

Contactblad ACHG

KU LEUVEN

ACADEMISCH CENTRUM
HUISARTSGENEESKUNDE

Juli - Augustus - September 2019

DRIEMAANDELIJKS TIJDSCHRIFT • JAARGANG 28 • NR. 4 • Afgiftekantoor: Leuven MassPost P911471

IN DIT NUMMER:

- Editoriaal1
- Onderzoek2
- Gezondheid en wetenschap6
- ACHG in de media.....7
- Leuk nieuws8
- ACHG publicaties9
- Agenda12

Wanneer u dit leest is de eerste hittegolf in ons land weer voorbij. Ook de eerste hevige onweders hebben het land parten gespeeld. Elke jaar opnieuw merken we ook de warmte, stress en angst bij jonge studenten geneeskunde die eind juni te horen krijgen of ze al dan niet aanvaard worden voor een specialisatie. Telkens krijgen jongens en meisjes te horen op het einde van zes jaren hard studeren dat ze hun eerste droom niet kunnen waar maken.

Recent is daar ook de huisartsenopleiding bijgekomen. Sinds vorig jaar moeten artsen die willen starten in de opleiding huisartsgeneeskunde een bekwaamheidstoets afleggen. Mensen die hiervoor niet slagen hebben nog een tweede kans via een jury examen. Indien ze deze drempel echter niet halen, kunnen ze niet toegelaten worden tot onze opleiding. Dit komt hard aan en lijkt voor veel mensen een vreemd idee, vooral omdat er net een tekort aan huisartsen is. Toch is dit vanuit de verschillende actoren een goede evolutie. Laat ons beginnen met de student zelf. Sinds het bestaan van deze toets zien we, dat zij die de norm niet halen het zeer moeilijk hebben of krijgen. Hun examenresultaten vallen tegen, ze krijgen hun masterproef niet afgewerkt, er ontstaan problemen op de werkvloer, of ze haken zelf af in de loop van de opleiding. En wat nog erger is, een aantal van deze mensen slaagt er niet in om een stageplaats te vinden.

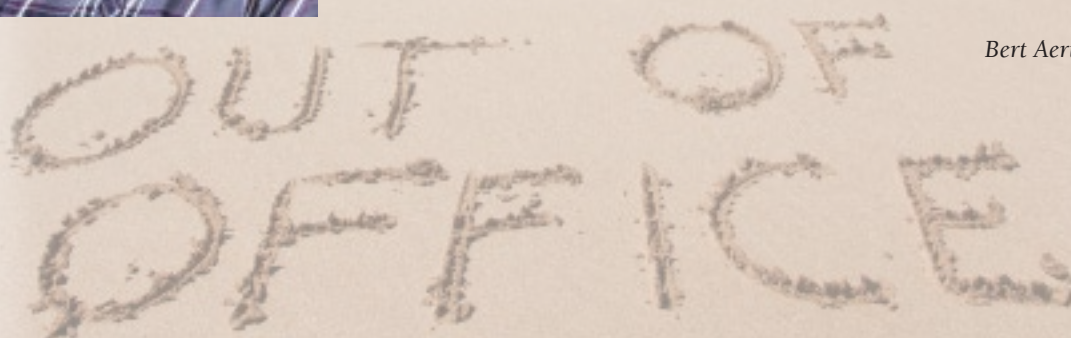
Editoriaal



Ook de praktijkopleider ziet het niet meer zitten met deze studenten wat dikwijls leidt tot conflicten en het stoppen van contracten. Telkens krijgen we de vraag hoe het mogelijk is dat deze studenten worden toegelaten. Ook voor het docententeam en het ICHO stellen deze mensen heel wat problemen. En laat ons tenslotte ook even denken aan de patiënten. De opleiding huisartsgeneeskunde is verantwoordelijk voor een degelijke opleiding tot huisarts. Elke patiënt heeft recht op een huisarts die in soms moeilijke omstandigheden uit een wirwar van symptomen en klinische tekens de ernstige dringende zaken herkent, aan een palliatief ziekbed de nodige expertise heeft, kan omgaan met onzekerheid, communicatief sterk is en daarbij nog empathisch is. Je hebt behoorlijk wat kennis, expertise en competenties nodig als huisarts.

En daarom moeten ook wij selecteren wie daartoe in staat is.

Bert Aertgeerts



Hoge bloeddruk, meteen twee medicijnen slikken in plaats van één?

Volgens nieuwe richtlijnen van Europese experts zouden mensen met hoge bloeddruk beter meteen een combinatie van twee bloeddrukverlagers krijgen, in plaats van één nu. Op die aanbeveling komt kritiek. Huisartsenvereniging Domus Medica raadt haar artsen niet aan ze te volgen. “Je gaat niet alleen meer mensen meer medicatie geven, maar je stelt ze ook meer bloot aan nevenwerkingen.”

Kathleen Heylen

Hoge bloeddruk, veel mensen kampen ermee. Je voelt het doorgaans niet, maar het kan wel ernstige gevolgen hebben, zeker als je ook te veel weegt, te weinig beweegt, te veel drinkt, rookt... Hoge bloeddruk kan op termijn je hart en bloedvaten aantasten en wordt een “stille doder” genoemd. Er is sprake van verhoogde bloeddruk vanaf een waarde van 14/9, waarbij de 14 staat voor bovendruk (de kracht die het hart uitoefent op de bloedvaten als het hart samentrekt) en de 9 voor onderdruk (de kracht die het hart uitoefent als het ontspant).

Veel mensen met een verhoogde bloeddruk nemen medicatie. Vorige zomer publiceerden de *European Society of Cardiology* en de *European Society of Hypertension* nieuwe richtlijnen voor de behandeling van hoge bloeddruk. Volgens die richtlijnen zouden patiënten die medicatie nodig hebben, het best meteen een combinatie van twee bloeddrukverlagers krijgen, in plaats van te beginnen met één bloeddrukverlager, zoals vroeger.

“Minder bijwerkingen”

“Het rapport stelde nieuwe kennis over preventie en behandeling van hoge bloeddruk op punt”, zegt Paul Dendale, professor en cardioloog aan het Jessa Ziekenhuis in Hasselt en voorzitter van de *Europese Vereniging voor Preventieve Cardiologie*. “Anders dan in het vorige rapport uit 2013 stellen de schrijvers nu dat het voor de meeste patiënten aangewezen is meteen te starten met 2 bloeddrukverlagers. En dat in plaats van met 1, en dan na een tijdje op te drijven naar 2 als het onvoldoende aanslaat.”

Als je start met een lage dosis van twee medicijnen, ga je minder bijwerkingen hebben dan als je start met één medicijn wat je later fors moet opdrijven

Paul Dendale

De belangrijkste reden volgens Dendale is dat elk medicijn maar in beperkte mate effect heeft. “Bloeddrukverlagers zijn geen wondermiddel, je gaat niet ineens van een heel hoge naar een lage bloeddruk. Veel patiënten blijken toch een combinatie nodig te hebben.” Hij wijst op de bijwerkingen. “Als je start met een lage dosis van twee medicijnen, ga je minder bijwerkingen hebben dan als je start met één. Als je één medicijn neemt en je moet de dosis na een tijd verdubbelen, dan zal het effect niet verdubbelen, maar je hebt wel kans op veel meer bijwerkingen.”

Daarnaast spelen volgens Dendale ook therapietrouw (*mensen houden een behandeling vol, nvr*) en de snelheid waarmee medicatie effect heeft, een rol.

Domus Medica: “Te weinig bewijs”

Het gaat om richtlijnen, niet om een verplichting. Huisartsenvereniging Domus Medica raadt haar leden aan om gewoon de bestaande richtlijnen te blijven volgen. “We zien voorlopig onvoldoende bewijs”, zegt dokter Nicolas Delvaux. “De richtlijnen zijn vooral theoretisch. Als je enkel hoge bloeddruk wil behandelen, zien we te weinig cijfers die aantonen dat het beter is om te starten met twee medicijnen.”

“Wanneer start je met medicatie? Hoge bloeddruk behandel je niet an sich omdat dát een probleem is, maar omdat het op termijn kan leiden tot andere problemen. Meestal zijn het ook die problemen waarvoor je behandeld wordt. Patiënten die alleen maar een verhoogde bloeddruk hebben al meteen twee medicijnen laten slikken, dan ga je niet alleen méér medicijnen voorschrijven, maar ook meer mensen blootstellen aan de bijwerkingen daarvan”, zegt Delvaux.

Als arts is het belangrijk om te kijken naar de patiënt die voor je zit. “Een beetje *à la tête du client*. Wat zijn de klachten, heeft hij aandoeningen gerelateerd aan hoge bloeddruk, wat zijn zijn de leefomstandigheden? Welke behandeling past het beste? Kan je eerst de andere risicofactoren aanpakken, de levensstijl veranderen bijvoorbeeld, voor je start met medicatie? In sommige gevallen kan een beleid waarbij je meteen start met twee medicijnen, net wel aangewezen zijn. De belangrijkste boodschap is om als arts en als patiënt overeenstemming te vinden.”

“Richtlijnen gaan over richten, niet verplichten”, zegt ook professor Paul Dendale. “Die richtlijnen zijn geschreven met een globale bevolking voor ogen. Maar elke patiënt is anders. Je kan als arts nog altijd perfect met maar één medicijn beginnen. Stel dat je een patiënt hebt met heel lichte verhoging, of een patiënt die al meerdere maagbloedingen heeft gehad. Dan is het perfect te verantwoorden dat je die richtlijnen niet volgt.”

Belga – uit het VRT News 28.03.2019

Launch event EPI-Centre



Op 21 maart luidden we een nieuwe lente en ook een nieuw onderzoeksgeluid in... we gaven namelijk het startschot van ons nieuwe onderzoekscentrum EPI-Centre. EPI-Centre houdt zich bezig met nieuwe diagnostische technologie voor de ambulante praktijk. Denk hierbij aan snelsten voor CRP, HbA1c, d-dimeren of soa's. Maar ook andere testen zoals draagbare echotoestellen, vitale parameter registraties, checklists en vele andere.

Het is de bedoeling dat we nieuwe diagnostische technologie gaan evalueren voor gebruik in de eerste lijn, inclusief diagnostische accuraatheid, impact op het medische beleid, kosten-effectiviteit en implementatie in de routine praktijk. Daarnaast zullen we ook met ontwikkelaars van nieuwe technologie in gesprek gaan om ervoor te zorgen dat diagnostische innovaties geschikt zijn voor de eerste lijn door bijvoorbeeld de meest relevante testcombinaties aan te bieden, connecteerbaarheid met het EMD te voorzien en aandacht te besteden aan de robuustheid en gebruiksvriendelijkheid in een algemene setting.

Op 21 maart gaven we het startschot van EPI-Centre met een symposium met internationale sprekers. Voor een gemengd publiek van onderzoekers, mensen uit de diagnostische industrie en klinici brachten Prof. Gail Hayward van de University of Oxford, Prof. Matthew Thompson van de University of Washington, Prof. Liesbet Lagae van de KU Leuven en IMEC, Prof. Viviane Van Hoof van de UA en Dr. Frank Hulstaert van het KCE elk hun eigen perspectief op diagnostische innovaties. Van

de ontwikkeling in het lab over de eerste evaluatie, klinische meerwaarde, regelgeving en kosten-effectiviteit tot de uiteindelijke implementatie. Dit is een lange weg – uit ons eigen onderzoek blijkt dat dit voor de meeste testen ongeveer 9 jaar is. Het doel van EPI-Centre is om dit sneller en efficiënter te maken, zodat huisartsen en patiënten sneller van gepaste en relevante diagnostische innovaties gebruik kunnen maken.

Praktijken die interesse hebben om af en toe eens een nieuwe test of toestel uit te proberen, mogen ons altijd contacteren. Meer informatie over EPI-Centre kan je vinden op <https://www.epi-centre.be/>, of stuur ons een mailtje: Prof. Ann Van den Bruel (ann.vandenbruel@kuleuven.be) en Prof. Jan Verbakel (jan.verbakel@kuleuven.be).

Op dit moment hebben we ook nog praktijken nodig voor ERNIE4, een studie naar de waarde van een CRP sneltest en urinetest voor acuut zieke kinderen: <https://sites.google.com/view/ernie4studie/>. Een ideale manier om eens een dergelijk toestel uit te proberen en de 5 beste praktijken mogen het CRP toestel nadien houden.



Wij kijken alvast uit naar een vruchtbare samenwerking!

Ann Van den Bruel

Congreshoekje

EGPRN – Tampere, Finland

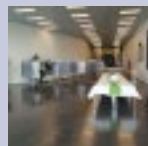
Het European General Practice Research Network, een laagdrempelige bijeenkomst van (meestal) huisarts-onderzoekers, wordt twee maal per jaar georganiseerd. In mei van dit jaar werd de bijeenkomst gehouden in Tampere, in het Zuidwesten van Finland. Tampere is de op twee na grootste gemeente van Finland, na de hoofdstad Helsinki en Espoo. Al sinds de 11e eeuw is Tampere een belangrijk handelscentrum, maar de stad is groot geworden door de textielindustrie. De textiel- en andere traditionele industrie is inmiddels uit de stad verdwenen. Tampere heeft een algemene universiteit (Universiteit Tampere) en een technische universiteit en telt daardoor een van de grootste studentenpopulaties van Finland.

Het congres stond in het teken van 'Multimorbiditeit'. Dat dit begrip een duidelijke definitie nodig heeft, bleek al na 2 lezingen. Multimorbiditeit wordt traditiegetrouw gedefinieerd als het hebben van 2 of meer condities. Dat de prevalentie problematisch is, was snel duidelijk. Maar over welke ziektes hebben we het dan? Kunnen we zomaar het aantal ziektes optellen of moet er een duidelijk verschil zijn tussen de zwaardere en minder zware pathologie. En hoe zwaar is zwaar dan precies? Er was genoeg voer voor discussie. Er werden onder andere benaderingen naar voren geschoven om de ernst van de multimorbiditeit te linken aan de werklast van de huisarts. Het idee hierachter kwam van huisartsen uit Lissabon. Zij zagen in hun praktijken dat 3.7% van de patiënten verantwoordelijk waren voor 63.2%

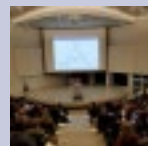
van het aantal contactmomenten. Dit was één van de argumenten om de gezondheidszorg te veranderen, zodat dit terug in evenwicht zou komen.

Er ging veel aandacht naar onze paper die we schreven met data vanuit Intego. We beschreven en publiceerden eerder dit jaar de trends in multimorbiditeit en polyfarmacie. De onderzoekers waren verrast door de aantallen en de trends. Ze vonden dit verrassend omdat veel landen nog niet beschikken over grote databanken. We konden hier Intego in de verf zetten en onze databank bleek van grote waarde. De discussie kwam op gang omdat onder meer in Zwitserland 60% van de huisartsen nog met pen en papier werken en in Frankrijk ze het bos door de bomen niet meer zien door de hoeveelheid aan software providers. U merkt het, veel voer tot discussiëren en veel inzichten later, vertrokken we huiswaarts met een koffer met nieuwe ideeën om te onderzoeken...

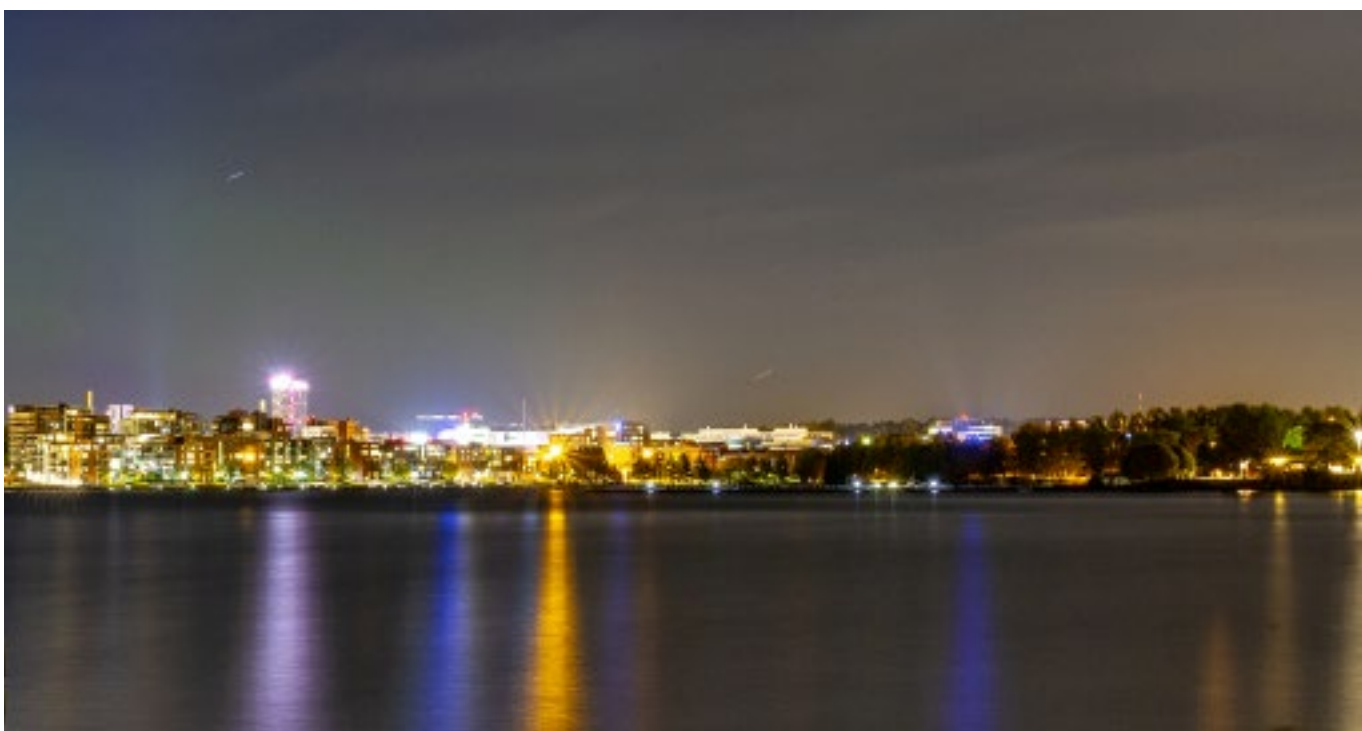
Tine De Burghgraeve



Postersessie



plenaire sessie



Evidence-based Practice Net (EBPN)

CAMPAGNE

Ebpracticenet brengt 'evidence based' informatie tot in het hart van de praktijk

Gebruikt u ebnet.be al? Of klinkt het bij u nog als eb...wat???

Het referentieplatform voor Evidence Based Practice is gratis beschikbaar voor alle Belgische zorgverleners. U vindt er tal van richtlijnen en andere evidence based informatie. Er wordt bovendien hard gewerkt om de databank met zoekmotor nog meer uit te breiden en up-to-date te houden.

Geen twijfel mogelijk, deze informatie is betrouwbaar en even snel iets opzoeken tijdens een consultatie was nog nooit zo éénvoudig.

Meer dan 14.000 huisartsen, kinesitherapeuten, apothekers, verpleegkundigen, vroedvrouwen, ergotherapeuten, diëtisten, logopedisten, tandartsen en podologen zijn reeds geregistreerd. U selecteert uw beroep op de homepagina en kan zo nog sneller en gericht informatie opzoeken. Dit en nog andere nuttige functionaliteiten zijn ter uw beschikking.

Ebpracticenet en het Belgisch evidence based netwerk lanceren deze campagne om het platform bekender te maken bij de Belgische zorgverleners, om uit te leggen wat het juist inhoudt en de voordelen te beklemtonen.

De campagnevideo is te bekijken op de homepagina van www.ebnet.be.

UPDATE WEBSITE



Grote update van richtlijnen en contextadaptaties

In april vond er een grote update van richtlijnen plaats op ebnet.be. Er werden maar liefst 105 updates van richtlijnen en 140 contextadaptaties per taal uitgevoerd!

NIEUWE RICHTLIJN

Diagnose en behandeling van ADHD bij volwassenen met verslaving



ADHD en verslaving komen vaak samen voor: bijna 1 op 4 volwassenen die zich aanmelden in de verslavingszorg hebben een onderliggende ADHD. Het hebben van ADHD heeft invloed op de ontwikkeling van verslaving, hoe de symptomen zich ui-



ten, en op respons op behandeling bij verslaving. Onbehandelde ADHD kan een adequate behandeling van verslaving in de weg staan.

Deze nieuwe richtlijn, ontwikkeld door het VAD (Vlaams expertisecentrum voor Alcohol en andere Drugs), biedt een praktische leidraad bij het diagnosticeren, behandelen en systematisch screenen op het voorkomen van ADHD bij volwassenen met een verslaving.

Lees de volledige richtlijn op ebnet.be

IMPLEMENTATIE

Openbare aanbesteding voor de implementatie van de Belgische richtlijn rond de aanpak van chronische pijn



Voor de projecten die in het kader van het Belgische EBP-netwerk moeten worden uitgevoerd, worden openbare aanbestedingen uitgebracht.

De huidige openbare aanbesteding heeft betrekking op de implementatie van de Belgische richtlijn voor de aanpak van chronische pijn.

Wenst u meer informatie te krijgen en/of bent u kandidaat voor deze openbare aanbesteding?

U vindt alle benodigde informatie op de website van het KCE.

Kce.fgov.be



Gezondheid en Wetenschap

Verzwakken vaccins het immuunsysteem?

In het nieuws

Uit de nieuwe Eurobarometer, over de houding van Europeanen ten aanzien van vaccinaties, blijkt dat 34 % van de Belgen gelooft dat vaccins het afweersysteem verzwakken. Een fabel die ook in andere EU-landen hardnekkig overeind blijft.

Waar komt dit nieuws vandaan?

De Eurobarometer peilde in opdracht van de Europese Commissie naar de houding van Europeanen tegenover vaccinaties (1). In maart 2019 werden 27.500 burgers uit de 28 EU-lidstaten, waaronder ook 1.041 Belgen, face-to-face bevraagd in hun moedertaal.

Gezonde baby's krijgen via Kind en Gezin een hele rits vaccins aangeboden en veel ouders zijn bezorgd over de impact van deze prikken op het natuurlijke afweersysteem van hun kind. Een misvatting die in stand gehouden wordt door de anti-vaccinatiebeweging en als een mantra herhaald wordt. Daarbij wordt vaak nog beweerd dat baby's te veel vaccins zouden krijgen, waardoor hun natuurlijk afweersysteem (immuunsysteem) overbelast zou worden.

BRON

(1) <http://ec.europa.eu/commfrontoffice/publicopinion/index.cfm/survey/getsurveydetail/instruments/special/surveyky/2223>

Hoe moeten we dit nieuws interpreteren?

Vaccins bestaan meestal uit onderdeeljes van bacteriën of virussen, of soms uit geïnactiveerde virussen die de ziekte niet kunnen veroorzaken, maar het afweersysteem laten reageren door antistoffen te maken, zonder zelf de ziekte door te maken. Vaccinatie is dus voor het lichaam een soort eerste kennismaking met een bacterie of een virus. Het lichaam leert hoe er correct op te reage-

ren zodat de bacteriën of virussen in kwestie de ziektes niet kunnen veroorzaken als je er later mee in contact komt.

Jonge baby's komen dagelijks met duizenden bacteriën en virussen in contact, ook als de ruimte waarin ze vertoeven brand-schoon is. Hun immuunsysteem reageert hier perfect op. De vaccins die baby's krijgen, vormen slechts een druppeltje in een volle emmer. Zelfs als een kindje alle basisvaccins in één keer zou krijgen, zou dit slechts aanspraak maken op 0,1% van het hele immuunsysteem. Van overbelasting is dus helemaal geen sprake.

Bovendien wordt ieder vaccin zeer uitgebreid getest alvorens het op de markt komt.

Conclusie

Baby's komen dagelijks met duizenden bacteriën en virussen in contact en daar reageert hun afweersysteem perfect op. Het beperkt aantal vaccins dat kleine kinderen krijgen, maakt aanspraak op minder dan 0,1% van hun immuunsysteem en zorgt nooit voor overbelasting of verzwakking ervan.

Referenties

- <https://www.laatjevaccineren.be>
- https://www.health.ny.gov/prevention/immunization/vaccine_safety/misperceptions.htm
- <http://www.immunize.org/catg.d/p2068.pdf>
- <https://www.uantwerpen.be/images/uantwerpen/container27438/files/vaccinatiesymp2019/Fact%20Checks.pdf>

Marleen Finoulst Verschenen op 06/05/2019

Leuk nieuws

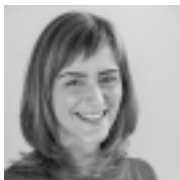
Op 20 mei liepen enkele collega's de 20 km van Brussel. Ze waren niet aan hun proefstuk toe en ze kijken alvast uit naar het volgende event: de University Trail in oktober!



Tine De Burghgraevens en David Spitaels

Prijs van de jonge Huisarts

Jan Maertens, Elisabeth Persoons, Nick Stevens en Inge Vandenbempt winnen Prijs van de Jonge Huisarts 2019



- 18/05/19 om 13:40
- Bijgewerkt op 20/05/19 om 09:02

Emily Nazionale
Redacteur

Deze middag werd op de familiedag van Domus Medica in Pairi Daiza de Prijs van de Jonge Huisarts uitgereikt aan dokters Jan Maertens, Elisabeth Persoons, Nick Stevens en Inge Vandenbempt. Het viertal ontving de onderscheiding voor hun masterproef huisartsgeneeskunde over de succesfactoren en valkuilen van elektronische beslishulpen (decision support systems) voor richtlijnimplementatie.

Elk jaar zet Artsenkrant een jonge huisarts in de bloemetjes. In een eerste fase nomineert het Interuniversitair Centrum voor de Huisartsenopleiding (ICHO) vijf haito's. Bij wijze van voortelling verschenen de portretten en het werk van deze jonge dokters de afgelopen weken in opeenvolgende edities van Artsenkrant. U als lezer kon stemmen voor de kandidaat van uw keuze. Jan Maertens, Elisabeth Persoons, Nick Stevens en Inge Vandenbempt haalden de meeste stemmen en winnen de Prijs van de Jonge Huisarts.

Evidence-based

Voor hun masterproef bundelde het viertal de krachten. "Als huisarts is het erg belangrijk om te werken op basis van evidence-based medicine (EBM)", staat dr. Elisabeth Persoons ons te woord. Niet alle huisartsen doen dit echter. Wat zijn succesfactoren voor het gebruiken van elektronische beslishulpen voor richtlijnimplementatie? Wat zijn valkuilen?

Elektronische beslishulpen moeten eerst en vooral gebruiksvriendelijk zijn. Niet te veel gedoe, geen extra belasting

Om een antwoord op deze vragen te formuleren, maakte het viertal een synthese van bestaand kwalitatief onderzoek. Meningingen en ervaringen van gebruikers van elektronische beslishulpen - zijnde artsen --, en de context waarin zo'n beslishulp gebruikt wordt, zijn belangrijk om het succes of falen van de toepassing te verklaren, duidt dr. Persoons. "Uit interviews en focusgroepen met art-



V.l.n.r.: Elisabeth Persoons, Nick Stevens, Jan Maertens, en Inge Vandenbempt. © JDB

sen in de literatuur, blijkt bijvoorbeeld dat elektronische beslishulpen eerst en vooral gebruiksvriendelijk moeten zijn. Niet te veel gedoe, geen extra belasting. Ten tweede vinden artsen het belangrijk dat de softwareontwikkelaar instructiemateriaal ter beschikking stelt. Ten derde willen artsen snappen waarom ze de toepassing gebruiken. Het nut ervan moet met andere woorden duidelijk zijn."

Met deze bevindingen ondersteunt het viertal de checklist die het Norwegian Institute of Public Health ontwierp op basis van kwantitatief onderzoek. Deze checklist moet ontwikkelaars van elektronische beslishulpen toelaten om hun toepassingen te optimaliseren. Ze bestaat uit vier 'pijlers'; zo moet er een context zijn voor het decision support system, de inhoud moet wetenschappelijk betrouwbaar zijn, het systeem moet goed werken en de elektronische beslishulp dient correct geïmplementeerd te worden in de praktijk. Deze vier pijlers worden op hun beurt nog eens uitgewerkt in vier elementen, zeg maar adviezen, elk.

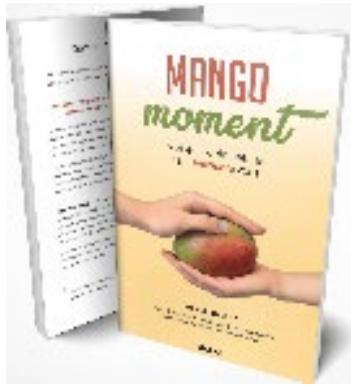
Zo'n checklist of kader is handig omdat er vandaag nogal wat elektronische beslishulpen op de markt zijn die niet allemaal even gebruiksvriendelijk zijn, zegt Elisabeth Persoons. "Daardoor haken artsen af, terwijl het doel van elektronische beslishulpen net is om EBM in de praktijk te brengen." De checklist moet softwareontwikkelaars - en uiteindelijk artsen --- daarbij helpen.

De Prijs van de Jonge huisarts is goed voor een geldbedrag van 2.500 euro geschonken door Rode Kruis-Vlaanderen.

Promotor van deze thesis is Prof. Mieke Vermandere (ACHG - KU Leuven)

Boekbespreking

Mangomomenten hebben een positieve impact op patiënt én zorgverlener



Boek verklaart hoe Mangomomenten de kwaliteit van de zorg kunnen verbeteren

Met een klein gebaar of onverwachte attentie een moment van grote waarde creëren voor een patiënt. Sinds enige tijd staat dit fenomeen in België en Nederland bekend als een 'mangomoment'. Een team van het Leuvens Instituut voor Gezondheidszorgbeleid

(KU Leuven) onderzocht hoe deze momenten ontstaan en welke impact ze hebben. De resultaten van het onderzoek worden beschreven in het boek *Mangomoment, met een klein gebaar naar een warmere zorg*.

Het fenomeen 'Mangomoment' maakt almaar meer naam, zowel in de Belgische als de Nederlandse gezondheidszorg. Het gaat om momenten van grote waarde die ontstaan via kleine, onverwachte gebaren die geen of weinig tijd, geld of moeite kosten. De KU Leuven, die het concept ontwikkelde, onderzocht nu ook de impact van Mangomomenten.

Het Leuvens Instituut voor Gezondheidszorgbeleid verzamelde meer dan 1000 verhalen: van patiënten, maar ook van familieleden en zorgverleners. Op basis van 120 diepte-interviews ging het op zoek naar de diepere betekenis van het Mangomoment.

Persoonsgerichte zorg

"Uit onze analyse van de verhalen en interviews blijkt dat Mangomomenten niet zomaar en op eender welk moment ontstaan", zegt professor Kris Vanhaecht, bezieler van het project. "Alle betrokkenen moeten hun rol vervullen om persoonsgerichte zorg mogelijk te maken. De persoonlijkheid van de patiënt speelt een rol. Die moet openstaan voor het gebaar van de andere. Ook de zorgverlener moet op zijn of haar beurt professioneel en persoonlijk de ruimte hebben voor zulke gebaren. Het management van de zorgorganisaties kan dit bevorderen door persoonsgerichte zorg te ondersteunen."

Persoonsgerichtheid wint aan belang binnen de gezondheidszorg, maar patiëntveiligheid blijft uiteraard de eerste bekommernis. "Een arts of verpleegkundige moet in de eerste plaats de juiste zorgen toedienen", geeft professor Vanhaecht aan. "Daarbovenop kunnen Mangomomenten wel een meerwaarde zijn, op verschillende vlakken. Ze leiden tot hogere tevredenheid bij patiënten en familie. De zorgverleners voelen zich meer betrokken en de vertrouwensband met de patiënt groeit."

Inspiratie en motivatie

In het boek *Mangomoment, met een klein gebaar naar een warmere zorg* delen Vlamingen en Nederlands hun waargebeurde verhalen. Daarnaast delen internationale experts hun visie op de zin en haalbaarheid van mangomomenten. Ook managers en beleidsmakers kunnen inspiratie putten uit het boek, zo zegt professor Herman Daems, voorzitter van de Raad van Bestuur van de KU Leuven. "Mango's komen alleen voor in tropische en subtropische gebieden, waar het klimaat geschikt is voor hun ontwikkeling. Ik denk dat zoiets ook geldt voor Mangomomenten. Het organisatieklimaat bepaalt of er ruimte is voor zulke momenten."

Ook professor Luc Sels, rector van de KU Leuven en expert in arbeidsmarktbeleid, sluit zich daarbij aan. "Echte Mangomomenten zien we nog te weinig op de werkplek; verrassende, ontwapenende en gewoon hartverwarmende gebaren. Ik hoop dat veel mensen dit boek zullen lezen, ook buiten de wereld van zorg en welzijn."



Zeker de personen die verantwoordelijkheid dragen in onze bedrijven en organisaties, en werken aan een *great place to work*.”

Professor Kris Vanhaecht: “We hopen dat ons boek mensen kan inspireren in de zoektocht naar een warmere zorg, meer veerkracht en positiviteit. De talrijke verhalen tonen hoe je in het dagelijkse leven kleine momenten van grote waarde kan creëren. Zo vergroten Mangomomenten niet alleen het geluk van de mensen om je heen maar ook jouw eigen voldoening.”

Wat is een Mangomoment?

Mangomomenten zijn momenten van grote waarde die ontstaan via kleine, onverwachte gebaren die geen of weinig tijd, geld en moeite kosten. Het fenomeen ontstond naar aanleiding van een televisiereportage waarin een journaliste aan een ernstig zieke patiënt vraagt waar ze naar uitkijkt. Het verrassende antwoord was “een mango”. Enige tijd later bracht de journaliste de patiënt een mango en zowel de journaliste als de patiënt waren emotioneel geraakt door dit kleine gebaar. De reportage werd opgepikt door het onderzoeksteam van het Leuvens Instituut voor Gezondheidszorgbeleid en ze noemden het concept ‘Mangomoment’.

Meer informatie

Via www.mangomoment.org komt u meer te weten over het concept, het boek, voorbeelden van Mangomomenten en het ‘Mangomoment Fonds’ van de KU Leuven.

Contact

- Professor Kris Vanhaecht, Leuvens Instituut voor Gezondheidszorgbeleid, e-mail: kris.vanhaecht@kuleuven.be, tel: 016 37 77 60, gsm: 0476 55 04 37
- Nieuwsdienst KU Leuven, e-mail: nieuws@kuleuven.be, tel: 016 32 40 08, gsm: 0492 15 18 18

Voor onze lezers geen verzendingskosten! Gebruik deze code voor uw bestelling bij ACCO: MANGOGKGZ0606 (geldig tot 31 juli 2019)

Nieuwe ACHG publicaties

1. Wildiers H, Mauer M, Elseviers M, De Wolf J, Hatse S, Hamaker M, **Buntinx F**, **De Lepeleire J**, Uytterschaut G, Falandry C, Tryfonidis K, Janssen-Heynen M. Cancer events in Belgian nursing home residents: An EORTC prospective cohort study. *J Geriatr Oncology* 2019; <https://doi.org/10.1016/j.jgo.2019.03.005>
2. De Maeyer C, **Schoenmakers B**. Exploring intergenerational differences in burnout and how to relate to work engagement, norms, and values: a mixed-methods study. *BJGP Open* 2019; DOI: 10.3399/bjgpopen18X101637.
3. **De Lepeleire J**. De hervorming van de Vlaamse ggz doorge-licht: de weg is lang en hobbelig. *Tijdschr Psychiatrie* 2019; 61 (april): 235-236.
4. Qing AL, Van Pottelbergh G. Hoe ka het Lokaal Multidisciplinair Netwerk de huisarts ondersteunen? *HANU* 2019; 1: 42-45.
5. Bekkering GE, Agoritsas T, Lytvyn L, Heen AF, Feller M, Moutzouri E, Abdulazeem H, **Aertgeerts B**, Beecher D, Brito JP, Farhoumand PD, Singh Ospina N, Rofondi N, van Driel M, Wallace E, nel M, Okwen PM, Siemieniuk R, Vandvik PO, Kuijpers T, **Vermandere M**. Thyroid hormones treatment for subclinical hypothyroidism: a clinical practice guideline. *BMJ* 2019; doi: 10.1136/bmj.12006.
6. Vandenberk M, **Goedhuys J**. De voorkeuren van volwassen patiënten bij het meedelen van een kankerdiagnose: een systematische review. *Tijdschr Geneeskd* 2019; 75(11): 699-708.
7. Foulon V, Wuyts J, Desplenter F, Spinewine A, Lacour V, Paulus D, De Lepeleire J. Problems in continuity of medication management upon transition between primary and care secondary care: patients’ and professionals’ experiences. *Acta Clinica Belgica* 2019; 74 (4): 263-271.
8. Wuyts J, Goffin T, **De Lepeleire J**, Foulon V. Informatie-uitwisseling met de huisapotheeker: wat kan en wat mag? *Tijdschr Geneeskd* 2019 75(13): 845-853.



ERNIE 4 studie

WARME OPROEP

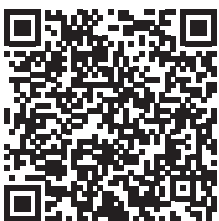
Beste collega's,

Wij zijn op zoek naar enthousiaste huisartsen en kinderartsen die willen meewerken aan de ERNIE 4 studie 'Urine en CRP sneltesten bij acuut zieke kinderen' om potentieel ernstige infecties bij kinderen vroegtijdig op te sporen.

Reeds 30 praktijken doen mee met deze studie maar we zoeken nog steeds huisartsen en kinderartsen met een hart voor onderzoek en innovatie!

Interesse? Neem een kijkje op: <http://www.ernie4studie.be>

Scan de QR code om vrijblijvend in te schrijven!



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

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

CB is ook online beschikbaar:

www.achg.be/contactbladen

Agenda

- Volgende Leuvense dagen op 28 en 29 november 2019: Gastro-enterologie! In het Brembergcentrum te Haasrode.

Meer info op www.achg.be/kalender en op 

