

Schelmenstreek

Verenigingsorgaan van KNMG District Limburg

Opgericht in 1878



Inhoudsopgave

Van de voorzitter	pag
Kwetsbare Ouderen	pag
Werkgroep studenten	pag
Studentenquiz	pag
Ledenvergadering	pag
CISS Symposium	pag
Agenda	pag

Kijk ook op onze website: www.knmglimburg.nl

Een gezond idee van het Maastricht UMC+

Mensen gezond maken én houden.

Het Maastricht UMC+ staat voor visie en samenwerking in patiëntenzorg, onderzoek en onderwijs. Het academisch ziekenhuis Maastricht en Universiteit Maastricht werken daarin samen aan integrale gezondheidszorg. Dat betekent dat we preventie, zorg en herstel combineren om mensen gezond te maken én te houden. Daarvoor staat de '+' in onze naam. Want plus is meer: meer gezonde ideeën.

Maastricht UMC+

Ontdek de gedachte achter onze gezonde ideeën op **MUMC.nl**



De afgelopen maanden waren redelijk hectisch en dat niet alleen in ons district. Zo was er de zorg om de bekostiging van de zorg en de professional die deze zorg moet waarmaken. Maar er was ook nogal wat commotie rondom de toegenomen transparantie, schaalvergroting en re-alloceren van bepaalde vormen van zorg en de media aandacht voor de medische besluitvorming en behandeling rond het einde van het leven.



Niet voor dokters alleen...

Onze patiënten populatie wordt almaar ouder en heeft steeds meer multidisciplinaire zorg nodig. Hoe dit vormgegeven kan worden kunt u lezen in het verslag van de klinische avond 'Kwetsbare ouderen', die in juni werd gehouden in Horst aan de Maas. Vanuit het bestuur werd een nieuwe werkgroep studenten opgericht, waarvan de leden zich in de dit nummer zullen voorstellen. In oktober organiseerden zij de eerste KNMG-Limburg studenten quiz, waarvan u een kort verslag kunt lezen. Wederom werd in juni in Maastricht het Clinical Investigator Science Symposium gehouden. Uitstekende presentaties, waarvan de presentaties van Briette Goorts over vaccinatie tegen nicotine verslaving en van K Sanders over cervix kanker

screening konden worden beloond met de KNMG prijs. De abstracts kunt u evens lezen in dit nummer. De ledenvergadering in juli werd dit jaar goed bezocht en leverde een groot aantal goede ideeën op voor de komende tijd. Zeer speciaal was het KNMG symposium 'Wie neemt wie de maat' in Roermond, waarin een aantal key-leaders uit de zorg uit de doeken deden hoe wij in een tijd van bezuinigingen toch een hoge kwaliteit kunnen borgen. In november werd wederom het Wenckebach symposium gehouden in de Oostelijke Mijnstreek. Duidelijk bij dit alles werd, dat wij als dokters het klusje 'verlenen van zorg' niet alleen kunnen klaren.

Op de cover staat de hoofdwacht, destijds, het gebouw van de stadcommandant van Maastricht, waar de sleutels van de stadspoorten werden bewaard. De sleutels die wij nu bewaren, zijn de sleutels van het samenwerken, niet alleen samenwerken van dokters met dokters, maar ook met verpleegkundigen, verzorgenden, zorgverzekeraars, inspectie, directies, managers, economen, juristen en secretaresses en nog vele anderen. De patiënt staat centraal en de arts, tezamen met een groot aantal niet medici zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor een zo goed mogelijk eindproduct. Degene, die denkt dit nog alleen te kunnen doen maakt toch echt een denkfout. Op 15 januari zullen wij onze nieuwjaarsbijeenkomst organiseren in Orbis Medisch Centrum. Het thema dit jaar zal zijn preventie. Een onderwerp waarover frequent gedebatteerd wordt tot in allerlei gremia. Wij hopen dan ook op een grote opkomst. Het bestuur wil u bedanken in het vertrouwen van het afgelopen jaar en wenst u verder prettige feestdagen, een goed uiteinde en wellicht tot 15 januari 2012

Dr. Leo Baur, voorzitter

Colofon

Schelmenstreek is het communicatie-orgaan van de KNMG District Limburg en verschijnt drie keer per jaar.

Redactie

Leo Baur (eindredactie), Harry Houben, Arno Parren, Frans Smeets, Paul Muyrers en Hellen Römken, John Stefelmans. Verder werkten aan dit nummer mee: Trudy van der Weijden, Arthur van Leeuwen, Hein Handgraaf

Redactie-adres

Akerstraat 81, 6417 BJ Heerlen

Vormgeving

Pascale Mali, Communicatie & Marketing Atrium MC

Druk

Schrijven Lippertz Voerendaal

Oplage 4.500

ISSN: 1878-8254

Advertenties: Hiervoor kunt u contact opnemen met dhr. Arno Parren Juliana-laan 43 te Papenhoven. E-mail: p.parren@home.nl. Kopij: Ingezonden stukken en reacties (maximaal 200 woorden) voorzien van naam, afdeling, telefoonnummer en e-mail adres komen voor plaatsing in aanmerking. De redactie kan ingezonden stukken inkorten of weigeren. Kan tot vrijdag 9.00 uur vier weken voor verschijning bij de redactie worden aangeleverd.

Abonnement: De Schelmenstreek wordt gratis toegezonden aan leden van KNMG Limburg en haar relaties. De kosten van een abonnement bedragen Euro 12.60 per jaar. Neem hiervoor contact op met dhr. Parren. Bezorging: Voor vragen en klachten over de bezorging van de Schelmenstreek kunt u een e-mail sturen naar lbr01@atriummc.nl.

De volgende Schelmenstreek verschijnt in maart 2012

Coverfoto: Hoofdwacht, Vrijthof Maastricht





› Wijkverpleegkundige als spil in de wijk

'Zichtbare Schakel'

Eigenlijk is het niets nieuws. Van oudsher vormt de wijkverpleegkundige samen met de huisarts de tandem in de eerstelijnszorg in de buurt. Het door de overheid gesubsidieerde programma 'Zichtbare Schakel' bouwt hierop voort en blaast dit - waar nodig - nieuw leven in.

Samenhangende zorg is van groot belang. Veel mensen hebben echter moeite hun weg in de zorg te vinden en niet iedereen is in staat om hulp te vragen. De 'Zichtbare Schakel' zet extra wijkverpleegkundigen in voor wijken en plattelandsgebieden waar sprake is van sociaal-economische- en gezondheidsachterstanden. Het programma stimuleert samenwerking met relevante organisaties en partijen.

Wijkverpleegkundigen van Meander Thuiszorg nemen in tal van wijken in Parkstad en de Westelijke Mijnstreek als Zichtbare Schakel de regierol op zich zodat preventie en zorg, wonen en welzijn op wijkniveau beter met elkaar worden verbonden. De wijkverpleegkundigen proberen het vertrouwen van wijkbewoners te winnen en hen te motiveren tot (zelf)zorg. Zij zijn voor hen een zichtbaar en persoonlijk aanspreekpunt.

Dat willen ze ook voor u als professional zijn. U kunt bij hen terecht met vragen over uw patiënten en met signalen van wijkbewoners waarover u zich zorgen maakt. De wijkverpleegkundige kijkt wat er aan de hand is, organiseert zorg als dat nodig is en begeleidt en verpleegt de wijkbewoners in hun thuissituatie. Uiteindelijk doel is een gezonde buurt waar mensen zo lang mogelijk zelfstandig en veilig kunnen wonen. Waar dat nog niet gebeurd is, zal de wijkverpleegkundige als Zichtbare Schakel contact zoeken met de huisarts in de buurt om aanvullende samenwerkingsafspraken te maken.

Mocht u meer informatie over dit programma willen, dan kunt contact opnemen met: Monique Hermans, directeur MeanderGroep Heerten (moniquehermans@mgzl.nl) of met Caroline Diederer, Projectleider Zichtbare Schakel Heerlerheide-Passart (carolinediederer@mgzl.nl).



www.meandergroep.com

 Meander Thuiszorg

Kwetsbare Ouderen

Op dinsdag 21 juni 2011 werd onder auspiciën van de commissie klinische avonden van Vie Curie en Cohesie, KNMG Limburg en Federatie KNMG een avond georganiseerd betreffende het thema 'Kwetsbare ouderen'. Na een korte inleiding van Joost Swanenburg gaf Michiel Wesseling, beleidsadviseur KNMG een presentatie over het KNMG standpunt 'Sterke medische zorg voor kwetsbare ouderen, ontmoeting van theorie en praktijk'.

Michiel Wesseling was secretaris van de commissie 'Sterke medische zorg voor kwetsbare ouderen'. Hij betoogde, dat bij de start van de werkgroep teveel patiënten in het ziekenhuis werden afgeleverd met als diagnose 'Het gaat niet meer'. Een oriëntatie betreffende de knelpunten in de thuissituatie leverde op dat het meestal gaat om problemen betreffende kwetsbare ouderen, ofwel multimorbiditeit, verborgen problemen door toenemende kwetsbaarheid en polyfarmacie, te weinig multidomein diagnostiek, zorg behandelplanning en traject begeleiding, het ontbreken van een vast aanspreekpunt in de eerste en de tweede lijn en te snel ontslag uit het ziekenhuis.

De knelpunten in het ziekenhuis waren: Problemen betreffende de multimorbiditeit, een onvolledige overdracht vanuit de eerste lijn, een door de tweede lijn ingezette aandoening specifieke benadering, ontbreken van een op kwetsbaarheid toegesneden begeleiding van de patiënt en herstel in een voor ouderen onvriendelijk gebouw. Oplossingen voor knelpunten in de thuissituatie waren: Een cultuuromslag van vraaggericht naar pro-actief, de huisarts is centraal aanspreekpunt, case finding op kwetsbaarheid, een zorgbehandelplan en professionele traject begeleiding (opsporen van dementie en kwetsbaarheid), een gemeenschappelijk elektronisch domein, samenwerking in een home-team en periodiek screenen op polyfarmacie. De oplossingen voor knelpunten in een verzorgingstehuis waren: een multidomein probleem analyse, signaleren van epidemieën en een vervolg actie regelen, samenwerken in een home-team, het instrueren en afstemmen van de zorgvraag met verzorgende en helpers en tenslotte, een reductie van het aantal artsen rondom de patiënt.

De positionering van de specialist ouderen geneeskunde is als een tweede lijn specialisme, dit wil zeggen alleen toegankelijk na verwijzing door de huisarts. In de thuissituatie is de specialist ouderengeneeskunde voornamelijk werkzaam als medebehandelaar cq consulent. In het ziekenhuis konden de oplossingen gevonden worden in een medisch beleid, welk voortborduurde en aansluit op het bestaande medisch beleid in de eerste lijn, integrale diagnostiek en behandeling voor kwetsbare ouderen, screenen van ouderen boven de 65 jaar op kwetsbaarheid bij opname, coördinatie en aanspreekpunt voor kwetsbare ouderen in een hand, gebundelde multidisciplinaire kennis in een geriatrie team en het creëren van ouderen



vriendelijke ziekenhuizen. Michiel Wesseling betoogde ook de noodzaak van goede transmurale afspraken: Voor verwijzing vindt telefonisch overleg plaats tussen verwijzer en medisch specialist naar wie verwezen wordt; er is een minimale inhoud voor een verwijsbrief en er zijn afspraken over intercollegiaal overleg en intercollegiale bereikbaarheid. Tevens is er overleg met de verwijzer bij ingrijpende veranderingen in het beleid. De huisarts mag binnen tien dagen na een polikliniekbezoek aan de medisch specialist een voorlopig bericht ontvangen.

Ouderenzorg, proactieve zorg!

Vervolgens was het woord aan Marjolein van de Pol, huisarts met aandachtsgebied ouderenzorg. Als titel voor haar verhaal had zij gekozen voor: Ouderenzorg, proactieve zorg! Maar alles op zijn tijd. Er zijn diverse standpunten over ouderenzorg. Een van die standpunten is het standpunt van de NHG van 2007: Zorg voor ouderen met complexe zorg vraagt om samenhang en dient gegeven te worden in een samenhangend zorg netwerk. Ouderen kenmerken zich vaak door een verminderde homeostase, snelle achteruitgang, vertraagde reconvalescentie, een atypische ziekte presentatie, een somatopsychosociale verwevenheid en een gewijzigde farmacokinetiek en dynamiek.

Geriatrische problemen, waar rekening mee gehouden moet worden zijn: Een verminderd geestelijk functioneren, een verminderde mobiliteit, een verminderde stabiliteit en valgevaar, een verminderde visus en gehoor en incontinentie. Wanneer is in de praktijk volgens van de Pol sprake van een kwetsbare oudere? Men kan hiervan spreken indien de oudere 75 plus is, meer dan één chronische ziekte heeft, meer dan vijf verschillende medicijnen slikt en er weinig mantelzorg is. Wat wordt er dan bedoeld met pro-actief handelen? Hiermee wordt bedoeld het voorkomen van medische problemen en vroeg signaleren. Dus niet alleen brandjes blussen. Ook wordt hiemeer bedoeld een adequaat zorgplan opstellen en overleg met de mantelverzorging en een medicatie analyse. SAMPC(S) kan hierbij als model gebruikt worden en als hulpmiddel in de praktijk: De letters betekenen: S= somatisch, A= ADL, M = maatschappelijk, P = psychisch, C = communicatie en S = spiritueel. Het hebben van een zorgplan kan het overleg met het ziekenhuis aanzienlijk vergemakkelijken. In de regio Venlo zijn er concrete

plannen om op korte termijn het SAMPC (S) model in te bouwen in het Huisarts Informatie Systeem (HIS). Waar liggen er verbeterpunten? Volgens van de Pol dienen de kwetsbare ouderen in de eerste lijn goed in kaart te zijn gebracht. Bekeken moet worden of kwetsbare ouderen een project vormen voor een praktijkondersteuner huisarts. Het zorgplan dient inzichtelijk te zijn in zowel de eerste als de tweede lijn, bij iedere patiënt komen de beleidsafspraken in het dossier. Probleem is: iedereen wil wel het beste voor zijn patiënt, maar hoe blijven wij uit de domeinen strijd? Hoe leggen wij de verbinding tussen eerste en tweede lijn en wat is de rol van de kaderhuisarts. Met andere woorden: nog een aantal uitdagingen om de komende jaren mee aan de slag te gaan.

Frailty

Als laatste kreeg Frans van Schendel, klinisch geriater verbonden aan Vie Curie Medisch Centrum het woord. Volgens van Schendel wordt de geriatrische patiënt gekenmerkt door kwetsbaarheid, multi-morbiditeit en een grote individuele variabiliteit. De Engelse term frailty is ongeveer zoiets als kwetsbaarheid, een bestaand wankel evenwicht van een ouder persoon, en een verhoogd risico op functie verlies en complicaties. Helaas is er geen consensus over de definitie als welk assessment nodig is. Volgens de criteria van Fried wordt frailty gekenmerkt door gewichtsverlies, zwakte, vermoeidheid, lage loop-snelheid en vertraagde fysieke activiteit. Als screenings instrument zijn er verschillende testen in omloop: de ISAR, COMPRI, HARP, GFI en de CGA (Comprehensive Geriatric Assessment). De CGA is het handelsmerk van de klinische geriatrie.

Wat willen klinisch gerieters?

Het standpunt van de NVKG in haar laatste beleidnotitie was: klinisch gerieters dienen een poortspecialisme te worden met een consultatie team, een poli- en een dagklinische functie als ook een eigen geriatrie opname afdeling. De klinische geriatrie dient beschikbaar te zijn in alle algemene ziekenhuizen en er dient een uitbreiding te komen in de universitaire ziekenhuizen. Er dient een goede inrichting te komen van de gezondheidszorg voor ouderen. Hierbij is er een goede samenwerking komt tussen de verschillende beroepsgroepen. Het veiligheidsmanagement systeem voor ouderen is vooral gericht op het voorkomen van een delier, voorkomen van vallen en ouderen oncologie. Bij een vroegtijdige signalering is in 25% van de gevallen preventie mogelijk! Hoe zijn de ontwikkelingen in de regio? Er is meer vraag naar zorg dan dat er aanbod is van zorg. Concurrentie van beroepsbeoefenaren is daarom volgens van Schendel waanzin. De beschikbare kennis en menskracht kunnen beter doelmatig worden ingezet. Helaas kampen wij met een toenevende bureaucratie. De GGZ is en blijft een belangrijke partner voor alle betrokkenen in de ouderenzorg. Na een levendige discussie sloot Joost Swanenburg de avond en dankte alle aanwezigen voor hun komst.

Referenties:

1. Klinische Geriatrie: Richtlijn Comprehensive Geriatric Assessment. <http://www.kwaliteitskoepel.nl/assets/structured-files/2011/Definitieve%20richtlijn%20CGA.pdf>
2. KNMG Standpunt: Sterke medische zorg voor kwetsbare ouderen. www.knmg.nl/publicatie/kwetsbare-ouderen

Werkgroep studenten

Sinds kort heeft KNMG Limburg een werkgroep studenten. Deze actieve studentenclub bestaat uit Hellen Römken, Roy van Poppe, Jorne Ubachs, Caroline van der Steen, Hein Handgraaf, Henri Boersma. Op 18 Oktober organiseerden zij hun eerste activiteit: de KNMG Limburg studentenquiz. Hieronder stellen zij zich voor.



Hellen Römken is geboren in Heerlen in 1985. In 2005 is zij gestart met de studie Geneeskunde aan de Universiteit van Maastricht, welke zij heeft afgerond in september 2011. Naast haar studie was zij 5 jaar werkzaam bij stichting RADAR te Maastricht op de afdeling cliëntregistratie en was zij van 2006-2007 student-assistent op het Skillslab. Ook was zij van 2006 tot begin 2008 maatschappelijk actief bij Rotaract Club Parkstad en is zij vanaf januari 2011 actief bij Rotaract Maastricht. Tevens is zij naast alles wat met geneeskunde te maken heeft, sportief actief met tennis en stijldansen. Na het afronden van haar studie geneeskunde is zij in november jl. gestart bij de afdeling oogheelkunde van het Academisch Ziekenhuis Maastricht als PhD student. KNMG Limburg biedt Hellen een uniek platform om meer voor geneeskundestudenten in Limburg te kunnen betekenen vanuit de visie van KNMG.



Jorne Ubachs is 21 jaar oud, en zit momenteel in het 2e jaar Geneeskunde. Hij komt uit Landgraaf, Limburg. Voordat hij toegelaten werd tot de Geneeskundeopleiding heeft hij een jaar Rechten en een jaar Moleculaire Levenswetenschappen gestudeerd. Hij is onlangs lid geworden van de werkgroep studenten en het lijkt hem ontzettend leuk om allerlei activiteiten voor geneeskunde studenten te gaan organiseren



Hein Handgraaf is 5e jaars student Geneeskunde, 23 jaar oud, en komt uit Boxtel, Noord-Brabant. Op dit moment zit hij midden in zijn co-schappen, het 5e jaar van geneeskunde. Hein is altijd erg actief buiten zijn studie geweest, o.a. binnen mijn studentenvereniging en bij mijn dispuut, maar ook bij het lokale Rode Kruis en het landelijke KNMG studentenplatform. Onlangs hoorde hij dat KNMG Limburg activiteiten voor geneeskunde studenten wilde gaan organiseren, en daar wil ik natuurlijk graag mijn steentje aan bijdragen!



Henri Boersma Henri Boersma is momenteel 3dejaars Bachelor student Geneeskunde aan de Universiteit van Maastricht. Naast zijn studie is hij actief in verschillende studieverenigingen en is hij studentvertegenwoordiger in verschillende overlegorganen van zijn faculteit. Vanaf 2011 is hij tevens lid van het KNMG-studentenplatform; een landelijke en onafhankelijke belangenbehartiger van meer dan 15.000 geneeskundestudenten. Namens het KNMG-studentenplatform zal hij zitting nemen in de werkgroep studentzaken om te trachten KNMG-Limburg nog bekender te maken onder de studenten.



Roy van Poppel (23) is derdejaars student geneeskunde aan de Maastricht University. Hij heeft voorheen 3 jaar Biomedische Technologie gestudeerd aan de Technische Universiteit Eindhoven, waar hij actief lid was van studie- en studentenverenigingen. Hij voorzitter was van het NK Beleidsdebatteren 2009; een van de grootste debattoernooien in Nederland. Roy is instructeur BLS-AED en is al 3 jaar betrokken in de organisatie van het Maastricht Medical Students Research Conference. Naast zijn activiteiten als Kidneyracer tijdens niertransplantaties voor de afdeling Algemene Heelkunde van het MUMC+ doet hij onderzoek bij de sectie Huisartsgeneeskunde van de UM. In zijn vrije tijd sport en reist hij graag.



Caroline van der Steen (20) is Ze is geboren in Sittard en opgegroeid in Maasbracht. Aankomend jaar begint zij aan het derde jaar van de studie geneeskunde. Naast nu actief te zijn binnen het KNMG Limburg is zij ook lid van IFMSA Maastricht en studentenvereniging Circumflex. Binnen Circumflex is zij actief bij verschillende commissies.

KNMG Studentenquiz

Hein Handgraaf, Hellen Römken

Op 18 oktober organiseerde de werkgroep studenten van KNMG Limburg een studentenquiz in Cafe Centre Ville te Maastricht. Maar liefst 60 studenten waren op deze activiteit af gekomen Spannende onthullingen tijdens de KNMG Geneeskundequiz voor bachelorstudenten.

Stressbestendig, pisproevers en softe chirurgen; zo betitelden de drie artsen hun eigen specialisme tijdens de eerste KNMG Limburg geneeskundequiz. De avond, georganiseerd door de nieuwe werkgroep studenten, was direct een groot succes. Onder het genot van een drankje en een hapje, streden ruim 60 deelnemers mee om de door de ABN Amro ter beschikking gestelde prijzen met als hoofdprijs: voor ieder winnend teamlid een bankrekening met € 00,-.



Specialisten promootten eerst hun eigen vakgebied, om vervolgens tien quizvragen te stellen aan de bachelorstudenten. Myriam Franssen, arts op de spoedeisende hulp, trapte af met een gevarieerd tiental vragen. 'Treat first, what kills first'. Met deze slogan ging dokter Franssen van start om de studenten een extra hint te geven. De diversiteit en moeilijkheidsgraad van de onderwerpen (o.a. appendicitis, fractures en coma) toonde direct aan dat het relatief jonge specialisme erg interessant, uitdagend en veelzijdig kan zijn.



Bas Verhoeven, kinderchirurg in het azM, nam het stokje over en vertelde o.a. over de emotionele aspecten van zijn vak. 'Kinderchirurgen zijn de softies onder de chirurgen', aldus Verhoeven. Aan een stel kersverse ouders uitleggen dat hun kindje niet gaat overleven is hard. Toch zitten er ook hele mooie kanten aan: 15 jaar na een succesvolle operatie ontvangt hij nog steeds een verjaardagskaart van een van zijn patientjes. De vragen, o.a. foto's van oesophagusatrofie, een hernia inguinalis en gastroschisis, waren voor de meesten wat lastiger, maar met behulp van een goede redenatie kwamen velen er toch uit.

Dokter Robbie Geilen, over niet al te lange tijd een volleerd internist, sloot de avond af. Na een interessante proloog over de geschiedenis van zijn specialisme, kwamen vragen over polymyalgia reumatica, vitamine

B12 deficiëntie en een candida infectie aan bod. Over dat laatste onderwerp ontstond wat discussie. Dr. Geilen was van mening dat deze HIV-besmette man naar de SEH gestuurd diende te worden, terwijl Myriam Franssen niet goed wist wat ze daarmee aanmoest op de spoedeisende hulp. 'Logistiek is dat makkelijker, zo worden alle onderzoeken en foto's sneller gemaakt', luidde de reden.

Jette, Clara en Lars, alledrie tweedejaars geneeskundestudent, wonnen de €100,- p.p.. De tweede prijs, een stethoscoop voor ieder teamlid, en derde prijs, ieder een boek van De Co-assistent, werden ook dankbaar in ontvangst genomen. Tijdens de borrel naderhand restte de studenten nog één brandende vraag: wanneer is de volgende editie? Want het was een zeer geslaagde avond, en zeker voor herhaling vatbaar!

De werkgroep studenten van KNMG Limburg bestaat sinds 6 maanden. De werkgroep is tot stand gekomen om vanuit KNMG Limburg meer te kunnen betekenen voor geneeskundestudenten in het district. De werkgroep bestaat uit 6 leden: Jorne Ubachs, Caroline van der Steen, Roy van Poppel, Hein Handgraaf, Henri Boersma en Hellen Römken. Hellen is vanuit de werkgroep vertegenwoordigd binnen het bestuur van KNMG Limburg.

CISS Symposium

Op 8 juli 2011 werd in Maastricht wederom het Clinical Investigators Science Symposium georganiseerd. De titel was ditmaal: Future medicine from bench to bedside and back. Ook dit sponserde KNMG Limburg het symposium en werd aan twee voortreffelijke presentaties een stimuleringsprijs uitgereikt. Beide De KNMG stimulerings prijzen gingen dit jaar naar abstracts over preventie: B. Goorts en aan K. Sanders waren de gelukkige winnaars. U kunt hun abstracts hieronder lezen.

Implementing nicotine vaccination in general practice: An exploration of its ethical and economical aspects

Briete Goorts

Supervisors: Anna Wolters, MPhil & prof. dr. Onno van Schayck, MD PhD Scientific director of CAPHRI - School for Public Health and Primary Care, Maastricht University

Background

Nicotine vaccination, a new cessation aid for smoking, might help a lot of smokers quit successfully. In 2008 smoking was responsible for approximately 19.000 deaths in the Netherlands. Despite of the health consequences of smoking, still more than 27% of the adult Dutch population smokes. The main problem is that smoking is addictive and cessation attempts are notoriously unsuccessful. The implementation of nicotine vaccination, a new cessation aid that prevents the rewarding action

of nicotine, in the general practice could raise the amount of successful attempts. Since the successfulness of the vaccine does not only depend on the efficacy of the vaccine, it is important to assess the factors that contribute to the successfulness.

Methods/Principal findings

Critical reflection of relevant literature and a group-interview with general practitioners produced the following results. Possible ethical obstacles are the

expectations people have about the vaccine, the availability and the safety of the vaccine. On one hand the expectations of people about the vaccine and their confidence in the vaccine can affect the success rate. On the other hand the expectations and beliefs of physicians about the vaccine can influence successfulness. General practitioners have to be aware of the fact that patients have certain expectations of the vaccine like for example that it will become easy to quit with a vaccine, which they will have to try to assess. They also have to be aware of their own beliefs and about the impact their attitude towards a remedy has on their patients. Possible economical obstacles are the costs of the vaccine and reimbursement. If the assumption of the costs of the vaccine are right, the costs of the vaccine and combinational therapies are still lower than only one year of average smoking and a lot less expensive than the medical costs spend on smoking-related diseases. From

a health-care perspective, reimbursement of nicotine vaccination definitely seems to be cost-effective, even on the long term. To improve adherence to the vaccination scheme and to reduce craving during the first weeks, it is recommended to combine nicotine vaccination with varenicline. To assess the mental triggers or positive association cues of smoking, combination with counselling is suggested. If a smoker is aware of what those triggers are for him, he can anticipate them, avoid them or learn to handle them.

Conclusions

Expectations and beliefs that people and physicians have about the vaccine, the costs of the vaccine, whether or not it is reimbursed and the therapies it is combined with, will all affect the successfulness of the implementation of the vaccine.

Implementation of the HPV 16/18 multiplex ligation-dependent probe amplification (MLPA) assay in the cervical cancer screening program

K.J.C. Sanders

Supervisors: A.H.N. Hopman & R.J.N.T.M. Litjens

It is estimated that in 2008 in total 7.6 million people died of cancer worldwide and about 275.000 of them are due to cervical cancer, which makes cervical cancer the second most common form of cancer in women worldwide.

At the moment the screening program for (pre)malignant lesions in the Netherlands is based on Papanicolaou (Pap) stained cytology combined with identification of HPV infections. However, it is still difficult to distinguish between high grade and low grade lesions. Currently, lesions which are identified as precancerous lesions are surgically removed. However, not all the removed lesions would have developed into uterine cervical cancer, resulting in overtreatment. Therefore, there is a need for a new test.

Recently, a new multiparameter assay was developed, which is called the HPV 16/18 multiplex ligation-dependent probe amplification (MLPA) assay. The MLPA assay combines identification of HPV type, viral load, viral integration and genomic instability, by determining gain of telomerase-related genes, in one test. Based on these risk factors the implementation of the MLPA assay should result in a decrease of overdiagnosis of (pre)malignant cervical lesions. The HPV MLPA has the potential to carry out risk classification complementary to cytology, identifying women who are at high risk for developing cervical cancer, and is able to distinguish between high grade and low grade cervical lesions, based on experiments performed on fresh frozen tissues. It is estimated that implementation of the MLPA assay will

result in a reduction of the costs of the current screening program by about 800.000 euro. These costs will probably further decline, because it is expected more women will be diagnosed in an earlier stage, such as CIN I. Moreover, screening interval for women who are classified as low risk could be extended. However, these costs do not include the purchase of the equipment and training of laboratory personnel.

Therefore, the costs in the first year of implementation could possibly be higher compared to the current screening program. The cost analysis also shows that the percentage of unnecessary referrals should not exceed 50%, because otherwise the costs of the MLPA assay will be higher in comparison to the current screening program. Therefore, the HPV MLPA assay might be a cost reducing addition to the current screening program, but is it also sensitive enough? Currently, only HPV 16 and 18 are included, which are responsible for only 70% of the cervical cancers, leading to a moderate negative predictive value. Therefore, it would be a more reliable test if also the other high risk HPV types were included. However, introducing the other HPV types into the HPV MLPA assay may also result in a lower positive predictive value. Moreover, as not always risk factors are present, a proportion of the women with lesions will be missed. Based on these results it can be concluded that the HPV MLPA assay has the potential to be used in the cervical cancer screening program, but more HPV types need to be included. After addition of these other high risk HPV types, extensive prospective testing is needed.

TER PREVENTIE VAN CVA EN SYSTEMISCHE EMBOLIE
BIJ PATIËNTEN MET ATRIUMFIBRILLEREN*

NIEUW

PRADAXA 150
SUPERIOR

STROKE
PREVENTION



Pradaxa 150. De feiten.

- 35% minder CVA's of systemische embolie dan coumarine¹
- 59% minder intracraniële bloedingen dan coumarine¹
- optimale voorspelbaarheid, zonder INR controle²⁻⁴

En dat bij elk CVA risico.⁵



* Non-valvulair atriumfibrilleren en één of meerdere risicofactoren. Zie voor de verkorte IB-tekst en referenties elders in dit blad.

Pradaxa[®]
dabigatran etexilaat

De dokter met de billen bloot

Op 6 oktober 2010 organiseerde KNMG District Limburg in het Theater hotel 'De Oranjerie' te Roermond een goed bezocht symposium met als titel: *Wie neemt wie de maat, De dokter met de billen bloot*. Het eerste deel van het symposium werd voorgezeten door Dr. Leo Baur, het tweede gedeelte door Dr. Paul Muijers.

Na een korte inleiding van Leo Baur was het woord aan Prof. dr. Trudy van der Weijden, hoogleraar Implementatie van Richtlijnen in de geneeskunde verbonden aan de Universiteit van Maastricht. Zij gaf een exposé over het gebruik van richtlijnen en ervan afgeleide indicatoren ten behoeve van het schatten en bijsturen van de kwaliteit van zorg. Zij gaf aan dat Nederland voor andere landen een voorbeeld land is wat betreft de kwaliteit van zorg en onze kwaliteitssystemen zoals richtlijnen en meten aan indicatoren. Waar richtlijnen over de klinische praktijk vooral dienen ter ondersteuning voor professional en patiënt in de klinische besluitvorming, dienen indicatoren vooral om inzicht te krijgen in concrete doelen voor verbetering van de patiëntenzorg, een gevoel van urgentie voor verandering en om de kennis over effectieve verbeterstrategieën te vergroten. Prof. Van der Weijden vroeg zich af of dit allemaal wel zo nodig is? Schiet het zelfregulerend vermogen van artsen dan te kort? Het blijkt dat voor sommige ingrepen of opnames er regionale verschillen bestaan met een factor van 2 tot 15. Ook blijkt er een duidelijke weerstand tegen verandering van onze routines: slechts 40% van de medici handelen volgens de richtlijnen voor hand hygiëne. Medici hebben vaak ook een zelfoverschatting van hun eigen handelen: Zo dachten in een studie onder vooraanstaande chirurgen dat zij bij gemiddeld 66 % van hun patiënten hun handen wisten. Bij observatie bleken ze dit slechts bij 9% van de patiënten daadwerkelijk te doen. Dat indicatoren kunnen werken blijkt wel uit het feit, dat decubitus prevalentie in vrijwel alle zorginstellingen de laatste jaren fors omlaag is gegaan. Meten van ons feitelijk handelen, kan dus problemen blootleggen, die vervolgens aangepakt kunnen worden. Hierdoor is zeker nog verbetering van zorg mogelijk, ook in Nederland. Van der Weijden is warme voorstander van intercollegiale, interne toetsing, maar dan wel met mate. Zij pleit voor patiënten participatie bij selectie van de kern-indicatoren. Zij waarschuwt voor te hoge verwachtingen en nadelen van externe toetsing en pay-for-performance of marktwerking. Het publiekelijk rapporteren over kwaliteit van zorg leidt vooralsnog niet tot de verwachte marktwerking bij zorgconsumenten, en pay-for performance kan leiden tot fragmentering in de zorg waarbij belangrijke, niet-te meten kwaliteit wordt genegeerd.

Vervolgens gaf Jos Boesten, huisarts onderzoeker verbonden aan de Universiteit een exposé over het Proscriptum

project. Hij middels een aantal praktijkvoorbeelden aan, hoe indicatoren kunnen worden gebruikt voor intercollegiale toetsing. Tevens gaf hij aan hoe door huisartsen te confronteren met de adherentie aan richtlijnen hun werkwijze kan worden verbeterd. Boesten gaf ook de zwakheden van de gebruikte methode duidelijk aan. Helaas is een indicator geen exacte maat.

Hierna kwam Dr. Paul Zwietering, Senior Inspecteur van de Inspectie voor de Gezondheidszorg Zuid-Oost aan het woord. Hij belichtte het gebruik van indicatoren bij de inspectie. Hij gaf aan, dat de inspectie voor de Gezondheidszorg als missie heeft de volksgezondheid te bevorderen door effectieve handhaving van de kwaliteit van zorg en medische producten. Tevens het bevorderen van de kwaliteit van zorgaanbieders door advies, stimuleren, drang en dwang. De inspectie onderzoekt en oordeelt hierbij onpartijdig en deskundig. Zij heeft tot taak het handhaven van 25 wetten bij 800.000 beroepsbeoefenaren, 60.000 adressen en 3000 instellingen. Om dit alles te realiseren stelt de inspectie prioriteiten: kwaliteit van zorg (patientveiligheid), preventie effectiever maken, transparantie van geleverde kwaliteit van zorg en het niet alleen object gericht inspecteren maar ook aandoening gericht inspecteren. Collega Zwietering legde vervolgens de transparantie paradox uit: Er bestaat een grote variatie in zorg. Door toenemende transparantie is er een roep om meer informatie en steeds minder vertrouwen. Het gevolg is voor sommige beroeps beoefenaren of instellingen een reputatie prikkel. Om dit te herstellen volgen extra inspanningen waardoor de variatie breedte weer afneemt en het vertrouwen herstelt. De indicatoren van de inspectie worden vastgesteld na overleg met de koepels, dienen betrouwbaar en valide te zijn, worden afgestemd met zichtbare zorg en LMR, zijn zoveel mogelijk constant, houden rekening met de toezichtslast en geven een signaal over de kwaliteit van zorg.

Na de pauze was het woord aan dhr Wim van der Meeren, voorzitter van de Raad van Bestuur van Zorgverzekeraar CZ. Van der Meeren gaf duidelijk aan wat de rol is van indicatoren bij het contracteren van zorgaanbieders. Voor de zorgverzekeraar staat de patiënt centraal. De zorgverzekeraar wil de patiënt daarbij gidsen naar goede zorg. Volgens van der Meeren heeft focussen op kwaliteit goede gevolgen voor de prijs. De zorgverzekeraar voelt zich als een luis in de pels wat betreft de kwaliteit. Hierbij

is er geen betere mogelijkheid om kwaliteit te stimuleren dan door kwaliteit te publiceren. CZ kwam onder andere een jaar geleden met een lijst voor borstkanker zorg. Dit leidde tot boze reacties in het bijzonder van ziekenhuizen. Toch is de kwaliteit van zorg hierdoor verbeterd. Onder andere zijn diverse instellingen samenwerkingsverbanden aangegaan om zorg te verbeteren. Zorgkosten zijn voor de toekomst een groot probleem vergelijkbaar met de kredietcrisis. Hierbij is solidariteit een basisgegeven waaraan niet getornd dient te worden.

Vervolgens kwam Wilma Wind, algemeen directeur van de Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie aan het woord. Zij ging in op de beschikbaarheid van indicatoren voor de patiënt. Mevr. de Wind gaf aan dat je er als patiënt op moet kunnen vertrouwen dat jouw dokter ok is. Artsen zijn belangrijk voor het bepalen van de medische kwaliteit. Patiënten hebben echter een andere benadering van kwaliteit. De Patiënten en Consumenten Federatie wil focussen op andere kwaliteits domeinen: organisatie van de zorg, ervaren van zorg door patiënten, medische uitkomsten van zorg en ervaren kwaliteit van leven. Zorgkaart Nederland <http://www.zorgkaart.nl>

land.nl waar patiënten een mening kunnen geven over alle zorgverleners in Nederland is volgens Wint de schrik van sommige artsen. Toch dient men zich te realiseren, dat er per dag al 500.000 bezoeken zijn aan deze site.

Als laatste spreker gaf dhr Arthur van Leeuwen, chef van de redactie Onderzoek van Elsevier een presentatie over het gebruik van zorg indicatoren als middel om de lezers van Elsevier te informeren. Volgens van Leeuwen heeft de burger recht op transparantie, rekenschap en het recht om te kiezen. Wat moet de patiënt dan weten om te kunnen kiezen? Volgens van Leeuwen alles maar dan verantwoord. Het kwaliteits instituut zou daarvoor onpartijdige informatie kunnen aanleveren. De burger heeft volgens Elsevier recht om te weten of hij onnodige vermijdbare risico's loopt. Dit betekent onverbidde recht op vergelijkend informatie en dus op een eigen risico bewuste keuze al dan niet met behulp van de verzekeraar.

Ledenvergadering KNMG Limburg

Op Donderdag 7 juli 2011 werd in 'Het Pesthuis' te Maastricht de algemene ledenvergadering van KNMG District Limburg gehouden. Aanwezig waren 16 leden waaronder drie ereleden. Er waren twee afmeldingen. Na de vergadering en een levendige discussie ging het grootste deel van het gezelschap en de aanwezige partners nog mee met de rondleiding door de stad Maastricht. Daarna werd op een terrasje nog gezellig nagepraat. De notulen van de vergadering kunt U hieronder lezen.

1. Opening van de vergadering

De heer Baur heet een ieder welkom op deze algemene ledenvergadering van de KNMG district Limburg

2. Mededelingen en ingekomen stukken

Er is kort stil gestaan bij het overlijden van drie KNMG leden, waarvan een tweetal oud bestuursleden. Verder is er een forse stijging van het aantal nieuwe leden, voornamelijk studenten.

Er zijn afgelopen jaar diverse activiteiten georganiseerd met verschillende organisaties en voor verschillende doelgroepen waarbij de KNMG meer naamsbekendheid heeft gekregen en een positieve invloed heeft gehad op de stijging van het aantal leden.

3. Vaststellen van de agenda

Er zijn schriftelijk en mondeling geen aanvullingen op de agenda binnen gekomen.

4. Bespreken en vaststelling notulen algemene ledenvergadering 2010

De notulen van de algemene ledenvergadering 2010 is door alle leden goedgekeurd en hiermee dan ook vastgesteld.

5. Jaarverslag 2010

Het jaarverslag van 2010 is doorgenomen en door alle leden goedgekeurd en hiermee dan ook vastgesteld.

6. Financieel jaarverslag

Het financieel jaarverslag wordt doorgenomen en aan de hand van vragen toegelicht.

Het gehele financiële overzicht met kascontrole zal de heer Parren versturen naar alle aanwezigen leden.

7. jaarprogramma 2011-2014

District Limburg zal vooral gaan samenwerken met

organisaties en zo weinig mogelijk eigen activiteiten op zetten. Alle leden hebben ingestemd met het jaarprogramma. Het jaarprogramma wordt hiermee vastgesteld.

8. Statuut ereleden

Het statuut ereleden is doorgenomen en door alle leden goedgekeurd. Het statuut wordt hiermee vastgesteld. Ereleden zijn vrijgesteld van districtcontributie.

9. Statuut KNMG Limburg stimuleringsprijzen

Stimuleringsprijzen voor de studenten worden zeer gewaardeerd. Dit stimuleert om door te gaan met onderzoek. Statuut KNMG Limburg stimuleringsprijzen is doorgenomen en goedgekeurd door alle leden. Het statuut wordt vastgesteld.

10. Verkiezingen, bestuur en kascontrole commissie

De heren Cees Franke en Raymond Leclercq geven aan de taak van kascontrole het komende jaar uit te willen voeren. Besluit: met unanieme stemmen worden de heren Cees Franke en Raymond Leclercq benoemd tot kascontrolecommissie.

11. Artsen senioren

Activiteiten voor gepensioneerde artsen onder de paraplu van de KNMG.

In Midden Limburg zijn momenteel ongeveer 50 leden met partner samen actief.

Er is een eigen contributie om de activiteiten te kunnen organiseren. Ook in Noord Limburg is een senior artsen-groep actief.

12. Werkgroep studenten

De werkgroep studenten is toegelicht door Hellen Römkes Er zal een studenten werkgroep onder leiding van Hellen Römkes gevormd worden bestaande uit:

- Jorne Ubachs, 1e jaars geneeskunde
- Roy van Poppel, 2e jaars geneeskunde
- Caroline van der Steen, 2e jaars geneeskunde

Afgevaardigden studentenplatform

- Henri Boersma, lid studentenplatform KNMG
- Hein Handgraaf, lid studentenplatform KNMG

Hellen Römkes is student vertegenwoordiger binnen het Districts bestuur. Deze opzet is goedgekeurd door alle aanwezigen leden.

13. Website KNMG Limburg, Linked-in en andere sociale media

Website loopt goed, komt steeds meer informatie op te staan. De besloten KNMG Limburg Linked-in groep en het KNMG Limburg Twitter account wordt gebruikt voor discussies, aankondigingen van symposia en andere activiteiten.

14. Rondvraag

Dhr Bouwmans: Er is een vraag gekomen om een overzicht te krijgen van de verhouding studentleden en overige leden. De voorzitter licht toe dat het District ongeveer 1000 studentleden telt op meer dan 3800 algemeen leden.

Dhr Bouwmans stelt tevens voor om het 95-jarig bestaan van de oude afdeling Heerlen te vieren. Voorzitter stelt voor om in 2013 het 12.5 jarig bestaan van de District Limburg (8 november 2000) in zijn nieuwe vorm te herdenken. Dit is tevens het 135 jarig bestaan van de oorspronkelijk opgerichte afdeling Limburg (18 november 1878). Het evenement zal plaatsvinden in Oostelijk Zuid-Limburg.

15. Sluiting van de vergadering

Om 2013 uur dankt de voorzitter de aanwezigen voor hun komst en inbreng en sluit de vergadering.

VERKORTE PRODUCTINFORMATIE PRADAXA®

Samenstelling: 75 mg, 110 mg of 150 mg dabigatran etexilaat (als mesilaat) per capsule. **Farmacotherapeutische categorie:** directe trombineremmers. **Farmaceutische vorm:** harde capsules. **Therapeutische indicaties:** 1. Preventie van cerebrovasculair accident (CVA) en systemische embolie bij volwassen patiënten met non-valvulair atriumfibrilleren met minimaal één risicofactor 2. Primaire preventie van veneuze trombo-embolische (VTE) aandoeningen bij volwassen patiënten die electief een totale heupvervangende operatie (THO) of een totale knievervangende operatie (TKO) hebben ondergaan. **Deserting en wijze van toediening:** Capsules niet openen. **Preventie van CVA of systemische embolie:** 300 mg per dag, ingenomen als één capsule van 150 mg tweemaal daags. Patiënten van 80 jaar en ouder: 220 mg ingenomen als één capsule van 110 mg tweemaal daags. **Preventie VTE na electieve TKO:** éénmaal daags 220 mg, ingenomen als 2 capsules van 110 mg. **Behandeling binnen 1-4 uur na de operatie starten, daarna 10 dagen voortzetten met 2 capsules éénmaal daags. Preventie VTE na electieve THO:** éénmaal daags 220 mg, ingenomen als 2 capsules van 110 mg. **Behandeling binnen 1-4 uur na de operatie starten met 1 capsule, daarna 28-35 dagen voortzetten met 2 capsules éénmaal daags.** Zolang geen hemostase is vastgesteld moet het begin van de behandeling bij TKO en THO worden uitgesteld. **Beginnt de behandeling niet op de dag van de operatie, dan moet worden gestart met éénmaal daags 2 capsules. Contra-indicaties:** Overgewichtigheid voor het actieve bestanddeel of voor één van de hulpstoffen, ernstig verminderde nierfunctie (creatinineklaring < 30 ml/min), actieve, klinisch significante bloedingen, organalessies met het risico op bloedingen, spontane of farmacologisch verminderde hemostase, verminderde werking van de lever of leveraandoeningen die naar verwachting invloed hebben op de overleving, gelijktijdige behandeling met systemische ketoconazol, ciclosporin, itraconazol en tacrolimus. **Bijzondere waarschuwingen en voorzorgen voor gebruik:** Bij patiënten met een verhoogde kans op bloedingen, dient een dosis van 220 mg dabigatran, ingenomen als één capsule van 110 mg tweemaal per dag, overwogen te worden voor de preventie van CVA of systemische embolie. Een stollingstest kan worden gebruikt om patiënten met verhoogde dabigatran concentraties te identificeren. Patiënten die dabigatran etexilaat gebruiken, hebben, wanneer zij een operatie of invasieve procedure ondergaan, een verhoogd risico op bloedingen. Na electieve klie- of heupoperatie is bij patiënten met een matig verminderde nierfunctie (creatinineklaring 30-50 ml/min) en ouderen (> 75 jaar) de aanbevolen dosis 150 mg per dag, ingenomen als 2 capsules van 75 mg. ALT dient standaard bepaald te worden tijdens preoperatief onderzoek. Bij patiënten met verhoogde leverenzymen > 2 maal ULN, wordt dabigatran niet aanbevolen. Er is geen ervaring bij kinderen en adolescenten. Anesthesie via een postoperatieve invendige epidurale katheter wordt niet aanbevolen. Na het verwijderen van de katheter moet ten minste twee uur gewacht worden met de eerste toediening van dabigatran. Niet gebruiken tijdens zwangerschap of borstvoeding. **Interacties met andere geneesmiddelen:** Combinaties van dabigatran met ongefractioneerde heparines, heparines met laag moleculair gewicht, fondaparinux, desuridien, trombolytische middelen, GfII/IIIa receptor antagonisten, bicipoline, prasugrel, doxtran, sulfingryzoon, rivaroxaban en vitamine K antagonisten zijn niet onderzocht en kunnen de kans op bloedingen verhogen. Bij chronisch gebruik verhoogden NSAID's in de RE-LY studie het risico op bloedingen met ongeveer 50% bij zowel dabigatran als warfarine. Dabigatran wordt niet gemetaboliseerd door het cytochroom-P450-systeem en heeft geen effect *in vitro* op menselijke cytochroom-P450-enzymen. Dabigatran etexilaat is een substraat voor de effluxtransporter P-glycoproteïne. Proteaseremmers beïnvloeden P-glycoproteïne en gelijktijdige behandeling met dabigatran en deze middelen wordt daarom niet aanbevolen. Gelijktijdige toediening van P-glycoproteïne-inductoren (zoals ritonavir, sint-janskruid (Hypericum perforatum), carbamazepine of fenytoïne) dient vermeden te worden. **Preventie van CVA en systemische embolie:** Nauwgezet medisch toezicht (met aandacht voor verschijnselen van bloeding of anemie) is vereist wanneer dabigatran gelijktijdig wordt toegediend met sterke P-glycoproteineremmers (zoals amiodaron, verapamil, kinidine, ketoconazol en claritromycine), in het bijzonder bij patiënten met een licht tot matig verminderde nierfunctie. Bij patiënten die tegelijk dabigatran etexilaat en verapamil krijgen, dient de dosis dabigatran te worden verlaagd naar 220 mg ingenomen als één capsule van 110 mg tweemaal per dag. Gelijktijdige behandeling met protonpompremmers (PPI) leek de werkzaamheid van dabigatran niet te verminderen. De toediening van ranitidine samen met dabigatran had geen klinisch relevant effect op de mate waarin dabigatran werd geabsorbeerd. **Preventie van VTE:** Bij patiënten die gelijktijdig dabigatran en amiodaron, kinidine of verapamil gebruiken dient de dosering verlaagd te worden tot 150 mg dabigatran éénmaal daags. Bij patiënten met matige nierinsufficiëntie die gelijktijdig dabigatran en verapamil gebruiken dient een dosis van 75 mg dabigatran overwogen te worden. Bij patiënten die gelijktijdig dabigatran en claritromycine gebruiken dient nauwgezet klinisch toezicht te worden gehouden, in het bijzonder wat betreft het optreden van bloedingen, speciaal bij patiënten met milde tot matige nierinsufficiëntie. **Bijwerkingen:** De meest gemelde bijwerkingen zijn bloedingen. Ernstige bloedingen kunnen, ongeacht waar ze in het lichaam optreden, leiden tot invaliditeit, levensbedreigend zijn of zelfs een dodelijke afloop tot gevolg hebben. Indien ernstige bloedingen optreden moet de behandeling worden gestopt en de bron van de bloeding worden onderzocht. Er is geen antidotum voor dabigatran. Andere vaak voorkomende klachten zijn buikpijn, diarree, dyspepsie, misselijkheid (minder dan 10%). **Preventie van CVA en systemische embolie:** Bloedingen kwamen in totaal bij ongeveer 16,5% van de patiënten voor; ernstige bloedingen werden zelden gerapporteerd in het klinisch onderzoek (minder dan 3,5%). Dabigatran werd in de RELY studie gerelateerd aan een hogere incidentie van majeure gastro-intestinale bloedingen. De toediening van een protonpompremmer kan overwogen worden om een gastro-intestinale bloeding te voorkomen. **Preventie van VTE:** Bloedingen kwamen in totaal bij ongeveer 14% van de patiënten voor; ernstige bloedingen (inclusief wondbloedingen) werden zelden gerapporteerd (minder dan 2%). **Verpakking:** Pradaxa 75 mg, 110 en 150 mg worden geleverd in aluminium blisterverpakkingen van 60 stuks. **Alleverstatus:** U.R. **Registratie:** EU/1/08/442/003, EU/08/442/007, EU/1/08/442/011. **Registratiestatum:** 18 maart 2008 (VTE) en 4 augustus 2011 (CVA). **Vergoeding en prijzen:** **Preventie van CVA en systemische embolie:** Pradaxa wordt volledig vergoed binnen het GVS. **Preventie van CVA en systemische embolie:** vergoeding nog niet beoordeeld door VWS. Voor prijzen, zie KNMP tax. Voor volledige productinformatie is de 1B tekst op aanvraag beschikbaar. Boehringer Ingelheim bv., Comeniusstraat 6, 1817 MS Alkmaar; Tel. 0800-2255889. **Datum herziening van de tekst:** augustus 2011.

Een mooi kraamkado? Geef een DoeGoodie®

Een mooie kaart
voor de jonge ouders
én het echte kado,
hulpgoederen van
UNICEF, voor kinderen
in ontwikkelingslanden!

unicef 
unite for children



'Hier zijn kado's een extraatje, in ontwikkelingslanden zijn ze vaak onmisbaar. Met een DoeGoodie geef je een mooie kaart kado en geef je het échte kado, bijvoorbeeld vaccinaties, aan een baby in een ontwikkelingsland!'

Renate Verbaan, UNICEF-ambassadeur

Kijk voor alle DoeGoodies® op
www.unicef.nl/doegoodies

Trainingen Stichting Top-event

19-01

Training bejegening
Respectvolle bejegening in de zorg

31-01

Timemanagement
Te veel activiteiten? De dag te kort?

02-02

Lucht voor Limburg
Van diagnose naar diseasemanagement COPD

14-02

Training Klagende Patiënten Utrecht
Grenzen aangeven bij veeleisende patiënten

28-02

Leidinggeven
Leidinggeven met meer resultaat

13-03

Training onderhandelen
Onderhandelen met meer effect

13-06

Summercourse palliatieve zorg
Palliatieve zorg in al zijn facetten

Kijk voor het complete overzicht en meer informatie
op: Info: <http://www.topevent.nl>

Bestuursleden gezocht

In 2011 verstrijkt de zittingstermijn van een aantal bestuursleden. Het KNMG bestuur wil een goede afspiegeling blijven vormen van alle federatiepartners en alle regio's in Limburg. Wij streven naar een gelijke verdeling van de geslachten en willen een goede afspiegeling vormen van de leeftijdsopbouw van het District. Derhalve willen wij collegae uit alle delen van Limburg oproepen om zich beschikbaar te stellen voor het bestuur.

Gezien het geringe aantal artsen ouderenzorg en Arbo artsen en huisartsen worden met deze collegae aangevoerd zitting te nemen in het bestuur. De werkbelasting is miniem. Voor waarde voor aanstaande bestuursleden is zij KNMG Districten een warm hart toe dragen.

Mogelijke kandidaten kunnen contact opnemen met de voorzitter van het Bestuur dhr Leo Baur. Tel: 045-5766666 sein 466129 of per e-mail: info@knmg limburg.nl of lhbaur@yahoo.com.

IN MEMORIAM

Geertruida Nijdam Wackers,
arts, Narvik Noorwegen

Wij wensen de nabestaanden alle sterkte met het verwerken van dit verlies.

Jaarvergadering KNMG 2012

donderdag 15 maart. start 18.30 uur.
Locatie: Pesthuys Podium Vijfkoppen Maastricht

15 januari 2012
Orbis Medisch Centrum

Nieuwjaarsbijeenkomst 2012 KNMG Limburg

Preventie, Mission Impossible?

Het bestuur van KNMG Limburg wil u gaarne uitnodigen voor haar nieuwjaarsbijeenkomst op zondag 15 januari 2012, die dit jaar als thema zal hebben: Preventie, Mission Impossible? U bent met partner en kinderen om 14.00 uur welkom in Orbis Medisch Centrum, Dr. Van der Hoffplein 1, 6162 BG te Sittard-Geleen. Om 15.00 uur zal er onder leiding van prof. dr. Arie Nieuwenhuijzen Kruseman een discussie gevoerd worden over: Preventie, Mission Impossible? Om 16.00 uur zullen wij het glas heffen op het nieuwe jaar. Zie voor aanmelden zie <http://www.knmg limburg.nl> en bijgesloten uitnodiging



WE ZIJN ER...



...ZODRA WE NODIG ZIJN!

www.atriummc.nl



atrium
medisch centrum parkstad