

Contactblad ACHG

KU LEUVEN

ACADEMISCH CENTRUM
HUISARTSGENEESKUNDE

Oktober - november - december 2020

DRIEMAANDELIJKS TIJDSCHRIFT • JAARGANG 30 • NR. 1 • Afgiftekantoor: Leuven MassPost P911471

IN DIT NUMMER:

- Editoriaal1
- Onderzoek2
- ebpracticenet10
- ACHG publicaties12
- ACHG in de media.....14
- Leuk nieuws15
- Agenda16

Help de huisarts verzuipt!?

De huisarts als medisch ankerpunt voor een betaalbare, inclusieve en geïntegreerde gezondheidszorg. Eén jaar geleden werd dit door Domus Medica, huisartsen in opleiding, de academische centra voor huisartsen en het ASGB ondertekend en gelanceerd via een memorandum. Met een heel duidelijke boodschap: ondersteun de huisarts. Enkele maanden na het uitbreken van de Covid-19 pandemie blijkt dat huisartsen inderdaad het medisch ankerpunt zijn, een bakken van rust voor de bevolking en samen met lokale autoriteiten, ziekenhuizen en andere collega's op de eerstelijns het heft in handen nemen. Als nu de huisarts kapseist en het laat afweten zal het hele gezondheidssysteem in België als een echte Titanic ten onder gaan. Oudere huisartsen haken af, veel jonge collega's zien het niet meer zitten. Erken de duidelijke rol van de huisarts om samen met de andere disciplines op de eerste lijn en met alle andere specialismen een inclusieve, betaalbare zorg aan de bevolking te bieden in de toekomst met respect voor elke mens.

De huisarts zorgt ervoor dat de patiënt en zijn mantelzorgers maximaal betrokken worden bij de zorgplanning. Dat dit een belangrijke component is hebben we gezien bij de lockdown en de schrijnende toestanden in de woonzorgcentra. Huisartsen hebben daar maximaal ingezet op het aanbieden van zorg gericht op de realisatie formuleren van levensdoelen met de bewoners samen met de verschillende zorgverleners binnen deze woonzorgcentra.

In de huisartsenpraktijk wordt de doelgroep geïdentificeerd en afgelijnd op basis van de beschikbare lokale epidemiologische gegevens. Dit heeft het mogelijk gemaakt om snel en accuraat de toename van bovenste luchtweginfecties en griepale aandoeningen in kaart te brengen via de COVID-19 barometer die mee het beleid bepaalt van onze overheid.

De zorg in de huisartsenpraktijk wordt maximaal ondersteund door de wetenschappelijke evidentie en richtlijnen afgestemd op de verschillende disciplines en leidend tot een uniform en eenduidig advies aan de patiënt, de zorgverstrekkers en het locoregionale beleid. In deze huisartsenpraktijk wordt een implementatie, evaluatie en verfijning van de richtlijnen doorgevoerd op basis van de toepassing ervan en de uitkomsten van de

zorg in de dagelijkse praktijk. Er is geen enkele beroepsgroep die de laatste maanden zo frequent geconfronteerd is met zich steeds sneller opvolgende aanbevelingen. →



Editoriaal

Editoriaal

→ Praktijken met huisartsen hebben maximaal ingezet op het gebruik van de digitale mogelijkheden zoals videoconsulten en het collecteren van epidemiologische data en hebben bewezen dat ze ook telefonisch kunnen triëren.

In de eerstelijnszone worden de disciplines die betrokken zijn bij de zorg voor de doelgroep samengebracht. Huisartsen hebben bewezen dat ze een leidende rol opnemen samen met partners uit de zorg en welzijn en de lokale besturen. Het voorbeeld van de contacttracing en de uitwerking ervan op lokaal niveau is daar een voorbeeld van.

Geef de moderne huisarts de positie die deze professional verdient. Een moderne huisartsgeneeskunde met een duidelijke rol en functie in de eerste lijn zoals beschreven in ons memorandum. Een professional die onze kwetsbare mensen ondersteunt, snel en accuraat problemen opspoorst in een onzeker landschap, mensen helpt om samen te beslissen en samenwerkt in een sfeer van vertrouwen met elke andere partner rond gezondheid en welzijn. Doe het voor het te laat is. Ik heb graag nog een huisarts aan mijn bed die me helpt bij moeilijke beslissingen, als ik het zelf niet meer weet of in mijn laatste dagen. Een vertrouwde huisarts die me bijstaat en raad geeft.

Bert Aertgeerts



© Adobe Stock

Onderzoek

Een nieuwe generatie binnen het onderzoeksteam!

Sinds vorige editie zijn er heel wat mensen bijgekomen in ons onderzoeksteam. Welkom allemaal!

Simon Gabriël Beerten



Onderzoek doen heeft mij altijd al geboeid. De praktische kant van de dingen, hoe alles werkt, hoe de wereld draait, waarom de zaken zijn zoals ze zijn. De keuze voor geneeskunde was een weloverwogen beslissing uit mijn kindertijd, gegroeid uit de wil een steentje bij te dragen aan de maatschappij. Ergens in dat parcours heb ik ook een master moleculaire biologie behaald, uit interesse voor de kleinere deeltjes. Hoewel ik mij nu niet meer actief bezighoud met biologie, blijft de fascinatie wel op de achtergrond aanwezig. Mijn doel is de uitdagingen en ervaringen uit die twee studierichtingen te kunnen samenbrengen in een groter geheel.

In mijn niet-professionele leven houd ik mij vooral bezig met muziek, schrijven en kaartspelen. Als klassiek pianist tracht ik, buiten de jachtigheden van het werkleven om, een repertoire te onderhouden en af en toe wat muziek op papier te zetten. Ik schrijf

ook graag proza in rustigere momenten. Daarnaast heb ik een passie voor bridge, een denksport die ik regelmatig in competitieverband beoefen.

Shani De Coster

Deze zomer studeerde ik af in biomedische wetenschappen.

Vanaf september zal ik de fakkel overnemen van Lore als studietoördinator van de Big Bird studie. Deze studie is mij echter niet ongekend, gezien ik in 2019 tijdens mijn stage hier ook aan meewerkte.

Ik groeide op in het gezellige dorpje Hoegaarden, u wellicht gekend van het lekkere bier. Deze zomer verhuisde ik samen met mijn vriend naar een appartement in Heverlee. Mijn vrije tijd besteed ik voornamelijk aan het maken van wandelingen in de natuur, reizen (voor corona dan toch), lezen en cafeetjes en restaurants bezoeken.?





Ik kijk alvast erg uit naar dit nieuwe avontuur. Vanaf midden augustus kan je mij tegenkomen in het ACHG. Hopelijk tot binnenkort!

Ruben Burvenich



Mijn naam is **Ruben Burvenich** en zal jullie vanaf september aan $\pm 60\%$ vervoegen in het ACHG als doctoraatsstudent onder supervisie van Prof. Dr. Jan Verbakel. De afgelopen twee jaar ben ik met veel plezier huisarts-in-opleiding geweest in een groepspraktijk te Beverlo. Ik ben blij vanaf oktober aan $\pm 40\%$ te kunnen werken als 'echte' huisarts in de Heverleese groepspraktijk De Blom. Wat mijn onderzoek betreft zal de focus vooral maar niet uitsluitend liggen op het ARON project in navolging van de ERNIE 4 trial. In mijn huisartsenstages heb ik aangenaam kennis gemaakt met Jan in zijn praktijk en gedurende de afgelopen twee jaar heb ik veel voldoening en stimulerende uitdaging gevonden in schrijven van mijn masterpaper en meer in het algemeen het ontdekken van de wetenschappelijke wereld en haar methodes. Naar aanleiding van een spontane sollicitatie bij Jan nam ik kennis van het interessante ARON project waar hij een onderzoeker voor zocht, een ideale opportuniteit die me als muziek in de oren klonk!

Over muziek gesproken, sedert een 20-tal jaar ben ik gepassioneerd muzikant, zeg maar melomaan. Na enkele zeeën doorzommen te hebben (van rock en studio gitarist tot een bachelor in de klassieke compositie) ben ik nu trots lid van a capella collectief Epiphony. Met vijf jonge heren gaan we terug naar de wortels van de muziek: ongegeleide samenzang. Daarnaast heb ik sterke interesses in filosofie, ethiek, ruimtevaart, wis- en natuurkunde. In een poging wat tegengewicht te geven aan al dat grote nerdgehalte, tracht ik fit te blijven met weerstandstraining of door te gaan joggen.

Ik werk graag zowel zelfstandig als in groep. Het mijn overtuiging dat je samen veel sterker staat en veel verder komt dan alleen. Ik probeer een sterke teamspeler te zijn en geef graag steun en door een luisterend oor aan te bieden wanneer nodig. Het is mijn wens en ik verbind me ertoe op een positieve manier bij te dragen aan de groepsdynamiek/-sfeer binnen het ACHG, die naar ik hoor zeer positief is. Ik kijk er naar uit samen met jullie me te verdiepen in de fascinerende en uitdagende wereld van het wetenschappelijk onderzoek. In de loop van de zomer zal ik reeds in beperkte mate aanwezig zijn, om vanaf september *full throttle* van start te gaan.

Julie Domen

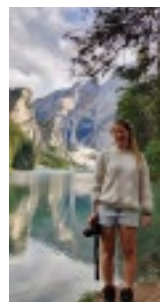
Julie Domen zal meewerken aan de KIWI-trial. Onlangs studeerde ik in midden corona-tijd af als huisarts. Hoewel deze periode zeker niet mijn meest favoriete is, gaf het mij wel de kans om mee te werken aan een Cochrane review die de "signs and symptoms" nagaat voor de diagnose van covid-19. Dit gaf mij de overtuiging om verder te doen met onderzoek. De KIWI-trial is een internationale trial met Utrecht als sponsor en KU Leuven als coördinator van de Belgische sites. Deze zal salbutamol puffs vergelijken met placebo puffs bij 300 kinderen van 6-24 maanden met wheezing die op consultatie komen bij de huisarts of pediater. Naast deze studie zal ik dit academiejahr ook nog halftijds als huisarts werken in een opstartende huisartsenpraktijk in Wilrijk en als eeuwige student starten aan de opleiding epidemiologie.



Liselore De Rop

Binnen twee weken rond ik mijn opleiding als huisarts af. Vanaf oktober start ik als wetenschappelijk medewerker op de Aronstudie. Ik zal dit combineren met twee dagen in de week te werken als huisarts in een praktijk in Bergerhout. In deze praktijk doe ik mijn laatste jaar stage. Ik kijk enorm uit om mee te starten met de Aronstudie en tegelijkertijd ook nog verder te werken als huisarts. Op deze manier kan ik de patiënten die ik na een jaar goed heb leren kennen verder opvolgen. Ik studeerde geneeskunde aan de KU Leuven. Voor mijn masterpaper huisartsgeneeskunde deed ik onderzoek over het gebruik van de CRP sneltest bij kinderen.

In mijn vrije tijd hou ik me graag bezig met sporten en reizen. Meestal waag ik me aan verre reizen, maar deze zomer was dat niet mogelijk. In de plaats daarvan trok ik deze zomer naar Italië voor een heerlijke combinatie van cultuur en natuur. Zoals vele Belgen ben ik tijdens de lockdown met een nieuwe hobby gestart. Ik legde me toe op lopen en kocht mezelf een koersfiets. Sindsdien vind ik het heerlijk om in het weekend lange fietstochten te maken en op die manier delen van Vlaanderen en Nederland beter te leren kennen.



Bij het in druk gaan van deze editie waren zij er nog niet maar **Erinn D'Hulster** en **Arne Janssens** zullen vanaf oktober 2020 het team versterken.

COVID-19 Barometer

Sinds 13 maart wordt ons land in de greep gehouden door de COVID-19 pandemie, met een enorme impact op onze patiënten en onze praktijken. Als huisartsen hebben we snel moeten schakelen om onze zorg te herorganiseren. We werden geconfronteerd met grote tekorten aan beschermingsmateriaal, ongeruste patiënten en het 'on-hold' zetten van de chronische zorg. Bovendien werden we overspoeld door een lawine aan informatie en nieuwe en constant veranderende richtlijnen. Onze stressbestendigheid als huisartsen werd en wordt erg op de proef gesteld.

Vanuit het ACHG hebben we ook snel geschakeld om de impact van de pandemie op onze praktijken in kaart te brengen. Met het consortium eerstelijnsdata (samen met UGent, UAntwerpen en Sciensano) hebben we het voortouw genomen om de COVID-19 barometer te ontwikkelen. In een recordtempo werd deze barometer ontwikkeld (eForm en portaal Healthdata.be) en goedgekeurd door het Informatieveiligheidscomité en het Ethisch Comité van UZ/KU Leuven. Op 19 maart had elke huisarts, CRA en triagepost in België de mogelijkheid om dagelijks de barometer in te vullen.

Met de barometer werden drie types van indicatoren verzameld in huisartsenpraktijken:

- 1) indicatoren over de capaciteit van de praktijk zowel op kwantitatief als kwalitatief vlak,
- 2) indicatoren over de beschikbaarheid aan persoonlijk beschermingsmateriaal en de nood daaraan,

3) indicatoren over het aantal consultaties (voor respiratoire klachten) en doorverwijzingen naar een triagepost of spoed voor het vermoeden van COVID-19. Samen met de bedrijven Doclr en Vioras werden de resultaten van de eerste twee indicatoren gevisualiseerd en dagelijks bezorgd aan de kringbestuurders en tweewekelijks aan de eerstelijnszone coördinatoren, zodat zij met deze gegevens hun beleid en ondersteuning van praktijken gericht konden bijstellen. Ook andere eerstelijnsberoepsgroepen sloten zich bij het barometerproject aan, zoals de apothekers, vroedvrouwen en verpleegkundigen.

De indicatoren van het type (3) werden gebruikt voor de epidemiologische surveillance. Samen met de biostatistici van de UHasselt werden 'early warning scores' gebouwd die toelaten het aantal nieuwe hospitalisaties voor COVID-19 twee weken op voorhand te voorspellen. Deze vroegtijdige informatie is dus essentieel om een gepast beleid te voeren met het oog op de inperking van de impact van deze crisis. Nadeel is dat dit een heel ruwe indicator is, en geen onderscheid maakt tussen acute luchtweginfecties, griepale syndromen en bewezen COVID-19 infecties.

In totaal hebben 3.769 huisartsenpraktijken minstens éénmaal de barometer ingevuld tussen 19 maart en 31 mei en ongeveer 20% va, de praktijken stuurden minstens 2x per week hun gegevens in. Sinds juni wordt er gevraagd om de barometer nog een maal per week in te vullen.



Mede dankzij de barometer zijn de Eerstelijnszones in Vlaanderen versneld geactiveerd. De netwerken zijn uitgebouwd, zorgraden werden geïnstalleerd en COVID-19 teams met een medische expert zijn gestart. Vanuit Domus Medica, de academische centra huisartsgeneeskunde en het Vlaams Instituut voor de Eerstelijns (VIVEL) worden de eerstelijnszones actief ondersteund in het opnemen van hun taken. Dit zal in de toekomst leiden tot een sterkere eerstelijns en betere organisatie van eerstelijnszorg in deze zones.

Sinds begin september, met de terugkeer van reizigers en de heropening van de scholen, hebben veel praktijken hun belasting weer exponentieel zien toenemen. In deze periode starten ook weer de klassieke luchtwegeninfecties en vanaf de winter het griepseizoen. In de huidige COVID-19 context zien we bovendien ook meer ongeruste mensen met banale klachten, die in de afgelopen jaren de huisarts niet zouden hebben gecontacteerd. Vanuit de bestaande registratienetwerken (Intego, peilpraktijkennetwerk) worden deze evoluties opgevolgd. Deze registratienetwerken zijn representatief voor Vlaanderen en de provincies, maar zijn niet in staat om die evoluties in lokale eerstelijnszones op te volgen. In dit opzicht werd de barometer aangepast om op lokaal niveau (eerstelijnszones) de epidemiologische situatie te monitoren en ons beleid hierop te kunnen afstemmen.

Vanaf oktober zullen alle Belgische huisartsenpraktijken toegang hebben tot de COVID-19 barometer versie 2.0. In elk EMD zullen dagelijks, automatisch statistieken gemaakt kunnen worden die met een eenvoudige eForm kunnen doorgestuurd worden. Dit proces zal bovendien niet langer dan 1 à 2 minuten duren. De bedoeling is op deze manier snel de epidemiologische situatie in elke eerstelijnszone te kunnen monitoren. Om dit project te doen slagen zijn we concreet op zoek naar 3.500 huisartsen in België die zich engageren om minstens 2 maal per week vanuit hun praktijk de barometer versie 2.0 in te vullen. Het RIZIV is zich bewust van het belang van dit project en er wordt een financiering voorzien voor de deelnemende artsen.

Bert Vaes





Lokale contact-tracing

Een poging van verslag van een woelige periode van eind juli tot midden september 2020

Gijs Van Pottelbergh, huisarts, bestuurder van de Leuvense huisartsenkring Khobra, Coördinator van het chronic care netwerk zorgzaam Leuven en verbonden aan het ACHG.

Ik zou voor dit stuk een lange inleiding kunnen schrijven. Iets zoals “we zagen het van ver aankomen en hebben de Vlaamse overheid gewaarschuwd dat het niet goed genoeg ging werken” Maar dat doet er niet echt meer toe op dit moment.

In juli was het overduidelijk dat de centrale contact-opsporing gaten vertoonde. Niet iedereen werd bereikt na besmettingen en

vooral sociaal zwakkere personen werden onvoldoende bereikt en opgevolgd. Maar ook de lokale spelers (huisartsenkringen, lokale besturen, eerstelijnszones, ...) hadden geen goed zicht op wat er aan de hand was. Ook was al snel duidelijk dat er buiten het call centrum maar een beperkt Vlaams team was om bron-opsporing (waar raakte iemand besmet) en cluster-opsporing (waar gebeuren er meerdere besmettingen) uit te voeren. Dit alles gaf veel frustraties en allerhande lokale initiatieven ontstonden rond die tijd.

Die veelheid aan lokale initiatieven creëerde echter ook problemen door hun verscheidenheid, door de manieren waarop er met data omgegaan werd en vooral ook door de vraag naar de duurzaamheid en haalbaarheid van deze initiatieven zonder ondersteuning.



Er was dus zowel lokaal in Leuven, waar ikzelf al jaren actief ben binnen de huisartsenkring en initiatieven rond organisatie van zorg zoals zorgzaam Leuven, als op Vlaams niveau een zeer grote en urgente nood aan ondersteuning en duidelijkheid.

De andere plannen die ik had in de maand augustus werden dus volledig opgeborgen voor het opstarten van Leuvense contactopsporing, afstemmen van deze contactopsporing met het Vlaams Agentschap en leren uit dit alles om deze kennis en tools onder de andere zones van Vlaanderen te verspreiden. In normale tijden zou dit een project geweest zijn van meerdere maanden of zelf langer maar nu werd het in enkele weken doorlopen. Ik splits dit verhaal op in meerdere stukken die uiteraard samenhangen en door elkaar lopen in de realiteit.

Welke personen hebben Corona en hoe vinden we die zo snel mogelijk?

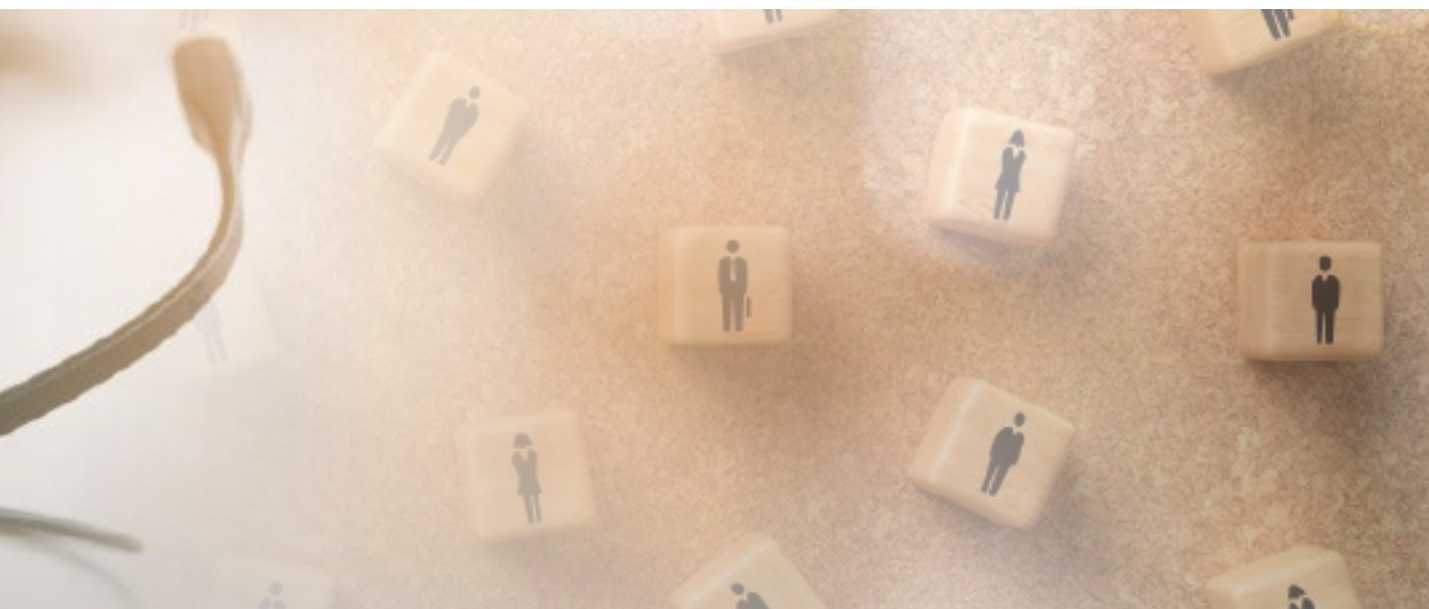
Informatie moet je gaan halen waar die te vinden is. Er zijn twee directe bronnen van informatie over wie Corona opgelopen heeft: De huisartsen die testen hebben (laten) afnemen en de labo's die de testen analyseren. Een indirecte bron is het centrale register waarop de dagelijkse cijfers in de media gebaseerd zijn. Dit register was echter een van de sterk vertragende factoren in juli en die informatie was voor lokale spelers ook niet toegankelijk. Dus begonnen we met info van huisartsen en labo's op te vragen. En we lieten die info toekomen met een huisartsen per regio. Op verschillende plaatsen startte regio's zoals Antwerpen, Leuven, Genk, ... met min of meer dezelfde strategie: gegevens van huisartsen en naar 1 huisarts (een zo genaamde single person of contact SPOC) sturen die dan samen met lokale spelers aan de slag gingen om contact-opsporing en bron-opsporing te starten.

Wie mag deze informatie krijgen en onder welke voorwaarden?

Veilig en efficiënt dataverkeer was echter een groot probleem. De Siillo app is oke qua beveiliging maar vrije tekst, mails zijn minder evident, telefoon is ook maar geeft veel overschrijfwerk en allerhande google drive oplossingen zijn ook niet perfect. Er was daar dus nog heel wat te doen om het zowel "GDPR proof" te maken als om het efficiënt te maken. Ook waren er veel vragen over "mag dit alles wel?". In overleg is besloten dat, verder bouwend op diverse bestaande adviezen, de volksgezondheid primeert gezien de besmettelijkheid maar dat we toch maximaal gaan proberen de informed consent van de patiënt te vragen.

In een record tempo werd op aansturen van Bert Vaes een eForm ontwikkeld die het mogelijk maakte om bij een besmetting gestructureerd informatie vanuit het dossier van de huisarts te versturen naar 1 collega per regio. Informatie die het dan mogelijk maakte om rond de kwetsbaarheid en familiale situatie van deze positief geteste persoon een inschatting te maken. Een "eForm" die dus met de toestemming van de persoon zelf de aanmelding vormt bij het lokale niveau.

In de loop van augustus kreeg deze ene medische expert per ELZ ook toegang tot de gegevens van de zorgatlas. Deze bevat per postcode de namen van de personen die positief getest zijn met woonplaats en telefoonnummer zoals deze doorgegeven zijn aan het Vlaams contactcenter. Op die manier kregen we een vollediger zicht op de gemelde besmettingen per regio.



Onderzoek

Wie contacteert deze personen en met welke vragen?

Er zijn goede redenen om personen met corona te contacteren

- Snappen ze wat isolatie inhoudt? Hebben ze hier vragen rond?
- Zijn de personen uit hun omgeving al op de hoogte en zijn deze in quarantaine gegaan als ze hoog risico hebben en zijn deze getest?
- Is er een zorgnood bij deze personen? Hebben ze nood aan extra ondersteuning vb boodschappen halen, ... o.w.v. hun isolatie.
- Wat kan de bron van hun besmetting geweest zijn?

In snel-tempo hebben we al doende dus een draaiboek gemaakt voor deze telefonische vragen en een Excel bestand met meerdere gestructureerde en niet gestructureerde velden om al deze info in te verzamelen.

Wat doen we met al deze informatie?

Het eenvoudige antwoord is meer proberen te weten te komen over de omstandigheden waarin personen besmet geraken en in functie hiervan proberen gepaste maatregelen te nemen. Dit is echter een complexe puzzel in meerdere dimensies zoals: tijd, plaats en soort van activiteiten.

Zo snel mogelijk hopen we ook met moderne data-analyse technieken toe te passen op deze dataset en meer te weten te komen over de omstandigheden waarin mensen besmet geraken en eventuele clusters van besmettingen die op het eerste zicht onder de radar blijven.

Wat met scholen, universiteiten, ...?

Op het moment van het schrijven van dit stuk is dat inderdaad een uitdaging waar we voor staan. Wat gaat het effect zijn van het openen van de secundaire scholen en het hoger onderwijs. Gaan daar veel besmettingen optreden. Op zich is de schoolsituatie vermoedelijk redelijk oke maar wat er voor en na de school gebeurt is meer zorgwekkend en hetzelfde voor het kot en studentenleven. We hebben zo goed mogelijk overlegd de voorbije weken met alle betrokkenen om deze uitdaging op te vangen. Niet zo evident want zowel voor het secundair onderwijs als voor het hoger onderwijs komen studenten van over Vlaanderen en zelfs van over heel de wereld naar Leuven en het zal niet evident zijn om steeds op de hoogte zijn van besmettingen om tijdig de juiste maatregelen te nemen.

Hoe maken we een systeem dat de komende maanden kan doorstaan?

We zijn hals over kop hieraan begonnen en hebben letterlijk alles

laten vallen waar we mee bezig waren. Niet echt een duurzaam begin dus. Maar we hebben ook hard gewerkt aan iets duurzaam. Het systeem met de eForms en medische expert per eerstelijnszone die alle informatie te zien krijgt is een belangrijke stap naar echte public health. Er zijn reeds door het ACHG samen met Domus Medica, het agentschap en VIVEL 2 Webinars gegevens voor de medische experten per regio en de medewerkers van deze lokale contactopsporing. We bieden ook continu een hulplijn en proberen van elkaars voorbeelden te leren. Los van heel het corona verhaal is al dit werk rond het gebruik van beveiligde gegevensstromen en het lokaal verzamelen van gegevens om beslissingen te nemen erg relevant voor het verbeteren van de kwaliteit van de lokale zorg.

Conclusie

Niet zonder moeite hebben we in korte tijd een systeem opgezet waarbij we aan lokale contactopsporing en bronopsporing kunnen doen voor COVID besmette personen. We hebben dit kunnen mogelijk maken door continue een dialoog aan te gaan met verschillende beleidsniveaus. Een dialoog die steeds vertrok vanuit zowel de inhoudelijke argumenten als de ervaringen die we al doende opdeden.

Op 7 weken tijd hebben we via lokale contactopsporing in Leuven zelf 250 personen bereikt. Van deze personen had ongeveer een kwart een duidelijk kwetsbaar profiel en velen onder hen kregen ondersteuning tijdens deze moeilijke periode. We ervaren een grote nood aan overleg tussen het lokale contact-tracing team en vele lokale spelers zoals scholen, verenigingen, CLB's, bedrijven, ... Hierbij is de rol van medisch expert per zone een belangrijke ondersteunende functie om samen met de andere lokale partners te komen tot een coherent beleid in de regio.

Dit alles was enkel mogelijk de voorbije weken door sterke samenwerking van een aantal ACHG collega's, de stad Leuven, vele collega's uit de Leuvense eerstelijnszone en de continue interacties met het Vlaams agentschap, software ontwikkelaars, VIVEL en Domus Medica.

Tijdens het schrijven van dit stuk raakte bekend dat de Vlaamse overheid financiering (60 maal 93.000 euro voor de komende 12 maanden) voorziet voor elke eerstelijnszone voor de medische expert, de lokale ondersteuning en het lokaal uitvoeren van huisbezoeken. Een stap vooruit naar een sterkere en meer populatiegerichte eerstelijnszone.

Gijs Van Pottelbergh



Gezondheid en Wetenschap

Lopen lange mensen meer kans op covid-19?

Waar komt dit nieuws vandaan?

Onderzoekers voerden een enquête uit bij zo'n 2.000 personen uit het Verenigd Koninkrijk en de Verenigde Staten (1). De deelnemers moesten verschillende vragen beantwoorden, bijv. of ze een positieve covid-19-test hadden afgelegd en of ze kleiner of groter waren dan 1,83 meter. Uit de resultaten van de bevraging bleek dat 11% van de Britse deelnemers met een grote gestalte positief getest was op covid-19, tegenover slechts 5% van de Britten met een kleinere gestalte. De Amerikaanse deelnemers die groter waren dan 1,83 meter hadden daarentegen een kleinere kans op covid-19. Een van de onderzoekers suggereert dat personen met een grote gestalte makkelijker besmet raken door zogenaamde aerosolen, maar hij hield enkel rekening met de Britse deelnemers. Aerosolen zijn piepkleine druppeltjes in de lucht die virusdeeltjes bevatten. Lange mensen zouden volgens de onderzoeker zelfs dubbel zoveel kans hebben om ziek te worden.

Omdat de onderzoekers ook geen rekening hielden met andere factoren, zoals leeftijd of levensstijl, is het niet duidelijk of louter de gestalte van de Britse deelnemers hun kans op covid-19 deed stijgen. Misschien verkeerden de langere Britten in een minder goede gezondheid, en waren ze daarom meer vatbaar voor covid-19. Bij een tweede analyse van de resultaten hielden de onderzoekers wel rekening met verschillende factoren. Het risico op covid-19 bleef hoger voor de grotere Britse deelnemers (niet voor de Amerikaanse), maar waarschijnlijk hebben de andere factoren deze resultaten beïnvloed.

Bron

(1) <https://nl.metrotime.be/2020/07/29/must-read/lange-mensen-lopen-meer-kans-op-corona/>

Hoe moeten we dit nieuws interpreteren?

Het oorspronkelijke doel van de studie was nagaan of langere personen juist minder risico lopen op covid-19. Door hun grote gestalte zouden ze neerdalende opgehoeste druppeltjes van een besmet persoon mogelijk minder gemakkelijk inademen. Dat deze hypothese niet bleek te kloppen, wees volgens een van de onderzoekers op het belang van aerosolen (druppeltjes in de lucht) in de verspreiding van het coronavirus. Het coronavirus circuleert volgens hem dus niet enkel via opgehoeste druppeltjes die neervallen, maar ook via druppeltjes in de lucht. Hoewel andere studies ook wijzen op de mogelijke rol van aerosolen, moet deze hypothese volgens de onderzoeker in grotere studies verder onderzocht worden.

Verder heeft de studie een paar beperkingen:

- Het gaat om een observationele studie, die relaties kan waarnemen, maar geen oorzaak-gevolgverbanden kan vaststellen.
- Het onderzoek werd nog niet gepubliceerd. Dat betekent dat er



nog geen 'peer review' (kritische beoordeling door collega's) plaatsvond, een absolute must in degelijk wetenschappelijk onderzoek.

- De studieresultaten waren onderling tegenstrijdig. De Britse resultaten tonen een tegenovergestelde tendens aan als de Amerikaanse. Als deze cijfers al niet op toeval berusten, lijkt een biologische verklaring dus weinig waarschijnlijk.
- We weten niet of de onderzoeksgegevens nauwkeurig zijn. De deelnemers werden niet gemeten, maar moesten enkel vragen beantwoorden. Mensen overschatten hun lengte soms, omdat een grotere gestalte meer sociaal wenselijk is.

Conclusie

Een Brits-Amerikaanse studie kan niet aantonen dat een grotere gestalte je risico op covid-19 verhoogt. Onder de Britse deelnemers waren er meer lange personen die positief waren getest op covid-19, maar voor de Amerikaanse deelnemers gold het tegenovergestelde. Enig verband tussen lengte en risico op covid-19 berust vermoedelijk op toeval.

Referenties

(2) <https://fullfact.org/health/coronavirus-tall-people/>

NIEUWE RICHTLIJNEN & HERZIENINGEN

Nieuwe evidence-based richtlijn voor palliatieve zorgen

Aan het **Academisch Centrum voor Huisartsgeneeskunde van de KU Leuven** ontwikkelden acht huisartsen een evidence-based richtlijn voor palliatieve zorgen. De richtlijn geeft 51 aanbevelingen verdeeld over vijf orgaansystemen en 12 symptomen of pathologieën om de zorg voor palliatieve patiënten te verbeteren inzake symptoomcontrole, medicamenteus en niet-medicamenteus. Comfort en kwaliteit van leven primeren hierbij.

Goede communicatie met de patiënt en diens naasten is hiervoor cruciaal. De overgang van een curatieve naar een palliatieve benadering is echter complex. Preventieve en curatieve behandelingen worden vaak tot het levenseinde volgehouden. Dergelijke minder opportune behandelingen kunnen leiden tot nevenwerkingen. Het gaat immers vaak om een oudere, kwetsbare populatie met polyfarmacie, afnemende orgaanfuncties, comorbiditeiten, malnutritie, ... Hiernaast kan het starten van symptomatische behandelingen de levenskwaliteit aanzienlijk verbeteren.

De onderzoeksgroep koos omwille van methodologische redenen een doelpopulatie van palliatieve patiënten met een ingeschatte levensverwachting van minder dan drie maanden. Volgens de klinische inschatting van de behandelend arts kunnen deze aanbevelingen geëxtrapoleerd worden naar een palliatieve populatie met een langere levensverwachting.

Het project ontstond vanuit een masterproef uit 2017 waarin vier onderzoekers reeds startten met een literatuuronderzoek. Later werd de onderzoeksgroep uitgebreid en volgden de acht onderzoekers het handboek van de Werkgroep Ontwikkeling Richtlijnen Eerste Lijn van ebpractinenet. Na systematisch en gestandaardiseerd literatuuronderzoek werden ook multidisciplinaire expertgroepen geraadpleegd.

De gerichte aanbevelingen met korte, praktische toelichting kunnen handig geraadpleegd worden via ebpnet.be.

Becks M, Knippenberg L, Leyssen R, Lievens J, Vanden Eynde R, Van Muysen L, Versmissen J, Wevers J, De Lepeleire J, Vermandere M. Evidence-based richtlijn voor palliatieve zorg. KU Leuven; 2019.

Voor interviews met de onderzoekers:

Lies Knippenberg: 089 75 71 40 of liesknippenberg@gmail.com

Prof. dr. J. De Lepeleire: 0475617683

Richtlijn astma bij volwassenen: diagnose en monitoring in de eerste lijn

(herziening)



Astma komt frequent voor bij volwassenen. Meestal wordt de diagnose al in de kindertijd gesteld, maar het kan ook op latere leeftijd ontstaan. Het is een aanzienlijk gezondheidsprobleem. Het tijdig en correct stellen van de diagnose van astma bij volwassenen is van belang om de juiste (medicamenteuze) behandeling in te stellen.

De Werkgroep Ontwikkeling Richtlijnen Eerste Lijn (Worel) bracht dit jaar een herziening van de richtlijn uit. Deze is nu ook beschikbaar op ebpnet.be

Dieetrichtlijn bij volwassenen met chronische nierinsufficiëntie stadium 3 en 4 (nieuw)

Chronische nierinsufficiëntie (CNI) heeft implicaties voor de gezondheid. Wanneer de nierfunctie achteruitgaat, kan dit leiden tot het opstapelen van bepaalde stoffen. Afhankelijk van het stadium van CNI is voedings- en levensstijladvies aangewezen. De dieetbehandeling speelt voornamelijk een rol in het tegengaan van de achteruitgang van de nierfunctie, het behandelen van complicaties en het cardiovasculair risicomanagement van de patiënt. In deze nieuwe richtlijn, uitgebracht door UCLL, worden de aanbevelingen voor het dieet bij CNI stadium 3 en stadium 4 verder uitgediept. U vindt deze richtlijn nu ook op ebpnet.be.



Streven naar een fixatiearme thuiszorg (nieuw)

Door de demografische, economische en technologische evoluties en doordat steeds meer mensen verkiezen om zo lang mogelijk thuis te blijven, worden zorgverleners in toenemende mate geconfronteerd met het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen, waaronder fysieke fixatie. Bewustzijn en kennis over het gebruik van fysieke fixatie, alsook over de impact en de negatieve gevolgen ervan en de ethische uitdagingen die hiermee gepaard gaan, zijn een noodzakelijke eerste stap in het streven naar een vermindering ervan.

Het doel van deze nieuwe praktijkrichtlijn, uitgebracht door het **Wit-Gele Kruis**, is het ondersteunen van zorgverleners in het realiseren van een fixatiearme zorgomgeving in de thuiszorg.



Diagnose en aanpak van Gonorroe en Syfilis (nieuw)

Het aantal gevallen van seksueel overdraagbare infecties (SOI's) neemt in België, net als in de rest van de wereld, onrustwekkend toe. Chlamydia, gonorroe en syfilis zijn daarbij de sterkste stijgers. Door de toenemende antibioticaresistentie wordt het ook steeds moeilijker om ze te behandelen. In samenwerking met klinici, wetenschappers en patiëntenverenigingen ontwikkelde het **Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE)** de eerste wetenschappelijke Belgische richtlijn voor de diagnose en behandeling van gonorroe en syfilis, een primeur voor ons land.

Deze richtlijn kan u nu ook terugvinden op ebpnet.be.

IMPLEMENTATIE



Bevraging huisartsen over implementatiebarrières rond dementie

Naar aanleiding van een implementatieproject voor de richtlijn “Diagnostiek van dementie in de huisartsenpraktijk” willen we huisartsen bevragen over mogelijke implementatiebarrières.

Ook willen we de haalbaarheid en wenselijkheid van verschillende interventies bevragen.

Uw input is belangrijk om de zorg verder te optimaliseren. Het invullen van de vragenlijst duurt slechts 10 minuten. Hopelijk kunnen we rekenen op uw medewerking.

U kan deze bevraging invullen via <http://bit.ly/gpdementia>

E-learning ‘Niet-medicinale conservatieve aanpak van knieartrose en coxarthrose’

Deze online cursus bespreekt de conservatieve niet-medicinale aanpak die wordt aanbevolen in de meest recente richtlijnen voor de behandeling van knieartrose en coxarthrose. Verschillende aanpakken waarvan is aangetoond dat ze effectief zijn bij het verminderen van pijn en functionele beperkingen bij patiënten zullen worden gepresenteerd met de nadruk op informeren/voorlichting van de patiënt en oefentherapie.



De belangrijkste reden om deze aanbevelingen voor goede praktijk in herinnering te brengen, is de relevantie en doeltreffendheid van actieve benaderingen, die veilig zijn, maar toch onderbenut blijven in vergelijking met geneesmiddelen en chirurgische behandelingen.

Deze e-learning heeft betrekking tot de richtlijn ‘Kinesitherapeutische richtlijn Artrose heup-knie’ die u kan raadplegen op ebpnet.be

Via deze link kan u deelnemen: <https://bit.ly/2FLjuH5>

GEZOCHT



Naar aanleiding van een implementatieproject voor de richtlijn “Diagnostiek van dementie in de huisartsenpraktijk” willen we huisartsen bevragen over mogelijke implementatiebarrières. Ook willen we de haalbaarheid en wenselijkheid van verschillende interventies bevragen. U kan deze bevraging invullen via <http://bit.ly/gpdementia>



De laatste berichten over COVID-19 vind je via:

<https://www.ebpnet.be/nl/Pages/covid.aspx>

Thomas Janssens

Implementatiemedewerker

Kapucijnenvoer 33, Blok J bus 7001

3000 Leuven

+32 (0)16 37 30 09

@ThomasEJanssens

<https://www.ebpnet.be>

ACHG publicaties

Door de Coronamaatregelen aan het ACHG, werd er meer van thuis uit gewerkt ... de tijd van de verplaatsingen van en naar het werk werd echter heel nuttig gebruikt ... kijkt u maar naar deze publicatielijst!

1. Van Hout E, Peters S, Jansen L, Rober P, **Van den Akker M**. An exploration of spousal caregivers' well-being after the death of their partners who were older cancer patients – A phenomenological approach. *European Journal of Oncology Nursing* 2020; 47. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2020.101779>
2. Pati S, Swain S, Knottnerus JA, Metsemakers JFM, **van den Akker M**. Magnitude and determinants of multimorbidity and health care utilization among patients attending public versus private primary care: a cross-sectional study from Odisha, India. *International Journal for Equity in Health* 2020; 19:57. <https://doi.org/10.1186/s12939-020-01170-y>
3. Van Calster B, Wynants L, Collins GS, **Verbakel JY**, Steyerberg EW. ROC curves for clinical prediction models part 3: The ROC plot: a picture that needs a 1000 words. *J Clin Epidemiol* 2020; <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2020.05.037>
4. **Vaes B**, Indesteghe P, Serneels T, *et al*. Biomarkers versus traditional risk factors to predict cardiovascular events in very old adults: cross-validated prospective cohort study. *BMJ Open* 2020;10:e035809. doi:10.1136/bmjopen-2019-035809
5. **Struyf T**, **Boon HA**, van de Pol AC, Tournoy J, Schuermans A, Verheij TJM, **Verbakel JY**, **Van den Bruel A**. Diagnosing serious infections in older adults presenting to ambulatory care: a systematic review. *Age and Ageing* 2020; **00**: 1–10 doi: 10.1093/ageing/afaa108.
6. Deeks JJ, Dinnes J, Takwoingi Y, Davenport C, Spijker R, Taylor-Phillips S, Adriano A, Beese S, Dretzke J, Ferrante di Ru ano L, Harris IM, Price MJ, Dittrich S, Emperador D, Hoo. L, Leeftang MMG, **Van den Bruel A**, Cochrane COVID-19 Diagnostic Test Accuracy Group Cochrane Library Cochrane Database of Systematic Reviews Antibody tests for identification of current and past infection with SARS-CoV-2 (Review), Cochrane Library systematic reviews. <https://www.cochranelibrary.com/content?templateType=full&url-Title=/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD013652&doi=10.1002/14651858.CD013652&type=cdsr&contentLanguage=>
7. Rossaert H, **Goedhuys J**. Kinderen van ouders met psychische problemen: welke stappen kunnen huisartsen ondernemen?
8. Marie Friedel M, Brichard B, Boonen S, Tonon C, De Terwagne B, Bellis D, Mevisse M, Fonteyne C, Jaspard M, Schruse M, Harding R, Downing J, Namisango E, **Degryse JM**, Aujoulat I. Face and Content Validity, Acceptability, and Feasibility of the Adapted Version of the Children's Palliative Outcome Scale: A Qualitative Pilot Study. *Journal of Palliative Medicine* 2020; DOI: 10.1089/jpm.2019.0646.
9. Turusheva A, **Vaes B**, **Degryse JM**, Frolova E. Low cholesterol levels are associated with a high mortality risk in older adults without statins therapy: An externally validated cohort study. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 2020; 90: <https://doi.org/10.1016/j.archger.2020.104180>
10. Opsomer S, **De Lepeleire J**, Lauwerier E, Pype P. Resilience in family caregivers of patients diagnosed with advanced cancer – unravelling the process of bouncing back from difficult experiences, a hermeneutic review. *European Journal of General Practice*,26:1,79-85,DOI: 10.1080/13814788.2020.1784876.
11. Van Wambeke S, **Goderis G**, Okerman G. Voorafgaande zorgplanning in de huisartsenpraktijk: dreples, faciliterende factoren en aanbevelingen voor implementatie. *Tijdschr. voor Geneeskunde* 2020; 76 (14-15):704-12. doi: 10.2143/TVG.76.14-15.2003104.
12. Khokhrina A, Andreeva E, **Degryse JM**. The prevalence of sleep-disordered breathing in Northwest Russia: The ARKHsleep study. *Chronic Respiratory Disease* 2020; 17: 1–12. DOI: 10.1177/1479973120928103.
13. Arbyn M, Gultekin M, Morice P, Nieminen P, Cruickshank M, Poortmans P, Kelly D, Poljak M, Bergeron C, Ritchie D, Schmidt D, Kyrgiou M, **Van den Bruel A**, Bruni L, Basu P, Bray F, Weiderpass E. The European response to the WHO call to eliminate cervical cancer as a public health problem. *Int. J. Cancer*. 2020;1–8. DOI: 10.1002/ijc.33189.
14. **Struyf T**, Deeks JJ, Dinnes J, Takwoingi Y, Davenport C, Leeftang MM, Spijker R, Hooft L, Emperador D, Dittrich S, Domen J, Horn SRA, **Van den Bruel A**; Cochrane COVID-19 Diagnostic Test Accuracy Group. Signs and symptoms to determine if a patient presenting in primary care or hospital outpatient settings has COVID-19 disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 2020 Jul 7;7:CD013665. doi: 10.1002/14651858.CD013665. PMID: 32633856.
15. Van Hecke O, Raymond M, Lee JJ, Turner P, Goyder CR, **Verbakel JY**, **Van den Bruel A**, Hayward G. In-vitro diagnostic point-of-care tests in paediatric ambulatory care: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2020 Jul 6;15(7):e0235605. doi: 10.1371/journal.pone.0235605. PMID: 32628707.?
16. Andreou V, Eggermont J, Gielis G, **Schoenmakers B**. Proficiency testing for identifying underperforming students before postgraduate education: a longitudinal study. *BMC Medical Education* 2020; 20: 261. <https://doi.org/10.1186/s12909-020-02184-4>.

17. Deeks_JJ, Dinnes_J, Takwoingi_Y, Davenport_C, Spijker_R, Taylor-Phillips_S, Adriano_A, Beese_S, Dretzke_J, Ferrante di Ru(ano_L,Harris_IM, Price_MJ, Dittrich_S, Emperador_D, Hoo-_L, Leeftang_MM, **Van den Bruel_A**. Antibody tests for identification of current and past infection with SARS-CoV-2. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2020, Issue 6. Art. No.: CD013652. DOI: 10.1002/14651858.CD013652.
18. Loots FJ, Hopstaken R, Jenniskens K, Frederix GWJ, van de Pol AC, **Van den Bruel A**, Oosterheert JJ, van Zanten ARH, Smits M, Verheij TJM. Development of a clinical prediction rule for sepsis in primary care: protocol for the TeSD-IT study. *Diagnostic and Prognostic Research* (2020) 4:12. <https://doi.org/10.1186/s41512-020-00080-5>.
19. Pergher V, **Schoenmakers B**, Demaerel P, Tournoy J, Van Hulle MM. Differential Impact of Cognitive Impairment in MCI Patients: A Case-Based Report. *Case Rep Neurol*. 2020 Jun 29;12(2):222-231. doi: 10.1159/000507977. eCollection 2020 May-Aug. PMID: 32774279.
20. **Verbakel JY**, Steyerberg EW, Uno H, De Cock B, Wynants L, Collins GS, Van Calster B. ROC curves for clinical prediction models: from waste of ink towards useful insight? *J Clin Epidemiol*. 2020 Jul 23;S0895-4356(18)31004-7. doi: 10.1016/j.jclinepi.2020.01.028. Online ahead of print. PMID: 32712176.
21. Verdonck C, Annemans L, Goemaere S, Lapauw B, **Goderis G**, Balligand E, Doom MP, Perkisas S, Borgermans L. The effectiveness and cost-effectiveness of an integrated osteoporosis care programme for postmenopausal women in Flanders: study protocol of a quasi-experimental controlled design. *Arch Osteoporos*. 2020 Jul 22;15(1):107. doi: 10.1007/s11657-020-00776-7. PMID: 32700114.
22. Dinnes_J, Deeks_JJ, Adriano_A, Berhane_S, Davenport_C, Dittrich_S, Emperador_D, Takwoingi_Y, Cunningham_J, Beese_S, Dretzke_J, Ferrante di Ru&zano_L, Harris_IM, Price_MJ, Taylor-Phillips_S, Hoo-_L, Leeftang_MM, Spijker_R, **Van den Bruel_A**. Rapid, point-of-care antigen and molecular-based tests for diagnosis of SARS-CoV-2 infection. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2020, Issue 8. Art. No.: CD013705. DOI: 10.1002/14651858.CD013705.
23. Van Heden L, Maes S, Ghesquiere, Vanhoren J, **Van Pottelbergh G**. De aanpak van een COVID-uitbraak in een woonzorgcentrum: Ervaringen en leerpunten van een huisartsen-team. *HANU* 2020; 4: 161-165.
24. Huang M, van der Borght C, Leithays M, Flamaing J, **Goderis G**. Patients' perceptions of frequent hospital admissions: a qualitative interview study with older people above 65 years of age. *BMC Geriatrics* (2020) 20:332. <https://doi.org/10.1186/s12877-020-01748-9>.
25. Van Calster B, Wynants L, Collins GS, **Verbakel JY**, Steyerberg EW. ROC curves for clinical prediction models part 3: The ROC plot: a picture that needs a 1000 words. *J Clin Epidemiol* 2020; <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2020.05.037>.



ACHG in de media

14 In de buurt **HLN Leuven**

LEUVEN
 -Vechtpartij op Criminal System had riks met homofob geweld te maken-

De vechtpartij Criminal System heeft een riks met homofob geweld te maken. Volgens de politie zou de partij in Leuven een riks met homofob geweld te maken. Volgens de politie zou de partij in Leuven een riks met homofob geweld te maken.

OOIK LEUVEN BEREIKT ALARMEPEIL VAN +20 BESMETTINGEN PER 100.000 INWONERS

Dreigt er Antwerps scenario?

Het aantal besmettingen per week is in Leuven sinds kort boven de 20 per 100.000 inwoners gestegen en daarmee op heden was Leuven nu slechts één van de betere leerlingen van de klas, maar zo als in Antwerpen of Brussel, met strengere maatregelen?



De kans dat je in Leuven één van de besmette personen ontmoet, is relatief klein

0,03% van de bevolking... Het aantal besmettingen per week is in Leuven sinds kort boven de 20 per 100.000 inwoners gestegen en daarmee op heden was Leuven nu slechts één van de betere leerlingen van de klas, maar zo als in Antwerpen of Brussel, met strengere maatregelen?



In Leuven worden momenteel 19 tot 20 besmettingen per week met COVID-19 in het ziekenhuis bijgehouden. Van de 20 besmettingen worden 15 tot 16 in de thuiszorg behandeld.

Leuvenaren krijgen Bubbelschik... Het aantal besmettingen per week is in Leuven sinds kort boven de 20 per 100.000 inwoners gestegen en daarmee op heden was Leuven nu slechts één van de betere leerlingen van de klas, maar zo als in Antwerpen of Brussel, met strengere maatregelen?

LEUVEN
 Inbrekers zetten het op een lippen... Het aantal inbrekers is in Leuven sinds kort toegenomen. Volgens de politie zou de partij in Leuven een riks met homofob geweld te maken.

HERENT
 Drunken bestuurder (27) ramt twee geparkeerde auto's op Mechelsesteenweg... Het aantal dronken bestuurders is in Leuven sinds kort toegenomen. Volgens de politie zou de partij in Leuven een riks met homofob geweld te maken.



Twee auto's zijn geparkeerd op de afsluiting van de weg op de Mechelsesteenweg. De bestuurder van de witte auto is dronken en heeft twee geparkeerde auto's geraakt.

PICO: Covid-19 and the impact of school opening on society

BACKGROUND: School closures can have a negative impact on children's wellbeing (non exposure to peers), educational achievements (interruption of learning) and safety (increased risk of domestic violence). These particularly impact children from vulnerable or marginalized backgrounds. The current Covid-19 pandemic has already resulted in the epidemiology of the SARS-COV-2 transmission in the first wave of the pandemic. As such some data have become available on the epidemiology of the closures on the children, their households and pediatric population and the school setting, but also on the impact of the closures on the children, their households and community as a whole. At present an evidence based approach to these specific data is needed.

AIM: To provide an overview of the available evidence on school opening/closure on society in the context of the Covid-19 pandemic.

METHODOLOGY: The total population with possible exposure to SARS-COV-2 during the current pandemic.

Population: The total population with possible exposure to SARS-COV-2 during the current pandemic.

Intervention: Opening of all schools (preschool/kindergarten, primary school, secondary school) = allowing all children and adolescents who are attending school under normal circumstances to go to school, follow classes and other school related activities.

Control: Closure of all schools (preschool/kindergarten, primary school, secondary school) = not allowing the children nor adolescents to attend their regular schools during the academic year.

Outcomes: SARS-COV-2 transmission: child-child in school setting; child-teacher/staff in school setting; teacher/staff-child in school setting; teacher/staff-teacher/staff in school setting; child-parents/household; child-community; teacher/staff-household; teacher/staff-community

Transmission could be defined as: occurrence of seroprevalence, asymptomatic cases (with positive PCR), symptomatic cases.

Covid-19 cases: in primary school children, secondary school children, teachers/staff

Note: as children often seem to have an asymptomatic disease course the definition above).

Covid-19 related mortality: in the total population (excess mortality), or excess pediatric population (school age); in the teachers/staff

Covid-19 related morbidity: hospitalizations, sick days,

Pediatric well-being related to school closures: mental health, e.g. decreased salary at later age), parental well-being, child abuse

Societal implications: economic impact, absenteeism, job loss

De Standaard

Meer dan 1000 Riolwater verraadt coronavirus

Stroom waterkokers in het land kan riks van de coronavirus. Het aantal waterkokers is in Leuven sinds kort toegenomen. Volgens de politie zou de partij in Leuven een riks met homofob geweld te maken.



Waterkokers verraadt coronavirus. Het aantal waterkokers is in Leuven sinds kort toegenomen. Volgens de politie zou de partij in Leuven een riks met homofob geweld te maken.

Leuk nieuws



Op donderdag 3 september 2020 heeft Leontien Jansen haar proefschrift openbaar en coronaproof verdedigd. Een wat bizarre manier om de kers op je taart te zetten ... alleen juryleden, voorzitter en promotoren waren aanwezig. Het publiek kon gelukkig via een zoom meeting volgen.

Maar Leontien is met vlag en wimpel geslaagd en u mag haar voortaan aanspreken als Doctor Jansen!

“Improving the psychosocial wellbeing of informal caregivers in an ageing population”

Mantelzorgers worden overkomt iemand meestal en wordt dan ook vaak als vanzelfsprekend ervaren. Het is geen voor de hand liggende rol en de impact op het welzijn van mantelzorgers is aanzienlijk. Niet alleen praktische en professionele ondersteuning, maar vooral ook sociale en emotionele ondersteuning is essentieel voor mantelzorgers. Het hebben van een back-up lijkt niet alleen praktisch, maar vooral psychosociaal essentieel om overbelasting van de mantelzorgers te voorkomen. Het realiseren van een ondersteunend sociaal netwerk blijkt echter een complexe aangelegenheid zonder een solide professioneel kader waarin alle betrokken zorgverleners op elkaar zijn afgestemd. Gerichte ondersteuning voor mantelzorgers van oudere zorgbehoevenden moet daarom bestaan uit een professioneel netwerk waarbinnen de mantelzorgers kan zorgen voor zijn of haar zorgbehoevende in de best moge-

lijke psychosociale en lichamelijke conditie. De diagnose van de zorgbehoevende blijkt niet de belangrijkste voorspeller van de overbelasting van de mantelzorgers te zijn, maar wel het sociale kader van zowel zorgbehoevende als mantelzorgers. Communicatie en permanente afstemming tussen mantelzorgers, met professionele zorgverleners en met de zorgbehoevende is daarom noodzakelijk.

Als onderdeel van dit doctoraat werd een zelfmanagementinstrument voor mantelzorggroepen ontwikkeld, de Online Keuzewijzer. Dit is een korte online vragenlijst die peilt naar de zorgen, noden, waarden en normen van zowel de mantelzorgers als de zorgbehoevende, waarbij communicatie en gedeelde besluitvorming gestimuleerd worden met betrekking tot de zorg voor de zorgbehoevende.

De Online Keuzewijzer wordt momenteel geoperationaliseerd en kan vanaf oktober 2020 door mantelzorggroepen autonoom worden gebruikt via www.keuzewijzermantelzorg.be.

ERRATUM

In onze vorige editie op bladzijde 4 kon u het artikel lezen over interactief onderwijs: “Aan de slag met 500 paar starende ogen”. De auteur van dit artikel was en is Prof. Birgitte Schoenmakers. Haar naam is onderweg ergens weggevalen. Onze verontschuldiging hiervoor!

Colofon

**Dit contactblad is een uitgave van
het Academisch Centrum voor Huisartsgeneeskunde**

Algemene leiding: prof. dr. B. Aertgeerts

Stafmedewerkers:

Prof. dr. Jan Degryse - Prof. dr. Jan De Lepeleire – Prof. Jo Goedhuys
- Prof. dr. Geert Goderis - Prof. dr. Cathy Mathei - Prof. dr. Birgitte
Schoenmakers - Prof. dr. Bert Vaes – Prof. dr. Ann Van den Bruel -
Prof. dr. Patrik Vankrunkelsven - Prof. dr. Marc Van Nuland - Prof. dr.
Jan Verbakel – Prof. dr. Mieke Vermandere

Redactieraad: B. Aertgeerts, M. Devis

Lay-out: Van der Poorten

Druk: Van der Poorten

Dit drukwerk wordt 100% klimaatneutraal gerealiseerd.



V.U.: B. Aertgeerts, Kapucijnenvoer 33 – bus 7001 te 3000 Leuven
achg@kuleuven.be

CB is ook online beschikbaar: **www.achg.be/contactbladen**

Agenda

Leuvense Dagen voor Huisartsen Chronische ziekten op 26 en 27 november 2020 in het Brembergcentrum te Haasrode.
Meer info op www.achg.be/kalender

**Neem af en toe een kijkje op de agenda van onze website voor meer info en
inschrijfmodules.**

www.achg.be/kalender

