

Medisch Centrum Huisartsen



Verschijnt maandelijks
Nummer 356

Februari 2020

WETENSCHAPPELIJKE TIJDINGEN

Inhoudsopgave

Inhoudsopgave.....	1
Wie betaalt het gelag?	2
Nascholingsprogramma academiejaar 2020	3
Labomailing: Coronavirus (2019-nCoV)	7
Medische artikels	9
Oncologie.....	9
Geriatrische Oncologie	12
Dagelijkse Praktijk / Infectieziekten.....	15
Dagelijkse Praktijk / Gynaecologie.....	18
Vaatlijden	20
MCH Digest	22
Een persoonlijke keuze	22
Cardiovasculair	23
Dietetiek	25
Farmacologie	30
Pneumologie	30
Focus:	33

Wie betaalt het gelag?

Het gehakketak bij een regeringsvorming gaat steevast ook over de financiering van de sociale zekerheid. Bedrijfsleiders en hun organisaties wegen zwaar op de onderhandelingen. Zij beweren dat door de hoge overheidsuitgaven, waarvan 30% naar de sociale zekerheid gaat, hun concurrentiepositie met het buitenland wordt aangetast. Het totale budget van de sociale zekerheid is 100 miljard. Daarvan gaat een derde naar de gezondheidszorg. Dat is natuurlijk niet niks.

Het verhaal van de hoge loonkosten ken je wel. Nochtans investeren bedrijven niet zoveel, maar bedienen zij vooral zichzelf. En de mantra van de besparingen is weer daar. En nochtans wordt wel al één en ander bespaard: in de gezondheidszorg, door het optrekken van de pensioenleeftijd, minder uitkering voor werklozen...

Maar men kan niet voorbij aan een gat in de sociale zekerheid van 2,8 miljard euro momenteel en voor 2024 rekent men op een tekort van 6 miljard euro!

De bedrijfswereld is blijkbaar vergeten dat de taxshift een groot gat heeft geslagen. Hun bijdrage is gedaald van 33% naar 25%. Twee derden van het budget sociale zekerheid wordt gefinancierd door de loontrekkenden. Extralegale voordelen zoals bedrijfsvoertuigen, maaltijdcheques, onbelast bijverdienen, flexie jobs en bijzondere statuten voor voetballers bv. doen de bijdragen aan de sociale zekerheid ontwijken.

Belasting ontwijken lijkt wel een nationale sport en de fraudebestrijding staat op een laag pitje. Men weet wel dat het fiscaal systeem moet worden hervormd, maar niemand is scheutig om eraan te beginnen.

En jawel hoor, in sommige landen zoals Nederland en Zwitserland betaalt de overheid inderdaad een stuk minder voor sociale bijdragen. Maar daar wordt het bijgepast door een private sociale bijdrage via verplichte aanvullende verzekeringen. Volgens het OESO-rapport van 2019 besteedt men in alle rijke landen 25-30% van het BNP aan de sociale zekerheid. Tenminste als men openbare en private bijdragen samentelt.

België is dan nog bij de zuinigste van de rijke landen en is daarbij nog op wereldniveau toonaangevend inzake sociale zekerheid en kwaliteit van de gezondheidszorg. Maar die reputatie is aan het afkalven: 16% van de mensen leven in armoede en bij de langdurig werklozen is het zelfs 60-70%. Het fenomeen kinderarmoede in een rijk land is nog schrijnender. Bejaardentehuizen worden onbetaalbaar.

De sociale zekerheid moet dus worden geherfinancierd. Want we staan voor grote uitdagingen: de vergrijzing zal meer en meer toeslaan en de geneeskunde wordt steeds performanter. En kwaliteit kost geld. Maar hoe dat moet worden betaald is natuurlijk weer een teer punt. Natuurlijk is het een goede zaak meer mensen aan het werk te hebben. Maar wanneer men bijvoorbeeld spreekt over belasting van grote kapitalen, zullen er wel enkelen steigeren. Enkelen, want het gaat alleen maar om grote kapitalen die worden gevisieerd. Artsen hoeven niet bang te zijn. En zeggen dat men in sommige landen met de glimlach meer dan 80% belastingen heeft betaald, of nog betaalt. Bijvoorbeeld in Scandinavië en zelfs in de Verenigde Staten (maar dan wel enkele presidenten geleden).

Het is natuurlijk niet verkeerd om als een zuinige huisvader met budgetten om te gaan. Efficiëntie mag worden nagestreefd. Controle op misbruiken ook. Multinationals zoals big Pharma mogen ook onder de loep worden genomen. Zie maar het voorbeeld de medicatie tegen maculadegeneratie: Avastin (€ 327) en concurrent Lucentis (€ 784). Het RIZIV zal wel dokken.

Geld dat besteed wordt aan de sociale zekerheid is goed besteed. Een tevreden werknemer is ook productiever, als men hem mag herleiden tot economische termen... En het vermijdt sociale onrust. En ja, sociale onrust kost ook weer geld!

Dr. Karel DE KOKER
bestuurder MCH

Nascholingsprogramma academiejaar 2020

1. Werkgroep Huisartsen Nascholingscyclus (verantwoordelijke Prof. dr. Birgitte Schoenmakers) - Derde donderdag van de maand - Grote vergaderzaal MCH Leuven - [Aanvang: 20.00u.](#)

- 20.02.2020 Titel: Casussen uit de diabetologie en schildklierpathologie: aanpak en behandeling conform de terugbetalingsvoorwaarden en de richtlijnen.
Sprekers: dr. Katrin Mortelmans, endocrinologie MCH Wezembeek, H. Hart Leuven en dr. Els Delaunay, endocrinologie MCH Leuven, H. Hart Leuven
Moderator: dr. Nele Van Pee
- 19.03.2020 Titel: Gynaecologie: update in de anticonceptiva.
Spreker: dr. Ann Poppe, gynaecologie MCH Leuven
Moderator: dr. Karel De Koker
- 23.04.2020 Titel: Klinische navormingsavond MCH Leuven.
Spreker:
Moderator:
- 18.06.2020 Titel: Zorgprogramma's COPD en Hartfalen in eerste lijn: screening, vroege diagnostiek en praktische toepassingen.
Spreker: dr. Stephanie Everaerts, pneumologie, UZ Leuven, dr. Bert Vaes, huisarts, ACHG
Moderator: dr. Gijs van Pottelbergh, onderzoeker Intego-project ACHG

2. Werkgroep Huisartsen MIDDAGNASCHOLING M.C.H. (verantwoordelijke dr. Hendrik De Vis) - Tweede dinsdag van de maand - [Aanvang: 12.00u.](#)

- 11.02.2020 Titel: Neurologisch basisonderzoek en verwijzing voor technisch onderzoek.
Spreker: dr. Liesbeth Vanderwegen, neurologie H. Hart Leuven
Moderator: dr. Hendrik De Vis
- 10.03.2020 Titel: KIK: postpartum en zevendedagsonderzoek.
Sprekers: dr. Roland Van Dijck, gynaecologie MCH, H. Hart Leuven en dr. Inge Van Wambeke, kinderarts H. Hart Leuven
Moderator: dr. Hendrik De Vis
- 12.05.2020 Titel: De behandeling van cholesterol op basis van casuïstiek: toepassing van de nieuwe richtlijnen in de klinische praktijk.
Spreker: Prof. dr. Ann Mertens, endocrinologie UZ Leuven
Moderator: dr. Hendrik De Vis

09.06.2020 Titel: De juiste laboratoriumtest voor de juiste patiënt: hoe kunnen we overbodige laboratoriumtesten vermijden en welke invloed heeft dit op diagnostiek?
Sprekers: dr. Nicolas Delvaux, ACHG en Christophe Indevuyst, klinisch bioloog MCH
Moderator: dr. Hendrik De Vis

Klinische navormingavonden 2020 Specialisten - Huisartsen MCH

Specialisten stellen hun discipline voor aan de hand van een demonstratie van klinische of technische vaardigheden, een casusbeschrijving,...

02.04.2020 (MCH Wezembeek-Oppem)

23.04.2020 (MCH Leuven)

(Volledige programma van deze klinische navormingsavonden volgt op website MCH).

NIEUW! Workshops voor huisartsen - Microscopie en EKG-trainingen

Microscopie-trainingen vonden plaats in het labo MCH Leuven op woensdag 13/11 en 20/11/2019.

EKG-training in MCH Wezembeek-Oppem: sessie 'Advanced EKG's' - donderdag, 9 januari 2019-20u. (zie website MCH)

3. P.U.K. Wezembeek-Oppem (verantwoordelijke dr. Noël Mortier) - Vierde donderdag van de maand - **Aanvang: 21.00u. stipt.**

27.02.2020 Titel: Top 5 van de urgenties in de eerstelijns.

Sprekers: Prof. dr. Ives Hubloue, urgentiegeneeskunde VUB

Moderator: dr. Luc De Pelecijn

26.03.2020 Titel: Geestelijke gezondheidszorg kinderen en jongeren: organisatie in de 1^e lijn.

Spreker: Nathalie Jacquet, zorgtrajectpromotor LMN Druivenstreek

Moderator: dr. Noël Mortier

23.04.2020 Titel: Nefrologie: praktische aanpak bij problemen.

Spreker: dr. Smets Liesbeth en dr. Laetitia Kubasiewicz, nefrologie MCH Wezembeek

Moderator: dr. Veerle Fonteyn

28.05.2020 Titel: Arteriële hypertensie. Huidige richtlijnen: zin en onzin.

Spreker: dr. Hendrik Celen, cardioloog H. Hartziekenhuis Leuven

Moderator: dr. Jan Vanleeuwe

25.06.2020 Titel: (On)nuttige medicatie bij geriatrische patiënten.

Spreker: dr. Annke Nelde, geriater H. Hartziekenhuis Leuven

Moderator: dr. Jan Vanleeuwe

4. Nascholing te Neerijse (verantwoordelijke dr. Paul Corty) - Eerste donderdag om de twee maand - cafeteria R.V.T. Ter Meeren -
Aanvang: 21.00u.

06.02.2020 Titel: Overactief blaaslijden: is er iets aan te doen?
Spreker: Prof. dr. Frank Van der Aa, uroloog UZ Leuven
Moderator: dr. Paul Corty

04.06.2020 Titel: Burn-out: vroegtijdige signalen.
Spreker: Lieve Becaus, psychotherapeut, Actief Stilstaan bvba
Moderator: dr. Paul Corty

5. NASCHOLINGSCYCLUS “Residentiële ouderenzorg (verantwoordelijke dr. Johan Vliers, voorzitter commissie Ouderenzorg) - Locaties: afwisselend in WoonZorgCentra in de regio

13.02.2020: Titel: *te bepalen.*
Spreker:
Moderator:
Locatie:

30.04.2020: Titel: *te bepalen*
Spreker:
Moderator:
Locatie:

6. PENTALFA (videoconferenties) - Verantwoordelijke locatie Leuven, Prof. dr. Birgitte Schoenmakers - Tweede donderdag van de maand - Auditorium AZK, U.Z. St. Rafaël - **Aanvang: 20.30u.**

7. Leuvense EBM-seminaries - A.C.H.G (verantwoordelijken Prof. dr. Bert Aertgeerts (CEBAM), dr. Jan Degryse, Prof. dr. Birgitte Schoenmakers) - Woensdagavond (2 à 3x/jaar) - Grote vergaderzaal MCH Leuven - **Aanvang: 21.00u.**
(Data worden tijdig meegedeeld).

LEUVENSE DAGEN “...

Data:

(programma in voorbereiding: kan aangevraagd worden op secretariaat).

Academisch Centrum voor HA-Geneeskunde, mevr. Monique Smets, tel. 016/33.74.68
Uitnodiging volgt

8. Navormingsaanbod Regionaal Ziekenhuis Heilig Hart - Leuven

link: <https://www.hhleuven.be/nl/evenementen/zorgverleners/navormingsaanbod-huisartsen-2019-2020/6/>

Labomailing: Coronavirus (2019-nCoV)

Coronavirussen algemeen:

Coronavirussen veroorzaken ziekten bij mensen en verschillende dieren, waaronder zoogdieren en vogels. Zelden kunnen dierlijke coronavirussen mensen infecteren en zich verder verspreiden van mens tot mens (MERS en SARS uitbraak in het verleden en nu ook 2019-nCoV). Er zijn tot nu toe 7 coronavirussen gekend die infecties bij de mens kunnen veroorzaken ('humane coronavirussen'). Ze veroorzaken meestal milde bovenste luchtweginfecties. Sommige coronavirussen kunnen echter ook ernstige pneumonieën veroorzaken. Respiratoire coronavirussen verspreiden zich voornamelijk via direct contact met geïnfecteerde secreties en respiratoire droplets (hoesten/niezen) (1). Verspreiding bij SARS en MERS trad vooral op tussen nauwe contacten. De besmettelijkheidsgraad kan verschillen van virus tot virus.

Epidemiologie 2019-nCoV:

Een nieuw coronavirus (genaamd Coronavirus 2019-nCoV) werd geïdentificeerd als verwekker van een cluster van pneumonie-gevallen in Wuhan, een stad in de provincie Hubei in China eind 2019. Er zijn reeds duizenden gevallen bevestigd d.m.v. laboratoriumtesten, en het aantal blijft stijgen. De meerderheid van de gevallen werden gerapporteerd in Hubei, doch ook op andere plaatsen in China zijn verschillende besmettingen vastgesteld. Ook buiten China werden sporadische gevallen gediagnosticeerd, hoofdzakelijk bij reizigers vanuit Wuhan (zowel in nabijgelegen landen in Azië, doch ook Australië, Frankrijk, Duitsland, de Verenigde Staten en Canada). Een update van het aantal bevestigde gevallen

kan worden teruggevonden op de website van de WHO (2) en van de ECDC (3). De eerste gevallen waren gelinkt aan een dierenmarkt in Wuhan, doch ondertussen is duidelijk dat het virus ook van mens tot mens wordt overgedragen. Het virus vertoont een sterke gelijkenis met coronavirussen bij vleermuizen maar hoe het virus uiteindelijk is overgedragen naar de mens is niet gekend (1).

Laatste cijfers (30 januari 2020): wereldwijd: 7834 bevestigde patiënten waarvan 7728 patiënten in China. Buiten China: 106 patiënten in 19 landen (in Europa: 5 patiënten in Frankrijk, 4 patiënten in Duitsland, 1 patiënt in Finland). België: 0 geconfirmeerde stalen (15 stalen onderzocht). Aantal doden: 170 (allemaal in China).

Klinisch beeld:

De ziekte wordt gekenmerkt door koorts, hoesten, dyspnoe en bilaterale infiltraten op beeldvorming (2). De incubatieperiode zou maximum 14 dagen bedragen volgend op de blootstelling. Hoewel veel gerapporteerde infecties gunstig verlopen, ziet men bij ongeveer 20% van de bevestigde patiënten een kritisch ziektebeeld (inclusief respiratoir falen, septische shock en ander orgaanfalen waardoor intensieve zorgen vereist zijn). De meeste van de fatale gevallen gebeurden bij patiënten met onderliggende comorbiditeiten.

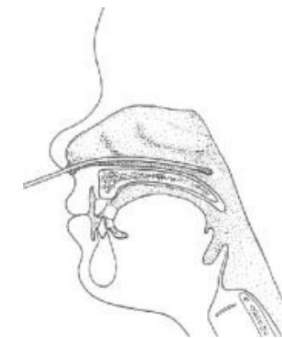
Diagnose:

Het 2019-nCoV wordt gedetecteerd d.m.v. PCR testen, uitgevoerd in het UZ Gasthuisberg.

De indicaties om een patiënt te verdenken op een besmetting met het 2019-nCoV werden gedefinieerd als volgt:

- ♦ Patiënt die terugkeert uit Wuhan met klachten van een ernstige acute luchtweginfectie (koorts, hoest en dyspnoe met klinische of radiologische tekens van een pneumonie), ontwikkeld tijdens de reis of in de 14 dagen volgend op de terugkeer; of
- ♦ Patiënt die in de voorbije 14 dagen in nauw contact geweest is met een patiënt met bevestigde nCoV infectie.

In deze gevallen moet er steeds contact worden opgenomen met de arts infectieziektebestrijding uit de provincie of regio (Zorg en Gezondheid) om de indicatie te verifiëren. Indien er besloten wordt tot verdere staalafname, gelieve ook steeds het labo vooraf te contacteren.



Voor diagnosestelling wordt gevraagd om twee nasopharyngeale wissers (voorkeur UTM) af te nemen, één wisser via elk neusgat, steeds voldoende diep. De stalen moet drie-

voudig verpakt worden, voorzien van een UN 3373 etiket, en vergezeld worden van een specifiek aanvraagformulier (5). Verdere praktische info kan u terugvinden op de MCH website:

<https://www.medischcentrumhuisartsen.be/documents/labo/pdf/coronavirus-2020-mch.pdf>

Wanneer initiële testen negatief zijn terwijl een 2019-nCoV infectie toch ten sterkste vermoed wordt, wordt isolatie aangeraden evenals het herhalen van de test om de 4 dagen tot 14 dagen na het ontstaan van de symptomen.

Maatregelen:

De patiënt moet contact met anderen zoveel mogelijk vermijden, zeker personen met een verhoogd risico (chronische hart-, long-, of nieraandoeningen; diabetes; immuunsuppressie; bloedziektes en volwassenen ouder dan 60) en veiligheidshalve ook zwangeren (hoewel een verhoogd risico in deze groep nog

niet werd aangetoond) (1). Symptomatische patiënten met mildere symptomen en zonder onderliggende aandoeningen kunnen thuis worden opgevolgd, in de andere gevallen is opname in het referentieziekenhuis (CHU Saint-Pierre) aangewezen. Maatregelen om de kans op transmissie te reduceren zijn samengevat in het document van Sciensano (tabel 4.3.4) (1).

Referenties:

1. Sciensano. Procedure for case management for a suspicion of a 2019-nCoV coronavirus infection. January 2020.
https://epidemiology.wiv-isp.be/ID/Documents/Procedure_2019-nCoV_23January2020.pdf

2. Uptodate
<https://www.uptodate.com/home>
3. <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports>
4. <https://www.ecdc.europa.eu/en/geographical-distribution-2019-ncov-cases>
5. https://nrchm.wiv-isp.be/nl/ref_centra_labo/respiratory_pat_hogens/default.aspx
6. <https://www.health.belgium.be/nl/veelgestelde-vragen-over-het-nieuw-coronavirus>

Britt Van Meensel, Ilja Depoortere

Oncologie

AYA's en het belang van een landelijk zorgnetwerk

In de leeftijdscategorie van 18-35 jaar worden in Nederland jaarlijks ongeveer 2700 adolescenten en jongvolwassenen gediagnosticeerd met kanker en ze worden ook wel 'adolescents and young adults' (AYA's) genoemd.

Een paar cijfers:

- Bij AYA's in Nederland stijgt de incidentie van kanker, en is 5 maal hoger dan de incidentie van kanker bij kinderen van 0-17 jaar.
- Inmiddels bedraagt de incidentie 1-2% van de totale kankerincidentie.
- Bij patiënten met kanker bedraagt de mediane 5-jaarsoverleving 80%, maar deze is voor sommige kankers die in de adolescentie en jongvolwassenheid ontstaan aanzienlijk slechter - en dat geldt bvb. voor bot-, wekdelen- en hersentumoren.
- AYA's lopen een 2-6 maal hoger risico op het ontwikkelen van een tweede tumor dan gezonde leeftijdsgenoten op het ontwikkelen van een maligniteit.
- Tweede tumoren hebben een negatieve invloed op de overleving.

Welk zorgnetwerk is hier de dragende kracht?

- In schril contrast met de gecentraliseerde zorg voor kinderen met kanker kunnen AYA's - afhankelijk van de soort kanker - in alle ziekenhuizen in Nederland behandeld worden.

- Kinderen met kanker krijgen bovendien van oudsher zorg aangeboden die verder strekt dan puur medisch-technische zorg:
 - Psychosociale ondersteuning is bvb. een integraal onderdeel van de zorg voor kinderen met kanker.
 - Is een patiënt 18 jaar op het ogenblik dat de diagnose 'kanker' gesteld wordt, en op die manier dus te oud om door een kinderoncoloog behandeld te worden, dan is de zorg anders van aard.
- Een AYA werd op 18-jarige leeftijd met een gynaecologische tumor gediagnosticeerd en zij gaf de volgende bedenkingen:
 - 'Moest ik een maand eerder gediagnosticeerd geweest zijn, dan was ik op de kinderafdeling terecht gekomen'.
 - 'Nu is er daartussen een soort van niks, een niemandsland'.
 - 'In heel het ziekenhuis was ik dus überhaupt de jongste, en eigenlijk zat ik alleen maar tussen de bejaarden'.
 - 'Natuurlijk kan je moeilijk een ziekenhuis maken tussen de 18 en 25 jaar of zo'.

Verstoorde ontwikkeling:

- In de fysieke en psychosociale ontwikkeling van het individu zijn adolescentie en jongvolwassenheid belangrijke fases:
 - In deze fases volgt men een opleiding, men zoekt naar een eerste baan en men bouwt langdurige relaties op.

- Deze ontwikkeling wordt door het hebben van kanker verstoord en er is ook een negatieve invloed op het maken van keuzes met betrekking tot opleiding, werk, relaties en fertiliteit.
- AYA's hebben daarnaast niet zelden financiële problemen, zoals bij het afsluiten van een hypotheek of een levensverzekering.
- De tijd van diagnose, behandeling en re-integratie omschrijven de AYA's als een periode waarin hun leven stilstaat:
 - Klachten zoals moeheid, en concentratieverlies versterken dit gevoel nog.
 - Ze worstelen met een aantal vragen, terwijl ze niet weten bij wie ze terecht kunnen, vermits de oncologische zorg voor volwassenen vooral op ouderen gericht is.
- Intussen is het 'Nationaal AYA" Jong en Kanker" Zorgnetwerk' opgericht:
 - Bedoeling is om te voldoen aan de wens van AYA's om meer leeftijdsspecifieke zorg te krijgen.
 - Hierbij maakt men gebruik van ervaringen in het buitenland, waar al langer programma's bestaan voor AYA's en TYA's (= teenagers, adolescents and young adults).
- Overigens verschilt de leeftijdsgrens voor AYA's van land tot land:

- Zo bestaan er in de Verenigde Staten AYA-programma's voor patiënten van 15-39 jaar.
- In Engeland en Australië daarentegen zijn er AYA-programma's voor - veelal klinische - patiënten van 13-25 jaar, terwijl deze sterk aangestuurd worden vanuit de kinderoncologie.

Rol in deze context van het Radboudumc
(= e.Radboud universitair medisch centrum):

- Gaat om een academisch ziekenhuis in Nijmegen dat samenwerkt met de Radboud Universiteit en maakt deel uit van de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra.
- In 2019 beschikt het ziekenhuis over 1065 bedden en bijna 11.000 medewerkers en verzorgt het de opleiding van meer dan 3000 studenten in uiteenlopende medische richtingen.

Een beetje geschiedenis:

- Vanuit het Radboudumc werd er in 2008 contact gelegd met Stichting Jongeren en Kanker.
- Tijdens de behandeling en de follow-up in het ziekenhuis moest er volgens AYA's meer aandacht besteed worden aan zaken zoals opleiding, werk, relaties en fertiliteit.
- Ze wilden ook meer lotgenotencontact, o.a. via een eigen ruimte in het ziekenhuis.

AYA-programma:

- In het Radboudumc werd afgaande op de wensen van de AYA's begonnen met een AYA-programma voor 18-35-jarige patiënten met kanker:
- Er werd om te beginnen een zogenoemde AYA-'hangkamer' geopend, waar jongeren

tijdens een ziekenhuisopname konden samenkomen met, indien gewenst, hun vrienden of familie.

- Er werd ook een AYA-team opgericht, bestaande uit een oncologieverpleegkundige, een maatschappelijk werker, een psycholoog, een medisch oncoloog en een AYA-poli:
 - AYA's kunnen tijdens of na de behandeling op de polikliniek terecht om leeftijdsspecifieke en psychosociale problemen te bespreken.
 - Voor de medisch-technische zorg blijft de hoofdbehandelaar onveranderd verantwoordelijk.
- De AYA-poli wordt geleid door een verpleegkundig specialist:
 - Tijdens een multidisciplinair overleg (MDO), waaraan ook een medisch oncoloog, een psycholoog en een maatschappelijk werker deelnemen, bespreekt hij of zij elke patiënt die de AYA-poli bezoekt.
 - Bij het MDO schuift sinds kort ook een klinisch arbeidsgeneeskundige aan.
 - De AYA kan, afhankelijk van de zorgbehoefte, verwezen worden naar een van de zorgverleners die bij het MDO aanwezig is of - op indicatie - naar een andere zorgverlener.
- In de totaliteit van het AYA-programma spelen verpleegkundige specialisten een belangrijke rol:
 - Zij kennen immers de meeste AYA's vanaf het ogenblik dat de diagnose gesteld wordt.
 - Ze begeleiden de AYA's tijdens de intensieve behandeling en de follow-up in het ziekenhuis.

- Ze kunnen ten slotte aandacht schenken aan leeftijdsspecifieke zaken.

Lotgenotencontact:

- In 2010 werd met input van AYA's, zorgverleners en het Radboudumc REshapeCenter de online community AYA₄ ('all you've asked for') opgezet om het lotgenotencontact te faciliteren:
 - De community is alleen toegankelijk voor AYA's en wordt door een community-manager ondersteund.
 - Dit is geen directe zorgverlener, hij of zij volgt de conversaties, komt tussen waar nodig en deelt informatie over bvb. interessante bijkomsten.
- Het merendeel van de AYA's rapporteerde tijdens onderzoek dat ze baat hebben bij de online community:
 - Ze herkenden zich in de verhalen van lotgenoten en ervoeren steun van hen.
 - De online community is een zinvolle ontmoetingsplaats juist omdat AYA's een minderheid vormen van de totale oncologische patiëntenpopulatie.

Dreamteams:

- Verder bestaat de zorg voor AYA's uit activiteiten van zogenoemde AYA-dreamteams.
- AYA's en zorgverleners werken hier samen aan de door AYA's geprioriteerde thema's met als succesvolle voorbeelden 'AYA & Food' en 'AYA en Werk':
 - Het 'AYA & Food'-dreamteam stond aan de basis van het geheel vernieuwde voedingsconcept in het Radboudumc (FoodforCare).
 - Het 'AYA & Werk'-dreamteam zorgde er o.a. voor dat klinisch arbeidsgeneeskundigen al vanaf het ogenblik dat de dia-

gnose gesteld wordt een brug kunnen slaan tussen patiënten en verantwoordelijken van de opleiding of het werk van de AYA.

Huidig beeld:

- De zorg voor AYA's is in 2013 opgeschaald naar een nationaal programma met 6 regio's.
 - In elke regio wordt binnen het zorgnetwerk zowel basiszorg als gespecialiseerde zorg verleend.
 - De klinische zorgteams van de AYA-kenniscentra in de umc's verlenen de gespecialiseerde, leeftijdsspecifieke zorg.
 - De AYA kan naar zo'n team verwezen worden en elke zorgverlener kan ook zelf kennis ophalen bij een zorgteam.
- Vanaf het ogenblik dat de patiënt met kanker gediagnosticeerd wordt start de integrale zorg voor AYA's.
- De online community is beschikbaar geworden voor heel Nederland en de website is vernieuwd.
- Inmiddels werken de dreamteams op landelijk niveau.
- De belangrijkste doelen van het 'Nationaal AYA "Jong & Kanker" Zorgnetwerk' vindt men op gebied van zorg, onderwijs en onderzoek.

Zorg:

- In de basis is de zorg voor AYA's uniform, maar er bestaat ruimte voor lokale invulling.
- Inmiddels zijn de AYA-lounges te vinden in het Radboudumc, UMC Utrecht, UMC Groningen, LUMC, Amsterdam UMC en het inloophuis in Isala te Zwolle.

- De poliklinische zorgteams vindt men in het Radboudumc, UMC Utrecht, UMC Groningen, LUMC, Amsterdam UMC en Erasmus MC.
- Ondertussen biedt een aantal algemene ziekenhuizen basiszorg voor AYA's en verwijzing vindt niet alleen plaats via ziekenhuizen maar ook via huisartsen betreffende zaken die te maken hebben met het overleven van kanker ('cancer survivorship issues').

Onderwijs:

- Er is een e-module over zorg voor AYA's ontwikkeld voor geneeskundestudenten in samenwerking met het AYA-kenniscentrum van het UMC Utrecht:
 - In 2019 is deze e-module geschikt gemaakt voor zorgverleners.
 - Vanaf 2017 vindt er ook specifieke deskundigheidsbevordering voor verplegers plaats.
- Op het jaarlijkse SPACE₄AYA-congres worden expertise en kennis verder verdeeld tussen AYA's, zorgverdelers en beleidsmakers en dreamteams rapporteren hier ook over hun vorderingen.

Onderzoek:

- Het KWT heeft in december 2018 een subsidie (COMPRAYA) toegekend voor een landelijke infrastructuur om gezondheidsuitkomsten in kaart te brengen en interventiestudies uit te voeren onder AYA's in de leeftijd van 18-39 jaar, waarbij gegevens en biomateriaal prospectief zullen verzameld worden.
- De landelijke infrastructuur zal de basis vormen voor verder onderzoek naar oorzaken van kanker, leeftijds- en tumorspecifieke kenmerken, kwaliteit van leven en medi-

sche en psychosociale gevolgen van kanker in de adolescentie en jongvolwassenheid.

- Er zal ook onderzoek gedaan worden naar het ondersteunen van AYA's die een beperkte levensverwachting hebben.

De organisatie:

- Het zorgnetwerk heeft in 2016 als stichting een eigen rechtspositie gekregen:
 - Inmiddels heeft het zorgnetwerk een kernteam voor de centrale coördinatie en facilitering.
 - Het kernteam heeft onderdak gekregen bij het Integraal Kankercentrum Nederland.
- Er bestaat nog geen structurele financiering voor de integrale, leeftijdsspecifieke zorg voor AYA's:
 - Tot nu toe bestaat de financiële basis uit steun van umc's, die via projecten of aanstelling van personeel hun nek hebben uitgestoken, en de farmaceutische industrie, acties zoals de jaarlijkse 'HAYAcinten'-verkoopactie en individuele donaties.
 - Die steun zorgt echter uiteraard niet voor een duurzaam financieel fundament van het zorgnetwerk.
- Het zorgnetwerk is momenteel in gesprek met het ministerie van VWS en met ziektekostenverzekeraars om de zorg voor AYA's structureel te financieren:
 - Er is een paragraaf over de zorg voor AYA's opgenomen in het normeringsrapport 'Multidisciplinaire normering oncologische zorg in Nederland' van de Stichting Oncologische Samenwerking en die paragraaf betekent een waardevolle hulp.

- In dit rapport wordt een multidisciplinaire visie beschreven op de kwaliteit van de oncologische zorg in Nederland.

Besluit:

- Op het gebied van o.a. opleiding, werk, relaties en fertiliteit hebben AYA's leeftijds-specifieke problemen, die specifieke aandacht vereisen.

- 5 jaar terug is om hieraan tegemoet te komen het 'Nationaal AYA "Jong & Kanker" Zorgnetwerk' opgericht en de activiteiten van dit zorgnetwerk zullen de komende jaren verder uitgebreid worden.
- Zorgverleners en AYA's richten de zorg voor AYA's stapsgewijs in, zodat deze niet meer

weg te denken is uit het Nederlandse zorgveld.

- Er moeten echter nog wel een paar belangrijke hordes genomen worden voor een duurzaam voortbestaan.

Ned Tijdschr Geneesk 9 augustus 2019 pag. 34-39.

Geriatrische Oncologie

Het 'geriatric assessment' (GA) en chemotherapie bij (potentieel) kwetsbare ouderen

Vraagstelling is of de Amerikaanse richtlijn voor geriatrische oncologie bruikbaar is in de Nederlandse situatie of niet.

Beschouwing:

- Centraal staat het 'comprehensive geriatric assessment (CGA), een multidimensioneel, interdisciplinair diagnostisch proces:
 - Het wordt in de geriatrie gebruikt om zorgbehoeften vast te stellen bij kwetsbare ouderen en om uitkomsten van zorg aan te bieden.
 - Vormt de basis van de geriatrische zorg en consultvoering.
 - Richt zich op meerdere domeinen, zoals de somatische, psychische, functionele en sociale status.
- Het CGA omvat een aantal belangrijke onderdelen:
 - Betreft het inzetten van gerichte interventies en het vaststellen van patiënten-voorkeuren voor behandeldoelen.
 - Op die manier sluit het zorgplan aan bij de wensen en de prioriteiten van de patiënt.

- Het CGA is wel tijdrovend, maar het vermindert de sterfte en de zorgafhankelijkheid van patiënten.

Aangepaste versies:

- Vaak maakt men in de geriatrische oncologie gebruik van het 'geriatric assessment' (GA), een aangepaste versie van het CGA, waarbij de gezondheidstoestand van de patiënt met gevalideerde vragenlijsten in kaart gebracht wordt.
- De American Society of Clinical Oncology (ASCO) heeft recent een richtlijn ontwikkeld voor de implementatie van een GA bij (potentieel) kwetsbare ouderen die chemotherapie gaan krijgen.
- Volgt nu een samenvatting van de ASCO-richtlijn en een antwoord op de vraag of die richtlijn in de Nederlandse situatie ook bruikbaar is.

Samenvatting van de ASCO-richtlijn:

- Adviseert om voor aanvang van de chemotherapie bij patiënten ouder dan 65 jaar een GA te doen:

- Op die manier kunnen de mate van biologische veroudering en kwetsbaarheid van de patiënt in kaart gebracht worden.
- Individuele risico's op bijwerkingen kunnen met een GA beter ingeschat worden.
- Bij de gezamenlijke besluitvorming over chemotherapie kan deze informatie gebruikt worden.
- Er zijn 4 domeinen die minimaal beoordeeld moeten worden:
 - De somatische status: betreft bijkomende ziekten en voedingsstatus.
 - De psychische status: gaat o.a. om cognitie en stemming.
 - De functionele status: m.a.w. mobiliteit en mate van zelfstandigheid.
 - De sociale status: betreft zorgbehoefte en steunsysteem.
- Ook de gevalideerde vragenlijsten die gebruikt kunnen worden voor het GA worden gespecificeerd.
- De richtlijn doet ook aanbevelingen om interventies in te zetten die de niet-oncologische aspecten van gezondheid be-

- vorderen, en dit op geleide van de uitkomsten van het assessment.
- In de richtlijn wordt ook verwezen naar 2 webbased tools waarmee de toxiciteit van chemotherapie bij ouderen kan ingeschat worden.
 - Er is ook de aanbeveling om een persoonlijk behandelplan te maken op basis van het risico op toxiciteit en de geschatte levensverwachting in samenspraak met de patiënt en diens naasten.

De situatie in Nederland:

- Kan de ASCO-richtlijn zomaar naar de Nederlandse praktijk vertaald worden en is GA voorbehouden aan patiënten die enkel chemotherapie gaan krijgen of kan het assessment veel breder in de geriatrische oncologie ingezet worden?
 - Meestal bestaat de behandeling van ouderen met een solide tumor immers uit een combinatie van chirurgie, chemotherapie en radiotherapie.
 - Inmiddels is in Nederland de helft van de patiënten met kanker 70 jaar of ouder, een percentage dat door de vergrijzing nog zal toenemen tot 2040.
- Klinische studies naar nieuwe oncologische behandelingen worden meestal uitgevoerd met een beperkte groep van niet erg representatieve ouderen:
 - Men kan de resultaten van deze studies niet zonder meer generaliseren naar de algemene ouderenpopulatie.
 - Over de effectiviteit van oncologische behandelingen en het risico op complicaties bij oudere patiënten zijn we dus slecht geïnformeerd.
- Er is bovendien voor de meeste oncologische behandelingen geen wetenschappelijke kennis beschikbaar over relevante uitkomsten, zoals behoud van zelfstandigheid, cognitie en kwaliteit van leven.
- Het zijn juist de oudere patiënten die waarde hechten aan informatie over de impact van een behandeling op deze aspecten.
- Leefstijd is een gemeenschappelijke risicofactor voor complicaties na een oncologische behandeling, iets wat blijkt uit verschillende Nederlandse kwaliteitsregistraties:
 - Vaak is het moeilijk om op basis van de klinische blik het risico op complicaties in te schatten.
 - Er is dan ook een grote landelijke variatie in de oncologische behandelingen van ouderen als gevolg hiervan, en dat is ook zichtbaar in de Nederlandse Kankerregistratie.
 - Geldt bvb. voor de behandeling van borstkanker, rectumchirurgie en adjuvante chemotherapie bij een stadium 3-coloncarcinoom.
 - Onzekerheid bij de behandelaars over de indicaties, de contra-indicaties en de toepasbaarheid van behandelingen is verantwoordelijk voor deze behandelvariatie.
- Er is dan ook de steeds meer dwingende vraag of oudere patiënten de meest optimale behandeling krijgen:
 - Om de draagkracht van ouderen voor oncologische behandelingen beter te bepalen is er dus een grote behoefte aan goede methoden.
 - Het GA, of een onderdeel ervan, zou zo'n methode kunnen zijn.

Geriatrisch assessment:

- In de medische oncologie in Nederland is het gebruik van een GA nog ongebruikelijk:
 - Het GA is in een deel van de Nederlandse ziekenhuizen een onderdeel van de zorgpaden van de oncologische chirurgie.
 - Patiënten met darmkanker worden bvb. sinds enkele jaren gescreend op hun kwetsbaarheid en de gezondheidsstatus van patiënten met een verhoogde kwetsbaarheid wordt uitgediept met een GA.
 - De resultaten van het assessment wegen mee in de oncologische besluitvorming.
 - Of deze nieuwe werkmethode leidt tot betere zorg en behandeluitkomsten bij ouderen met darmkanker zal in de nabije toekomst duidelijk worden.
- Wat kan het GA dan opleveren voor de medische oncologie?
 - Er is sprake van nevenproblemen in een van de geriatrische domeinen bij een aanzienlijk deel van de patiënten die in de dagelijkse praktijk chemotherapie krijgen.
 - Kwetsbare patiënten vertonen een verhoogd risico op bijwerkingen en een kleine kans om het beoogde chemotherapie-schema af te ronden.
 - Het is dan ook voor de hand liggend om het GA in de toekomst te gebruiken om de opbrengst en risico's van chemotherapie beter in te schatten en om op die manier bij te dragen aan doelmatige oncologische zorg.
- Koppeling van de uitkomsten van het geriatrisch consult en het GA aan een optimaal oncologisch behandeladvies wordt een uitdaging:

- Integratie van geriatrische en oncologische kennis over de verschillende behandelopties en de betekenis daarvan voor een individuele patiënt is hier een must.
- Het risico op complicaties en uitkomsten zoals overleving, terugkeer van ziekte, zelfredzaamheid en kwaliteit van leven zijn hierbij relevant.
- Momenteel wordt er in verschillende ziekenhuizen op uiteenlopende manieren aan deze integratie van oncologische en geriatrische kennis gewerkt.
- Gebeurt bvb. door gezamenlijke geriatrisch-oncologische spreekuren te organiseren, scholing te geven en geriateren op te nemen in oncologische teams.
- Dat het GA een standaardonderdeel wordt van de oncologische ‘work-up’ van oudere mensen met een hoog risico op complicaties na een oncologische behandeling is wenselijk, mede op basis van de ASCO-richtlijn.
- Hoe dit praktisch en doelmatig vorm kan worden gegeven is wel de vraagstelling.

Predictietools:

- Voor de afname van een GA zijn predictietools wellicht een efficiënt alternatief:
 - Er werd onderzoek verricht naar de voorspellende waarde van de afzonderlijke domeinen van het GA, en dat heeft vooral voorspellers opgeleverd voor overleving en toxiciteit bij patiënten die chemotherapie krijgen.
 - Op basis daarvan zijn er in de V.S. 2 gevalideerde predictietools ontwikkeld om de chemotoxiciteit te voorspellen, de

‘CRASH-score calculator’ en de ‘CARG-chemo toxicity calculator’.

- Behandelaren kunnen aan de hand van 10-15 vragen met beide tools het individuele risico op complicaties van een voorgenomen behandeling met chemotherapie berekenen.
- Voor het risico op postoperatieve complicaties bestaan er in de chirurgisch-oncologische praktijk voorspellers:
 - Er zijn de functionele maten, zoals de tijd die een patiënt nodig heeft om op te staan uit een stoel, 3 m comfortabel te lopen, om te keren, en weer terug te lopen en te gaan zitten (‘Timed up & go’ test).
 - Er is ook de PREOP-score.
- Om het risico op complicaties in te schatten is er dus geen volledig consult of assessment meer nodig, hoewel een deel van deze tools gebaseerd is op GA.
- Het is van belang om de predictietools te valideren in de Nederlandse situatie gezien de internationale verschillen in het toepassen van de chemotherapie.

Praktisch voorstel voor de Nederlandse praktijk:

- In bepaalde situaties is het dus aangewezen om ouderen boven de 70 jaar met kanker geriatrisch te beoordelen:
 - Als er een plan is voor een behandeling met een hoog risico op complicaties.
 - Als er een plan is voor een behandeling met een hoog risico op functionele achteruitgang.
 - Als er een plan is voor een behandeling met een potentieel beperkte opbrengst.
 - Als het gaat om een kwetsbare patiënt op basis van screening of comorbiditeit.

➤ Als er twijfel bestaat over de belastbaarheid van de patiënt.

- Screening op het risico op kwetsbaarheid moet vroeg in het diagnostisch proces gebeuren, en bij voorkeur met de G8-vragenlijst:
 - Omwille van de hoge sensitiviteit voor kwetsbaarheid wordt deze vragenlijst ook door de ASCO-richtlijn aanbevolen.
 - Voor de cognitieve status is deze lijst echter beperkt sensitief, wat maakt dat hiervoor een aanvullende vragenlijst nodig is (bvb. de 6-CIT-vragenlijst).
- Wellicht is het praktisch om de leeftijd van 70 jaar als ondergrens voor screening aan te houden, want ongeveer de helft van de Nederlanders vertoont rond die leeftijd multimorbiditeit en het percentage Nederlanders met multimorbiditeit stijgt vanaf die leeftijd sterk.
- Blijkt uit de screening dat een patiënt mogelijk een verhoogd risico vertoont op kwetsbaarheid, dan moet die naar de geriatrie verwezen worden en een GA krijgen.
- Het behandelplan wordt finaal gebaseerd op de oncologische en geriatrische bevindingen, de afwegingen die in een multidisciplinair overleg gemaakt worden en de balans tussen de opbrengst en de risico’s van de behandeling voor de betreffende patiënt.

Toekomstbeeld:

- Nieuwe werkwijzen die de geriatrie en de oncologie integreren zijn aangewezen om de behandeling van ouderen met kanker te optimaliseren.
- Daarvoor is gerichte scholing nodig die de kennis en ervaring op deze 2 gebieden samenbrengt:

- Zo zou een verplichte stage ouderengeneeskunde met specifieke leerdoelen voor de oncologie in de toekomst deel moeten uitmaken van de oncologische opleidingen.
- In alle ziekenhuizen waar ouderen met kanker behandeld worden is het wenselijk dat leden van het geriatrisch team

verbonden zijn aan de oncologische zorgpaden.

- Observationeel onderzoek naar ziekteverlopen van oncologische patiënten en de uitkomsten van de behandelingen is ten slotte ook een must:
 - Voorspellers van gunstige behandeluitkomsten kunnen op die manier geïdentificeerd worden.

- Individuele patiënten kunnen zo beter geïnformeerd worden over de impact van oncologische behandelingen.

Ned Tijdschr Geneeskd 16 augustus 2019 pag. 18-21.

Dagelijkse Praktijk / Infectieziekten

Aanpak van MRSA in de intra- en extramurale zorg

Het Nederlandse MRSA-beleid ('search en destroy') is gericht op snelle detectie van MRSA en op het instellen van behandeling en isolatiemaatregelen bij patiënten met MRSA:

- Maakt dat meticillineresistente *Staphylococcus aureus* (MRSA) in Nederland weinig voorkomt in ziekenhuizen.
- Wordt MRSA vastgesteld bij iemand die thuiszorg ontvangt, dan kan dat een reden zijn voor bron- en contactonderzoek in de thuissituatie, kwestie van verspreiding van MRSA binnen de gezondheidszorg te voorkomen.
- Verschillen in perspectieven en standpunten van de arts-microbioloog en de arts infectiebestrijding bij MRSA in de thuiszorg komen hier, ook aan de hand van een casus, verder aan bod.

Casus: een thuiszorgpatiënt ontvangt intensieve zorg i.v.m. een dwarslaesie:

- Daar komen 12 medewerkers aan te pas gedurende 30 uur per week.
- Er wordt intussen bij deze patiënt MRSA gekweekt uit een decubituswond.

- De arts-microbioloog adviseert contactonderzoek bij de thuiszorgmedewerkers die de afgelopen 2 maanden voor de patiënt hebben gezorgd om eventuele verspreiding van MRSA op te sporen:
 - 1 van de 12 medewerkers blijkt MRSA-drager te zijn.
 - Een andere medewerker heeft een wondinfectie gehad met MRSA na mammareconstructie in een ziekenhuis in de regio.
 - Omwille van ziekte is deze medewerker al een maand bij de thuiszorgpatiënt niet meer werkzaam toen de MRSA bij de patiënt ontdekt werd.
- Welke is de richtlijn voor de aanpak en welke maatregelen moet men nemen?

Karakterisering van de MRSA-stammen:

- Zowel de thuiszorgpatiënt als beide thuiszorgmedewerkers vertoonden MRSA-stammen van hetzelfde MLVA-type (MT₀₁₂₁-MC₀₀₀₅):
 - MLVA staat voor 'multiple locus variable number of tandem repeat analysis'.

- In Nederland wordt dit MLVA-type ongeveer 0-10 keer per jaar gevonden (mondelinge communicatie RIVM).
- De thuiszorgmedewerkers en de thuiszorgpatiënt waren in het betreffende jaar de enigen bij wie in Nederland dit type vastgesteld werd.
- De MRSA-stammen waren PVL-negatief:
 - PVL staat voor 'panton-valentine leukocidine' en is een virulentiefactor.
 - Staphylococceenstammen die PVL-positief zijn veroorzaken abcederende infecties.
- Het is aannemelijk dat de overdracht aan de thuiszorg was gerelateerd op basis van de typeringsresultaten en de epidemiologische link.

Welke zijn de noodzakelijke maatregelen?

- De thuiszorg ging vanaf het ogenblik dat de MRSA-uitslag bekend werd over tot strikte maatregelen qua preventie van infectie bij de verzorging van de patiënt.
- Het MRSA-cluster werd door de arts-microbioloog gemeld bij de GGD, maar er bleek een verschil in inzicht te zijn tussen

beiden over de noodzaak van verder contactonderzoek:

- Volgens de arts-microbioloog moest er een contactonderzoek opgestart worden bij patiënten die de afgelopen drie maanden zorg hadden gekregen van de MRSA-positieve medewerkers.
- GGD zag geen reden voor verder contactonderzoek, en daar waren diverse redenen voor:
 - Bij gezonde personen of personen zonder risicofactoren voor een wondinfectie veroorzaakt de MRSA-bacterie geen infecties.
 - Meestal is MRSA-dragerschap van tijdelijke aard en vaak raakt men de bacterie ook weer vanzelf kwijt, behalve bij risicofactoren.
 - Contactonderzoek is voor patiënten een psychische belasting en gezien de beperkte omvang van dit cluster was de besmettelijkheid laag.
- De arts-microbioloog en de GGD namen dan omwille van het verschil in inzicht contact op met de Landelijke Coördinatie Infectieziektebestrijding (LCI) van het RIVM:
 - Deze adviseert alleen contactonderzoek bij patiënten met een verhoogd risico op dragerschap met MSRA.
 - Geldt bij personen met een stoma, urinewegkatheter of wonden.
- De GGD gaf dan op basis van dit LCI-advies het volgende voorstel:
 - Starten met een screening bij de 5 tot 10 patiënten die het meest intensief verzorgd waren door de medewerker die MRSA-draagster was.

- Het contactonderzoek enkel uit te breiden wanneer hier nieuwe MRSA-dragers naar voren kwamen.
- Er werden uiteindelijk bij 5 patiënten kweken voor MRSA-screening afgenomen.
 - Alle kweekuitslagen waren negatief en men besloot de uitbraak als afgesloten.
 - Nieuwe MRSA-besmettingen, gerelateerd aan dit cluster, zijn sindsdien niet meer gemeld.

MRSA als entiteit:

- *S. aureus* is een belangrijke verwekker van zowel nosocomiale als community-acquired infecties:
 - Deze kunnen ernstig verlopen.
 - Incidentie van *S. aureus*-bacteriëmie: varieert tussen de 10-30 per 100.000 inwoners en gaat gepaard met een hoge mortaliteit (10-30%).
- Bij een ernstige infectie met *S. aureus* zijn penicillinaseresistente penicillines, type Flucloxacilline, de eerste keus:
 - MRSA is echter resistent tegen alle bèta-lactamantibiotica, ook Flucloxacilline.
 - Maakt dat patiënten met een MRSA-infectie aanvankelijk behandeld worden met een suboptimaal AB, en dat geeft een hoger risico op therapiefalen en mortaliteit.
- Net als in de Scandinavische landen en IJsland is de prevalentie van MRSA in Nederland laag (2%), terwijl in andere landen binnen Europa deze prevalentie kan oplopen tot >30%.
- Het is om verschillende redenen van belang om de prevalentie zo laag mogelijk te houden:

- Enerzijds is er de hoge mortaliteit van een MRSA-infectie, die samenhangt met het feit dat de behandeling in het begin suboptimaal is.
- Anderzijds zijn er de extra kosten die samenhangen met de verpleging van een patiënt met MRSA en het bestrijden van uitbraken met MRSA.

MRSA-beleid in de intra- en extramurale zorg:

- In de richtlijnen van de toenmalige Werkgroep Infectie Preventie (WIP) werd in Nederland een 'search and destroy'-beleid gecreëerd om de prevalentie laag te houden in de intramurale setting (= ziekenhuizen en verpleeghuizen):
 - Bedoeling is om dragers met MRSA actief op te sporen, te isoleren en zo mogelijk de MRSA te eradiceren.
 - Omdat er veel kwetsbare patiënten en veel zorgcontacten zijn, is het risico op verspreiding en het ontstaan van infecties met MRSA hoger in ziekenhuizen en verpleeghuizen dan daarbuiten.
 - Men beoogt met eradicatie van MRSA om verspreiding van MRSA te voorkomen:
 - Langdurige verpleging in strikte isolatie, bvb. in een verpleeghuis, vormt een belasting voor de patiënt en het personeel.
 - Geeft ook risico op verspreiding van de MRSA binnen de instelling.
- Het dragerschap van MRSA geeft voor gezonde personen doorgaans geen symptomen en het risico op verspreiding is kleiner:
 - In de extramurale setting wijkt het beleid daarom af van de intramurale setting.

- Een ‘search and destroy’-beleid is er niet en asymptomatische dragers worden niet actief opgespoord en behandeld.
- In de extramurale setting is isolatie, zoals in ziekenhuizen, niet van toepassing.
- Wanneer clusters van infecties in de extramurale setting gemeld worden, worden er wel maatregelen genomen.
- Richtlijnen voor de extramurale setting worden door de LCI geschreven.

Verschillen in perspectief:

- De casus illustreert dat er verschillende perspectieven en standpunten van professionals zijn op het gebied van infectieziekten:
 - Zo adviseerde de arts-microbioloog op basis van de WIP-richtlijn ‘MRSA thuiszorg’, waarin het MRSA-beleid bestaat uit ‘search en destroy’.
 - De arts infectieziektebestrijding van de GGD adviseerde daarentegen op basis van de LCI-richtlijn ‘staphylococcus aureus-infecties, inclusief MRSA’.
- Volgens de arts-microbioloog lopen thuiszorgpatiënten omwille van onderliggend lijden een risico op dragerschap met MRSA en finaal infectie.
- Discussiepunt was ook of de LCI-lijn, die betrekking heeft op gezonde individuen, wel van toepassing was op deze groep.
- Er is namelijk een stijging waarneembaar in de zorgzwaarte die patiënten die thuiszorg ontvangen door de hervorming van de langdurige zorg, waarbij het beleid is om zorg meer extramuraal te leveren:
 - Eradicatie van MRSA bij patiënten in de thuiszorg, en dus in de openbare gezondheidszorg, was volgens de artsen infectiebestrijding van de GGD geen doel op

zich en asymptomatische dragers moesten niet opgespoord worden.

- Zo kregen de thuiszorginstellingen tegenstrijdige adviezen omdat deze professionals niet tot overeenstemming konden komen.
- Wellicht had eerdere consultatie van de LCI dit kunnen voorkomen omdat die ervaring heeft met dergelijke complexe casuïstiek.
- In de extramurale setting wordt alleen bron- en contactonderzoek ingezet bij een cluster van MRSA-infecties, dit in tegenstelling tot de intramurale setting, want daar zoekt men actief naar dragers:
 - Bij een cluster gaat het om 2 of meer voorheen gezonde personen met klinische verschijnselen en een gemeenschappelijke transmissieroute buiten het ziekenhuis.
 - Zo’n cluster van MRSA-infecties is meldingsplichtig bij de GGD.
- Doel van de melding is om de transmissie te doorbreken:
 - Betreft ‘community-acquired’ stammen (CA-MRSA), vaak PVL-positief, die clusters vormen.
 - In de casus hadden 2 personen met MRSA tekens van infectie, en dus was het cluster gemeld bij de GGD door de arts-microbioloog.
 - Bij de thuiszorgmedewerkster ging het echter om een postoperatieve wondinfectie, ontstaan in het ziekenhuis, en dus was hier strikt genomen geen sprake van meldingsplicht.

Eradicatiebeleid binnen en buiten het ziekenhuis:

- In de openbare gezondheidszorg is eradicatie van MRSA geen doel op zich:
 - Dit kan in ziekenhuizen of instellingen anders uitvallen op basis van het ‘search and destroy’-beleid voor MRSA.
 - Basis van dit verschil in beleid ligt bij de verschillen in populatie, namelijk gezond versus kwetsbaar.
 - Ligt ook bij het risico op verspreiding, want binnen het ziekenhuis is dit risico groter dan erbuiten.
- DE LCI-richtlijn ‘staphylococcus aureus infecties inclusief MRSA’ gold ten tijde van de casus:
 - Er stond in bijlage I van deze richtlijn dat contactonderzoek in de extramurale setting bij een meldingsplichtig MRSA-cluster enkel diende plaats te vinden binnen een afgebakende groep personen in de eerste ring rond de index, waaronder personen met risicofactoren.
 - Thuiszorgpatiënten zijn echter vaak een kwetsbare groep en bezoeken regelmatig het ziekenhuis, dus lijkt het verstandig om in deze specifieke, maar niet-meldingsplichtige gevallen contactonderzoek te doen bij hoog-risicopatiënten om introductie van MRSA in ziekenhuizen te voorkomen;

Herziening van de LCI-richtlijn:

- Inmiddels is de LCI-richtlijn herzien en eind 2018 is ze definitief gemaakt:
 - Er wordt duidelijker beschreven bij welke contacten een kweek kan worden afgenomen bij een enkele persoon met MRSA-

- dragerschap of infectie, of bij een niet-meldingsplichtig cluster van MRSA.
- Er worden in de richtlijn ook situaties beschreven waarin contactonderzoek aangewezen kan zijn:
 - Kan o.a. wanneer huisgenoten van een MRSA-drager in de gezondheidszorg werkzaam zijn.
 - Kan zijn als ze zelf patiënt zijn en een ziekenhuis bezoeken.
 - Kan zijn alvorens de drager een dragerbehandeling ondergaat.
 - Contactonderzoek kan ook aangewezen zijn wanneer de patiënt thuis verpleegd wordt en er geen infectiepreventiemaatregelen genomen zijn tijdens de verpleging.

- Het kan ook verstandig zijn om contactonderzoek uit te voeren als er een gemeenschappelijke bron vermoed wordt.
- Advies op maat blijft echter voor dergelijke specifieke casuïstiek van belang, net zoals in onze casus.

Besluit:

- Gezondheidsorganisaties, zowel intra- als extramuraal, krijgen steeds vaker te maken met resistentie aan AB:
 - Er is de toenemende complexiteit van de zorg voor thuiswonende patiënten.
 - Er is ook het toenemend verkeer van zorgmedewerkers en patiënten tussen verschillende zorginstellingen en de thuiszorg.
 - Maakt dat samenwerking en afstemming tussen de organisaties steeds belangrijker wordt.

- Een beleid op maat voor het beperken van de antibioticaresistentie in de extramuraal setting is dus een must:
 - Als de deskundigheid en ervaring met deze complexe casuïstiek aanwezig is, dan kan de GGD dit advies op maat geven.
 - Verschillen in inzicht over de aanpak, bvb. tussen de GGD en de arts-microbioloog, kunnen tijdens het proces naar voren komen, zoals in bovenstaande casus, waar het ging over de noodzaak tot en grootte van het contactonderzoek.
- Belangrijk is dat de betrokken professionals elkaars expertise erkennen en benutten om tot een gezamenlijk plan te komen en dat zal nog heel wat denkwerk en inspiratie vergen van alle partijen.

Ned Tijdschr Geneeskd 23 augustus 2019 pag. 36-40.

Dagelijkse Praktijk / Gynaecologie

Bespreking van urogenitale prolaps ligt voor vele vrouwen gevoelig

Verschillende delen van de vagina kunnen bij een prolaps van de bekkenorganen verzakken:

- Kan gaan om de voorwand van de vagina met de daarvoor gelegen blaas.
- Kan de achterwand betreffen met daarachter de endeldarm.
- Kan ook gaan om het middelste deel samen met de baarmoeder.

Feit is dat zo'n prolaps zeer vaak voorkomt, vooral dan bij oudere vrouwen, maar velen vinden het lastig om prolapsklachten te bespreken met de huisarts en dat uit angst of schaamte of omdat ze niet weten dat hun klachten eventueel te behandelen zijn.

Nochtans kan een conservatieve aanpak van prolapsklachten door de huisarts wel degelijk effectief zijn.

Presentatie van de prolaps:

- Bij lichamelijk onderzoek blijkt driekwart van de Nederlandse vrouwen ouder dan 45 jaar een prolaps te hebben.
- Een groot deel hiervan vertoont geen klachten en gaat daarvoor dus niet naar de dokter.
- Zijn die klachten er wel, dan kunnen die heel divers zijn:

- Ze zien of voelen bvb. een uitpuiling of 'bal' in de vagina.
- Ze kunnen ook een pijnlijk, zwaar of drukkend gevoel hebben in de onderbuik.
- Kan ook samengaan met blaas- of darmklachten, o.a. verstopping, incontinentie of juist moeite met uitplassen.
- De klachten nemen vaak ook toe op het einde van de dag.
- Als er klachten zijn ondervindt driekwart daar hinder van in het dagelijkse leven:
 - Een kwart vertoont matige hinder bij lichamelijke inspanning, terwijl een derde ernstige hinder heeft.

- De prolaps kan daarnaast een negatieve invloed hebben op de dagelijkse activiteiten, de seksualiteit en de kwaliteit van leven.

Behandeling:

- Hoeft alleen als hij klachten veroorzaakt:
 - Conservatieve behandeling door de huisarts met leefstijladviezen, bekkenfysiotherapie of een pessarium vormt de eerste keus.
 - Alternatief is een chirurgische ingreep.
- De meeste vrouwen worden in Nederland conservatief behandeld, ongeveer 9% wordt naar de tweede lijn verwezen.

Afwachten of bekkenfysiotherapie:

- Naar de effectiviteit van conservatieve behandelingen voor prolapsklachten is er weinig onderzoek gedaan en daarom werd het POPPS-onderzoek opgezet, bestaande uit twee delen:
 - Eerste deelonderzoek: een vergelijking van bekkenfysiotherapie met afwachtend beleid bij vrouwen met een milde prolaps.
 - Tweede deelonderzoek: hier werd bekkenfysiotherapie vergeleken met een pessarium bij vrouwen met een matige tot ernstige prolaps.
- Verondersteld werd dat bekkenfysiotherapie meer verlichting geeft bij een milde prolaps dan afwachten, maar bij een matige tot ernstige prolaps op de lange termijn minder effectief is dan een pessarium.
- Resultaten van het eerste deelonderzoek:
 - Bleek dat bekkenfysiotherapie effectief is bij vrouwen met een milde prolaps.

- Wat men nog niet weet is of het verschil met afwachten groot genoeg is (klinisch relevant).

- Een prolaps wordt over het algemeen na verloop van tijd niet erger:
 - Of vroege behandeling die vergering kan helpen te voorkomen is dan ook onduidelijk.
 - Daarom zou afwachten tot de klachten erger worden een goede optie kunnen zijn, vooral bij vrouwen met een milde prolaps die er weinig of geen last van hebben.
 - Bekkenfysiotherapie valt dan te overwegen bij hinderlijke klachten en een milde prolaps (boven het hymen).
- Bekkenfysiotherapie brengt niet bij alle vrouwen soelaas:
 - Bij wie de behandeling wel of niet zal helpen valt moeilijk te voorspellen.
 - Lijkt echter vooral het proberen waard bij vrouwen die een prolaps hebben en daarbij relevante mictieklachten.

Bekkenfysiotherapie of een pessarium:

- Er was ook nog het tweede deelonderzoek dat liet zien dat een pessarium gemiddeld iets meer verbetering gaf dan bekkenfysiotherapie:
 - Er was echter geen significant verschil + was het effect van beide behandelingen kleiner dan verwacht.
 - Mogelijk heeft dit te maken met de manier waarop de vrouwen in het onderzoek terecht kwamen:
 - De screenende vragenlijst die aangewend werd was heel gevoelig, waardoor dames met erg milde klachten in aanmerking kwamen voor deelname.

- Anders zouden deze misschien met hun klachten niet naar de huisarts gegaan zijn.

- Mogelijk heeft dit geleid tot een onderschatting van het effect, immers bij weinig klachten zal een behandeling ook weinig verbetering geven.
- Vrouwen met typische prolapsklachten zoals een balgevoel in de vagina of een zwaar gevoel in het bekkengebied hadden wel vaker baat bij een pessarium dan bij bekkenfysiotherapie:
 - Een pessarium is tevens goedkoper dan bekkenfysiotherapie.
 - Een pessarium lijkt daarom toch een goede optie voor vrouwen met een matige tot ernstige prolaps die de voorkeur geven aan conservatieve behandeling.
 - Belangrijk is wel om uit te leggen dat het aanmeten van een pessarium niet bij iedereen lukt en dat een pessarium vaak (milde) bijwerkingen heeft.
 - Meest voorkomende bijwerkingen: toegenomen fluor vaginalis, decubitus van de vaginawand of de cervix, klachten bij gemeenschap en occulte stressincontinentie (= is een bestaande stressincontinentie, maar gemaskeerd voor het aanmeten van het pessarium, omdat de prolaps de urethra afknelde).
- In feite geven de onderzoeksresultaten geen uitsluitsel over de beste conservatieve behandeling voor vrouwen die vooral blaas- of darmklachten hebben.
- De voor- en nadelen van bekkenfysiotherapie en die van een pessarium kunnen door de huisarts met de patiënt besproken worden, kwestie van een geïnformeerde keuze te kunnen maken.

Heelkunde:

- Vrouwen hebben 11 tot 19% kans om ooit aan een prolaps geopereerd te worden:
 - Zo'n operatie is bij oudere vrouwen niet altijd mogelijk omwille van comorbiditeit en kwetsbaarheid.
 - De kans op een recidief na de operatie is bovendien aanzienlijk.
- Onderzoek toont aan dat 20-30% van de vrouwen later opnieuw geopereerd moet worden en dat de tijd tussen twee operaties bij iedere herhaling korter wordt.
- Er zijn verschillende complicaties beschreven waarvan hier de meest voorkomende:
 - Pijn, urineweginfectie, moeizame mictie of blaasretentie (meestal tijdelijk), moeizame ontlasting, (na)bloeding, wondinfectie en trombose.

- In een enkel geval kan er blijvende schade bestaan aan blaas en urinewegen of darmen.
- Na een operatie kan er net als na het aanmeten van een pessarium, occulte stressincontinentie aan het licht komen, maar een operatie is in tegenstelling tot een pessarium niet reversibel.

Besluit:

- Het is voor veel vrouwen een probleem om prolapsklachten met de huisarts te bespreken.
- Routinematig screening in de huisartsenpraktijk - kijk naar de POPPS-onderzoeken - zijn niet aan te bevelen, want zo worden ook vrouwen opgespoord met milde klachten, en die hebben geen behandelwens:

- De huisarts kan de barrière om prolapsklachten te bespreken door aannahme van een proactieve houding wel verkleinen.
- Komt er per toeval een prolaps aan het licht, bvb. tijdens het maken van een uitstrijkje, dan zou men kunnen vragen naar bekkenbodemplachten.
- Indien gewenst zou men ook uitleg kunnen geven over de behandel mogelijkheden.
- Vermits een prolaps niet levensbedreigend is, is de behandeling in eerste instantie gericht op verbeteren van de klachten en pas in tweede instantie op herstel van de anatomie.
- Advies luidt dan ook om de minst invasieve behandeling als eerste aan te bieden.

Huisarts & Wetenschap september 2019 pag.47-49.

Vaatlijden

Een polszwelling van onverwachte oorsprong

Bij cysteuze adventitiadegeneratie (CAD) van een arterie wordt er een mucineuze cyste gevormd in de adventitia.

Enkele cijfers:

- Gaat om een zeldzame ziekte die voor het eerst in 1947 beschreven werd door Atkins en Key.
- Er zijn sindsdien ongeveer 700 patiënten beschreven met deze aandoening.
- Vaak ontstaat CAD in arteriën t.h.v. een gewricht, zoals in de A. poplitea, A. ulnaris en A. radialis:

- De A. poplitea is bij ongeveer 80% van de patiënten aangedaan, met een man-vrouw-ratio van 5:1.
- CAD in de A. radialis is veel zeldzamer, gaat ongeveer om 2,5% van de gevallen van CAD.

Etiologie:

- Is onbekend, maar de voornaamste hypothesen gaan ervan uit dat CAD uitgelokt wordt door een trauma, bvb. door herhaaldelijk rekken of arteriële punctie:
 - Zou zich ontwikkelen in het kader van een systemisch myxomateus proces.

- Ontstaat mogelijk uit restanten in de embryologische ontwikkeling van mesenchymale cellen in de arteriewand.
- Kan ook ontstaan door fistelvorming tussen de arteriën een gewricht waardoor synoviale vloeistof terecht komt in de arteriewand.
- Er is recent meer bewijs gekomen voor de theorie dat de cyste vanuit een verbinding met het gewricht ontstaat:
 - Er worden namelijk steeds vaker fistels bevonden vanuit de arterie naar het gewricht bij beeldvormend onderzoek of peroperatief.

- Dit kan bovendien de mucineuze inhoud van de cyste verklaren.

Symptomatologie:

- Lokale zwelling geeft klachten naast stenose of occlusie van de arterie, met paresthesie, zwakte, pijn, atrofie of ischemie van het aangedane lidmaat tot gevolg.
- Een pulserende zwelling is een karakteristieke bevinding bij lichamelijk onderzoek.

Diagnosestelling:

- Bij een vermoeden van CAD is echografie de eerste stap om de diagnose te stellen, immers hiermee kan men goed een onderscheid tussen een ganglion en een CAD.
- Biedt een echografie onvoldoende duidelijkheid, dan is de tweede stap een MRI-scan.
 - De cyste is hierop te zien als een karakteristieke T₁-hypointense, T₂-hyperintense afwijking.
 - De anatomie is meer gedetailleerd zichtbaar:
 - Men kan zo beter onderscheid maken tussen het lumen van de arterie en de

cyste met eventuele vernauwing van het lumen.

- Dit komt de planning van de operatie ten goede.

- Met MRI kan men daarnaast vermindering in de bloeddorstrooming in kaart brengen.

Behandeling:

- Voor het verwijderen van de cyste zijn er verschillende behandelingen beschreven:
 - Het vaakst worden percutane aspiratie en chirurgische verwijdering toegepast.
 - Spontane regressie kan ook, en daarom geniet expectatief beleid de voorkeur bij minimale klachten.
- Als meest succesvolle behandeling geldt de operatieve aanpak met een recidief risico van 1-5%:
 - De cyste wordt hierbij verwijderd samen met de arterie.
 - Eventueel vindt er een veneuze-graftereconstructie plaats.
- Bij percutane aspiratie van de cyste ziet men een recidief bij 40% van de patiënten:

- Het is toch raadzaam om de cyste eerst percutaan te verwijderen omwille van de minder invasieve aard van deze ingreep en omwille van de risico's van een ingreep.
- Ontstaat er een recidief, dan geniet operatieve verwijdering de voorkeur.

Besluit:

- Meestal ontstaat cysteuze adventitiadegeneratie t.h.v. de A. poplitea, maar kan ook vanuit de A. radialis of de A. ulnaris.
- Denk eraan bij een zwelling in de pols, ook al is de aandoening zeldzaam.
- Vraag bij twijfel echografisch onderzoek aan, en vraag een MRI alleen als echografisch onderzoek geen uitsluitsel geeft.
- Bij geringe klachten wacht je af, en nemen de klachten toe, dan is aspiratie de behandeling van eerste keus.
- De recidiefkans is echter groot en dan heeft operatieve resectie de voorkeur.

Ned Tijdschr Geneeskd 30 augustus 2019 pag. 28-30.

Met dank aan dr. Willy Storms

Een persoonlijke keuze

In tijden van klimaatveranderingen kan BMJ niet achterblijven met waarschuwen, maar vergeet het probleem van fijn stof niet.

Ook in BMJ: kinderen van moeders met diabetes hebben in hun later leven meer kans op cardiovasculair lijden

Melk is gezond, maar blijkt niet gunstig in te werken op totale mortaliteit, ook in BMJ natuurlijk

We blijven bij voeding: rood vlees of bewerkt vlees zou dan toch niet schadelijk zijn voor de gezondheid(Annals of internal medicine)

Alcohol daarentegen is bij JAMA een killer, maar ja, men moet van iets sterven denkt deze niet geheelonthouder

Prescribe waarschuwt voor de gevaren van finasteride als middeltje tegen kaalheid

Vaping en pneumonie: voorlopige gegevens in LANCET

In tegenstelling met vroegere suggesties zijn bèta blokkers geen goede keuze in de behandeling van COPD, wat natuurlijk een oude waarschuwing bevestigt (NEJM)

Het klimaat en het andere probleem: fijn stof

The harder we look, the more we find

Fine particulate matter (PM) of diameter less than 2.5 microns (PM_{2.5}) is ubiquitous, emanating especially from transport and combustion sources. Since a seminal 1993 study showing a clear association between airborne PM_{2.5} and mortality rates in six cities in the United States, many attempts have been made to quantify the global annual burden of mortality due to PM_{2.5}—0.8 million in 2005, .15 million in 2015, and almost 9 million in 2018.5 This increase reflects not a 10-fold rise in PM_{2.5} exposure, but improved modeling of PM_{2.5} concentrations, and use of real world exposure-response associations incorporating new data from developing nations, which has led to conclusions with increased reliability and, unfortunately, of increased mortality.

PM_{2.5} has been associated with diseases of the respiratory and cardiovascular systems, with cardiovascular disease likely occurring through systemic inflammation and possibly translocation of particulate matter into the circulation. Indeed, ultrafine particles (<100 nanometres in diameter) have been found in the brain and heart. These mechanisms indicate that effects are not limited to respiratory and cardiovascular systems, but uncovering new associations could require hypothesis free analysis of a dataset large enough to achieve sufficient statistical power.

In a linked study, Yaguang Wei and colleagues (doi:10.1136/bmj.l6258) report analyses of more than 95 million US hospital admissions of Medicare beneficiaries and PM_{2.5} concentrations on the day before presentation. In addition to confirming previously established associations between short term PM_{2.5} concentration and respiratory, cardiovascular, and

Parkinson's disease, and diabetes mellitus, the authors found that each 1 µg/m³ increase in PM_{2.5} was associated with 2050 extra hospital admissions, days in hospital, and \$31m (£24m, €28m) in care costs, through diseases not previously associated with PM_{2.5}. These diseases included septicaemia; fluid and electrolyte disorders; renal failure; and infections of the urinary tract, skin, and subcutaneous tissue. Taking into account corresponding values presented for the burden of diseases already associated with PM_{2.5} exposure, the burden of these newly associated diseases represents 31-38% of the total PM_{2.5} associated effect, similar to a recent figure for the burden of disease not previously associated with PM_{2.5}. This proportion suggests that current figures for PM_{2.5} associated morbidity, which focus on established disease associations, might be considerable underestimates.

Crucially for informing policy, these associations remained even when the analysis was restricted to days when the PM_{2.5} concentration was below the World Health Organization's guideline of 25 µg/m³, confirming the conclusions of other authors finding no safe lower limit for exposure to PM_{2.5}. More optimistically, even small decreases in PM_{2.5} concentration could have substantial benefits over a large population, although extrapolation to the global population requires caution, because government funded health insurance in the US, including Medicare, is skewed towards individuals aged older than 65, certain ethnic groups, and people on low incomes.

People on low incomes and ethnic minorities tend to be more affected than others by equivalent PM exposure, and more exposed overall on both national and international levels. Air pollution is a global problem and must be tackled as such. While the WHO is currently revising its guidelines, these are not legally binding. However, reducing pollutant concentrations is critical to reducing the incidence and exacerbation of the myriad condi-

tions that have been associated, with varying strengths of evidence, with PM and other air pollutants.

Our knowledge of the health effects of PM is still lacking in many areas—notably the range of disease outcomes associated with particulates and their causality; and the effects of long term exposure, indoor exposure, and ultrafine PM. The relative effects of different PM sources, and any differences between primary PM (released from source) and secondary PM (formed by reactions of pollutant gases following release), are also poorly understood. We urgently need more epidemiological research to uncover new disease associations and to investigate newly reported associations, and toxicology research to explore potential causative mechanisms. Funding streams should also take account of the cross disciplinary research required for such studies to be performed. As the burden of disease associated with pollution becomes more apparent, better awareness among health professionals and the public is needed to help prevent and control pollution associated dis-

ease exacerbations, and to push for policies to reduce emissions.

During the 2008 Beijing Olympics, transport and industrial restrictions substantially improved air quality, accompanied by a 46% drop in relative risk of outpatient visits for asthma. Such restrictions are probably unsustainable, but progress has still been made. Thirteen years after the aforementioned study on six US cities, which highlighted the association between premature mortality and fine particulate matter, the authors re-evaluated the situation. In the intervening years, five of the six cities showed reduced PM_{2.5} concentrations, and a proportionate reduction in PM_{2.5} associated mortality.

Clearly, there is much still to learn, but we should not mistake knowledge gaps for paucity of evidence. The sooner we act, the sooner the world's population will reap the benefits.

<https://www.bmj.com/content/367/bmj.l6609>

Cardiovasculair

Kinderen van moeders met diabetes hebben meer kans op cardiovasculair lijden

Objective:

To evaluate the associations between maternal diabetes diagnosed before or during pregnancy and early onset cardiovascular disease (CVD) in offspring during their first four decades of life.

Design:

Population based cohort study.

Setting:

Danish national health registries.

Participants:

All 2 432 000 liveborn children without congenital heart disease in Denmark during 1977-2016. Follow-up began at birth and continued until first time diagnosis of CVD, death,

emigration, or 31 December 2016, whichever came first.

Exposures for observational studies:

Pregestational diabetes, including type 1 diabetes (n=22 055) and type 2 diabetes (n=6537), and gestational diabetes (n=26 272).

Main outcome measures:

The primary outcome was early onset CVD (excluding congenital heart diseases) defined

by hospital diagnosis. Associations between maternal diabetes and risks of early onset CVD in offspring were studied. Cox regression was used to assess whether a maternal history of CVD or maternal diabetic complications affected these associations. Adjustments were made for calendar year, sex, singleton status, maternal factors (parity, age, smoking, education, cohabitation, residence at childbirth, history of CVD before childbirth), and paternal history of CVD before childbirth. The cumulative incidence was averaged across all individuals, and factors were adjusted while treating deaths from causes other than CVD as competing events.

Results:

During up to 40 years of follow-up, 1153 offspring of mothers with diabetes and 91 311 offspring of mothers who did not have diabetes were diagnosed with CVD. Offspring of mothers with diabetes had a 29% increased overall rate of early onset CVD (hazard ratio 1.29 (95% confidence interval 1.21 to 1.37); cumulative incidence among offspring unexposed to maternal diabetes at 40 years of age 13.07% (12.92% to 13.21%), difference in cumulative incidence between exposed and unexposed offspring 4.72% (2.37% to 7.06%). The sibship design yielded results similar to those of the unpaired design based on the whole cohort. Both pregestational diabetes (1.34 (1.25 to 1.43)) and gestational diabetes

(1.19 (1.07 to 1.32)) were associated with increased rates of CVD in offspring. We also observed varied increased rates of specific early onset CVDs, particularly heart failure (1.45 (0.89 to 2.35)), hypertensive disease (1.78 (1.50 to 2.11)), deep vein thrombosis (1.82 (1.38 to 2.41)), and pulmonary embolism (1.91 (1.31 to 2.80)). Increased rates of CVD were seen in different age groups from childhood to early adulthood until age 40 years. The increased rates were more pronounced among offspring of mothers with diabetic complications (1.60 (1.25 to 2.05)). A higher incidence of early onset CVD in offspring of mothers with diabetes and comorbid CVD (1.73 (1.36 to 2.20)) was associated with the added influence of comorbid CVD but not due to the interaction between diabetes and CVD on the multiplicative scale (P value for interaction 0.94).

Conclusions:

Children of mothers with diabetes, especially those mothers with a history of CVD or diabetic complications, have increased rates of early onset CVD from childhood to early adulthood. If maternal diabetes does have a causal association with increased CVD rate in offspring, the prevention, screening, and treatment of diabetes in women of childbearing age could help to reduce the risk of CVD in the next generation.

What is already known on this topic

The prevalence of cardiovascular disease (CVD) has increased in children and young adults in recent decades

Maternal diabetes before or during pregnancy is associated with increased risks of metabolic syndrome and congenital heart disease in offspring

Whether prenatal exposure to maternal diabetes affects early onset CVD in offspring during their early decades of life is not known

What this study adds

Maternal diabetes during pregnancy was found to be associated with an increased rate of early onset CVD among offspring across the first four decades of life, especially for the offspring of those mothers with a history of CVD or diabetic complications

Preventing, screening, and treating diabetes in women of childbearing age could be important not only for improving the health of the women but also for reducing long term risks of CVD in their offspring

<https://www.bmj.com/content/367/bmj.l6398>

Dietetiek

Hoe zit het met de melkbrigade uit de prehistorie?

Objective:

To examine the association of consumption of dairy foods with risk of total and cause specific mortality in women and men.

Design:

Three prospective cohort studies with repeated measures of diet and lifestyle factors. Setting Nurses' Health Study, Nurses' Health Study II, and the Health Professionals Follow-up Study, in the United States.

Participants:

168 153 women and 49 602 men without cardiovascular disease or cancer at baseline.

Main outcome measure:

Death confirmed by state vital records, the national death index, or reported by families and the postal system. During up to 32 years of follow-up, 51 438 deaths were documented, including 12 143 cardiovascular deaths and 15 120 cancer deaths. Multivariable analysis further adjusted for family history of cardiovascular disease and cancer, physical activity, overall dietary pattern (alternate healthy eating index 2010), total energy intake, smoking status, alcohol consumption, menopausal status (women only), and postmenopausal hormone use (women only).

Results:

Compared to the lowest category of total dairy consumption (average 0.8 servings/day), the multivariate pooled hazard ratio for total mortality was 0.98 (95% confidence interval 0.96 to 1.01) for the second category of dairy consumption (average 1.5 servings/day), 1.00 (0.97 to 1.03) for the third (average 2.0 servings/day), 1.02 (0.99 to 1.05) for the fourth (average 2.8 servings/day), and 1.07 (1.04 to 1.10) for highest category (average 4.2 servings/day; P for trend <0.001). For the highest compared to the lowest category of total dairy consumption, the hazard ratio was 1.02 (0.95 to 1.08) for cardiovascular mortality and 1.05 (0.99 to 1.11) for cancer mortality. For subtypes of dairy products, whole milk intake was significantly associated with higher risks of total mortality (hazard ratio per 0.5 additional serving/day 1.11, 1.09 to 1.14), cardiovascular mortality (1.09, 1.03 to 1.15), and cancer mortality (1.11, 1.06 to 1.17). In food substitution analyses, consumption of nuts, legumes, or whole grains instead of dairy foods was associated with a lower mortality, whereas consumption of red and processed meat instead of dairy foods was associated with higher mortality.

Conclusion:

These data from large cohorts do not support an inverse association between high amount

of total dairy consumption and risk of mortality. The health effects of dairy could depend on the comparison foods used to replace dairy. Slightly higher cancer mortality was non-significantly associated with dairy consumption, but warrants further investigation.

What is already known on this topic

The relation between dairy intake and various health outcomes including type 2 diabetes, cardiovascular disease, and cancer have been extensively examined, and most studies have shown no appreciable beneficial or adverse associations

However, evidence on the association between dairy intake and mortality from prospective cohort studies is more limited

What this paper adds

Total dairy intake was not associated with lower risk of total mortality

The health effects of dairy could depend on the comparison foods used to replace dairy

Slightly higher cancer mortality was non-significantly associated with dairy consumption, but warrants further investigation

<https://www.bmj.com/content/367/bmj.l6204>

En hoe zit het met vlees?

Dietary guideline recommendations require consideration of the certainty in the evidence, the magnitude of potential benefits and harms, and explicit consideration of people's values and preferences. A set of recommendations on red meat and processed meat consumption was developed on the basis of 5 de novo systematic reviews that considered all of these issues.

Methods:

The recommendations were developed by using the Nutritional Recommendations

(NutriRECS) guideline development process, which includes rigorous systematic review methodology, and GRADE methods to rate the certainty of evidence for each outcome and to move from evidence to recommendations. A panel of 14 members, including 3 community members, from 7 countries voted on the final recommendations. Strict criteria limited the conflicts of interest among panel members. Considerations of environmental impact or animal welfare did not bear on the recommendations. Four systematic reviews addressed the health effects associated with red

meat and processed meat consumption, and 1 systematic review addressed people's health-related values and preferences regarding meat consumption

Recommendations:

The panel suggests that adults continue current unprocessed red meat consumption (weak recommendation, low-certainty evidence). Similarly, the panel suggests adults continue current processed meat consumption (weak recommendation, low-certainty evidence).

Table 2. Summary of Findings for Health-related Values and Preferences*

Outcomes	Studies (Participants), n (n)	Certainty of Evidence	Plain-Language Summary
Reasons for meat consumption	38 quantitative studies (62 963)	Low (rated down for risk of bias and indirectness)	Most omnivores were highly attached to their meat. Men had a more positive attitude than women toward meat consumption. Elderly omnivores were generally concerned about health with respect to their food choices. All vegetarians/low meat consumers reported health as one of the main reasons for not eating meat.
	10 qualitative studies (419)	Low (rated down for risk of bias, indirectness, and imprecision)	Most omnivores are highly attached to their meat consumption. Elderly omnivores believed that aging is associated with a decline in food intake. For many vegetarians, health concerns were the primary motivation to stop eating meat.

Willingness to change meat consumption in the face of undesirable health effects	5 quantitative studies (8983)	Low (rated down for risk of bias and indirectness)	<p>Most omnivores reported low willingness to reduce meat consumption.</p> <p>In general, participants reported an overall mistrust related to the given information.</p> <p>Many participants believed that the presence of additives used in the production process was the real health problem rather than red meat consumption itself.</p> <p>Many participants already reduced their meat consumption in the past and did not plan any further changes.</p>
	4 qualitative studies (616)	Low (rated down for risk of bias, indirectness, and imprecision)	<p>Most omnivores reported low willingness to reduce meat consumption.</p> <p>Omnivores were concerned with reducing meat consumption because they perceived meat as an important component of a healthy diet, they enjoyed eating meat, and they believed they needed protein and the enjoyment of eating meat.</p> <p>Some omnivores believed they only ate small quantities of meat and did not need to reduce it (more often this referred to reducing red meat than all types of meat), and some believed they already reduced their meat consumption in the past.</p> <p>Some omnivores believed that the consequences of meat consumption were trivial compared with other behaviors (e.g., smoking tobacco).</p> <p>Some omnivores did not trust the available scientific information.</p>

* Based on reference 17.

<https://annals.org/aim/fullarticle/2752328/unprocessed-red-meat-processed-meat-consumption-dietary-guideline-recommendations-from>

En alcohol?

Ample evidence has been available for some time indicating that alcohol use is a preventable risk factor for cancer, and the World Health Organization deemed alcohol a carcinogen more than 30 years ago. In the United States, it is estimated that 5.6% of incident cancer cases (approximately 87 000 each year) are associated with alcohol, including cancers of the oral cavity, pharynx, larynx, liver, esophagus (squamous cell carcinoma), female breast, and colorectum. Type of alcohol does not appear to matter; all alcoholic beverages include ethanol, which increases levels of acetaldehyde and in turn promotes DNA damage. Moreover, even moderate levels of consumption (often defined as approximately 14-28 g/d, the equivalent of about 1-2 drinks) appear to be associated with higher risk of some cancers, including cancers of the female breast. A protective association has emerged for some cancers, with the most evidence for kidney, Hodgkin lymphoma, and non-Hodgkin lymphoma. Nonetheless, the overall cancer burden associated with alcohol use is substantial and comparable with that of other preventable risk factors such as UV exposure and excess body weight.

Ecological studies examining trends in alcohol consumption along with cancer incidence and mortality rates suggest that decreases in alcohol intake may reduce cancer risk. One analysis of data from 17 countries showed that changes in cancer mortality rates for alcohol-related cancers tended to parallel changes in per capita annual alcohol sales 7 to

9 years earlier (controlling for tobacco use). For

example, alcohol consumption has steadily decreased in France since 1961, mirroring reductions in mortality rates for lip, oral cavity, and pharyngeal (LOCP) cancers starting in 1971; in Romania, however, both alcohol consumption and LOCP cancer mortality rates have increased during those time frames. In countries where alcohol consumption has been fairly stable (eg, Denmark, United States, United Kingdom), LOCP cancer mortality rates have been similarly stable.

Even stronger evidence is provided by case-control studies. For example, a meta-analysis of 9 case-control studies found that 5 years of alcohol cessation was associated with a reduction of 15% in risk of laryngeal and pharyngeal cancers. This body of evidence, along with the consistent epidemiologic evidence suggesting a causal association between alcohol consumption and many cancers, substantiates the potential value of reducing consumption as a method of cancer control. Correspondingly, the American Society of Clinical Oncology published an important statement on the need for the cancer community to promote public education on this issue, support policy efforts to reduce alcohol use, educate clinicians about the state of the evidence, and identify research gaps.

As the medical community evaluates recent findings and recommendations regarding alcohol and cancer, empirical support for the putative beneficial effects of moderate alcohol consumption on cardiovascular health is also

coming into question. In a pooled analysis of approximately 600 000 alcohol consumers in

83 prospective studies, alcohol consumption was positively and linearly associated with increased risk of stroke, heart failure, fatal hypertensive disease, fatal aortic aneurysm, and coronary disease (excluding myocardial infarction, for which there was a protective association). Similarly, a dose-response relationship was observed between alcohol intake and risk of all-cause mortality. Earlier studies that suggested there was a protective association between alcohol intake and cardiovascular risk may have failed to account for large numbers of former drinkers and unhealthy individuals in the referent “nondrinker” category. Although the influence of alcohol intake on cardiovascular disease continues to be debated, it is likely that the consumption of alcohol is not simply a trade-off between cancer risk and cardiovascular risk.

iven the continued high prevalence of alcohol use, the ubiquitous sociocultural presence of alcohol throughout the world, and the marketing practices of the beverage industry, innovative approaches are clearly needed to increase public awareness of risks and to decrease overall consumption. In the future it may be possible to borrow some successful strategies from tobacco control efforts such as the use of graphic warning labels and mass media campaigns, but in the short term those approaches will likely encounter political, legal, and financial challenges. Any proposed approaches also would need to be evaluated carefully given that alcohol users tend to have

higher socioeconomic status than tobacco users; for example, increasing minimum product price may not yield comparable reductions in consumption.

The collective responsibility of the clinical and public health community starts with increasing awareness. A review of 32 studies conducted in 16 countries found that public knowledge about the link between alcohol use and cancer risk was low, in the range of 25% to 40% of the population. Data from multiple iterations of the US National Cancer Institute's Health Information National Trends Survey have shown that people are most trusting of health information when it comes from their clinicians. This finding is particularly notable given concerns about health misinformation in social media. Physicians and other clinicians may be in the best position to address the awareness gap by documenting alcohol use in the electronic health record, by raising the issue in clinical encounters, and by providing clear and consistent messaging to patients, especially those with a history of cancer and those at high risk for cancers associated with alcohol consumption.

Early attempts to address the potential influence of clinician engagement with this topic are promising. In a study of 509 cancer survivors, among those who were drinking regularly at diagnosis ($n = 299$), 58 (19%) had reduced their use and 96 (32%) had quit altogether within 1 year of diagnosis. More importantly, when their clinicians had counseled them to quit, study participants were about 5 times more likely to reduce consumption or quit than those not counseled. However, only 42 (14%) of the regular drinkers reported receiving

counseling from any clinician, and only 21 (7%) had received counseling from an oncologist. These low numbers should not be surprising, given the limited guidance offered to oncologists and other physicians about addressing alcohol use as a form of cancer prevention.

Awareness, of course, is a necessary but generally insufficient approach to behavior change. Interventions have been developed to address alcohol use disorder, prenatal alcohol exposure, adolescent alcohol use, and alcohol-related injuries and assaults, but not alcohol reduction in a cancer context. The current US Dietary Guidelines state that if alcohol is consumed, it should be in moderation—up to 1 drink per day for women and up to 2 drinks per day for men—and only by adults of drinking age. Recognizing the link between moderate alcohol consumption and cancer, the American Institute for Cancer Research recommends not drinking alcohol. Given the association between alcohol intake and many chronic diseases, a review of current clinical guidelines regarding alcohol consumption is needed to incorporate these guidelines into both primary care and specialty care. The medical and research community also could ensure that alcohol is addressed in the context of state cancer control plans. For example, Wisconsin's 2015-2020 Comprehensive Cancer Control Plan lists reduction in alcohol consumption as its number 3 priority (after decreasing tobacco use and increasing healthy lifestyles). This priority includes the specific goals of increasing knowledge about the link between alcohol and cancer, creating environments that discourage excessive drinking

(which they define as ≥ 8 drinks per week for women and ≥ 15 drinks per week for men), and also buttressing screening and treatment for excessive use.

Enhanced research efforts are also needed in many areas. These include designing effective messages about how alcohol consumption is related to both cardiovascular disease and cancer risk, assessing the influence of industry marketing strategies such as those that downplay health risks (and how to counteract these strategies), and understanding the effects of co-use of alcohol and other substances on cancer outcomes. In addition, more research is needed on best methods for patient data capture, behavioral support, and optimal interventions in the health care setting, as well as on the effects of alcohol use and reductions in use on treatment fidelity, cancer recurrence, and secondary cancer risk.

Many behaviors that pose risks for cancer incidence, recurrence, and mortality—such as cigarette use and tanning—were once normative and socially acceptable. Changes in public understanding of these risk factors were necessary before progress could be made in addressing them at the population level, and changes in clinical practice have echoed those developments. Perceptions regarding the risks and benefits of alcohol use clearly need recalibration, particularly given the firmly rooted but now scientifically questionable public narrative about alcohol and cardiovascular health. Where do the clinical and public health communities start? Patients regard their clinicians' recommendations more highly than they do many other sources of information in a very rich and complex information

ecosystem. The medical community can leverage this trust by addressing misperceptions

and improving awareness regarding the carcinogenic effects of alcohol.

<https://jamanetwork.com/journals/jama/full/article/2757730>

Farmacologie

Finastéride (Propecia[®] ou autre) et chute de cheveux chez les hommes: plus dangereux qu'utile

Dans l'actualité Fin 2019, après des patients victimes d'effets indésirables graves du finastéride à 1 mg (Propecia[®] ou autre), l'Agence française du médicament (ANSM) met en garde contre l'emploi irréfléchi de ce médicament dans la chute de cheveux chez les hommes. Quels sont ses effets indésirables ? Quelle autre option dans la chute de cheveux androgénique ? Des réponses pratiques se trouvent dans Prescrire.

Chez les hommes, le finastéride à 1 mg par voie orale augmente d'environ 10 % la densité

de cheveux sur le sommet du crâne, seulement pendant la durée du traitement. Le finastéride est utilisé dans la chute des cheveux du fait de ses effets antiandrogéniques, ce qui pose de nombreux problèmes par ailleurs. Des idées suicidaires et des dépressions sont régulièrement rapportées ; elles régressent généralement à l'arrêt du médicament. Le finastéride expose aussi à des troubles sexuels (dont troubles de l'érection, troubles de l'éjaculation, baisses de la libido, douleurs testiculaires, gynécomasties) pouvant persister

après l'arrêt du médicament, et à des cancers du sein. Le finastéride diffuse dans le liquide séminal : l'utilisation d'un préservatif est requise chez les hommes ayant une partenaire sexuelle enceinte ou qui pourrait le devenir, en raison d'un risque d'anomalies chez le fœtus de sexe masculin. En somme, en cas de chute de cheveux, il n'est pas raisonnable de prendre du finastéride.

<https://www.prescrire.org/fr/203/1845/58251/0/PositionDetails.aspx>

Pneumologie

Vaping en pneumonie

Background:

An ongoing outbreak of lung injury associated with e-cigarettes or vaping (also known as EVALI or VALI) started in March, 2019, in the USA. The cause, diagnosis, treatment, and course of this disease remains unknown.

Methods:

In this multicentre, prospective, observational, cohort study, we collected data on all patients with lung injury associated with e-cigarettes or vaping seen in Intermountain Healthcare, an integrated health system

based in Utah, USA, between June 27 and Oct 4,

2019. Telecritical care, based in Salt Lake City, UT, USA, was used as the central repository for case validation, public reporting, and system-wide dissemination of expertise, which included a proposed diagnosis and treatment guideline for lung injury associated with e-cigarettes or vaping. We extracted data on patient presentation, treatment, and short-term follow-up (2 weeks after discharge) from chart review and interviews with

patients undertaken by the Utah Department of Health (Salt Lake City, UT, USA).

Findings:

60 patients presented with lung injury associated with e-cigarettes or vaping at 13 hospitals or outpatient clinics in the integrated health system. 33 (55%) of 60 were admitted to an intensive care unit (ICU). 53 (88%) of 60 patients presented with constitutional symptoms, 59 (98%) with respiratory symptoms, and 54 (90%) with gastrointestinal symptoms. 54 (90%) of 60 were given antibiotics and 57

(95%) were given steroids. Six (10%) of 60 patients were readmitted to an ICU or hospital within 2 weeks, three (50%) of whom had relapsed with vaping or e-cigarette use. Of 26 patients who were followed up within 2 weeks, despite clinical and radiographic improvement in all, many had residual abnormalities on chest radiographs (ten [67%] of 15) and pulmonary function tests (six [67%] of nine). Two patients died and lung injury associated with e-cigarettes or vaping was thought to be a contributing factor, but not the cause of death, for both.

Interpretation:

Lung injury associated with e-cigarettes or vaping is an emerging illness associated with severe lung injury and constitutional and gastrointestinal symptoms. Increased awareness has led to identification of a broad spectrum of severity of illness in patients who were treated with antibiotics and steroids. Despite improvement, at short-term follow-up many patients had residual abnormalities. Lung in-

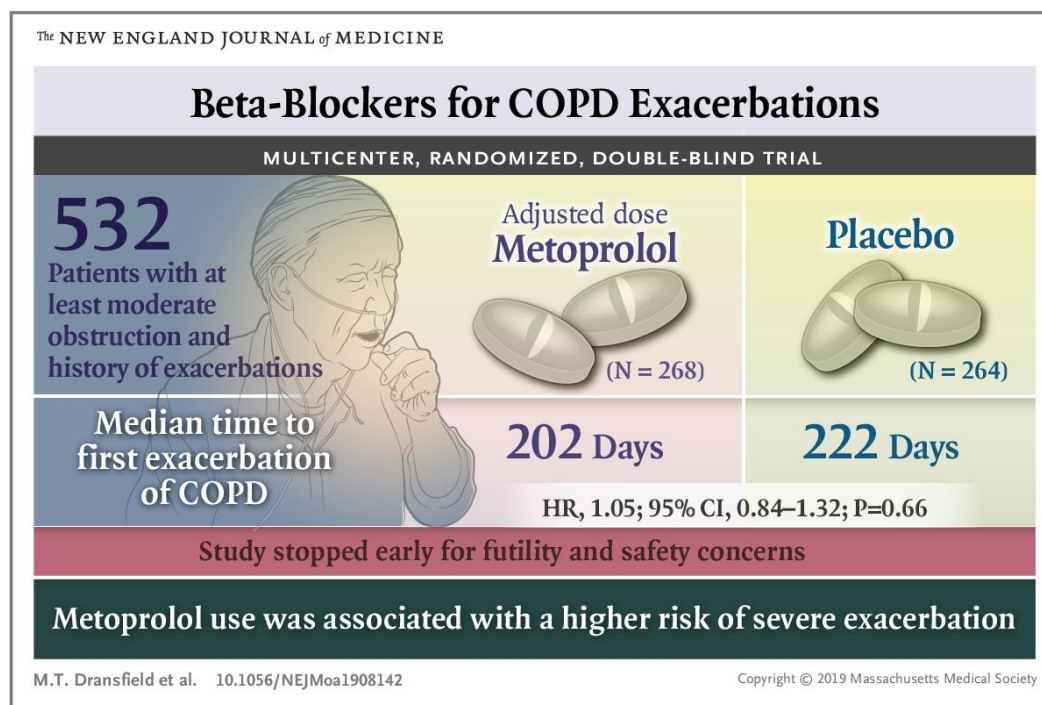
jury associated with e-cigarettes or vaping remains a clinical diagnosis with symptoms that overlap infectious and other lung diseases. Maintaining a high index of suspicion for this disease is important as work continues in understanding the cause or causes, optimal therapy, and long-term outcomes of these patients.

Funding:

Intermountain Healthcare.

[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(19\)32679-0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(19)32679-0/fulltext)

COPD en bèta-blokkers: geen goed idee



Observational studies suggest that beta-blockers may reduce the risk of exacerbations and death in patients with moderate or severe chronic obstructive pulmonary disease (COPD), but these findings have not been confirmed in randomized trials.

Methods:

In this prospective, randomized trial, we assigned patients between the ages of 40 and 85 years who had COPD to receive either a beta-blocker (extended-release metoprolol) or placebo. All the patients had a clinical history of COPD, along with moderate airflow limitation and an increased risk of exacerbations, as evidenced by a history of exacerbations during the previous year or the prescribed use of supplemental oxygen. We excluded patients who were already taking a beta-blocker or who had an established indication for the use of such drugs. The primary end point was the time until the first exacerbation of COPD dur-

ing the treatment period, which ranged from 336 to 350 days, depending on the adjusted dose of metoprolol.

Results:

A total of 532 patients underwent randomization. The mean (\pm SD) age of the patients was 65.0 ± 7.8 years; the mean forced expiratory volume in 1 second (FEV1) was $41.1\pm 16.3\%$ of the predicted value. The trial was stopped early because of futility with respect to the primary end point and safety concerns. There was no significant between-group difference in the median time until the first exacerbation, which was 202 days in the metoprolol group and 222 days in the placebo group (hazard ratio for metoprolol vs. placebo, 1.05; 95% confidence interval [CI], 0.84 to 1.32; $P=0.66$). Metoprolol was associated with a higher risk of exacerbation leading to hospitalization (hazard ratio, 1.91; 95% CI, 1.29 to 2.83). The frequency of side effects that were

possibly related to metoprolol was similar in the two groups, as was the overall rate of nonrespiratory serious adverse events. During the treatment period, there were 11 deaths in the metoprolol group and 5 in the placebo group.

Conclusions:

Among patients with moderate or severe COPD who did not have an established indication for beta-blocker use, the time until the first COPD exacerbation was similar in the metoprolol group and the placebo group. Hospitalization for exacerbation was more common among the patients treated with metoprolol. (Funded by the Department of Defense; BLOCK COPD ClinicalTrials.gov number, NCT02587351)

https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1908142?query=featured_home

Met dank aan dr. Leslie Vander Ginst

Focus:

Vesalius Koepel vzw, koepel van Vlaams Brabantse en Brusselse huisartsenkringen vzw - dr. Johan Wuyts, voorzitter.

SYMPOSIUM

Juridisch gezond?

GEZOND SAMENWERKEN TUSSEN HUISARTSEN, JUSTITIE EN POLITIE

PROVINCIEHUIS LEUVEN

7.3.2020 OM 8u30

MCH

UITNODIGING

The poster features a stylized illustration of a person wearing a white lab coat, a dark vest, and a blue police-style cap with a yellow badge. They are holding a stethoscope to their chest. The background is a light blue and green gradient.

De Vesaliuskoepel vzw, koepel van Vlaams Brabantse en Brusselse Huisartsenkringen, en MCH organiseren een symposium over de realiteit en perceptie in de samenwerking tussen huisartsen, juristen en politiediensten. Hoe en waar optimaal samenwerken?

Elke spreker geeft toelichting over dit thema, elk vanuit haar/zijn vakgebied.

Accreditering artsen aangevraagd (rubriek 6, ethiek & economie).

Graag inschrijven vóór 29.2.2020 via www.medischcentrumhuisartsen.be/symposium-juridischgezond

PROGRAMMA

- 08.30** ontvangst met koffie
- 09.15** verwelkoming
Dr. Johan Wuyts, moderator
- 09.25** “**Samenwerking tussen huisartsen en politie: een praktische benadering.**”
Mevr. Liesbeth Devreker, algemeen coördinator Artsenkring Zennevallei vzw
Dhr. Mark Crispel, Hoofdcommissaris Politiezone Zennevallei
- 09.50** “**De procedure van de gedwongen opname en de rol hierbij van politie, artsen en parket, onder meer met betrekking tot de veiligheid.**”
Mevr. Isabelle Verbeeren, Procureur des Konings parket Halle-Vilvoorde
- 10.10** “**De medische deontologie van de huisarts in zijn samenwerking met justitie.**”
Dr. Pieter Van Mulders, voorzitter provinciale raad Orde der artsen Oost-Vlaanderen
Mevr. Liesbeth Legiest, jurist nationale raad Orde der artsen
- 10.35** koffiepauze
- 11.00** “**Justitie in de wachtzaal: beschouwingen rond de samenwerking tussen de gerechtelijke en medische wereld.**”
Dhr. Patrick Vits, Procureur des Konings parket Leuven
- 11.20** “**De Provinciale Geneeskundige Commissie: is er leven na de dood?**”
Prof. dr. Bernard Spitz, voorzitter Provinciaal Geneeskundige Commissie Vlaams Brabant
- 11.40** vraagstelling, Q & A
- 12.00** slotwoord
- 12.30** afsluitend netwerkmoment met receptie



Volgende samenkomst Vesalius Koepel vzw zal plaatsvinden op dinsdag, 12 mei 2020 in MCH-Wezembeek-Oppem.

Intervisiegroep WZC/CRA - voorzitter dr. Ursula Segaert, CRA

Na een periode van 7 jaar voorzitterschap van deze actieve groep CRA's met de voorlopig nieuwe naam 'Intervisiegroep WZC/CRA' - voorheen commissie Ouderenzorg - geeft dr. Johan Vliers de fakkel door aan dr. Ursula Segaert.

Doelstelling van deze groep is vooral de kwaliteit van WZC bewaken in de regio, takenpakket CRA onder de loep brengen (cfr. nieuw decreet WZC), vergelijkingen werking in andere WZC's en transparant overleggen met CRA's. Wat zijn de nascholingen ten behoeve van CRA's? Hoe wordt palliatieve zorg aangeboden in WZC?

Op 6 februari komt deze Intervisiegroep WZC/CRA samen rond volgende thema's:

- Dankwoord voorzitter. Installatie nieuwe voorzitter.
 - Nascholing 20 februari 2020 in WZC St. Bernardus(Bertem) ism Zorgzaam Leuven en MCH rond thema: "Het hanteren en toepassen van richtlijnen bij het medicatiebeleid in een WZC" - spreker: Prof. dr. Veerle Foulon.
 - Bespreking WZC's uit regio.
 - Rondvraag en varia.
-

REMINDER!

Geïntegreerde praktijkpremie Huisartsen

Het RIZIV informeert dat deze premie vanaf 13 december 2019 kan aangevraagd worden.

Via bijgaande link ontvangt u meer info over voorwaarden aanvraag van deze premie:

https://www.inami.fgov.be/nl/professionals/individuelezorgverleners/artsen/hulp/geintegreerde-praktijk/Paginas/default.aspx#Wanneer_moet_u_de_premie_aanvragen?

De aanvraagperiode voor de premie 2018 loopt van 13 december 2019 tot en met 8 maart 2020.

De premie 2019 zal u kunnen aanvragen van 1 juli 2020 tot en met 31 oktober 2020.