

# Contactblad ACHG

**KU LEUVEN**

ACADEMISCH CENTRUM  
HUISARTSGENEESKUNDE

**Oktober - November - December 2018**

DRIEMAANDELIJKS TIJDSCHRIFT • JAARGANG 28 • NR. 1 • Afgiftekantoor: Leuven MassPost P911471

## IN DIT NUMMER:

- Editoriaal .....1
- 50 jaar huisartsgeneeskunde ...2
- Onderzoek .....3
- EBPN .....8
- Leuk nieuws .....8
- Onderwijs .....9
- Boekennieuws .....10
- ACHG publicaties .....11
- Agenda .....11

Editoriaal



Het Academisch Centrum voor Huisartsgeneeskunde aan de KU Leuven bestaat 50 jaar. Een academische zitting met prominente sprekers op zaterdag 15 september wil dit luister bijzetten. Wat is de plaats van een academisch centrum voor huisartsgeneeskunde binnen een universiteit? Hoe werken we samen met een universitair ziekenhuis? Wat is onze maatschappelijke meerwaarde? Kunnen we ons spiegelen aan het buitenland? Wat brengt de toekomst? Dat zijn enkele vragen waarop we een antwoord willen brengen. En het zal nodig zijn. Alvast een warme oproep om hier bij te zijn!

Heeft ons beroep nog een toekomst in een technologische wereld die sneller en sneller evolueert. Hoelang duurt het nog eer mensen via het internet zelf de diagnose kunnen stellen en instant een therapie of geneesmiddel krijgen aangeboden. Een geneesmiddel dat via een DNA en gen-typing ook nog helemaal past bij de aandoening en op maat van de patiënt wordt aangeboden. Onze plaats wordt ingenomen door gespecialiseerde verpleegkundigen op het terrein en door het steeds maar toenemend aantal specialisten. Het dossier kan evengoed beheerd worden door de patiënt zelf en informatie over

welzijn en gezondheid kan worden aangeboden via een link op het web. Een programma zorgt ervoor dat patiënten niet onnodig worden blootgesteld aan geneesmiddeleninteracties en dat het aantal bijwerkingen goed wordt gemonitord. Verschillende Apps volgen de patiënt in al zijn doen en laten, geven continu feedback, bepalen hoeveel stappen je nog moet doen en of je nog een glaasje mag drinken, of net niet. De doelstellingen voor een populatie worden bepaald door de overheid en screeningsprogramma's worden uitgerold.

Of wordt het toch nog anders en heeft iedereen een huisarts nodig? Een intelligente, wetenschappelijk zeer goed opgeleide professional samen met andere, dan nog bestaande, disciplines. Met een expertise om een mens met of zonder ziekte te begeleiden tijdens zijn zoektocht. Een gids tijdens het leven om iemand te helpen langs de vele kronkelige wegen van gezondheid en welzijn. Misschien viert dit centrum in 2068 zijn honderdste verjaardag.

Maar, beste Els en alle andere collega's, dan moeten we er wel voor zorgen dat we onze jonge studenten laten proeven van ons beroep. Doe voor één keer de moeite, sla de volgende bladzijde om en lees hoe ook jij jouw steentje kan bijdragen aan de uitbouw van onze discipline.

*Bert Aertgeerts*



# 50 jaar huisartsgeneeskunde

## Op stap naar een uitmuntend academisch centrum voor huisartsgeneeskunde (ACHG) in een internationale context.

Op dat kruispunt bevinden we ons 50 jaar na ons ontstaan aan de KU Leuven. Het ACHG engageert zich om excellent en relevant onderzoek te verrichten. We leiden studenten geneeskunde en huisartsen op en ondersteunen alle actoren in de gezondheidszorg.

Zowel het najaar van 2018 als het voorjaar van 2019 staan volledig in het teken van dit jubileum. Samen met alle medewerkers en sympathisanten blikken we niet alleen terug, maar ook vooruit op onze rol als initiatiefnemer en innovator in de Vlaamse – en in het verlengde hiervan globale – zorgverlening. 50 jaar lang hebben we alles uit de kast gehaald om toe te werken naar een gezondere

samenleving. Dit alles doen we vanuit een brede betrokkenheid voor de hele mens.

Vier mee en neem deel aan de talrijke evenementen die ons in het teken van dit jubileum te wachten staan. Hieronder alvast een kleine selectie.

Tot dan!

*Namens het voltallige ACHG-team  
Prof. Dr. Bert Aertgeerts  
Diensthoofd*



### 21-22 September: Euract Congres

Euract staat voor de European Academy of Teachers in General Practice. 2 dagen lang verkennen we met deelnemers uit meer dan 25 Europese landen de toekomst van ons medisch onderwijs.

### 18 Oktober: Pensioenviering

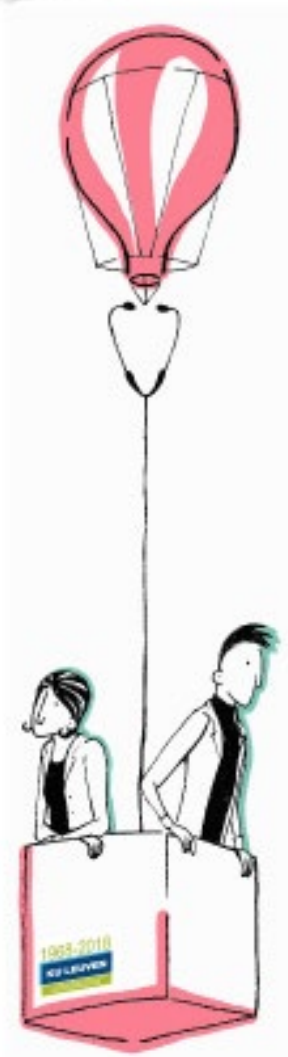
We trappen het najaar onder andere af met een feestelijke viering ter gelegenheid van het pensioen van Rudi Bruyninckx, Johan Buffels, Jo Lisaerde, Bernard Meyfroidt, Walter Renier. Alle praktische is te vinden op <https://achg.be>

### 29 – 30 November: Leuvense Dagen

Een halfjaarlijkse tweedaagse navorming voor huisartsen georganiseerd door het ACHG in opdracht van UZ en de faculteit. Een event dat al bijna 40 jaar loopt en nu ook voor de 60ste keer doorgaat. Voor deze editie gaan we terug in de tijd. Er wacht u opnieuw een kwaliteitsvolle opleiding gegeven door de meest inspirerende sprekers!

### 15 December: Academische zitting

De officiële plechtigheid waarmee ons jubileum zal gevierd worden. Samen met alle mensen die een steentje hebben bijgedragen klinken we op ons 50-jarig bestaan en dromen we hardop over onze toekomst. Met andere woorden een datum om absoluut vrij te houden.



## Strategies to optimize medication use in nursing homes

Op 8 juni 2018 verdedigde Goedele Strauven haar doctoraats thesis met als titel: "Strategies to optimize medication use in nursing homes (in Belgium)". Promotor was Prof Veerle Foulon van Farmaceutische Zorg, copromotoren waren Prof Spinewyne (Farmacie UCL) en Prof Jan De Lepeleire (Huisartsgeneeskunde KU Leuven). Prof Em Frank Buntinx (Huisartsgeneeskunde KU Leuven) was één van de juryleden

Deze studie werd gefinancierd door het Riziv en is op het terrein bekend als de 'Come'On' studie. Het opzet was om medicatiegebruik in woonzorgcentra te optimaliseren. Want sedert de Phebe studie in 2006 weten we dat hier werk aan de winkel is.

De doelstellingen van het COME-ON (Collaborative approach to Optimise MEDication use for Older people in Nursing homes) project waren:

- (1) het evalueren van de effectiviteit van een complexe interventie, bestaande uit verschillende onderdelen, op het oordeelkundig voorschrijven van geneesmiddelen voor oudere personen in Belgische WZC (zie deel 1 hieronder);
- (2) het identificeren van de processen, actoren en structurele elementen die deel uitmaken van het medicatiemanagement en het definiëren, voor elk van deze processen, van sleutelactiviteiten en goede praktijken (zie deel 2 hieronder); en
- (3) het ontwikkelen van aanbevelingen voor beleidsmakers.



Er namen 63 woonzorgcentra deel, 701 hulpverleners waarvan 55 CRA's en 378 huisartsen en 1804 bewoners. Een heel groot opzet dus. De complexe interventie bestond uit een blended e-learning programma, een patiëntenoverleg en een interdisciplinair overleg. **Onoordeelkundig voorschrijven** werd gemeten aan de hand van zowel de STOPP-START als de Beers' criteria. De primaire uitkomst werd gemeten op niveau van de bewoner, en werd als succesvol beschouwd als ten minste één PIM/PPO die aanwezig was bij baseline opgelost was aan het einde van de studie, en als er geen nieuwe PIM/PPO was bijgekomen op het einde van de studie. We vonden een significant effect op de primaire uitkomst in het voordeel van de interventiegroep (OR 1.479, 95CI 1.062-2.059,  $p=0.021$ ). Het mediaan percentage bewoners (per WZC) waarvoor de interventie succesvol was, bedroeg in de interventie-arm 20.4%; in de controle-arm was dat 14.8%.

Gebaseerd op de resultaten van deel 1, op literatuurgegevens en verschillende elementen met betrekking tot het Belgische gezondheidszorgsysteem (contextuele factoren, initiatieven, andere projecten) werd een lijst van aanbevelingen opgesteld door het onderzoeksteam. Deze lijst werd vervolgens verder uitgewerkt aan de hand van een Delphi consensus proces en verdere discussies met het begeleidingscomité. De finale lijst met aanbevelingen heeft betrekking op de volgende 7 domeinen: opleiding en training; lokaal overleg; interdisciplinair patiëntenoverleg; IT ondersteuning voor zorgverleners; zorgverleners; onderzoeksagenda; en implementatiestrategie. Alhoewel de studie vooral gericht was op het geneesmiddelengebruik, zijn er tal van aanbevelingen waarin verwezen wordt naar het belang van niet-farmacologische benaderingen in een kwaliteitsvolle zorg voor ouderen.

Tijdens het overleg met het begeleidingscomité werden nog een aantal bijkomende opmerkingen en suggesties geformuleerd die verder gingen dan dit project.

Uiteraard zullen deze bevindingen mee opgenomen worden in de opleidingscyclus voor CRA's.

Jan De Lepeleire



Een multicentrische, cluster-gecontroleerde studie werd opgezet in 63 WZC in België (30 interventie; 33 controle). In elk WZC werden 35 bewoners ( $\geq 65$  jaar) geselecteerd voor deelname. De complexe interventie, bestaande uit meerdere componenten, was gebaseerd op bestaande literatuur, focusgroepen

met zorgverleners, en discussies binnen het onderzoeksteam en met het begeleidingscomité. De interventie bestond uit drie componenten: (i) opleiding en training van zorgverleners; (ii) lokaal overleg (discussies over het oordeelkundig gebruik van minstens één geneesmiddelenklasse, op het niveau van het WZC) en (iii) herhaaldelijk interdisciplinair patiëntenoverleg tussen de huisarts, de verpleegkundige en de apotheker met als doel een medicatiereview uit te voeren voor elke geïncludeerde bewoner. De controlegroep leverde de gebruikelijke zorg. De studieperiode omvatte 15 maanden. De primaire uitkomst was gerelateerd aan het oordeelkundig voorschrijven van geneesmiddelen. Kwantitatieve data werden voornamelijk geregistreerd door de huisartsen, de apothekers en de verpleegkundigen aan de hand van een specifieke webapplicatie. Zorgverleners kregen een financiële bonus voor het registreren van de data. Kwalitatieve data over de perceptie van de interventie werden verzameld tijdens focusgroepen die uitgevoerd werden in 11 WZC van de interventiegroep



## Diagnostiek voor de huisarts

Diagnoses stellen is een vitaal onderdeel van ons vak, maar dat dit niet altijd gemakkelijk is in de huisartsgeneeskunde, is een open deur intrappen. We moeten het vaak stellen met beperkte diagnostische instrumenten, wat leidt tot aanzienlijke onzekerheid.

Met de regelmaat van de klok verschijnen er nieuwe diagnostische instrumenten op de markt. Aan een hoog tempo worden testen die vroeger enkel toegankelijk waren in de specialistische zorg nu ook toepasbaar in de huisartspraktijk. Denk maar aan PCR testen voor influenza, of draagbare echo toestellen. Wat leveren die nieuwe testen ons echt op? Minder onzekerheid? Meer kosten? Betere uitkomsten bij de patiënt? De relevantie voor de huisartsgeneeskunde is niet voor elke innovatie even groot. Een degelijke evaluatie voor we iets gaan inzetten in de praktijk van elke dag is nodig. Dankzij een FWO Odysseus beurs ga ik de volgende 5 jaar de waarde van innovatieve testen voor ernstige infecties onderzoeken, zowel bij kinderen als bij ouderen. We kijken naar de accuraatheid van enkele nieuwe testen, maar ook naar de impact ervan op bijvoorbeeld verwijzingen, antibiotica voorschriften en herconsultaties. Bij kinderen bouwen we voort op het eerder onder-

zoek dat we 15 jaar geleden al startten (oa de ERNIE studies). Het einddoel is een stapsgewijze diagnostische strategie waarmee een ernstige infectie kan uitgesloten worden, te beginnen met een klinische evaluatie en aangevuld met verdere diagnostiek als nodig. Zo hopen we de huisarts te ondersteunen in de moeilijke diagnose van ernstige infecties, en patiënten met een ernstige infectie vlot naar een gepaste behandeling toe te leiden.

Hebt u interesse om deel te nemen aan een studie met nieuwe diagnostiek? We zijn momenteel actief op zoek naar enthousiaste collega's om mee de diagnostiek van onze praktijk van morgen uit te testen.

Laat het me dan weten via [stephanie.philippaerts@kuleuven.be](mailto:stephanie.philippaerts@kuleuven.be) of scan deze QR code (u kan de weblink ook terugvinden op [www.achg.be/nieuws/2018/09/ernie-4](http://www.achg.be/nieuws/2018/09/ernie-4)).

Hopelijk tot binnenkort!

*Ann Van den Bruel*  
Research Professor



### SAVE THE DATE

Interesse in innovatieve diagnostische testen en de evaluatie ervan in de eerste lijn?  
Kom dan op 30 januari naar ons launch event: "From bench to bedside: Implementing diagnostic research in primary care"  
Organisatoren: Ann Van den Bruel [ann.vandenbruel@kuleuven.be](mailto:ann.vandenbruel@kuleuven.be) & Jan Verbakel [jan.verbakel@kuleuven.be](mailto:jan.verbakel@kuleuven.be)

# Congreshoekje

## Guidelines International Network (G-I-N) congres

Manchester, 12-14 september

De Belgische delegatie op het Guidelines International Network (of GIN) congres in Manchester is ook dit jaar niet onopgemerkt naar huis terug vertrokken (het vertrek werd echter verstoord wegens microscopische hoeveelheden nitraten in de bagage van ondergetekende). Met organisaties zoals CEBAM, EBPNet, Domus Medica, de Werkgroep Ontwikkeling Richtlijnen Eerste Lijn, het KCE en het Rode Kruis, huist in België een belangrijke hoeveelheid expertise en ervaring op gebied van EBM en richtlijn ontwikkeling. Nu het congres voor de eerste maal in 4 jaren opnieuw in Europa plaats vond, was het dan ook niet verwonderlijk dat er een grote delegatie aanwezig was. Het congres opende met een stand van zaken rond het vorig jaar geïntroduceerde Evidence Ecosystem. Dit idee voorziet in een naadloze overgang van nieuwe wetenschappelijke inzichten in richtlijnen voor disseminatie, systemen voor implementatie, beslissingsondersteuning en vervolgens evaluatie. Om dit mogelijk te maken zijn grote inspanningen nodig om processen op mekaar af te stemmen, systemen te ontwikkelen die deze overgang van informatie mogelijk maken en vooral de vele enthousiaste medewerkers samen te brengen. In het kader van dit Evidence Ecosystem werden de BMJ Rapid Recs voorgesteld waar verschillende mensen van het ACHG reeds aan hebben meegewerkt. De beslissingen die hieruit ontwikkeld werden om samen met onze patiënt tot een geïnformeerde keuze te komen, werden uitgebreid gepresenteerd. Shared decision making was niet voor niets een van de belangrijkste thema's van dit congres. EBM, en dan vooral richtlijnen, hebben de connotatie om sturend of directief te zijn, maar niets is minder waar. Evidence is maar één van de pijlers van EBM, naast de klinische expertise en ervaring van de zorgbeoefenaar en de voorkeuren en waarden van de patiënt. Zo blijkt dat minder dan één op drie aanbevelingen in een richtlijn aanschouwd worden als 'sterke' aanbeveling, zijnde aanbevelingen die voor de meeste patiënten gelden en vaak gebaseerd zijn op goed onderbouwde wetenschappelijk bewijs. Terecht gaat er veel

aandacht naar de communicatie rond zogenaamde 'zwakke' of 'conditionele' aanbevelingen waar de wetenschap veel minder duidelijk is en de inbreng van onze patiënt bepalend is in eventuele keuzes. Er werd ook veel aandacht besteed aan de rol van de patiënt in de ontwikkeling van richtlijnen, reeds vanaf de eerste stadia tot en met de implementatie en evaluatie. Dit onderwerp is nog vrij nieuw en belooft nog veel boeiende discussies op te leveren.

Dat richtlijnen een 'hot topic' zijn, was duidelijk door de aanwezigheid van meer dan 400 deelnemers in Manchester. Op de GIN website zijn ondertussen bijna 7000 verschillende richtlijnen beschikbaar ontwikkeld door meer dan 100 verschillende organisaties. Een bezorgdheid blijft wel hoe we kunnen zorgen dat al deze nuttige en belangrijke informatie niet beperkt wordt tot de publicatie van lijvige teksten maar ook werkelijk zorgt voor positieve veranderingen in de praktijk. De vele moeilijkheden en uitdagingen om goede richtlijnen in onze dagelijkse praktijk te krijgen, werden bediscussieerd tijdens een panelgesprek onder leiding van de auteurs van de nieuwe KCE richtlijn en zorgpad over lage rugpijn. Inzichten en ervaringen rond implementatie werden gedeeld door leden van EBPNet en de Werkgroep Ontwikkeling Richtlijnen Eerste Lijn en lokten veel boeiende reacties uit van het publiek. De vele reacties zullen nuttig zijn om de nieuwe leden van het implementatieteam van EBPNet aan de slag te helpen!

Uiteraard zijn congressen meer dan geconcentreerd luisteren alleen, maar ook een uitgelezen moment om nieuwe banden te smeden en bestaande relaties te versterken. De locatie, een oud statig gebouw waar ooit een 19<sup>de</sup> eeuwse verzekeraar gehuisvest was, bood voldoende ruimte om rustig alle posters te kunnen bekijken. Uit de meer dan 200 boeiende posters, ging dit jaar de posterprijs naar de Belgische inzending over de opleidingen voor richtlijnontwikkeling waar ook het ACHG al meerdere jaren aan meewerkt. Proficiat Saphia Mokrane!



## AMEE congres 2018

AMEE, de 'international association for medical education', organiseerde eind augustus hun jaarlijks congres, deze keer in Basel (Zwitserland). De titel van het congres was 'educating the future healthcare professional and the roles of the teacher'. Voor mij was het de eerste AMEE-ervaring, waarvan ik graag enkele highlights met jullie wil delen.

Bertrand Piccard mocht het congres met een plenaire lezing openen. Als Zwitsers psychiater, ondernemer en ballonvaarder imponerde hij het publiek met een bevlogen lezing over 'how to achieve the impossible'. Hij was de initiator, voorzitter en co-piloot, samen met André Borschberg, van de Solar Impulse, het eerste vliegtuig dat succesvol rond de wereld vloog op zonne-energie. Hij gebruikte de metafoer van het ballonvaren om je doel te bereiken. Net als in een luchtballon hebben we niet alles onder controle en zijn er externe factoren (zoals de windrichting) die ons in bepaalde richtingen sturen. Als je echter van richting wilt veranderen, moet je de hoogte van je luchtballon veranderen om in een andere luchtstroom terecht te komen, en dat kan alleen door ballast overboord te gooien. 'Drop your ballast' vertaalt hij als het loslaten van alle paradigma's, zogenaamde zekerheden, overtuigingen, geloofssystemen, ... zodat onze geest vrij is om alle mogelijkheden te exploreren. Enfin, hem citeren doet afbreuk aan zijn geweldige lezing, maar als u ooit de kans krijgt om hem aan het woord te horen: zeker doen!

Hedy Wald bracht eveneens een inspirerende plenaire lezing over veerkracht bij studenten. Ze implementeert al vele jaren de techniek van 'interactive reflective writing' om de reflectieve capaciteit bij studenten te bevorderen en om de vorming van

een professionele identiteit te ondersteunen. Ook in de nieuwe interuniversitaire huisartsenopleiding gaan we aan de slag met het thema zelfzorg en vragen we ons af hoe we burn-out bij studenten geneeskunde en artsen kunnen voorkomen. Een heel actueel thema dus.

Naast plenaire lezingen waren er ook heel veel workshops, met een dagelijks aanbod dat de gemiddelde congresganger koud zweet bezorgde door de keuzestress. Ik heb er een aantal gevolgd, o.a. de workshop over 'how to shoot, edit and distribute educational video's through Social Media'. Gewapend met onze iPhone en een gratis app werkten we in kleine groepen aan een educatieve video (over de techniek van een draad door een naald te rijden, zeer universeel). Een heel leuke ervaring, waarbij alle deelnemers met een hoop praktische tips naar huis zijn gegaan. Tenslotte wil ik er nog eentje uitlichten, namelijk de workshop over 'knowledge translation in health professions education'. Evidence-based werken vindt namelijk niet alleen zijn weg naar de klinische praktijk, maar steeds meer naar de aula's. Welke onderwijskundige werkvormen zijn evidence-based? En hoe implementeren we deze kennis in het lesgeven? Na een korte introductie over 'knowledge-to-action frameworks' gingen we ook hier aan de slag met een concrete casus. EIHPE, ofwel 'evidence-informed health professions education', is een boeiend en relatief nieuw domein waar het laatste woord nog niet over gezegd is!

Het was een heel inspirerend congres. Nu de ideeën nog omzetten naar iets concreets, zodat onze studenten ook kunnen meegenieten!;-)

Mieke Vermandere



# Wetenschap en Gezondheid

## Volstaat aspirine alleen als je bloedverdunners moet nemen?

### In het nieuws

Dure bloedverdunners zijn niet beter dan goedkope aspirine voor hartpatiënten die een stent kregen. Gezien jaarlijks 20.000 mensen deze ingreep ondergaan, kan het vervangen van de bloedverdunners door aspirine een belangrijke besparing vormen.

### Waar komt dit nieuws vandaan?

Het bericht kwam aan bod in het VRT nieuws en werd commentariseerd door Vlaamse artsen die een wereldwijde studie leidden waarvan de resultaten in het gerenommeerde tijdschrift *The Lancet* verschenen. (1) De lange titel van het artikel wijst op een studie met een ingewikkeld opzet. In een strikt omschreven groep van patiënten werd het verschil in effect bestudeerd van aspirine met andere bloedverdunners. De patiënten namen eerst zowel aspirine als andere bloedverdunners, waarbij de vraag werd gesteld hoe lang die combinatie moest worden aangehouden.

Mensen die een stent in het hart ingeplant krijgen, lopen vooral in de eerste fase na de ingreep een risico dat de stent verstopt door klontervorming. Het gebruik van bloedverdunners kan dit risico verkleinen. De huidige Europese richtlijnen stellen dat tijdens de eerste 6 à 12 maanden 2 bloedverdunners, aspirine en een ander product, moeten worden ingenomen. De wetenschap is echter niet eenduidig over de duur van deze dubbele behandeling. In sommige gevallen zouden slechts gedurende 1 maand 2 bloedverdunners noodzakelijk zijn, terwijl dit in andere gevallen levenslang zou moeten. (2) De keuze die artsen maken bij een individuele patiënt hangt af van het ingeschatte risico op klontervorming door de stent tegenover het risico op bloeding door de bloedverdunner.

De besproken studie omvatte 16.000 patiënten die een stent kregen. Alle patiënten werden tijdens de eerste maand behandeld met aspirine en een tweede bloedverdunner (ticagrelor: Brilique®). De studie onderzocht of het aangewezen was om vanaf de tweede maand de aspirine te laten vallen en verder te gaan met enkel ticagrelor (Brilique®). De helft van de patiënten nam vanaf de tweede maand alleen ticagrelor, de andere helft kreeg de klassieke behandeling van aspirine en een tweede bloedverdunner (ticagrelor of clopidogrel). Ticagrelor alleen gaf geen beter resultaat dan de standaardbehandeling met 2 bloedverdunners.

Volgens experts was deze uitslag een tegenvaller voor onderzoekers en sponsors, en verandert ze voor artsen en patiënten niets aan de bestaande richtlijnen.

### Bron

(1) Vranckx et al. Ticagrelor plus aspirin for 1 month, followed by ticagrelor monotherapy for 23 months vs aspirin plus clopidogrel or ticagrelor for 12 months, followed by aspirin monotherapy for 12 months after implantation of a drug-eluting stent: a multicentre, open-label, randomised superiority trial. *Lancet* 2018 doi 10.1016/S0140-6736.



### Hoe moeten we dit nieuws interpreteren?

De essentie van de studie is dat hartpatiënten na het plaatsen van een stent best een combinatie van aspirine met een andere bloedverdunner innemen, zoals de huidige richtlijnen dit aanbevelen. Op het nieuws klonk het dat “dure bloedverdunners niet beter werken dan klassieke aspirine als nabehandeling” en dat we “potentieel besparen als we de dure bloedverdunners vervangen door aspirine”. (3)

Deze conclusie komt voort uit de vaststelling in de studie, nl. dat het stoppen van de dure bloedverdunner na 1 jaar niet nadelig bleek. Dat is echter al langer geweten, en wordt nu ook meestal zo in de praktijk toegepast.

### Conclusie

Het verhaal dat in het nieuws kwam, was verwarrend. De essentie van de studie is dat hartpatiënten na de inplanting van een stent best een combinatie van aspirine met een andere bloedverdunner innemen om bloedklonters te voorkomen, zoals de huidige richtlijnen dit aanbevelen.

### Gerelateerde richtlijnen

\* Beoordeling en behandeling van verhoogde bloedingsneiging

### Referenties

- (2) 2018 ESC/EACTS Guidelines on myocardial revascularization. *European Heart Journal* doi:10.1093/eurheartj/ehy394.
- (3) <https://www.vrt.be/vrtnws/nl/2018/08/27/aspirine-werkt-goed-als-bloedverdunner/>

verschenen op 30/08/2018, Cebam  
geschreven door Hans Van Brabant

## Implementatieteam ebpracticenet

Sinds de oprichting in 2011 neemt ebpracticenet de disseminatie van evidence-based richtlijnen en informatie ter harte via het digitale platform ebnet.be. Ondanks het uitgebreide aanbod van kwaliteitsvolle evidence-based informatie blijkt gedragsverandering van zorgverleners in de dagelijkse praktijk niet vanzelfsprekend. Een van de prioritaire acties binnen het EBP-plan is het uitbouwen van een implementatie-expertisecel.

Ebpracticenet kreeg van de federale overheid de opdracht om de implementatie van evidence-based aanbevelingen in de eerste lijnsgezondheidszorg te bevorderen. Intussen werd een team samengesteld voor het verwezenlijken van deze opdracht. Het implementatieteam bestaat uit een coördinator, een opleidingsexpert, een communicatieverantwoordelijke en een administratief medewerker.

Momenteel organiseren we een reeks van 5 workshops met als doelstelling om vanuit de dagelijkse praktijk strategische routes uit te stippelen en een implementatieroadmap uit te werken. In



deze workshops zijn 10 zorgberoepen vertegenwoordigd, zowel uit Vlaanderen als Wallonië: huisartsen, verpleegkundigen, vroedvrouwen, kinesitherapeuten, ergotherapeuten, logopedisten, diëtenisten, tandartsen, apothekers en podologen.

Samen met het huidige ebpracticenet-team zetten we alles op alles om van evidence-based handelen een evidentie te maken.



Julie Cristens  
Coördinator implementatieteam



Gwendy Deroy  
Administratief bediende



Pamela Dockier  
Communicatieverantwoordelijke



Sanne Peters  
Opleidingsexpert

## Leuk nieuws

Een historisch document: foto van 25 juni 2018 van het laatste cohort Huisartsen in spe uit het oude 7-jarige curriculum.





## U bent toch ook stagiair geweest!

Een essentieel onderdeel van de opleiding tot arts is de stage. De praktijkervaring is onmisbaar om wat men op de universiteitsbanken heeft geleerd, zich eigen te maken. Om niet alleen te weten, maar ook te weten hoe en het finaal zelf uit te voeren.

De opleiding tot arts aan de KU Leuven is grondig aangepast door de reductie van 7 naar 6 jaar undergraduate opleiding. De faculteit heeft ons de gelegenheid gegeven in meerdere fasen van de opleiding studenten in contact te brengen met de huisartsgeneeskunde en de eerste lijn: stage in 2<sup>o</sup> bach, stage in 3<sup>o</sup> bach, Keuzestage huisarts in 2-3 master en verdiepingstage Huisarts.

Daarvoor hebben we u allemaal nodig, huisartsen van Veurne tot Maasmechelen, van Hoogstraten tot Ronse. Wij niet alleen: alle universiteiten zoeken stageplaatsen.

Daarom hebben we de handen in elkaar geslagen en één website gemaakt waar alle info te vinden is:

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

Surf erheen en zoek welke stage in uw praktijk geschikt zou zijn. Alle vragen die u hebt, worden beantwoord: welke stages zijn er? Hoe lang duren die? Kom ik en mijn praktijk in aanmerking? Moet ik een opleiding volgen? Wat zijn de verschillende stages? Is dit aan alle universiteiten hetzelfde?

Praat erover in de plaatselijke huisartsenkring, maak u collega's wakker en warm voor stages en bouw aan uw eigen toekomst door jonge studenten de laten proeven van het prachtige vak dat huisartsgeneeskunde is.

## Regionale coaches ter ondersteuning van de praktijkopleiders

Vanaf dit academiejaar duurt de master-na-masteropleiding tot huisarts drie jaar. Dat brengt mee dat er in plaats van ruwweg 600 studenten (waarvan de helft van de KU Leuven) nu bijna 900 studenten in die opleiding zitten en over een paar jaar misschien zelfs 1000. Voor al deze haio's zijn ook opleidingspraktijken nodig, waar haio's (ook nieuw vanaf dit academiejaar) 12 of maximum 18 maanden onder supervisie werken.

Om deze enorme groep collega's een goeie omkadering te bieden, hebben we met de vier universiteiten tesamen, in het kader van ons samenwerkingsverband ISHO (opdrachtgever van de vzw "icho"), veertien huisartsen aangeworven die voor de praktijkopleiders van een welomschreven regio een nieuw aanspreekpunt zijn en daartoe het epitheton ornans "regionale coach" toegedicht hebben gekregen. Om een zekere logica na te streven in het immer complexer wordende zorglandschap, werden die zones afgestemd op de eerstelijnszones.

Het takenpakket van deze regionale coaches is niet min. Het bestaat uit:

- Het monitoren van de capaciteitsplanning en de rekrutering van opleiders (ook ziekenhuis-praktijkopleiders) in de regio.
- Opleiding verzorgen voor PO's, intervisie begeleiden.
- Zorgen voor de informatiedoorstroming tussen alle betrokkenen: haio's, PO's, stagecoördinatoren, de universiteiten, het icho-secretariaat, de ziekenhuizen, enz

- Ondersteuning bieden bij moeilijke opleidingsituaties.
- Ideeën en goed practices aanleveren om de kwaliteit van het "werkplekieren" in de praktijk te optimaliseren.

Omdat de regionale coaches een bijzonder interessante brugfunctie vervullen tussen de vier universiteiten en een enorme groep huisartsen in heel Vlaanderen (bijna 2000 opleiders en artsen-in-opleiding), worden ze ook verbonden aan één van onze vier universiteiten. Zo kunnen ze de continuïteit in de hele opleiding optimaliseren, zorgen voor de doorstroming van ideeën die in het curriculum aan de universiteit aan bod komen en ervoor zorgen dat wat er leeft in de opleidingspraktijken ook op de universiteiten terecht komt.

Daarmee hebben onze stagecoördinatoren (nu al 70 ipv vorig jaar 50) die de seminaries voor haio's geven, ook een *compagnon de route* waar ze beroep kunnen op doen, bijvoorbeeld in geval van moeilijke opleidingsituaties.

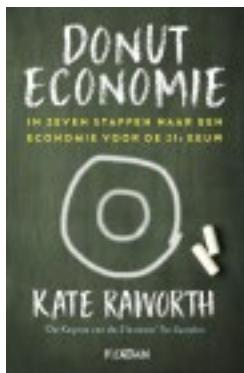
Het aansturen van de regionale coaches zelf, gebeurt door een nieuw opgerichte "stuurgroep werkplekieren" met één stafid per universiteit, aangevuld met stafleden van de vzw "icho".

Met deze regionale coaches wordt alweer een nieuw hoofdstuk aangesneden in de opleiding tot huisarts. Hopelijk kunnen zeker de vele nieuwe maar ook de ervaren PO's steun en inspiratie vinden bij de coaches om de opleiding die ze geven nog boeiender te maken.

Jo Goedhuys

# Boekennieuws

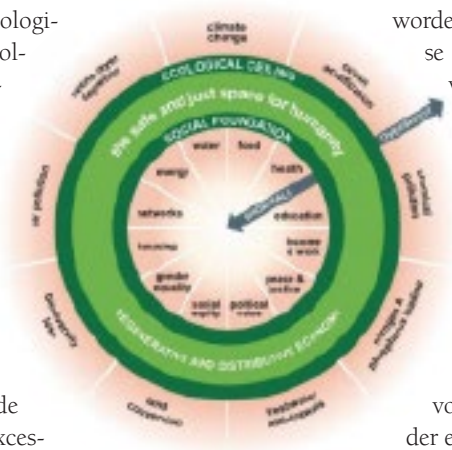
## Naar een nieuwe economie?!



De vakantie is er om andere dingen te doen dan wat de dagelijkse routine ons oplegt. Zo bijvoorbeeld lezen en dan nog liefst over onderwerpen waar men anders niet toe komt. Zo las ik een boek over economie: “De Donut Economie. In zeven stappen naar een economie voor de 21<sup>e</sup> eeuw” (Raworth, 2017), geschreven door de Engelse econome Kate Raworth. Momenteel doceert ze aan het Environmental Change Institute van Oxford University en het Cambridge Institute for Sustainability Leadership.

De auteur vertrekt vanuit de vaststelling dat de economische wetenschap in duigen ligt: de financiële crisis werd niet voorspeld en volgens haar zijn de economische theorieën achterhaald en hebben die ons op een dwaalspoor gezet. Dwaalspoor dat een grote sociale kloof heeft geïnduceerd en een economie die nefast is voor het milieu en de leefbaarheid van onze planeet aarde. Ze ontwikkelde haar inzichten vrij vroeg in haar studie economie. Later werkte ze voor Oxfam waar ze geconfronteerd werd met belangrijke problemen als armoede en honger. Vanuit die ervaringen, haar studies en het werk bij Oxfam, ontwikkelde ze samen met anderen in seminars en denkgroepen aan een nieuw denkkader voor de economie van de 21<sup>e</sup> eeuw. Een denkkader dat wordt samengevat met het beeld van een donut (zie afbeelding).

Ze stelt dat onze menselijke activiteit een ecologische ramp induceert (klimaatopwarming, polutie van de oceanen, uitputting van de reserves enzovoort). Met andere woorden, het ecologisch plafond is bereikt. Dat geeft ze weer in de buitencirkel, buiten de donut. Anderzijds zijn er grote groepen mensen die niet voldoende basisvoorzieningen hebben zoals drinkbaar water, opleiding, gezondheidszorg, een dak boven het hoofd. Dat wordt weergegeven in de binnenste ‘holte’ van de donut. In haar boek werkt ze zeven stappen uit om te maken dat de tekorten in de holte verdwijnen als ook de excessen op ecologisch vlak buiten de donut. Ze doet dit op een bijzonder goed gedocumenteerde manier met doorwrochte cijfers en studies in zeven stappen. De basisstelling van de huidige economie, namelijk groei, met als fetisj de toename van het bruto binnenlands product (BBP), moet vervangen worden door het donut model. Twee: men moet niet naar een op zichzelf staande markt kijken, maar naar het groter geheel: het systeem. Ze verwerpt ten derde de homo economicus als uitgangspunt om een pleidooi te houden (met zeer knappe studies onderbouwd) voor de sociale, zich aanpassende mens, die minder ‘economisch egoïstisch is dan steeds wordt voorgesteld. Ten vierde gaat ze voor ‘dynamische complexiteit van de systemen’ waarin we functioneren. Ten vijfde pleit ze voor een economisch model van herverde-



ling op een actieve manier, eerder dan te stellen dat als er voldoende groei is, de markt alles wel zal regelen. Ten zesde is er een pleidooi voor duurzame concepten in productie en gebruik. Op haar website haalt ze het voorbeeld aan van het Belgische Umicore, gevestigd in Hoboken, dat gespecialiseerd is (en wereldleider) in het recycleren van allerlei (edele) metalen uit ‘afval’ (<https://www.kateraworth.com>). Ten slotte, en dan is de cirkel rond, pleit ze ervoor om groei-agnost te zijn. Het groei-verhaal werkt niet. Het dogma van het steeds toenemend BBP als motor voor onze welvaart is, zo blijkt, op niets gebaseerd en heeft er niet voor gezorgd dat iedereen voldoende heeft om decent te leven.

Het zou boeiend zijn dit nieuwe kader door te denken voor de gezondheidszorg. Kunnen we op die manier iets doen aan de sociale kloof en de daaraan gekoppelde negatieve effecten op de gezondheid van mensen? Kan dit model iets bijdragen aan de grote uitdagingen zoals de zorg voor een groter wordende groep ouderen die zorg nodig heeft? Want in zo'n kader kunnen ook andere financieringsmodellen ontstaan.

Een andere bedenking: in welke mate heeft het huidige economisch denken, dat de homo economicus als uitgangspunt neemt, een invloed op het ethisch denken en handelen in de samenleving in het algemeen en de gezondheidszorg in het bijzonder?

Wat me ook gefascineerd heeft bij het lezen van dit boek, is dat kaders die we in ons vak huisartsgeneeskunde en in het onderzoek dat we doen aan bod komen, zoals het systeemdenken en de theorie van de complex adaptive systems, ook hier gehanteerd worden. De auteur kijkt overigens met grote interesse naar ons vak. Zo geeft ze toelichting over de waarde van klinisch-diagnostische processen om de kracht van het menselijk denken te illustreren.

Reflecterend naar de politieke consequenties van dit discours denk ik dat wie groen, christen-democratisch of sociaal-democratisch denkt, veel stof heeft om boeiende stukken te schrijven in de komende partijprogramma's. Wie vanuit een liberaal discours denkt, krijgt toch serieuze doordenkers voorgeschoteld en ziet misschien de bodem onder een aantal uitgangspunten onderuit gehaald.

*In een wereld waar veel pessimisme heerst, waar mensen zich openlijk en bezorgd afvragen hoe de toekomst voor hun kinderen en kleinkinderen zal zijn, is dit een hoopgevend boek. Als in onze wereld jonge mensen, door out of the box te denken, perspectief bieden naar constructieve oplossingen, dan is er hoop. Dan kan de grootvader in mij genieten van een wandeling met de kleinzoon op het strand, met zicht op een eindeloze horizon...*

Raworth, K. (2017). *Donut Economie. In zeven stappen naar een economie voor de 21<sup>e</sup> eeuw* (R. Hartmans, Trans.). Amsterdam: Nieuw Amsterdam.

# Nieuwe ACHG publicaties

## Nieuwe ACHG publicaties

1. **Delvaux N, Goossens M, Van Royen P, Van de Velde S, Vander Stichele R, Cloetens H, Vanschoenbeek J, Aertgeerts B.** Involving general practice trainees in clinical practice guideline adaptation. *BMC Medical Education* 2018; 18: 148. <https://doi.org/10.1186/s12909-018-1252-9>.
2. Vandael A, Steyaert J, **De Lepeleire J.** Monitoring van patiënten met dementie door Vlaamse huisartsen: nood aan concrete richtlijnen. *Tijdschr voor Geneeskunde* 2018; 74(13): 935-945.
3. Potier F, **Degryse JM**, Aubouy G, Henrard S, Bihin B, Debaq-Chainiaux F, Martens H, de Sint-Hubert M. Spousal caregiving is associated with an increased risk of frailty: a case-control study. *J Frailty & Aging* 2018; 7 (3):170-175.
4. Wopereis DM, **Degryse J**, et al. The relation between thyroid function and anemia: a pooled analysis of individual participant data. *J Clin Endocrinology & Metabolism* 2018; DOI: 10.1210/jc.2018-00481.
5. Anrys PMS, Strauven GC, Foulon, Degryse JM, Henrard S, Spinewine A. Potentially inappropriate prescribing in Belgian nursing homes: prevalence and associated factors. *JAMDA* 2018; doi: <https://doi.org/10.1016/j.jamda2018.06.010>
6. **Vermandere M**, Kuijpers T, Burgers JS, Kunnamo I, van Lieshout J, Wallace E, Vlayen J, Schoenfeld E, Siemieniuk RA, Trevena L, Zhu X, Verermen F, Neuschwander B, Dahm PH, Tikkinen KAO, Aubrey-Bassler K, Vernooij RWM, **Aertgeerts B; Bekkering GE.**  $\alpha$ -Blockers for uncomplicated ureteric stones: a clinical practice guideline. *BJUI* 2018: 1-8
7. **Jansen L**, Eecloo L, Vanwing A, **Schoenmakers B.** You never walk alone: an exploratory study of the needs and burden of an informal care group. *Health Soc Care Community* 2018: 1-8. Doi: 10.1111/hsc.12655
8. **Jansen L, Dauphin S, van den Akker M, De Burghgraeve T, Schoenmakers B, Buntinx F.** Prevalence and predictors of psychosocial problems in informal caregivers of older cancer survivors – a systematic review: still major gaps in current research. *Eur J Cancer Care* 2018: 1-13. DOI: 10.1111/ecc.12899
9. Lambotte D, **Van der Elst M, De Lepeleire J, Schoenmakers B**, et al. Randomized controlled trial to evaluate a prevention program for frail community-dwelling older adults: a D-Scope protocol. *BMC Geriatrics* 2018; 18:1941-13. <http://doi.org/10.1186/s12877-018-0875-3>.
10. Wuyts J, Maesschalck J, De Wulf I, Foubert K, Boussery K, **De Lepeleire J**, Foulon V. Studying the impact of a medication use evaluation for polymedicated older patients by the community pharmacist (SIMENON): study protocol. *BMC Health Services Research* 2018; 18:623. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3440-z>.

## Agenda

**29 en 30 november 2018**

Leuvense Dagen – lustrumeditie – meer info volgt op onze website en op facebook

**15 december 2018**

Academische Zitting 50 jaar ACHG - meer info volgt op onze website en op facebook

**Meer info op [www.achg.be/kalender](http://www.achg.be/kalender) en op **

# Colofon

Dit contactblad is een uitgave van  
het Academisch Centrum voor Huisartsgeneeskunde

Algemene leiding: prof. dr. B. Aertgeerts

Stafmedewerkers:

Prof. dr. Johan Buffels - Prof. dr. Jan Degryse - Prof. dr. Jan De Lepeleire - Prof. Jo Goedhuys - Prof. dr. Geert Goderis - Prof. dr. Cathy Matheï - Prof. dr. Birgitte Schoenmakers - Prof. dr. Bert Vaes - Prof. dr. Patrik Vankrunkelsven - Prof. dr. Marc Van Nuland - Prof. dr. Jan Verbakel - Prof. dr. Mieke Vermandere

Redactieraad:

Lay-out:

Druk:

B. Aertgeerts, D. Manhaeve, M. Devis

Van der Poorten

Van der Poorten

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

CB is ook online beschikbaar:

[www.achg.be/contactbladen](http://www.achg.be/contactbladen)

## STAGELEIDERS VAN HET ACHG GENIETEN 10% TOT 15% KORTING OP DE ONDERSTAANDE TITELS



NIEUW

GERT LAEKEMAN & LUC LEYSSENS

### Geneesmiddelen

*Wat de bijsluiter niet vertelt*

Geneesmiddelen moeten ons beter maken, maar roepen ook heel wat vragen op. Het blijft een hele klus om je een weg te banen door de meer dan 7.000 beschikbare, gecommercialiseerde geneesmiddelen. Dit boek wil je coach zijn bij de omgang met medicijnen.

Deze uitgave noemt geneesmiddelen bij hun merknaam en groepeerd ze volgens hun werking. De auteurs gaan dieper in op het gebruik van medicatie en de mogelijke nevenwerkingen. Ze leggen de geneesmiddelen ook op de apothekersbalans om de voor- en nadelen af te wegen. De alfabetische index met namen van geneesmiddelen, aandoeningen en trefwoorden vergemakkelijkt het opzoeken. Deze volledig geactualiseerde editie bevat nieuwe informatie over medicatie bij pijn en voor de luchtwegen, het spijsverterings-, zenuw- en hormonale stelsel, en hart en bloedvaten. Er zijn nieuwe hoofdstukken toegevoegd over geneesmiddelen bij palliatieve zorg, chemotherapie en infecties.

ISBN 978 94 6344 713 3 – Acco – 2018 – 128 blz. – € 19,95 -15% → € 17



WILLY DE WEERDT

### Neurologische aandoeningen

Als een patiënt een neurologisch deficit heeft, wat is dan het functionele effect daarvan? En wat betekent dat voor die patiënt?

Dit vlot geschreven boek heeft een unieke invalshoek: zonder te focussen op complexe diagnoses, belicht de auteur het klinisch onderzoek en de symptomen van neurologische aandoeningen, om zo inzicht te bieden in de effecten op het dagelijks functioneren van patiënten met een neurologisch deficit. Zo kan iedereen die een bijdrage levert aan de behandeling, revalidatie en begeleiding van deze patiënten, op gepaste wijze reageren. Het boek richt zich daarom niet alleen tot neurologen en neurochirurgen, maar ook tot andere artsen, ergotherapeuten, logopedisten, kinesitherapeuten, (thuis)verpleegkundigen, sociaal en pastoraal werkers.

Deze nieuwe editie is rijkelijk geïllustreerd met anatomische tekeningen en biedt veel bijkomend digitaal materiaal. Talrijke video's en interactieve oefeningen betrekken de lezer actief bij deze fascinerende materie.

ISBN 978 94 6344 264 0 – Acco – 2017 – 184 blz. – € 44,00 -15% → € 37,4

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

**acco** – BESTELLEN VIA ACHG

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