

Contactblad ACHG

KU LEUVEN

ACADEMISCH CENTRUM
HUISARTSGENEESKUNDE

Juli - augustus - september 2016

DRIEMAANDELIJKS TIJDSCHRIFT • JAARGANG 25 • NR. 4 • Afgiftekantoor: Leuven MassPost P911471

IN DIT NUMMER:

- Editoriaal1
- Onderzoek2
- Onderwijs6
- Wie is wie8
- Leuk nieuws10
- Boekennieuws11
- Agenda11

Je kan de zomer ruiken, al is dat een gevolg van de vele regens die de laatste dagen over ons land trokken. Doorheen al dat natuurgeweld hebben we met onze staf de eindspurt ingezet. Ook onze studenten laten zien hoe sterk ze hun eindwerk kunnen presenteren en eigenlijk is het jammer dat er niet meer huisartsen hiervan getuige kunnen zijn. We leren dat huisartsen een meerwaarde zijn en heel veel elementen kunnen veranderen in de praktijk om de kwaliteit van zorg beter te maken.

Alle studenten aan elke Vlaamse universiteit hebben ook voor de eerste keer een bekwaamheidstest afgelegd. Deze test gaat ons in de toekomst helpen om beter te kunnen differentiëren of iemand in staat is een goede huisarts te worden. Het is belangrijk dat we jonge mensen die niet geschikt zijn om huisartsgeneeskunde te beoefenen kunnen aanraden om een andere discipline op te zoeken. Dit is ook nodig als we onze opleiding kwalitatief willen verbeteren. Onze patiënten hebben daar recht op. Maar het is in het verleden al meermaals gebleken dat dit een zeer moeilijke oefening is zowel voor de opleiders als voor de studenten die uit de boot dreigen te vallen.

Daarnaast zijn we ook de grote krijtlijnen voor het nieuwe curriculum aan het invullen. Een oefening die we doen met alle universiteiten, samen met studenten en praktijkopleiders. De inhoud wordt opgehangen aan de Canmeds en het opleidingsplan dat de Nederlandse huisartsen net hebben opgesteld. Dit landelijk opleidingsplan bevat tien thema's die belangrijk zijn voor de toekomstige huisarts en die in elk geval aan bod moeten komen. Elk thema beslaat een samenhangend geheel van klachten en/of aandoeningen met een eigen set van beroepsactiviteiten. Deze set wordt aangeduid als Kenmerkende Beroeps Activiteiten of KBA. Leer deze afkorting alvast uit het hoofd. Enkele thema's zijn spoedeisende zorg, chronische zorg, zorg voor het kind, palliatieve en terminale zorg en korte episode zorg. Voor de KBA's van korte episodezorg wordt dit dan vertaald als: "de HAIO schat de ernst van de situatie in, verheldert de hulpvraag, voert de juiste diagnostiek uit, stelt een behandeling in". Elk thema wordt op deze manier dan ook zeer helder omschreven en de KBA's zullen de toekomstige leerdoelen worden van onze opleiding. Meer lezen kan op de website www.huisartsopleiding.nl. Uiteraard zullen we in Vlaanderen onze eigen opleiding vorm geven en accenten leggen. Maar dit zal een belangrijke kapstok zijn.

Namens het ACHG wens ik iedereen een deugddoende vakantie.

Bert Aertgeerts



Editoriaal



Het Elektronisch medisch dossier (EMD) als kwaliteitsbevorderend instrument



Steve Van Den Bulcke

De kwaliteit van de geleverde zorg is een belangrijk thema in de maatschappij. Meer en meer verwachten overheden en burgers dat zorgverleners handelen volgens de laatste richtlijnen en hier ook verantwoording voor afleggen. Zo is er in de VS het 'pay for performance' systeem waarbij zorgverleners een vergoeding krijgen wanneer ze bepaalde kwaliteitsdoelstellingen halen. Ook dichterbij huis, in het UK, is er het 'Quality and Outcome Framework' waarbij er gekeken

wordt naar een aantal performantie indicatoren om op basis hiervan al dan niet een vergoeding aan de artsen te geven.

Het EMD heeft reeds aangetoond dat het de kwaliteit van zorg kan verbeteren. Zo weten we dat het gebruik van een EMD leidt tot een verhoogde adherentie aan de richtlijnen, verminderde medicatie fouten en een verbeterde opvolging van patiënten. Dit laatste doet men door gebruik te maken van een klinische audit.

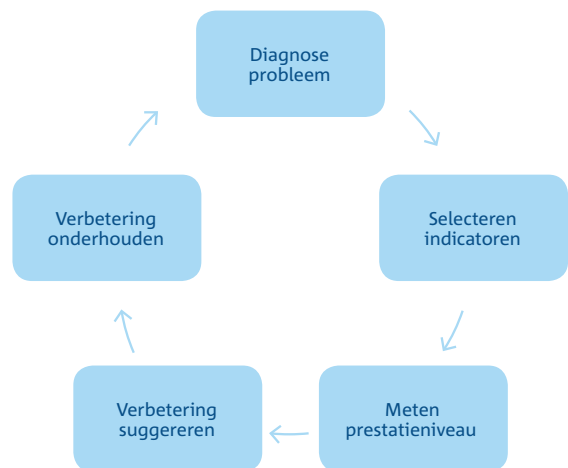
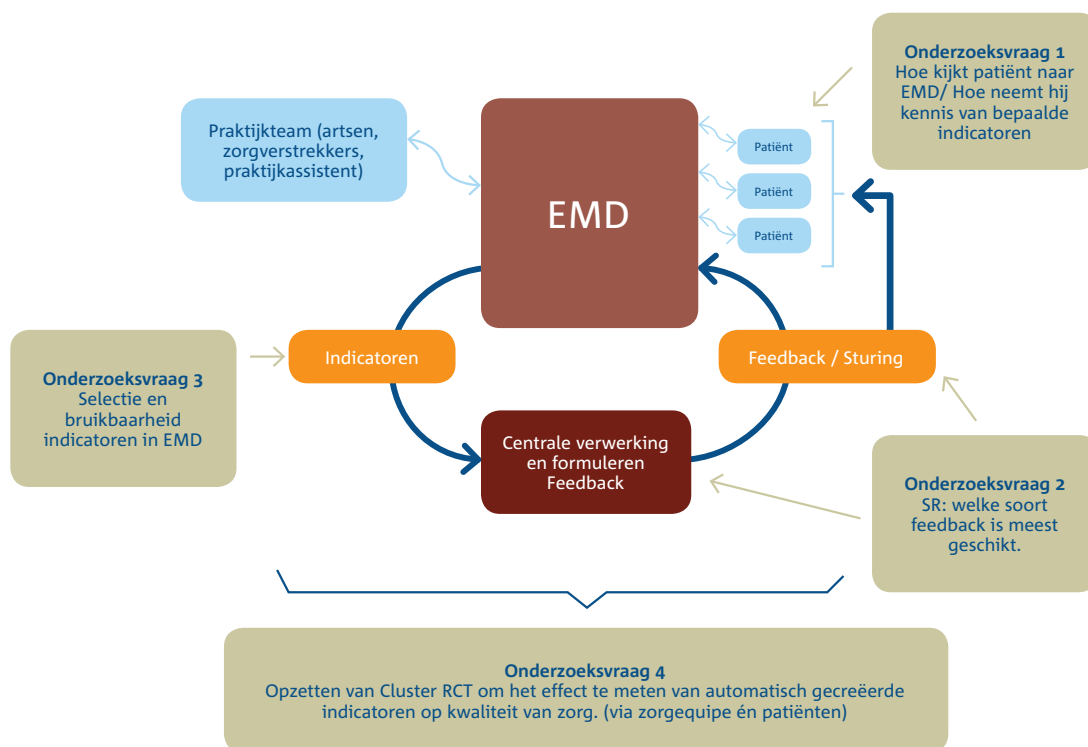


Fig. 1: Audit cirkel





Figuur 2

Een klinische audit wordt gedefinieerd als een kwaliteitsverbeterend proces dat als bedoeling heeft de zorg voor de patiënt te verbeteren door middel van een systematische evaluatie van de zorg. Hierbij worden aspecten van de structuur, de processen en de resultaten van de zorg geselecteerd en worden deze systematisch geëvalueerd in verhouding tot expliciete criteria. Waar nodig worden veranderingen geïmplementeerd en wordt verdere monitoring gebruikt om verbetering van de gezondheidszorg te bevestigen. De audit kan data bevatten over zorgprocessen, klinische eindpunten/uitkomsten en klinische aanbevelingen voor het handelen in de dagelijkse praktijk. Aangezien audit en feedback een cyclisch proces is, spreken we in deze context ook wel eens van de auditcirkel (figuur 1). Een noodzakelijke voorwaarde om dit alles te kunnen doen echter, is het gecodeerd registreren van diagnoses en andere parameters in het EMD.

Aangezien auditing bewezen heeft te werken, hebben we nu een onderzoek opgestart om het gebruik van de audit te doen toenemen door het te automatiseren en centrale feedback te geven. Voor dit project (figuur 2), dat verder bouwt op het pionierswerk van dr. Harrie Dewitte en dat wordt getrokken door Prof. Patrik Vankrunkelsven, gaan we de kwaliteit van zorg voor twee chronische aandoeningen met een hoge prevalentie, zijnde diabetes mellitus type 2 (DM type 2) en chronische nierinsufficiëntie (CNI), meten en trachten te verbeteren. Hiervoor willen we gebruik maken van een centrale audit op data uit het EMD die worden opgeslagen 'in the cloud'. Ook zal een gecentraliseerd feedbackprotocol worden opgesteld om aanbevelingen aan de zorgverstrekkers te bezorgen. Om te weten welke eigenschappen van feedback kwaliteitsbevorderend werken, zal vooraf een systematische review gebeuren. De

feedbackprotocollen zullen worden opgesteld met in acht name van de resultaten van deze review.

Het gebruik van data opgeslagen 'in the cloud', maakt het mogelijk om op één centrale plaats een kwaliteitsmeting uit te voeren door middel van een audit op de data per praktijk en/of arts en op basis van de resultaten feedback te bezorgen aan de zorgverstrekkers zonder dat hiervoor in elke praktijk individueel een audit dient te gebeuren. De kwaliteit van zorg voor DM type 2 en CNI zullen we meten aan de hand van kwaliteitsindicatoren die ontwikkeld zullen worden rekening houdend met de mogelijkheid tot automatische extractie uit het EMD (we willen extra registratie ten allen prijze vermijden!).

Ook willen we in dit proces de patiënten betrekken zodat zij, wanneer ze in de toekomst toegang krijgen tot hun EMD door middel van een patiëntenportaal, zelf ook hun parameters kunnen opvolgen en hierbij feedback kunnen krijgen. Patiënten krijgen hierdoor een prominente rol in de zorg voor hun aandoening en zo wordt patiënt empowerment bevorderd.

Om te leren welke vragen patiënten hebben over hun gezondheid en te weten te komen welke gegevens uit het EMD ze belangrijk vinden, werd een vragenlijststudie opgezet in samenwerking met de faculteit sociale wetenschappen (Mintlab).

De vragenlijst peilt naar de attitudes van patiënten ten opzichte van een patiëntenportaal, het potentieel gebruik ervan, voorkeuren omtrent dit portaal, het internetgebruik, ervaringen met de gezondheidszorg, demografische en gezondheidskarakteristieken.

Samenvattend kan dus gezegd worden dat we het EMD proberen te versterken in zijn functionaliteit als kwaliteitsbevorderend instrument en de patiënt hierbij, als centrale figuur in de gezondheidszorg, een belangrijke rol trachten te geven.

Steve Van den Bulck

Gezondheid en Wetenschap

www.gezondheidswetenschap.be

Veroorzaakt mobiel bellen de kans op een hersentumor niet?



In het nieuws

Al jaren wordt gediscussieerd of de straling van mobiele telefoons hersentumoren veroorzaakt. Uit een nieuw, grootschalig Australisch onderzoek blijkt dat dit niet het geval is.

Waar komt dit nieuws vandaan?

Onderzoekers van de Universiteit van Sydney in Australië wilden klaarheid scheppen in de controverse over gsm-gebruik en hersentumoren (1). Er zijn immers studies die een licht verhoogd risico suggereren bij mensen die zeer veel mobiel bellen. Er is ook een beweging die overtuigd is dat veelvuldige blootstelling aan elektromagnetische straling via gsm's gevaarlijk is voor het ontwikkelen van hersentumoren. De Australische onderzoekers plozen dit uit in een ecologische studie: ze vergeleken hoeveel mensen in Australië met een hersentumor gediagnosticeerd werden sinds de introductie van de gsm in 1987. Als je veronderstelt, zoals sommige eerdere studies suggereren, dat je risico op een hersentumor verhoogt met een factor 1,5 na 10 jaar mobiel bellen, dan moeten er meer hersentumoren voorkomen in de bevolking over een periode van 30 jaar. In Australië nam het aantal mensen dat mobiel belt in de voorbije 30 jaar toe van 0% tot 94%. Tussen 1982 en 2012 kregen 19.858 mannen en 14.222 vrouwen in Australië een hersentumor. In vergelijking met de decennia voor de introductie van de gsm is er geen noemenswaardige toename in het voorkomen van hersentumoren: bij vrouwen is er helemaal geen toename en bij mannen een lichte toename in de groep 70-plussers, die waarschijnlijk niet te wijten is aan mobiel bellen, maar aan een betere opsporing.

De onderzoekers besluiten dat 30 jaar mobiel bellen in Australië niet geleid heeft tot meer hersentumoren, wat het zeer onwaarschijnlijk maakt dat er een verband zou zijn tussen gsm-gebruik en hersentumoren.

Bron

(1) Chapman S, Azizi L, Luo Q, Sitas F. Has the incidence of brain cancer risen in Australia since the introduction of mobile phones 29 years ago? *Cancer Epidemiology*. Published online May 5 2016

Hoe moeten we dit nieuws interpreteren?

De studie heeft verschillende sterke punten: het gaat om alle gevallen van hersentumoren in Australië (verplichte registratie) en over een zeer grote groep mensen (94% van de Australiërs belt mobiel). Er is geen toename van hersentumoren in de bevolking in vergelijking met de periode voor 1987. In Australië vond het eerste gsm-gesprek plaats in 1987, door de toenmalige minister van communicatie.

Toch kan je met dit soort studies geen uitspraken doen over individuele risico's op een hersentumor, maar de cijfers zijn wel geruststellend. Stel dat er toch een ietwat hoger risico zou zijn bij mensen die zeer veel mobiel bellen, dan moet dit risico wel erg klein zijn.

Conclusie

Een grote Australische studie, over een periode van 30 jaar, vindt geen verband tussen mobiel bellen en hersentumoren. Terwijl tegenwoordig zowat iedereen een gsm gebruikt, is er geen toename in het aantal hersentumoren vastgesteld.

Referenties

<http://www.nhs.uk/news/2016/05May/Pages/Study-finds-no-link-between-mobile-phones-and-brain-cancer.aspx>



Palliatieve zorg en dementie



Palliatieve zorg is ontstaan in de jaren 60 van vorige eeuw en richtte zich van bij de aanvang vooral op de zorg voor oncologische patiënten. Pas rond de eeuwwisseling kwam er aandacht voor de palliatieve behoeften voor geriatrische patiënten en in het bijzonder voor personen met dementie.

Op 8 maart vond rond dit onderwerp een symposium plaats waarop leidinggevenden van de vijftien Vlaamse palliatieve netwerken samen met vertegenwoordigers van de provinciale expertisecentra voor dementie voor het eerst de handen in elkaar sloegen om dit thema gezamenlijk aan te pakken. Jo Lisaerde gaf er een 'state of the art' lezing over palliatieve zorg en dementie. Prof. dr. Ruth Piers (geriater in UZ Gent) kwam daarna de op til zijnde richtlijn 'vroegtijdige zorgplanning voor personen met dementie' toelichten, waaraan overigens Jan De Lepeleire en Wouter Van Mechelen mee gestalte gaven. Een en ander gaf stof tot een zeer boeiende gedachtenwisseling tussen de aanwezige professionals.

Jo Lisaerde

Kan perinatale zorg nog op de eerste lijn?

Minister de Block maakt plannen om de ligduur in de materniteit op termijn te beperken, naar analogie met de ons omgevende landen. De haalbaarheid van een dergelijk opzet hangt uiteraard af van het economisch plaatje dat moet kloppen, nl. een verschuiving van middelen naar de eerste lijn zonder uiteindelijk totale meerkost, en met minstens het behoud van dezelfde kwaliteit van zorg als voorheen. Om dit op het werkveld uit te testen deed de minister een oproep om pilootprojecten in te dienen. Van de 35 ingediende initiatieven werden er drie weerhouden in Vlaanderen. Naast projecten van UGent en AZ Nicolaas (Waasland) werd een gezamenlijk Leuvens project van expertisecentrum voor kraamzorg 'De Bakermat' met het regionaal ziekenhuis H. Hart en UZ Leuven cum laude weerhouden. De jury loofde vooral de sterke inbreng van de eerste lijn en de aandacht voor de kansarme zwangeren. In de wetenschappelijke stuurgroep zal het ACHG vertegenwoordigd worden door Birgitte Schoenmakers en Jo Lisaerde. Zij

begeleiden nu reeds een aantal master- en manamathesissen rond de inhoud van het project. Opstellen en aansturen van de methodologie en het wetenschappelijk luik van het project, ontwikkelen van een protocol voor 'shared decision making' en uitschrijven en ondersteunen van een aanbeveling voor implementatie behoren eveneens tot de opdracht.

Rond de hele problematiek hield de Bakermat recent een zeer succesvol symposium met de sprekende titel: "kraambed in opschudding". Sprekers uit alle beroepsgroepen, waaronder Jo Lisaerde en Sabine Van Baelen brachten voorstellen bijeen om de veranderende zorgbenadering te organiseren met de nadruk op transdisciplinaire zorg en een naadloze overgang tussen de verschillende linies.

Perinatale zorg leeft dus weer op in de eerste lijn: voor het ACHG betekent dit een stimulans om de studenten hiervoor klaar te stomen.

Jo Lisaerde



Media & Learning

In april ben ik eerder toevallig terechtgekomen op een congres van Media & Learning, georganiseerd in opdracht van de Vlaamse Ministerie van onderwijs en de Europese Commissie voor Onderwijs. Verbaasd (ik dacht dat ik op een 'pedagogische studiedag' zou spreken) telde ik meer dan 400 deelnemers uit alle onderwijsgeledingen (van leraar tot minister) uit 25 verschillende landen. In het kader van het thema 'Enriching learning through media education and media literacy' werd me gevraagd om een workshop te geven over videoconsultatie in onze opleiding.

Tijdens dit congres werd het gebruik van multimedia in onderwijs aan een kritisch reflectie onderworpen en werden 'best practices' en 'best evidences' getoond: betekent het gebruik van multimedia een verbetering van de onderwijskwaliteit en wat zijn de vaardigheden die studenten en docenten nodig hebben om het beste uit de multimediawereld en –technieken te halen? Interessante maar ook prangende vragen in een tijd waarin we overspoeld worden met beeldmateriaal, nieuws, digitalisatie van toetsen en lessen, interactief leren en trainen, etc. We gebruiken deze technieken soms wat ondoordacht (omdat ze er zijn) maar vaak ook zonder de juiste vaardigheden te bezitten om er doelmatig mee om te gaan.

In de openingstoespraak werd daarom de 'multimedia-literacy' als prioriteit op de onderwijsagenda gepromoot: studenten, docenten, medewerkers en directies moeten de kans krijgen geschoold te worden in de beoordeling en het gebruik van de digitale toepassingen. Studenten krijgen te weinig training en opleiding in het kritisch lezen, opzoeken en beoordelen van bronnenmateriaal en in het verwerken en toepassen hiervan. Ook docenten hebben vaak beperkte vaardigheden in het gebruik van digitale media: het opmaken en aanbieden van les- en evaluatiemateriaal gebeurt naar analogie met het papieren verleden en vormen vaak slechts een duplicatie van bestaand lesmateriaal. Directies moeten docenten en studenten de kans geven deze ontwikkelingen te begrijpen, te trainen, te implementeren en te valideren volgens het principe: showcase, demonstrate and validate'. Dit betekent een louter ontsluiten en beschikbaar stellen van digitale media, in het beste geval met een tutorial en een workshop, weinig bijdraagt aan goed gebruik ervan.

Met de bijna oneindige waaier aan mogelijkheden om digitale media te implementeren in onderwijs wordt vaak voorbijgegaan aan de winst die deze toepassingen opleveren. Vanuit cognitief-didactisch oogpunt moet een complexe vertaalslag worden gemaakt van de geschreven bronnen (boeken, cursussen) naar een elektro-

nische versie van het lesmateriaal. Leren om kennis te verwerven moet omgezet worden in leren om verder te leren en creatief, kritisch en interactief uitgedaagd te worden om verder te bouwen op bestaande kennis en het nieuw-geleerde. Digitale media moeten studenten uitdagen en geen



Birgitte Schoenmakers (rechts onderaan)



extra bron van informatie of leerstof worden. Bovendien beïnvloedt het medium slechts het leren maar kan niet alleen bestaan zonder enige sturing door instructeurs/docenten en door een ander medium. Louter zelfontdekkend leren bestaat ook niet, aldus onderwijsexpert Pedro De Bruyckere in zijn 'Urban Myths on Learning'. Deze expert-onderzoeker maakt ook komaf met het concept 'leerstijlen': studenten bedienen zich niet van één leerstijl maar mixen en matchen afhankelijk van het materiaal voorhanden, het onderwerp, de leerdoelstellingen en de te verwerven vaardigheden. Dit is een interessant gegeven natuurlijk in een tijd waarin de diversiteit van multimedia wordt ingezet als antwoord op verschillende leerstijlen. Tot slot wordt aangegeven dat niemand kan multitasken tijdens het leren: studenten die hopen door al het beschikbaar les- en leermateriaal te verwerken, hoger te scoren (of liever: meer kennis te vergaren?) zijn er aan voor de moeite. Beter is om dan te kiezen uit het aanbod en aanvullend en adaptief te leren: hoe word ik als student meest aangezet om mee te denken, kritisch te verwerken en te reflecteren is de vraag die studenten zich moeten stellen vooraleer ze zich op lesmateriaal storten. Onze studenten lopen momenteel dus eerder verloren in het overaanbod leermateriaal zonder het effectief en efficiënt te verwerken.

Op een onverwacht moment, heb ik dus dit heel interessant congres bijgewoond. Het heeft me doen nadenken over hoe wij omgaan met digitale media en hoe wij ons ook schuldig maken aan gebrek aan voorbereiding, opleiding, training en evaluatie bij de implementatie ervan. Technologie is niet goed, niet slecht maar ook niet neutraal, maar afhankelijk van het gebruik (Kranzberg 1986).

Birgitte Schoenmakers
<http://media-and-learning.eu/>

Manamathesis in de kijker!

To screen or not to screen voor CMV?

Met de regelmaat van de klok rijst het debat op met betrekking tot de zin en onzin van screening. Dit telt niet voor cytomegalovirus (CMV) screening preconceptueel of tijdens de zwangerschap. De richtlijnen zijn immers duidelijk: screenen naar CMV preconceptueel of tijdens de zwangerschap wordt niet aanbevolen. Dit omdat er ten eerste geen effectieve behandeling bestaat, ten tweede de prognose van een CMV infectie tijdens de zwangerschap zeer moeilijk te voorspellen is en ten derde induceert screenen angst, overmatig toepassen van amniocentese en onnodige zwangerschapsafbrekingen. Toch is in Vlaanderen CMV screening preconceptueel en/of tijdens de zwangerschap de gangbare praktijk.

In het afgelopen jaar probeerden studenten Huisartsgeneeskunde Lot Popelier en Steffi Debecker in het kader van hun Master en Edith Gellens in het kader van haar Master na Master thesis een verklaring te vinden voor dit fenomeen. De eerste twee bevraagden zwangere vrouwen¹. Hieruit bleek dat 80% van de zwangere vrouwen werd getest op CMV en 80% hiervan gaf aan dat ze geïnformeerd werden door een arts. Desondanks schatte slechts iets meer dan de helft het infectierisico, de gevolgen en eventuele behandelingsmogelijkheden van een congenitale CMV-infectie correct in.

Edith Gellens ging op zoek naar de overwegingen en argumenten van huisartsen en gynaecologen bij het al dan niet testen op CMV voor of tijdens de zwangerschap. Huisartsen zijn eerder geneigd de richtlijn te volgen terwijl de meerderheid van de gynaecologen kiezen voor screening met als belangrijkste argument dat er bij een positieve test een echografische opvolging kan gebeuren. Gynaecologen zien deze onderzoeken als een meerwaarde omdat er geruststelling kan worden geboden. Huisartsen echter vrezen voor het creëren van ongerustheid. Bij de gynaecologen speelt er ook een medicolegale druk: afwijkingen mogen niet gemist worden. Bovendien geven artsen aan dat hun de tijd en kennis ontbreekt om patiënten correct te informeren.

Het huidige beleid is dus verre van optimaal en verwarrend voor de patiënt. Het betrekken van de patiënt in de beslissing om al dan niet te testen op CMV is een mogelijke stap richting een uniform beleid. Om dit te doen op een weloverwogen wijze moet de patiënt echter een goede counseling krijgen. Wordt vervolgd...

Cathy Mathei

¹ Steffi Debecker, Lot Popelier, Cathy Mathei en Carmen Claeys. Zijn vrouwen voldoende voorgelicht over screening naar het cytomegalovirus? Een enquêteonderzoek bij zwangere en niet-zwangere vrouwen. Huisarts Nu 2016;45.



Wie is wie? Jonge huisartsen

Waar hebben jonge huisartsen allemaal mee te maken?
Hoe doen ze het in hun praktijk?
Deze editie is Dr. Jo Borremans aan de beurt!

Hoelang bent u al huisarts?

Ik ben afgestudeerd in 2011 en heb direct daaropvolgend mijn 2 HAIO jaren gedaan. Ik ben zwanger geworden tijdens die jaren, dus ben ik pas definitief als huisarts begonnen in oktober 2013.

Waarom heeft u voor de specialisatie Huisartsgeneeskunde gekozen?

Even spieken in mijn oude sollicitatiebrieven voor dit antwoord. Het is nog steeds even hard van toepassing. "Huisarts worden is altijd mijn droom geweest. Mijn jaren als haio hebben dit nog eens extra in de verf gezet. De variëteit aan pathologiën, de patiëntenpopulatie van geboorte tot dood, de actie van een spoedgeval en de rustige en intieme sfeer van een goed opgebouwde arts-patiënt relatie. De samenwerking met de psychologen, thuisverpleging, kinesisten en zoveel andere disciplines ma-



ken het werk extra boeiend. Dat is een mooi staaltje van een eerste lijn samenwerking. Maar evenzeer het overleggen en doorsturen naar specialisten is fijn. Je steekt er veel van op."

Voor welke praktijkvorm heeft u gekozen en waarom?

Ik heb altijd geweten dat ik niet als solo-arts wilde werken. Tijdens mijn opleiding tot algemeen arts heb ik zowel in groepspraktijken als in solo-praktijken stage gelopen. Daar leerde ik dat ik het vak wilde uitoefenen, maar heb ik ook geleerd dat alleen werken mij minder aansprak (ondanks mijn stagemeesters die elk zeer gelukkig waren met hun keuze). Mijn HAIO-opleiding heb ik in grote groepspraktijken gevolgd en daar ben ik helemaal gevallen voor dat idee. Artsen die elkaar opvangen bij drukte of vakantie, de luxe van een secretariaat die allerlei dingen voor je regelt, de keuze die je krijgt als patiënt die niet voor alle problemen bij 1 arts durft te komen... Maar vooral het feit dat je de permanentie niet heel de tijd alleen moet dragen levert mij veel tijd en gemoedsrust op, iets wat voor mij als moeder van 4 jonge kinderen zeer kostbaar is.

Associëren bij of een overname van een bestaande praktijk bleek echter niet evident, en toevallig ben ik in contact gebracht met mijn huidige collega door een gemeenschappelijke collega. We hebben na veel overleg besloten samen een duo-praktijk uit de grond te stampen in het dorp waar ik opgegroeid ben, en het is een mooi succesverhaal geworden. We zijn uiteraard nog aan het opbouwen, maar voorlopig lukt dit aardig.

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

Het contract opstellen tussen ons beiden was zowel leuk als moeilijk. Voor de voorbereidingen basseten we ons op de DM richtlijn voor associaties, en voor ons contract hebben we gelukkig externe hulp voor ingeroepen van een onpartijdige derde persoon, in ons geval de gekende Rita Cuypers. Goede afspraken maken goede vrienden (of zoiets toch). Zowel Mieke, mijn huidige collega, als ik werden gedwongen om na te denken over hoe we een praktijk zien, hoe we aan geneeskunde doen, welke onze toekomstdromen zijn... Maar evenzeer ook over wat er zou gebeuren moesten we niet slagen in ons opzet, wat als er iemand te overlijden komt, lang uitvalt, of wat als we in ruzie uit elkaar gaan...? Ik kan u verzekeren dat je elkaar wel leert kennen op een speciale

manier door die gesprekken te voeren. In ons geval was dat direct een goed startschot voor de toekomst. Het is nu ook geruststellend dat eigenlijk alles al uitgestippeld is voor als het toch fout zou gaan. Geen discussies, die zijn al achter de rug nog voor ze begonnen zijn...

Hoe ziet u de opleiding HA geneeskunde evolueren?

Het lijkt mij fijn als de eerste lijn wat meer appreciatie zal krijgen door de hele bevolking, maar ook door de collega-specialisten. We kunnen niet stil blijven staan maar moeten vooruit kijken. Ik zie veel mogelijkheden in het samenbrengen van meerdere eerstelijnsdisciplines onder 1 dak. Of en hoe dat voor onze praktijk mogelijk is zal de toekomst moeten uitwijzen. In de stadspraktijken wordt dat concept toch al als aangenaam ervaren door de patiënten. De dorpspraktijken (inclusief de onze) lopen daar wat in achter, maar we kunnen niet anders als daarin meegaan in de toekomst.

De opleiding huisartsgeneeskunde zal mee moeten inspelen op deze noden en de samenwerkingen tussen de verschillende eerstelijnsdisciplines mee moeten promoten. Dat promoten kan, denk ik, alleen maar als je elkaars discipline beter leert kennen, en het beste van al gaat dat via stages. De netwerkstage hebben wij op 1 dag moeten doen. Dat is al een begin... Maar zoals de huisartsenstages nu doorheen het hele curriculum geneeskunde aan bod komen, zullen die andere eerstelijnsdisciplines doorheen de hele master huisartsgeneeskunde aan bod moeten komen. Alleen zo leer je wat de andere kan, krijg je respect voor elkaar, en leer je achteraf beter samen te werken.

Nu de overheid ook nog meekrijgen...

Vertelt u iets over jonge huisartsen in uw regio?

Wij zijn gevestigd in een relatief drukke regio van huisartsen. In de aanpalende dorpen echter is een lagere instroom van jonge

huisartsen. Ik heb geen idee hoe het daar zal evolueren... Ik merk dat zowel jonge mannelijke als jonge vrouwelijke huisartsen het artseneroep op een andere manier bekijken, en de balans werk-gezin veel belangrijker is geworden dan vroeger. Er wordt veel gepraat over de vergrijzing en vervrouwelijking van ons beroep, maar voorlopig zie ik het in ons dorp zeker niet dramatisch in. De huisartsenwachtpost is al een mooi antwoord op dit probleem. Er zullen vermoedelijk nog andere oplossingen uit de bus komen, zoals de multidisciplinaire eerstelijnspraktijken. Wanneer ons land daar klaar voor is weet ik niet, maar een nijpend artsen tekort zal het vermoedelijk versnellen.

Wie is dr. Borremans buiten de praktijk? Hebt u nog andere mandaten? Hobby's?

Ik heb 1 jaar voor Kind en gezin gewerkt, en ben dan als huisarts begonnen in het psychiatrisch ziekenhuis te Kortenberg. Daar blijf ik nog tot eind deze maand werken. Ik heb er graag gewerkt. Het was een fijne aanvulling op mijn huisartsenjob in de thuispraktijk. De pathologie van de afdeling die ik volgde is totaal anders (dat was de afdeling voor dementerde bejaarden met gedragsproblemen). Ik moest weer veel dingen gaan opzoeken, en werd uitgedaagd bepaalde pathologiën op te volgen waar je in de thuispraktijk weinig tot niet mee in aanraking komt.

Door de groeiende thuispraktijk en mijn drukke gezin kon ik het echter niet blijven combineren. Voorlopig ben ik van plan te genieten van mijn vrijgekomen tijd en zal ik terug kunnen gaan sporten en eens een koffie gaan drinken bij een vriendin. Met 4 dochters in huis en meer dan een fulltime job had ik daar tot nu toe geen tijd voor, gezien de weekends volledig opgaan naar mijn gezin en de sporadische verbouwingen aan ons huis. Iets waar ik terug met volle teugen van kan gaan genieten. Ik zie het allemaal rooskleurig tegemoet... ?



Leuk nieuws

Oxford



Uiteindelijk is het toch gelukt, een bezoek aan het Mekka van de academische gedachte: Oxford. En een niet minder belangrijk argument voor een bezoek: het is daarenboven de biotoop van de inspecteur der inspecteurs, Chief Inspector Morse; en ook een beetje van Lewis en Endeavour (Morse). We komen toe onder een stralende zon die ons niet meer verlaat de volgende dagen en die de goudgele stenen uit de Cotswolds, waaruit gans Oxford is opgebouwd, nog een extra warme gloed geeft. Er overvalt ons onmiddellijk een Leuvengevoel: een zeer kleine, overzichtelijke stad, gezellige drukte van massa's studenten, fietsen alom. Om het compleet te maken overnachten we in de plaatselijke 'Leuven Centraal', een gevangenis die omgebouwd is tot een zeer origineel hotel met de typisch Engelse naam: Malmaison.

Ik treed niet in detail over al het bezoekenwaardige, niet in het minst de talrijke binnenkoeren van de colleges. Of toch enkele tips: het Ashmolean museum is een aanrader, eet iets in het gezellige cafetaria aan de ingang van de University Church of St Mary the Virgin en geniet van het uitzicht vanop de toren, breng een uitgebreider bezoek aan een van de colleges, bijvoorbeeld de Christ Church College met de indrukwekkende eetzaal, bekend van Harry Potter; ga er naartoe via het pad dat loopt langs de Merton field met uitzicht op het Merton college en de stad. En ja bezoek de botanische tuin van de universiteit vooral niet, het was het enige minpuntje van deze heerlijke stad.

Om onze Morse-held, John Thaw, alle eer aan te doen boekten we een Morse-wandeling in gezelschap van een groepje medefans en een even fanatieke gids. We leerden dat Morse in het echt even nors was als in de reeks en Lewis in werkelijkheid ook echt empathisch is. Van de cafés waar Morse zijn 'pints' dronk, bezochten we de Tuf Tavern en The Kings Arms, in deze laatste vulde de schrijver Colin Dexter zijn kruiswoordraadsels in. Het weetje dat de legendarische dieprode jaguar van Morse niet één wagen bleek te

zijn, maar dat men er doorheen de reeks minstens vijf versleet, was een uppercut die ik alleen maar kan vergelijken met het moment waarop ik als kind vernam dat 'Flipper' niet één dolfijn was maar tientallen en idem dito met de meeuw in 'Jonathan Livingston Seagull'.

De gids deed ons tevens het Oxford systeem uit de doeken: terwijl een deel van het onderwijs in Oxford wordt gegeven via klassiek onderwijs, seminaries of practica is de hoeksteen toch wel het tutoriaal systeem. Elke student krijgt een tutor aangewezen en wekelijks komt hij met enkele (meestal 2 tot 3) studenten en de tutor samen voor een 'tutorial': daar moet de student reflecteren over zijn opdrachten, essays verdedigen, discussiëren... Hij leert veel van zijn medestudenten en ontwikkelt zelfstudie, onafhankelijk denken en zelfvertrouwen. Deze werkwijze geeft iedereen bijna 100% slaagkans omdat de tutor zeer snel kan bijsturen waar nodig. Natuurlijk moet men bij dit cijfer wel rekening houden met de strenge toegangsvoorwaarden. Om binnen te geraken heb je een uitmuntend rapport tijdens je middelbare, maar je kan het ook proberen via een toelatingsexamen. Een voorbeeld van zo'n examen dat kan bestaan uit één vraag. Zo'n examenvraag was bijvoorbeeld: vertel wat meer over volgende zin: "Is this a question?". De student die kwam aandragen met de eenvoudige tegenvraag: "Is this an answer?" werd op slag aanvaard... De grote schaduwzijde van het systeem is toch de hoge druk op de schouders van de studenten, wat aanleiding geeft tot hoge zelfmoordcijfers en één op vier van de studenten heeft psychiatrische hulp nodig. Ondanks dit nadeel, doet het Oxfordstelsel een academicus dromen, zeker nu op de achtergrond een CD-tje klassiekers uit de Morse-serie over me heen strooit.

Een laatste tip voor als je in Oxford bent: even verder beginnen de zachte glooiingen van de Cotswolds met zeer charmante dorpjes. Een paradijs om te wandelen en te fietsen...

Patrik Vankrunkelsven en Marleen Finoulst



Marleen Finoulst

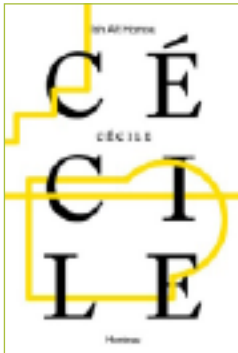


Patrik Vankrunkelsven

Boekennieuws

Ish Ait Hamou. **Cécile.**

ISBN: 9022330494 / Uitgegeven bij Manteau



Djibril, 11 jaar, woont in een plattelandsdorpje in het zuiden van Marokko. Door zijn nieuwsgierigheid en zijn kinderlijk enthousiasme krijgt zijn leven een onverwachte wending. Een lange gevaarlijke reis en veel overlevingsinstincten later belandt hij in Spanje. Het enige wat Djibril nog verbindt met zijn geboorteplaats zijn de kleren die hij droeg en een verhakelde foto die toebehoorde aan zijn oudere broer Kareem. Een onduidelijke krabbel op die foto leidt hem naar een adres in Parijs, waar hij kennismaat met de jonge vrouw Cécile. De Française intrigeert hem, maar ze is nauwer vervlochten met zijn leven dan hij kan vermoeden.

Een prachtig geschreven boek met de open visie van Ish die de vele facetten van de menselijke relaties belicht en de hardheid van het leven van sommigen onder ons in de kijker zet.

Marina Devis

Agenda

1 en 2 december 2016 te Vaalbeek: Leuvense Dagen LKI

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 Leppeire
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 Leppeire, 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



Filip Decruyvere
**ZORGCOMMUNICATIE IN
VERANDERING**
HOE COMMUNICATIE DE SLAGKRACHT
VAN ORGANISATIES IN ZORG EN WELZIJN
VERSTERKT

- ★ sluit aan bij de actuele en veranderende context in zorg en welzijn
- ★ met praktische handvatten, heldere tips en vele tientallen praktijkverhalen.

ISBN 978 94 6292 5854 // Acco // 250 blz.
€ 25,00 – 15% → € 21,25



Siddharta Mukherjee
**DE WETTEN VAN DE
GENEESKUNDE**
VELDAAANTEKENINGEN LIET EEN
ONZEKERE WETENSCHAP

"Is de geneeskunst een 'wetenschap?'" Mukherjee heeft zich zijn hele loopbaan over deze vraag gebogen. Dit belangrijke boek is tot de nok gevuld met fascinerende historische feiten en moderne medische wonderen. Het biedt een intrigerende kijk op de worstelingen en eureka-momenten die mensen buiten de medische praktijk nauwelijks te zien krijgen. Met de kenmerkende eloquentie en gepassioneerde stijl van Mukherjee is dit een essentieel boek, niet alleen voor mensen met een medisch beroep, maar voor iedereen die graag meer wil weten over hoe we met gezondheid en welzijn omgaan. Dit boek maakt de weg vrij voor nieuwe inzichten in de geneeskunst, nu en in de toekomst.
ISBN 978 90 5908 709 5 // Davidsfonds Uitgeverij
2016 // 90 blz. // € 14,95 – 15% → € 12,71



Ninne Glas
**LEIDERSCHAP IN DE
GEZONDHEIDSZORG**
VAN THEORIE NAAR PRAKTIJK

- ★ geschreven door een arts die de sector door en door kent
- ★ met casussen uit de dagelijkse praktijk
- ★ met medewerking van diverse expert-leiders uit de gezondheidszorg

ISBN 978 94 6292 561 8 // Acco // 232 blz.
€ 29,90 – 15% → € 25,42



Kees Brunia
HET BREIN VAN FARAO TOT FMRI
EEN FENOMENALE ONTDEKKINGSREIS

Professor dr. Kees Brunia is emeritus hoogleraar fysiologische psychologie aan de Universiteit van Tilburg, afgestudeerd in geneeskunde en psychologie en gespecialiseerd in neurologie en psychiatrie. Hij is jarenlang in de praktijk werkzaam geweest in de dr. Hans Bergerkliniek te Breda. Op dit moment ontwikkelt en geeft hij verschillende cursussen over hersenen en gedrag. Daarbij spreekt hij regelmatig op bijeenkomsten en congressen in binnen- en buitenland. Tot op de dag van vandaag laat hij talloze collega's, studenten en geïnteresseerde lezers op een even heldere als inspirerende wijze kennismaken met het complexe functioneren van het menselijk brein.

ISBN 978 94 6301 030 6 // Eburon Uitgeverij // 2015
528 blz. // € 29,95 – 15% → € 25,46

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