

# Contactblad ACHG

**KU LEUVEN**

ACADEMISCH CENTRUM  
HUISARTSGENEESKUNDE

## IN DIT NUMMER:

- Editoriaal .....1
- Onderzoek .....2
- Onderwijs .....4
- Leuk nieuws .....6
- Casus .....7
- Wie is wie .....8
- Publicaties .....9

**April – Mei – Juni 2017**

DRIEMAANDELIJKS TIJDSCHRIFT • JAARGANG 26 • NR. 3 • Afgiftekantoor: Leuven MassPost P911471

Langzaam beginnen de stukjes van de puzzel in elkaar te passen. 2018 is dan ook niet veraf meer. Dan starten we met het nieuwe curriculum ManaMa huisartsgeneeskunde. Drie jaar om jonge mensen klaar te stomen om goede huisartsen te zijn. Klaar om mensen te helpen gezond te blijven en minder snel ziek te worden. De toekomstige huisartsen zullen een bekwaamheidsproef moeten doorlopen die uit verschillende onderdelen bestaat. Met een specifiek vak rond huisartsgeneeskunde willen we de studenten in jaar zes voorbereiden om deze proef met glans te doorstaan. Dit specifiek vak zal er ook voor zorgen dat de jonge toekomstige huisarts voldoende bagage heeft om het eerste jaar van de ManaMa in te stappen. Veel meer dan vroeger zullen we dan de volgende drie jaar opleiding geven samen met al de andere spelers binnen de opleiding huisartsgeneeskunde.

De zes maanden ziekenhuisopleiding zien we als een grote opportuniteit zowel voor de HAIO als voor de ASO. Deze mensen gaan elkaar beter leren kennen en kunnen van elkaar heel wat leren als we die periode met specifieke opdrachten en bevoegdheden kunnen invullen. Maar een jonge huisarts, die reeds één jaar als huisarts heeft gewerkt, kan zijn visie meebrengen naar het ziekenhuis. Deze HAIO kan dan ook leren van het reilen en zeilen binnen de muren van het ziekenhuis. En misschien vormen ze zo een bruggenhoofd en aanspreekpunt voor patiënten die opgenomen worden in het ziekenhuis. En misschien kunnen we dan binnenkort wel spreken over echte transmurale zorg. Langzaam maar zeker kan er dan een shift komen in de mentaliteit bij de partijen op de eerste en tweede lijn.

De dubbele cohort zal moeilijk worden en we kunnen nu al voorspellen dat er bizarre situaties zullen ontstaan. Het wordt moeilijk voor de mensen die in het oude curriculum zitten en zij die op het einde van het nieuwe curriculum zitten. Het wordt moeilijk voor de docenten en alle ondersteuners van de opleiding. Het wordt moeilijk voor onze stageleiders en voor al onze PO's. Maar we zullen er met zijn allen samen door moeten. En vermits huisartsen doeners zijn...

*Bert Aertgeerts*



Editoriaal



## Gezondheid en Wetenschap

[www.gezondheidwetenschap.be](http://www.gezondheidwetenschap.be)

### Weten we eindelijk meer over ernstig premenstrueel syndroom?

#### In het nieuws

*Eén op 20 vrouwen kampt met premenstruele dysfore stoornissen (PMDD), de meest ernstige vorm van PMS. Amerikaanse onderzoekers hebben nu een gen ontdekt dat waarschijnlijk aan de basis ligt van PMDD.*

#### Waar komt dit nieuws vandaan?

Nagenoeg alle vrouwen kennen wat ongemakken en voelen zich minder goed in de dagen voor de menstruatie. Die klachten worden aangeduid met premenstrueel syndroom of PMS. Daarvan bestaat een ernstige vorm: premenstruele dysfore stoornis of PMDD (PreMenstrual Dysforic Disorder). Vrouwen met PMDD voelen zich hopeloos, depressief, angstig, extreem prikkelbaar en gespannen en slapen bijzonder slecht. Zij hebben medische hulp nodig en worden doorgaans behandeld met antidepressiva of hormonen. Voor het eerst hebben wetenschappers onderzocht wat deze vrouwen mankeert. Ze vonden 34 vrouwen met PMDD en 33 vrouwen zonder PMDD bereid om deel te nemen aan een studie (1). Van iedere groep kreeg een deelgroep (respectievelijk 10 en 9 vrouwen) gedurende 6 maanden een antihormoonbehandeling die de werking van oestrogeen en progesteron sterk vermindert. Dergelijke behandeling onderdrukt de symptomen van PMDD terwijl ze geen effect heeft op PMS, wat aantoont dat geslachtshormonen waarschijnlijk een rol spelen bij PMDD. Van alle vrouwen werd bloed afgenomen en daaruit werden de witte

bloedcellen geïsoleerd en gekweekt. Witte bloedcellen dragen aan hun oppervlak receptoren voor de geslachtshormonen oestrogeen en progesteron: ze beschikken over specifieke genen om deze receptoren al dan niet tot expressie te brengen. De cellen werden gedurende 24 uur blootgesteld aan oestrogeen en progesteron en vervolgens werd gekeken hoe de receptoren hierop reageerden. Witte bloedcellen van vrouwen met PMDD maakten meer receptoren aan wanneer geslachtshormonen werden toegevoegd, terwijl vrouwen zonder PMDD net minder receptoren aanmaakten. De onderzoekers besluiten dat het gencomplex (ESC/E(Z)) anders reageert bij PMDD en dat dit genetisch verschil mogelijk aan de basis ligt van ernstige premenstruele stoornissen.

#### Bron

(1) Dubey N, Hoffman JF, Schuebel K, et al. The ESC/E(Z) complex, an effector of response to ovarian steroids, manifests an intrinsic difference in cells from women with premenstrual dysphoric disorder. *Molecular Psychiatry*. Published online January 3 2017

#### Hoe moeten we dit nieuws interpreteren?

Eerst en vooral kunnen we alleen maar toejuichen dat onderzoekers zich bezighouden met de stoornissen die voor zeer veel maandelijks ellende zorgen voor een vrij grote groep vrouwen. Toch is dit beperkte onderzoek (slechts 34 vrouwen) onvoldoende om zeker te zijn dat het gevonden genetisch verschil oorzaak is van PMDD. In hun publicatie waarschuwen de onderzoekers hier trouwens zelf voor: de precieze betekenis van hun ontdekking moet nu verder opgehelderd worden.

Zelfs als de expressie van de receptoren voor geslachtshormonen centraal zou staan in het veroorzaken van PMDD, dan staat de wetenschap nog mijlenver van een nieuwe behandeling. De bevinding moet eerst bevestigd worden in grotere groepen vrouwen en vervolgens moet gezocht worden naar geneesmiddelen die zonder veel problemen hierop kunnen ingrijpen. Met hormonale behandelingen is het altijd opletten.

#### Conclusie

Onderzoekers hebben de moeite genomen om te zoeken naar het mechanisme dat aan de basis kan liggen van ernstige premenstruele stoornissen, beter gekend als premenstruele dysfore stoornis. Dat is het goede nieuws. Ze vonden een genetisch verschil in het tot expressie brengen van receptoren voor oestrogeen en progesteron. Of dit echt de oorzaak is van dit syndroom, is daarmee echter niet aangetoond.

#### Referenties

<http://www.nhs.uk/news/2017/01/January/Pages/Does-discovery-of-severe-PMS-genes-offer-hope-of-a-cure.aspx>





## Intego gaat proberen de link te leggen tussen omgevingsfactoren zoals mobiliteit gerelateerde vervuiling en het voorkomen van aandoeningen in de Vlaamse bevolking.

Het Intego project hoeven we jullie als trouwer lezer niet meer voor te stellen maar sinds januari is er een tweede luik aan dit project: de surveillance van milieugeassocieerde morbiditeit. Dit project is nog in een startfase maar we geven jullie graag de grote lijnen mee van een project dat voor minstens 3 jaar gaat lopen aan ons centrum.

Op zich is het onderwerp van de impact van vervuiling (en vooral de impact van fijn stof) op gezondheid de laatste maanden nooit echt uit de actualiteit geweest. Ook discussies zoals Oosterweel verbindingen met of zonder overkapping, effecten van asbest op gezondheid, ozon-alarm of discussies of het nog wel gezond is om te gaan fietsen duiken regelmatig op in de media en zorgen vaak voor beroering.

Dit project komt er op vraag van het Vlaams agentschap zorg en gezondheid en heeft meerdere doelstellingen. Vooreerst het aanleggen van een **databank met gezondheidsindicatoren** vertrekkende van het bestaande Intego netwerk. Om deze databank volledig genoeg te maken zal het nodig zijn om het aantal registrators in bepaalde Vlaamse regio's te verhogen en ook om bepaalde gegevens zoals rookstatus en socio-economische variabelen zo goed mogelijk te registreren.

Een tweede doelstelling zal zijn om deze **gezondheidsdata** uit intego databank aan databanken **met omgevingsdata** te koppelen. Op basis van deze koppeling moet het dan mogelijk zijn om een inschatting te maken van de effecten van bepaalde omgevingsfactoren op onze gezondheid, uiteraard na de correctie voor relevante andere mogelijke oorzaken.

Dit project wordt een grote maar boeiende uitdaging voor ons hele intego-team. Enerzijds omwille van de koppeling met omgevingsfactoren maar anderzijds ook omwille van de nood aan uitbreiding van het aantal registrators. De kans is dus groot dat u de komende maanden van ons een uitnodiging mag verwachten om deel te nemen van het uitbreidend Intego-netwerk. We zijn hard aan het werk aan een begeleidingspakket voor nieuwe registrators om hun met minimale inspanning te kunnen begeleiden naar het volledig en correct registreren van aandoeningen en medicatiegebruik. We denken ook na over pistes om de patiënten zelf te laten antwoorden op een of meerdere vragen en deze informatie (vb over rookstatus) dan te laten integreren in het Medische dossier van de arts.

Veel interessante pistes en u hoort zeker nog over dit project de komende maanden en jaren.

*Het intego-team*



## Nieuwe MANAMA huisartsgeneeskunde: hoe bereiden we studenten hierop voor?

In deze bijdrage willen we u uitleggen wat de belangrijke veranderingen zijn van de opleiding, richting huisartsgeneeskunde, in het nieuwe curriculum van 6 jaar geneeskunde.

Uiteraard blijft dit een belangrijke uitnodiging om stageleider te worden en te blijven.

Zeker in het overgangsjaar 2017-2018 waar we samen een dubbele cohorte studenten moeten opleiden, appreciëren we uw inbreng meer dan ooit.

De curriculumveranderingen bieden heel wat opportuniteiten en uitdagingen. In de eerste plaats grijpen we graag de kans om het kader van de opleiding aan te passen aan huidige evidence-based onderwijskundige richtlijnen. Het ACHG gaat dus niet alleen voor evidence-based huisartsgeneeskunde, maar opteert voor dezelfde soliede basis in haar onderwijs. De ruime onderwijservaring, creativiteit en inzet van de vele docenten leiden tot een heel mooi project waarvan we in deze tekst een aantal aspecten willen toelichten.

### Nieuwe MANAMA huisartsgeneeskunde

De nieuwe 3-jarige master in de Huisartsgeneeskunde gaat in van af academiejaar 2018-2019 en telt 180 studiepunten (zie *schema voor gefaseerd verloop van de opleiding*). Kandidaat-huisartsen zullen de masteropleiding kunnen aanvatten op voorwaarde dat ze de bekwaamheidsprocedure met succes doorlopen hebben. Zowel de bekwaamheidsprocedure als de MANAMA opleiding worden gecoördineerd door het ISHO.

Om zich hiervoor zo goed mogelijk voor te bereiden op de bekwaamheidsprocedure en om de overstap naar de praktijk makkelijker te maken, kunnen studenten aan de KU Leuven een vrij vak 'Basisopleiding huisartsgeneeskunde' volgen. Dit vrije vak zal voor het eerst plaats vinden in het 2<sup>e</sup> semester van volgend academiejaar (2017-2018).

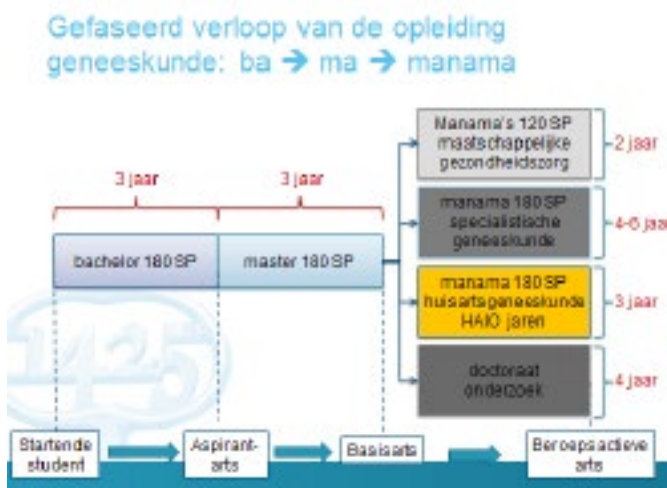
In deze tekst informeren we u over het verloop van de bekwaamheidsprocedure maar ook over de inhoud van het vrije vak.

### Bekwaamheidsprocedure (einde 3<sup>e</sup> masterfase)

#### Waaruit bestaat de bekwaamheidsprocedure?

De procedure wordt eind juni georganiseerd, en bestaat uit drie fasen:

- **fase 1** is de administratieve fase waarbij de kandidaat formele voorwaarden moet vervullen om te worden opgenomen in een interuniversitaire (inschrijvings)lijst voor deelname aan fase 2, nl. het afleggen van de eigenlijke bekwaamheidstoets. Deze formele voorwaarden zijn:
  - Beschikken over het diploma Master in de geneeskunde behaald aan een Nederlandstalige universiteit of over een door NARIC gelijkwaardig verklaard buitenlands diploma Master in de geneeskunde.
  - Anderstalige studenten dienen een taalattest voor te leggen dat aantoont dat ze geslaagd zijn in het taalexamen dat de taalvaardigheden toetst op niveau C1 van het Europees Referentiekader), behaald aan een van de universitaire taalinstellingen in Vlaanderen.
  - Een voortraject hebben doorlopen, met als minimumvoorwaarde een stage van 6 weken in de huisartsenpraktijk tijdens de basisopleiding en hierin geslaagd zijn.
  - Insturen van een gestructureerde motivatiebrief/sollicitatiebrief in een vastgesteld sjabloon.



- **fase 2** bestaat uit het afleggen van de **bekwaamheidstoets** waarbij huisartsgeneeskundige basisattitudes, vaardigheden en kennis worden getoetst. Deze fase heeft niet enkel een louter bekwaamheidstoetsing als doel, maar dient ook om de kandidaat een beter inzicht te geven in diens functioneren. Het bekwaamheidsprofiel dat hieruit voortvloeit, is dan een eerste aanzet voor het opmaken van de persoonlijke leeragenda. Hierbij wordt een onderscheid gemaakt tussen persoonlijke attitude en professionele performantie, beide in de klinische/medische praktijk. Attitude, kennis en vaardigheden in de klinische praktijk worden geëvalueerd via gestandaardiseerde tests met de CANMEDS-rollen als leidraad. Kandidaten worden beoordeeld op communicatie- en consultatievaardigheden, theoretische bagage, probleemoplossend klinisch redeneren en professionalisme.

\* **fase 3** bestaat uit een **interuniversitair jury-examen** en is bedoeld voor de kandidaten die niet geslaagd zijn in fase 2. Op deze manier krijgt elke kandidaat de gelegenheid om zijn huisartsgeneeskundige bekwaamheid alsnog te verdedigen.

#### Hoe bereiden studenten zich voor op de bekwaamheidstoets?

De bekwaamheidstoets is een discipline-gebonden examen. Om zich goed voor te bereiden, bevelen we KU Leuven studenten aan om het (niet verplichte) opleidingsonderdeel (OPO) “**Basisopleiding huisartsgeneeskunde**” te volgen. Dit OPO is een vrij vak dat vanaf academiejaar 2017-2018 aan de KU Leuven zal aangeboden worden in dezelfde periode als de POKR-blokken in het 2<sup>e</sup> semester van de nieuwe 3<sup>e</sup> master geneeskunde.

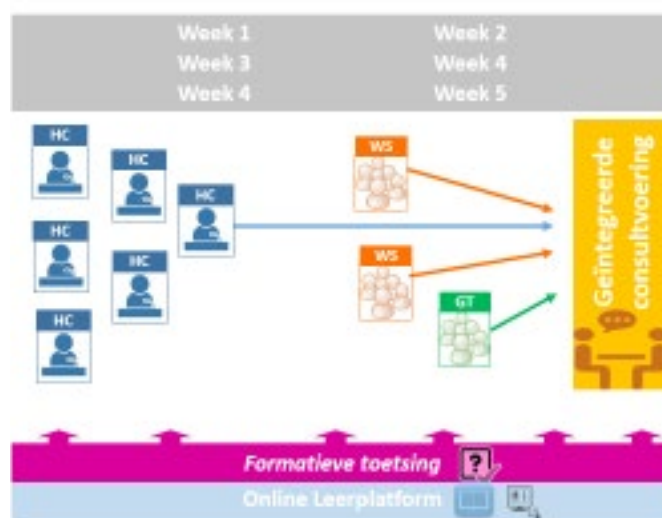
Studenten die het vrije OPO niet opnemen, raden we aan ter voorbereiding minstens de richtlijnen op EBMPracticeNet te lezen op [www.ebmpracticenet.be](http://www.ebmpracticenet.be).



## Vrije vak ‘Basisopleiding huisartsgeneeskunde’

### Wat houdt het in?

Het doel van dit vak is om studenten een basispakket aan te bieden zodat ze voldoende voorbereid zijn om van bij de start in jaar 1 (HAIO opleiding) zelfstandig een (eenvoudig) consult te kunnen voeren in de huisartsenpraktijk. De eindtermen van dit vak werden uitgeschreven in samenspraak met U Antwerpen, U Gent en VUB. Er wordt vertrokken van de reeds verworven kennis en vaardigheden maar deze worden getoetst aan de huisartsgeneeskundige setting welke een specifiek denkkader (huisartsgeneeskundige bril) vereist. De nadruk ligt hierbij op integratie van kennis, vaardigheden en attitudes.



### Hoe pakken we het aan?

Het traject bestaat uit 3 “modules” die thematisch opgebouwd worden. Tijdens de eerste week van elke module worden in een **plenaire sessies (HC)** een aantal kaders aangereikt. Dit kunnen zowel meer generische topics zijn (EBM, medische beslistkunde, communicatie, samenwerking, ...) maar ook medische topics (urgentietrouse, COPD, gynaecologie, ouderenzorg,...). In de 2<sup>de</sup> week worden bepaalde topics in de interactieve **workshops (WS)** verder uitgediept en specifieke communicatie vaardigheden ingeïfend tijdens de **gesprekstraining (GT)**. Op het einde van elke module vindt een sessie **geïntegreerde consultvoering** plaats waar de studenten de kans krijgen om de behandelde thema's verder in te oefenen aan de hand van realistische consultvoering. Het **online leerplatform** biedt studenten structurele houvast, ondersteunt en stimuleert het leerproces. **Toetsing** is formatief en gebeurt doorheen heel het traject. Hierbij is erg belangrijk dat alle docenten formatieve toetsmomenten integreren in de lesactiviteiten (dit kan zowel online als in de les).



## Doctoraatsstudent Subash Thapa trad in het huwelijk met Ranjila in Nepal.

Het Hinduhuwelijk vond plaats op 1 februari 2017. Professor Cathy Mathei, promotor van deze doctorandus, kon alles van nabij volgen. Subash kwam al eerder aan bod in dit Contactblad met zijn doctoraatsstudie over hiv bij Nepalese vrouwen.



Subash en Ranjila



De genodigden



Prof. Mathei, Subash en Ranjila



Samen met de ouders poseren voor de foto



Ranjila en Subsh op weg naar hun nieuw leven

## Dalli: casus van een Nepalese vrouw met hiv

Het was een gewone dag tijdens mijn veldwerk in het Mangalsen ziekenhuis van het Acchham district, één van de meest afgelegen districten in het verre westen van Nepal. Een 22-jarige vrouw, Dalli, met haar pasgeboren baby in de armen, kwam de kamer binnen. Ze had nog twee kinderen bij zich die zich aan haar dhoti (typisch Nepalees kleding) vast hielden.

De oudste, die naar me lachte, was een jongen van 5 jaar. Zijn zusje van drie was eerder verlegen. Beiden waren amper gekleed in dit zware winterweer en de jongen had wonden op zijn voeten en zijn gezicht zat onder het vuil. Dalli liet haar zoon de baby dragen die ermee naar buiten ging. Het kleine zusje bleef bij mama voor de warmte. Dalli overhandigde een positief hiv-testrapport. Uit de persoonlijke gegevens in dit rapport, bleek dat ze tot de lage caste behoorde en dus een lage socio-economische status genoot. We merkten ook dat ze twee dagen gelopen had met haar drie kinderen om in het ziekenhuis te geraken.

Dalli vertelde over het overlijden van haar echtgenoot. Hij stierf zes maanden geleden aan aids. Ze vertelde dat, toen haar man in zijn ziekbed lag, niemand van de familie werd toegelaten om hem aan te raken en te verzorgen. Hij stierf alleen. De mensen geloven dat hiv-ziekten niet mogen worden aangeraakt. Daarbovenop kreeg de familie geen hulp van de gemeenschap voor de begrafenis en het lijk bleef onaangeraakt en onverzorgd gedurende verschillende dagen. Mensen geloven ook dat mensen die aan aids overlijden, niet gecremeerd kunnen worden want dat zou ongeluk brengen. Een degelijke Hindu begrafenisceremonie houdt in dat de overledene verbrand wordt aan de oever van de rivier zodat de ziel dan eeuwige rust kan vinden in de hemel. Dit gebeurde bij de echtgenoot van Dalli echter niet.

Dalli legde verder uit hoe slecht ze was behandeld door haar gemeenschap. Zij werd er ook van verdacht om besmet te zijn met het virus en werd bedreigd. Ze moest de gemeenschap verlaten. Ze was gedwongen terug naar haar vader te gaan, die een kleine hut voor haar en haar kinderen bouwde. Toen haar man stierf was Dalli vijf maanden zwanger. Ze werd echter niet toegelaten om te bevallen in het lokale gezondheidscentrum en beviel in de hut bij



haar vader. Toen de baby drie maanden oud was, ontmoette Dalli een sociale werker die haar voorstelde om naar het ziekenhuis te gaan.

In het ziekenhuis werden Dalli en haar kinderen opnieuw getest voor hiv en zij en haar zoon waren positief. De driejarige dochter testte negatief. De baby was nog te jong voor deze test maar de vermoedens waren groot dat ook de baby hiv-positief zou zijn omdat de moeder hem alleen ter wereld bracht. Dalli verbleef twee weken in het ziekenhuis en startte met medicatie. Ze kreeg na die twee weken medicatie mee voor de volgende twee maanden.

Bij het volgende bezoek aan het ziekenhuis, moest Dalli weer twee dagen lopen om haar medicatie te krijgen. De medewerkers van het ziekenhuis vroegen zich af of ze het wel zou halen met haar drie kinderen, wat ze zou eten tijdens de reis en waar ze zou slapen... onzekerheid over de hele lijn. Onzekerheid ook over hoe ze haar kinderen zou opvoeden en gezondheidszorg zou laten toedienen. De onzekerheid over hoe de gemeenschap haar zou behandelen... Dalli is maar één van de duizenden hiv-positieve vrouwen in Nepal. Hun verhaal moet verteld en vooral gehoord worden!

*S. Thapa*





# Wie is wie

## Jonge huisartsen

Waar hebben jonge huisartsen allemaal mee te maken?  
Hoe doen ze het in hun praktijk?  
Deze editie is Steve Van den Bulck uit Mol aan de beurt!

### Hoelang bent u al huisarts?

Ik ben als huisarts erkend in 2006, dus al meer dan 10 jaar

### Waarom heeft u voor de specialisatie Huisartsgeneeskunde gekozen?

Ik heb gekozen voor de specialisatie huisartsgeneeskunde omdat ik de holistische benadering van de patiënt een uitdaging vond/vind.

Ook het sociale contact met de patiënt en zijn familie is een meerwaarde van de job. Je groeit als het ware mee met de patiënt en komt soms bij hem thuis op huisbezoek waardoor je zijn leefwereld nog beter leert kennen.

### Voor welke praktijkvorm heeft u gekozen en waarom?

Een groepspraktijk omwille van de ruimte die er is voor het gezin en andere activiteiten. Ook geeft samenwerken in groep de mogelijkheid om de kosten voor bv een secretariaat te delen en kan de begeleiding van stagairs en HAIO's verdeeld worden over verschillende stagemeeesters en praktijkopleiders.

### Zijn er leuke anecdoten en/of moeilijke hindernissen die je in je praktijk meegemaakt hebt / overwonnen hebt?

Enkele jaren terug hebben we met de collega's een praktijkgebouw gerenoveerd. Zoals iedereen die ooit een verbouwing heeft gedaan, weet, kan dit een frustrerende en vermoeiende bezigheid zijn.



### Hoe ziet u de opleiding HA geneeskunde evolueren?

Ik zie de opleiding evolueren samen met de nieuwe ontwikkelingen die op ons afkomen. Een voorbeeld hiervan zal de toenemende patiëntgerichte zorg zijn, waarbij de patiënt mondiger wordt en meer betrokken raakt bij zijn gezondheidszorg. Samen met de IT ontwikkelingen zal dit de deur openzetten voor een persoonlijke en meer preventieve gezondheidszorg. Ook denk ik dat het elektronisch dossiersysteem van de huisarts een steeds belangrijkere plaats gaat innemen in de dagdagelijkse praktijk en een grote hulp kan zijn om de kwaliteit van zorg te waarborgen en zelfs te versterken.

### Wie bent u buiten de praktijk? Hebt u nog andere mandaten? Hobby's?

Buiten de praktijk werk ik deeltijds aan het ACHG en geef ik samen met een collega de lessen rond het elektronisch medisch dossier aan de studenten huisartsgeneeskunde. Ook ben ik bezig aan een deeltijdse doctoraatsstudie omtrent het elektronisch medisch dossier en de kwaliteit van zorg. Verder probeer ik zo veel mogelijk tijd te spenderen aan mijn echtgenote en 2 dochters. Als er dan nog tijd over is, spendeer ik die graag aan familie en vrienden. Verder luister ik graag naar muziek en dit bij voorkeur nog door middel van authentieke vinyl platen. Om deze te vinden, kan je me wel eens in een kringloopwinkel of rommelmarkt vinden, snuisterend in stoffige platenbakken.



# Publicaties

## Recente publicaties aan het ACHG

Hieronder een lijstje van de recente publicaties aan het ACHG, aangevuld met de conclusie van het artikel.

**Van Den Broeke C, De Burghgraeve T, Ummels M, Gescher N, Deckx L, Tjan-Heijnen V, Buntinx F, van den Akker M. Occurrence of malnutrition and associated factors in community-dwelling older adults: those with a recent diagnosis of cancer are at higher risk. J Nutr Health Aging 2017; DOI: 10.1007/s12603-017-0882-7.**

This study confirms that, despite increased attention, the prevalence of malnutrition remains high in community dwelling older adults. Especially depression and cancer seem to be strongly associated with risk of malnutrition. Prevalence rates of malnutrition in the Netherlands have been decreasing significantly in hospitals and home care since the start of annual prevalence measurements and benchmark feedback in 2004 and the start of the Dutch government-sponsored improvement programs on malnutrition in hospitals, nursing homes and residential homes in 2006. For example, after each annual prevalence measurement, participating organizations receive feedback on their own results compared to a national level,

which can be used as a benchmark. The decreasing prevalence of malnutrition in the Netherlands might indicate that increasing nutritional awareness and working towards improvement could be important strategies to reduce malnutrition rates (7, 58). Furthermore, routine screening of all older adults in general practice is advocated, since physicians tend to overestimate the nutritional status of older people (21). With routine screening, especially among older patients with a diagnosis of cancer, it is less likely that (threatening) malnutrition among older adults with few health problems will be missed. Using the MNA-SF screening for malnutrition seems both feasible and useful.

**Lowagie L, Schoenmakers B. Hoe bouw je een praktijk? Architectuur en infrastructuur van de huisartsenpraktijken in Vlaanderen. HANU 2017; jan-feb (1); 33-9.**

De indicatoren werden geschreven als een algemene leidraad voor het bouwen of verbouwen van een groepspraktijk. Het uitgangspunt is hierin de Vlaamse groepspraktijk, in tegenstelling tot de vele andere artikels rond Nederlandse praktijken. De organisatie van de praktijk, en dus ook de architectuur, blijft toch enigszins verschillend tussen Vlaanderen en Nederland. De huisartsenpraktijk in Vlaanderen is doorgaans ook kleiner dan de groepspraktijken in Nederland. Om de verschillende aspecten van ieder (ver) bouwproject op elkaar af te stemmen, is een goed overleg tussen alle betrokkenen van primordiaal belang. Ze geven stof tot nadenken en kunnen het uitgangspunt zijn van een boeiende discussie, want er zijn nog veel aspecten waarover uiteenlopende meningen bestaan, zoals over de scheiding tussen spreekkamer en onderzoeksruimte, vloerverwarming,... Creatief omgaan met de beschikbare middelen en de vooropgestelde indicatoren zal bij ieder bouwproject nodig zijn.

**Delvaux N, Van de Velde S, Aertgeerts B, Goossens M, Fauquert B, Kunnamo I, Van Royen P. Adapting a large database of point of care summarized guidelines: a proces description. J Eval Clin Pract 2017; 23: 21-8.**

Our efforts have shown that it is possible to use a formal adaptation process for the adaptation of a large POC database of summarized guidelines. We managed this with limited resources and without compromising on rigor of development. With a staff of almost two FTEs and many external participants we managed to



critically appraise and adapt almost 750 out of 1000 summarized guidelines Adapting POC summarized guidelines N. Delvaux *et al.* 26 2015 The Authors. Journal of Evaluation in Clinical Practice published by John Wiley & Sons, Ltd. over a 3-year period. Estonia, also a small country with limited resources, has already demonstrated that it is possible to develop high-quality guidelines when using a formal adaptation process [33]. Our experiences strengthen this conclusion. In comparison, the National Clinical Guideline Centre of NICE employs a staff of almost 70 people (66.7 FTE) to develop and maintain almost 180 guidelines (source <http://www.ncgc.ac.uk>). However, the quality and comprehensiveness of the NICE guidelines is of a very different order. Adapting guidelines, however, implies that there are organizations such as NICE that provide in high-quality guidelines that may be adapted by others. We would also like to emphasize that developing and maintaining a POC database of summarized guidelines remains a task with a significant impact on resources. It also requires experience in guideline development and a systematic approach to guideline evaluation and adaptation. It is therefore important that every organization planning to adapt foreign POC databases is experienced in guideline development and this expertise is maintained. Currently, more organizations are adapting POC databases [38, 39]. It may therefore be useful to develop strategies to stimulate participants and organizations in different countries to adopt a similar adaptation process. This may lessen duplication efforts and be more cost-effective. We have invested a lot of resources into adapting these summarized guidelines. Further research will need to demonstrate the effect of these efforts on implementation. To ensure funding, the impact of an (adapted) POC CPG database on the quality of care will also need to be demonstrated. It would be of interest to determine the effect of these databases on patient care outcomes.

**Turusheva A, Frolova E, Degryse JM. Age-related normative values for handgrip strength and grip strength's usefulness as a predictor of mortality and both cognitive and physical decline in older adults in northwest Russia. J Musculoskeletal and Neuronal Interactions 2017: 1-16**

A total of 94 participants were recruited. The values of grip strength produced by the eight participants (men) was a higher than ability of measurements of the DK-50 dynamometer, so these participants were excluded from analysis. Complete data were available for 86 participants (35 men and 51 women) aged 15 and 63 years. The mean±SD of AGS was 31.6±10.7 for dynamometer DK-50 and 37.3±12.7 for JAMAR Plus ( $p<0.01$ ). The mean±SD of MGS was 33.5±10.7 for dynamometer DK-50 and 39.52±12.75 for JAMAR Plus ( $p<0.01$ ). The correlation coefficient between the two methods was 0.948 (95%CI: 0.921-0.966) ( $p<0.01$ ) for AGS and 0.949 (95%CI: 0.922- 0.966) ( $p<0.01$ ) for MGS. Linear regression was used to model the relationship between measurements of the two dynamometers. Intercept A for AGS between the two methods was 1.79 (95%CI: -0.93 to 4.50), for MGS - 1.77 (95% CI: -1.09 to 4.63) (Figure 4). According to the Bland-Altman method, the bias between two methods of measurement was smaller for low value of grip strength and gradually increased with an increase in the value of grip strength. The mean of standard

differences between the methods was 5.6±4.2 for AGS and 6.7±4.3 for MGS (Figure 5). The agreement between P5AGS according to the two dynamometers was good with Kappa coefficients 0.66 (0.41- 0.913), for P10AGS-0.79 (0.62-0.97), for P5MGS-0.73 (0.54-0.95) for P10MGS-0.74 (0.55-0.94). The values of AGS and MGS in the Crystal population after correction for standard of measurements of JAMAR Plus dynamometer are listed in Table 5.

**Seyoum D, Degryse JM, Kifle YG, Taye A, Tadesse M, Birlie B, Banbeta A, Rosas-Aguirre A, Duchateau L, Speybroeck N. Risk factors for mortality among adult HIV/AIDS patients following antiretroviral therapy in Southwestern Ethiopia: an assessment through survival models. International Journal of Environmental research and public health 2017; 14: 296-307. Doi: 10.3390/ijerph14030296.**

Although study findings should be interpreted in consideration of the study design (i.e., retrospective collection of cohort data at a specialized hospital), our findings revealed high mortality rates in the earlier months after ART onset. The Weibull model was found to be the best fitting parametric model for the HIV/AIDS-related mortality data, allowing for the identification of the following factors associated with the mortality rate: age group older than 35 years, low baseline weight and advanced clinical stage IV at the beginning of ART, and low adherence to ART. The timely onset of ART treatment, and the promotion and monitoring of the adherence to ART treatment, should be important components of HIV/AIDS programs.

**Peters S, Clarebout G, Diemers A, Delvaux N, Verburgh A, Aertgeerts B, Roex A. Enhancing the connection between the classroom and the clinical workplace: a systematic review. Perspect Med Educ 2017. Doi: 10.1007/s40037-017-0338-0.**

This systematic review showed that the use of well-placed and small-scale approaches, e. g. by using transfer tools and/or supervising processes, might bring classroom learning and workplace practice into closer alignment. The studies included seem to have mainly targeted the first five stages of the transfer of learning process, which is known to be characterized by a cycle of six interrelated stages. This review presents practical examples of how to strengthen the connection between the two settings, which is relevant for medical educators. It also adds to the current literature by offering insight into the scope and methodological rigour of the work that has been done in this field. In order for this emerging area of medical education to fully mature to the point at which they can be regarded as truly evidence-based, the systematic collection and synthesis of all available evidence is required.



# Agenda

- 27/04/2017:** Pentalfa-sessie: Halitose
- 27/04/2017:** Mythes in de media
- 4/05/2017:** Pentalfa-sessie: mucosale en dermatologische nevenwerkingen van oncologische behandelingen
- 9/05/2017:** Verkorte ligduur: bijdrage van de huisarts
- 11/05/2017:** Pentalfa-sessie: palliatieve behandelingsmogelijkheden bij maligne obstructieve icterus: een update
- 18/05/2017:** Verkorte ligduur: bijdrage van de huisarts
- 18/05/2017:** Evoluties in de organisatie van de 1e lijnsgezondheidszorg
- 18/05/2017:** Pentalfa-sessie: rol van de microbiom in ziekte en gezondheid
- 18/05/2017:** Leuvense Dagen voor Huisartsen Endocrinologie
- 1/06/2017:** Diabetes type 2: het bos en de bomen
- 13/06/2017:** Labo anno 2017: het Labo en het EMD
- 15/06/2017:** Evidence-based medicine op de werkvloer: durven, doen of waarheid?
- 20/06/2017:** Lunchcauserie voor huisartsen
- 22/06/2017:** Inhalatietechnieken en toestellen wat werkt?
- 20/04/2017:** Diabetes update
- 20/04/2017:** Pentalfa-sessie: Help, mijn patiënt heeft een voedingsallergie: van intolerantie tot anafylaxie!
- 27/04/2017:** Cognitieve revalidatie en neuropsychologisch onderzoek

**Voor meer info: [www.achg.be/kalender](http://www.achg.be/kalender)**



# Colofon

Dit contactblad is een uitgave van  
het Academisch Centrum voor Huisartsgeneeskunde

Algemene leiding: prof. dr. B. Aertgeerts  
Onderwijs: prof. dr. A. Roex  
Stageverantwoordelijke: prof. dr. J. De Lepeleire  
Onderzoek: prof. dr. C. Mathei  
Permanente vorming: prof. dr. B. Schoenmakers  
Hoofredactie en eindredactie:  
Dominique Manhaeve en Marina Devis

Redactieraad: B. Aertgeerts, D. Manhaeve, C. Geens,  
J. De Lepeleire, M. Devis  
Lay-out: Van der Poorten  
Druk: Van der Poorten

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

CB is ook elektronisch te lezen:

[www.achg.be](http://www.achg.be) (>stages>voordelen voor stageleiders)

## STAGELEIDERS VAN HET ACHG GENIETEN 15% KORTING OP ONDERSTAANDE TITELS



LIEVEN DUPONT

### Ontstaansmechanismen van ziekten

*Basisprincipes van de ziekteleer*

Dit boek stelt de lezer in staat te vatten hoe we ziek worden en welke factoren (genetische aanleg, leefwijze, omgeving...) dat proces beïnvloeden. Het legt de link met diverse ziektebeelden en helpt om de mogelijke diagnostische testen en behandelingsvormen beter te begrijpen.

ISBN 978 90 3349 578 6 – Acco – 2014 – 256 blz.  
€33,95 -15% → € 28,86



STÉPHANE OSTYN, HERLINDA VEKEMANS

### Medisch Engels voor artsen

Door de toegenomen migratie en diversiteit komen Nederlandstalige artsen meer in aanraking met patiënten die zich in het Engels uitdrukken. Met behulp van taalkundig juiste vragen kan de arts zich geheel toeleggen op de interpretatie van symptomen en de juiste diagnose.

ISBN 978 94 6344 113 1 – Acco – 2017 – 176 blz.  
€29,70 -15% → € 25,25



STÉPHANE OSTYN

### Medisch Frans voor artsen

In Vlaanderen, Brussel en omstreken komt de Vlaamse arts meer en meer in aanraking met patiënten die zich in het Frans uitdrukken of behelpen. Dit boek wil de arts een waaier aan vragen aanreiken die tijdens de anamnese aan de Franstalige patiënt kunnen worden voorgelegd.

ISBN 978 90 3349 353 9 – Acco – 2013 – 144 blz.  
€29,70 -15% → € 25,25



LIESBET NYS

### Van mensen en muizen

*Vijftig jaar Nederlandstalige Faculteit Geneeskunde aan de Leuvense universiteit*

De auteur laat professoren en studenten aan bod en schetst de grote veranderingen in de onderwijsopleidingen en de onderzoekslaboratoria. Ook ethische controverses en gezondheidsdebatten gaat zij niet uit de weg.

ISBN 978 94 6270 088 8 – Universitaire Pers Leuven – 2017 – 360 blz.  
€59,00 -15% → € 50,15



JAN W.M. DERKSEN, ROY GERTH VAN WIJK, L. OTTO  
M.J. SMITHUIS

### Het allergieboek

*Wegwijzer in leven met allergieën (2<sup>e</sup> editie)*

De tweede, geactualiseerde druk van *Het Allergieboek* geeft antwoord op vragen omtrent allergieën, zonder te veel in medische details te treden. Voor de professional die iets wil uitleggen aan patiënten is dit boek een uitstekend hulpmiddel.

ISBN 978 90 3681 270 2 – Springer Media B.V. – 2016 – 180 blz.  
€50,00 -15% → € 42,50



J.C. MCKEOWN

### A Cabinet of Ancient Medical Curiosities

*Strange Tales and Surprising Facts from the Healing Arts of Greece and Rome*

Quoting the actual words of ancient authors, it gives a glimpse into the beginnings of fields as surgery, gynecology, pediatrics, preventive medicine, and pharmacology, and highlights ancient views on topics such as medical ethics and the role of the doctor in society.

ISBN 978 019061 043 2 – Oxford University Press – 2017 – 288 blz.  
€46,50 -15% → € 39,53

Deze korting is enkel geldig voor de stageleiders van het ACHG indien zij bestellen bij:

**acco** – BESTELLEN VIA ACHG

Monique Smets – Kapucijnenvoer 33 – blok j, bus 7001 – B-3000 Leuven – Tel. + 32 16 37 73 04 – Fax + 32 16 33 74 80 – [Monique.Smets@med.kuleuven.be](mailto:Monique.Smets@med.kuleuven.be)