

Contactblad ACHG

KU LEUVEN

ACADEMISCH CENTRUM
HUISARTSGENEESKUNDE

Juli – Augustus – September 2017

DRIEMAANDELIJKS TIJDSCHRIFT • JAARGANG 26 • NR. 4 • Afgiftekantoor: Leuven MassPost P911471

IN DIT NUMMER:

- Editoriaal1
- Onderzoek2
- Onderwijs8
- Wie is wie10
- Leuk nieuws12
- Publicaties14
- Boekbespreking16

Ik zit altijd met een dubbel gevoel bij het ingaan van de vakantiemaanden. Je kijkt ernaar uit om even tot rust te komen, maar tegelijkertijd zie je de grote berg werk die nog op je wacht om met een gerust gevoel op vakantie te kunnen vertrekken. De lange dagen en het mooie droge weer zorgen in elk geval voor een toegenomen energiepeil. Je maakt onbewust nog langere dagen en werken gaat zoveel beter in de vroege ochtendlijke buitenlucht. Ondertussen draait de mallemlen van de examens, deliberaties en proclamaties. Het is opvallend dat voor een aantal jonge mensen de allerlaatste examens toch een struikelblok blijven. Daarnaast is het verrijkend om zien hoeveel jonge bekwame huisartsen er klaar staan om de fakkel in Vlaanderen over te nemen. Dit jaar zullen er aan de KU Leuven 200 nieuwe huisartsen starten met hun assistentschap. Een record. En de kwaliteit ligt zeer hoog. Hoe we deze mensen nu en in de toekomst selecteren en het niveau van de groep bepalen, leest u in het stuk over de bekwaamheidstoets. Deze toets bevat drie verschillende onderdelen, kennis, EBM en het inschatten van verschillende situaties. Op deze manier proberen we te kijken welke jonge mensen het meest geschikt zijn om als huisarts aan de slag te gaan. De verschillende aspecten die erin aan bod komen, zorgen ervoor dat deze toets een accuraat en relevant beeld geeft.

Onze kleine KMO, die het ACHG toch eigenlijk is, heeft ook weer heel wat nieuwe mensen onderdak gegeven in de voorbije maanden. Wij vonden het opportuun om ze aan u voor te stellen. Het zijn veel verschillende mensen met evenveel achtergronden die ervoor zorgen dat we als team het verschil kunnen maken met al die individuele talenten. En dat is maar goed ook, als je ziet met welke projecten, groot en klein, we ons allemaal bezig houden.

Ik wens iedereen een deugdoende vakantie namens onze hele ploeg,

Bert Aertgeerts



Editoriaal

EBMPracticeNet breidt uit naar andere beroepsgroepen

Steeds meer huisartsen en haio's vinden hun weg naar de point-of-care richtlijnen van EBMPracticeNet. Op het online platform van EBMPracticeNet staan op dit ogenblik meer dan 930 evidence-based richtlijnen voor huisartsen, zowel Belgische als Finse richtlijnen die aangepast zijn aan de Belgische zorgcontext. Vorig jaar kwamen er ook enkele richtlijnen bij voor kinesitherapeuten en verpleegkundigen. Daarnaast zijn er meer dan 4500 evidence summaries beschikbaar en links naar andere vormen van EBM-informatie, zoals het formularium ouderenzorg van Farmaka, de kritische artikelduidingen van Minerva, de patiëntenrichtlijnen van Gezondheid & Wetenschap, ... Wie wil kan nog verder klikken naar de bronnen van de richtlijnen via de CDLH (Cebam Digital Library for Health).

Eind 2016 kreeg EBMPracticeNet vzw de opdracht van de FOD Volksgezondheid om de inhoud en de vorm van het platform uit te breiden naar evidence-based informatie voor huisartsen, verpleegkundigen, kinesitherapeuten, ergotherapeuten, logopedisten en apothekers. Dat betekende de start van een uitdagend proces, met een strakke timing. De nieuwe website moet immers live gaan tegen het einde van 2017.

Inez Vanoverschelde werd aangesteld als coördinator van dit project en is op dinsdag en donderdag te vinden in het ACHG. In een eerste fase werden er per beroepsgroep twee contactpersonen gezocht, één voor Nederlands en één voor Frans. Elke beroepsgroep heeft ons een overzicht bezorgd van de huidige bronnen die als point-of-care informatie gebruikt worden, zowel nationale als internationale bronnen. Al deze informatie wordt gerangschikt volgens level of evidence (6S piramide van Haynes), toepasbaarheid in de Belgische zorgcontext, beschikbaarheid van methodologie, relevantie voor de verschillende beroepsgroepen, ... Vervolgens zal er een keuze gemaakt worden welke informatie aangeboden kan worden via het EBMPracticeNet platform.

Tegelijkertijd wordt de website in een nieuw jasje gestoken en zoeken we naar oplossingen om de zoekmotor performanter te maken. Dit proces gebeurt in samenwerking met Namahn, een Brussels bedrijf dat gespecialiseerd is in *service design*. Door middel van een intensief traject met (bijna) wekelijkse workshops in hun ontwerpstudio werken we van april tot en met juni 2017 aan een nieuw ontwerp voor het online EBMPracticeNet platform. Een aantal workshops zijn al achter de rug. Het waren telkens al heel boeiende en inspirerende namiddagen, met vertegenwoordigers van deze zes beroepsgroepen. We leren van elkaar hoe we evidence in de dagelijkse praktijk zoeken en toepassen, en we merken dat dat voor elke beroepsgroep op een andere manier is. De eerste workshop bij Namahn heette 'kaderen' en had als doelstelling een gemeenschappelijk begrip te creëren tussen alle betrokkenen omtrent de ontwerpuitdaging. We definieerden wat we met het herontwerp wilden bereiken op de korte en op de lange termijn. Concreet hebben we nagedacht over de bredere context van het herontwerp, wanneer het herontwerp geslaagd zal zijn, wie de gebruikers zijn en wat (we denken dat) ze doen.

Namahn heeft ook een beperkte veldstudie uitgevoerd bij apothekers, logopedisten en ergotherapeuten, omdat we van deze zorgverleners nog het minste zicht hebben op de manier waarop ze evidence-based informatie zoeken en gebruiken in hun praktijk. De designers zijn op pad getrokken en gingen meekijken in een apotheek, of in de praktijk van een logopedist en ergotherapeut, gewapend met een vragenlijst om een realistisch beeld te krijgen van hun behoeften en verwachtingen.

Na de veldstudie volgde de tweede workshop bij Namahn, die 'herkaderen' heette. De doelstelling van deze workshop was het gemeenschappelijk begrip tussen alle betrokkenen (de ontwerpuitdaging) verfijnen op basis van de inzichten van de veldstu-





dies. In deze workshop werd verder gewerkt op basis van de resultaten van de eerste workshop. Aan de deelnemers werd o.a. gevraagd om krantentitels te bedenken die het welslagen van het project voor hun beroepsgroep weergeven. Er werden 'persona's' ontwikkeld, namelijk fictieve personen die representatief zijn voor de beroepsgroep. Er konden meerdere persona's per beroeps-

groep ontwikkeld worden, om de diversiteit weer te geven. Vervolgens werden scenario's geschreven rond de persona's over het gebruik van EBMPPracticeNet, en werden de verschillende scenario's aan elkaar voorgesteld. Naast de concrete output was deze oefening waardevol in het creëren van begrip en inzicht in elkaars specifieke werk context.



Tijdens de volgende workshops zullen er al meer concrete plannen op tafel liggen, namelijk eerste ontwerpen van *user interfaces* van de website. Namahn zal aan het einde van het traject een heel concreet voorstel afleveren hoe de nieuwe website eruit moet zien en moet functioneren. De ontwikkeling zelf zal door IVS, onze technische partner, gebeuren.

Het is een hele uitdaging, maar de gedrevenheid van alle betrokken mensen en zorgverleners is enorm. Het streven naar kwaliteitsvolle, efficiënte zorg is iets wat alle leden en gebruikers van EBMPPracticeNet gemeenschappelijk hebben. Ondanks budgettaire beperkingen en strakke deadlines hebben we een fantastisch team dat dit project tot een goed einde wil brengen. We hopen in 2018 te kunnen uitpakken met een nieuw, gebruiksvriendelijk platform, waarin deze zes beroepsgroepen intuïtief hun weg vinden naar betrouwbare, evidence-based informatie. Wordt vervolgd!

Mieke Vermandere (coördinator EBMPPracticeNet vzw)

Wetenschap en Gezondheid

www.gezondheidenwetenschap.be

Is voeding de oorzaak van de helft van de sterfgevallen door welvaartsziekten?

In het nieuws

Voeding speelt een belangrijke rol in het voorkomen van welvaartsziekten. Maar hoe doorslaggevend is dit? In een nieuwe studie proberen onderzoekers het belang van voeding bij sterfte door hart- en vaatziekten en diabetes in kaart te brengen.

Waar komt dit nieuws vandaan?

Amerikaanse onderzoekers hebben getracht na te gaan in welke mate voeding in verband kan gebracht worden met sterfte door hart- en vaatziekten (HVZ) en diabetes. Ze hebben hiervoor gegevens van vier verschillende bronnen samengebracht en geanalyseerd. In eerste instantie hebben ze een selectie gemaakt van 10 voedingsmiddelen die in verband worden gebracht met hart- en vaatziekten en diabetes. Van deze 10 voedingsmiddelen hebben ze op basis van talrijke opvolg- en interventieonderzoeken bepaald wat het effect is op hart- en vaatziekten en diabetes. Om na te gaan welk effect deze uiteindelijk hebben op het aantal overlijdens door HVZ en diabetes in de VS hebben ze deze gegevens gekoppeld aan hetgeen de gemiddelde Amerikaan eet en de ziektespecifieke sterftecijfers. Hiervoor hebben ze gebruik gemaakt van de gegevens van de Amerikaanse voedselconsumptiepeiling



en van het nationaal centrum voor gezondheidsstatistiek. Dat hebben ze vervolgens in een statistisch model gegoten om zo na te gaan hoeveel overlijdens in verband kunnen gebracht worden met ongezonde voedingsgewoonten. Ze schatten dat 45,4% van alle overlijdens door HVZ en diabetes gerelateerd zijn aan ongezonde voedingsgewoonten. Daarvan was 9,5% te wijten aan een te hoge zoutinname, 8,5% aan een te lage inname van noten, 8,2% aan teveel vleeswaren en telkens ongeveer 7,5% aan een te lage inname van vis, groenten en fruit. Frisdranken werden in verband gebracht met 7,4% van de overlijdens. Onbewerkt rood vlees had slechts een klein effect (0,4%). Het verband was sterker bij mannen: zij eten gemiddeld gezien ongezonder waardoor het negatieve effect van voeding zwaarder doorweegt. Ook bij laagopgeleiden, minderheidsgroepen en jongeren was het negatieve verband meer uitgesproken door ongezondere voedingsgewoonten (1).

Bron

(1) Micha, R., Peñalvo, J. L., Cudhea, F., Imamura, F., Rehm, C. D., & Mozaffarian, D. (2017). Association Between Dietary Factors and Mortality From Heart Disease, Stroke, and Type 2 Diabetes in the United States. *Jama*, 317(9), 912-924.

Hoe moeten we dit nieuws interpreteren?

Bovenstaand onderzoek is vooral een interessante oefening om te bepalen op welke voedingsaspecten de nadruk dient gelegd te worden bij voedingsvoorlichting. Een beperkende factor is echter dat er enkel met 10 voedingsmiddelen rekening gehouden werd. Allicht zijn er nog andere die belangrijk zijn waardoor de resultaten niet volledig correct zijn. Fixeren op de percentages heeft dus geen zin. Wel interessant is het om te kijken naar de verhoudin-





gen. Vooral zout bleek een negatief effect te hebben. De resultaten kunnen ook gebruikt worden om de specifieke noden bij bepaalde doelgroepen te bepalen. Bij jongeren bleek vooral het negatief

verband met frisdranken belangrijk, terwijl dit bij ouderen niet relevant was.

Deze analyses zijn gebaseerd op Amerikaanse gegevens en kunnen niet zo maar overgenomen worden in een andere context. De resultaten van de Belgische voedselconsumptiepeiling (2) en gezondheidsenquête (3) wijzen echter in dezelfde richting.

Ook zijn de resultaten enkel geldig in het kader van HVZ en diabetes. Voor andere belangrijke welvaartsziekten waarbij preventie belangrijk is, zoals kanker, zou dezelfde oefening kunnen gemaakt worden.

De resultaten zeggen evenmin iets over de individuele kans op sterfte door HVZ en diabetes door ongezonde voedingsgewoonten.

Conclusie

Deze studie is vooral interessant in het kader van voedingsvoorlichting. Op basis van de resultaten kunnen aandachtspunten voor beleidsmakers geformuleerd worden. De studie zegt echter niets over je individuele kans risico's bij ongezonde voedingsgewoonten.

Referenties

(2)<https://fcs.wiv-isp.be/nl/SitePages/Resultaten.aspx?WikiPageMode=Edit&InitialTabId=Ribbon.EditingTools.CPEditTab&VisibilityContext=WSSWikiPage>

(3)https://his.wiv-isp.be/nl/SitePages/Volledige_rapporten_2013.aspx



Congreshoekje

Ca-PRI

In april was alweer de 10^e bijeenkomst van Ca-PRI: Cancer and Primary Care. Dit keer in de Surgeonshall van het Schotse Edinburgh. Het 2-daags congres had een vol programma met veel parallelle sessies. Dit laat denk ik goed zien hoe belangrijk de rol van de huisarts is in de verschillende fases van kanker. Als onderzoeker op het congres raak je serieus in een spaagt, omdat je noodgedwongen keuzes moet maken, tussen sessie over preventie (o.a. stoppen met roken), vroege opsporing / screening, behandeling, shared decision making / patiëntenperspectief, nazorg / nacontrole en overleverschap. Ik heb mij vooral ondergedompeld in nazorg en kwalitatieve studies die gepresenteerd werden. Twee kwalitatieve methoden waar ik nog niet (goed) bekend mee was, maar die zeer ik erg interessant vond:

- Developing a comprehensive metanarrative using e-mail correspondence. Hierbij is gebruik gemaakt van (geanonimiseerd) schriftelijk materiaal, wat verzameld is via online support groepen. De resultaten laten mooi zien dat mensen doorheen het traject van diagnose en behandeling van kanker en de periode die daarop volgt zichzelf als het ware opnieuw moeten uitvinden. In die periode veranderen er veel logistieke, maar vooral ook relationele, emotionele en fysieke dimensies, die vaak leiden tot een nieuwe 'sense of self'.
- Participant photography / photo elicitation is een methode om dataverzameling via diepte-interviews meer sturing te geven. Voorafgaand aan het interview krijgt de deelnemer een camera, met de vraag foto's te maken die voor de deel-



nemer iets representeren dat belangrijk voor hen was in het ziekteproces. Het op deze manier nadenken over het ziekteproces lijkt patiënten te steunen; zij zien het belang van schijnbaar alledaagse zaken voor hun gemoedstoestand en het hervinden van hun plaats in familie en sociaal netwerk.

Het gehele abstract boek vind je terug via http://ca-pri.org/images/events/Edinburgh2017/Ca-PRI_2017_Programme_100417.pdf.

Dit relatief kleinschalige congres (zo'n 150-200 deelnemers) is wat mij betreft een absolute aanrader voor huisartsen en onderzoekers met interesse voor kanker in de eerste lijn!

Volgend jaar 18-20 april 2018 in Groningen!

Marjan van den Akker

European General Practice Research Network congress (EGPRN)

De locatie

Deze keer viel het te beurt aan de Rigas Stradina Universitate (Letland) om het congres te organiseren. Letland is het middelste van de drie Baltische Staten en de hoofdstad Riga is met 800.000 inwoners ook de grootste stad. Pas in 1991 werd Letland onafhankelijk van Rusland. De stad staat op de Unesco werelderfgoedlijst en is vooral bekend om zijn vele Jugendstil gebouwen.



Het congres

EGPRN staat voor European General Practitioner Research Netwerk en wordt twee keer per jaar georganiseerd om huisarts-onderzoekers met elkaar in contact te brengen. Dit congres biedt aan jonge onderzoekers de mogelijkheid om onderzoek te presenteren en te bespreken in uitgebreide discussierondes. Ook het bespreken van lopende onderzoeken staat op de agenda waardoor onderzoekers de mogelijkheid hebben om methodologische aspecten te bespreken. Het thema van dit congres was "Reducing the Risk of Chronic Diseases in General Practice/Family Medicine". Het ACHG stuurde drie afgevaardigden: prof. dr. Jan De Lepeleire, dr. David Spitaels en Michaël Van der Elst. Zowel David als Michaël hielden een mondelinge presentatie. David heeft zijn onderzoek rond het management van knieartrose in de eerste lijn gepresenteerd. De opvallendste conclusies zijn de goede hantering van pijnmedicatie, het lage voorschrijfgedrag voor kinesithérapie in

een vroeg stadium van de ziekte en het frequent gebruik van knieartroscopie bij degeneratieve knieletsels. Michael heeft, in een speciale methodologische sessie, met de deelnemers een discussie kunnen voeren over de methodologische aanpak om relevante contextuele factoren te determineren voor de evaluatie van een interventiestudie. Beide presentaties werden door de deelnemers positief onthaald en de onderzoekers nemen goede feedback mee naar Leuven.

Hoogtepunten op het congres waren de presentaties van prof. dr. Theresa Pawlikowska en dr. Sven Streit. Professor Pawlikowska gaf een presentatie over het 'patient enablement instrument (PEI)'. Deze vragenlijst wordt in het Verenigd Koninkrijk al sinds de jaren '90 gebruikt en worden door de patiënt ingevuld net na de raadpleging bij de huisarts. Dit instrument bevraagt de patiënt of de consultatie een bijdrage levert in het beter beheren van zijn of haar zorg. Uit voorlopige resultaten blijkt dat een consultatie bij de huisarts in Letland gemiddeld 15 minuten duurt en dat de PEI-score in Letland (5,5) hoger is dan in het Verenigd Koninkrijk (3,1). Dokter Streit presenteerde een studie over de keuze van huisartsen, in 29 landen, bij het al dan niet opstarten van een antihypertensiebehandeling bij mensen ouder dan 80 jaar en de rol van de fysieke kwetsbaarheid bij deze keuze. Uit de resultaten blijkt dat er grote variatie bestaat tussen landen in de keuze om al dan niet een behandeling op te starten. Patiënten die fysiek kwetsbaar zijn, hebben volgens deze studie 50% minder kans om behandeld te worden.

Alle abstract zijn na te lezen op de website van de organisatie (www.egprn.org). De volgende meeting zal in oktober 2017 plaatsvinden in Dublin met als thema 'Mental Health in primary care'.

Praktijkbezoek

Tijdens het congres kregen de deelnemers de mogelijkheid om een huisartsenpraktijk te bezoeken.

Wij bezochten een moderne praktijk in hartje Riga en werden rondgeleid door de HAIO van de praktijk. Deze praktijk bestaat uit 2 huisartsen, een verpleegkundige en een HAIO. De verpleegkundige maakt alle afspraken in de agenda en legt de dossiers klaar voor de arts, want er is immers nog geen EMD. De overheid voorziet ook in een praktijktoelage om deze verpleegkundige en de huur te betalen.

Op het eerste zicht zijn er veel gelijkenissen met onze wijze van praktijkorganisatie. De consultaties duren gemiddeld 15 minuten en de adviezen zijn evidence-based onderbouwd. Alle consultaties zijn op afspraak en het aantal huisbezoeken is beperkt tot hooguit enkele per week. Patiënten moeten ingeschreven zijn in een huisartsenpraktijk. Grote praktijken hebben ongeveer 1000 tot 1500 ingeschreven patiënten per huisarts.

Grote verschillen zijn vooral zichtbaar in de organisatie van de continuïteit van zorg en de beperkte netwerken in de eerste lijn. De huisartspraktijken worden niet aangespoord om een permanentie te voorzien en werken daardoor ook niet echt

samen. Buiten de consultatie-uren is de patiënt aangewezen op het ziekenhuis of de ambulance. Vaak is de ambulance voor de patiënt goedkoper dan een huisbezoek. Bij het bellen van een ambulance is het wel zo dat de ziekenhuisarts bepaalt of de oproep terecht een medische urgentie is of niet. Als dat niet het geval is, lopen de kosten voor de patiënt snel op (tot 40 euro). Huisartsen mogen geen kinesitherapie voorschrijven en ook bepaalde technische onderzoeken, zoals NMR, kunnen uitsluitend door specialisten worden aangevraagd. Als de patiënt eenmaal in een verzorgingstehuis verblijft wordt hij/zij niet meer gevolgd door de huisarts, maar door een CRA.

De overheid voorziet voor iedereen een ziektekostenverzekering. De huisarts krijgt 12,5 euro per capita per jaar voor elke ingeschreven patiënt. Voor elk consult betaalt de patiënt een eigen bijdrage van ongeveer 1,5 euro. Het loon van een huisarts varieert hierdoor tussen de 500 en 1000 euro per maand. Dit is lager dan het gemiddelde loon van een leerkracht in Letland! Ook de extra praktijktoelage van 400 euro per maand is niet voldoende voor de meeste huisartsen om rond te komen, waardoor de meerderheid een bijbaan heeft. Bij arbeidsongeschiktheid heeft de patiënt ook een medisch afwezigheidsattest nodig van zijn/haar huisarts. De eerste 10 werkdagen zorgt de werkgever voor een vervangingsinkomen, nadien de overheid.

De opleiding voor de huisartsgeneeskunde is, zoals bij ons, georganiseerd volgens het schema van 6 + 3 jaar. Er zijn 2 onderwijsinstellingen in Letland die de artsenopleiding aanbieden en beide zijn in Riga gevestigd. Jaarlijks zijn er momenteel een 40-tal nieuwe HAIO's voor heel het land. Het aantal stageplekken is beperkt en de universiteiten bepalen op welke (rurale) locatie de HAIO-stage moet lopen. Mede hierdoor is de keuze voor de huisartsgeneeskunde nog niet populair onder de studenten. Een systeem van accrediteringspunten is ingesteld om de permanente bijscholing te waarborgen.

Op een congres als dit leert men wat in andere landen aan de gang is, welke accenten en problemen er zijn. Men kan er iets opsteken van onderzoeksmethoden en protocols bediscussieren. Hoewel dit een aantal opportuniteiten zijn, was er redelijk weinig te doen rond nieuw en/of innovatief onderzoek rond bv. preventie en/of geïntegreerde aanpak van chronische aandoeningen, wat het centraal thema was. Men zou verwachten dat er zou gerapporteerd worden over nieuwe mogelijkheden van risico inschatting van bv. bevorderende elementen voor bepaalde chronische aandoeningen. Hier bleven we op onze honger. De grote variatie tussen enerzijds afgevaardigden van landen met grote onderzoekstraditie zoals het Verenigd Koninkrijk en anderzijds landen met een ontluikende start aan wetenschappelijk onderzoek in de huisartspraktijk, was extreem groot. Te vaak worden resultaten gepresenteerd waar we een déjà vue gevoel aan hebben overgehouden.

Michaël Van der Elst, David Spitaels, Jan De Lepeleire

Bekwaamheidsprocedure 'Master na Master Huisartsgeneeskunde'

Een stukje historiek

De toegang tot de MANAMA Huisartsgeneeskunde in Vlaanderen wordt interuniversitair georganiseerd en wordt verleend na het succesvol behalen van een geschiktheidsattest. Sinds 1983 moeten kandidaat-huisartsen inderdaad een attest verwerven, uitgereikt door de faculteit, dat hen toegang verleent tot de vervolgopleiding (conform KB 21/04/1983 aangevuld in KB 1999-03-16/56). Toegang tot het beroep krijgen kandidaten uiteraard pas na slagen voor de MANAMA huisartsgeneeskunde én de erkenning zoals geregeld in het MB van 12.11.2015.

De voorwaarden om dit attest te verwerven werden door elke vakgroep (VUB, UA, UG en KUL) zelf bepaald en ingevuld. Aan sommige vakgroepen werden aparte evaluatiemomenten georganiseerd, een jury-examen opgezet of werden de deelnames aan de lessen huisartsgeneeskunde in jaar 7 geëvalueerd. Deze evaluaties stonden helemaal los van de reguliere examens ter verwerving van het masterdiploma. In tegenstelling tot wat veel oud-studenten zich menen te herinneren, werden alle studenten pas op het einde van jaar 7 beoordeeld op hun geschiktheid om aan de vervolgopleiding te beginnen.

Achtergrond

Voor een groot deel van de beroepsgroepen worden selectiecriteria omschreven (1). De meeste van de selectiemethodes zijn gebaseerd op een multidimensionale en gefaseerde evaluatie van kennis en vaardigheden in het persoonlijke, sociale en economische functioneren (2, 3). De selectieprocedure is er dan op gericht om te eindigen met een groep kandidaten met het meest passende 'persoonlijke en professionele profiel'.

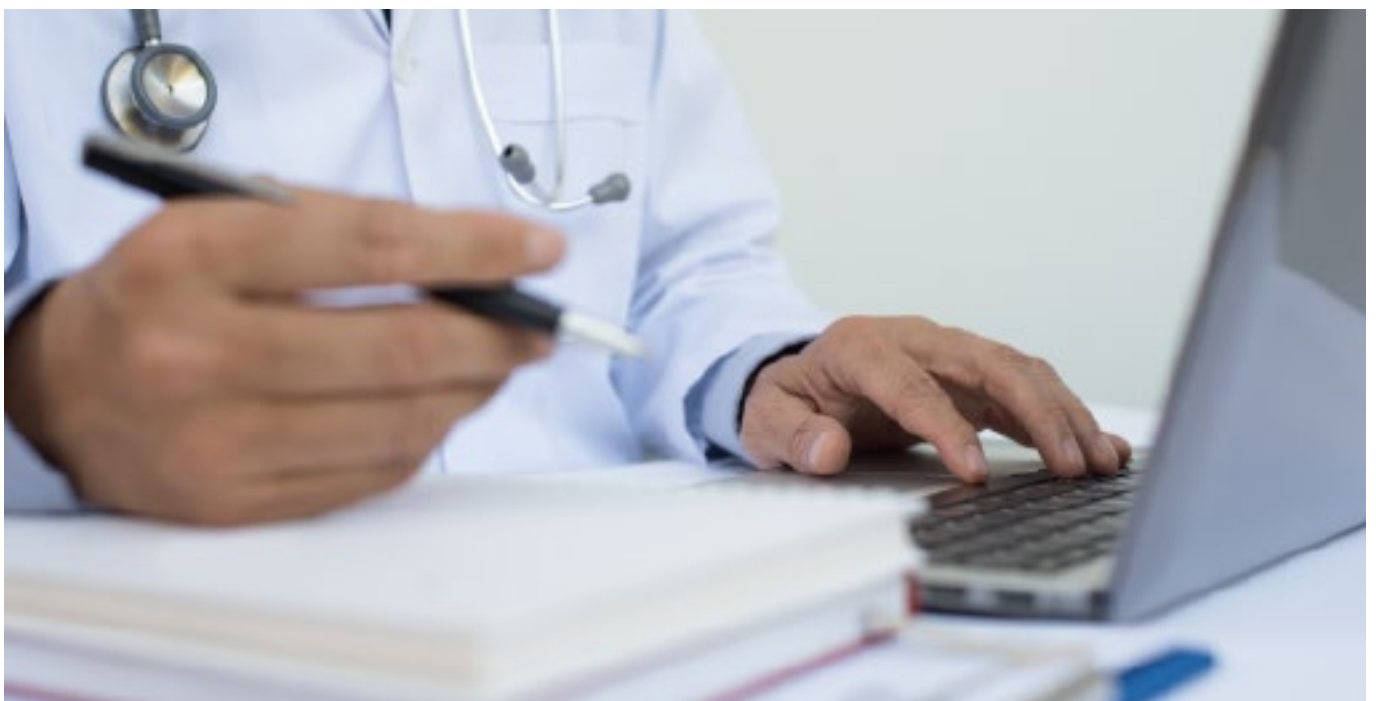
Toelating tot postgraduate (MANAMA) opleidingen in de medische specialiteiten is zowel nationaal als internationaal voorname-

lijk gereserveerd voor de ziekenhuisdisciplines. In 2006 werd in de UK een nationale selectieprocedure voor elk van de disciplines in het postgraduate medische onderwijs voorgesteld (<http://www.gprecruitment.org.uk/>). In Nederland bestaat een procedure voor toetreding tot huisartsgeneeskunde (www.huisartsopleiding.nl/content.asp) al langer. Beide procedures zijn het resultaat van consensus en expertise eerder dan van doorgedreven vooronderzoek (3-5).

Elke selectieprocedure moet voldoen aan de essentiële grondkenmerken van beoordeling en evaluatie. Het proces en de uitkomsten moeten gestandaardiseerd, betrouwbaar, geldig, reproduceerbaar, aanvaardbaar en eerlijk zijn (3, 6). Daarnaast moet de procedure voldoende discriminerend zijn en het aantal 'onterecht afgewezen' laag houden. Tot slot moet de kosten-baten verhouding in balans zijn.

Een selectieprocedure verloopt bij voorkeur gefaseerd waarbij in elke fase afvallers zijn (7). In een eerste fase vallen kandidaten af op basis van de loutere en formele toelatingsvoorwaarde zoals het bezitten van het juiste diploma, getuigschrift, taalvaardigheden, ... Voor elke volgende fase is de invulling bepaald door de recruteerders (3, 8). Een belangrijke bekommernis is om het aantal onterechte afvallers zo laag mogelijk te houden en de hele procedure haalbaar en toegankelijk te maken. Een uitdaging met de grote studentenaantallen en de diversiteit van de kandidaten.

De selectieprocedure voor de vervolgopleiding in de huisartsgeneeskunde, wordt opgevat als een bekwaamheidsproef. Er werd geopteerd om geen kwantitatieve beoordeling van het curriculum (geen punten dus) van de kandidaat mee op te nemen in de selectiecriteria. Er wordt wel een voortraject gericht op huisartsgeneeskunde gevraagd: de kandidaat moet dus voldoende stages huis-



artsgeneeskunde achter de rug hebben en een zeker interesse in deze discipline kunnen 'bewijzen'.

De selectieprocedure verloopt in drie fases waarbij fase 2 als eigenlijk inclusiefase wordt beschouwd. In deze fase zit namelijk de effectieve proef. Studenten die slagen voor deze proef, mogen starten met de vervolgopleiding. In de derde fase wordt bij studenten die afvallen in de tweede fase (niet slagen op de proef) een interview afgenomen. Deze strategie is gebaseerd op de wetenschap dat de beoordelingen in de tweede fase voldoende betrouwbaar zijn om onterechte exclusies te vermijden (2, 3).

De Canmeds-rollen vormen het raamkader voor de evaluaties in de selectieprocedure.

Korte schets van de procedure:

Fase 1: formele selectievoorwaarden met een beroepsprocedure (groen of rood licht)

De formele selectievoorwaarden zijn de voorwaarden die vervuld moeten zijn bij het indienen van de kandidatuur. De student moet het volgende kunnen voorleggen:

- Master in de Geneeskunde: onder voorbehoud (studenten zijn immers nog niet geslaagd op het moment van de selectieprocedure)
- Voldoende taalbeheersing voor anderstalige studenten
- Gestructureerde motivatiebrief waarin volgende componenten aan bod komen:
 - o Motivatie
 - o Voortraject
 - o Stages
 - o Accenten tijdens opleiding

Studenten die een rood licht krijgen, mogen niet naar de volgende fase. Studenten die groen licht krijgen mogen naar de volgende fase.

Fase 2: inclusiefase

Deze tweede fase is de eigenlijke inclusiefase. Studenten worden in deze fase beoordeeld op hun potentiële en basisvaardigheden om de verschillende rollen van huisarts op te nemen. Ze hebben immers nog weinig tot geen introductie in de huisartsgeneeskundige topics gehad.

In de deze proef worden attitude, vaardigheden en kennis getoetst. Het competentieprofiel dat hieruit voortvloeit, is dan een eerste aanzet voor het opmaken van de leeragenda. De proef bestaat uit drie onderdelen en wordt aangeboden via een elektronisch platform:

- **Kennistoets:** probleemoplossend klinisch redeneren
- **EBM leestoets** met gevalbespreking
- **Situationele beoordelingstoets:** focus op de beoordeling en inschatting van consultaties waarbij de nadruk ligt op ethiek, empathie, probleemoplossend denken en professionele integriteit

De studenten kunnen in deze fase een groen of een oranje licht krijgen. De studenten met een groen licht mogen aan de opleiding beginnen. De studenten met een oranje licht moeten nog een juryinterview afleggen.

Fase 3: finale selectie

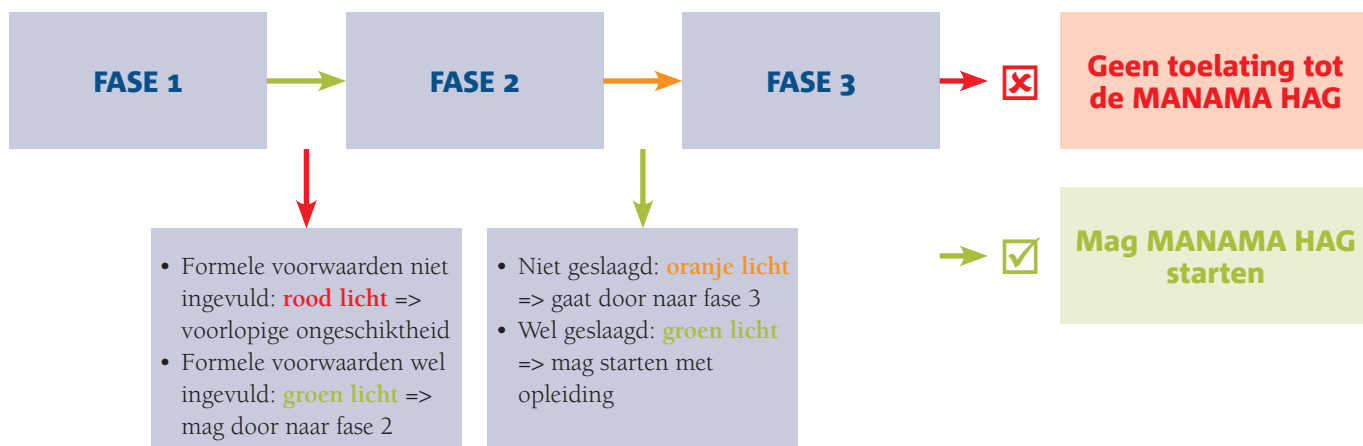
In de finale selectie wordt voor de twijfelgevallen uit de vorige ronde (de 'oranje-lichten'). Dit interview omvat de volgende elementen

- Gestructureerd interview door jury
 - o Motivatiebrief met voortraject, stages, accenten tijdens de opleiding
 - o Terugkoppeling van evaluatierapport uit de vorige ronde
 - o Gevalsbespreking met jury

In deze fase krijgen studenten dus nog de kans om aan te tonen dat ze de vereiste vaardigheden bezitten om toegelaten te worden tot de huisartsensopleiding.

De proef werd in academiejaar 2016 en 2017 uitgetest zowel in een pilootstudie als in een betrouwbaarheids- en validiteitsstudie en heeft deze beide testen goed doorstaan. We blijven elk jaar verder werken aan deze toets om te zorgen dat de studenten een eerlijke en betrouwbare kans krijgen om toegang te krijgen tot de vervolgopleiding.

Schematische voorstelling van de bekwaamheidsprocedure



Wie is wie

Nieuwe gezichten

Aan het ACHG zijn er de laatste maanden heel wat nieuwe gezichten te bespeuren ... tijd voor een voorstelling!



Karin Smets

Heb voorheen gewerkt als (oa) arbeidsgeneesheer bij interbedrijfsgeneeskundige diensten en analist/projectmanager in de ICT (elektronisch patiënt-dossier).

Ben super tevreden om nu te starten bij het ACHG. Ik ga deelnemen aan het project ter verbetering van het Multidisciplinair Oncologisch Consult.

Een betrachting daarbij is kankerpatiënten nauwer te betrekken bij de bepaling van hun behandeling.

De materie ligt me nauw aan het hart en de uitdaging om wetenschappelijk onderzoek te voeren wil ik graag aangaan.

Verder ben ik altijd te vinden voor een etentje, fietsen, reizen, volleybal, wandelen (met hond), theater, ... of een babbeltje.

Ondanks het feit dat ik moeite heb met het onthouden van namen, vind ik het leuk om mensen te leren kennen.



Vasia Andreou

Vasiliki is mijn formele voornaam, maar iedereen noemt me **Vasia (Andreou)**.

Ik ben afkomstig uit het noorden van Griekenland en ben 4 jaren geleden naar België gekomen om aan de KU Leuven te studeren. Ondertussen ben ik

met een Belg getrouwd en heb ik besloten om hier te blijven wonen.

Binnen het ACHG zal ik als praktijk-assistent meewerken om een methode van evaluatie en toetsing te ontwikkelen voor een nieuwe ManaMa.



Karen Devue

Net voor het kerstverlof vond ik mijn plekje op het secretariaat van het ACHG. ACHG, een afkorting die me intussen welbekend in de oren klinkt. Die honderden andere waar ik mijn collega's over hoor praten? Geef me aub nog enkele weken en ook ik spreek in verkorte taal.

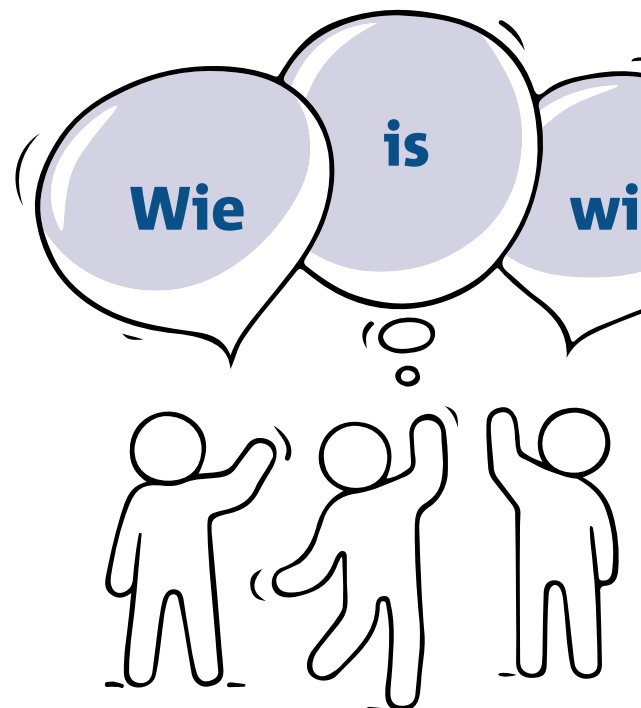
Mijn collega Martine en ik spraken over mijn functietitel. Stafmedewerker onderwijs, zo stelde ze voor. Of medewerker onderwijs-ondersteuning? Klinkt mooi. En dus zo gezegd, zo geschreven. Ik neem me voor om het ganse team te helpen waar ik kan.



Ik ben **Riet Breesch**, afgestudeerd als huisarts aan de KU Leuven in 2004 en sindsdien actief bij Huisartsteam Den Els in Oelegem. Enkele jaren geleden startte ik als stagecoördinator bij het ICHO.

Het mogen begeleiden van jonge en enthousiaste artsen, is een ongelooflijk mooie job! In de eigen praktijk begeleiden we ook stagiairs en hαιο's. De uitwisseling van onze praktische ervaring en hun wetenschappelijke kennis, blijft elke keer inspirerend en boeiend!

Dit jaar neem ik als staco een sabbatjaar, wat me de kans geeft om een nieuwe uitdaging aan te gaan. Bij de KU Leuven mag ik de ziekenhuisstages van de hαιο's praktisch en inhoudelijk mee vorm geven voor het nieuwe 6+3 traject. Een zinvol en boeiend project! We zijn er klaar voor :-)





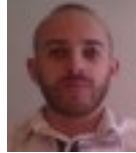
Katrien Detroeyer

Sinds begin april maak ik deel uit van het INTEGO team. Gedurende drie jaar zal ik hier als junior onderzoeker proberen mee het milieu-project vorm te geven.

Voordien werkte ik als huisarts in een Wijkgezondheidscentrum in Antwerpen-Noord.

Deze job heb ik (voorlopig) moeten stopzetten, omdat ik naast halftijd INTEGO medewerker ook nog een masteropleiding epidemiologie volg.

Naast deze professionele en schoolse activiteiten, heb ik nog een brede waaier aan interesses: ik ben lid van Weerwerk!, een beginnend collectief rond arbeid en gezondheid; ik lees graag, werk graag in de tuin, organiseer graag (last minute) weekendjes, zit volop in de verbouwingen en indien er nog wat tijd is, ga ik graag thaiboxen.



Pavlos Mamouris studeerde in Griekenland waar hij zijn bachelor in wiskunde behaalde en na zijn legerdienst (luchtmacht), waar hij inzag dat de weersvoorspellingen allemaal te maken hadden met statistiek, was de keuze om hierin verder te gaan snel gemaakt. Hij koos voor de KU Leuven

om zijn opleiding te voltooien en is nu werkzaam aan het ACHG als biostatisticus. Hij is verantwoordelijk voor de data van de Intego databank en werkt gelijktijdig ook aan zijn doctoraat.



Patrick Coursier

Sinds 1986 werkzaam als huisarts te Mol, momenteel in een groepspraktijk met 4 huisartsen, 1 HAIO, diëtiste en klinisch psycholoog. Naast opleiden van een HAIO, begeleiden we ook stagiairs faculteit geneeskunde KU Leuven.

Sinds 1988 bijzondere interesse voor EMD, gestructureerd registreren. In 1994 medeoprichter medidoc gebruikersclub en tot op heden bestuurslid. Met deze vereniging beogen we enerzijds een gunstige evolutie van het EMD met aandacht voor medisch inhoudelijke implementaties, gebruiksvriendelijkheid, administratieve ondersteuning en anderzijds artsen op te leiden tot het adequaat gebruiken EMD.

Naast deelnemer Intego registratie ben ik ook lid van het wetenschappelijk comité Intego.

Ik kijk met veel enthousiasme uit samen met de groep EMD mee te werken aan de opleiding in derde bach en vierde master en mee te werken, mee te denken aan de verschillende opportuniteiten van het EMD.

Ik ben sociaal, communicatief, gemotiveerd en kan me coachend opstellen.

In mijn vrije tijd hou ik van natuur, wintersport, muziek.



SHE academy

Sanne Peters ontving de chocolade award voor beste poster op de SHE academy ... een internationaal congres, specifiek gericht naar doctoraatsstudenten, dat midden maart 2017 plaats vond in Maastricht. SHE staat voor School of health professions education. Gefeliciteerd Sanne!



Een tocht langs de Boston Marathon, Tea Party, Harvard University en Titanic

Marleen en ik liepen op 17 april de Boston Marathon in Massachusetts. De Boston Marathon is de oudste marathon ter wereld. De eerste editie werd gehouden in 1897, na het succes van de eerste moderne marathon tijdens de Olympische Zomerspelen 1896 in Athene. De marathon wordt ieder jaar op Patriot's Day, de derde maandag in april, gelopen over een heuvelachtig parcours tussen het kleine dorpje Hopkinton en Boston zelf. De wedstrijd is om vele redenen berucht. Voorerst staat hij hoog aangeschreven omdat lopers zich moeten kwalificeren: per leeftijdscategorie/geslacht moet je in een vorige marathon een limiet halen om te mogen deelnemen. Het parcours zelf is niet fantastisch, alhoewel: voor mannen is de passage langs een meisjeslyceum hilarisch: wel duizend studenten bemachtigen graag een kus van de lopers! De marathon haalde ook het nieuws in 1967: toen liep Kathrine Switzer de race met een officieel rugnummer, nadat ze zich had aangemeld als K. Switzer zonder duidelijk haar geslacht te vermelden. Tot die tijd was marathons lopen een mannenzaak en 'schadelijk voor vrouwen'. Je zou je baarmoeder wel eens kunnen kwijtspelen onderweg Toen de organisatoren ontdekten dat er een vrouw meeliep, probeerden ze Switzer letterlijk uit de wedstrijd te duwen, maar slaagden daar uiteindelijk toch niet in. Switzer liep dit jaar opnieuw mee, op haar 70^{ste}, met hetzelfde rugnummer als 50 jaar geleden. Vier jaar geleden, in 2013, haalde de marathon de wereldpers doordat twee broers twee bommen lieten ontploffen vlak voor de finishlijn. Er vielen drie doden en meerdere gewonden. De aanslag trof heel Boston recht in het hart.



KU LEUVEN
ACADEMISCH LEVEN EN OPLEIDING

A qualitative exploration of multiple perspectives on the transfer of learning between classroom and workplace

Peters S.¹, Claretout G.², Van Nuland M.¹, Aertgeerts B.¹, & Roex A.¹
¹Academic Center for General Practice, Department of Public Health and Primary Care, KU Leuven, University of Leuven, Belgium
²Center of Health Professions Education, Hasselt University, Belgium

BACKGROUND

What is known?

- Applying classroom-acquired competences into practice (transfer of learning) is not easy due to many influential factors
- Connection between classroom and workplace is unclear
- Involved actors have conceptions about classroom-based learning and workplace-based learning
- Conceptions are important because they indirectly influence learning outcomes

What is not known?

The involved actors' conceptions of the connection between classroom-based learning and workplace-based practice.

AIM

Exploring the conceptions of medical students, medical teachers and workplace supervisors about:

- The connection between the classroom and the clinical workplace
- Perceived relevant interventions to possibly increase this connection.

METHOD

- Focus groups (FG)
- Data-saturation
- Moderator + observer
- Coding and analysis by 2 independent researchers
- Vertical + horizontal analysis
- Constructivist grounded theory approach

RESULTS

25 1st year students in general practice training (5 FG)

11 medical teachers (3 FG)

18 workplace supervisors (3 FG)

Implications for educational practice:

- Different conceptions about responsibility might interfere with connection-making process
- Be aware of your own conceptions and those of your partner(s) in the learning process
- Try to find a way to talk about these conceptions → the instrument on the left might be helpful
- Try to find an alignment
- Make agreements about each others' responsibilities in the learning process

	Connection that medical students experience	Connection that medical teachers experience	Connection that workplace supervisors experience
1. Planning for transfer of learning	Secondary, more often	Primary, less often	Primary, less often
2. Learning objectives	Learning objectives for work	Learning objectives for work	Learning objectives for work
3. Transfer of learning	Transfer of learning	Transfer of learning	Transfer of learning
4. Difficulties in the learning process	Difficulties	Difficulties	Difficulties
5. Transfer of learning in the workplace	Transfer of learning	Transfer of learning	Transfer of learning
6. Transfer of learning in the workplace	Transfer of learning	Transfer of learning	Transfer of learning

References:

- Cohen, G., & Ledford, A. (2006). The impact of teaching of university teachers on their teaching skills, their approach to teaching and the approach to learning of their students. *Acta Universitatis Carolinae - Praehistoria*, 53(1), 101-105.
- Cohen, G., Cohen, M., & Hill, D.M. (2007). Perceptions and attributions of doctorate students regarding their learning: Do students and teachers differ? *Academic Medicine*, 82(1), 101-105.
- Claretout, G., Claretout, G., Van Nuland, M., Aertgeerts, B., & Roex, A. (2015). Transferring High Quality Care of the Elderly into the Clinical Workplace: Barriers and Facilitators. *Journal of General Internal Medicine*, 30(1), 1-10.
- Claretout, G., Claretout, G., Van Nuland, M., Aertgeerts, B., & Roex, A. (2015). Student conceptions about their preparation for clinical practice. *Medical Education*, 39(7), 704-712.
- Claretout, G., & Claretout, G. (2015). Transferring learning in medical education research. *BMJ Open*, 9(10), e006401.
- Switzer, K., Switzer, C., & Richardson, J. (2015). The consequences of authentic early experience for medical students: creation of reality. *Medical Education*, 49(1), 100-108.

Contact:
Sanne.peters@kuleuven.be



Boston Tea Party

Patriot's Day is erg belangrijk in Boston. In 1773, New England was toen één van de Britse koloniën, brak hier de rebellie uit van de kolonisten tegen het Britse bewind. Toen de belasting op thee werd verhoogd, kieperden lokale verzetsstrijders de thee van drie volgeladen schepen in het water. De **Boston Tea Party** was geboren. De naam werd recent gekaapt door rechtse republikeinen, zeer tot ongenoegen van het democratische bolwerk Boston. Een jaar later, 1774, brak de gewapende strijd in de omgeving van Boston los. De kolonisten hadden een eigen parlement uitgeroepen en de Britse bezettingsmacht verklaarde de oorlog. Patriot's Day verwijst naar de start van deze onafhankelijkheidsstrijd.

Harvard

Naast de marathon heeft Boston natuurlijk ook nog andere troeven. Het is de geboorteplaats van John F. Kennedy en we genoten van lobster in zijn geliefd restaurant 'Union Oyster House'. En er is de vermaarde universiteit waar hij afstudeerde: Harvard University. Weliswaar grotendeels gelegen in Cambridge aan de andere oever van de Charles-rivier. We bezochten het mooie centrale grasplein met het beeld van John Harvard: op de sokkel staat 'Founder'. Een dubbele leugen, zo vertelt de gids: het beeld is een beeltenis van een vriend van de beeldhouwer. Niemand weet hoe John Harvard eruit zag. Bovendien bestond de universiteit al drie jaar toen prediker Harvard zijn erfenis schonk. Oorspronkelijk, in 1636, werden hier predikanten opgeleid, zodat de Britse kolonie minder afhankelijk zou zijn van de aanvoer van afgestudeerde geestelijken uit Engeland. Pas later breidde de universiteit haar aanbod uit.

Harvard is de oudste universiteit van de Verenigde Staten met gerenommeerde studenten waaronder talloze Nobelprijswinnaars en presidenten. Ook Bill Gates en Mark Zuckerberg passeerden er

maar beiden maakten hun studie niet af. Zuckerberg ontwierp op deze campus Facebook: een manier om te communiceren met zijn medestudenten. Harvard heeft een grote traditie en je komt er niet zo makkelijk binnen. Voor de Medical School waren er in 2016 7069 kandidaten waarvan er 235 (of 3,3%) werden toegelaten. Deze 'freshmen' verblijven het eerste jaar allemaal in 12 slaapzalen rond Harvard Yard, het hart van de universiteit. Na één jaar verhuizen ze naar studentenhomes in de onmiddellijke omgeving.

Titanic

Het pronkstuk van de universiteit is de Widener Library: 10 verdiepingen waarvan vier ondergronds. Ze is genoemd naar de oudstudent Harry Elkins Widener, die in 1907 in Harvard afstudeerde. Hij was een verwoed verzamelaar van boeken. In 1912 zocht en vond hij in Europa een origineel exemplaar van de eerste druk van de bijbel (Gutenberg). Voor zijn terugreis scheepste hij in op de maidentrip van de Titanic. Hij verdronk samen met zijn vader. Zijn superrijke moeder overleefde het drama en schonk een fortuin aan Harvard voor een nieuwe bibliotheek. Onder voorwaarden: de bibliotheek moest voor eeuwig in hetzelfde gebouw blijven (vandaar de recente ondergrondse verdiepen) en de kandidaten voor de universiteit moesten slagen in een zwemttest om niet hetzelfde lot te ondergaan als haar zoon. Die regel is onlangs toch maar afgeschaft...



Patrik Vankrunkelsven & Marleen Finoulst

Recente publicaties aan het ACHG

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



Enhancing the connection between the classroom and the clinical workplace: A systematic review.

Perspectives on Medical Education.

DOI: 10.1007/s40037-017-0338-0.

Peters S., Clarebout G., Diemers A., Delvaux N., Verburgh A., Aertgeerts B., & Roex A. (2017).

Achtergrond: Studenten ervaren vaak moeilijkheden om de kennis en vaardigheden die ze op de universiteit leerden toe te passen in de praktijk. In een poging om deze transfer van het geleerde te verhogen, kunnen studenten tijdens hun opleiding werkervaringen opdoen in de klinische praktijk (stages in het ziekenhuis of in de huisartsenpraktijk). We stellen echter vast dat deze praktijkervaringen vaak los staan van het lesgebeuren. Het leren in de faculteit en het leren tijdens de stages gebeuren dus niet op een geïntegreerde en samenhangende manier. Er is bijgevolg nood aan een explicietere connectie tussen het leren op de universiteit en de toepassing ervan op de werkplek.

Doel: Het synthetiseren van **educatieve interventies** die als doel hebben **om het leren op de universiteit en de toepassing ervan in de praktijk dichter bij elkaar te brengen**. Het uiteindelijke doel hiervan is om de transfer van het geleerde te verhogen.

Resultaten: Veel van de in de literatuur beschreven interventies bevatten een educatief hulpmiddel en/of een begeleidingsproces van de docent/stagebegeleider.

Educatieve hulpmiddelen: vb. een video demonstratie van een klinisch onderzoek, een e-mail met kernboodschappen van de les en lesmateriaal in de vorm van een praktisch protocol.

Begeleidingsprocessen: vb. het linken van patiënten casussen aan lesinhoud, het geven van feedback op uitgevoerde consultaties van de student, het reflecteren over verschillen tussen hetgeen geleerd was in de les en hoe het in de praktijk verloopt.

Samenvattend zou men kunnen stellen dat alle interventies één of meerdere van deze functies leken te bevatten:

Geleerde kennis en vaardigheden oprispen van tijdens de stage.

Hetgeen geleerd werd in de les doelbewust toepassen en inoefenen in de praktijk.

Ondersteuning of informatie aanbieden op het moment dat de student het nodig heeft.

Conclusie: Kleinschalige interventies kunnen de connectie tussen de universiteit en de werkplek versterken en blijken belangrijke toevoegingen te zijn aan het bestaande curriculum. Deze literatuurstudie toont hoe hier praktisch mee kan omgegaan worden in medisch onderwijs.

Validation of a new mortality risk prediction model for people 65 years and older in north-west Russia: The Crystal risk score.

Archives of Gerontology and Geriatrics 2017; 71: 105-114.

Turusheva A., Frolova E., Vaes B., Hegendoerfer E., Degryse JM.

Background: Prediction models help to make decisions about further management in clinical practice. This study aims to develop a mortality risk score based on previously identified risk predictors and to perform internal and external validations.

Methods: In a population-based prospective cohort study of 611 community-dwelling individuals aged 65 + in St. Petersburg (Russia), all-cause mortality risks over 2.5 years follow-up were determined based on the results obtained from anthropometry, medical history, physical performance tests, spirometry and laboratory tests. C-statistic, risk reclassification analysis, integrated discrimination improvement analysis, decision curves analysis, internal validation and external validation were performed.

Results: Older adults were at higher risk for mortality [HR (95%CI) = 4.54 (3.73–5.52)] when two or more of the following components were present: poor physical performance, low muscle mass, poor lung function, and anemia. If anemia was combined with high C-reactive protein (CRP) and high B-type natriuretic peptide (BNP) was added the HR (95%CI) was slightly higher (5.81 (4.73–7.14)) even after adjusting for age, sex and comorbidities. Our models were validated in an external population of adults 80+. The extended model had a better predictive capacity for cardiovascular mortality [HR (95%CI) = 5.05 (2.23–11.44)] compared to the baseline model [HR (95%CI) = 2.17 (1.18–4.00)] in the external population.

Conclusion: We developed and validated a new risk prediction score that may be used to identify older adults at higher risk for mortality in Russia. Additional studies need to determine which targeted interventions improve the outcomes of these at-risk individuals.

Building a conceptual framework to study the effect of HIV stigma-reduction intervention strategies on HIV test uptake: a scoping review.

Journal of the association of nurses in aids care 2017;

<http://dx.doi.org/10.1016/j.jana.2017.04.004>

Thapa S., Hannes K., Cargo M., Buve A., Aro AR., Mathei C.

A scoping review of grey and peer-reviewed literature was conducted to develop a conceptual framework to illustrate mechanisms involved in reducing HIV stigma and increasing HIV test up-

take. We followed a three-step approach to exploring the literature: developing concepts, organizing and categorizing concepts, and synthesizing concepts into a framework. The framework contains four types of intervention strategies: awareness creation, influencing normative behavior, providing support, and developing regulatory laws. The awareness creation strategy generally improves knowledge and the influencing normative behavior strategy changes stigmatizing attitudes and behaviors, and subsequently, increases HIV test uptake. Providing support and development of regulatory law strategies changes actual stigmatizing behaviors of the people, and subsequently, increases HIV test uptake. The framework further outlines that the mechanisms described are influenced by the interaction of various social contextual and individual factors. The framework sheds new light on the effects of HIV stigma reduction intervention strategies and HIV test uptake.

Impact of caregiving for older people and pro-inflammatory biomarkers among caregivers: a systematic review.

Aging Clin Exp Res 2017; DOI 10.1007/s40520-017-0765-0

Potier E., Degryse JM., de Saint-Hubert M.

Introduction

Evidence suggests that providing care for an older loved one may present a risk to the health of the caregiver. To understand the link between the psychosocial stress of caregiving and damage to the health of caregivers, numerous studies have assessed the presence of inflammatory biomarkers among caregivers. These biomarkers are measured to understand the relationships between the social stress of caregiving and the health of caregivers.

Objective

To provide a complete summary of the current literature regarding the most clinically relevant pro-inflammatory biomarkers associated with caregiving.

Methods

We searched articles in MEDLINE and EMBASE from January 1980 to 30 April 2016 for all studies that assessed biomarkers (cortisol, interleukin-6 and c-reactive protein) among caregivers of community-dwelling older persons. The quality of the selected studies was assessed by two reviewers using the STROBE or CONSORT checklist caregiving. Increases in biomarkers were associated with problems such as disturbed sleep, burden or pain and caregiving characteristics, including daily stressors and the duration of caregiving. Cognitive-behavioural therapy and participation in leisure activities were associated with significantly lower levels of cortisol and IL-6, respectively.

Discussion

We found little evidence concerning the association between caregiving status and biomarkers of stress and inflammation. We dis-

cuss potential sources of bias and suggest some directions for further research. This stress model can be expanded by taking into account the positive aspects of caregiving and the potential resources of caregivers.

Results

Twenty-four studies were included. Most of the studies were cross-sectional and focused on dementia

The effect of Dr Google on doctor-patient encounters in primary care: a quantitative, observational, cross-sectional study.

BJGP Open 2017; DOI:10.3399/bjgpopen17X100833

Van Riel N., Auwerx K., Debbaut P., Van Hees S., Schoenmakers B.

Background: two-thirds of all patients search the internet prior to a health consultation.

Aim: To explore how searching for online health information before visiting a doctor influences patients' behavior during the consultation.

Design & Setting: A quantitative, observational, and cross-sectional study of 18-75-year-old patients who used the internet.

Method: Patients were recruited by social media for the quantitative study. This was followed by a qualitative study of GPs who were questioned in focus groups. Two questions were addressed: What is the effect of searching online health information on the behavior of the patients? How does the GP handle this information?

Results: Almost half of all responders (total n = 963) usually went to the doctor after the online information search but two-thirds were not reassured by the internet search. More than half of responders had more confidence in their GP after searching online. The older the responders, the more they went to the doctor after their internet search and the younger the responders, the more they were worried. The more frequently people consulted the internet for specific complaints, the more likely they reported reassurance.

Discussion: Patients usually made an appointment with their GP after the internet search. New symptoms are rarely noticed and the search usually did not lead patients to distrust their GP. The majority of GPs described positive effects of the online search behavior on the consultation.

Conclusion: The emerging use of the internet for searching health information, commonly referred to as 'Dr Google', is not seen as a threat by GPs and leads to a better mutual understanding of symptoms and diagnosis.

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 Leppeleire
Onderzoek: prof. dr. C. Mathei
Permanente vorming: prof. dr. B. Schoenmakers
Hoofdredactie en eindredactie:
Dominique Manhaeve en Marina Devis

Redactieraad: B. Aertgeerts, D. Manhaeve, J. De Leppeleire,
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 (>stages>voordelen voor stageleiders)

Heel de dokter

Angèle van de Ven, Lodewijk Schmit Jongbloed

ISBN:9789082518702



Heel de dokter is een compact en kleurrijk boekje waarin de auteurs, een coach en een arts, de lezer uitdagen tot zelfreflectie. Het biedt de lezer enkele vaardigheden om zich staande te houden in de drukke dagelijkse praktijk, maar vooral om met plezier en voldoening te blijven werken. Het boekje kent geen echte structuur met inhoudstafel en bevat veel illustraties en korte vragen zoals ‘Wanneer deed jij voor ‘t laatst iets voor het eerst?’ en ‘Kleurt jouw persoonlijkheid je werk, of je werk jouw persoonlijkheid?’. Het succes van dit boekje is dan ook afhankelijk van de moeite die u als lezer neemt om in de vragen en opdrachten te investeren. In het boekje worden de keuzes die we maken tijdens fasen van onze loopbaan, van student geneeskunde tot de meer ervaren arts, met praktische voorbeelden toegelicht om zo reflecties op te roepen. De praktische voorbeelden, die de verschillende levens- en loopbaanfasen weergeven, zijn beschreven voor artsen in het Nederlands opleidingsmodel, maar algemeen genoeg om ook Belgische lezers tot reflectie aan te zetten. Met humor en veel illustraties wordt reflectie op een onorthodoxe wijze gepresenteerd in dit pocketformaat boekje. De boodschap is duidelijk: blij een arts in ontwikkeling!

David Spitaels

Agenda: www.achg.be/kalender

