, zijn voor de arts: minder werk, makkelijk toegankelijk. Voorwaarden voor adaptatie door de patiënt: maatwerk wat intuïtief gebruikt kan worden. Daarnaast stelt ook het ziekenhuis voorwaarden: de informatie moet veilig zijn, er moet sprake zijn van 1 inlog en registratie in 1 systeem. Belangrijkste obstakels bij implementatie: je moet het in eigen tijd doen, vanwege gebrek aan vergoeding, en het is lastig om artsen (collega's) een tool te laten adopteren. Dit alles maakt toepassen van deze tool en innoveren in de zorg in het algemeen erg complex. Daarnaast plaatste William kritische kanttekeningen bij e-health; het begrip wordt te pas en te onpas gebruikt. Daarnaast zou het een werkbeparing moeten opleveren, maar in het geval van Ereve heeft het ontwikkelen veel tijd en energie gekost. Waar er nu nog geen reductie is in het aantal consulten, hoopt William in de toekomst er wel de vruchten van te kunnen plukken.



Jurriaan van Rijswijk, eigenaar-directeur van Games for health

Games for Health

Jurriaan liet zien welke ontwikkelingen mogelijk zijn op het gebied van e-health. Zijn bedrijf ontwikkelt spellen die bruikbaar zijn in de opleiding van zorgmedewerkers, maar ook om oplossingen te bedenken voor knelpunten in de zorg. Hij durft buiten de normale kaders van de zorg te kijken en vooral te bedenken waar creatieve oplossingen gevonden kunnen worden voor bepaalde problemen in de zorg. Zijn meest bekende oplossing is het digitale dagboek voor

patiënten die op de IC liggen. In dit digitale dagboek kunnen zowel de zorgmedewerkers als de familie bijhouden hoe het met de patiënt gaat. Zodat de patiënt en zijn familie in een later stadium, na de IC, kunnen teruglezen hoe deze tijd geweest is om zo ondersteuning te kunnen bieden in het verwerken van deze periode.

Een aantal andere voorbeelden van zijn werk zijn onder andere: het dansende figuurtje op het rode stoplicht zodat de wachtende mensen mee gaan dansen met het poppetje en op die manier de wachttijd aangenaam ingevuld wordt, tot het meewerken aan een onderzoek naar vroegtijdig opsporen van Alzheimer. Hierbij kunnen mensen zich via een site op internet aanmelden om CT- hersenscans van muizen te bekijken om op deze manier regio's met verminderde doorbloeding in de hersenen op te sporen in alle beelden. Hoe meer mensen deze regio's in beeld brengen hoe accurater de voorspelling gedaan kan worden of iemand Alzheimer kan krijgen. Zie: <https://gamesfor.health/nl/stall-catchers/>

Zoals een van de aanwezigen aangaf: het zou het in het kader van leefstijlverandering en preventie goed zijn als Games for Health gevraagd zou worden om een tool te ontwikkelen. Want gebleken is wel dat volwassenen ook graag (online) spelen en wie weet kunnen we ze enthousiasmeren om in een spel maatschappelijke vraagstukken op te lossen!

Voor meer informatie: <https://www.gamesforhealtheurope.org/>



Stressloos OverEIND

Door: Stefanie Kuppens, revalidatie-arts Máxima MC, Marie-José Theunissen, arts M&G/jeugdarts, Hans Rutten, huisarts (niet op de foto)

Leefstijlgeneeskunde wordt gedefinieerd als 'zorg gerelateerde preventie gericht op het ondersteunen van het individu met bestaande gezondheidsproblemen met als doel genezing (waar mogelijk), het terugdringen van ziektelast of ziekteverschijnselen, het verminderen van complicaties en het afnemen van het gebruik van medicatie' (ZonMw). Leefstijlinterventies hebben daarmee niet alleen een plaats in de preventieve zorg maar ook in de curatieve 1e en 2e lijns zorg (Lifestyle4Health TNO).

Bij leefstijl wordt in eerste instantie gedacht aan voeding en beweging, maar ook bioritme (slaap), relaties en stress spelen een belangrijke rol. Ook bij chronische somatische aandoeningen moet rekening gehouden worden met stress. Er zijn diverse tools om stress te signaleren en bespreekbaar te maken zoals de 4 Dimensionale Klachtenlijst (4DKL).

Casus

59-jarige vrouw die na deelname aan Keerdiabetes2om al vier jaar zonder medicatie een HbA1c tussen 37 en 40 heeft. Na vier jaar blijkt haar nuchter glucose regelmatig verhoogd en haar HbA1c 46. Bij navraag is er weinig/niets aan haar voeding, beweging, slaap en relaties veranderd. Wel is er sprake van een opeenstapeling van stressoren waar zij zelf in eerste instantie niet aan gedacht heeft. Zo heeft zij haar huis verkocht, is een nieuw huis aan het bouwen, is verhuisd naar een tijdelijke woning en heeft een drukke baan waarin gereorganiseerd wordt. Na bewustwording en stress reducerende interventies (yoga/meditatie en verandering werkzaamheden) is de HbA1c gedaald tot 42.

Stress wordt gedefinieerd als verstoring van de homeostase. Het kan door verschillende factoren (stressoren) veroorzaakt worden, die op hun beurt voor een stressreactie in het lichaam zorgen. Zelfs het denken aan een stressor kan een stressreactie oproepen. Een stressor is vaak persoonlijk en kan heel divers zijn, denk aan mishandeling/geweld, kou,



hitte, honger (langdurige voedselschaarste) maar ook financiële problemen, armoede, slechte huisvesting. Of en hoe iemand stress ervaart is afhankelijk van zijn persoonlijkheid, coping strategieën, veerkracht en (steunende) omgeving. Het gaat dan ook vooral om ervaren stress.

Stress is een nuttige lichamelijk reactie op een situatie die mogelijk gevaarlijk is. Deze reactie neemt vaak binnen enkele minuten af. Wanneer de stress chronisch wordt, kan dit tot problemen leiden.

Wanneer een stressor de homeostase verstoort, zal het lichaam er alles aan doen om het evenwicht te herstellen of om in een nieuw evenwicht te komen. Dit proces heet allostase. De hoeveelheid moeite die het kost om in dit (nieuwe) evenwicht te komen wordt allostatische lading of belasting genoemd. Bij een zwakke stressor zal de allostatische lading gering zijn en de stressreacties mild. Is de allostatische lading groot, dan zijn ook de stressreacties sterker. Bij langdurige of frequente stressreacties is er onvoldoende tijd om te herstellen. Door de aanhoudende stress of opeenstapeling van stressoren lukt het niet meer om het oorspronkelijke lagere stressniveau te handhaven. Er is een nieuw evenwicht ontstaan met een hoger stressniveau. De allostatische belasting is blijvend hoog wat kan leiden tot allostatische overbelasting, die weer kan leiden tot chronische en toxische stress met negatieve gevolgen voor de gezondheid zoals hypertensie, hoger risico op hart- en vaatziekten, maagdarmklachten, diabetes, depressie, etc. Daarnaast beïnvloedt allostatische overbelasting

stemming, emoties en het denkvermogen.

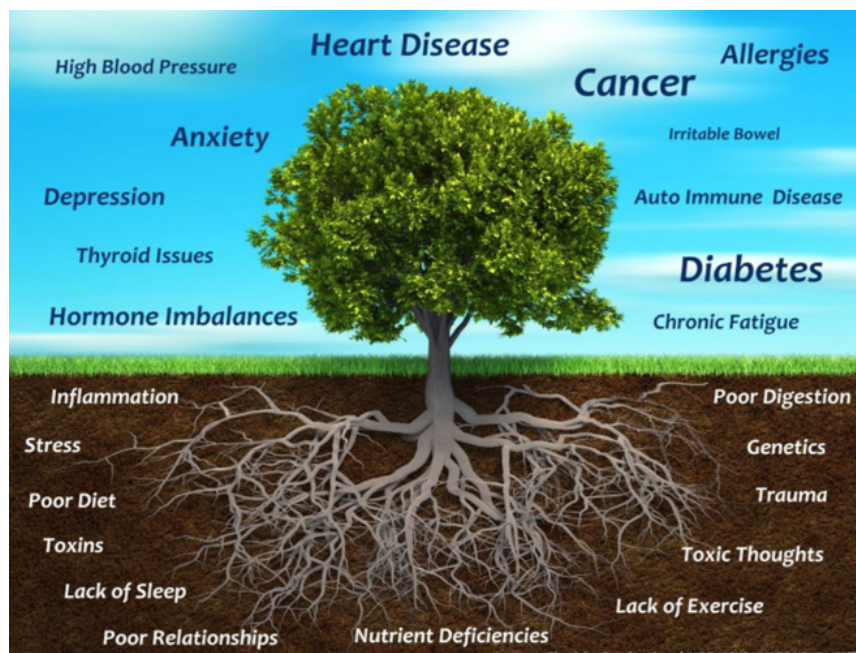
Bij toxische stress neemt het hersenvolume in de prefrontale cortex en hippocampus af, waardoor de executieve functies verminderen zoals keuzes maken, anticiperen en prioriteiten stellen. Concentratie en geheugen nemen af en er is een verminderde flexibiliteit. In de amygdala nemen de verbindingen toe waardoor impulsbeheersing verstoord raakt en angsten toenemen. De aanhoudend hoge cortisolspiegels bij chronische stress zorgen voor een beschadiging van de hippocampus, die via de hypothalamus invloed heeft op de HPA-as, het feedback-systeem bij stress.

Hoe jonger de chronische stress optreedt, hoe ernstiger de gevolgen kunnen zijn. De eerste 1000 dagen van een kind (gerekend vanaf de conceptie) zijn dan ook heel belangrijk. Bij chronische stress (kindermishandeling, verwaarlozing) vindt een ontregeling van het stressnetwerk plaats waardoor het stresssysteem al actief wordt bij relatief milde stressoren. Dit leidt tot een verhoogde kans op chronische somatische en psychische ziekten op volwassen leeftijd.

Leefstijlgeneskunde is geen symptoombestrijding maar pakt de negatieve voedende oorzaken aan zoals stress (afbeelding 1). Dit betekent voor de patiënt een gedragsverandering.

In de praktijk: de context van de patiënt in de hoofdrol voor preventie én behandeling

Blijvende gedragsverandering is moeilijk, is maatwerk vanwege de context van de patiënt en is een uitdaging voor de hele keten. Door vermindering van de executieve functies door toxische stress is de uitdaging nog groter. Patiënten hebben moeite met het onthouden van



Afbeelding 1. Voor de uiting van de ziekten (dat wat zich boven de grond afspeelt) is voldoende aandacht. Om een ziekte adequaat te behandelen is ook aandacht voor de voedende systemen onder de grond nodig.

gegeven adviezen en kunnen hier ook niet naar handelen. Zij hebben behoefte aan begeleiding en ondersteuning. Er zijn verschillende tools die behulpzaam kunnen zijn voor zowel patiënt als arts om inzicht en handvatten te krijgen voor een passende gedragsverandering zoals het leefstijlroer.

Leefstijl heeft effect op behandeling van aandoeningen en pakt de oorzaak aan. Het is daarmee hét middel voor secundaire preventie. Artsen uit de hele keten spelen dan ook een belangrijke rol in dit proces.

Recent in het nieuws

Zwaartekrachtsubsidie voor onderzoek naar stress - Amazing Erasmus MC

Referenties

E.H.M. Eurelings, C.G. Kooiman, M.H. Lub.; Het lichaam en psychisch functioneren: Theorie, onderzoek en klinische toepassing, Bohn Stafleu van Loghum, november 2021.
Leven met ongezonde stress, Dr. Karen

Hosper en Dr. Tessa van Loenen, Pharos, expertisecentrum gezondheidsverschillen, Februari 2021.
Positieve gezondheid - Institute for Positive Health (IPH)
leefstijlroer | Vereniging Arts en Leefstijl
Radboudumc Centrum voor Mindfulness-
radboudcentrumvoormindfulness.nl
<https://www.nhg.org/4DKL>



PARTYDRUGS IN DE HUISARTSENPRAKTIJK

Partydrugs: in Brabant wordt meer gemaakt dan worstenbrood....

Door: Floor Derkx, SEH-arts Máxima MC, Maaïke Maas, SEH-arts Catharina Ziekenhuis, Ylva Onderwater, huisarts

Hoezo drugs in de huisartsenpraktijk?

Het gebruik van stimulerende middelen ter ontspanning en om te feesten is een bekend fenomeen. Als we alcohol niet meerekenen, is cannabis het meest gebruikte middel. Uit Nederlands onderzoek blijkt dat een kwart van de Nederlanders ooit cannabis heeft gebruikt. Voor XTC geldt dat 10% van de bevolking het ooit heeft gebruikt en in de festivalscene zelfs 40%. Lachgas is met name populair onder jongeren (18% van 18-jarigen) en voor GHB geldt dat 14% van 15-35 jarigen het (heeft) gebruikt. Aan het gebruik van stimulerende middelen kleven gezondheidsrisico's, dus de kans dat een patiënt zich in de huisartsenpraktijk meldt met gezondheidsklachten als gevolg van het gebruik, is aanzienlijk (figuur 1).

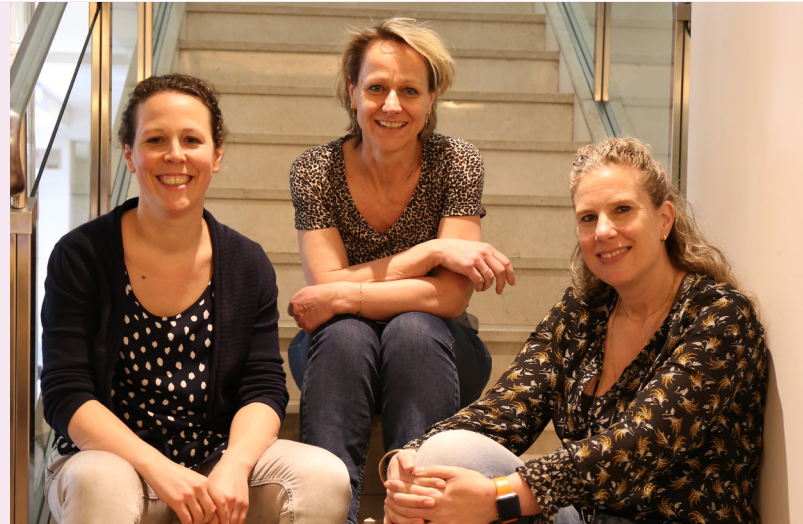
Onderverdeling

Stimulerende middelen zijn grofweg onder te verdelen in uppers, downers en hallucinogenen.

Onder uppers vallen middelen als cocaïne, XTC, amfetamines en ook de 'designerdrugs' als 3-MMC en verwanten. Dit geeft je meer energie en alertheid. De hartslag versnelt en spieren spannen zich aan.

Downers zijn sederende en verdovende middelen zoals alcohol, GHB, benzodiazepines en opioïden. Ze hebben een kalmerende werking en een verdovende roes. De ademhaling wordt rustig en de spieren ontspannen zich.

De hallucinogenen zijn middelen als paddo's, cannabis, LSD en ketamine. De wereld wordt anders beleefd, er zijn andere zintuigelijke waarnemingen. Dit wordt ook wel 'trikken' genoemd.



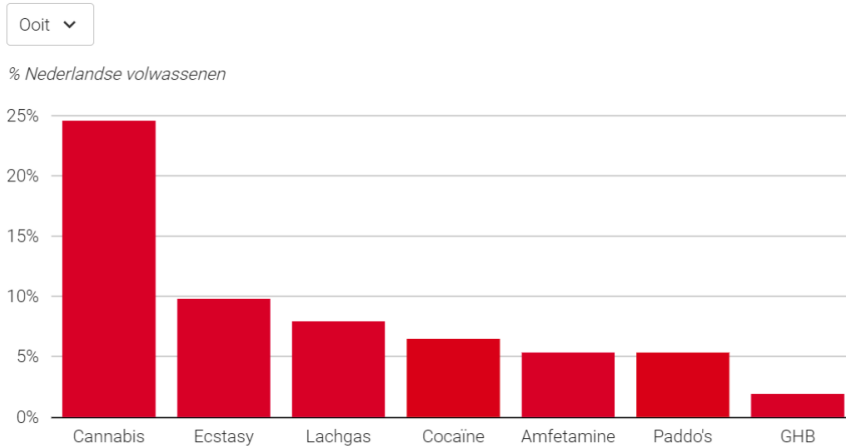
Binnen de toxicologie beschrijven toxidromen de effecten die groepen medicatie op het lichaam kunnen hebben. In figuur 2 worden de verschillende toxidromen visueel gemaakt. Voor de partydrugs zijn vooral het opioïd-, het sympaticomimetisch- en het sedatief-hypnotisch toxidroom van belang.

Werking partydrugs

Hieronder staat een aantal partydrugs beschreven met hun werking en risico's.

XTC

De gewenste werking is toename van energie en een positief/verliefd gevoel met een duur van 4-6 uur. De gebruikers hebben behoefte aan contact, hebben wijde pupillen en maken veelal een kauwbeweging (bruxisme) door de toegenomen spierspanning. De risico's zijn bijvoorbeeld hyponatriëmie door verhoogde ADH-secretie en veel water drinken. Het gevolg hiervan kan zijn: misselijkheid, duizeligheid, verwardheid of zelfs insulpen. Onbehandeld kan het leiden tot de dood. Dit geldt ook voor het risico op hyperthermie. XTC als lifestyle (bijvoorbeeld elk weekend gebruiken) leidt vaak tot oververmoeidheid en somberheid.

figuur 1: Gebruik in Nederland. (bron: www.trimbos.nl)

Lachgas

De werkzame stof is N₂O. Het is een gas dat vrij verkocht kan worden bijvoorbeeld in patronen om slagroomsputten onder druk te brengen. Het wordt geïnhaleerd via een ballon en de werkingsduur is kort, enkele minuten.

De gewenste werking is dat je er vrolijk en lacherig van wordt en het geeft een soort roes. De risico's van het gebruik zijn op korte termijn het bevriezen van mond of lippen (bij direct gebruik uit slagroomsput) of handen en benen (bij het vasthouden van de gasfles). Ook

kan het zuurstoftekort leiden tot directe klachten als hoofdpijn en duizeligheid. Bij het medicinale gebruik van lachgas (onder andere bij procedurele sedatie) wordt N₂O gecombineerd met O₂ om dit effect te voorkomen. Op langere termijn zijn bij recreatief gebruik de gevolgen nog groter door de de-activatie van vitamine B12 waardoor onder andere anemie en ernstige neurologische klachten (bij excessief gebruik = meer dan tientallen ballonnen op een dag) als een dwarslaesie kan ontstaan. Er zijn ook aanwijzingen dat lachgasgebruik kan leiden tot trombo-embolische complicaties.

Ketamine

Dit is een dosis-afhankelijk middel dat in lage doseringen een stimulerend en pijnstillend effect heeft en in hoge doseringen een dempend en dissociatief

Anticholinergic

Low potency antipsychotics
Oxybutinin, Ipratropium
ACh receptor antagonists



Cholinergic

ACh receptor agonists
AChEs ie. Donepezil



Opioid

Morphine
Heroin
Hydromorphone



Sympathomimetic

Epinephrine
Cocaine
Amphetamine & methylphenidate



Sedative-Hypnotic

Benzos & barbs
'Z-drugs' (ie. zopiclone)
Antihistamines

figuur 2: Toxidromen (bron: www.sketchymedicine.com)

effect. In de medische wereld wordt het middel veelvuldig zowel als pijnstiller gebruikt als bij procedurele sedaties. Het wordt dan intramusculair of intraveneus toegediend. Bij recreatief gebruik wordt het middel doorgaans gesnoven als hallucinoogeen. De werkingsduur is 1-2 uur.

Langetermijncomplicaties bij regelmatig gebruik zijn onder andere blaas- en nierproblemen, veroorzaakt door een ontsteking van het urotheel en onderliggend bindweefsel. Dit leidt tot chronische klachten van dysurie, loze aandrang en retentie.

Cannabis

Naast medicinaal gebruik, wordt cannabis ook veelvuldig recreatief gebruikt. Doorgaans wordt het dan gerookt of gegeten voor een ontspannend en vrolijk effect. Soms kan een veranderde waarneming optreden en dit kan zowel positieve als negatieve *'bad trip'* ervaringen opleveren. Op de langere termijn kan gebruik leiden tot verminderde vruchtbaarheid, luchtwegproblemen, psychische problemen als angst en psychose en het cannabis hyperemesis syndroom. Dit zijn recidiverende aanval-

len van buikpijn, misselijkheid en onopzettelijk braken gedurende enkele uren tot dagen. Als behandelaar kun je hier adviseren een warme douche te nemen, of je kunt capsaïcine crème voorschrijven ter verlichting van de pijn.

Al deze middelen kunnen verslavend werken met alle gevolgen van dien. In de huisartsenpraktijk is het belangrijk om bij een acute intoxicatie de patiënt te beoordelen op alarmsymptomen als ademdepressie, hypertensie, hyperthermie, pijn op de borst, tachyritmie en agitatie. Verwijs de patiënt naar de SEH bij alarmsymptomen en stabiliseer deze ondertussen zo nodig door middel van luchtwegmanagement, koeling of rustgevendende medicatie (benzodiazepine). Achterhaal indien mogelijk het gebruikte middel en, wanneer er geen alarmsymptomen zijn, relateer dan het tijdstip van inname aan de kliniek. Meestal kan de behandeling expectatief zijn en kan de patiënt met instructies naar huis gestuurd worden.

Het achterhalen van het gebruikte middel bij bijvoorbeeld incidenteel of accidenteel gebruik door bloed- of urine onderzoek is zelden zinvol. In de

acute situatie is het ondersteunen van de vitale functies het belangrijkste en zal de uitslag van het onderzoek later komen dan het herstel van de patiënt. Daarnaast zijn de meeste onderzoeken niet heel betrouwbaar door veel vals positieve en - negatieve uitslagen als gevolg van vluchtigheid van het middel en kruisreacties tussen middelen.

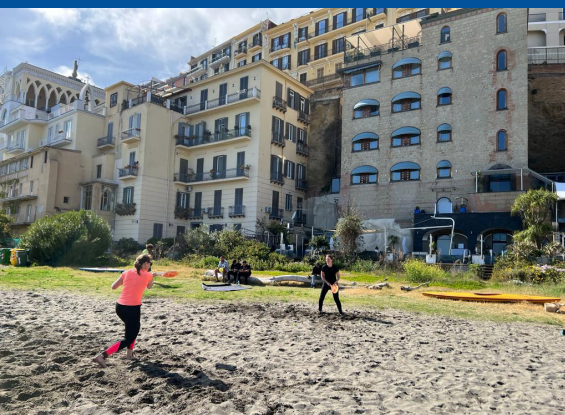
Klachten bij chronisch gebruik zijn vaak symptoomspecifiek te behandelen. In deze situaties is het informeren van de patiënt over de risico's en beloop van de klachten nodig. Daarnaast zal het advies het gebruik te verminderen of te stoppen in combinatie met passende ondersteuning of verwijzing doorgaans het belangrijkste zijn.

Referenties

- Trombo-embolieën door recreatief lachgasgebruik Ned Tijdschr Geneeskd. 2021;165:D5607
- Voor mentale gezondheid - Trimbos-instituut www.trimbos.nl
- Jellinek: Deskundige hulp bij verslaving - www.jellinek.nl
- Unity | Drugsinfo www.unity.nl



Reiziger



Na 2 jaar wachten was het dan toch zover. Ik sprak jaloerse collega's in andere Nederlandse steden waar de meerdaagse scholing nog uitgesteld was, maar deze organisatie durfde de gok te wagen. Gelukkig maar. En, op af en toe een onwennig mondkapje na, was van het hele C-woord niets te merken. Al in de trein werden de eerste voorstelrondes gedaan en ook op Schiphol hadden we elkaar zo gevonden. Net als de vorige keer dat ik meeging, viel me op hoe makkelijk er contact gelegd werd en er wederzijdse interesse was.

Na aankomst moet ik toch bekennen dat het uitzicht uit het hotel minder pittoresk was dan gedacht. Maar goed, daar kwamen we ook niet voor;) Direct na aankomst werd de toon gezet bij het eerste praatje, de getallen over de ons naderende bejaarden vlogen ons direct om de oren... er werd al gesproken over rollators op het Malieveld! Ook in de 2 dagen erna was de vroege ochtend tot begin van de middag volledig gevuld met de meest uiteenlopende onderwerpen. Al kwam 'Leefstijl' toch wel erg vaak terug. Het hoe en waarom werd ons goed duidelijk gemaakt. Maar ook de verschillen in de opleiding bijvoorbeeld boden genoeg stof voor interactie.

De middagen waren gevuld met keuzeactiviteiten. Een fijne tegenhanger en welkome andere akoestische omgeving. Van Pompeï tot fietsen. Er werd gewandeld op de Vesuvius. En door menigeen lacherig gedaan over het feit dat ik en enkele anderen gekozen hadden voor een activiteit op zee in een kajak (ik zal eerlijk bekennen dat ik op het moment van de keuze bij Italië ook wat zonnigers voor had gesteld). Maar wat bleek. Het was heerlijk op het water, alles behalve koud en met prachtig uitzicht aan de ene kant de Vesuvius en de andere kant Napoli. Er werd zelfs nog een beroemde Belg gespot. De stemming op zee en in de bus terug naar het hotel was opperbest. En ook 's avonds zat de sfeer er goed in, met als uitschieter de laatste avond na toch wel het beste eten van de hele week. De voetjes gingen van de vloer en zelfs de obers deden mee.

Zaterdagochtend discussieerden we onder andere nog over 'drugs', en 'games for health'. Schrijven we in plaats van medicijnen straks games voor?! Motiveert waarschijnlijk een stuk makkelijker. Om vervolgens dan toch echt de koffers te pakken en moe maar voldaan en met volop nieuw opgedane contacten terug te vliegen. Het was meer dan geslaagd!

Tot de volgende!

Door: Irene Muskens,
huisarts (foto's Irene Muskens)

Opleiden

Door: Hans Hendriks, orthopedisch chirurg Máxima MC,
Elsje Kuijper, huisarts, Selma Lavrijsen, kinderarts Catharina
Ziekenhuis

Jonge artsen te mogen opleiden wordt over het algemeen als iets waardevols bevonden. Als huisarts of medisch specialist is het een voorrecht om jonge collega's te mogen begeleiden en iets te leren voor de toekomst. De meeste artsen kunnen zich nog goed herinneren wat hen inspireerde toen ze zelf in opleiding waren. Daarnaast weet men goed welke invloed (het rolmodel van) hun opleider op hen heeft gehad.

De manier waarop je bent opgeleid, heeft ook een effect op hoe je je als arts verder ontwikkelt. Was er bijvoorbeeld een veilige leeromgeving of werd je in het diepe gegooid? Zijn het de lange diensten die zorgen dat je veel leert? En weegt het leerrendement op tegen de belasting van die lange diensten? Dit zijn enkele voorbeelden die ter sprake kwamen tijdens de bijeenkomst bij het uitwisselen van ervaringen van diverse huisartsen en specialisten.

Geschiedenis van het opleidingsklimaat

Deze herinneringen aan onze eigen opleidingsgeschiedenis schetsen een tijdsbeeld van het opleidingsklimaat. Zoals we weten is een klimaat nu eenmaal aan verandering onderhevig. En er is al het nodige veranderd in de afgelopen decennia, waarin het opleiden ook in de medische vervolgopleidingen is geprofessionaliseerd. Dat wordt niet altijd als een welkome verandering geaccepteerd door alle dokters/opleiders.

Na de reis door de geschiedenis werd de groep in 4 kwadranten over onze eigen opleiding verdeeld, die zijn zoals de wijn (oude wijn, jonge wijn, klassieke wijn en moderne wijn) in een primo intermezzo:

Oud	Modern
Klassiek	Jong



Dit levert een mooie interactie tussen de verschillende opleidingsklimaten op. Geïnspireerd door deze oefening proberen we de relatie in het huidige opleidingsklimaat te duiden in het kader van de transactionele analyse. De transactionele analyse wil onder andere leiden tot groei van autonomie, integriteit en verantwoordelijkheid. Belangrijke eigenschappen voor een arts. Van deze achtergrond nemen we een grote zijstap. We richten onze aandacht op de jonge Sven Kramer en Irene Wüst. En we vragen ons af hoe hun vorming is geweest en hoe hun carrière zo lang en succesvol geweest is.



Opleiding huisarts

De huisartsopleiding duurt 3 jaar. De opleiding bestaat uit opleidingsperiodes in de praktijk van een huisartsopleider, een verplichte klinische stage en stages in andere zorginstellingen. Tijdens de opleiding krijgen de aios elke week een terugkomdag op het huisartsen instituut. Het onderwijs sluit aan bij de opleidingsperiodes en stages. Hier ligt de nadruk op competentie-ontwikkeling, de tien verschillende thema's (bijvoorbeeld palliatieve zorg, chronische zorg) en het uitvoeren van de zogenaamde kenmerkende beroepsactiviteiten. Een kenmerkende beroepsactiviteit (KBA) is een beschrijving van een handeling die een aios moet kunnen uitvoeren. Bijvoorbeeld 'de aios verheldert de hulpvraag' als het gaat om korte-episo-dezorg.

Opleiding tot medisch specialist

De opleiding tot specialist duurt 4-6 jaar. Er is de laatste tijd veel aandacht voor modernisering van de medische vervolgoopleidingen en individualisering. Entrustable professional activities (EPA's) worden binnen de huidige opleidingen en opleidingsprogramma's gebruikt in de groei naar zelfstandigheid.

Na deze droge kost is het tijd voor een activiteit in het 'secundo intermezzo'. Weer met wijn en een tango? Dat niet, maar wel een kurketrekker. De oefening laat ons zien dat een ander (bijvoorbeeld je opleider) je voorstellingsvermogen kan vergroten en dat je hierdoor zelf tot betere resultaten kunt komen. Je omgeving bepaalt dus, in elk geval voor een deel, je prestaties.

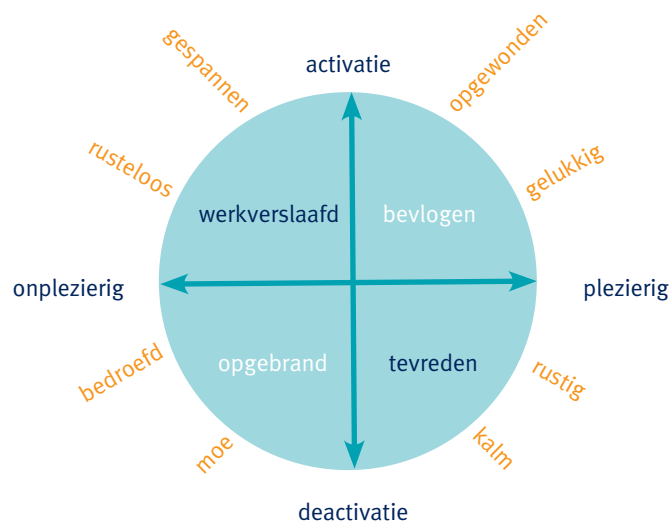
Learning environment

In die leeromgeving bepaalt de opleider een deel van het opleidingsklimaat. En dat heeft ook impact op het welzijn van

de aios. Dat is zelfs wetenschappelijk bewezen. Het proefschrift 'Optimizing Learning Environment and Resident Well-Being in Postgraduate Medical Education' (Stefan van Vendeloo, 2021) geeft aan dat de opleider een cruciale rol heeft in het verbeteren van de leeromgeving. Het stimuleren van het mentaal welzijn van de (H)AIO(S) door actief coachen en feedback geven, is bewezen positief voor de opleiding. Bovendien ondersteunt het positieve rolmodel van de opleider de groei naar professionele autonomie. De aios wordt opgeleid naar een goede specialist of huisarts. Daarbij gaat het er niet alleen om of het einddoel wordt gehaald, maar of de aios ook gelukkig is in zijn of haar vak. We willen de dokters opleiden tot de beste versie van zichzelf. Zodat ook de aios na de opleiding duurzaam ingezet kan blijven worden in zijn of haar specialisme.

Terug naar het voorbeeld van de schaat-sers. Een goede training van een sporter, zoals Ireen Wust en Sven Kramer, is te vergelijken met een goede opleiding

van een aios en moet dus bestaan uit drie onderdelen; actief coachen, groei monitoren en feedback geven. Om deze drie onderdelen goed gevolg te kunnen geven, zou er een open en groei mindset moeten zijn van zowel aios als opleider. Er zijn twee soorten mindsets; een 'groei mindset' en een 'fixed mindset'. Carol Dweck, hoogleraar psychologie aan Stanford University, is de grondlegger van deze theorie, die stelt dat de manier waarop je je eigen talenten en vaardigheden ziet in hoge mate bepaalt hoe deze zich zullen ontwikkelen. Sommige mensen geloven dat hun talenten en vermogens vastliggende eigenschappen zijn. Ze hebben er een bepaalde hoeveelheid van ('veel discipline', 'geen ruimtelijk inzicht') en dat is het dan. Deze 'fixed mindset' kan mensen beperken in hun succes. Zij gaan zich dan namelijk sterk richten op het bewijzen van hun talenten en vermogens enerzijds, en het verbergen van tekortkomingen anderzijds. Ze reageren defensief op fouten of tegenvallers, omdat ze vrezen dat die zouden wijzen op een gebrek aan talent of aanleg. Ze



Kenmerken die passen bij bevlogen opleiden

zijn ook meer geneigd om belangrijke kansen in hun loopbaanontwikkeling te laten schieten. Die zien ze namelijk niet zo zeer als kans op leren en groei, maar als risico om te falen en ‘door de mand te vallen’.

In de tegenhanger daarvan, de ‘growth mindset’, geloven mensen dat zij hun talenten en vermogens kunnen ontwikkelen door inzet, opleiding en volharding. Hun focus ligt niet op slim overkomen, of op het oppoetsen van hun imago. Zij zijn juist leergierig, durven kansen te benutten en leren van de resultaten. Ze werken graag met mensen die hen uitdagen om te groeien, ze durven eerlijk te kijken naar hun tekortkomingen en ze zoeken naar manieren om die te verbeteren.

Opleiders kunnen bij zichzelf beide mindsets herkennen, vaak is het situatie afhankelijk welke mindset we hanteren. Hoe we reageren heeft vaak te maken met de omgeving, ons karakter, de opvoeding (normen en waarden), onze motivatie en nieuwsgierigheid. Het is belangrijk voor een opleider om te herkennen welke mindset hij of zij heeft in bepaalde situatie, welk effect dit heeft op zijn of haar op te leiden aios. Daarnaast is het ook belangrijk om de mindset te herkennen bij de aios en deze bespreekbaar te maken. Het kan belangrijk zijn om te na te gaan

wanneer jouw mindset schuurt met die van de aios en te onderzoeken wat de oorzaak hiervan is. Het is belangrijk dat er bewustwording is van de mindsets, open te staan voor feedback van collega's maar ook van aios. Maar ook te bedenken welke manieren er zijn om te beschikken over interventies om uit de fixed mindset te komen en te verschuiven naar een groei mindset. We zouden als opleiders vaker moeten beseffen welk voorbeeld we hebben op de aios en hoe we ze nieuwsgierig kunnen maken voor een leven lang leren.

Bevlogen opleiden

Hoe blijven we bevlogen als arts? En hoe blijven we bevlogen opleiden? Dit in het kader van veel nieuws/actualiteit met berichten over werkdruk, hoge uitval en burn-out problematiek.

De definitie volgens Schaufeli & Bakker (2004): ‘Bevlogenheid wordt gedefinieerd als een positieve affectief-cognitieve toestand van opperste voldoening, die wordt gekenmerkt door vitaliteit, toewijding en absorptie. ‘Een bevlogen werknemer: heeft plezier in het werk en haalt er voldoening en energie uit.’ Hoe kunnen wij er als opleiders voor zorgen dat jonge artsen de opleiding afronden en daarna aan het desbetreffende vakgebied aan het werk blijven? Aios zouden bijvoorbeeld niet langer

ingezet moeten worden om de ‘gaten’ op te vullen. Er zou meer aandacht mogen komen voor loopbaanzorgen; bijvoorbeeld meer balans tussen werk privé. We moeten ons bewust zijn van het opleiden in netwerkgeneeskunde (interprofessioneel opleiden), er zou een goede balans tussen generalisten en sub specialisten mogen komen en we zouden elkaar meer mogen waarderen en erkennen.

De bijeenkomst is afgerond met een terugblik naar het verleden (de geschiedenis van het opleiden), aandacht voor het heden (de mindset van aios) en een korte vooruitblik naar de toekomst (hoe kunnen we er in de toekomst voor zorgen dat we bevlogen blijven opleiden en deze bevlogenheid overbrengen op onze aios).



NATAFELEN

Er is tijdens de reis naar Napels veel gezegd en geschreven over het eten. Bijzondere gerechten kwamen voorbij, wat voor hilariteit en fotogenieke plaatjes heeft gezorgd. We willen je ze niet onthouden. Maar de echte uitsmijter staat op de laatste pagina; een heerlijke Napolitaanse cake-lekkernij in rum om zelf thuis te maken. Tot volgend jaar in?



BAR · RESTAURANT

THYM

BY PARKZICHT

THYM TO COOK: BABA AU RHUM

Wat heb je nodig?:

Het deeg:

15 gr gist

250 gr bloem

5 gr zout

15 gr suiker

130 ml melk

3 eieren

75 gr boter, in blokjes gesneden

Rumsiroop:

175 ml water

375 gr suiker

Kaneelstokje

Vanillestokje

Steranijs

Sinaasappelschil

60 ml rum

Wat ga je doen?:

1. Doe alle ingrediënten, behalve de boter, een voor een in de keukenmachine. Het is belangrijk dat het gist en het zout elkaar niet direct raken. Laat het een half uurtje kneden, totdat het elastisch is.
2. Als je ziet dat het deeg elastisch is en het los komt van de wanden, voeg je de boter toe. Laat de machine draaien tot de boter volledig is opgelost.
3. Doe vervolgens het deeg in een spuitzak, zodat je het gemakkelijk in de bakvorm kunt spuiten. Laat dit vervolgens in de oven rijzen op 30 °C, totdat het in volume is verdubbeld. Afhankelijk van de oven zal het ongeveer 1,5 tot 2 uur duren.
4. Verwarm de oven op 160 °C en bak de baba's vervolgens in 35 á 40 minuten goudbruin.
5. Ondertussen kun je de siroop maken. Voor de siroop verhit je het water, de suiker en de specerijen in een steelpan.
6. Zet het vuur uit als de siroop aan de kook komt.
7. Voeg vervolgens de rum toe. Leg het deksel op de pan om de smaken te laten intrekken en laat de siroop lauw worden.
8. Als de baba's klaar zijn, haal je ze uit de vorm. Leg ze vervolgens op een ovenrooster en bak ze nog even 3 minuten in de oven op 160 °C, zodat ze ook aan de onderkant goed uitdrogen. Hierdoor zullen ze de rum nog beter opnemen.
9. Leg de baba's ongeveer 30 minuten in de siroop, et voilà. Je kunt gaan genieten van je heerlijke baba au rhum.

Maak je een van onze gerechten? Maak een foto of filmpje en deel deze met ons via social media @thymbyparkzicht en #thymtocook

WWW.THYM.NL