

## REDACTIONEEL

Vlak voor de zomer ontvangt u de tweede nieuwsbrief van 2017.

In deze editie laten de fertiliteitsartsen u weten dat zij vanaf 1 september starten met een poli voor patiënten met herhaalde miskramen. In deze nieuwsbrief lichten zij hun werkwijze toe.

Ook vindt u een bericht vanuit het MCL over het gefaseerd uitrollen van Zorglink. Met Zorglink krijgt u als huisarts toegang tot het dossier van uw patiënt.

### MCC zaken

In deze nieuwsbrief vindt u de nieuwe werkafspraken “antibiotica profylaxe bij tandheelkundige ingrepen bij gewrichtsprothese”. Daarnaast zijn er ook een tweetal werkafspraken grondig herzien. Dit betreft de werkafspraken “urine­weginfecties bij kinderen” en “aanvraag endoscopie door de huisarts”. In het eerste geval is de NHG standaard veranderd en is ook het advies van de microbioloog meegenomen met betrekking tot het resistentiepatroon bij ons in de regio.

We hebben de afgelopen periode vijf klinische lessen gehad met diverse onderwerpen. Op 15 november volgt er nog een extra klinische les met als thema palliatieve zorg. Mocht u graag meedenken over de organisatie van de klinische lessen, verder op vindt u de oproep om u aan te melden.

Tot slot is de voorbereiding voor de Oldehove cursus in volle gang en heeft u als het goed is de uitnodiging ontvangen. Graag zien we u op 27 t/m 29 september of 4 t/m 6 oktober op Ameland!

## INHOUD

De herhaalde miskraampoli.....	2
Ontwikkeling Zorglink MCL.....	2
Wond expertise centrum (WEC).....	3
Nieuwe werkafpraak “antibiotica profylaxe bij tandheelkundige ingrepen bij gewrichtsprothese” .....	3
Herziening werkafpraak “urine­weginfecties bij kinderen” .....	4
Herziening werkafpraak “aanvraag endoscopie door huisarts” .....	7
Mededelingen .....	9
Zorgdomein.....	9
Agenda transmurale activiteiten .....	10
Mutaties .....	10
Programma Oldehovecursus.....	11

### Colofon MCC Leeuwarden Nieuwsbrief

De nieuwsbrief van het MCC Leeuwarden wordt regelmatig toegestuurd aan alle huisartsen in het werkgebied van het Medisch Centrum Leeuwarden en alle specialisten, werkzaam in het MCL. Het Medisch Coördinerend Centrum Leeuwarden heeft als doel de samenwerking tussen huisartsen en specialisten te bevorderen.

Redactieadres: MCC Leeuwarden, Postbus 888, 8901 BR Leeuwarden, tel (058) 286 60 51

e-mail: MCC.Maaik.Zuur@znb.nl. Copy graag sturen aan het redactieadres, bij voorkeur per e-mail.

## De herhaalde miskraampoli

Voor veel vrouwen is het krijgen van een miskraam een emotionele gebeurtenis die hen vaak een leven lang bijblijft. Een groot deel van de vrouwen krijgt in hun fertile levensfase hiermee te maken. Sommige krijgen hier zelfs meerdere keren mee te maken. Voor deze groep vrouwen is het belangrijk dat zij zo goed mogelijk begeleid worden, zowel op medisch als op psychosociaal gebied. Voor deze groep vrouwen én hun partners is nu een herhaalde miskraampoli opgezet.

Op de herhaalde miskraampoli worden vrouwen gezien die 2 of meer miskramen hebben gehad en dus voor het herhaalde miskraamprotocol in aanmerking komen.

De poli wordt gedaan door Lydia Wijnandts en Marianka Weijer, fertilitateitsartsen. De afgelopen jaren hebben zij veel ervaring opgedaan in de begeleiding van paren met meerdere miskramen. De patiënten worden gezien op de fertiliteitpoli. Deze poli is gescheiden van de poli gynaecologie met een eigen wachtruimte.

Op de herhaalde miskraampoli gaan we op de volgende manier te werk:

- Het protocol “herhaalde miskramen” wordt gevolgd volgens de richtlijn van de NVOG
- Aan patiënte wordt zo compleet en duidelijk mogelijk uitleg gegeven over oorzaken en herhalingskansen op een miskraam en kansen op een doorgaande zwangerschap in de toekomst.
- De patiënte met herhaalde miskramen komt zodra zij weer zwanger is voor een vroege termijnecho bij een amenorroe van 6½ week zwangerschap en wordt begeleid tot zij ongeveer 12 weken zwanger is.
- Bij opnieuw een miskraam wordt zij na een week terug gezien om dit te bevestigen en om met haar het verdere beleid te bespreken, als expectatief, inductie middels Misoprostol of een abortus curettage.
- De nacontrole na elke gekozen behandeling is een week na de miskraam of twee weken na de curettage.
- De partner wordt zoveel mogelijk bij de begeleiding betrokken.
- Maatschappelijk werk wordt aangeboden.
- Patiënten worden geattendeerd op de folder herhaalde miskramen van de NVOG.
- Patiënten worden gewezen op lopende landelijke studies i.v.m. herhaalde miskramen.

U kunt uw patiënten vanaf 1 september via ZorgDomein verwijzen.

## Ontwikkeling Zorglink MCL

De afgelopen tijd is er in het Medisch Centrum Leeuwarden hard gewerkt aan Zorglink MCL. In samenwerking met enkele huisartsen is recent een succesvolle pilot afgerond. Zorglink MCL is hierin positief ontvangen en werd gezien als meerwaarde voor de eigen praktijk. Het testen van Zorglink MCL vervolgen we nu in breder verband, waarbij de groep huisartsen in Leeuwarden als eerste toegang krijgt tot Zorglink MCL. We ontwikkelen de applicatie graag in gezamenlijkheid door en zijn erg benieuwd naar de ervaringen. Uiteindelijk krijgen alle huisartsen in het adherentiegebied dit jaar toegang tot Zorglink MCL.

### Wat is Zorglink MCL?

Met Zorglink MCL verstrekt het MCL huisartsen *real time* inzage in het volledige\* MCL-dossier van uw patiënten. Met Zorglink MCL heeft u uitgebreider en eerder beschikking over ziekenhuisinformatie dan de patiënt via patiëntportaal MijnMCL. Op dit moment behelst Zorglink MCL vooral een handige naslagfunctionaliteit. In de toekomst worden hier meer functies aan toegevoegd.

\*Met uitzondering van beeldmateriaal.

## Wond expertise centrum (WEC)

Vanaf 1 februari zijn we gestart met een geïntegreerde wondpolikliniek, die gericht is op snelle diagnostiek en behandeling van patiënten met een complexe wond. Globaal gaat het hier om patiënten met diabetische voet problematiek, ulcus cruris venosum, ulcus cruris arteriosum (PAOD/PAV), vasculitis bij reuma en auto-immunziekten, decubitus en persisterende postoperatieve wondinfecties.

Een complexe wond is een wond die 4 weken na het ontstaan niet genezen is of nog geen genezingstendens vertoont. Zie hiervoor ook de nieuwe richtlijnen wondzorg.

De vaatchirurgen, dermatologen en plastisch chirurgen werken hierin samen om de patiënt zo snel mogelijk en zo goed mogelijk van dienst te kunnen zijn.

Om dit voor de collega huisartsen te stroomlijnen is er nu 1 loket waar patiënten naar verwezen kunnen worden.

Na een standaard intake en diagnose stelling kan dan de gezamenlijke kennis van de plastisch chirurgen, dermatologen en vaatchirurgen gebruikt worden om zo snel mogelijk de juiste behandeling in te stellen, en de patiënt daarna zo snel mogelijk weer naar de eerste lijn te kunnen verwijzen.

Voor vragen kunt u contact opnemen met het WEC via telefoon: 058-2866903 of per email: [wecmcl@znb.nl](mailto:wecmcl@znb.nl).

## NIEUWE WERKAFSPRAAK “ANTIBIOTICA PROFYLAXE BIJ TANDHEELKUNDIGE INGREPEN BIJ GEWRICHTSPROTHESE”

**Het doel** van de werkspraak is om voor alle betrokken zorgverleners het advies over antibiotica profylaxe bij een gewrichtsprothese helder te hebben.

Deze werkspraak baseert zich op de richtlijn antibiotica profylaxe bij gewrichtsprothese zoals deze is geïnitieerd door de Nederlandse Orthopaedische Vereniging (NOV). De richtlijn is in 2016 opgesteld door een multidisciplinaire commissie met vertegenwoordigers vanuit de orthopedisch chirurgen, mond-, kaak- en aangezichtschirurgen en tandartsen.

### Uitgangsvraag

Is antibioticaprofylaxe geïndiceerd bij patiënten met een gewrichtsprothese die een tandheelkundige ingreep ondergaan?

### Aanbeveling

1. Het is niet geïndiceerd om antibiotische profylaxe te geven aan patiënten met een gewrichtsprothese vóór een mond- of tandheelkundige ingreep ter preventie van een hematogene infectie van de gewrichtsprothese.
2. Evenmin geldt dat in geval van verminderde immuniteit van de patiënt.
3. Het is aanbevelingswaardig om bij de patiënt het belang van een goede mondgezondheid te benadrukken en regelmatige tandheelkundige controles aan te raden.

### Onderbouwing

GRADE	Er is geen bewijs dat het geven van profylactisch AB een effect heeft op de incidentie van hematogene PJI na een tandheelkundige ingreep.
Zeer laag	Bronnen (Jacobsen, 1980; Ainscow, 1984; Waldman, 1997; LaPorte, 1999; Cook, 2007; Uçkay, 2009; Berbari, 2010b; Swan, 2010; Skaar, 2011)

# HERZIENING WERKAFSPRAAK “URINEWEGINFECTIES BIJ KINDEREN”

In deze werkafpraak wordt de benadering en behandeling van een urineweginfectie bij kinderen beschreven. Hierbij baseren wij ons op de richtlijn van de NVK uit 2010 en de NHG standaard UWI uit 2013. Bij het advies over de antibiotica keuze is naast de richtlijnen ook het resistentie patroon van de veel voorkomende verwekkers meegenomen. Deze werkafpraak heeft betrekking op kinderen tot 12 jaar. Vanaf 12 jaar wordt voor de 1<sup>e</sup> lijn een beleid conform de NHG-Standaard voor volwassenen voorgesteld. Ook worden kinderen vanaf 12 jaar -indien nodig- verwezen naar de kinderarts.

Een urineweginfectie is: een combinatie van klinische, leeftijdsgebonden kenmerken en de aanwezigheid van bacteriën in een betrouwbaar afgenomen urinekweek. Gewoonlijk wordt een UWI door één enkel organisme veroorzaakt. Meestal zal dit een *Escherichia.coli* zijn.

## STAPPENPLAN BIJ VERMOEDEN OP EEN UWI

### 1. Overweeg het bestaan van een UWI bij de volgende symptomen:

Leeftijdsgroep	Symptomen en signalen		
	frequent	←————→	infrequent
<b>&lt; 3 maanden</b>	koorts, braken, lethargie, prikkelbaarheid	weinig voeding, groeistoornis	buikpijn, geelzucht, hematurie, stinkende urine
<b>&gt; 3 maanden</b>			
<i>preverbale fase</i>	koorts	buikpijn, braken, weinig voeding, flankpijn	lethargie, prikkelbaarheid, hematurie, stinkende urine, groeistoornis
<i>verbale fase</i>	frequent plassen, pijnlijke mictie	buikpijn, disfunctioneel ledigen vd blaas, meer ophouden van de plas	koorts, malaise, braken, hematurie, stinkende urine, troebele urine

### 2. Verzamel urine

- **Voor screening/uitsluiten UWI**

Nitriettest en leucocytenesterasetest (LE) in opgevangen urine verrichten (bij voorkeur een gewassen midstream urine of cleancatch). Voor uitleg zie (thuisarts.nl).

(Ery's in urine negeren, deze zijn onvoldoende specifiek voor UWI; bij het vinden van enkel ery's in de urine aandacht voor lokale wondjes en zo nodig urine in later stadium herhalen)

Nitriet en LE negatief: UWI is niet waarschijnlijk. Overweeg nieuwe urine screening als er na 24 uur nog klachten zijn zonder duidelijke oorzaak.

Nitriet en/of LE positief: UWI is zeer waarschijnlijk, zet *betrouwbaar* urinemonster in voor urinekweek en start bij klinische verschijnselen de behandeling. (urine uit plaszakje is niet geschikt voor kweek!). Indien schoon opgevangen kan dezelfde urine voor kweek worden gebruikt.

- **Voor kweek:**

Betrouwbare urine te verkrijgen uit:

- **midstream** urine: reinig vulva of penis met water, vang een midstream urine op in een steriel potje
- **clean-catch urine:** genitaal wassen, met billen bloot laten liggen, potje bij de hand (figuur pag. 3)
- **urine verkregen door katheterisatie.** De huisarts verwijst naar de kinderarts (via ZorgDomein) Indien de huisarts de behandeling na katheterisatie in eigen handen wil houden, dit duidelijk aangeven in de verwijsbrief.

Op het aanvraagformulier voor de kweek dient de methode van afname te worden aangegeven! (kweek van katheterurine wordt anders beoordeeld -is in principe steriel- dan midstream)

### 3. Als urinekweek is ingezet dan start behandeling

Urinekweek is negatief: geen UWI. Ingezette antibiotica weer staken.

Urinekweek is positief: behandeling continueren conform schema, check of anamnese en lichamelijk onderzoek volledig zijn gedaan.

#### Antibiotica keuze:

Bij de keuze voor de antibiotica is het huidige resistentiepatroon leidend geweest (NethMap 2016).

#### Per os als:

- Leeftijd > 3 maanden, Onder de 3 maanden altijd iv starten.
- Geen koorts of algehele malaise:  
**eerste keus:** een 5-daagse kuur nitrofurantoïne (Nb. Nitrofurantoïne MC geeft minder gastro-intestinale klachten).  
**tweede keus:** een 3-daagse kuur amoxicilline/clavulaanzuur.  
Nb. Geen trimethoprim meer gezien toenemende resistentie.
- Wel koorts of algehele malaise:  
**eerste keus:** een 10-daagse kuur amoxicilline/clavulaanzuur  
**tweede keus** (en bij overgevoeligheid voor penicilline): ceftibuten gedurende 10 dagen.  
Nb. Geen cotrimoxazol vanwege het resistentiepatroon en het moeten aanpassen aan de nierfunctie die vaak gestoord is bij een UWI met weefselinvasie. Dit wijkt af van de NHG-standaard

#### Doseringen antibiotica (volgens kinderformularium)

##### Nitrofurantoïne

3 mnd-18 jaar: 5-6mg/kg/dag in 4 doses, maximum dosis 200 mg/dag

##### Amoxicilline/clavulaanzuur

3 mnd -12 jaar: 30/7,5 mg/kg lichaamsgewicht in 3 giften (maximaal 3 g/750 mg per dag) indien geen koorts en 50/12,5 mg/kg lichaamsgewicht in 3 giften (maximaal 3 g/750 mg per dag) bij koorts. (NHG-standaard)

> 12 jaar : 1500/375 g/dag in 3 doses. Bij ernstige infectie kan dosis worden verdubbeld.

##### Ceftibuten

< 45 kg: 9mg/kg/dag in 1 dosis (max 400 mg/dag)

> 45 kg: 400mg 1 maal daags

Tabletten en suspensie minstens 2 uur voor de maaltijd innemen

Indien gastro-intestinale verschijnselen dan kan de dosis Ceftibuten in 2 giften worden gegeven.

### 4. Na bevestigde UWI

- **Informeer anamnestic na naar risicofactoren voor een recidief UWI**
  - mictie: frequentie, straalrichting, wel/niet persen tijdens plassen, incontinentie
  - defecatie: frequentie, consistentie, incontinentie, persen tijdens defecatie
  - familieleden bekend met vesico-uretrale reflux, andere nierproblemen
  - gegevens van eerder (antenataal) onderzoek
  - eerdere bewezen UWI's; zo ja, hoe vaak, wanneer?
- **Verricht een lichamelijk onderzoek**
  - buik: vorm. colon, blaas of andere massa palpabel?
  - genitalia externa: anatomie, lokale irritatie
  - onderrug: zichtbaar en palpatoir normaal gesloten lumbale wervelkolom?  
Het doel hier van is het inventariseren van een onderliggende anatomische afwijking zoals vesico-uretrale reflux, verdubbelingsanomalien, urethrale obstructies, hoge spanning bekkenbodemuisculatuur.
- **Denk aan obstipatie**
- **De huisarts maakt afspraken met de ouders over nacontrole.**  
Zo nodig bij aanhoudende klachten urine controle verrichten. Bij positieve nietrietest kweek met resistentie bepaling inzetten conform NHG standaard.

#### **5. Verwijs direct naar een kinderarts:**

- kinderen jonger dan 1 maand met koorts en kinderen van 1 tot 3 maanden met koorts zonder focus
- kinderen met (vermoeden van) een urineweginfectie die ernstig ziek zijn en/of braken;
- kinderen die niet binnen 48 uur verbeteren op antimicrobiële behandeling.

#### **Verwijs direct voor nadere diagnostiek naar een kinderarts:**

- niet-zindelijke kinderen met een positieve nitriet- of leukotest van urine uit een plaszakje bij wie een clean catch niet lukt (katheterisatie geïndiceerd);
- als tijdens de infectie sprake is van een slappe straal of palpabele massa in de buik.

#### **Verwijzing naar een kinderarts binnen zes weken na de infectie is geïndiceerd in geval van:**

- tweemaal een urineweginfectie, waarvan ten minste eenmaal met koorts;
- driemaal een urineweginfectie zonder koorts;
- een urineweginfectie met een andere verwekker dan E. coli.

#### **ICPC Codering**

**U71 : Cystitis/urineweginfecties**

**U71.01: Cystitis**

**U71.02: Urineweginfectie (ex. venerisch)**

Samenstelling van de werkgroep:

dhr. R.P. Boontje, kinderarts; mw. dr. E.A.N.M. Mooi-Kokenberg, arts-microbioloog; mw. L.M. Reuchlin-Vroklage, huisarts; dhr. J. Uitentuis, kinderarts; mw. G.J. Vermeer, medisch coördinator MCC Leeuwarden . Mei 2012  
Herziening februari 2017: mw. dr. E.A.N.M. Mooi-Kokenberg, arts-microbioloog;; mw. C. Ligthart Schenk, huisarts, mw. R. Schriemer, kinderarts-nefroloog; mw. M.C.Zuur-Telgen, medisch coördinator MCC Leeuwarden

## **OPROEP**

Voor een goede samenwerking is het fijn als je elkaar snel kunt bereiken. Via de MCC app kunt u dit gemakkelijk doen. Hiervoor is het handig als de juiste informatie bij uw naam staat. Zou u dit willen controleren en zo nodig aanvullen?  
Mocht u niet meer kunnen inloggen, dan kunt u een nieuwe inlogcode aanvragen bij Lucy van Dijk (MCCLeeuwarden@znb.nl).

# HERZIENING WERKAFSPRAAK “AANVRAAG ENDOSCOPIE DOOR HUISARTS”

Verwijzing gaat via ZorgDomein→1<sup>e</sup> lijnsdiagnostiek

## Toelichting

Aangevraagd kunnen worden: diagnostische oesofago-gastro-duodenoscopie en sigmoïdoscopie, beiden zonder sedatie. Voor het aanvragen van andere endoscopieën, dient de patiënt verwezen te worden.

## Indicaties voor endoscopie kunnen zijn:

- voor oesofago-gastro-duodenoscopie:
  - refluxklachten die onvoldoende reageren op proefbehandeling
  - recidiverende refluxklachten ter beoordeling van eventuele oesofagitis en Barrettoesofagus ter indicatiestelling van een zuurremmende behandeling (conform werkafpraak maagklachten)
  - bewezen oesofagitis waarbij ondanks behandeling de klachten toenemen
  - bovenbuik/dyspeptische klachten zónder alarmsymptomen, die niet reageren op zuurremmende medicatie
- voor sigmoïdoscopie
  - helder rood bloedverlies zónder alarmsymptomen bij patiënten jonger dan 50 jaar
  - aantonen proctitis
  - beoordeling aambeien

## Indicatie is in ieder geval niet:

- serieuze verdenking op maligniteit
- omzeilen wachtlijst spreekuur gastro-enteroloog
- anaal bloedverlies bij patiënten ouder dan 50 jaar (dan is colonoscopie aangewezen, dus verwijzing naar poli)

In deze gevallen dient er, eventueel na telefonisch overleg, verwezen te worden. Voor scopist en patiënt onverwachte en verontrustende bevindingen leveren gezien de beperkte tijd die voor de diagnostische procedure wordt uitgetrokken grote problemen op en dienen voorkomen te worden.

**Sedatie:** in sommige gevallen kan het onderzoek extra belastend zijn, bijvoorbeeld bij grote angst of een eerder soortgelijk onderzoek dat zeer pijnlijk was. Als sedatie geïndiceerd is, dient de patiënt verwezen te worden.

**Antistolling:** Bij scopie (en evt. verwijdering poliep) hoeft Ascal niet te worden gestopt.

Voor het al dan niet doorgaan met Persantin is geen evidence. Het kan eigenlijk altijd zonder risico op een trombo-embolische gebeurtenis. Persantin altijd 5 dagen voor de scopie stoppen.

## Procedure:

- De huisarts maakt een verwijzing Eerstelijns diagnostiek–endoscopie via Zorgdomein.
- De huisarts print de patiënten informatie uit en geeft die aan de patiënt (geldt alléén voor oesofago-gastro- duodenoscopie)
- De huisarts zorgt voor voorlichting aan de patiënt over wat hem/haar te wachten staat, zowel mondeling als door overhandigen van de betreffende MCL-folder.
- De huisarts zorgt eveneens voor instructie wat betreft nuchter verschijnen, tevoren stoppen van medicijnen inclusief zelfmedicatie indien van toepassing. Patiënten, die antistolling gebruiken dienen regulier te worden verwezen, behalve bij gebruik van Ascal en Persantin.
- Persantin 5 dagen tevoren stoppen
- De huisarts maakt met de patiënt een vervolgspraak om de bevindingen van de endoscopist te bespreken.

Het scopie-verslag zal in de regel via "Gerrit" binnen 2 werkdagen na de scopie bij de aanvrager zijn. Ook kan de scopist de patiënt een handgeschreven voorlopig verslag meegegeven, waarmee de patiënt zich op korte termijn tot zijn/haar huisarts kan wenden. Soms zal er bij de scopie materiaal worden afgenomen en worden opgestuurd voor PA of bacteriologisch onderzoek. In het scopie-verslag zal dat worden vermeld. De laboratoria zullen hun uitslagen separaat naar de aanvrager en de scopist versturen. De aanvrager is ervoor verantwoordelijk dat de patiënt wordt geïnformeerd over de uitslag.

De endoscopist kan zich in korte bewoordingen tegenover de patiënt uitlaten over de bevindingen, maar zal voor uitleg en therapievoorstellen de patiënt naar de aanvrager verwijzen.

De aanvrager kan expliciet om therapeutische suggesties vragen. Daar een scopie-zitting niet de gelegenheid geeft voor het afnemen van een uitgebreide anamnese zal de scopist als hij aan dat verzoek wil voldoen zich op de gegevens van het aanvraagformulier moeten baseren. Ook ongeraagd kan de scopist in zijn verslag therapeutische of anderszins suggesties doen, bijvoorbeeld betreffend vervolgonderzoek als een endoscopie gedeeltelijk mislukte.

Indien zich bij de scopie een onverwachte bevinding voor doet, die verder (specialistisch) handelen noodzakelijk maakt, zal de endoscopist telefonisch overleg zoeken met de aanvrager om het te volgen beleid te bepalen.

Indien tijdens de scopie een maligniteit wordt geconstateerd, zal de specialist dit met de patiënt bespreken, het aanvullende onderzoek in gang zetten en de behandeling overnemen en de aanvrager informeren.

#### **ICPC Codering:**

- D02 Maagpijn,**
- D03 Zuurbranden**
- D84 Ziekte oesophagus**
- D85 Ulcus duodeni**
- D86 Andere peptische ulcera**
- D87 Stoornissen maagfunctie**

Deze variant op het al bestaande formulier is gemaakt door: Dhr. dr. J.H.A. Jebbink, gastro-enteroloog en dhr. J.W.A. Langendijk, huisarts

November 2002; herziening augustus 2007

Herziening toelichting werkgroep gastro-enterologie: mw. J.H.C. van der Brug, huisarts; dr. J.H.A. Jebbink, mdi-arts; mw. M.J. van Leeuwen, huisarts; mw. G.J. Vermeer, medisch coördinator MCC Leeuwarden

Herziening toelichting: oktober 2009

Aanpassing door dhr. dr. J.W. Kappelle, internist en mw. H.B. Koetsier-den Houting, huisarts  
juli 2012

Juni 2017 herziening: Dhr. dr. J.H.A. Jebbink, gastro-enteroloog, mw. E. van Zanden, huisarts mw. C.M.M. Buurman, huisarts, mw. M.C. Zuur-Telgen, medisch coördinator MCC Leeuwarden.



# MEDEDELINGEN



## Contact kindergeneeskunde

Voor contact met de polikliniek kindergeneeskunde kunnen huisartsen (en assistentes) gebruik maken van huisartsenlijn (058-2863388). U krijgt dan gelijk een medewerker van het secretariaat aan de telefoon.

Daarnaast nog het verzoek om bij verwijzen naar de polikliniek kindergeneeskunde rekening te houden met het feit dat een afspraak pas kan worden ingepland als de verwijfsbrief aanwezig is.



## Stafgezichten op de app

Huisartsen en specialisten zijn vanaf de introductie van de MCC-app beter zichtbaar.

Doordat u zelf de gegevens up to date kunt houden, door ze na inloggen zelf bij te werken, bent u altijd optimaal vindbaar en bereikbaar. Bent u uw inloggegevens kwijt? Dan kunt u een nieuwe code aanvragen bij het MCC Leeuwarden (MCCLeeuwarden@znb.nl).

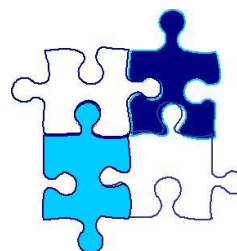
## OPROEP

Voor de organisatie van de klinische lessen zijn we op zoek naar een nieuw huisartsenlid voor de klinische lescommissie.

Mocht u het leuk vinden om mee te denken over de onderwerpen die aanbod komen en af en toe gespreksleider willen zijn bij een klinische les dan kunt u zich aanmelden via [MCCLeeuwarden@znb.nl](mailto:MCCLeeuwarden@znb.nl).

## ZorgDomein

- De verwijzing kinderneurologie komt te vervallen. Kinderen met neurologische klachten met uit zondering van trauma capitis kunnen naar de kinderartsen worden verwezen.
- Graag herinneren we u er aan dat u in het kader van 1,5-lijns zorg, via ZorgDomein, patiënten met klachten aan de houding - en bewegingsapparaat of sportletsels kunt verwijzen naar dhr. J.W. Huisman, Kaderarts Bewegingsapparaat en Sportgeneeskunde.



### Voor vragen/informatie over Zorgdomein:

Joke Kuperus (coördinator) T: 7395 E: [joke.kuperus@ZNB.nl](mailto:joke.kuperus@ZNB.nl)

# AGENDA TRANSMURALE ACTIVITEITEN

## September

19 Transmurale commissie  
27 t/m 29 Oldehovecursus week 1

## Oktober

4 t/m 6 Oldehovecursus week 2

## November

14 Transmurale commissie  
28 Koepelgroep  
28 Overleg huisartsen, medische staf en directie

## Overzicht klinische lessen 2017

November  
15 Palliatieve zorg

# MUTATIES

## Huisartsen

### **Vertrokken**

Juli 2017 Dhr. S. Neshat (huisarts te Holwerd) heeft zijn praktijkwerkzaamheden beëindigd.

### **Wijziging**

Juli 2017 Mw. D.A.J. Zwarts en mw. S.M. Wouters-Kiewiet hebben de huisartsenpraktijk van dhr. S. Neshat te Holwerd overgenomen.

### **Nieuw *niet bekend***

## Specialisten MCL/MCL Harlingen

### **Vertrokken**

Januari Dhr. W.J. Fagel, internist-nefroloog  
Februari Mevr. C. Boonstra, klinisch geriater  
Maart Mevr. E.K. Serlier, gynaecoloog  
Dhr. K. Teeuwen, cardioloog  
April Dhr. J.M.P. Collins, radioloog  
Dhr. J. ten Holder, longarts chef de Clinique

### **Nieuw**

Maart Mevr. M.E. Witte, vaatchirurg  
Dhr. R.P. de Wildt, plastisch chirurg  
April Mevr. I.M. Wymenga, radioloog  
Mei Mevr. N. Molders, dermatoloog  
Dhr. A.M. Solouki, radioloog  
Juni Dhr. P.H.W. Lubbert, chirurg traumatoloog  
Mevr. A.N. van der Meer, longarts  
Juli Dhr. P.T. van Noord, anesthesioloog  
Dhr. I.J. van den Elskamp, radioloog

# PROGRAMMA OLDEHOVE 2017

## Woensdag

- 17:30 uur Vertrek boot vanaf Holwerd  
19:00 uur Buffet  
21:00 uur Tijd voor taal (kennisquiz)

## Donderdag

### **Digitale tijd**

- 9:00 uur Inleiding  
9:10 uur Social media Quiz  
9:30 uur Kansen van social media en e-Health; waar liggen voor u de kansen en uitdagingen op het internet?  
*Bertho Nieboer, gynaecoloog UMC Radboud*
- 10:30 uur Pauze
- 11:00 uur Voorbeelden van digitale communicatie in en rondom Leeuwarden  
*Anton Wegman, applicatie beheerder MCL*
- 11:30 uur Casuïstiek digitale communicatie (rollenspel)  
*Bertho Nieboer, gynaecoloog UMC Radboud + acteur*
- 12:30 uur Lunch
- 13:30 uur **Waar blijft de tijd**  
Wat we over herinneren en vergeten moeten weten  
*Douwe Draaisma, Hoogleraar Geschiedenis van de Psychologie, RuG*
- 15:15 uur Pauze
- 15:45 uur **Vrijetijd**  
Met keuze uit een drietal activiteiten
- 19:00 uur Diner + muziek bij strandtent Sjoerd

## Vrijdag

### **De tijd dringt**

- 9:00 uur Inleiding door SEH-arts  
9:15 uur ABCD-systematiek  
9:50 uur Workshop 1
- 10:30 uur Pauze
- 11:00 uur Workshop 2  
11:45 uur Workshop 3
- 12:30 uur Lunch
- 13:30 uur **Vijf minuten de tijd**  
Vijf minuten praatjes door huisartsen en specialisten
- 15:30 uur Einde
- 16:30 uur Vertrek boot vanaf Ameland

### **Accreditatie**

Wordt aangevraagd voor huisartsen, specialisten ouderengeneeskunde (10 uur) en specialisten (8 uur).

### **Deelnemersbijdrage**

€ 475,00

### **Aanmelding**

[www.mccleuwarden.nl/oldehove](http://www.mccleuwarden.nl/oldehove)

Sluitingsdatum inschrijving: 1 september 2017

# Oldehovecursus

Thema: 'The Times They are a Changin'



## Organisatiecommissie 2017

Dhr. Dr. W.E. Fiets, internist

Dhr. A.A. Iemhoff, huisarts

Mw. J.A. Klatter, huisarts

Mw. F. Kooistra, specialist ouderengeneeskunde

Dhr. S. Koopal, chirurg

Dhr. J.R. Lievense, huisarts

Mw. S.A. Menkveld-Patist, SEH-arts

Mw. Dr. D.A.M. Perquin, gynaecoloog

Dhr. F. Venema, huisarts

Dhr. P.J. ten Wolde, huisarts

Mw. M.C. Zuur-Telgen, coördinator MCC