



# Docendo Orbis

" 'n wereld in nascholing "

## **Nascholing huisarts, SO en bedrijfsarts**

**20 – 27 januari 2023**

### **Sportgeneeskunde**

#### **Docent; Huib Plemper sportarts**

##### Inleiding

Sportgeneeskunde is een relatief nieuwe loot binnen de medische wereld in Nederland. In 1986 werden de sportartsen geregistreerd binnen het register van de Sociale Geneeskunde. Dit was een historisch moment en een grote stap voorwaarts. In de daaropvolgende jaren kwamen er steeds meer nieuwe sportartsen die hun werkzaamheden verlegden van sociaal geneeskundige inhoud naar meer curatief werk. In 1993 startte zelfs een sportarts zijn werkzaamheden in een intramurale setting, hierna volgden vele anderen. Anno 2015 zijn er bijna 30 ziekenhuizen die sportgeneeskunde binnen de muren hebben.

Inmiddels is Sportgeneeskunde per 1 juli 2014 erkend als volwaardig Geneeskundig Specialisme. Daarmee is de sportarts een gelijkwaardige partner geworden van andere medische specialisten

waardoor samenwerking en onderlinge doorverwijzing gemakkelijker wordt. Sport en beweging zijn belangrijk voor mensen en de sportgeneeskunde speelt een belangrijke rol bij het verkleinen van de gezondheidsrisico's van sporten. Sportartsen adviseren op het gebied van preventie en kunnen nadelige gevolgen vroegtijdig onderkennen. Daarmee zijn die gevolgen minder groot en minder ernstig. Vanaf 1 januari 2016 is niemand, dus ook niet ouderen en chronisch zieken die (wil gaan) sporten, nog langer afhankelijk van hun aanvullende verzekering om medische zorg van de sportarts vergoed te krijgen. Vergoeding van het preventief sportmedisch onderzoek blijft wel afhankelijk van de aanvullende verzekering.

## **Leerdoel**

### **o Wat is sportgeneeskunde**

Hierin een uitleg hoe sportgeneeskunde is ontstaan, hoe ziet de (huidige) opleiding eruit en vooral, wat zijn de competenties van de sportgeneeskunde/sportarts. Wat doen sportartsen exact en wie moeten/kunnen de huisartsen verwijzen naar de afdeling sportgeneeskunde.

### **o Knie-/schouder en hiel/voet onderzoek**

De huisarts ziet veel problemen die betrekking hebben op het bewegingsapparaat. Bij nascholingen merk ik, als sportarts, vaak dat huisartsen zich hierbij niet altijd 'senang' voelen. In deze cursus zullen we drie blokken onderwijs stoppen die hiermee helpen. Heel laagdrempelig, hands-on in kleine groepen. Niet teveel de diepte in, maar zeer pragmatisch voor morgen in de behandelkamer van de huisartsen.

### **o Spiro-ergometrie of terwijl ademgasanalyse**

Het gebruik van ademgasanalyse-apparatuur tijdens de inspanningstest (spiro-ergometrie) heeft 2 belangrijke functies.

Ten eerste kan het omslagpunt ("hartslag waarbij verzuring optreedt") worden bepaald en ten tweede kunnen inspanningsgerelateerde klachten en onbegrepen prestatiedaling uitgebreid worden geanalyseerd. o Voor het bepalen van het omslagpunt is spiro-ergometrie betrouwbaarder dan lactaatmetingen. Bij een spiro-ergometrietest krijgt de sporter een mondkap voor en wordt elke ademhalingsteug geanalyseerd. Er wordt precies gemeten hoeveel zuurstof (O<sub>2</sub>) wordt opgenomen en hoeveel kooldioxide (CO<sub>2</sub>) wordt uitgeademd. Met deze gegevens kan het omslagpunt vrij nauwkeurig worden bepaald. Middels het bepalen van het omslagpunt kunnen de verschillende hartslagzones worden vastgesteld en kan de sporter gericht trainen. Verder wordt de maximale zuurstofopname (VO<sub>2</sub>max) gemeten, hetgeen een zeer betrouwbare maat voor de duurbereikbaarheid is. o Spiro-ergometrie wordt ook toegepast wanneer er sprake is van inspanningsgerelateerde klachten zoals bijv. pijn op de borst, duizeligheid of benauwdheid dan wel wanneer er sprake is van een onbegrepen prestatie-afname.

**Leerdoel;**

Middels verschillende metingen kan worden bepaald welk orgaansysteem (hart, luchtwegen/longen of spieren) de oorzaak van de klachten is.

**Palliatieve zorg en (mond)zorg ouderen door Dr. Gert Jan van der****Putten, specialist ouderengeneeskunde en mondpathologie door Bart vd Bergh  
MKA chirurg**

Iedere (huis)arts en tandarts heeft een aantal palliatieve patiënten in zijn praktijk en is dan ook betrokken bij palliatieve en terminale zorg. Paradoxaal genoeg zal de bemoeienis daarmee alleen maar toenemen. Juist door verdergaande ontwikkelingen in de geneeskunde zijn patiënten langer 'palliatief'. Zowel patiënten met hart- en vaatziekten als patiënten met allerlei oncologische aandoeningen en andere chronische ziekten blijven tegenwoordig langer in leven en door maatschappelijke ontwikkelingen veel langer thuis, maar hun behandeling is niet meer gericht op beter worden. Aanvankelijk gaat het nog om verlenging van het leven, maar er komt een punt dat ook dat niet meer aan de orde is. Het gaat er dan om het leven zo comfortabel mogelijk te houden. Het is vaak moeilijk om het markeringspunt vast te stellen – wanneer is er sprake van een beperkte levensverwachting en wanneer is het dus tijd om de verwachtingen ten aanzien van de behandeling samen met de patiënt op een rijtje te zetten? Welk handelen wordt (nog) gewenst en hoe reëel zijn de verwachtingen? De noodzakelijke afwegingen betreffen vaak ingewikkelde problemen en zijn soms moeilijk aan de orde te stellen.

Onderwerpen die dit dagdeel worden besproken zijn:

- Definitie van Palliatieve zorg en hoe wordt de palliatieve- en terminale fase gemarkeerd?
- Behandelen van oncologische wonden
- Moeilijk te behandelen pijn in de palliatieve fase.

De stijgende levensverwachting betekent voor (mond)zorgverleners dat het doel van een levensloopbestendige mondgezondheid bij hun patiënten een steeds grotere uitdaging wordt. Immers, veroudering op zichzelf is geen reden tot verlies van gebitselementen, maar gedurende het leven worden de mondgezondheid en algemene gezondheid op verschillende manieren bedreigd, waardoor gebitselementen verloren kunnen gaan en mensen lang of kortdurend ziek kunnen worden.

Onderwerpen die worden besproken zijn:

- Een levensloopbestendig gebit en de rol van een mondzorgplan.
- Gevolgen van verlies van gebitselementen

Dat het water in de mond loopt bij het ruiken van een geurige drank of gerecht is een werkelijkheid voor de meeste mensen. Ook als elkaar smakelijk eten wordt toegewenst, wordt er min of meer automatisch van uitgegaan dat een maaltijd goed zal smaken. Smaakperceptie en -genot zijn onderhevig aan een scala van individuele en cultureel bepaalde factoren. De reuk is ook een essentiële zintuiglijke functie om blootstelling aan gevaren zoals bedorven voeding, lekkage van gas en brand op het spoor te komen. In het geval van smaak- en/of reukstoornissen zijn zelfs de lekkerste gerechten smakeloos of soms vies van smaak. Een tweede klacht die patiënten met een smaak- en/of reukstoornis regelmatig uiten, is dat zij worden gekweld door een alles overheersende, vaak continu aanwezige, onplezierige smaak. Het optreden van dergelijke smaak- en/ of reukstoornissen kan leiden tot een verminderd voedselgenot en een geringere levensvreugde. Een gevolg hiervan kan zijn dat mensen in een vorm van sociaal isolement terechtkomen als zij niet kunnen genieten van maaltijden. Na ongeveer het 65ste levensjaar blijkt de reukperceptie geleidelijk te verminderen. Naast permanente stoornissen kunnen ook tijdelijke smaakstoornissen optreden die dagelijks kunnen voorkomen.

Er wordt ingegaan op de

anatomie en de fysiologie die aan de reuk- en smaakperceptie ten grondslag liggen. Hierbij wordt aandacht besteed aan tijdelijke stoornissen, meer permanente veranderingen en aan de processen die van belang zijn voor de reuk- en smaakperceptie. Aangezien speeksel een belangrijk onderdeel is bij de smaakperceptie, zal ook hier aandacht aan worden besteed.

Onderwerpen die worden besproken zijn:

Anatomie, fysiologie en pathologie, inclusief speekselklieren

Invloed van veroudering

Invloed van medicatie

Programma onder voorbehoud van wijziging