

Contactblad ACHG

KU LEUVEN

ACADEMISCH CENTRUM
HUISARTSGENEESKUNDE

Januari – februari - maart 2020

DRIEMAANDELIJKS TIJDSCHRIFT • JAARGANG 29 • NR. 2 • Afgiftekantoor: Leuven MassPost
P911471

IN DIT NUMMER:

- Editoriaal1
- Onderwijs2
- Onderzoek4
- ebpracticenet11
- Leuk nieuws12
- Nieuwe ACHG publicaties14
- Agenda16

“Alles wat waar is” - Heinz Kahlau

Alles wat waar is,
Kan zachtjes zijn.

Zachtjes rijpen de vruchten.
Bladeren vallen in stilte.
Stom bedekt sneeuw ze,
kalm vriest het meer dicht –
Dood komt als slaap.

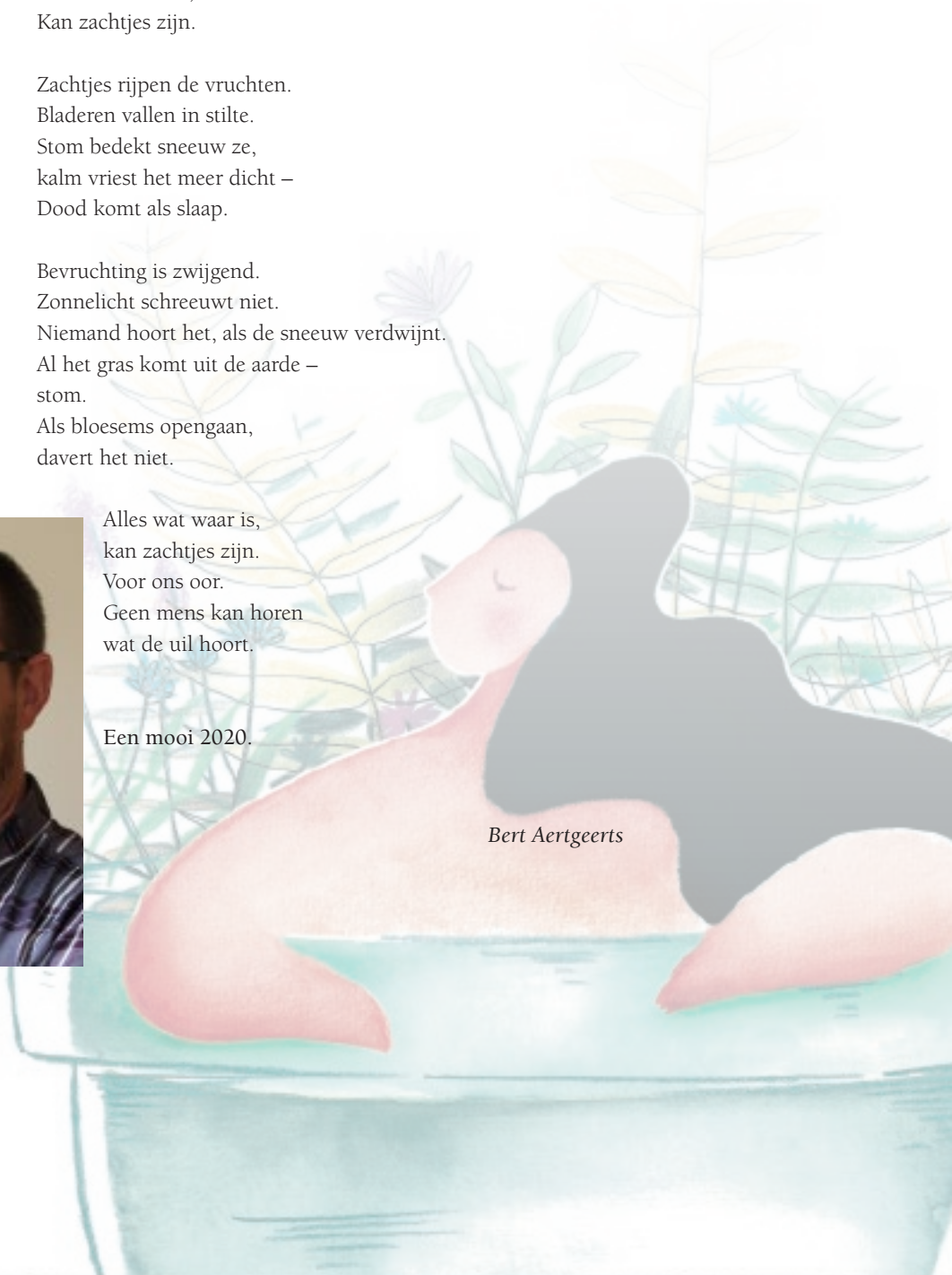
Bevruchting is zwijgend.
Zonnelicht schreeuwt niet.
Niemand hoort het, als de sneeuw verdwijnt.
Al het gras komt uit de aarde –
stom.
Als bloesems opengaan,
davert het niet.

Alles wat waar is,
kan zachtjes zijn.
Voor ons oor.
Geen mens kan horen
wat de uil hoort.

Een mooi 2020.

Bert Aertgeerts

Editoriaal



Mijlpaal in de opleiding van Vlaamse huisartsen! (vervolg)

Op 1 oktober 2019 startte een nieuw en uitdagend hoofdstuk in de opleiding huisartsgeneeskunde in Vlaanderen. Alle HAIO's van het nieuwe curriculum moeten immers tijdens hun tweede opleidingsjaar verplicht gedurende zes maanden stage doen in een ziekenhuis.

Deze ziekenhuisstage kadert in de Europese regelgeving en zal ervoor zorgen dat elke Vlaamse huisarts die zal afstuderen een Europees erkend diploma heeft.

Zeer veel specialisten werden bereid gevonden om een opleiding bij het ICHO te volgen en een erkenning als opleider van HAIO's te halen. Er werd door de kandidaat-opleiders zorgvuldig nagedacht over een zinvol takenpakket en er werd gekeken naar mogelijke leerkanalen binnen het ziekenhuis.

Dr. Dirk Peeters is liaison psychiater in het AZ Sint-Jozef in Malle. We hadden in de aanloop naar 1 oktober met hem een gesprek.

Het is bijna 1 oktober!

Dr. Peeters: "Inderdaad, een groot moment. We zijn klaar om de drie HAIO's te verwelkomen die bij ons in het ziekenhuis zullen starten. De eerste dag zullen zij 's morgens ontvangen worden en een opleiding krijgen om met het patiëntendossier te kunnen werken. Daarna krijgen zij een rondleiding binnen het ziekenhuis. Op het einde van de voormiddag kunnen zij dan echt aan de slag op hun dienst."

U hebt al ervaring in het opleiden van ASO's. Waarin ligt voor u het verschil met het opleiden van HAIO's?

Dr. Peeters: "Een HAIO werkt meer contextgericht dan een ASO. Een ASO heeft meer een technische/neurobiologische/diagnostische benadering. Ik kijk uit naar de interactie met de HAIO's. Zo is het voor ons leerrijk om te weten welke informatie een huisarts echt nodig heeft om de zorg voor de patiënt na ontslag goed te kunnen verderzetten.

Bovendien is het boeiend om in het ziekenhuis, waarin er steeds meer een evolutie is naar orgaanspecialisten en superspecialisten, met de HAIO terug een meer holistische blik binnen de muren van het ziekenhuis te krijgen."

Voelt u zich voldoende voorbereid om aan deze nieuwe uitdaging te beginnen?

Dr. Peeters: "De introductiesessies en vaardigheidstrainingen waren zeer leerrijk en interessant. Zo hebben we beter zicht gekregen op de huisartsenopleiding en de denkkaders waarmee de HAIO's werken. Het zal voor ons allen nog wat zoeken zijn hoe dit alles concreet op de werkvloer zal verlopen, maar we hebben er vertrouwen in. We zijn van plan om de samenwerking, in overleg met de HAIO's, van nabij op te volgen, te bespreken en bij te sturen waar nodig."

Wat deed u beslissen om te starten als ziekenhuisopleider voor HAIO's?

Dr. Peeters: "Hiervoor waren meerdere redenen. Eerst en vooral mijn persoonlijke, professionele missie: de erkenning van de liai-



son psychiatrie als specialiteit. Deze tak binnen de geneeskunde heeft soms nog gebrek aan erkenning, terwijl het net ongelooflijk belangrijk is dat we beseffen dat lichaam en geest met elkaar verbonden zijn. De liaison psychiatrie werkt multidisciplinair en moet meer buiten de muren van het ziekenhuis geraken om het zorgsysteem van de patiënt in de thuissituatie te kunnen verbeteren.

Ook binnen de muren van het ziekenhuis kan een HAIO een verbindende rol spelen tussen de verschillende specialismen.

In de toekomst zullen psychische en psychiatrische problemen meer en meer bij de huisarts opgevolgd worden. Voldoende kennis en ervaring voor huisartsen komen daarbij zeker van pas.

Ik ben trots dat we aan de opleiding voor huisartsen kunnen meewerken en dankbaar dat de directie van het ziekenhuis dit mee ondersteund heeft."

Terug contact in midden December:

De HAIO's zijn nu een 10-tal weken aan de slag in het ziekenhuis, hoe vallen die eerste weken mee?

"Zeer goed, ik hoor een algemene tevredenheid, ook bij de collega-opleiders. Vooral het grote enthousiasme van de HAIO's wordt geapprecieerd. Er is een duidelijke evolutie te merken binnen de stages. De eerste weken was het vooral kwestie van de HAIO's te leren kennen, en hen te laten inwerken door het EMD en andere werkinstrumenten onder de knie te krijgen. Dat begint nu te lukken en nu zijn we aan het uitzoeken wat er specifiek van toepassing is op de HAIO's, waar zij een meerwaarde kunnen bieden. Er is bijvoorbeeld de vraag welk soort consultaties zij stilaan zelfstandig zouden kunnen doen op de verschillende afdelingen. Zo is de controle-consultatie na een ingreep of opname zeer nuttig, omdat dan de familiale context van de patiënt in het vizier komt, of eventuele sociaal-maatschappelijke gevolgen van een diagnose (bv nier-dialyse). Op interne geneeskunde is zaalwerk heel relevant. Belangrijke vraag is dus telkens welke rol de HAIO hier zeer specifiek in kan spelen?"

Karolina Bystram

Nieuw vak 3de Master: “Verdieping in de Huisartsgeneeskunde”

Het tweede semester van het academiejaar 2019-2020 is van start gegaan en tegelijk betekent dit ook de intrede van een nieuw vak in de 3de Master: “Verdieping in de Huisartsgeneeskunde”.

Voor zover je uiteraard van ‘nieuw’ kan spreken. Het vak kende namelijk de afgelopen twee jaar een voorloper onder de noemer “Vrij Vak – Basis Huisartsgeneeskunde”. Niet verplicht dus, maar wel zéér warm aanbevolen. Daar is sinds dit jaar echter verandering in gekomen. Elke student die voor eerste keuze huisartsgeneeskunde gaat, dient vanaf nu dit verdiepingstraject te volgen. “Verdieping in de huisartsgeneeskunde” maakt deel uit van de verdiepingsstage, dat elk jaar van start gaat in het tweede semester. Deze duurt in totaal zes weken en bestaat uit het verdiepend vak, een interprofessionele stage en een terugkomweek. Het gehele traject wordt tweemaal gegeven over twee verschillende periodes (aan telkens een nieuwe groep studenten). De 1ste periode loopt van 24/2 tot 3/4 en de 2de van 18/5 tot 26/6.

Het verdiepend vak zelf is onderverdeeld in drie themablokken en kent een opbouw van hoorcolleges, gevolgd door workshops en gesprekstrainingen en sluit af met geïntegreerde consulten. Vooral het laatste werd de afgelopen twee jaren zeer goed onthaald. In de vorm van een rollenspel maken de studenten op een praktische manier kennis met diverse situaties uit het consult.

Niet alleen encyclopedische kennis, maar ook communicatieve vaardigheden en shared decision making worden in dit kort, maar intens traject uitvoerig geoefend. Dit alles zorgt ervoor dat het vak niet enkel een stevige basis aanreikt voor de ManaMa, maar op de koop toe de student zeer goed voorbereidt op de bekwaamheidsproef.

Voor meer info kan je steeds terecht bij de ECTS-fiche.

Het Verdiepend Vak wordt ondersteund door het Online Leerplatform SOFIA

Lisa Van der Auwera



Algemene opbouw Verdiepingsstage

Verdieping in de Huisartsgeneeskunde - 4 weken
= Hoorcolleges, workshops, gesprekstrainingen, + geïntegreerd consult (3 themablokken)

Interprofessionele Stage (IPS) - 1 week

Terugkomweek – 10 halve dagen
= 5 reflectie- en presentatiedagen + 5 themadagen

Coördinator: Prof. Dr. Jan De Lepeleire

Onderwijsteam: Karen Devue, Sofie Piron, Severine Thonnon en Louise Vanden Poel

Hartfalen: een complexe problematiek

Hartfalen is een complexe chronische aandoening met een grote impact op de levenskwaliteit en gezondheid van patiënten. Het aantal patiënten met hartfalen en de impact op het gezondheidssysteem nemen toe als gevolg van de vergrijzing. De behandeling van deze patiëntenpopulatie situeert zich zowel in de eerste als tweede lijn, waarbij internationaal onderzoek uitwijst dat opvolging van patiënten met chronisch hartfalen in de eerste lijn niet inferieur is aan opvolging in het ziekenhuis.

Ondanks de belangrijke impact van hartfalen op de gezondheidszorg, is de huidige behandeling van patiënten met hartfalen niet optimaal. Geïntegreerde, multidisciplinaire zorgprogramma's hebben de hoogste graad van aanbeveling in internationale richtlijnen, maar worden in België niet gefinancierd door de overheid. De implementatie van deze aanbeveling is bijgevolg erg beperkt. In slechts een minderheid van de ziekenhuizen is een hartfalenverpleegkundige actief, terwijl dit nochtans de kern is van een multidisciplinair hartfalenteam. Patiënten en mantelzorgers ontberen door gebrek aan educatie rond hartfalen vaak een minimumkennis van de ziekte. Onderzoek bij Vlaamse huisartsen toonde bovendien aan dat de diagnose in eerste lijn vaak moeilijk is door gebrek aan diagnostische instrumenten en onduidelijke specialistische communicatie. Ten slotte is er een gebrek aan duidelijke afspraken rond het ontslagbeleid bij patiënten na ontslag uit het ziekenhuis omwille van een hartfalendecompensatie.

Er is met andere woorden nog veel werk aan de winkel. De volgende twee projecten trachten elk op een verschillende wijze deze lacune op te vullen.

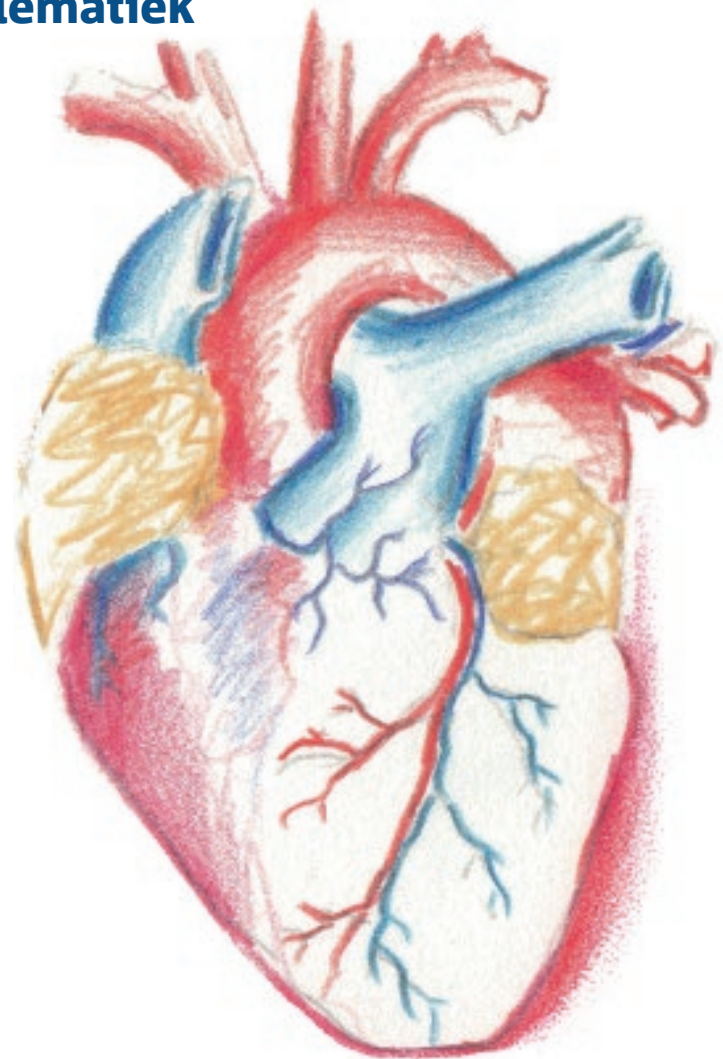
Opstart Lerend netwerk hartfalen

Willem Raat¹, Miek Smeets¹, Hilde Vandenhoudt², Bert Vaes¹

1. *Academisch Centrum voor Huisartsgeneeskunde, KU Leuven*

2. *Thomas More Hogeschool, Turnhout*

In België worden jaarlijks meer dan 15 000 patiënten aan hartfalen gediagnosticeerd, waarvan een kwart overlijdt binnen het jaar na diagnose. Ongeveer 1-2% van het jaarlijkse budget voor gezondheidszorg gaat naar patiënten met hartfalen, vooral omwille van frequente (her)opnames. In een Vlaamse eerstelijns populatie belandt jaarlijks 1 op de 1000 patiënten met een GMD in het ziekenhuis omwille van hartfalen (1). Schattingen van het aantal heropnames binnen de dertig dagen na ontslag uit het ziekenhuis variëren, maar liggen rond de 20% (2). Meerdere multidisciplinaire zorgprogramma's toonden een gunstig effect op mortaliteit en opnames, met geschatte relatieve risicoreducties van 20 tot 40% (3). De meest succesvolle zorgprogramma's bestaan uit een intramurale fase in het ziekenhuis met opvolging na ontslag. In 2016 had slechts 10% van de Belgische ziekenhuizen een multidisciplinair zorgprogramma voor patiënten met hartfalen. In een minderheid van de ziekenhuizen is een gespecialiseerde hartfalenverpleegkundige actief. In Vlaanderen gaat het om grote perifere of tertiaire centra zoals het ZOL, Jessa ziekenhuis en UZ Leuven. Bovendien is er een groot gebrek aan protocollair uitgevoerde



zorgtransitie met samenwerking tussen huisarts en cardioloog, hoewel dit geassocieerd is met gunstige klinische uitkomsten. Zo zou vroege samenwerking tussen cardioloog en huisarts na ontslag de mortaliteit met 20% verminderen (hazard ratio, 0.79; 95% CI, 0.63 tot 1.00; P=0.045)(4).

Als antwoord op deze uitdagingen verschenen in meerdere regio's lokale initiatieven in de vorm van multidisciplinaire zorgpaden; vaak een mengeling van richtlijnimplementatie en het vastleggen van afspraken rond ziekenhuisopname en ontslag. Het "**Vlaams Lerend Netwerk Hartfalen**" verenigt de verschillende hartfaleninitiatieven in de eerste lijn, met als doel de creatie van een toegankelijk, open en dynamisch netwerk waar kennis en gegevens uitgewisseld en gepoold worden met het oog op capaciteitsopbouw van de hartfalenzorg.

"Learning Healthcare Systems" of coöperatieve lerende netwerken (CLN) zijn een zorgconcept waarbij klinische zorg, zorgcultuur, wetenschappelijk onderzoek en economische stimuli allemaal bij-

dragen tot een continu proces van verbetering, innovatie en kenniscreatie. Dergelijke netwerken bundelen en verspreiden de collectieve intelligentie van zorgverleners, onderzoekers en patiënten. Ze konden in verschillende omgevingen effectiviteit aantonen, zoals in het verminderen van katheterinfecties, premature bevallingen, en natale mortaliteit bij congenitale hartziekten (5). CLN hebben een niet-hiërarchische flexibele organisatiestructuur waarin de besluitvoering verdeeld wordt tussen de actoren. Dit stelt patiënten, mantelzorgers, zorgverleners en technologische partners in staat om zichzelf te organiseren en problemen in de gezondheidszorg op te lossen.

De eerste stap binnen het CLN is de onderlinge uitwisseling van expertise rond aanpak en implementatie van zorgpaden en educatie. Ten tweede wordt bekeken welke kwaliteitsindicatoren het meest geschikt zijn voor de evaluatie van deze implementatie. In de startfase bestaat het CLN uit 4-maandelijke symposia met tussentijdse communicatie per mail.

ACHTERGRONDLITERATUUR

1. Royen PV, Boulanger S, Chevalier P, Dekeulenaer G, Goossens M, Koeck P, et al. Aanbeveling voor goede medische praktijkvoering: Chronisch hartfalen. *Huisarts Nu*. 2011;40:158-86.
2. Van Spall HGC, Rahman T, Mytton O, Ramasundarahettige C, Ibrahim Q, Kabali C, et al. Comparative effectiveness of transitional care services in patients discharged from the hospital with heart failure: a systematic review and network meta-analysis. *European Journal of Heart Failure*. 2017;19(11):1427-43.
3. Britto MT, Fuller SC, Kaplan HC, Kotagal U, Lannon C, Margolis PA, et al. Using a network organisational architecture to support the development of Learning Healthcare Systems. *BMJ quality & safety*. 2018;27(11):937-46.
4. Margolis PA, Peterson LE, Seid M. Collaborative Chronic Care Networks (C3Ns) to transform chronic illness care. *Pediatrics*. 2013;131 Suppl 4:S219-23.
5. Cunningham FC, Ranmuthugala G, Westbrook JI, Braithwaite J. Tackling the wicked problem of health networks: the design of an evaluation framework. *BMJ open*. 2019;9(5):e024231-e.

DISCLAIMER

Project gerealiseerd met de steun van het Fonds Dr. Daniël De Coninck: Technologie in de thuiszorg, beheerd door de Koning Boudewijnstichting.

Miek Smeets

Het Leuvens Zorgprogramma Hartfalen – implementatie van een geïntegreerd zorgmodel

Het Leuvens Zorgprogramma Hartfalen werd opgericht in 2018 binnen het grotere pilootproject geïntegreerde zorg “Zorgzaam Leuven”. Het zorgprogramma richt zich op de verbetering van vier doelen:

1. Opleiding van zorgverleners

Er wordt getracht lokale paramedici (verpleegkundigen, kinesisten, ...) op te leiden door middel van jaarlijkse opleidingsmomenten. Bovendien wordt er voor deelnemende huisartsen en apothekers gewerkt aan een gratis te consulteren leeromgeving. Ten slotte is er voor de huisartsen en paramedici een uitgeschreven zorgpad met algemene informatie voor de betrokken beroepsdisciplines, en titratietabellen en diagnostische en therapeutische algoritmes voor de huisartsen.

2. HF-diagnostiek in de eerstelijns

Voor deelnemende huisartsen worden natriuretische peptiden voor diagnose van hartfalen terugbetaald. Bovendien krijgen ze toegang tot diagnostische audits in het elektronisch medisch dossier. Ten slotte zullen de diensten cardiologie Heilig Hart Leuven en UZ Leuven op een gestandaardiseerde manier communiceren rond de diagnose hartfalen.

3. Patiënteneducatie

Voor het eerst worden in de eerste lijn hartfaleneducatoren ingezet. Die geven educatie aan patiënten met een hoog risico op heropname na een ziekenhuisverblijf omwille van hartfalen of op vraag van de deelnemende huisartsen. Patiënten en mantelzorgers krijgen educatie aan de hand van hiervoor speciaal ontworpen hartfalenboekjes.

4. Zorgtransitie

In de deelnemende ziekenhuizen wordt een gestructureerd ontslagprotocol geïmplementeerd voor patiënten met een HF-hospitalisatie en een hoog risico op heropname. De huisartsen in de regio worden gecontacteerd om binnen de week na ontslag de patiënt te zien op controle. Binnen Leuven en deelgemeenten komt een educator 14 dagen na ontslag langs.

Conclusie

Het Leuvens Zorgprogramma Hartfalen tracht de zorg voor patiënten met chronisch hartfalen te verbeteren. Het zorgprogramma gaat gefaseerd van start in november 2019 met de implementatie van het ontslagprotocol in de ziekenhuizen en wordt in de loop van 2020 stelselmatig uitgerold.

Willem Raat

Slapeloosheid: eerst educatie, geen medicatie



Uit de Belgische gezondheidsenquête van 2013¹ blijkt dat ongeveer 30% van de populatie last heeft van **slaapproblemen**. Dit percentage ligt bijzonder hoog bij de oudere bevolking. Omdat de prevalentie van slaapkachten sterk toegenomen is sinds 2008² en België één van de belangrijkste consumenten is van benzodiazepines en z-drugs wereldwijd¹, is er nood aan hulp voor de implementatie van een **niet-medicamenteuze aanpak**, zoals aanbevolen door nationale en internationale richtlijnen.

Om deze reden hebben we een nieuwe studie opgesteld met als doel om **geschreven educatief materiaal** te ontwerpen om **insomniepatiënten** en hun artsen te ondersteunen. Daarmee willen we de niet-medicamenteuze aanpak van slaapproblemen en slapeloosheid bevorderen, alsook het gebruik van benzodiazepines en z-drugs voor deze problematiek verminderen.

We doen dit aan de hand van participatief onderzoek, waarin we samenwerken met de verschillende doelgroepen. De studie bestaat uit drie delen. We zijn begonnen met “think aloud studies” waarbij we bestaande materialen hebben geëvalueerd met vrijwilligers met slaapkachten. In een volgende fase bediscussiëren we deze bevindingen en de vernieuwde nationale richtlijn² in een multidisciplinaire groep met **eerstelijnszorgverleners** om hun advies te bekomen. Tenslotte organiseren we ontwerpessies waarin we samen met vrijwilligers en eerstelijnszorgverleners nieuwe materialen ontwerpen door te brainstormen, bekritisieren en prioriteren.

Oproep!

We zijn nog op zoek naar enthousiaste huisartsen (en andere eerstelijnszorgverleners) voor de laatste fase van onze studie (ontwerpessies).

Deze zullen plaatsvinden in Leuven op:

23 januari – 30 januari – 4 februari – 6 februari.

Data onder voorbehoud. Indien wenselijk kunnen andere data toegevoegd worden, doe gerust een voorstel.

Interesse? Contacteer kristien.coteur@kuleuven.be

1. Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid. Gezondheidsenquête 2013: Gezondheid en welzijn. 2013.

2. Cloetens H, Declercq T, Habraken H, Callens J, Van Gastel A. Aanpak van slaapkachten en insomnie bij volwassenen in de eerste lijn; 2018.

De ROSIE-studie

Beste lezer,

Eerst en vooral wensen wij U vanwege het ganse team diagnostisch onderzoek van het Epi-Centre aan het ACHG het allerbeste voor het jaar 2020! Het nieuwe jaar is nog maar net van start gegaan, en we lanceren alweer een boeiende studie.

ROSIE staat voor "Recognition Of Serious Infections in the Elderly". We willen onderzoeken op welke manier we de diagnose van ernstige infecties bij ouderen in de huisartspraktijk kunnen verbeteren. Zoals u weet zijn zulke infecties soms moeilijk te diagnosticeren, omdat tekenen en symptomen zoals koorts vaak afwezig zijn bij deze ouderen. Daarom starten we in april een veldstudie bij Vlaamse huisartsen en enkele spoeddiensten met als doel het ontwikkelen van een klinische predictieregel, gebaseerd op patiëntkarakteristieken, tekens en symptomen, en bloedtesten zoals CRP en procalcitonine.

Zo'n studie is zeker nodig, omdat diagnostiek van infecties bij ouderen in de huisartspraktijk zeer weinig onderzocht is. We zoeken daarom huisartsen die willen meewerken aan dit project. We hebben er doelbewust voor gekozen om de tijds- en logistieke belasting op deelnemende huisartsen zo veel mogelijk te beperken. Bij elke geïncludeerde patiënt wordt enkel gevraagd een bloedafname te doen en de klinische bevindingen te noteren op het onderzoekformulier.

Deze patiënten zijn acuut zieke ouderen (≥ 65 jaar) die niet in een Rust- en Verzorgingstehuis wonen, waarbij de huisarts een infectie vermoedt. Extra informatie, waaronder de uiteindelijke diagnose, zal worden gehaald uit het elektronisch patiëntendossier van de huisarts of van het ziekenhuis. We nemen na een maand ook contact op met de patiënt of de mantelzorger voor het invullen van een vragenlijst.

Indien u geïnteresseerd bent om deel te nemen aan dit project, en u wenst graag extra informatie, mag u ons contacteren op het onderstaande e-mailadres. Om praktische redenen zal de studie enkel in de provincies Antwerpen, Limburg en Vlaams-Brabant uitgevoerd worden.

Het ROSIE studie team
Prof. Ann Van den Bruel
Prof. Jan Verbakel
Prof. Jos Tournoy
Prof. Ben Van Calster
Dr. Hanne Boon
Thomas Struyf

Contacteer ons:
Thomas.Struyf@kuleuven.be



Gezondheid en Wetenschap

Boekrelease: "Champagne voorkomt dementie. Zin en onzin over psychisch welzijn"

'Een depressie begint in de darmen!', 'Nieuwe bloedtest kan autisme detecteren!', 'Kattenliefhebbers lopen meer risico op schizofrenie!', 'Neusspray met knuffelhormoon helpt bij anorexia!', ... Kruiswoordraadsels kunnen volgens de media geen dementie voorkomen, maar champagne blijkbaar wel.

We raken allemaal het noorden kwijt bij de stroom aan mediaberichten over psychisch welzijn, maar de impact van deze 'weetjes' op kwetsbare individuen is extra groot. Vaak versterken ze bestaande stereotypen. Stigmatisering is verweven in onze maatschappij en dat weerspiegelt zich in uitspraken die de media halen. Sommige psychiatrische ziektebeelden krijgen onterecht een angst-aanjagend karakter, andere worden als onbenullig weggezet.

Met Champagne voorkomt dementie. Zin en onzin over psychisch welzijn wil Gezondheid en Wetenschap het stigma rond psychisch welzijn helpen doorbreken. In dit boek worden waan en wetenschap over veelvoorkomende psychische problemen en psychiatrische diagnoses gebundeld.

Champagne voorkomt dementie. Zin en onzin over psychisch welzijn ligt nu in de winkel.

Op deze website kun je het boek online bestellen:

<https://gompel-svacina.eu/product/champagne-voorkomt-dementie-zin-en-onzin-over-psychisch-welzijn/>



Elizabeth Bosselaers

Aan 'Champagne voorkomt dementie. Zin en onzin over psychisch welzijn' werkten diverse medewerkers van Gezondheid en Wetenschap mee, onder leiding van arts-hoofdredacteur Marleen Finoulst.



Martine Goossens, Marleen Finoulst, Patrick Mullie, Elizabeth Bosselaers en Sanne Boonen.

Onderzoek

Cebam

Cochrane Belgium

Haal de slingers en feesttoeters maar boven en laat de champagne knallen! Alsof de feestdagen zelf nog niet voor genoeg feestelijkheid zorgen, hebben we hier bij Cebam namelijk nóg wat extra dingen te vieren.

Laten we beginnen met een welverdiend applaus voor onze Cochrane collega's. Sinds kort mag Cochrane Belgium zich een volwaardig 'Full Cochrane Centre' noemen. We waren reeds een Associate Centre, maar door de voortdurende ontwikkeling en uitbreiding van onze activiteiten zijn we doorgroeid naar een Full Centre.

Een van de hoofdpijlers van Cochrane Belgium is het verspreiden van kennis (Knowledge Transfer), meer specifiek het verspreiden van de resultaten van Cochrane reviews bij zorgverleners. Dit doen we onder meer door het schrijven van 'Cochrane Corners': samenvattingen van Cochrane reviews op een toegankelijke, verstaanbare manier in heel wat tijdschriften. Inmiddels loopt dit vlotjes en schrijven we meer dan 30 Cochrane Corners per jaar voor huisartsen, kinderartsen, verpleegkundigen, kinesisten en sinds dit jaar ook voor diëtisten. In het komende jaar gaan we bovendien een nieuwsbrief uitbrengen waarmee we meer mensen proberen te bereiken met Cochrane nieuws.

Wikipedia

Afgelopen zomer zijn we van start gegaan met een nieuw project: Wikipedia. Cochrane verspreidt al enkele jaren informatie via dit medium en constateerde dat ze hiermee een breed, maar Engelstalig publiek bereiken. We willen bekijken hoe we informatie van Cochrane kunnen verspreiden voor Nederlandstaligen bij wikipedia.nl. We proberen bij reeds bestaande Nederlandstalige pagina's over gezondheidsproblemen onze betrouwbare info toe te voegen. We voorzien ook een Nederlandstalige versie van een reeds bestaande Engelstalige pagina. Werk in uitvoering!

Systematic Review

Onze tweede hoofdpijler omvat onderwijs en opleiding. Al meer dan tien jaren geven we een driedaagse Systematische Review cursus. In 2017 begonnen we deze cursus specifiek voor doctoraatsstudenten te geven. Hiermee voorzien we duidelijk in een behoefte want in 2020 doen we dit vier keer bij vier verschillende universiteiten. Recent voegden we een GRADE-cursus toe aan ons aanbod. Dit is de internationaal gekende methode om de kwaliteit van bewijs van systematische reviews en richtlijnen op een transparante en uniforme manier te graderen. Dat deden we met succes: op amper twee weken tijd waren alle plaatsen voor de cursus volzet! We organiseren daarom op 11 februari meteen een tweede editie.

De feestelijkheden beperken zich niet alleen tot Cochrane Belgium. Ook bij Gezondheid & Wetenschap hebben we wat te vieren. Op 18 november lanceerde het kabinet van mevrouw De Block officieel via een persbericht het Franstalige zusje van Gezondheid & Wetenschap, www.infosanté.be

Op deze website zijn de vertaalde patiëntenrichtlijnen te vinden van Gezondheid & Wetenschap, eveneens aangepast aan de Waalse context. Dit is weer een stevige mijlpaal in het verspreiden van betrouwbare en toegankelijke gezondheidsinformatie op maat van de patiënt.

En last but not least, heugelijk babynieuws: op 25 november werden Elizabeth Bosselaers en haar partner de trotse ouders van een prachtige dochter, Lena. Proficiat!

Redenen genoeg hier om te feesten dus. We kijken al vol verwachting uit naar wat het nieuwe jaar ons zal brengen. Proost!

Katrien Willemsens



Congreshoekje

EBHC Conference 2019: the Ecosystem of Evidence

In november reisden we met een delegatie van het ACHG, Cebam, Ebpracticenet en Rode Kruis België naar Taormina in Sicilië voor de *9e International Conference of Evidence-Based Health Care (EBHC) Teachers & Developers*. De focus van het congres lag op toekomstige uitdagingen voor het Evidence Ecosystem om een duurzame verbinding te maken tussen de productie van evidence, synthese, disseminatie en implementatie in de dagelijkse praktijk. Het was een ideale gelegenheid om te netwerken met collega's en vrienden van over de hele wereld en te genieten van presentaties van bekende en minder bekende sprekers. Het congres ging door in een hotel dat idyllisch gelegen was aan de Ionische Zee. We hebben geproefd van de Siciliaanse cultuur, van (veel te veel) lekker eten en drinken en van de warmte van de novemberzon. Maar we hebben vooral genoten van talloze ontspannen ontmoetingen met onze internationale collega's met wie we dezelfde droom delen: één wereldwijd Ecosystem of Evidence, zonder silo's, waarbij we samenwerken om recente inzichten in de wetenschap op een snelle en methodologisch robuuste manier te vertalen naar aanbevelingen voor de klinische praktijk.

De Belgen waren goed vertegenwoordigd (we waren met 17!) en er werden knappe presentaties gegeven door Nicolas Delvaux (ACHG), Gerlinde Lenaerts (Cebam) en Hans Van Remoortel (Rode Kruis België). Ook Ebpracticenet was aanwezig en wekte veel belangstelling met hun poster over een implementatiestrategie voor evidence-based aanbevelingen.

Doorheen alle presentaties was het duidelijk dat we wereldwijd op zoek zijn naar manieren om wetenschap sneller bij de patiënt en de zorgverlener te brengen, op een duidelijke manier voorgesteld. De patiënt is niet langer een toeschouwer, maar heeft een centrale rol in het hele proces van bij de ontwikkeling van systematische reviews (welke uitkomstmaten zijn relevant voor patiënten?) tot in het formuleren van de richtlijn, en zeker bij het implementeren in de dagelijkse praktijk. Er werden ook innovatieve



vormen van onderwijs voorgesteld, o.a. met patiënten die mee lesgeven over de toepassing van richtlijnen.

Er was echter ook ruimte voor kritische bedenkingen. We stelden vast dat de Chinezen de laatste jaren de grootste producenten van systematische reviews zijn, en dat er veel te veel duplicatie gebeurt, wat leidt tot nutteloze publicaties en verspilling van geld en energie. We merkten op dat studenten zich overal ter wereld onzeker voelen als ze afwijken van een richtlijn en dat er zelfs workshops georganiseerd worden specifiek om te leren omgaan met deze onzekerheid. Gedeelde besluitvorming met respect voor de wensen en verwachtingen van de patiënt is de nieuwe norm, en wij moeten ervoor zorgen dat onze jonge artsen hierin experts worden.

Ten slotte was er een markante presentatie door Julia Belluz, een journaliste die evidence-based gezondheidsnieuws brengt voor Vox Media (USA). Haar blik op de huidige verslaggeving en alle 'fake news' in de media was verrassend en soms choquerend. Ze deed een warme oproep aan alle academici om meer aanwezig te zijn op sociale media en in publieke debatten.

Wij hebben de volgende editie van het congres al in onze agenda genoteerd!

Mieke Vermandere



Onderzoek

Adelaide 30 Oktober – 2 November 2019 - Guidelines International Network (GIN) congress

Het jaarlijkse GIN-congres – over alles wat met richtlijnen te maken heeft – had als thema ‘Trustworthy evidence for questions that matter. The value of guidelines in 21st century healthcare’. Anno 2019 zijn richtlijnen springlevend. Belangrijk is dat ze zich blijven aanpassen aan de veranderende context. Er wordt daarom continue gewerkt aan nieuwe methoden om betrouwbare systematische reviews en richtlijnen te maken, onder andere door Cochrane en de GRADE Working Group¹.

Hieronder ontdek je een greep uit de talloze onderwerpen die aan bod kwamen.

PATIËNTENBETROKKENHEID

Ook werd benadrukt om patiënten op een betekenisvolle wijze te betrekken bij richtlijnontwikkeling. Richtlijnen horen immers aan te sluiten bij de behoeften van een patiënt.

Hoe betrek je een patiënt? In ieder geval door hem voldoende op te leiden en te begeleiden. Ook door het perspectief dat iedere patiënt meebrengt als waardevol te beschouwen en hem niet als representatief voor ‘alle patiënten’ te zien. En door niet (langer) studies uit te voeren over onderwerpen die niet prioritair zijn voor patiënten, want dan creëren we ‘research waste’ (bv. Jun et al. 2015²).

INTERNATIONALE SAMENWERKING

De meest optimale vorm van samenwerking rond richtlijnontwikkeling is die van co-creatie waarbij diverse landen elk een deel van eenzelfde richtlijn voor hun rekening nemen en nadien samenvoegen. Zo hopen we op 1 richtlijn per onderwerp uit te komen, een mooi vooruitzicht.

In samenwerking met McMaster legt GIN ook de laatste hand aan een internationaal certificeringsprogramma, inclusief opleidingsmodules voor mensen die betrokken zijn bij de diverse onderdelen van richtlijnontwikkeling (zie ook: inguide.org). Doel is het verhogen van de kwaliteit van richtlijnen. De modules worden gepresenteerd tijdens het GIN-congres in 2020.

RICHTLIJNEN ROND MEDICATIE AFBOWEN

Richtlijnen kunnen bijdragen aan het probleem van overmatig voorschrijven van medicatie, vooral bij ouderen. Dat komt omdat richtlijnen wel beschrijven wanneer je een bepaald medicament moet voorschrijven maar niet wanneer dit niet meer nodig is. Toch bestaan er al een aantal richtlijnen specifiek rond medicatie afbouwen, bijvoorbeeld PPIs. Zie: deprescribing.org.

REAL WORLD DATA

U zei? Data verzameld buiten de setting van een RCT. Er werd gekeken naar de betrouwbaarheid ervan. Want deze databron is aantrekkelijk vanwege de lage kosten, snelle toegankelijkheid,



grote populaties en externe validiteit, maar heeft ook zwakke punten. De gevaren schuilen onder andere in het risico op bias, wat vaak moeilijk te beoordelen is, en de risico's op datamanipulatie omdat protocollen veelal ontbreken en analyses vaak weinig transparant zijn.

AANBEVELINGEN IMPLEMENTEREN

De mate waarin richtlijnen worden gevolgd bleef de laatste 10 jaren vrijwel ongewijzigd, tegen de 60%. Veel implementatiestudies of -modellen zijn gebaseerd op een lineair proces. Maar waarom zouden richtlijnen automatisch gevolgd worden, gezien de variatie in mensen, vele aspecten, contexten, ...? We zouden beter zoeken naar multifactoriële en iteratieve modellen. Ilkka Kunnamo presenteerde hoe technologie kan helpen met de implementatie van richtlijnen (project EBM on FHIR). Dat deed hij door elektronische patiëntendossiers te koppelen aan beslishulpen gebaseerd op richtlijnen.

VAN EVIDENCE NAAR AANBEVELING

Tot slot volgde ik een interessante sessie over de stap van evidence naar aanbeveling. Deze stap zal transparanter worden als richtlijnontwikkelgroepen het Evidence-to-decision (EtD) framework van GRADE volgen. Voor elk onderdeel binnen dit framework zal de richtlijnontwikkelgroep consensus moeten bereiken. In de workshop pleitte Holger Schunemann ervoor om de term ‘consensus-richtlijn’ niet meer te gebruiken omdat dit verwarring geeft. Voor iedere richtlijn, gebaseerd op evidence of op meningen van experts, is immers consensus nodig om de stap te maken van het bewijs waarop een richtlijn is gebaseerd naar hoe dit bewijs wordt vertaald naar een aanbeveling.³

En last but not least...

... werden instituten die al lang lid zijn van GIN in het zonnetje gezet, zo ook ons eigenste Cebam dat al meer dan 15 jaar lid is. Namens Cebam mocht ik de oorkonde als blijk van waardering in ontvangst nemen.

Trudy Bekkering

PowerPoint dia's via deze link: <https://g-i-n.net/conference/adelaide-conference-2019/2019-scientific-programme>

1. Zhang et al. GRADE guidelines: 20. Assessing the certainty of evidence in the importance of outcomes or values and preferences—inconsistency, imprecision, and other domains *J Clin Epidemiol*. 2019 Jul;111:83-93. doi: 10.1016/j.jclinepi.2018.05.011. Epub 2018 May 22.
2. Jun et al *Can J Kidney Health Dis*. 2015 Oct 1;2:35. doi: 10.1186/s40697-015-0070-9. eCollection 2015. Assessing the extent to which current clinical research is consistent with patient priorities: a scoping review using a case study in patients on or nearing dialysis.
3. Schünemann HJ, Zhang Y, Oxman AD, Expert Evidence in Guidelines Group. Distinguishing opinion from evidence in guidelines. *BMJ*. 2019 Jul 19;366:l4606. doi: 10.1136/bmj.l4606.

NIEUWE RICHTLIJN

Richtlijn voor de diagnose, behandeling, opvolging en verwijzing van infecties met Chlamydia trachomatis (CT) in de eerste lijn



Chlamydia trachomatis (CT) is de meest voorkomende seksueel overdraagbare infectie (SOI) in België. Onbehandeld kan de infectie aanleiding geven tot frequente en ernstige complicaties. De Werkgroep Ontwikkelen Richtlijnen Eerste Lijn (WOREL) ontwikkelde een nieuwe richtlijn die duidelijke, evidence-based aanbevelingen geeft voor zorgverleners met als doelpopulatie de seksueel actieve mannen en (zwangere) vrouwen.

U kan de richtlijn “Chlamydia trachomatis” bekijken op ebpnet.be

MEEST BEZOCHTE RICHTLIJNEN IN 2019

In 2019 werden volgende richtlijnen het meest geconsulteerd

Titel van de richtlijn	Producent van de richtlijn
1. Lymeborreliose	Duodecim
2. Diabetes Mellitus Type 2	Domus Medica
3. Cystitis bij de vrouw	Werkgroep
4. Dermatomyosen	Duodecim
5. Oppervlakkige veneuze trombose	Duodecim

IMPLEMENTATIE

Patiënteninformatie rond lage rugpijn



Het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) ontwikkelde een klinische richtlijn en een zorgpad voor “lage rugpijn en radiculare pijn”. Om de KCE-richtlijn bekend te maken bij patiënten, werden er verschillende materialen (posters, folders en video’s) ontwikkeld. Deze posters, folders en video’s zullen vanaf 1 januari 2020 gebruikt worden in verschillende eerstelijnspraktijken, om zo de patiënt te ondersteunen bij self-management van lage rugpijn en radiculare pijn. Eerder werd er ook al een handige online tool voor professionals ontwikkeld en in 2020 starten ook de lokale multidisciplinaire opleidingen, om iedereen vertrouwd te maken met deze nieuwe benadering. U kan de richtlijn “lage rugpijn en radiculare pijn” bekijken op ebpnet.be

Interactieve online tool om artsen te helpen bij de aanpak van seksueel overdraagbare aandoeningen



Het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) ontwikkelde een online tool voor het opsporen, behandelen en opvolgen van chlamydia (waarvoor ook een nieuwe richtlijn), gonorrhoe, syfilis, HIV en hepatitis A, B en C. De tool werd samen met mensen van het terrein ontwikkeld en is bedoeld voor zorg- en hulpverleners van de eerste lijn (vooral huisartsen), om te gebruiken tijdens de consultatie. Hij kan gratis worden geraadpleegd via www.soa.kce.be

Van thesis naar richtlijn

De levensloop van een student huisartsgeneeskunde, een bloemlezing: **Stap 1:** Je slaagt voor de toelatingsproef en begint aan je studie. **Stap 2:** Je dient na zes jaar (tot voor kort zeven) hard zwoegen je thesis in en ontvangt je diploma als basisarts. **Stap 3:** Je begint aan de ManaMa Huisartsgeneeskunde. **Stap 4:** Je mag jezelf officieel huisarts noemen en eventueel start je zelfs een doctoraatsonderzoek, wat in sommige gevallen kan leiden tot het opstellen van een richtlijn. Een mens mag dromen.

Dit alles neemt meestal meer dan 15 jaar in beslag, maar eens in de zoveel tijd beslist men toch de zaken een tikje avontuurlijker aan te pakken. Dit was het geval bij een volhardende groep studenten huisartsgeneeskunde (zie namen onder). Zij transformeerden in slechts drie jaar tijd hun masterproef over palliatieve zorg tot een ware evidence-based richtlijn, geaccepteerd door niemand minder dan CEBAM.

Het begon allemaal in 2017 tijdens hun laatste masterjaar, het eindpunt van een intens zevenjarig traject. Vier studenten gingen initieel aan de slag met een eindwerk over het ontwikkelen van een tool voor medicatietoepassingen in de palliatieve fase. Het doel was het uitwerken van een praktisch instrument, met het comfort van de patiënt als één van de belangrijkste vertrekpunten. Het resultaat werd buitengewoon goed onthaald en men besloot om in het kader van de ManaMa-paper met een team van acht 'HAIO's de thesis om te vormen tot een evidence-based richtlijn. Dit gebeurde volgens de handleiding van de werkgroep voor ontwikkeling van richtlijnen in de eerste lijn van ebpracticenet. Daarnaast werden ze ook nog eens bijgestaan door experts uit heel Vlaanderen met als doel de nieuwe handvaten in de praktijk toe te passen en aan te passen aan de Belgische context.

Meer specifiek geeft de richtlijn korte en heldere toelichtingen om

de zorg voor palliatieve patiënten te verbeteren inzake medicatie-opstelling en symptoomcontrole. De doelpopulatie betreft patiënten met een levensverwachting van minder dan drie maanden. Op deze manier zijn de aanbevelingen breder toepasbaar dan enkel in de terminale zorg. De volledige tekst is ingedeeld per orgaansysteem en symptoom. In totaal betreft het 51 aanbevelingen ondergebracht in 12 onderwerpen. Een korte toelichting, ongeveer een halve pagina per aanbeveling, bestaande uit doseringen en praktische voorbeelden, vervoegt dit geheel. Ten slotte kan in bijlage de literatuuronderbouwing worden nagelezen. In november 2019 werd de richtlijn geaccepteerd door CEBAM. Er rest enkel nog de aanpassing van twee majeure opmerkingen om alles gevalideerd te krijgen. Dit hopen de huisartsen in de komende 3 maanden te voltrekken, aldus coauteur **Lies Knippenberg**.

En wat brengt de toekomst? Trotse promotor **Mieke Vermandere** heeft er alleszins het grootste vertrouwen in:

“Eens de validatie definitief is, kan er toegewerkt worden naar een procedure voor publicatie op ebpracticenet. Dit betekent dus dat de volledige richtlijn vanaf dan door alle Vlaamse huisartsen geraadpleegd kan worden via de EvidenceLinker.”

Met andere woorden een buitengewone prestatie. We wensen de acht kersverse huisartsen dan ook alle succes toe met de laatste loodjes.

Lisa Van der Auwera

Auteurs: Maud Becks, Lies Knippenberg, Riet Leyssen, Julie Lievens, Ruben Vanden Eynde, Laurens Van Muysen, Joke Versmissen, Jolien Wever

Promotoren: Jan De Lepeleire, Mieke Vermandere

Professor in Frankfurt

Op 30 oktober begaven Leontien Jansen en Tine De Burghgraeve zich naar Frankfurt. Marjan van den Akker, die jarenlang in Maastricht en Leuven werkte, werd er aangesteld als professor voor de leerstoel Multimorbiditeit. Niet zoals in Leuven, is het in het buitenland wel de gewoonte om als kersverse professor een aanstellingspeech te geven. De avond werd ingeleid met de nodige portie humor, maar door het snelle Duits konden we jammer genoeg niet meelachen. Een bizar en leuk schouwspel om te zien. Uit die presentaties kwam echter wel duidelijk naar voren dat Marjan toch echt wel een autoriteit is op het vlak van multimorbiditeit en polyfarmacie, haar stokpaardjes wat onderzoek betreft. Al sinds 1996 heeft ze zich in deze thema's verdiept, echt pionierswerk.

Voor de bezoekers kon Marjan op een heel duidelijke manier in haar mooi Duits uitleggen wat de uitdagingen in haar onderzoeksveld zijn. Aan de hand van een casus kon ze de problematiek samenvatten en weten we nu wat ze in Frankfurt zal onderzoeken. De lezing werd afgesloten met een receptie met typisch Duitse hapjes. Dit bleek toch zware kost.

We vervolgden de avond in een restaurant samen met Frank Bun-

tinx en zijn vrouw Lieve, waar we kennis maakten met heel wat Maastrichtse collega's die ook naar deze hypermoderne stad waren afgezakt.

Na jaren van intensief en heel prettig samen te werken met Marjan, is het voor ons duidelijk dat ze hier op haar plaats zit. Ze boffen daar maar in Frankfurt dat Marjan naar hun stad is willen verhuizen. Marjan is een heel graag geziene collega, dit bleek uit de talrijk aanwezige Frankfurtse, Maastrichtse en Leuvense collega's.

Ze is in ieder geval in een heel mooie stad terecht gekomen. Een nieuw hoofdstuk in haar leven en we wensen haar dan ook van harte alle geluk toe.



Ooproep

We want you



Wij bij het ACHG zouden graag onze communicatie verder optimaliseren en daarbij hebben we uw hulp nodig! Graag zouden we u vragen een korte enquête in te vullen. De enquête kost slechts drie minuten van uw tijd en uw antwoorden zijn volledig anoniem. Door de QR code te scannen of via de link kan u de enquête starten.

Uw feedback en ideeën stellen wij zeer op prijs!

Alvast bedankt voor uw deelname!

Link: <http://tiny.cc/ACHG>



Nieuwe ACHG publicaties



© natara / Adobe Stock

1. De Lepeleire J, Aertgeerts B, Buffels J. 50 jaar Academisch Centrum voor Huisartsgeneeskunde KU Leuven. *Tijdschr Geneesk* 2019, 75 (20); doi: 10.2143/TVG.75.20.2002947
2. Frerejean J, Van Merriënboer JJG, Kirschner P. A, Roex A, Aertgeerts B, Marcellis M. Designing instruction for complex learning: 4C/ID in higher education. *European Journal of Education* 2019; 54 (4): 513-524; <https://doi.org/10.1111/ejed.12363>
3. Hegendörfer E, Vaes B, Van Pottelbergh G, Matheï C, Verbakel J, Degryse JM. Predictive Accuracy of Frailty Tools for Adverse Outcomes in a Cohort of Adults 80 Years and Older: A Decision Curve Analysis. *JAMDA* 2019; <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2019.08.029>
4. Jansen L, Dauphin S, De Burghgraeve T, Schoenmakers B, Buntinx F, van den Akker M. Caregiver burden. An increasing problem related to an aging cancer population. *J Health Psychol.* 2019;1-17; <https://doi.org/10.1177/1359105319893019>.
5. Van der Elst M, Schoenmakers B, Op het Veld L, De Roeck E, Van der Vorst A, Kempen G, De Witte N, De Lepeleire J, Schols J, And D-SCOPE Consortium. Concordances and differences between a unidimensional and multidimensional assessment of frailty: a cross-sectional study. *BMC Geriatrics* 2019; 346 (19); <https://doi.org/10.1186/s12877-019-1369-7>

Vacature Jessa Ziekenhuis (50%)

Jessa Ziekenhuis is op zoek naar een dynamische huisarts/basisarts die deeltijds (50%) zijn schouders wil zetten onder een Europees gefinancierd project (EFRO): Digitale zorgondersteuning in de praktijk in Limburg, als hefboom voor Vlaanderen.

Inhoud project:

Het is duidelijk dat het zorglandschap sterk aan het veranderen is. Denk maar aan de eerstelijnszones, ziekenhuisnetwerken en de nauwere samenwerking met de welzijnssector en lokale besturen. Kwaliteitsvolle zorg vraagt, volgens elk langdurig zorgmodel, een digitale afstemming en uitwisseling van informatie tussen zorg- en welzijnspartners, alsook met de patiënt zelf.

Dit project heeft als doel de interoperabiliteit tussen alle actoren rond de patiënt optimaal te laten functioneren en wil daarnaast noodzakelijke koppelingen en hiaten in de digitale uitwisseling van gegevens binnen drie zorgtrajecten in kaart brengen.

Wat is je taak als arts in dit project?

Binnen een multidisciplinair team:

- Als huisarts mee de processtromen uittekenen, hiaten en problemen identificeren voor drie zorgtrajecten.
- De analyse maken van de beschikbare digitale componenten en de noden van de verschillende actoren in kaart brengen.
- Mee nadenken over de methodologie van pragmatische oplossingen om elke zorgactor, inclusief de zorgvrager, deel te laten uitmaken van het geïntegreerd digitaal zorgproces.
- Het testen van de voorgestelde digitale oplossingen
- Ondersteuning in de implementatie en disseminatie van deze oplossingen bij de huisartsen

Praktisch

- Je zal werken in de regio Hasselt
- Tewerkstelling 50%

Solliciteren?

Voor meer interesse over deze vacature kan je terecht bij Anneleen Lijnen, Coördinator implementatie digitale systemen, tel 011/33.51.14 of via mail: anneleen.lijnen@jessazh.be.

De volledige vacature is online te vinden via <https://www.ikvraaghetaan.be/vacatures/>

Solliciteren kan je door jouw CV en motivatiebrief door te sturen via de link

Dag blijdschap

Op 25 november werden Elizabeth Bosselaers van Cebam en haar partner de trotse ouders van een prachtige dochter, Lena.

Proficiat!



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 Leppeleire - 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, Lisa Van der Auwera

Illustraties:

Lisa Van der Auwera

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

**Neem af en toe een kijkje op de agenda van onze website voor meer info en
inschrijfmodules (voorlopig nog ‘under construction’).**

www.achg.be/kalender

