

eindverslag



OverEINDse dagen
vanuit Lille

12 tot en met 15 april 2023

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 Erdtsieck, Bart van Nuenen, Yvonne van Oosterhout, Hettie Vogel

Fotografie Bas Bakx, Carlijn van Gils, Tamara Henken, Elsje Kuijper, Mariëtte Oostindier en Hettie Vogel

Ontwerp en opmaak Sterdesign

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



Inhoudsopgave

Op weg naar zorginfarct of vlotte doorstroom?	4
Hot Topics in de spoedzorg	6
Prikkelbare darmsyndroom (PDS)	8
Bekkenbodembetree: What to do?	10
Zoönosen: je gaat het pas zien als je het doorhebt	12
Reiziger	14
Mogen baby's nog huilen?	16
Acute neurologie	17
HELP, is dit kind in de puberteit?	18
Reiziger	19
Regionale optimalisatie aanpak bij diabetisch voetulcus	20
Vet laag!	22
Chronische pijn, een pijnlijk dilemma	24
CVRM na hypertensieve aandoening in de zwangerschap	26
De-escaleren van agressie in de zorgrelatie	28
Reisgenoot	30

Presentaties van de OverEINDse dagen 2023 zijn terug te vinden via onderstaande links:

Catharina Ziekenhuis:

OverEINDse dagen april 2023 - Catharina Ziekenhuis

Máxima MC:

OverEINDse dagen april 2023 - Máxima MC

Reisleider



Waren de OverEINDse dagen nou in Lille of Rijsel??

Voor u ligt het eindverslag van de 22e OverEINDse dagen die dit jaar van 12 tot en met 15 april 2023 hebben plaatsgevonden in de Noord Franse stad Lille.

Voor de eerste keer werd er (gepland) met bussen naar het congres gereisd en het bestuur vond het best spannend hoe dat zou worden ontvangen. Het werd door de meesten zeer positief beoordeeld en dan met name de korte totale reisduur. Wat meer deelnemers dan normaal gebruikten het eigen vervoer maar al met al bleef ons adagium 'Samen uit Samen thuis' prima overeind.

Rond het middaguur konden wij terecht in hotel Mama Shelter, alle bagage werd opgeslagen en we mochten direct aanschuiven bij de lunch in dit bijzondere hotel. Overal om ons heen stonden maskers, voetbalspellen en op de grond een zeer kleurrijke vloerbedekking. Spiegels in de liften en op de kamers, volgeschreven met interessante teksten, zorgden ervoor dat iedereen zich snel thuis voelde in dit kunstzinnige hotel.



Beide ziekenhuizen en beide zorggroepen hebben nieuwe bestuurders. Zij stelden zich op de eerste dag meteen voor en leidden ons door het nieuwe IZA. Na het IZA zijn we samen aan de slag gegaan tijdens een sportieve presentatie over Hot Topics van de spoedzorg met een zeer vernieuwende aanpak van presenteren.

De dagen erna werden gevuld met ruim tien voordrachten over diverse onderwerpen, maar altijd gepresenteerd door drie sprekers met verschillende achtergronden om elk onderwerp van diverse kanten te kunnen belichten.

In de middagen was er genoeg tijd om lopend/fietsend/rennend Lille en omgeving te ontdekken en iedereen was aangenaam verrast wat een onbekende schoonheid dit kleine stadje te bieden heeft. De culinaire invloeden van Frankrijk en de rijke bierhistorie van België zijn duidelijk merkbaar.

De combinatie van goed voorbereide presentaties en genoeg tijd voor sociale activiteiten staat meestal garant voor goede OverEINDse dagen. Gedurende deze vier dagen is er zoveel ruimte voor intercollegiale contacten dat de samenwerking in Zuid Oost Brabant tussen de verschillende disciplines wel moet verbeteren.

De laatste avond was het walking dinner met afsluitend een feest in Brasserie Coke en rond 01.30 uur zag ik nog een volle dansvloer met deelnemers die gezamenlijk het lied 'Brabant' van onze Guus meezongen als afsluiting van een heerlijke avond. Het bestuur van Stichting OverEIND kijkt terug op een zeer geslaagde congresreis en de deelnemers overduidelijk ook blijkt uit de gemiddelde beoordeling met een 8,7! Het bestuur hoopt iedereen in 2024 weer te kunnen verwelkomen.

Ik wens iedereen veel leesplezier en allemaal bedankt voor jullie aanwezigheid!

Met OverEINDse groeten,
Ralf Bollen, voorzitter

HET INTEGRAAL ZORGAKKOORD VOOR GROOT EINDHOVEN

Op weg naar zorginfarct of vlotte doorstroom?

Door: Nardo van der Meer, voorzitter RvB Catharina Ziekenhuis, Marcel Visser, voorzitter RvB M&M MC, Pascale Voermans, voorzitter RvB Stroomz, Jaap Jan Brouwer, bestuurder PoZoB

Integraal Zorg Akkoord: passende zorg centraal

In september 2022 is het Integraal Zorg Akkoord (IZA) gepubliceerd. Het is een akkoord met grote impact op de Nederlandse gezondheidszorg, waarbij passende zorg centraal staat. Veel zorgorganisaties en zorgverleners zullen het IZA als richtinggevend beschouwen en hierop koers bepalen. Als zorgverleners werkzaam in/voor Stroomz, PoZoB, M&M MC en Catharina Ziekenhuis dragen we gezamenlijk verantwoordelijkheid voor het leveren van kwalitatief goede, toegankelijke, passende en betaalbare zorg aan een populatie die groeit naar circa 1.000.000 mensen in de stad en regio Eindhoven. Interessant is gezamenlijk te onderzoeken wat de impact van dit akkoord is op de zorg in onze regio, wat we hier al aan doen en waar we nog meer gezamenlijk in kunnen optrekken.

Hoe organiseren we ons in de toekomst?

We moeten echt anders gaan kijken naar de wijze waarop we zorg organiseren in Nederland. We krijgen steeds meer patiënten, die steeds vaker een complexe zorgvraag hebben. Tegelijkertijd zijn er steeds minder zorgverleners en neemt het mantelzorgpotentieel af.

Burgers hebben hoge verwachtingen van de zorg en hebben een lage drempel als het gaat om gebruik van allerlei zorg, op ieder moment. Het is dan ook belangrijk om met burgers te communiceren over wat ze mogen verwachten van de zorg (en wat niet). Daarnaast is het belangrijk om gezond gedrag en zorg dragen voor je eigen gezondheid te stimuleren. We moeten ons allemaal realiseren dat 'geen zorg' of 'zorg voor jezelf' regelmatig ook passende zorg is. De [STAP naar gezonder](#) kan hieraan bijdragen doordat het mensen in contact brengt met een laagdrempelig aanbod van activiteiten waarmee mensen



zelf aan de slag kunnen met het verbeteren van gezondheid. Daarmee is het een STAP op weg naar het verkleinen van gezondheidsverschillen.

Samenwerking is cruciaal

Een belangrijke oplossingsrichting die we in het IZA lezen en waar we in de regio ook al mee gestart zijn, is meer samenwerking binnen de regio en tussen sectoren. Voorbeelden hiervan zijn een geïntegreerd spoedplein, samenwerking met het onderwijs, concentratie van tweedelijnszorg en meer aandacht voor positieve gezondheid en (digitale) gezondheidsvaardigheden van inwoners en patiënten. De vertrekpunten zijn: zelf als het kan, thuis als het kan, digitaal als het kan, arbeidsbeparend als het kan.

Onze opgaven de komende jaren

Opgaven voor de eerste lijn

- Absorptievermogen eerstelijnszorg vergroten onder andere door digitalisering, Meer Tijd voor de Patiënt (MTVP) en focus op (positieve) gezondheid
- Regionale en wijkgerichte samenwerking, samenhangende zorg onder andere met sociaal domein
- Afspraken over samenwerking met onder andere VVT, GGZ

- en sociaal domein die huisartsenzorg gaan ontlasten
- Organisatiegraad eerstelijnszorg vergroten

Opgaven voor de zorg over de lijnen heen

- Acute zorg anders inrichten: hiervoor wordt een regioplan acute zorg opgesteld
- Van zorg naar preventie: hierin heeft iedere lijn een (eigen) opgave naast onze gezamenlijke opgave
- Van tweede lijn naar eerste lijn naar thuis en sociaal domein
- Hybride zorg: via RTA's maken we daar afspraken over

Thema's (specifiek) voor de ziekenhuizen zijn onder andere

- Technologie (samenwerking langs drie hoofdlijnen: onderwijs, technologie en onderzoek)

- Concentratie van electieve zorg
- Netwerk geboortezorg in samenwerking met verloskundigen
- Samen complexe zorg behouden voor de regio (bijvoorbeeld oncologische zorg en vaatchirurgie)
- Concentratie en spreiding in de tweede lijn

Take home messages

- Alle inwoners en professionals moeten zich realiseren dat 'geen zorg' of 'zorg voor jezelf' regelmatig ook passende zorg is;
- Verwijs zoveel mogelijk patiënten naar www.destapnaargezonder.nl
- De vertrekpunten van de verandering in de zorg in Zuid Oost Brabant zijn: zelf als het kan, thuis als het kan, digitaal als het kan, arbeidsbesparend als het kan;
- We krijgen het alleen voor elkaar als we de grote opgaven transparant en samen oppakken.

Literatuur

- [Het Integraal Zorg Akkoord, Samen werken aan gezonde zorg](#)
- [Samenvatting Integraal Zorgakkoord](#)
- [Netwerkleiderschap](#)
- [Concentratie van spoedzorg in Denemarken](#)
- [Netwerkorganisaties, uit: Nieuwe tijden, anders organiseren](#)
- [Workshops Positieve gezondheid](#)
- [De stap naar gezonder](#)
- [Artikelen over Positieve gezondheid en Wijkgericht werken \(p. 2, 3 en 4\)](#)
- [Video met huisarts Karolien van den Brekel over Positieve Gezondheid en Wijkgericht werken](#)
- [Podcast met Chirstian de Groot met huisarts Karel Bos over leefstijlsprekken](#)



Hot Topics in de spoedzorg

Door: Ylva Onderwater, huisarts gezondheidscentrum Heikant,
Maaïke Maas, SEH-arts Catharina Ziekenhuis, Stacey Mans,
SEH-arts Máxima MC

**Heb je je vingers nooit willen branden aan de accurate-
heid van een saturatiemeter?**

**Breekt het zweet je uit bij een patiënt met een flinke
bloedneus?**

**Wordt het al snel heet onder je voeten als jouw patiënt
mogelijk een longembolie heeft?**

**Zie je water branden als iemand vraagt of je honing of
cola in je dokterstas hebt?**

**Welke sport- en hitteletsels kun je verwachten wanneer je
je in het zweet werkt op het sportveld?**

Keep it cool en neem onze take home messages ter harte over verschillende onderwerpen in de (huisartsen)spoedzorg. What is hot en what is not? Nieuwe inzichten en oude trucjes die snelle beslissingen makkelijker maken.

Take home messages

- 1 Repositie patella, give it a try!
- 2 Repositie non-traumatische schouderluxatie, het proberen waard.
- 3 Hitte gerelateerde aandoeningen; koelen, koelen, koelen!!
T >40 graden of neurologie → insturen.
- 4 In iedere spoedtas:
 - Cola voor vastzittend voedsel in de slokdarm;
 - Honing bij ingestie van knoopcelbatterij (kinderen >1 jaar);
 - MAD; een makkelijke manier van toedienen van intranasale medicatie.
- 5 Tel altijd de ademfrequentie. Een frequentie van 20 of 24 per minuut maakt een groot verschil.
- 6 Ook bij zuigelingen is de saturatie een belangrijke parameter. Het helpt in de keuze wel/niet insturen en met welke urgentie.
- 7 Prehospitaal een tourniquet aanleggen bij ernstige bloedingen aan een extremiteit redt levens!
- 8 Het gebruik van de Years-criteria bij een verdenking longembolie kan veilig het aantal onnodige CT-scans vermin-



deren. Waarschijnlijk zijn de criteria op korte termijn ook gevalideerd om te gebruiken in de eerste lijn.

- 9 Intranasaal tranexaminezuur via MAD verstuiver of gedruppeld op een gaasje 20 min in neus inbrengen, kan soms neusbloeding zodanig stelpen dat tamponeren met mero-cel niet meer nodig is.

Literatuur

- [Schouderklachten NHG-Richtlijnen](#)
- [Richtlijn schouderluxatie](#)
- [D-dimeerbepaling: Hoe zit het ook alweer? | NTVG](#)
- [The Years study](#)
- [The use of Tranexamic Acid to Reduce the Need for Nasal Packing in Epistaxis \(NoPAC\): Randomized Controlled Trial](#)
- [Tranexamic acid in epistaxis: a systematic review](#)
- [Stroomschema Tetanus-PEP](#)
- [pH-neutralizing esophageal irrigations as a novel mitigation strategy for button battery injury](#)
- [Actief beleid bij een kind dat een knoopbatterij heeft ingeslikt](#)
- [Cola therapy for oesophageal food bolus impactions a case series](#)



Prikkelbare darmsyndroom (PDS)

Door: Martijn ter Borg, MDL-arts Máxima MC, Anne-Marie Wensing, MDL-arts Catharina Ziekenhuis, Carlijn van Gils, huisarts Stroomz

Het prikkelbare darmsyndroom is een veel voorkomende aandoening in zowel de huisartsenpraktijk als bij de MDL-arts. Het is belangrijk om de patiënt gerust te stellen en de impact van de klachten te verminderen.

Inhoudelijke afspraken/adviezen

Houd de patiënt zoveel mogelijk in de eerste lijn.

Verwijs alleen bij:

- alarmsymptomen en/of twijfel over diagnose;
- vastlopend behandeltraject in de eerste lijn;
- complexe achtergrond.

Verwijs dan bij voorkeur:

- consultatief en niet ter overname van de behandeling;
- liefst buiten het ziekenhuis, bijvoorbeeld via anderhalve lijnszorg.

Adviseer contact op te nemen met de bedrijfsarts wanneer de patiënt bij of door het werk hinder van de PDS-klachten ondervindt (bijvoorbeeld frequent verzuim, verergering van klachten door stress vanuit het werk, omgaan met klachten tijdens het werk).

Kernboodschappen NHG standaard PDS

Kenmerkend voor PDS zijn 'terugkerende episodes van buikpijn die samenhangen met veranderingen of wisselingen in het ontlastingspatroon (vorm/frequentie)'.

De diagnose wordt gesteld op basis van anamnese en lichamelijk onderzoek zonder alarmsymptomen.

Op basis van klachten maken we onderscheid tussen:

- PDS-C - vooral obstipatie
- PDS-D - vooral diarree
- PDS-M - mix-type, wisselende ontlasting
- PDS-U - unspecified, geen duidelijke problemen met de ontlasting vooral een opgeblazen gevoel en buikpijn



Factoren die PDS waarschijnlijker maken:

- Recent ingrijpende gebeurtenis of periode van grote spanning;
- Somatische en psychiatrische co-morbiditeit (met name angst en depressie);
- Heftige darminfectie in het verleden;
- Voorgeschiedenis met aanhoudende lichamelijke klachten (ALK);
- Aanwezigheid van PDS in de familie;
- Frequent consultatiepatroon.

Deze diagnose wordt gesteld op basis van het typische klachtenpatroon en niet op basis van aanvullend onderzoek. Er bestaat geen aanvullend onderzoek om PDS aan te tonen.

Alleen als er symptomen zijn die een andere aandoening dan PDS waarschijnlijker maken kunt u aanvullend onderzoek verrichten of verwijzen naar de tweede lijn.

Bij diarree doet u de volgende onderzoeken: TTG, calprotectine en faecesweek.

Het doel van het beleid is het geruststellen van de patiënt en het verminderen van hinder die de patiënt met PDS van de klachten ondervindt.

Alle behandelingen van PDS zijn slechts bij een deel van de patiënten effectief.

Afspraken/adviezen ten aanzien van de (transmurale) samenwerking

- Opstellen van zorgkaart met diëtisten, bekkenfysiotherapeuten en hypnotherapeuten;
- Meer scholing NHG standaard, rol paramedici onder de aandacht brengen.

Take home messages

- PDS: 'Terugkerende episodes van buikpijn die samenhangen met veranderingen of wisselingen in het ontlastingspatroon (vorm/frequentie)'
- Diagnose op basis van anamnese en lichamelijk onderzoek zonder alarmsymptomen.
- Aanvullend onderzoek heeft niet als doel PDS aan te tonen maar om andere aandoeningen minder waarschijnlijk te maken.

- Calprotectine bepalen bij klachten van PDS-D
- Doel van het beleid: geruststellen van de patiënt en verminderen van hinder van klachten. Alle behandelingen zijn slechts bij een deel van de patiënten effectief.
- Overweeg bij PDS met buikpijn peppermuntolie
- Overweeg linaclotide bij patiënten met PDS-C die onvoldoende baat hebben gehad bij niet medicamenteuze behandeling (aanpassing voeding) en laxantia
- Denk ook aan TCA's en CGT/hypnotherapie
- Podcast Herziene NHG-standaard PDS, <https://www.huisartspodcast.nl/hw-december-2022-4-herziene-nhg-standaard-pds/>

Vervolgafspraken naar aanleiding van de OverEINDse dagen

Behoeften aan ondersteuning van de tweede lijn kunnen aangegeven worden bij Anne-Marie Wensing, MDL-arts in het Catharina Ziekenhuis. Denk onder meer aan meekijkconsulten, anderhalve lijns consulten. Laat het weten via: annemarie.wensing@catharinaziekenhuis.nl

Literatuur

- [FMS richtlijn prikkelbare darmsyndroom](#)
- [NHG standaard prikkelbare darmyndroom](#)
- [Keuzehulp prikkelbare darmsyndroom](#)
- [Prikkelbare Darm Syndroom Belangenorganisatie \(pdsb.nl\)](#)
- [FODMAP-dieet \(martiniziekenhuis.nl\)](#)
- [Podcast Herziene NHG-standaard PDS](#)



Bekkenbodem gedoe; what to do?

Door: Elsje van Beek, huisarts huisartsenpraktijk
Engelsbergen, Sanne van Leijsen, gynaecoloog Máxima MC,
Anne Damoiseaux, gynaecoloog Catharina Ziekenhuis

De reden dat wij het onderwerp prolaps en urine-incontinentie onder de aandacht willen brengen, is dat het zo vaak voorkomt en vrouwen er veel hinder van ondervinden.

Zo heeft meer dan 40% van de vrouwen boven de 40 jaar een verzakking, waarvan 11% ernstige hinder ondervindt.

11-19 % van alle vrouwen wordt in haar leven geopereerd aan een prolaps. Urine-incontinentie komt voor bij een kwart tot ruim de helft van alle volwassen vrouwen. Onder 50 jaar is dit meestal stress-incontinentie; daarna vaker urge-incontinentie of gemengde vorm. Tijdens de zwangerschap heeft 1 op de 3 vrouwen urineverlies, 6 maanden postpartum is dit bij > 50% spontaan hersteld.

Klachten van een prolaps en incontinentie hebben een sterk negatief effect op de kwaliteit van leven. Steeds meer vrouwen zoeken medische hulp. Als ze dat doen, dan is dat bij de huisarts of (bekken)fysiotherapeut.

Bij bekkenbodemklachten is diagnostiek een belangrijke stap om tot de juiste diagnose en behandeling te komen. Een groot deel van de diagnostiek en behandeling kan plaatsvinden in de eerste lijn (kwantificering prolaps, vaststellen type incontinentie, functie-onderzoek bekkenbodem, urineonderzoek, aanmeten pessarium, verwijzing bekkenfysiotherapie en leefstijl-adviezen).

Behandeling prolaps

- Alleen behandelen bij klachten;
- Leefstijl adviezen (afvallen, behandeling obstipatie);
- Bekkenfysiotherapie (bewezen zinvol bij prolaps ≤ 1 cm voorbij hymen ter reductie van klachten en mate van prolaps);
- Pessarium; aanmeten is geen rocket science, gewoon proberen. Reductie klachten en geen pijn $\rightarrow$ maat prima;
- Pessarium proberen bij alle soorten en stadia van prolaps; minder succesvol bij alleen achterwandprolaps en na hysterectomie;



- Controles pessarium: aansturen op zelfmanagement (film-pje thuisarts.nl); anders frequentie $\sim 1 \times 3-6$ maanden;
- Bij enige decubitus zonder bloedverlies behandelen van atrofie met synapause, alleen ring er uit bij uitgebreide decubitus en bij bloedverlies;
- Indien bloedverlies niet stopt als ring eruit is, echo verrichten ter uitsluiten endometriumpathologie (ook bij bloedverlies zonder decubitus die dit kan verklaren).

Behandeling urine-incontinentie

- Leefstijl-adviezen (afvallen);
- Bekkenfysiotherapie (zowel bij stress als bij urge-incontinentie);
- Pessarium (eventueel met knob), tampon (controle, reca fem);
- Na midurethrale sling 85% geen urineverlies meer, >90% ervaart verbetering.

Afspraken/adviezen ten aanzien van de (transmurale) samenwerking

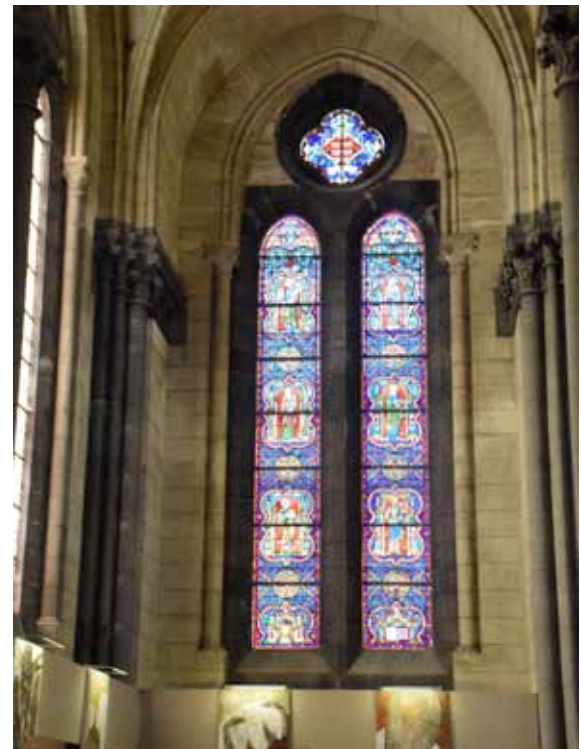
- Conservatieve behandeling en pessariumtherapie in principe in 1^e lijn;
- Indien niet tevreden met pessarium of wens operatieve behandeling: verwijzen;
- Bij matig tot ernstige urine-incontinentie (volgens Sandvik-score al matig bij meerdere keren per week) overwegen om direct door te verwijzen, eventueel simultaan naar bekkenfysiotherapie en 2^e lijn.

Take home messages

- Bij prolapsklachten wordt eerst bekkenfysiotherapie voorgeschreven en/of een steunpessarium aangemeten;
- Bij onvoldoende effect pessarium pas verwijzen naar de gynaecoloog;
- Vraag door bij aanwijzingen van urine-incontinentie, objectiveer met een mictiedagboek;
- Behandeling bij stress-incontinentie: bekkenbodemoefeningen of pessarium. Bij matig tot ernstige klachten midurethraalbandje;
- 50% van de vrouwen met matig tot ernstige urine-incontinentie die starten met bekkenfysiotherapie krijgt < 1 jaar een midurethrale sling vanwege onvoldoende verbetering.

Literatuur

- [NHG Standaard incontinentie bij vrouwen](#)
- [Zinnige+Zorg+-+Verbetersignalement+Bekkenbodemplachten.pdf](#)
- Blanker M, de Metz J and van der Worp H. Onderzoek naar het eerste lijnszorgtraject van vrouwen met urine-incontinentieklachten IVM, UMCG, RUG. 2019.



Zoönosen: je gaat het pas zien als je het doorhebt

Door: Danielle van Oudheusden, arts M+G profiel infectieziektebestrijding GGD-BZO, Suzanne Marcelis, huisarts Veldhoven, Heidi Ammerlaan, internist-infectioloog Catharina Ziekenhuis

Mensen en dieren leven niet in gescheiden werelden, maar samen. Ze hebben zich in de loop van de evolutie samen ontwikkeld, net als hun ziekteverwekkers. Daarom kunnen mensen ziek worden door ziekteverwekkers die afkomstig zijn van dieren. Deze infectieziekten worden zoönosen genoemd. Denk bij zoönosen bijvoorbeeld aan de ziekte van Lyme, bartonellose, psittacose, leptospirose, tularemie en toxoplasmose. Bij een aantal zoönosen wordt de ziekteverwekker overgedragen via een vector, zoals een mug of teek.

Zoönosen zijn van alle tijden. Zo was er de pest in de Middeleeuwen en de Spaanse griep aan het begin van de vorige eeuw. Het was dan ook niet de vraag of we in de 21^e eeuw na de Mexicaanse griep en Q-koorts weer geconfronteerd zouden worden met een zoönose met grote impact, maar wanneer. De wereld van nu is kwetsbaarder voor zoönosen dan een eeuw geleden. Door handel en reizen verspreiden ze zich sneller over de wereld. Klimaatverandering zorgt ervoor dat met name vectorgebonden zoönosen in Nederland makkelijker voet aan de grond krijgen. Denk hierbij aan teken-encephalitisvirus en Westnijlvirus. Maar ook de grote veedichtheid in ons land maakt ons kwetsbaar voor zoönosen. In Nederland is daarom veel aandacht voor emerging (opkomende) zoönosen. Dit zijn nieuwe of al bekende zoönosen, die ineens veel vaker voorkomen of op plaatsen of bij diersoorten waar(bij) ze voorheen niet voorkwamen. Zo had iedereen te maken met SARS-CoV-2 maar veel minder bekend is dat in Nederland in 2020 ook autochtone teken-encephalitisvirus (TBEV) is vastgesteld bij 5 mensen en er voor het eerst bij 8 mensen autochtone Westnijlvirus (WNV) is gevonden. Vanaf 2021 werd hoogpathogene Aviaire influenza (H5N1) gezien bij pluimveehouderijen maar ook bij verschillende zoogdieren in Nederland. In 2022 hadden we te



maken met een uitbraak van M(onkey)pox bij mensen buiten Afrika. Alertheid bij artsen en dierenartsen voor zoönosen is belangrijk (One Health), net als onderlinge samenwerking en uitwisseling van kennis en signalen. Dit vergroot de kans dat een (emerging) zoönose sneller wordt herkend en er maatregelen genomen kunnen worden om verspreiding tegen te gaan. Hier zijn zowel op landelijk als op regionaal (Brabants) niveau verschillende partijen bij betrokken zoals (huis)artsen, dierenartsen, GGD'en, de NVWA (Nederlandse Voedsel- en Warenautoriteit) en het RIVM (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu).

Inhoudelijke afspraken/adviezen

Een zoönose kan zich op vele manieren, zowel bij de huisarts als bij de medisch specialist, presenteren. Mensen die contact hebben met dieren of dierproducten (huid, vlees, mest) lopen een groter risico. Het kan hierbij ook gaan om contact tijdens reizen of de uitoefening van een beroep, vrijwilligerswerk of hobby. Vraag actief naar diercontact, teken- en insectenbeten, contact met water en (rauw, niet goed bewaard of bewerkt) voedsel. En ben je bewust van de omgeving waarin iemand woont, werkt of sport, om op dit spoor te komen.

Afspraken/adviezen ten aanzien van de (transmurale) samenwerking

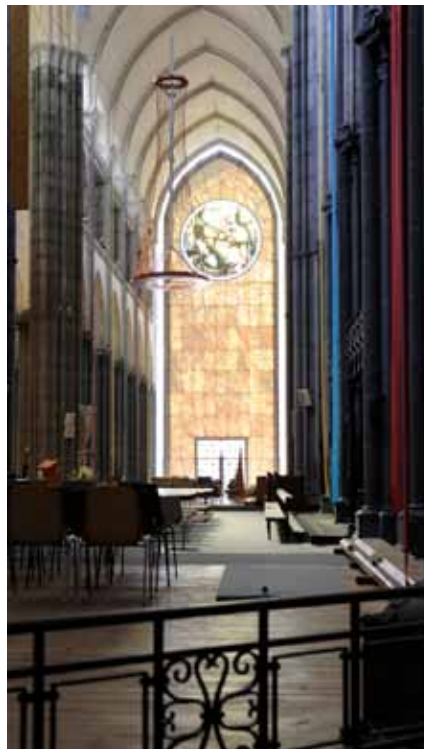
- Vermoed je dat er sprake is van een zoönose bij je patiënt en wil je weten hoe deze te diagnosticeren en/of behandelen, dan kun je overleggen met de internist-infectioloog;
- Voor meldingsplichtige zoönosen, signalen van een verheffing van infectieziekten, vragen over de relatie van de ziekte met dieren of het voorkómen van verspreiding en andere vragen over infectieziekten kun je overleggen met de GGD Brabant-Zuidoost.

Take home messages

- Vraag naar contact met dieren of dierproducten, reizen en beroep/hobby's;
- Denk aan een zoönose als een aandoening een afwijkend beloop heeft, bijvoorbeeld bij ringworm die niet overgaat (knuffelen met cavia), longontsteking die niet op de standaard antibiotica reageert, koorts na een mud run of klachten na een insectenbeet.

Literatuur:

- <https://www.onehealth.nl/staat-van-zoonosen-2021>
- [Zoönosen in het vizier, Rapport van de expertgroep zoönosen, 2021: https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2021/06/01/rapport-expertgroep-zoonosen](https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2021/06/01/rapport-expertgroep-zoonosen)
- <https://www.rivm.nl/ziek-door-dier>
- <https://www.rivm.nl/vademecum-zoonosen/1-melding-en-signalering>
- <https://www.kennisplatformveehouderij.nl/>



Reiziger



Het was al weer enige tijd geleden, dat ik voor het laatst mee was gegaan met de OverEINDse dagen, maar gelukkig was het dit jaar weer mogelijk en ik had er enorm veel zin in. Dit jaar zou de reis naar Lille gaan; een overzichtelijke afstand en vanuit het oogpunt van duurzaamheid, gingen we met zijn allen met de bus. Heerlijk!! Je kreeg meteen weer het gevoel van een ouderwets schoolreisje, zonder het gedoe van tekorten in beveiligers en haperende bagage-afhandeling. Wij hadden 2 luxe bussen, met bijbehorende praatgrage, gezette chauffeurs en zelfs life entertainment onderweg. Ik heb in het vliegtuig nog nooit een disco-bingo met uitgebreid prijzenpakket mogen aanschouwen. Ik blijf het wel jammer vinden dat ik net een hokje tekort kwam voor de sokken met tompoezen.

Na een buitengewoon ontspannen rit kwamen we aan bij hotel Mama Shelter, alwaar we via een wat dubieuze achteringang en allerlei gangetjes bij de eetruimte kwamen, waar onze lunch geserveerd werd en wat zullen we daar eens van zeggen.... Laten we het erop houden dat het eten soms wat zwaar op de maag kon liggen, maar dat er in de loop van de dagen een stijgende lijn in te ontdekken was. Nu moet ik natuurlijk niet de zure Nederlander gaan uithangen; met prettig gezelschap en bijpassende drank, was er weinig reden om te mopperen hoor.

Na de eerste lunch leek het de organisatie wel gepast om een luchtig en licht verkeerbaar onderwerp voor de eerste plenaire sessie te kiezen: “het Integraal Zorg Akkoord”. Complimenten aan de presentatoren om hiervan toch een boeiende sessie te maken, met genoeg stof tot nadenken. Vervolgens was het afgelopen met het wortelschieten op een stoel; de dames van de “hot topics in de spoedzorg” zorgden voor wat peper in het programma en lieten alle aanwezigen springen, huppelen en rennen van het ene naar het andere spoedeisende onderwerp. Een ding is zeker: cola en honing zijn een perfecte aanvulling op de dokterstas.

Er moest natuurlijk wel even uitgepuft worden van deze enerverende ervaring. Gelukkig was er een borrel voorzien in bar La Carafe Lilloise, alwaar het bier in echte vaasjes geschonken werd. Het smaakte er niet minder om en was een prima aperitief voor het diner, dat op loopafstand in het centrum van Lille geserveerd werd. Voor mij was het hierna voldoende om in de bar van het hotel nog wat drankjes te doen met een gezellig clubje mensen en vervolgens het bed op te zoeken.

De volgende dag stond er een bomvol wetenschappelijk programma gepland, waarvoor ik mij in de verandaruimte mocht melden. Een prachtige ruimte bovenin het hotel, met een heel mooi uitzicht. Het duurde enige tijd voor de aftrap gegeven kon worden, want de snelheid van de koffieapparaten was memorabel traag. Hierna werden we wel in sneltreinvaart meegenomen in de wetenswaardigheden, valkuilen en nieuwe inzichten binnen de CVRM na hypertensie in de zwangerschap, zoönosen, chronische pijn, bekkenbodemedoe en prikkelbare darm syndroom. Met deze interessante onderwerpen vloog de morgen om en was het, na de lunch, tijd voor een verrassingsactiviteit. Ik was ingedeeld in de groep, die naar een locatie mocht, waar de eerste kennismaking was met de trots van Lille: bier! Er werd uitleg gegeven

over het brouwproces, er was gelegenheid om biersoorten te proeven en op een zonovergoten dakterras mochten we lekker een potje petanque spelen. Natuurlijk kwam bij iedereen meteen de winnaarsmentaliteit boven drijven en er werd dan ook fanatiek gespeeld met veel hilariteit tot gevolg. Na deze ontspannende bezigheid volgde een gidstour door de stad, met oog voor markante gebouwen, geschiedenis en vooral de relatie met bier en het belang hiervan voor de stad.

Voor het diner was er ruimte voor eigen tijd, hetgeen door sommige fanatiekelingen gebruikt werd om rennend van de stad te genieten. Bij terugkomst waren er derhalve 50 shades of red en verschillende stadia van uitputting te registreren. Tegen de tijd dat het avondeten geserveerd werd was dit gelukkig allemaal volledig weggetrokken en kon er genoten worden van de lokale cuisine, waarna door velen nog het nachtleven van Lille opgezocht werd. Na een cocktail met als basis koffie, heb ik het verder bij de lokale bieren gehouden en genoten van de relaxte sfeer en de muziek. De 2e wetenschappelijke dag zat vol met informatie over huilbaby's, pubers, acute neurologie, cholesterolfeiten en fabels en valkuilen en tekortkomingen met betrekking tot de diabetische voet. Tijdens deze morgen was er wederom veel te leren en bleek de gemene deler wederom te zijn, dat goede afstemming tussen de 1e en 2e lijn essentieel is.

Die afstemming is wel het centrale winstpunt van de hele reis. Sessies worden gezamenlijk voorbereid, onderwijs wordt samen gevolgd, maar vooral de sociale interactie tijdens maaltijden, middagprogramma's en bij ontdekken van het nachtleven of het feest op vrijdagavond, maakt dat je dichterbij elkaar komt en elkaar beter begrijpt.

Tijdens het middagprogramma van deze dag stond een bezoek aan een micro-brouwerij op het programma, alwaar het gehele brouwproces nogmaals werd uitgelegd en er gelegenheid was tot nog meer proeverijen; wat een straf! In de avond was het tijd voor het feest, vooraf gegaan door een walking dinner, waarbij het bijna onmogelijk bleek om met lege handen te staan. Tijdens het feest was er nog een flinke hersentraining, door de fantastische pubquiz van Joyce en Bart, maar daarna was het dan toch echt tijd om helemaal los te gaan op de muziek. Tot het laatste nummer stond de dansvloer vol en was de sfeer uitstekend.

Na een vrij korte nacht was de zaterdag al weer aangebroken en iedereen weet dat het niet persé een fijne plek in het programma is om een sessie op die tijd te mogen presenteren. De presentatoren van "het de-escaleren van agressie" en "het is maar werk" bleken er echter geen enkel probleem mee te hebben. Door ons actief te houden en met de nodige humor vloog ook deze morgen voorbij en was het alweer tijd voor de afsluiting van het bestuur. De terugblik was fantastisch en de onthulling van de volgende bestemming van de OverEINDse dagen verrassend. Ik heb nu al zin in de volgende keer. De terugreis was net zo ontspannen als de heenreis. Moe, maar zeker voldaan, stapten we weer uit in Veldhoven en het afscheid nemen van iedereen nam ook nog geruime tijd in beslag.

Ik heb ervan genoten; de organisatie was weer super; het programma interessant, verdiepend en zinvol. Het was weer heel erg gezellig en ik heb veel mensen leren kennen en degenen die ik al kende, ken ik nu nog beter. Je komt achter gemeenschappelijke interesses, muzieksmaak, achtergronden en visies op het leven en de (organisatie van de) zorg. Ik had het voor geen goud willen missen.



Mogen baby's nog huilen?

Door: Tom Hendriks, kinderarts Catharina Ziekenhuis, Claire van de Velde, huisarts MC de Linden, Annemiek Brugman, arts maatschappij en gezondheid, profiel JGZ, Simone Kapteijns, kinderarts Máxima MC

De laatste jaren is er een forse toename van het aantal huilbaby's als ook van de verwijzingen naar de tweede lijn. Ook het aantal opnames van huilende baby's en met name ouders die dat niet meer aankunnen neemt toe. In de corona tijd lijkt dit nog verergerd.

De maatschappelijke trend is dat baby's die huilen niet gezond zijn en moeten worden behandeld, omdat huilen een teken is van pijn en ongemak. Jonge ouders hebben mede daardoor moeite met dit huilen om te gaan. In het land en ook in het Máxima MC zijn er zelfs huilbaby poli's met kinderarts, fysiotherapeut, psychologen en pedagogische hulpverleners. De meeste van deze baby's hebben echter geen medisch probleem en zijn verder gezond. De verleiding tot voorschrijven van koemelkvrje voeding en zuurremmering is groot. Medicalisering dreigt.

Veel huisartsen, jeugdartsen en kinderartsen hebben met deze problematiek van doen. Samenwerking lijkt het beste antwoord op deze nieuwe epidemie, waarbij het belangrijk is om met zijn allen dezelfde taal te spreken. Focus in de aanpak van huilbaby's zou moeten liggen bij de jeugdgezondheidszorg, terwijl de rol van de huisarts en kinderarts met name zou moeten liggen bij het uitsluiten van medisch onderliggende problematiek en ook de geruststelling van de ouders dat er bijna nooit medisch onderliggend lijden is. En dan weer terugverwijzen naar de JGZ met korte lijnen in de communicatie.

Inhoudelijke afspraken/adviezen

JGZ in the lead!

Afspraken/adviezen ten aanzien van de (transmurale) samenwerking

Leg contact met consultatiebureau-arts(en) in je wijk en maak evt. afspraken hoe elkaar te bereiken bij spoed (mail, Siilo, mobiel, ZorgDomein).



Take home messages

- Neem ouders serieus!
- Neem de tijd;
- Bij lichamelijk onderzoek baby helemaal bloot;
- Sociaal netwerk is belangrijk;
- Wees terughoudend met voedingsverandering en medicatie;
- JGZ ziet kinderen met spoed bij excessief huilen.

Vervolgafspraken naar aanleiding van de OverEINDse dagen

De voorbereidingsgroep koppelt het verzoek vanuit huisartsen om via ZorgDomein te kunnen verwijzen terug aan JGZ.

Literatuur:

- www.cyberpoli.nl voor filmpjes over troosten met 5-S methode van Karp
- www.helpmijnbabyhuilt.nl
- Website Infant Mental Health: www.imhnederland.nl
- Folder Antonius <https://www.antoniusziekenhuis.nl/omgaan-met-het-huilen-van-uw-baby>

Acute neurologie

Door: Annemieke Kummeling, SEH-arts Máxima MC, Peter van Bommel, apotheekhoudend huisarts Huisartsenpraktijk Vessem, Marleen van Eijck, neuroloog Catharina Ziekenhuis

Neurologie wordt steeds meer een acuut vak met uitgebreidere beeldvormings- en interventiemogelijkheden. Om patiënten tijdige en goede acute zorg te verlenen is samenwerking tussen huisarts, SEH-arts en neuroloog essentieel.

We hebben een aantal onderwerpen binnen de acute neurologie aan bod laten komen:

- 1 Herseninfarct
- 2 Acute hoofdpijn
- 3 Caudasyndroom
- 4 Acute verwardheid

Adviezen

- 1 Bij een CVA zijn er tot 24 uur na ontstaan interventiemogelijkheden, daarom met spoed insturen.
- 2 Vraag bij hoofdpijn naar hoe acuut en hoe hevig de hoofdpijn is ontstaan.
- 3 Bij verdenking op een caudasyndroom insturen voor een beoordeling, een MRI blijkt niet altijd nodig.

Afspraken/adviezen ten aanzien van de (transmurale) samenwerking

Bij verwijzing voor CVA wordt gevraagd naar tijdstip van ontstaan van de klachten. Er wordt ook gevraagd hoe lang de patiënt er naar schatting over doet om in het ziekenhuis te komen. Hier staat dan een team klaar voor de opvang en wordt de CT-scanner vrijgehouden. Een goede tijdsinschatting helpt de doorstroming voor andere patiënten op de SEH. Het tijdstip van ontstaan van klachten is ook relevant voor acute hoofdpijn vanwege het diagnostisch traject wat nodig is. Om deze reden wordt daar bij een verwijzing ook naar gevraagd.

Take home messages

- Tot 12 uur na een herseninfarct is trombolysie, onder voorwaarden, mogelijk;



- Tot 24 uur na een herseninfarct is intra arteriële trombectomie, onder voorwaarden, mogelijk,
- Hoe acuut de hoofdpijn is ontstaan is belangrijker dan het voelen van een knapje. Een SAB kan optreden met of zonder het voelen van een knapje;
- Wanneer bij een patiënt met acute hoofdpijn, verdenking SAB, < 6 uur na ontstaan van de klachten CT-scan gemaakt kan worden kan een lumbaalpunctie - welke pas 12 uur na het ontstaan van de klachten gedaan kan worden - worden voorkomen;
- Vraag bij mictieklachten bij een lumboradicaal syndroom naar sensibiliteit in het rijbroekgebied en passagegevoel bij het plassen;
- Verwardheid kent een brede DD, een goede anamnese is belangrijk. Acute inprentingsstoornissen, zonder andere cognitieve klachten of uitval past bij een transient global amnesia (TGA), deze klachten moeten in principe binnen 24 uur herstellen.

Literatuur

- [NHG Richtlijn Beroerte, augustus 2022](#)
- [NHG Richtlijn Hoofdpijn, september 2021](#)
- [NHG richtlijn Lumbosacraal radiculair syndroom, juni 2015](#)
- [Acute-onset amnesia: transient global amnesia and other cases](#)
- [Cauda equina syndrome, BMJ 2021](#)

HUISARTS EN KINDERARTS-ENDOCRINOLOOG LEVEREN SAMEN ZORG VOOR PUBERS

HELP, is dit kind in de puberteit?

Door: Vera van Tellingen, kinderarts-endocrinoloog Catharina Ziekenhuis, Josephine de Hartog-Keyzer, huisarts Schijndel, Diana Visser, kinderarts Máxima MC

We bespraken de definities van puberteitsontwikkeling, pubertas praecox en pubertas tarda. Welke meest voorkomende of ernstige pathologie ligt daaraan ten grondslag? Welk lichamelijk onderzoek en aanvullende diagnostiek als huisarts kan/moet je doen om tot een goed oordeel te komen, wanneer te verwijzen en wanneer gerust te stellen/te monitoren. Ten slotte gaven we nog tips over het uitvoeren van lichamelijk onderzoek bij pubers.

Inhoudelijke afspraken/adviezen

De orchidometer is onmisbaar voor het beoordelen van testisvolume bij jongens.

Afspraken/adviezen ten aanzien van de (transmurale) samenwerking

Voor beoordeling van de groei met behulp van de groeicurve: denk aan raadplegen van de jeugdarts of opvragen van de groeicurve bij de GGD.

Take home messages

Definitie centrale puberteit

- De start van de puberteit bij meisjes wordt gekenmerkt door borstontwikkeling;
- De start van de puberteit bij jongens wordt gekenmerkt door een testisvolume van 4 ml of groter.

Te vroege puberteit

- Meisjes borstgroei < 8 jaar;
- Jongens testisvolume van $\geq 4\text{ml}$ < 9 jaar.

Te late puberteit

- Meisjes geen borstgroei > 13 jaar of geen menarche > 15 jaar;
- Jongens geen testisgroei > 14 jaar.



Vroege meisjes en late jongens zijn vaker idiopathisch/fysiologisch.

Onderscheid centrale pubertijd en premature adrenarche.

Bij late meisjes en vroege jongens vind je vaker pathologie.

Literatuur:

- [werkboek NVK kinderendocrinologie \(nieuwe versie\)](#)
- [artikel Pubertas praecox en pubertas tarda uit praktische pediatrie](#)
- [artikel premature pubarche en premature thelarche uit praktische pediatrie](#)
- [Overzicht puberteitsstadia en Tannerstadia van NCJ uit JGZ richtlijn Seksuele ontwikkeling](#)
- [https://www.nvk.nl/themas/kwaliteit/richtlijnen/richtlijn?componenid=251822080&tagtitles=\(leidraad LO van puberteitsstadia en genitaliën\)](https://www.nvk.nl/themas/kwaliteit/richtlijnen/richtlijn?componenid=251822080&tagtitles=(leidraad LO van puberteitsstadia en genitaliën))

Reiziger



“Reis met ballen”

Al jaren hoorde ik van mijn collega kinderartsen fantastische verhalen over de OverEINDse dagen, vandaar dat ik het, bijna 7 jaar werkzaam in 't Cathrien, hoog tijd vond om dit eens zelf te gaan ervaren. Lille werd dit jaar de bestemming, wat ik en mijn vliedschaamte een erg goede keuze vonden. Toen in de week voor aanmelding van abstracts er verschillende huisartsen belden met vragen over de puberteit (“hoe zat dat ook al weer met die ballen?”), was het onderwerp voor een praatje geboren en vond ik in huisarts Josephine en collega-kinderarts Diana 2 enthousiaste bondgenoten om dit onderwerp op een luchtige manier onder de aandacht van de huisartsen te brengen.

De voorbereidingen verliepen vlot en na een paar digitale dates, zagen we elkaar op woensdag 15 april dan eindelijk live in Veldhoven. De busreis voelde als een schoolreisje en mede door de discomuziek-bingo door presentatieduo Elsje en Etienne vloog de tijd voorbij.

‘Mama’s hotel’ in Lille bleek een doolhof waarvan ik nog steeds niet snap wat de voor- en de achterkant was, ingericht met een sfeervolle mix van stijlen (mijn zoons thuis waren jaloers op mijn Hulk en Darth Vader lampenkappen).

Het inhoudelijke programma overtrof in allerlei opzichten mijn verwachtingen. Ik dacht vooraf eerlijk gezegd: “Wat ga ik daar als kinderarts leren?”, maar ik heb me medisch inhoudelijk verbaasd wat er allemaal veranderd is buiten mijn vakgebied in de afgelopen 15 jaar, heb nog meer respect gekregen (dan ik al had) voor wat huisartsen allemaal (moeten) weten en heel veel voorbeelden gezien van hoe netwerkgeneeskunde de toekomst is, heel inspirerend! Ook de discipline-overstijgende sessies over het IZA, de sportklas acute zorg, de levensechte agressieve lotuspatiënten Evy en Maurits en het relativerende en zeer vermakelijke verhaal van ‘die man in dat pak’ hebben veel indruk op me gemaakt.

Onder het genot van een potje petanque, een wandeling met oortjes waaruit bleek dat alles in Lille om bier draait, een fietstocht waarbij enkele collega’s doodsangsten uitstonden op tandems, hippie-bikes en andere volgens mij rechtstreeks uit de Nederlandse grachten opgedoken tweewielers, heb ik heel veel leuke gesprekken gevoerd met stuk voor stuk huisartsen met passie voor hun vak en collega’s uit het ziekenhuis waar ik al jaren achter in de rij van het personeelsrestaurant sta, maar die ik nu eindelijk ook van naam ken.

Het eten was niet altijd wat je ervan verwachtte. De vegetariërs hadden het zichtbaar zwaar, maar twee keer per dag kip valt ook niet mee en de ‘risottoballen(?)’ tijdens de pauze waren op z’n minst bijzonder. De restaurantkeuze in de avonden was wat mij betreft zeer geslaagd. De goede sfeer werd elke avond voortgezet door een substantieel deel van het gezelschap in o.a. een cocktailbar (waar de gemiddelde leeftijd onmiddellijk steeg) en een duistere techno-kelder. Hoogtepunt was de pubquiz, waar ‘mijn team’ won (met een beetje hulp van de barman, die NIET onder de categorie mobiele devices viel) en het feest waar van het begin tot het eind de dansvloer stampvol stond. Ik had mijn ‘ballenketting’, waar door meerdere reisgenoten op werd gehint, achteraf gezien toch best om mijn nek kunnen hangen!

Door: Vera van Tellingen
Kinderarts-endocrinoloog Catharina
ziekenhuis

Regionale optimalisatie aanpak bij diabetisch voetulcus

Door: Ilse Herfst, huisarts huisartsenpraktijk Plus en kaderhuisarts diabetes Stroomz, Nikol Snoeren, huisarts huisartsenpraktijk Prometheus en kaderhuisarts diabetes PoZoB (voorbereider), Roel Vaes, vaatchirurg Máxima MC, Thijn Fuchs, orthopedisch chirurg, traumatoloog Catharina Ziekenhuis

In de laatste jaren is er al veel aandacht gevraagd voor het onderwerp diabetische voet. Ook zijn er sinds 2016 richtlijnen ontwikkeld en is de behandeling in de regionale ziekenhuizen geoptimaliseerd.

Aanvankelijk werd een mooie daling gezien in het aantal amputaties dat regionaal werd uitgevoerd. Helaas is sinds 2020 weer een stijging waarneembaar. Corona heeft gezorgd voor een tijdelijke vermindering in voetscreening, maar is slechts een deel van de verklaring. Patients delay of dokters delay geven een verlies aan kostbare tijd en daardoor een verslechtering in uitkomst. Verder lijken samenwerkingsafspraken niet altijd goed te worden nageleefd of weet men niet goed naar wie te verwijzen. In deze workshop hebben we op een interactieve manier samen nagedacht over de diabetische voet en haar behandeling. Door een 'kijkje in elkaars keuken te nemen' hopen we dat knelpunten beter begrepen worden en samenwerking is versterkt. Want ook voor de diabetische voet geldt: gepaste spoed is goed.

Inhoudelijke afspraken/adviezen

- Wees alert op wondjes aan de voet bij diabetespatiënten. Patiënten melden dit zelf niet altijd. Instrueer praktijkmedewerkers om bij voetwondjes en DM2 er altijd de huisarts bij te roepen;
- Geef voorlichting aan diabetespatiënten over voetulcera en het belang van dagelijkse zelfcontrole;
- Zorg voor goede voetscreening en benader patiënten actief die (bij herhaling) geen gehoor geven aan de oproep voor voetscreening;
- Werk volgens de RTA diabetisch voetulcus;
- Verwijs op tijd!



Adviezen ten aanzien van de (transmurale) samenwerking

Verwijs naar een volwaardig en goed geoutilleerd voetenteam;

- Zorg voor goede bereikbaarheid over en weer (huisartsen, podotherapeuten, ziekenhuizen);

Zorg voor een goede verwijzing. In een verwijzing dient opgenomen te zijn:

- Heldere vraagstelling;
- Duur van bestaan van diabetisch voetulcus;
- De behandeling die tot nu toe is geboden en het effect daarvan;
- Meetwaarden die van belang zijn (nuchtere glucose, HbA1c, informatie over vaatstatus, nierfunctie);
- Medicatie en voorgeschiedenis.

Take home messages

- Diabetisch voetulcus is een ernstige aandoening met een verhoogde mortaliteit;
- Tijdige behandeling vergroot de kans op behoud van een ledemaat, geeft verhoogde kwaliteit van leven en bevordert de kans op overleving;
- Binnen het voetenteam is steeds meer mogelijk ten aanzien van de behandeling;

- Het aantal voetscreeningen in de 1e lijn blijft achter sinds de corona pandemie. Graag weer aandacht hiervoor.

Literatuur:

- [RTA diabetisch voetulcus](#)
- [NDF Toolkit Diabetische voetzorg](#)
- [Nascholingsartikel: eerste hulp bij diabetisch voetulcus \(Huisarts en Wetenschap feb 2021\)](#)



Vet laag!

Door: Joyce Curvers, klinisch chemicus Catharina Ziekenhuis,
Bertine Eshuis, huisarts huisartsenpraktijk MC De Linden,
Annemiek Joosen, klinisch chemicus Máxima MC

De bepaling van LDL-cholesterol heeft een zeer belangrijke rol ingenomen bij het vervolgen van patiënten met cholesterolverlagende therapie. Daarnaast wordt het LDL-cholesterol gerapporteerd bij de risicoschatting CVRM (400 metingen per dag in de regio). Er kleven echter onbekende nadelen aan deze analyse, waarbij er gestreefd wordt naar steeds lagere LDL-waarden.

Risicoschatting

Bij de risicoschatting op cardiovasculaire ziekte wordt veelal gebruik gemaakt van de SCORE-2 tabel, die gehanteerd wordt bij een leeftijd vanaf 50 jaar. De SCORE-2 tabel is opgebouwd uit klassen voor leeftijd, geslacht, roken, bloeddruk en non-HDL-cholesterol.

Er is een aantal handige websites waarvan de U-prevent (<https://u-prevent.com/>)¹ een hele handig is voor het gesprek in de spreekkamer.

Er zijn steeds meer richtlijnen waarbij het opstellen van een risicoprofiel CVRM wordt geadviseerd, ook onder de 50 jaar.

Referentiewaarden vs streefwaarden en actiegrenzen

Voor het lipidenprofiel (cholesterol, HDL-cholesterol, LDL-cholesterol, non-HDL-cholesterol en triglyceriden) worden in de regio streefwaarden gerapporteerd. Er is een grote overlap tussen de referentiewaarden en streefwaarden. Zo heeft de helft van de patiënten een cholesterol groter dan 5 mmol/L, omdat cholesterol stijgt met de leeftijd.

Bepaling van het LDL-cholesterol

Het LDL-cholesterol is géén uniform deeltje, het is een deeltje van variabele grootte gevuld met veel cholesterol en weinig TG en met apolipoproteïne-B aan het oppervlak. Dit maakt de analyse van (met name hele lage concentraties) LDL-cholesterol lastig.

De LDL-concentratie in bloed kan worden gemeten of berekend.



Bij de berekening van de LDL-cholesterol wordt door de ziekenhuislaboratoria gebruik gemaakt van een formule: $LDL = \text{totaal cholesterol} - HDL \text{ cholesterol} - (\text{triglyceride}/2,2)$. Bij een verhoogd TG is deze formule niet meer betrouwbaar. Dit komt voor bij ongeveer 2% van de aanvragen. Een verhoogd TG is vaak een uiting leefstijlkenmerken en verdient een andere aanpak dan een verhoogd LDL.

Alternatief voor de LDL-cholesterol

In de oude SCORE-tabel werd gebruik gemaakt van de totaal cholesterol/HDL-cholesterol ratio. In de nieuwere SCORE-2 tabel wordt gebruik gemaakt van de non-HDL-cholesterol (=totaal cholesterol - HDL-cholesterol). Het non-HDL is ongeveer 0.8 mmol/L hoger dan LDL-cholesterol.^{2,3}

Adviezen ten aanzien van de (transmurale) samenwerking

Bewustwording van de berekening van het atherogene non-HDL-cholesterol als prima alternatief voor de LDL-cholesterol.

Take home messages

- Screening bij personen zonder comorbiditeit onder de 50 jaar heeft geen toegevoegde waarde (voor de lipidendiagnostiek);
- Voor risicoschatting is het totaal cholesterol en non-HDL cholesterol van belang;
- Er komen steeds meer richtlijnen waarbij een risicoprofiel CVRM geadviseerd wordt, wees u bewust van de overlap

tussen actiegrenzen en referentiewaarden;

- Er worden in de regio verschillende methoden gebruikt voor de LDL-cholesterol analyse, waarbij elke methode voor- en nadelen kent: de non-HDL-cholesterol heeft hier geen "last" van;
- Voor de analyse van het lipidenprofiel is GEEN nuchtere afname nodig, want de concentraties veranderen niet relevant na een maaltijd.^{2,3}

Vervolgafspraken naar aanleiding van de OverEINDse dagen

In de regio worden nu streefwaarden (actiegrenzen) gerapporteerd. Omdat voor alle overige laboratoriumtesten referentiewaarden worden gerapporteerd én omdat er steeds meer individuele streefwaarden worden gehanteerd, overwegen de laboratoria om referentiewaarden te rapporteren.

Literatuur:

- 1 <https://u-prevent.com/>
- 2 NHG CVRM (M84) 2019
- 3 FMS richtlijn CVRM 2019



Chronische pijn, een pijnlijk dilemma

Door: Antal van der Gaag, anesthesioloog-pijnspecialist
Catharina Ziekenhuis, Rob Smeets, revalidatiearts/hoogleraar
revalidatiegeneeskunde CIR Eindhoven, Wim Valk, huisartsen-
praktijk Valk in Best

Eén op de vijf mensen heeft chronische pijn. In Nederland telt dit op tot meer dan 3 miljoen mensen. Chronische pijn kan leiden tot vermindering van kwaliteit van leven, beperkingen in functioneren, stemmingsproblemen, slechte slaap, afhankelijkheid van medicatie en zorgverleners, verminderde arbeidsprestaties, sociale isolatie en zelfs een kortere levensverwachting.

De ICD-11 beschrijft dat chronische pijn multifactorieel is: biologische, psychologische en sociale factoren dragen bij aan chronische pijn. De wederzijdse en dynamische interacties tussen deze factoren maken chronische pijn tot een complex fenomeen. Een zoektocht van de patiënt naar een diagnose en behandeling leidt vaak tot consulteren van een groot aantal zorgverleners. Desondanks levert deze zoektocht veelal onvoldoende verbetering op. Zorgverleners vinden het begeleiden van deze patiënten moeilijk en niet bijdragend aan hun arbeidssatisfactie. Chronische pijn leidt tot de hoogste mate van disability adjusted life years (DALY's) in de wereld en gigantische maatschappelijke kosten, los nog van het persoonlijk leed voor de betreffende patiënten. Onduidelijkheid over het (integrale) zorgpad van de patiënten, verwijscriteria, samenwerking en regie zijn hier mede debet aan, evenals het nog achterblijven van algemene biopsychosociale kennis bij en toepassing door zorgprofessionals.

In 2020 heeft het Zorginstituut de Zorgstandaard Chronische Pijn (Vereniging Samenwerkingsverband Pijnpatiënten naar één stem, 2017), met bijbehorende implementatieagenda opgenomen in het Register. De zorgstandaard dient om bij te dragen aan tijdige herkenning, gelijkwaardige samenwerking tussen patiënt en zorgprofessional en optimale inrichting en uitvoering van preventie van en zorg voor patiënten met chronische pijn.



Inhoudelijke afspraken/adviezen

- Chronische pijn is apart ziektebeeld met eigen ICPC-code A01.01. Gebruik deze om de groep beter in beeld te krijgen en om de behandeling beter vorm te geven;
- Patiënten met chronische pijn dienen benaderd te worden volgens het biopsychosociale model. Screening binnen de domeinen kan gerealiseerd worden met diverse instrumenten. Een SCEGS inventarisatie is een methodiek die voldoet en goed past binnen de eerstelijns zorg. Op deze wijze triëren we de patiënt met chronische pijn naar de juiste zorgprofessional;
- De behandeling is netwerk based en daarmee alle echelons overstijgend.

Afspraken/adviezen ten aanzien van de (transmurale) samenwerking

- Investeer in lokale netwerken ten aanzien van chronische pijn in de directe omgeving. Onderlinge verbindingen dragen bij aan de juiste zorg op de juiste plek op het juiste moment;
- Laagdrempelig overleg, bijvoorbeeld door middel van teleconsultatie of directe consultatie vanuit de eerste lijn, voorkomt onjuiste doorverwijzingen;
- Een goed onderbouwde en complete verwijzing/vraagstelling met daarin een duidelijke vraagstelling en een overzicht van alle tot dan toe ingezette behandelingen is essentieel binnen de zorg in netwerkverband.

Take home messages

- Chronische pijn is een ernstig probleem dat zwaar drukt op de zorg en met enorme persoonlijke, maatschappelijke en financiële consequenties;
- Chronische pijn heeft eigen ICPC A01.01;
- De behandeling vindt plaats in een netwerk.

Vervolgafspraken naar aanleiding van de OverEINDse dagen

Binnen de regio investeren we in het regio-netwerk chronische pijn, bijvoorbeeld door regionaal pijnonderwijs om de kennis over biopsychosociale diagnostiek en triage te verbeteren. Een regioketenzorg-coördinator onderhoudt het netwerk door het beleggen van multi- en interdisciplinaire overleggen, en zorgt voor verbinding tussen de collega's/zorgprofessionals in de eerste, tweede en/of derde lijn.

Door middel van een theoretische pilot binnen onze regio inventariseren we de behoeften om te komen tot uniforme regionale werkaafspraken binnen een netwerk en de regio. Tevens analyseren we welke barrières moeten worden overkomen om deze uniforme werkwijze te realiseren, zoals (digitale) overdracht van informatie over de lijnen heen.

Het uiteindelijke doel is om te komen tot zorgpaden voor de ziekte chronische pijn. Binnen deze zorgpaden is vastgelegd waar en in welke lijn de zorg wordt aangeboden inclusief criteria voor het opschalen en afschalen van de pijnzorg binnen de zorgpaden. Aan de hand van de gedefinieerde zorgpaden streven we naar financiering van deze netwerkzorg: voorwaarde om tot een structurele implementatie in de regio te kunnen komen.

Op deze wijze wordt de flipperkast als symbool voor de zorg rond de chronische pijn patiënt een museumstuk.

Literatuur:

- Pijncast (in ieder geval aflevering 2 (pijneducatie en 3 (Pijnanalyse: de biopsychosociale puzzel)
 - [Pijncast | Podcast on Spotify](#)
 - [Pijncast op Apple Podcasts](#)
- Vragenlijst (SCEGS, Keele STarT- en MSK-tool, [start_back_tool-nl.pdf](#) en [STarT_MS_K_tool-NL-versie.pdf](#), [Pain Self Efficacy Questionnaire](#), Pain Catastrophizing Scale en Hospital Anxiety Depression Scale) [pdf](#) ['HADS-meetinstr-KNGF-2018'](#)
- [Scoring en afkappunten](#)
- [Biopsychosociaal model: ten aanzien van pijn](#)



CVRM na hypertensieve aandoening in de zwangerschap

Door: Loes Monen, gynaecoloog Máxima MC, Liedewei van Waes, huisarts Stroomz gezondheidscentrum Meerhoven en kaderhuisarts CVRM, Michelle Westerhuis, gynaecoloog Catharina Ziekenhuis

De laatste decennia is duidelijk geworden dat vrouwen die een zwangerschap doormaakten gecompliceerd door een hypertensieve aandoening een verhoogd risico hebben op hart- en vaatziekten (HVZ) later in het leven.

Een toenemend aantal onderzoeken laat zien dat vrouwen die zwangerschapshypertensie of pre-eclampsie hadden tijdens hun zwangerschap vaker klassieke cardiovasculaire risicofactoren (hypertensie, dyslipidemie, overgewicht, gestoorde glucosetolerantie, diabetes mellitus) ontwikkelen dan vrouwen die een ongecompliceerde zwangerschap hebben doorgemaakt. Bovendien is in een aantal cohortonderzoeken vastgesteld dat een deel van deze nog relatief jonge vrouwen een verhoogd 10-jaars en/of 'life-time' risico heeft op het krijgen van een hart- en vaatziekte of op het overlijden aan een HVZ.

In augustus 2022 verscheen - op initiatief van de NVOG en in samenwerking met de Nederlandse Verenigingen voor huisartsen, internisten en cardiologen - een nieuwe richtlijn-module CVRM na hypertensieve aandoening in de zwangerschap (HAZ). In deze module wordt sterk geadviseerd om bij vrouwen met een HAZ tot gedurende 5 jaar daarna jaarlijks en daarna elke 3 jaar een cardiovasculaire screening uit te voeren. Het advies is om op lokaal niveau afspraken te maken over de organisatie van deze zorg.

Er wordt een voorstel gedaan voor organisatie van zorg door 1^e en/of 2^e lijn en verwijsindicaties.

We zijn van mening dat er op dit moment in toenemende mate aandacht is voor deze groep vrouwen, echter ontbreekt het nog wel aan duidelijke structuur in de organisatie van deze nazorg. Door middel van onze bijdrage aan de OverEINDse dagen is de awareness vergroot.



Inhoudelijke afspraken/adviezen

- De gynaecoloog licht de patiënte voor over het belang van CVR-controles postpartum;
- Er wordt nagegaan in hoeverre landelijk al voorlichtingsmateriaal beschikbaar is en anders zullen we regionaal kijken wat we hiervoor op kunnen stellen;
- Er wordt gekeken naar een eenduidige ontslagbrief met betrekking tot overdracht aan de huisarts. Voorbeeld afbouwschema wordt ontwikkeld ter ondersteuning voor de huisarts bij begeleiding van de afbouw van de anti-hypertensiva na de zwangerschap;
- Na zwangerschapshypertensie/pre-eclampsie wordt bij de patiënte de eerste 5 jaar jaarlijks en daarna 1x per 3 jaar een risicoprofiel opgesteld.

Afspraken ten aanzien van de (transmurale) samenwerking

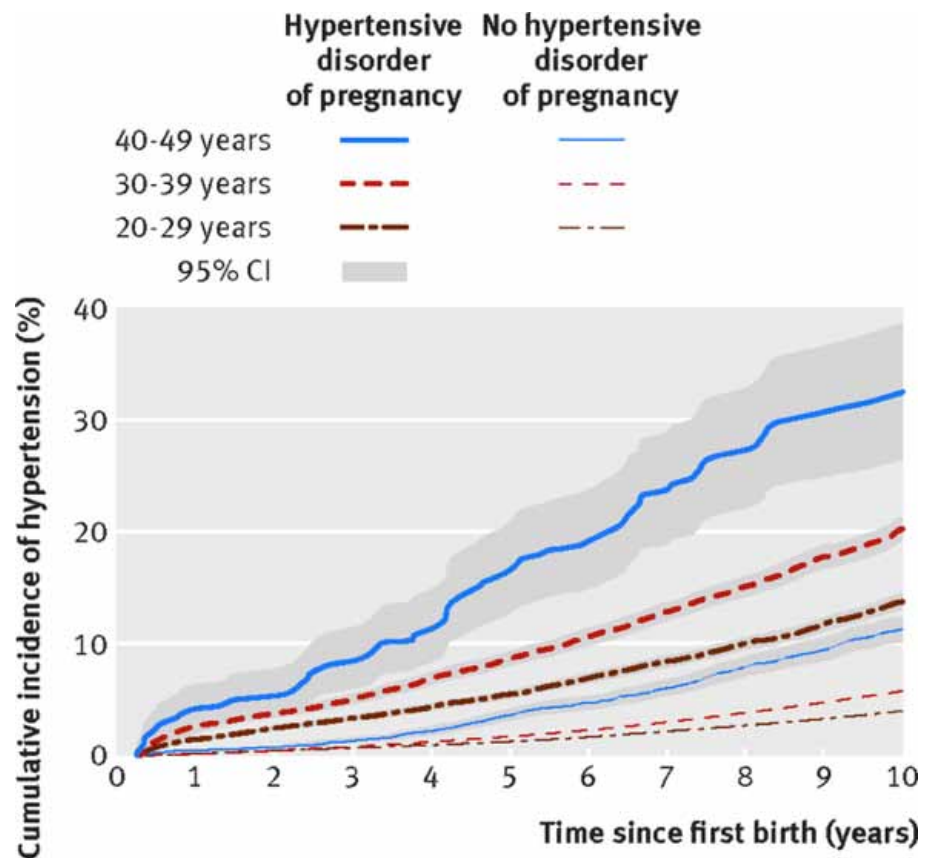
- RTA opstellen ten behoeve van eenduidige informatie/communicatie/adviezen met betrekking tot nazorg en monitoring van patiënten met doorgemaakte zwangerschapshypertensie/pre-eclampsie.
- Met daarbij onder andere aandacht voor een eenduidige brief waarin adviezen ten aanzien van opvolging en een voorbeeldschema ten behoeve van afbouwen van medicatie post-partum.

Take home messages

- Zwangerschapshypertensie komt bij 5-10% van de zwangerschappen voor;
- Na zwangerschapshypertensie/pre-eclampsie is er een verhoogd risico op het ontwikkelen van hypertensie en het krijgen van cardiovasculaire aandoeningen;
- Vrouwen die zwangerschapshypertensie/pre-eclampsie hebben doormaakt dienen regelmatig gecontroleerd te worden middels opmaken van een cardiovasculair risicoprofiel.

Literatuur:

- https://richtlijnendatabase.nl/richtlijn/hypertensieve_aandoeningen_in_de_zwangerschap/startpagina_-_hypertensieve_aandoeningen_in_de_zwangerschap.html
- https://richtlijnendatabase.nl/richtlijn/cvrm_na_een_reproductieve_aandoening/reproductieve_aandoeningen_en_cvrm/pre-eclampsie_en_zwangerschapshypertensie/follow-up_na_een_hypertensieve_aandoening_tijdens_de_zwangerschap.html
- www.zizobrabant.nl



Figuur 1. Cumulatieve incidentie hypertensie bij vrouwen met en zonder hypertensie ziekten tijdens de zwangerschap (Behrens, 2017)



De-escaleren van agressie in de zorgrelatie

Door: Maggy van den Brand, specialist ouderengeneeskunde Archipel Zorggroep, Maurits Westein, huisarts Snoeren en Westein (Hoog Bergen), Evy Herremans, huisarts Praktijk de Kuil en AIOS psychiatrie Catharina Ziekenhuis

Agressie jegens zorgverleners lijkt steeds vaker voor te komen. Soms haalt het zelfs de krant. Zoals dat incident in februari waarbij zelfs een huisarts werd neergestoken in zijn eigen praktijk. Ook blijkt uit onderzoek dat er in de ziekenhuizen een toename is van inzet van een professionele beveiliging, tot tweemaal daags gemiddeld. Dat komt waarschijnlijk door de verharding van de maatschappij en toename van middelenmisbruik bij SEH-patiënten, maar wellicht ook doordat agressie minder wordt geaccepteerd en beveiliging eerder wordt ingeschakeld.

Deze workshop is er op gericht de deelnemers bewust te maken van hun eigen reactie op verschillende vormen van agressie, en hoe zij zichzelf kunnen inzetten om agressief gedrag van die ander te de-escaleren.

Communicatie bestaat voor 55% uit lichaamstaal, 38% wordt bepaald door intonatie en maar 7% door de inhoud van de boodschap: We kijken eerst, dan horen we, en daarna luisteren we pas. In een oefening wordt geleerd dat lichaamstaal inderdaad per emotie anders is, maar wel universeel. Ook wordt ervaren hoe de stevige stand aanvoelt. Hoe blijf je rustig maar in controle. Daarnaast wordt geleerd hoe de stem laag en hard gebruikt kan worden als alarmering.

Het verkeerslichtenmodel om agressie te definiëren wordt geïntroduceerd:

GROEN: Acceptabele agressie ontstaat vaak vanuit frustratie, de agressor gebruikt vaak de “ik”-vorm om zijn standpunt duidelijk te maken, er is sprake van een beheersbare situatie. Van de hulpverlener vraagt dit verbinding, uitvragen van de klacht en bieden van alternatieven.

ORANJE: Grensoverschrijdende agressie voelt vaak als bedreigend en onprettig, de agressor gebruikt vaak de “jullie”-vorm



en kan deze agressie ook instrumenteel gebruiken om zijn standpunt door te drukken. De hulpverlener dient dit gedrag te begrenzen door te confronteren en de keuze te geven: doorgaan met het agressieve gedrag en het gesprek beëindigen of het gesprek voortzetten op een acceptabele manier. **ROOD:** Onacceptabele agressie is potentieel gevaarlijk en komt soms voort uit psychopathologie. De agressor lijkt oncontroleerbaar en gebruikt vaak de “jij”-vorm. Voor de hulpverlener is het zaak te kiezen voor eigen veiligheid en de situatie te beëindigen.

Bovenstaande vormen van agressie kunnen zowel verbaal, fysiek als via mails voorkomen, en behoeven dezelfde aanpak. Het oefenen in het herkennen en de-escaleren van diverse agressiesituaties zorgt ervoor dat de hulpverlener bij een onverwacht agressiemoment constructief en vanuit kennis kan handelen, vergelijkbaar met een geïmproviseerde reanimatie-ervaring.

Na een agressie-incident is er altijd bij de hulpverlener nog sprake van tijdelijke herbelevingen en pieken in adrenaline. Daarom is het van belang om samen te evalueren, en indien nodig professionele hulp in te schakelen.

Inhoudelijke adviezen

- Herken wat agressie met je doet en vanuit welke verkeerslichtkleur je moet reageren;
- Oefen met elkaar de omgang met agressie, zodat je in het onverwachte moment handelt vanuit kennis en ervaring in plaats vanuit adrenaline;
- Neem agressie en jezelf serieus en evalueer incidenten met elkaar.

Take home messages

- Door de-esalerend gedrag voorkom je ergere agressie;
- Eigen veiligheid eerst.



Reisgenoot

Dit jaar heb ik het genoeg gehad om voor het eerst deel te mogen nemen aan de OverEINDse Dagen. En dat is me goed bevallen. Het programma was interessant van opbouw, zowel het medisch inhoudelijke deel als het sociale deel. Voor mij waren de medisch inhoudelijke workshops een aangename verfrissing van mijn medische kennis van vroeger ooit eens. De diversiteit aan onderwerpen hield de nieuwsgierigheid levend en elke workshop kende een aantal eye-openers. Zelf vond ik de cijfermatige onderbouwing van een en ander verhelderend: je hebt altijd bepaalde aannames die - helaas maar al te vaak - door de cijfers door de inleiders aangedragen - op drijfzand gebouwd bleken te zijn. Een goede 'confrontatie' met de werkelijkheid. De inleiding op de laatste dag door Hans Rode op basis van zijn boek 'Het is maar werk' leverde een aardig inkijkje in de psyche van de (huis)arts en de wijze waarop hij/zij omgaat met de uitdagingen van het werk.

Het sociale gedeelte was goed opgezet, zowel de activiteiten als de dynamiek van de groep. De stad Lille hebben we goed leren kennen. Zelf heb ik erg genoten van het bezoek aan het kunstmuseum in Roubaix; La Piscine. De naam deed het vermoeden, maar het museum is echt in een werkelijk prachtig zwembad gevestigd. Los daarvan heeft het een interessante collectie kunst. Voor een relatieve nieuwkomer was dit natuurlijk de gelegenheid om nieuwe mensen te leren kennen, dan wel mensen die ik al kende beter te leren kennen. Daar was alle gelegenheid toe, zowel rondom de workshops als vooral natuurlijk in het sociale programma en de diverse activiteiten die daarbinnen vielen. Met name de heerlijke maaltijden - dat kun je de Fransen wel toevertrouwen - waren naast bijzonder lekker ook de basis voor veel interessante gesprekken. Dat gecombineerd met het prima hotel maakte dat alle randvoorwaarden voor een geslaagde OverEINDse aanwezig waren. Waarvan acte.

Jaap Jan Brouwer
Bestuurder PoZoB



Au revoir, tot volgend jaar!