

Contactblad ACHG

KU LEUVEN

ACADEMISCH CENTRUM
HUISARTSGENEESKUNDE

Oktober - november - december 2016

DRIEMAANDELIJKS TIJDSCHRIFT • JAARGANG 26 • NR. 1 • Afgiftekantoor: Leuven MassPost P911471

IN DIT NUMMER:

- Editoriaal1
- Onderzoek2
- Onderwijs8
- Wie is wie9
- Boekennieuws10
- Leuk nieuws11
- Agenda11

Lees een maand de krant en u maakt zich ernstig zorgen over uw gezondheid. Enkele krantenkoppen van de laatste weken kunnen dit illustreren. "Er lopen nog teveel charlatans rond, we geven geneesmiddelen met de pap, er wordt teveel en te weinig medicatie voorgeschreven, thuiszorg moet meer ouderen helpen met minder uren, meldpunt voor sjoemelende artsen in de maak." Dit staat in schril contrast met het beeld van een hoog technologische gezondheidszorg, goed opgeleide zorgverleners en een grote aandacht voor de mens met of zonder ziekte op de eerstelijns. Als men ervan uitgaat dat elke man, vrouw, jong volwassene of hoogbejaarde, waar hij zich ook bevindt (thuis, ziekenhuis, woonzorgcentrum) de beschikking moet hebben over zijn eigen medische gegevens en zelf zijn zorgdoelen mag formuleren, moeten we er voor zorgen dat er enkele belangrijke randvoorwaarden vervuld zijn.

1. Het dossier is van de patiënt

Iedereen heeft de beschikking over zijn eigen gegevens, zowel op het gebied van gezondheid als op het gebied van welzijn. De patiënt ziet welke onderzoeken gebeurd zijn, welke geneesmiddelen hij moet innemen of welk dieet zij het best volgt. Best heeft de huisarts een overzicht over het welzijn en de gezondheid van die patiënt. Elke ziekenhuisarts, verpleegkundige, apotheker of kinésitherapeut kan die gegevens lezen die voor hem/haar belangrijk zijn. Sommige disciplines kunnen het dossier aanvullen, anderen kunnen het enkel inkijken.

2. Nationale databanken

Als de huisarts een geneesmiddel voorschrijft weet hij welke bijwerkingen er zijn en of er interacties zijn met andere geneesmiddelen. Als de patiënt bij de apotheker komt, beschikt die over dezelfde informatie en ook de thuisverpleegkundige die de pilletjes klaar legt weet wat kan en niet kan. Enkel een nationale databank maakt dit mogelijk. Ze bevat dezelfde gegevens voor alle zorgverleners rond de patiënt en is aangepast aan hun competenties. Ook de informatie over een ziekte, symptomen, de correcte onderzoeken en de juiste behandelingen kan elke arts, verpleegkundige, ergotherapeut, apotheker en kinésitherapeut terugvinden. Zo weten we ook waar de contactgegevens van de zelfhulpgroep zijn, waar we de hulpmiddelen kunnen bestellen of subsidies voor de mantelzorgers kunnen aanvragen.

3. Evidence voor elke zorgverlener en de patiënt

Nieuwe wetenschappelijke informatie moet snel en helder worden aangeboden aan huisarts, specialist of verpleegkundige en apotheker. De informatie moet dus coherent zijn. Dit moet ontsloten en aangepast worden voor elke discipline en ook de patiënt wil deze informatie in begrijpbare woorden kunnen inkijken. Deze wetenschap kan internationaal kritisch bekeken en verzameld worden, maar moet in onze eigen landstaal worden aangeboden en aangepast worden aan onze lokale context.

4. IT infrastructuur

Het Elektronisch "Medisch" Dossier dat in al die verschillende settings (op de eerstelijns en in het ziekenhuis) wordt gebruikt moet een aantal uitwisselbare gegevens toelaten en zal moeten kunnen interageren met de verschillende nationale databanken. Gegevens moeten zoveel mogelijk met trefwoorden worden geregistreerd, met achterliggende codes, en het format van deze gegevens moet duidelijk bepaald worden waardoor ze uitwisselbaar zijn. Maar bovenal moet de IT ten dienste staan van de arts en de patiënt.

5. Meten van de kwaliteit van zorg

Meet de kwaliteit van onze zorg. Bepaal kwaliteitsindicatoren voor bepaalde aandoeningen, ga zowel kijken naar de outcome als naar de procesindicatoren zodat verschillende praktijken met elkaar kunnen vergeleken worden. Gebruik hiervoor internationale modellen en start een maatschappelijke discussie met zowel beroepsverenigingen, wetenschappelijke verenigingen en patiëntenorganisaties om dit uit te werken.

Kwaliteitsvolle zorg vertrekt vanuit de patiënt, heeft aandacht voor de mens en zijn persoonlijke doelen en houdt rekening met de wetenschappelijke onderbouw van diagnostische strategieën en behandelingsmethoden. Als de kwaliteit van zorg dan nog gemeten wordt nemen we als zorgverstrekker onze verantwoordelijkheid op ten opzichte van deze maatschappij. Een andere manier van financieren zal dan nodig zijn, IT zal ondersteunend moeten werken en kliklijnen zullen minder en minder oproepen hebben.



Bert Aertgeerts

Editoriaal

Hartfalen: ongekend dus onbemind?



Hartfalen is een veel voorkomende chronische aandoening die vooral ouderen treft (>15% van de 85-plussers). Het heeft een grote impact op de kwaliteit van leven van patiënten en gaat gepaard met een sterk verhoogd risico op een vroegtijdig overlijden (19% 6 maanden na diagnose, 26% 1-jaars risico op overlijden). Daarnaast hebben hartfalenpatiënten een hoog risico om herhaaldelijk in het ziekenhuis te belanden. Vooral dit laatste heeft een grote impact op de kost van hartfalen aan de ziekteverzekering: 1 à 2% van het RIZIV budget gaat naar hartfalen.

Hartfalenpatiënten presenteren zich initieel meestal in de huisartspraktijk. Daarnaast zijn het typisch oudere patiënten met verschillende comorbiditeiten die vaak ook vooral door de huisarts begeleid en behandeld worden. Uit studies blijkt echter dat hartfalen in de huisartspraktijk vaak gemist wordt als diagnose of verkeerd wordt gediagnosticeerd. Dat is ook niet verwonderlijk gezien de symptomen en klinische tekens van hartfalen niet specifiek zijn (dikke voeten, vermoeid zijn, korter van adem,...) en de diagnose steeds bevestigd moet worden met echocardiografie, waarvoor moet worden verwezen naar de cardioloog. Er bestaat een effectieve behandeling voor hartfalen met gedaalde ejectiefractie die een bewezen effect heeft op kwaliteit van leven, risico op hospitalisatie en sterfte. Uit studies blijkt echter dat hartfalenpatiënten in de huisartspraktijk onderbehandeld worden.

Gezien het belang van hartfalen in de huisartspraktijk, samen met het feit dat de zorg voor hartfalenpatiënten in de huisartspraktijk nog niet optimaal is, startte ik in oktober 2013 met een doctoraat om de zorg voor hartfalenpatiënten in de huisartspraktijk te bevorderen. Prof. Bert Aertgeerts is promotor van dit doctoraat, Dr. Bert Vaes en Prof. Stefan Janssens zijn de co-promotoren.

(H)erkennen van hartfalen in de huisartspraktijk bevorderen

De eerste stap in het bevorderen van de zorg voor hartfalenpatiënten in de huisartspraktijk is het bevorderen van de detectie en identificatie van hartfalenpatiënten.

Om zicht te krijgen op methodes die andere onderzoekers gebruiken om hartfalenpatiënten te identificeren, hebben we in eerste instantie via een systematische zoektocht in de literatuur een overzicht gemaakt van alle studies die hartfalenpatiënten identificeren in de huisartspraktijk. De methodes die zij gebruiken werden in kaart gebracht. De identificatiemethodes bleken heel divers, daarom hebben we ook nagekeken of dit geen invloed heeft op de karakteristieken van de gevonden patiënten. Daaruit bleek dat de identificatiemethode bepalend is voor het soort patiënten dat geïnccludeerd werd maar het design van de studie bleek nog een grotere invloed te hebben op de karakteristieken van de



Miek Smeets

gevonden patiënten. Hartfalenpatiënten die bestudeerd worden in gerandomiseerde interventionele studies zijn doorgaans jonger en eerder mannelijk terwijl meer “typische” hartfalenpatiënten in de huisartspraktijk vrouwelijk zijn en ouder. Een conclusie die we hieruit kunnen trekken is dat het bij de interpretatie van resultaten van een studie over hartfalen steeds belangrijk is om te kijken naar het design van de studie en de manier waarop de hartfalen patiënten geïdentificeerd zijn. Daarnaast moet men ook nakijken welke definitie van hartfalen gehanteerd werd, om te kunnen beoordelen of dit een reële weergave is van de hartfalen populatie in de huisartspraktijk.

Als tweede stap zijn we zelf gaan kijken in de INTEGO databank, waar diagnoses, voorschriften en labo resultaten van 97 verschillende huisartsen automatisch geregistreerd worden, naar de incidentie en prevalentie van hartfalen in de Vlaamse huisartspraktijk en de evolutie van deze cijfers in de laatste 11 jaar (2002-2013). Opvallend is echter dat de gevonden prevalentie van hartfalen in INTEGO lager ligt dan we zouden verwachten op basis van cijfers uit de literatuur (HF prevalentie van 8-12% bij 85-plussers). Dit komt vermoedelijk doordat we in INTEGO zoeken op een gecodeerde diagnose van hartfalen, terwijl blijkt uit onze eigen ervaring met klinische audits en internationaal onderzoek dat hartfalen te weinig gecodeerd geregistreerd wordt als diagnose.

Vanuit die bevinding was het een belangrijke volgende stap van mijn doctoraat om een betere methode te vinden om hartfalen patiënten te detecteren op basis van gegevens die geregistreerd zijn in het elektronisch medisch dossier. We hebben zelf een brede zoekstrategie opgesteld en in 6 huisartspraktijken getest. Het bleek een goede maar tijdrovende methode te zijn die echter moeilijk vereenvoudigd kan worden. In de toekomst zou deze complexe zoekstrategie eventueel geautomatiseerd en geïntegreerd kunnen worden in elk EMD waardoor huisartsen zelf met één druk op de knop een lijst kunnen genereren van hun mogelijke hartfalenpatiënten.

Gebruik makend van BELFRAIL data (een cohort van 567 80-plussers) hebben we bekeken in hoeverre de mening van de huisarts over hartfalen bij 80-plussers overeenkomt met objectieve cardiale afwijkingen. Daaruit bleek dat een vermoeden van een hartfalen diagnose door de huisarts bij een 80-plusser niet goed overeenkomt met geobjectiveerde cardiale afwijkingen maar dat beide wel goede voorspellers zijn van sterfte. Daarnaast hebben we 4 bestaande diagnostische algoritmes getest bij symptomatische BELFRAIL patiënten. Het algoritme van de European Society of Cardiology bleek het meest sensitieve maar veel 80-plussers zouden dan onterecht verwezen moeten worden. De diagnostische beslisregel van Oudejans die specifiek gericht is op de diagnose van hartfalen bij ouderen was minder sensitief maar wel veel specifiek. Natriuretische peptides nemen in beide diagnostische beslisregels een belangrijke rol in. Het is bekend dat natriuretische peptides een goede uitsluiter zijn van hartfalen, ook bij

ouderen. Het is een eenvoudige labotest die tot op heden echter niet terugbetaald is in België. De hoogte van de afkapwaarde die gebruikt werd, verschilt tussen de beslisregels en bepaalde de sensitiviteit en de specificiteit.

Ondersteunen van de huisarts om de zorg voor hartfalenpatiënten te bevorderen

In een volgende stap willen we de huisarts ondersteunen om de zorg voor hartfalenpatiënten te bevorderen. We hebben een systematisch overzicht gemaakt van alle kwalitatieve studies die huisartsen gevraagd hebben naar hun ervaringen in de zorg voor hartfalenpatiënten en de verbeteringen die daarbij mogelijk zijn. Daarnaast hebben we zelf interviews gedaan bij 12 Vlaamse huisartsen over de rol die zij zouden willen opnemen in de zorg voor hartfalenpatiënten en de ontwikkelingen die nodig zijn om de zorg te verbeteren. Huisartsen bleken onzeker over de diagnose en daardoor ook onzeker over de behandeling, vroegtijdige zorgplanning en de communicatie naar patiënten toe. Multidisciplinaire samenwerking werd nodig geacht maar ook als moeilijk ervaren door lange wachttijden en een soms wat stroeve communicatie tussen de disciplines. Vlaamse huisartsen wilden graag een centrale rol blijven opnemen bij hartfalen maar gaven wel aan dat ze nood hadden aan ondersteuning om dat goed te kunnen doen. Men vond het erg belangrijk dat de zorg flexibel, holistisch en patiëntgericht bleef. Op basis van deze resultaten hebben we een interventie uitgewerkt die de huisarts ondersteunt bij de detectie, diagnose en zorg voor hartfalenpatiënten. Deze interventie gaan we testen in een pilootstudie in 5 huisartspraktijken.

We hopen dat hartfalen in de huisartspraktijk zo meer aandacht gaat krijgen, meer gedetecteerd wordt en juist gediagnosticeerd en behandeld gaat worden!

Miek Smeets
(miek.smeets@kuleuven.be)
Gezondheid en Wetenschap
www.gezondheidenwetenschap.be

Kan een verborgen rood haar-gen het risico op huidkanker vergroten?

In het nieuws

Ook wie niet ros is, kan een 'verborgen' rood haar-gen met zich meedragen dat het risico op huidkanker vergroot. Daarvoor waarschuwden Britse wetenschappers in het wetenschappelijke tijdschrift Nature Communications.

Waar komt dit nieuws vandaan?

Wie in zijn genetisch materiaal twee kopieën heeft van het MC1R-gen ('rood haar-gen') heeft rood haar, sproetjes en een bleke huid. Daarbovenop hebben alle roodharigen een gevoeliger huid en een grotere kans op alle soorten huidkankers. Wie slechts één kopie heeft van dit rood haar-gen, heeft geen rood haar, noch sproetjes, noch een bleke huid. Onderzoekers van de internationale onderzoeksgroep 'Welcome Trust Sanger Institute' onderzochten het DNA van 405 stalen van huidkanker van het type melanoom (meest kwaadaardige huidkanker). Ze keken na in hoeveel stalen ze één of twee kopies vonden van het rood haar-gen en hoeveel DNA-schade er was. De helft van alle huidkankerstalen bevatte rood haar-genkopieën. Deze stalen vertoonden duidelijk meer DNA-schade dan tumorstalen zonder rood haar-genkopieën. Het verschil in hoeveelheid DNA-schade tussen huidkankers met één of twee rood haar-genkopieën was onbeduidend klein. Dat zou kunnen betekenen dat mensen met een verborgen rood haar-gen (dus één kopie), die geen rood haar hebben, een even groot risico lopen op huidkanker als mensen met rood haar.

Bron

(1) Daniela Robles-Espinoz C, Roberts NH, Chen S, et al. Germline MC1R status influences somatic mutation burden in melanoma. *Nature Communications*. Published online July 12 2016

Hoe moeten we dit nieuws interpreteren?

De aard van de studie laat niet toe uit te maken of het gaat om een oorzaak-gevolg-relatie: men kan dus niet zomaar beweren dat mensen met een verborgen rood haar-gen evenveel risico lopen op huidkanker als mensen met rood haar. De hoeveelheid gemeten DNA-schade tussen weefsel met één en weefsel met twee kopieën vertoont weinig verschillen, maar daarvoor zijn andere verklaringen mogelijk. Mensen met rood haar hebben een gevoelige huid en zijn geneigd zich beter te beschermen tegen fel zonlicht. Mogelijk vertonen hun huidkankercellen daardoor minder DNA-schade. De helft van de onderzochte tumorstalen bevatte helemaal geen rood haar-genen: dat betekent dat ook mensen zonder een kopie van dit gen huidkanker ontwikkelen. Ook zij moeten hun huid voldoende beschermen tegen overdreven blootstelling aan fel zonlicht. Meer tips over hoe je best je huid beschermt tegen huidkanker vind je hier (2).

Conclusie

Deze studie suggereert dat mensen met één kopie van het rood haar-gen (die dus geen rood haar hebben, want daarvoor heb je twee kopieën nodig) een hoger risico lopen op huidkanker, net als mensen met rood haar. Best mogelijk, maar niet zeker. Zeker is dat iedereen, met of zonder verborgen genen voor rood haar, zijn huid zo goed mogelijk dient te beschermen tegen fel zonlicht. Iedereen kan huidkanker krijgen.

Referenties

(2) <http://www.euromelanoma.org/belgie>
<http://www.nhs.uk/news/2016/07July/Pages/Secret-ginger-gene-may-increase-skin-cancer-risk-for-millions.aspx>



Dringend gezocht

Hoe kunnen huisartsen langdurige uitval wegens psychische klachten helpen voorkomen?

Huisartsen gezocht voor de beoordeling van een nieuwe tool ter ondersteuning van huisartsen

Huisartsen vormen vaak de eerste aanspreekfiguur voor werkende patiënten met psychische klachten. Een vroegtijdige ingreep door huisartsen kan een langdurige uitval van deze mensen (helpen) voorkomen.

Om huisartsen te ondersteunen in de aanpak van psychische klachten van werkende patiënten, ontwikkelt LUCAS KU Leuven - in opdracht van het RIZIV, Dienst voor Uitkeringen - een tool. De onderzoekers vragen uw mening bij de ontwikkeling van deze tool.

Concreet organiseren we een Delphi-studie van begin november 2016 tot eind januari 2017 bij een zestigtal huisartsen uit Vlaanderen, Brussel en Wallonië.

Via een online vragenlijst beoordeelt u enkele stellingen over deze tool (Delphi ronde 1).

Vervolgens vragen we aan dezelfde groep huisartsen een tweede reeks van stellingen te beoordelen (Delphi ronde 2),

ditmaal aangepast aan de bevindingen uit de eerste ronde. Tegelijkertijd koppelen we de bevindingen op anonieme wijze terug aan de deelnemers.

Per ronde besteedt u max. 15 minuten. Op basis van deze twee rondes, vragen we - indien het nodig blijkt uit de bevindingen van het onderzoek - nog uw medewerking aan een derde en laatste ronde (februari 2017).

Om tot een gedragen tool te komen, is het van cruciaal belang dat indien u zich engageert voor deze studie, u aan elk van de twee (of max. drie) rondes deelneemt.

Voor deelname of bijkomende vragen, kan u contact opnemen met dr. Inge Neyens, inge.neyens@kuleuven.be

Inge Neyens en Chantal Van Audenhoven - Lucas

Congreshoekje

AMEE conference: An international association for medical education

29-31 augustus 2016, Barcelona

Het jaarlijkse AMEE congres over medisch onderwijs omvatte een grote variatie aan thema's. Eén daarvan was onzekerheid over beslissingen in de klinische praktijk. Dr. Glenda Eoyang (USA) gaf in haar keynote presentatie aan dat iedereen in een medisch beroep geconfronteerd wordt met onzekerheid maar dat dit zelden aan bod komt in de medische opleiding. Dr. Glenda Eoyang maakte een onderscheid tussen 'finite games' (eindige spellen) en 'infinite games' (oneindige spellen). Het eerste omvat klinische problemen waar we redelijk eenduidig een oplossing voor kunnen vinden, vb. een gebroken arm. Terwijl 'infinite games' betrekking hebben tot complexe problemen waarvoor we niet gemakkelijk een oplossing hebben, vb. een oudere patiënt met comorbiditeit en een ingewikkelde thuissituatie. Hiervoor is er niet één eenduidige oplossing maar zijn er een oneindig aantal opties die een huisarts kan ondernemen. Deze 'infinite games' zorgen voor het gevoel van onzekerheid. Nadat de presentatie afgelopen was, kwam de vraag vanuit het publiek: "Wat doen we hier dan mee in de medische opleiding? Studenten willen graag een duidelijk antwoord voor een klinisch probleem en hoe reageren we hier dan best op als docent?" Dr. Glenda Eoyang reageerde als volgt: "Laat de studenten worstelen met een 'infinite game' maar vermeld niet dat het een complex probleem is. Aan het einde, wanneer de studenten het

hele zoekproces doorlopen hebben, vertel je dat er geen éénduidige oplossing bestaat." De spreekster benadrukte dat het belangrijk is om als docent en stageleider aan te geven dat je het zelf ook niet altijd zeker weet. Daarnaast is het noodzakelijk om de studenten te ondersteunen in het zoekproces naar de meest logische volgende stap. Kortom, complexe problemen gaan vaak gepaard met een complexe aanpak. Nu moeten we enkel nog proberen om deze boodschap bij de studenten te krijgen.

Sanne Peters



Dr. Glenda Eoyang tijdens het AMEE congres

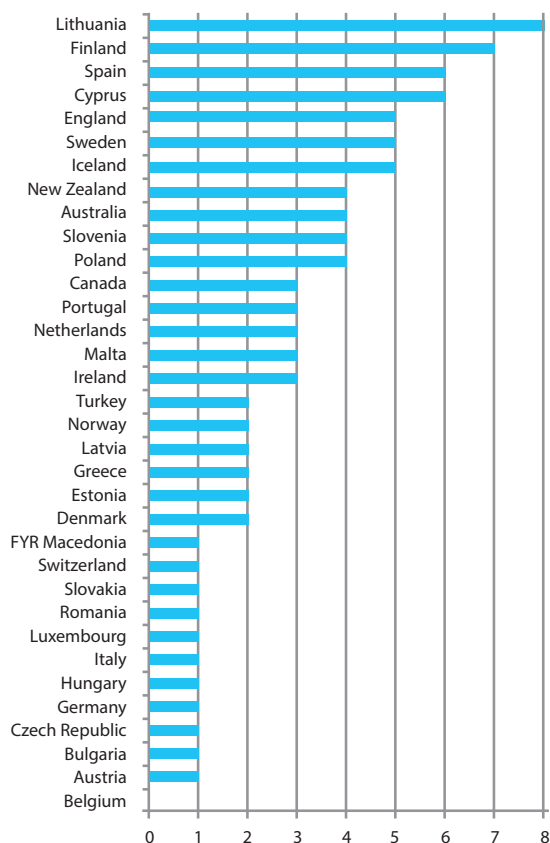
Family doctors with heads and hearts: kernboodschappen van een Europees huisartsencongres

Juni 2016

In juni 2016 vond in Kopenhagen het 21^{ste} WONCA Europe congres plaats dat mede georganiseerd werd door huisartsen uit de Scandinavische landen. Op dit congres werd gekeken naar veranderingen in de Europese gezondheidszorg en de invloed op de dagelijkse huisartspraktijk. Huisartsen kunnen zich vandaag niet meer uitsluitend op de patiëntenzorg richten. In een tijd van besparingen en toenemende werkdruk moeten huisartsen nadrukkelijker een signaleringsfunctie opnemen om de organisatie van de eerstelijnszorg te bewaken en te verbeteren. Dit was alvast één van de belangrijkste boodschappen die werd meegegeven op de afsluitende ceremonie.

Professor Martin Roland legt tijdens zijn plenaire sessie uit hoe het professioneel leven van de huisarts verandert en welke gevolgen dit kan hebben voor de organisatie van de huisartsgeneeskunde. De percepties van huisartsen over hun professioneel leven worden in het Verenigd Koninkrijk periodiek bevestigd met surveys van Manchester University. Het laatste rapport toont dat de hedendaagse huisarts volgende stressoren ervaart bij het uitoefenen van zijn/haar werk: een verhoogde werkdruk, minder tijd om de job naar behoren uit te kunnen oefenen en toenemende druk om te voldoen aan eisen van externe controleorganen.[3] Om deze stressoren de baas te kunnen benadrukken Professor Roland het belang van inbedding van de huisarts in een multidisciplinaire setting omringd door verpleegkundigen, kinesitherapeuten, administratieve medewerkers, logopedisten,... De huidige organisatie in de Europese landen werd geschetst met een grafiek over het gemiddeld aantal werknemers in een huisartsensetting. Helaas staat België, met gemiddeld nul medewerkers naast de huisarts, nog onderaan de ladder gerangschikt (figuur 1).[4]

Figuur 1. Mediaan aantal extra medewerkers (naast de huisarts) in de huisartsenpraktijk in 34 Europese landen.



Bron: Groenewegen et al., Primary care practice composition in 34 countries.

Hoe kan de huisarts steeds meer doen met minder tijd? Efficiëntiewinst kan volgens Professor Glaziou gemaakt worden als huisartsen hun kennisvorming meer gaan toeleggen op de meest voorkomende ziektebeelden. Deze strategie kan de huisarts helpen om aan goede diagnosestelling te blijven doen ondanks toenemende werkdruk en de overload aan nieuwe medische inzichten. Artsen kunnen niet alles weten: zo wordt op de website van Diagnosis Pro een overzicht gegeven van alle bekende diagnoses. Momenteel zijn er ongeveer 13.000 ziekten en 30.000 syndromen beschreven.[1] Moeten we deze allemaal kennen? De helft (48%) van de consultaties bij de huisarts gaat vooral over een 30 tal aandoeningen, met kennis over 100 aandoeningen kan 75% van de consultaties optimaal uitgevoerd worden. [2] Als de huisarts de beperkte consultatietijd goed wil gebruiken, zal het in eerste plaats belangrijk zijn om een goede kennis te hebben van deze meest voorkomende aandoeningen. Daarnaast moet de huisarts blijven waken over alle nieuwe technische mogelijkheden en het gevaar van overdetectie en overdiagnosiek dat hiermee gepaard kan gaan. Onderzoek toont bijvoorbeeld aan dat bij asymptomatische vijftigers een NMR knie in 20% van de gevallen meniscusschade toont en een NMR van de onderrug in 78% discus bulging. Het is dan ook belangrijk dat we als huisarts met minder consultatietijd kritisch genoeg blijven in het aanvragen van technische onderzoeken.

Het landschap van de eerstelijnszorg in Europa verandert continu, maar ondanks grote verschillen in organisatie van de eerstelijnszorg in de Europese landen, kampt men bijna overal met dezelfde uitdagingen: een toenemende hulpvraag met een beperkter budget. Zo illustreerde Professor Marshall dat de toenemende



De haven van Kopenhagen

financiële druk op de gezondheidszorg vaak gepaard gaat met een daling van het budget voor de huisartsenzorg. Concreet voorbeeld was het Verenigd Koninkrijk waar het budget daalde van 11% naar 8,4% in de periode 2005 tot 2012. In dezelfde periode steeg het aantal patiëntcontacten aanzienlijk. Het verkorten van de consultatietijd is één van de meest voor de hand liggende oplossingen om de verhoogde werkdruk aan te pakken. Veelal wordt verhoogde werkdruk bij huisartsen geassocieerd met kans op burnout, maar ook de angst om 'iets' te missen komt uit een bevraging van Britse huisartsen naar voor als een toenemend probleem. In de lezing wordt geschetst dat de huisarts in de toekomst door de veranderingen van de gezondheidsstructuren ook meer en meer organisatorische en maatschappelijke aspecten zal moeten opnemen en zich niet meer uitsluitend met patiëntenzorg zal kunnen bezighouden.

Ten slotte werd nog aandacht besteed aan de vergrijzing van de bevolking en hoe we onze preventie hieraan kunnen aanpassen. Professor Kaisu Pitkälä van Finland schetste hoe preventieve zorg verschuift naarmate mensen ouder worden. Met toenemende leeftijd neemt de rol van de klassieke risicofactoren (zoals hoge bloeddruk en cholesterol) af en mag er meer aandacht besteed worden aan de aanpak van geriatrische syndromen. De aanpak van geriatrische syndromen evolueert mee met de leeftijd. De geriatrische patiënt is immers een zeer heterogene groep om interventiestrategieën toe te passen. Zo zal preventie bij de vitale derde generatie 65 plusser vooral gericht zijn op primaire en secundaire preventie. Terwijl in de leeftijdsgroep van 85 plussers de belangrijkste rol is weggelegd voor tertiaire preventie. Met het ouder worden nemen geriatrische syndromen toe en moet de zorg zich

ook meer op deze risicofactoren toespitsen. Voor de aanpak van deze geriatrische syndromen krijgt de huisarts het advies om tijdens het consult ook aandacht te besteden aan: voldoende lichaamsbeweging, evenwichtige voeding en de aanpak van eenzaamheid.

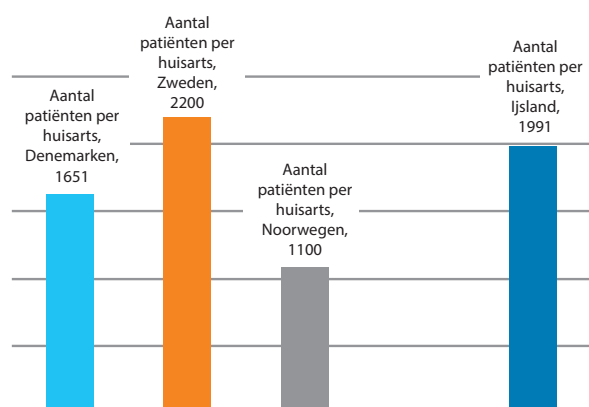
Om af te sluiten nog enkele tabellen over de praktijkorganisatie van de huisartsen in de Scandinavische landen (Figuur 2 en 3). De presentaties van de plenaire sessies zijn na te lezen op de website van WONCA 2016. [5]

David Spitaels

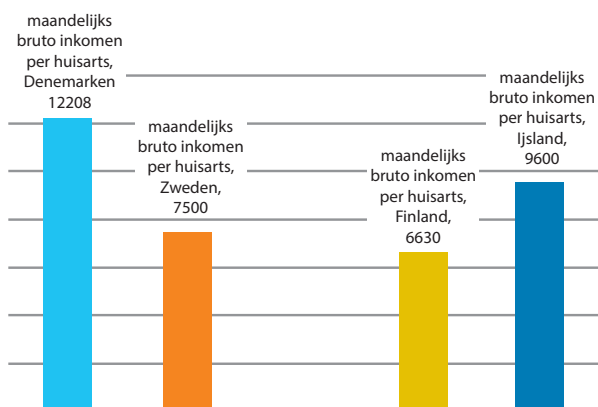
Referenties

1. Website diagnosis pro. [Internet. Accessed June 21, 2016]. Available from: <http://www.diagnosispro.com/>
2. Cooke G, Valenti L, Glasziou P, Britt H. Common general practice presentations and publication frequency. *Australian family physician*. 2013;42(1-2):65-8.
3. Gibson J, Checkland K et al. **Eighth National GP Worklife Survey**. [Internet. Accessed August 27, 2016]. Available from: <http://www.population-health.manchester.ac.uk/healthconomics/research/Reports/EighthNationalGPWorklifeSurveyreport/EighthNationalGPWorklifeSurveyreport.pdf>
4. Groenewegen P, Heinemann S, Gress S, Schafer W. Primary care practice composition in 34 countries. *Health policy (Amsterdam, Netherlands)*. 2015;119(12):1576-83.
5. Website WONCA. [Internet. Accessed August 27, 2016]. Available from: <http://woncaeurope2016.com/>

Figuur 2. Aantal patiënten per huisarts in verschillende Scandinavische landen



Figuur 3. Maandelijks bruto inkomen per huisarts in Scandinavische landen



Levenslang leren: opleiding tot CRA

Eén van de taken van een academische afdeling huisartsgeneeskunde, is de aandacht en zorg voor het levenslang leren. Niet alleen omdat er voortdurend inhoudelijke vernieuwingen zijn in het vakgebied, maar ook omdat er nieuwe taken en opdrachten ontstaan. Zo werd eind van de jaren 90 de functie van CRA, Coördinerend en Raadgevend Arts in woonzorgcentra uitgetekend door een Koninklijk Besluit over het functioneren van Rust en Verzorgingstehuizen (RVT) nu woonzorgcentra genoemd (WZC). Aan het ACHG werd daarover nagedacht, onderzoek gedaan en natuurlijk ook opleiding gegeven en onderzoek naar die opleiding gedaan. Inmiddels zijn we meer dan 1 jaar verder en heeft de staatshervorming en andere veranderingsprocessen het kader hertekend. Er was dus nood aan een nieuwe opleiding. Vanuit ACHG werd daartoe een initiatief genomen. Ondersteund door het Leuvens Instituut Gezondheidsbeleid (LIGB), werd een theoretisch kader uitgetekend en een pedagogisch concept ontwikkeld.

Omdat Vlaanderen klein is en de inspanningen om een dergelijke cursus op een goed niveau te krijgen groot zijn, gingen we in overleg met iedereen die een interessante bijdrage kan leveren. Op deze manier werd een consortium gebouwd waarin de vier Vlaamse Universiteiten betrokken zijn, verenigingen van artsen zoals de Belgische Vereniging Gerontologie Geriatrie (BVGG), Domus Medica en de koepelorganisaties van woonzorgcentra: Zorgnet-Icuro, Belgische Vereniging Steden en Gemeenten, VLOZO en Ferubel.

Heel wat logo's op een rijtje.

De opleidingscyclus zal maximaal gebruik maken van innovatieve opleidingsmethoden en online toepassingen.

1. De module over regel- en wetgeving zal volledig online ontwikkeld worden.
2. De modules Medisch Beleid en Geneesmiddelen/formularium zijn gestart op **30 april** in Leuven. Daarnaast bestond de mogelijkheid om de modules die in Leuven worden gegeven, gelijktijdig te volgen in Genk (Ziekenhuis Oost-Limburg), Kortrijk (AZ Groeninghe) en Dendermonde (AZ Blasius). Hiervoor gebruiken we de pentalfa technologie.
3. De modules Palliatieve zorg en Infectiebeheer volgden op **zaterdag 24 september 2016**.
4. Ook hier werden satelietverbindingen voorzien met Genk, Kortrijk en Dendermonde
5. De module Communicatie en Beleid zal van oktober tot december in kleinere workshops in de provincie georganiseerd worden: in november in Gent, en in december in Leuven.

De module start met een lezing ex cathedra die wordt opgenomen op video.

Cursisten kunnen nadien de webinar terug bekijken, de **powerpoint** raadplegen via het elektronisch leerplatform Sofialearn. De cursisten moeten ook een taak maken om hun credit volledig te verdienen.

Naast de tekst en powerpoint, kunnen er ook **andere materialen** ter beschikking gesteld worden zoals videomateriaal, Website links en wetenschappelijke artikelen

De eerste cyclus had een zeer groot succes.

In 2017 wordt de cursus geüpdatet en werken we aan een handboek.

Jan De Lepeleire



Wie is wie?

Jonge huisartsen

Waar hebben jonge huisartsen allemaal mee te maken?

Hoe doen ze het in hun praktijk?

Deze editie is Dr. Saskia Depraetere van de groepspraktijk Hoeilaart aan de beurt!



Hoelang bent u al huisarts?

Ik startte als Haio in september 2010 en als afgestudeerd huisarts in september 2012. Ik begin nu aan mijn 7^{de} jaar binnen dezelfde praktijk.

Waarom heeft u voor de specialisatie Huisartsgeneeskunde gekozen?

Voor mij zijn afwisseling en persoonlijk contact met de patiënt zeer belangrijk. Dit zijn unieke eigenschappen van de job als huisarts. Anderzijds kon ik mij absoluut niet vinden in de hiërarchische ziekenhuis-sfeer tijdens mijn stages. Ik

vond het dan ook zeer aangenaam om als Haio als gelijkwaardig lid van de praktijk te worden behandeld.

Voor welke praktijkvorm heeft u gekozen en waarom?

Ik werk in een grotere groepspraktijk. Ik associeerde in de praktijk waar ik mijn Haio opleiding volgde omdat ik er mij thuis voelde. Samenwerken met veel collega's is een uitdaging en niet altijd gemakkelijk maar het is een meerwaarde omdat je elkaar aanvult en uitdaagt. Je blijft leren van elkaar en hebt steeds iemand om op terug te vallen als je het even niet weet.

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

Het was en is hartverwarmend dat patiënten zo meelevden/meeleven met mijn zwangerschap vorig jaar en mijn moederschap nu. Steeds wordt er gevraagd hoe het gaat met hem en de interesse is echt oprecht. Ik kreeg zoveel kaartjes en leuke attenties na zijn geboorte.

De moeilijkste hindernis ligt momenteel voor mij. De combinatie van een jong druk gezin en een zeer drukke praktijk is helemaal niet evident en ik ben nog op zoek naar een goed evenwicht. Dit is waarschijnlijk een uitdaging voor elke jonge arts. Ik hoop oprecht dat ik het in de toekomst kan blijven combineren want mijn passie voor huisartsgeneeskunde is groot, mijn liefde voor mijn gezin is echter nog vele malen groter.

Hoe ziet u de opleiding HA geneeskunde evolueren?

Meer doelgericht leren met gebruik van het elektronisch medisch dossier. De focus op het sociaal aspect en de communicatie blijft

echter essentieel. Mensen zijn niet samen te vatten in een dossier, ze zijn van vlees en bloed en dat is belangrijk. Een goede huisarts zijn leer je nog steeds door te doen dus praktijkervaring en veel patiëntencontacten blijven zeer belangrijk.

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

Buiten de praktijk ben ik getrouwd en heb ik een zoontje dan nog geen jaar oud is. Ik ben een familiemens, ik hou van mijn familie en schoonfamilie en vind regelmatig tijd maken voor hen dan ook erg belangrijk.

Ik ben CRA van Hof ten Doenberghe in Hoeilaart sinds dit voorjaar. Ik ben LEIF-arts en volgde de PALM opleiding te Wemmel. Ik ben al sinds het eerste jaar van mijn studie geneeskunde geïnteresseerd in palliatieve zorg en waardig levenseinde.

Tijdens en na mijn zwangerschap heb ik mij verdiept in alles wat met borstvoeding te maken heeft. Zelf geef ik na 8,5 maanden nog met veel overtuiging borstvoeding aan mijn eigen zoontje. Ik hoop met mijn kennis en ervaring andere mama's te kunnen begeleiden om succesvol borstvoeding te geven. Momenteel heb ik geen tijd voor hobby's, maar hou van zwemmen en fietsen.



Boekennieuws



Annemie Heselmans, klaar voor haar boekvoorstelling



Annemie Heselmans, medewerkster aan het ACHG, doctoreerde in 2012 met het onderwerp: Evidence-based Health Care. Barriers and facilitators of electronic guideline implementation and development in ambulatory settings”.

Maar nu gaat het over haar tweede boek: “Het leven loopt op wieltjes”, uitgegeven bij Horizon. Een grote opkomst voor de boekvoorstelling op 10 september 2016 in de Standaardboekhandel van Tessenderlo.

Hieronder kan je een fragment lezen uit haar boek. Gefeliciteerd, Annemie!



“...In het leven moet je soms snel zijn. Iedereen kent ze wel, van die misselijkmakende had-ik-maar-momenten. Het moment komt en je begaat een catastrofale vergissing, en dan is het voorbij en is je kans om er iets aan te doen verleden tijd.

Mijn eerste gedachte is: ‘Vreemd, dat spuitje water heeft een bijsmaak.’ Mijn tweede gedachte is: ‘Waarom proeft een spuitje water niet naar water?’ En dan begin ik te panikeren: citraat... Citraat wordt gebruikt om een dialysekatheter open te houden en is niet gemaakt om in shot in de bloedbaan te worden gespoten. Op die manier wordt een product met veel goede eigenschappen een moordwapen.

‘Ik zie ineens slecht,’ zeg ik bedenkelijk tegen mama.

Nog voor mama de boodschap verwerkt heeft, moet ik mijn bericht aanpassen: ‘Ik zie helemaal niets meer. Ik hoor alles dof, alsof mijn oren vol water zitten.’

‘Lucht! Lucht! Mijn hart trappelt!’ Het geluid klinkt steeds matter en weergalmt alsof ik alsmar dieper onder water zak. Ik voel de leegte en de zwaarte tegelijk.

Daarna ben ik opgesloten in mezelf. Ik wil nog heel graag roepen dat het geen spuit water was, maar een spuit citraat, maar ik krijg niets meer gezegd. Mijn mond en tong weten niet meer hoe ze moeten bewegen.

Mijn hoofd denkt nog even verder na... Oh nee, ik sterf van een spuitje citraat en niemand weet dat. Ze zullen heel hard moeten zoeken om die gegevens ooit op een van mijn zwarte dozen terug te vinden. Ik zal vast en zeker geclassificeerd worden onder ‘om-onbekende-re-den-van-de-radar-verdwenen’.

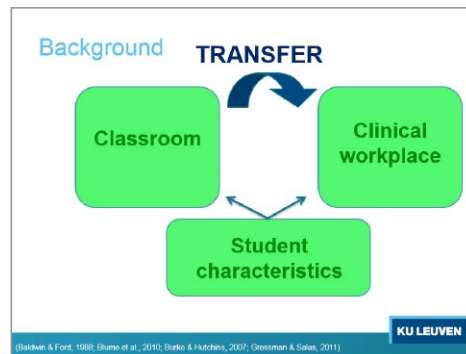
Gekleurde bliksemschichten knetteren door mijn hersenen, botsen tegen mijn schedel, kaatsen terug.

Ik ben alleen met de kortsluiting in mijn hoofd.

Dit is doodgaan...”

Leuk nieuws

Sanne Peters won de award “AMEE 2016 Research Paper Award” tijdens het Amee Congres waarvan u eerder in dit blad een stukje kon lezen! Proficiat Sanne!



Tijdens haar presentatie rapporteerde Sanne de resultaten van de systematische review over de transfer van het geleerde. Dit is het toepassen van verschillende competenties in een context (de klinische praktijk) die anders is dan diegene waarin het werd geleerd (de les). In deze literatuurstudie gingen ze op zoek naar educatieve interventies om de koppeling tussen de lessen en de klinische praktijk te vergroten en daardoor mogelijks de transfer van het geleerde te verhogen.

Agenda

Leuvense Dagen in samenwerking met het Leuven Kanker Instituut (LKI) op **donderdag 1 en vrijdag 2 december 2016** in La Foresta te Vaalbeek. Programma en inschrijvingsmodaliteiten volgen later op www.achg.be/kalender
De volgende Leuvense Dagen Endocrinologie vinden plaats op 18 en 19 mei 2017

Voor meer info: 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 Leppeleire
Onderzoek: prof. dr. F. Buntinx
Permanente vorming: prof. dr. B. Schoenmakers
Hoofredactie en eindredactie:
Dominique Manhaeve en Marina Devis

Redactieraad: B. Aertgeerts, D. Manhaeve, C. Geens,
J. De Leppeleire, E. Van Ael, 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)

STAGELEIDERS VAN HET ACHG GENIETEN 15% KORTING OP ONDERSTAANDE TITELS



NATHALIE CARDINAELS

Burn-out bij hulpverleners

Hoe word je een vrije vogel in drukke tijden?

Stress op het werk: hoe ga je ermee om en wat doe je als de werkomstandigheden je te veel worden? Dit boek is een handleiding voor hulpverleners om op zoek te gaan naar meer evenwicht en ademruimte op de werkvloer.

ISBN 978 94 6292 277 8 – 2015 – 160 blz. – € 21,50 - 15% → € 18,28



XAVIER BOSSUYT (RED.)

Wegwijs in laboratoriumdiagnose

Uit het ruime aanbod van medische analyses een geschikte test selecteren is geen sinecure. Bovendien is het niet eenvoudig om de testresultaten juist te interpreteren. Dit boek biedt een helder overzicht en de nodige basiskennis.

ISBN 978 94 6292 305 8 – 2016 – 544 blz. – € 42,00 - 15% → € 35,70



MARIJKE VAN KAMPEN (E.A.)

Urine-incontinentie en andere klachten in de bekkenregio

Bekkenbodemre-educatie bij kind, vrouw en man

Basisboek over incontinentie en de medische aanpak ervan, o.a. met bekkenbodemre-educatie. Met aandacht voor andere klachten, zoals chronische constipatie, fecale incontinentie, seksuele disfuncties en pelvische pijn.

ISBN 978 90 3349 564 9 – 2016 – 232 blz. – € 37,99 - 15% → € 32,29

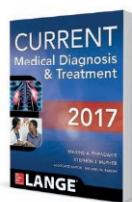


N.M. KRAMER, M. SAVAS & B. DEDEOGLU

Leidraad fysieke diagnostiek

Zien én inzien. Coassistenten en basisartsen zijn dikwijls vrij probleemloos in staat verschijnselen op te sommen die passen bij een omschreven ziektebeeld. Maar het leggen van een relatie tussen bevindingen bij lichamelijk onderzoek en diagnoses gaat over het algemeen minder gemakkelijk. Dit boek is een leidraad om afwijkende bevindingen bij het lichamelijk onderzoek te duiden tot een bijdrage in de differentiaaldiagnose.

ISBN 978 90 3681 035 7 – Springer Media – 2016 – 182 blz. – € 24,99 - 15% → € 21,24



MAXINE A. PAPADAKIS, STEPHEN J. MCPHEE
& MICHAEL W. RABOW

Current Medical Diagnosis and Treatment 2017

Never out of date and written by top clinicians, this trusted resource spans all fields of internal medicine, reviewing symptoms, signs, epidemiology, diagnosis, prevention, and treatment for more than 1,000 diseases and disorders.

ISBN 978 12 5958 511 1 – McGraw-Hill – 2016 – 1920 blz. – € 89,99 - 15% → € 76,49

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