

Contactblad ACHG

KU LEUVEN

ACADEMISCH CENTRUM
HUISARTSGENEESKUNDE

IN DIT NUMMER:

- Editoriaal1
- Onderzoek2
- Congreshoekje5
- Onderwijs6
- Wie is wie7
- Leuk nieuws8
- Agenda11

April - mei - juni 2016

DRIEMAANDELIJKS TIJDSCHRIFT • JAARGANG 25 • NR. 3 • Afgiftekantoor: Leuven MassPost P911471

De eindsprint is ingezet. We gaan de laatste maanden in om bijna 180 jonge mensen af te leveren die klaar zijn om als HAIO te starten in september. Er staan nog heel wat specifieke topics rond urgentie, chronische ziekten, dermatologie, alledaagse klachten, praktijkmanagement en een netwerkstage voor de deur. Dit sluiten we af met een nagelnieuw geïntegreerd examen.

40% van de laatstejaarsstudenten geneeskunde aan de KU Leuven kiest voor huisartsgeneeskunde. Het aantal is nog nooit zo hoog geweest. Onze jarenlange inspanning om zichtbaar te zijn in het basiscurriculum en de goede samenwerking binnen de faculteit hebben echt wel zijn vruchten afgeworpen.

We zullen deze jonge mensen nodig hebben. Vandaar dat we in dit nummer collega Paul Cottenie aan het woord laten. Aan onze eigen Belgische kust (altijd een beetje vakantie) en op een moderne manier wordt er aan huisartsgeneeskunde gedaan. Door enthousiaste collega's die jonge mensen zoeken om ook daar onze Belgische bevolking bij te staan.

Ondertussen krijgen de plannen voor een driejarige opleiding steeds meer en meer vorm. Dankzij het raamwerk vanuit Nederland en de Canmeds rollen komen we tot een goed uitgebalanceerd geheel. Deze nieuwe opleiding zal jonge huisartsen doen uitgroeien tot bekwame professionals, met oog voor de patiënt. Deze huisartsen zullen in staat zijn om mensen met chronische pathologie op te volgen, te gidsen door onze gezondheidszorg en een populatie zo lang mogelijk gezond te houden.

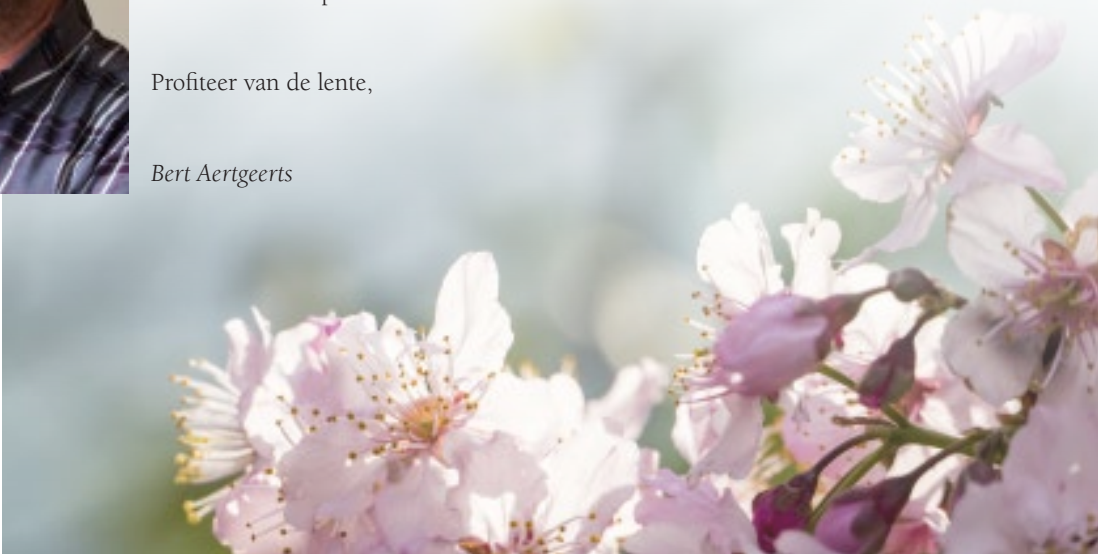
Om het niet te zwaar te houden hebben we het ook over de knie van Vankrunkelsven, de transfer van Peters, de reis van Bosselaers en tenslotte de academische aanpak voor de zoektocht naar een vrouw.

Profiteer van de lente,

Bert Aertgeerts



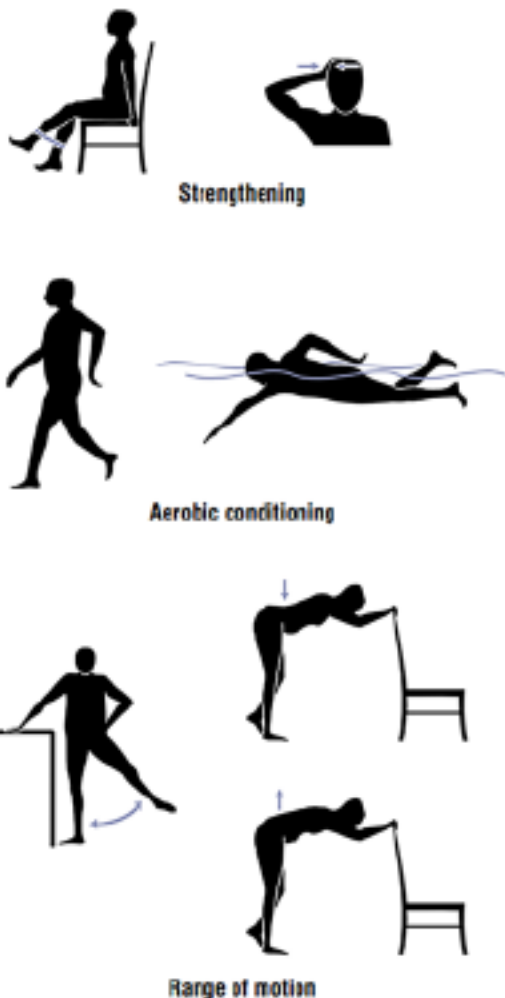
Editoriaal



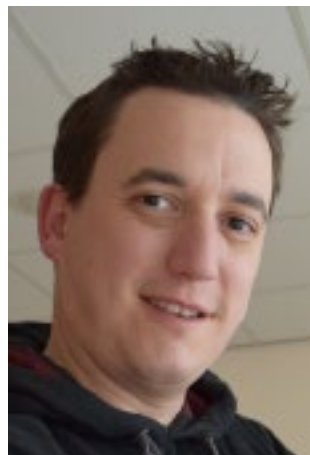
Onderzoek

Knieartroseproject: de knie verdient geen rust!

Artrose is een degeneratief proces dat nog niet genezen kan worden en meestal voorkomt in de gewrichten van handen, knieën en heupen. Door de voorkeurslocalisatie voor de onderste ledematen is het een belangrijke oorzaak van pijn, stijfheid en functiebeperking. Wereldwijd zijn er ongeveer 250 miljoen mensen met knieartrose. De etiologie van knieartrose is multifactorieel. Bekende risicofactoren zijn: vrouwelijk geslacht, toenemende leeftijd, obesitas, repetitief gebruik van gewrichten en eerdere knietrauma's. Hoewel knieartrose zelden voorkomt bij mensen < 45 jaar zal de obesitasepidemie en vergrijzing van de bevolking voor een sterke toename zorgen. In de VS bedraagt de prevalentie op 45 jaar al 16,7%. Knieartrose beperkt zich dan ook niet tot een oudere populatie en zal in de nabije toekomst bijdragen tot extra belasting van de gezondheidszorg. Studies tonen aan dat de indirecte kosten, bijvoorbeeld door werkverlet, nog sterk onderschat worden en waarschijnlijk veel hoger liggen dan de directe medische kosten.



Bron: <https://en.wikipedia.org/wiki/Osteoarthritis>



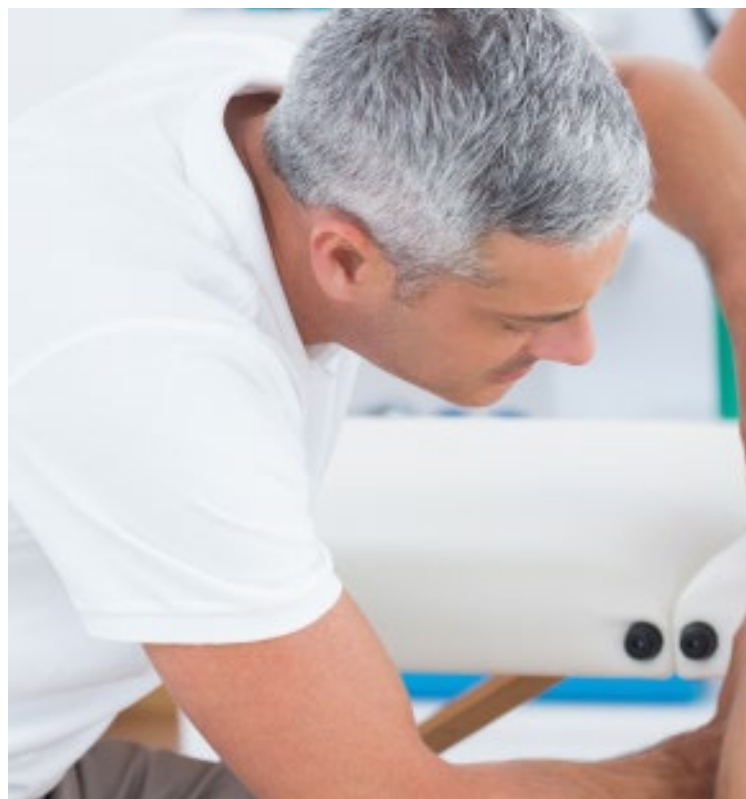
David Spitaels



Patrik Vankrunkelsven

Het knieartroseproject wordt getrokken door Prof. Patrik Vankrunkelsven van het ACHG. Dit project wil aanbevelingen doen voor de Vlaamse eerstelijnszorg om de algemene aanpak van patiënten met knieartrose te optimaliseren. In eerste instantie werd hiervoor, in samenwerking met een multidisciplinair team, een set van 21 kwaliteitsindicatoren ontwikkeld. Hiermee kan de huidige zorg geëvalueerd worden en op basis daarvan kunnen mogelijke tekortkomingen in kaart gebracht worden. Tevens kan men barrières, veroorzaakt door het niet volgen van de richtlijnen, identificeren.

Voor de meting van de huidige zorg werden 284 patiënten bevraagd over hun behandeling en kwaliteit van leven met knieartrose. Eerste conclusies leren ons dat de pijnmedicatie vrij goed op punt staat. Voor het stellen van de diagnose werd bij de meeste patiënten medische beeldvorming verricht, hoewel dit niet altijd strikt noodzakelijk is. De huisartsen hebben in de behandeling veel aandacht voor pijnreductie en verwijzing voor chirurgische



interventies. Helaas is er nog te weinig aandacht voor kinesithérapie. Zo werd slechts 40% van de bevroagde patiënten verwezen naar de kinesithérapeut. Aerobe training en oefentherapie worden in (inter)nationale richtlijnen nochtans geadviseerd, omdat deze behandelingen duidelijk effect hebben op de pijn en de reductie van functiebeperking.

Om de aard en kwaliteit van kinesithérapie te inventariseren kregen kinesithérapeuten een vragenlijst over hun behandeling bij patiënten met knieartrose. Hieruit bleek dat zij vooral patiënten behandelen in kader van een post-operatief revalidatieproces na prothese of artroscopie. Helaas zien zij dus heel weinig patiënten met knieartrose in een vroeg stadium van de ziekte. Het evalueren van de toegepaste zorg met de verschillende kwaliteitsindicatoren bij de bevroagde kinesithérapeuten laat een grote variatie zien. Het toepassen van de indicatoren schommelt immers tussen de 27% en 98%. Vooral op gebied van oefentherapie, educatie van oefeningen en sportadvies wordt hoog gescoord. Meer aandacht is nodig voor periodieke begeleiding, informatie over zelfmanagement en advies over gewichtsreductie. Naast goede zorg besteden kinesithérapeuten spijtig genoeg ook redelijk veel tijd aan therapieën (zoals massages en TENS) die geen bewezen nut hebben.

In ons project werden de kwaliteitsindicatoren ook gebruikt als basis voor gestructureerde interviews met orthopedisten, kinesithérapeuten en patiënten om barrières in de huidige zorg in kaart te brengen. Uit de kwalitatieve studie met patiënten bleek dat zij knieartrose vaak als een normaal ouderdomsproces zien. Langdurige pijnklachten zijn de voornaamste redenen om uiteindelijk toch naar de (huis)arts te gaan. In geval van comorbiditeit gaan patiënten de consultatietijd met de (huis)arts ook liever aan andere pathologie besteden, waardoor de aanpak van knieartrose op de lange baan wordt geschoven. Patiënten vinden zelf dat voor een goede diagnosestelling een radiologisch onderzoek noodzakelijk is. Het aansturen op bijkomende technische onderzoeken wordt ook bevestigd in de interviews met de orthopedisten. Zij geven aan dat veel patiënten met knieartrose aandrigen op arthro-



scopisch onderzoek. Vaak kost het meer moeite om patiënten met knieartrose te overtuigen dat arthroscopie alleen meerwaarde heeft bij duidelijke blokkage of ernstige bewegingsbeperking. In ons onderzoek gaan we daarom ook verder onderzoeken hoeveel artroscopieën gedaan worden in kader van knieartrose. In 2002 toonde een KCE rapport dat in Vlaanderen nog 58.000 knieartroscopieën (zowel voor trauma's als voor artrose) werden verricht, duidelijk meer dan in Wallonië en de meeste andere landen. Als voorlopige conclusie willen we alvast meegeven dat patiënten met knieartrose baat hebben bij een verwijzing naar de kinesithérapeut voor spierversterkende en aerobe oefeningen. Aangezien de Belg met 32% fysieke inactiviteit onderaan de ladder staat in West-Europa, kan extra oefentherapie en sport zeker geen kwaad!

David Spitaels



Bron: <http://www.moveforwardpt.com>

Gezondheid en Wetenschap

www.gezondheidenwetenschap.be

Leef je langer door je te laten screenen op kanker?

In het nieuws

Wetenschappers betwijfelen of het screenen van grote bevolkingsgroepen op allerlei soorten kanker zinvol is. Het grote publiek en politici twijfelen niet. Voor hen is kankerscreening nuttig. Zij moedigen deelname aan bevolkingsonderzoekingen sterk aan.

Waar komt dit nieuws vandaan?

Het standpunt van wetenschappers werd samengevat in een analyse die gepubliceerd werd in het gerenommeerde British Medical Journal (1). Het besluit is dat mensen die zich op kanker laten screenen hierdoor niet langer leven. Overlijdens door de kanker waarnaar gezocht wordt verminderen vaak wel, maar die mensen sterven dan over dezelfde periode aan een andere oorzaak. Zij leven gemiddeld dus niet langer dan wie zich niet liet screenen.

Bron

(1) Prasad V et al. Why cancer screening has never been shown to “save lives”-and what we can do about it. *BMJ*. 2016 Jan 6;352:h6080.



Hoe moeten we dit nieuws interpreteren?

Het lijkt geen twijfel dat je door screening een kanker vroegtijdig kan opsporen. Maar een kanker ontdekken is op zich niet de reden waarom iemand zich laat screenen. Wat telt is dat, dankzij de vroegtijdige ontdekking van de kanker en de daaropvolgende behandeling, de persoon in kwestie langer zal leven. Uit meerdere studies blijkt bijvoorbeeld dat door screening op borst- of darmkanker het risico op overlijden door die kankers vermindert. Dit resulteert echter niet in een langer leven. In oudere screeningstudies leefden mensen die zich lieten screenen op longkanker zelfs minder lang dan diegene die niet gescreend werden. Dit schadelijk effect van screening verdween met het gebruik van moderne X-stralen apparatuur, maar er kon niet aangevoerd worden dat je door longscreening langer leeft.

Er zijn meerdere mogelijke verklaringen waarom je dankzij de ontdekking van een kanker in een vroeg stadium toch niet langer leeft. Het kan zijn dat de kanker nog zodanig klein is dat de persoon die eraan lijdt eerder zou sterven aan een andere oorzaak. Maar de behandeling van die kleine kanker met een operatie, bestraling en/of chemotherapie houdt een risico op overlijden in waar tegenover in dit geval geen voordeel staat.

Omgekeerd zijn sommige kankers zodanig kwaadaardig dat een behandeling steeds te laat komt. Als zo iemand overlijdt te wijten aan de behandeling, dan wordt zijn leven dus verkort als gevolg van de vroegtijdige ontdekking van de kanker. Dit was waarschijnlijk de reden waarom vroegere studies over screening op longkanker aantoonde dat screening schadelijk was. De behandeling van deze kankers was zeer ingrijpend en liep soms slecht af, maar er stond geen winst in levensjaren tegenover.

Verder mag men niet vergeten dat kanker meestal een ouderdomsziekte is wat betekent dat de meeste mensen die eraan sterven al een zekere leeftijd hebben. En uiteindelijk sterven we allemaal. Iemand bij wie een overlijden door kanker op zijn tachtigste verjaardag door screening voorkomen werd sterft mogelijk een week later aan een beroerte en heeft dus niets gewonnen door de vroegtijdige ontdekking van de kanker tien jaar eerder.

Conclusie

Het is niet zeker dat je langer leeft door je op kanker te laten screenen. De burger die overweegt in te gaan op een uitnodiging tot screening moet door de initiatiefnemers vooraf correct ingelicht worden over de wetenschappelijke onzekerheden in verband met screening.

Hans Van Brabant



Congreshoekje

First Belgian EACH Network Day, Genk, 04/2/2016

EACH is 'the European Association for Communication in Health-care', een wereldwijde organisatie met het promoten van efficiënte evidence-based patiëntgerichte communicatie in gezondheidszorg tussen patiënten, familie en gezondheidswerkers als algemeen doel.

De activiteiten zijn op te delen in drie grote comités: Onderzoek (rEACH), Onderwijs (tEACH) en Belangenbehartiging (prEACH). Op 4 februari was er de eerste netwerkdag van de Belgische delegatie van EACH. Het initiatief om een Belgische afdeling van EACH op te richten was ontstaan op een terrasje in de naweeën van een tEACH meeting in Denemarken en nadien verder leven in geblazen op het laatste congres in Amsterdam in 2014. Onder impuls van Lode Verreyen (UGent), Katrien Bombeke (UAntwerpen) en onze Marc Van Nuland (KULeuven) werd het idee verder uitgewerkt tot deze eerste netwerkdag.

We werden ontvangen in de gebouwen van de UCLL in Genk waar alle aanwezigen zichzelf en hun afdeling voorstelden. Het doel van deze dag was om mekaar binnen ons land beter te leren kennen, te leren vanuit mekaars ervaringen en op zoek te gaan naar vruchtbare samenwerkingen.

Het was opvallend dat veel verschillende gezondheidsdisciplines waren vertegenwoordigd: artsen, tandartsen, apothekers, verpleegkundigen, vroedvrouwen, kinesitherapeuten, een kinderpsychiater. Er waren bovendien afvaardigingen uit verschillende universiteiten en hogescholen, verspreid over het Vlaamse land en er waren ook afvaardigingen uit Luik en de UCL.

In de voorstellingsronde bleek de grote diversiteit in aanbod in de opleidingen en in de onderzoeksdomeinen. Als we naar de geneeskundige opleidingen kijken hebben sommige faculteiten een zeer ruim aanbod, een duidelijke jaaroverschrijdende lijn, met dezelfde mensen van jaar 1 tot jaar 7 die de lessen geven, met snelle inzet van simulatiepatiënten. In andere faculteiten moet het hele communicatiegebeuren nog een plaats vinden binnen het curriculum.

Opvallend is de aandacht die in verschillende faculteiten wordt besteed aan het groeiproces dat studenten geneeskunde zelf doormaken: "wie zijn ze, waarom hebben ze voor geneeskunde gekozen, wat zijn de eigen valkuilen, wat zijn de eigen sterktes en hoe kan dit alles hun latere loopbaan en keuze beïnvloeden?"

Opmerkelijk was ook de nadruk die alle opleidingen leggen op het experiëntieel leren, waarbij dat nog heel divers wordt ingevuld (simulatie-patiënten, video-consultaties, wachtzaal oefening, ...) binnen de eigen mogelijkheden van de verschillende docententeams.

Ook was er veel interesse, en hier en daar ook al meer ervaring, in het uitwerken van interdisciplinaire opleidingen: verpleegkundigen, vroedvrouwen, kinesitherapeuten, psychiaters, apothekers, ... waren allemaal vragende partij om samen met de (huis-)artsen te werken aan intercollegiale opleidingen rond communicatie.

Na deze kennismakingsronde werden we uitgenodigd om deel te



nemen aan één van de georganiseerde workshops: Experientieel leren, ALOBA (Luc Debaene, U Antwerpen) Assesment (Marc Van Nuland – ACHG - KULeuven) Research (Myriam Deveugele, U Gent) Aandachtstraining (Edel Maex, U Antwerpen)

Ik volgde zelf de training van Edel Maex, die in Antwerpen in 3^e bach mee bezieler is van een training in 'actieve aandacht'. Hij slaagde erin om via zeer eenvoudige oefeningen aan te tonen wat aandacht doet met informatieoverdracht: hoe weinig informatie je opneemt als je niet de nodige aandacht geeft, maar anderzijds ook hoe moeilijk het is informatie over te brengen als je het gevoel hebt dat de toehoorder geen (onvoldoende) aandacht geeft. Volgens hun bevindingen is het voor de studenten in 3^e bach vaak een hele hulp om daar op dat moment van hun opleiding op gewezen te worden.

Tot slot van dit event was er tijd om na te praten en verder contacten uit te bouwen.

Voor mij was dit een geslaagde namiddag en werd ik bevestigd in mijn persoonlijk vermoeden dat we moeten trachten studenten geneeskunde vroeg in hun opleiding onder te dompelen in de wereld van de patiënten, dat we aandacht moeten proberen hebben voor hun eigen groeiproces van student tot arts-in-wording en dat we ook binnen onze eigen faculteit op zoek moeten durven gaan naar partners om multidisciplinaire trainingen uit te bouwen. Voor de KULeuven was er op dit event slechts een kleine delegatie vanuit het ACHG, maar buiten de huisartsen waren geen andere disciplines vertegenwoordigd. Misschien moeten we dat naar de volgende bijeenkomsten toch proberen op te krikken. Ik kijk er alvast naar uit!

Geert Pint

Onderzoek over onderwijs

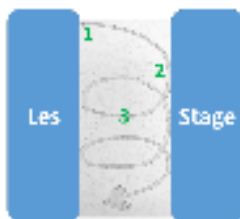
Welk onderzoek?

In 2015 organiseerden we groepsdiscussies met studenten, docenten en stageleiders betreffende hun opvattingen over de **transfer van het geleerde**. Dit is het toepassen van verschillende competenties in een context (de huisartsenpraktijk) die anders is dan diegene waarin het werd geleerd (de les).¹ Er waren 54 deelnemers, waarvan 25 studenten (in 5 discussiegroepen), 11 docenten (in 3 discussiegroepen) en 18 stageleiders (in 3 discussiegroepen). We waren bijzonder geïnteresseerd in de transfer van het geleerde tijdens de 4^e masterfase pre-specialisatie huisartsgeneeskunde.

Voorlopige bevindingen?

Wanneer de deelnemers hun opvattingen deelden over de transfer van het geleerde, kwamen de volgende 3 fases naar voren:

1. Voorbereiding voor de transfer (bvb 'take home messages' aan het einde van een les)
2. Tijdens de stage connecties maken met lesinhoud (bvb flowcharts of schema's van de les meenemen naar de stage)
3. Reflecteren op de transfer en dit proces verderzetten (bvb feedback op stagetaken)



De opvattingen van de deelnemers werden beïnvloed door hun ideeën over wie verantwoordelijk is voor het stimuleren van transfer tijdens elk van deze drie fases. Sommige gaven aan dat vooral de student verantwoordelijkheid draagt. Terwijl anderen eerder vonden dat de docent of de stageleider verantwoordelijk is om de studenten te helpen bij de transfer. De variatie aan opvattingen kunnen gezien worden als een continuüm van de student is verantwoordelijk tot de docent/stageleider is verantwoordelijk. Deze bevindingen wekken de vraag op of het belangrijk is dat stageleiders, studenten en docenten zich bewust zijn over hun eigen opvattingen en of het in dialoog gaan hierover het leerproces zou kunnen verbeteren.

Hoe kan u als stageleider de transfer van het geleerde verhogen?^{2,3}

- Bespreek verwachtingen over de verantwoordelijkheid voor transfer met je stagiaire
 - Verwacht hij/zij dat u initiatief neemt of neemt de stagiaire liever zelf het initiatief om bvb een bepaalde vaardigheid in te oefenen?
- Geef de student de kans om het geleerde toe te passen (zelf consultaties laten doen)
- Vraag wat studenten in de les leerden over een bepaalde topic (obv patiëntencontact)
- Vraag studenten om iets terug op te zoeken in hun cursus (indien nodig)
- Geef studenten feedback op de uitvoering van hun consultaties
- Toon betrokkenheid bij de stagetaken (wie weet heeft het ook een meerwaarde voor u?)
- Reflecteer samen met de student over:
 - moeilijkheden tijdens het toepassen van het geleerde
 - het mogelijke verschil tussen de les en de praktijk

Praktische uitkomst voor studenten?

Reflectie- en feedbackmomenten aan het einde van elke stageperiode waarin alle stagetaken worden besproken in een kleine groep van studenten en een docent.

Bedankt aan alle deelnemers voor hun inbreng.

Dit onderzoek verloopt in samenwerking met Prof. Dr. Ann Roex, Prof. Dr. Bert Aertgeerts, Prof. Geraldine Clarebout en Dr. Marc Van Nuland.

Referenties

- ¹ Blume BD, Ford JK, Baldwin TT, Huang JL. 2010. *Transfer of Training: A Meta-Analytic Review*. *J Manag* 36(4): 1065-1105.
- ² Burke LA, Hutchins HM. 2007. *Training Transfer: An Integrated Literature Review*. *Hum Res Devel Rev* 6: 263-296.
- ³ Govaerts N, Dochy F. 2014. *Disentangling the role of the supervisor in transfer of training*. *Educ Res Review* 12: 77-93.





Dr. Paul Cottenie

Wie is wie?

Jonge huisartsen

Waar hebben jonge huisartsen allemaal mee te maken? Hoe doen ze het in hun praktijk?

Deze editie is Dr. Cottenie aan de beurt! Dr. Cottenie is niet meer die piepjonge huisarts maar doet hierbij wel een oproep aan de jonge huisartsen!

Hoelang bent u al huisarts?

Ik ben huisarts sinds 1987 en heb mij onmiddellijk gevestigd in Koksijde-Bad. Ik was er 10 jaar jobstudent in de horeca, deed er ook ambulancedienst en de kust trok mij bijzonder aan.

Waarom heeft u voor de specialisatie Huisartsgeneeskunde gekozen?

Tijdens de laatste 2 jaar van mijn opleiding dacht ik eerst aan specialisaties als heelkunde, orthopedie en fysische geneeskunde doch het is uiteindelijk toch huisartsgeneeskunde geworden. Ik vind het contact met de patiënt in zijn totaliteit belangrijk. Er is enorm veel variatie in pathologie die we zien en zoals ik reeds vermeldde, had ik mijn zinnen gezet op de kust, waar ik me perfect zag werken als huisarts.

Voor welke praktijkvorm heeft u gekozen en waarom?

In 1987 ben ik begonnen in een solopraktijk. Doch de praktijk groeide en na 15 jaar ben ik blijven samenwerken met mijn haio waarmee het goed klikte. Intussen hebben we een nieuwe haio die zich perfect kan vinden in onze praktijk en die bij ons vast zal blijven werken. Sinds vorig jaar zijn we verhuisd naar een nieuwe praktijk met onthaalmedewerkster en we werken nu volledig op afspraak. De afspraken worden geregeld door de secretaresse en door een online-agendasysteem.

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

Een van de moeilijkste hindernissen die ik overwonnen heb, is het moment dat mijn praktijk zo druk werd dat het niet meer plezierig was om te werken. Op dat moment heb ik zelfs gedacht ermee te stoppen en een horecazaak te beginnen! Gelukkig heb ik

dat niet gedaan, ben ik beginnen denken aan samenwerken en zo de stap gezet om stagiairs en haio's op te leiden waaruit uiteindelijk een samenwerking voortvloeide.

Hoe ziet u de opleiding HA geneeskunde evolueren?

Er is een enorme evolutie sinds ik afgestudeerd ben. Na 7 jaar artsenopleiding mochten wij beginnen in eigen praktijk. Om de 14 dagen kregen we bijscholing van een stagemester die we ook konden bereiken om raad te vragen. Het invoeren van 2 haio jaren vind ik een heel goed systeem. De jonge artsen komen met veel pathologie in contact. Ze kunnen hun kennis toetsen en door de contacten die er zijn tussen de praktijkopleider en de haio op de werkplek, leren ze enorm veel bij. Het opleiden van een haio stimuleert ook de praktijkopleider om 'bij te blijven' wat zeker verrijkend is voor de ganse praktijk.

Vertelt u iets over de vraag naar jonge huisartsen in uw regio?

Onze huisartsenkring bestrijkt het gebied van de Westkust van Middelkerke tot in De Panne, over Veurne, Alveringem, Lo-Reninge tot in Diksmuide. Dus een grote regio. Sinds meerdere jaren stellen we vast dat er meer artsen verdwijnen dan dat er zich jonge artsen vestigen. Dat was aanvankelijk zo in Alveringem, Lo-Reninge, De Panne en nu recent ook in Veurne waar er eind vorig jaar op korte termijn 4 artsen zijn weggevallen. Om de weekendwachtproblematiek op te vangen hebben we met de kring een Huisartsenwachtpost opgericht. Die is gevestigd in Veurne en functioneert goed. Op huisbezoek wordt de arts vergezeld van een chauffeur, wat de veiligheid ten goede komt. In alle wachtdienstonderdelen van de kring bestaat er een georganiseerde weekwacht. Er is een Impulse I premie voor gans de regio, behalve Diksmuide. Er zijn samenwerkingsmogelijkheden met de reeds gevestigde collega's. We hebben een heel aangename en min of meer veilige regio om te werken. We hebben dus veel te bieden en toch vinden de jonge artsen de huisartsenarme plaatsen, nu in het bijzonder Veurne, in onze regio niet. Hopelijk kan dit schrijven daar verandering in brengen. Voor alle info: info@hijw.be.

Wie is dr. Cottenie buiten zijn praktijk? Hebt u nog andere mandaten? Hobby's?

Ik ben sinds 29 jaar gelukkig gehuwd en heb 2 zonen. Sinds 3 jaar ben ik voorzitter van de huisartsenkring 'Ijzestreek en Westkust'. Veel van mijn vrije tijd gaat dus in die kringwerking. Maar ik doe het graag en werk heel graag samen met de andere bestuursleden. Dat motiveert mij om dat voorlopig nog verder te doen. Ik probeer nog wat aan sport te doen, mountainbike op zondagvoormiddag. De rest van de vrije tijd breng ik door met mijn gezin. We houden van de zon en van een restaurantbezoek.

- 52 Huisartsenkring van Krugge en Omgeving
- 57 Huisartsen van 't Oosten van West-Vlaanderen
- 73 Huisartsenkring IJzeren-Ingelmunster-Lendelede
- 83 Huisartsenkring Zuid-West-Vlaanderen voor
- 98 Huisartsen Midden West-Vlaanderen
- 141 Huisartsen van de IJzestreek en Westkust
- 142 Huisartsen van Toemmen
- 151 Huisartsenkring Middenkust
- 157 Artsenkring Heiland
- 191 Huisartsenkring Wervik-geulve



Leuk nieuws

Het begon met een spotgoedkope vlucht naar Bogotá. We wisten zo goed als niets over Colombia, maar toch sprak het al een tijdje tot onze verbeelding. Waren het de tropische temperaturen van de Caraïbische kust? Die waren ons net iets té tropisch. De zwoele avonden met een soundtrack van salsa en reggaeton? Daar zijn we veel te bedeesd en houderig voor. Het duistere verleden van drugs en corruptie? Niet veel van gemerkt, behalve de vele militairen op de meest ondenkbare plaatsen. De adembenemende natuur, van ongerepte stranden tot weelderige brousse? Die stelde in ieder geval nooit teleur.



Elizabeth Bosselaers en Thomas

Tussen de bananenbomen op het Caraïbische platteland waan je je in Macondo, het geboortedorp van Gabriel García Márquez uit *Honderd jaar eenzaamheid*. Ook het kleurrijke, koloniale Cartagena oogt exact zoals Márquez het beschrijft in *Liefde in tijden van cholera*. In Colombia ontdek je pas echt wat magisch realisme is. In de *zona cafetera* (koffiestreek) is het landschap totaal verschillend: behalve de obligate bananenboom floreert er vooral de waxpalm, Colombia's nationale boom. Waxpalmen kunnen tot 60 meter hoog worden en sieren o.a. de indrukwekkende vallei van Cocora, een mooie wandelroute die eindigt bij een 'kolibrihotel'. Het hoogtepunt van onze reis was zonder twijfel de 4-daagse hike naar 'la ciudad perdida' ('de verloren stad'), midden in de Caraïbische jungle. Vergezeld van menig getrainde dertiger met hike-ervaring waren we al gauw de traagste *gringos* van de groep. Het was een pittige trip met veel hoogtemeters, in een broeierige, vochtige 35°. Af en toe konden we ons verfrissen in een natuurlijk poeltje. Slapen deden we er in hangmatten en douchen tussen de spinnen, die ik vrolijk in potjes duwde voor mijn vader, een fervent arachnoloog.

Colombia en haar bevolking zijn zo divers dat je er na 3 weken moeilijk een gefundeerd oordeel over kan vellen. De jachtigheid van Bogotá met zijn hardwerkende *bogotanos* staat in schril contrast met de gezapigheid van de Caraïbische kust. Grote etnische



Niño Cogui

verschillen zijn merkbaar tussen de 'moderne' latino's uit het binnenland, die veel aandacht besteden aan uiterlijk vertoon, en de creoolse bevolking aan de kust, die (over)leven op het ritme van de muziek. Medellín, de tweede grootste stad na Bogotá, oogt chaotisch, en de bevolking een tikkeltje marginaal. Het lijkt alsof het verleden er nog nazindert onder de *medellinenses*, als een soort erfelijke belasting (drugsbaron Pablo Escobar terroriseerde de stad jarenlang tot zijn dood in 1993, nvdr.). De meest authentieke Zuid-Amerikanen vind je in de koffiestreek: rasechte *gauchos* met dikke snorren, die nippen van een *aguardiente* (nationale sterke drank), kaarten of biljart spelen.

Het nationale gerecht bestaat uit een trio van zetmeel: een berg witte rijst, 1 of 2 aardappelen en een gefrituurde banaan. Dit vergezeld van kip of vis, en met wat geluk 1 blaadje sla. Een stalen maag is geen overbodige luxe, en fijnproevers blijven beter thuis. Een rit van enkele honderden kilometers neemt in Colombia al snel een 10-tal uur in beslag. Oorzaak: de kronkelige wegen dwars door de Andes, de files eigen aan het hoogseizoen (december-januari) en de algemene Colombiaanse inefficiëntie en inertie. Gelukkig onthaast je vanzelf zodra je een tijdje tussen die gemoedelijke *colombianos* vertoeft. En dan is er nog de Colombiaanse karigheid met informatie. De bus die stilvalt en vervolgens een uur in de blakke zon blijft staan met gesloten deuren? Geen probleem. Colombianen stellen geen vragen en redden zichzelf. Een bescheiden zucht van opluchting bij het herstarten van de motor, en klaar is kees. En wij maar tevergeefs wachten op een verklaring van de chauffeur.

Conclusie: een beetje meer traagheid en een beetje minder hoge verwachtingen zouden niet misstaan in onze dolgedraaide Westerse maatschappij. Viva Colombia!

Elizabeth Bosselaers

Ciudad Perdida



Cursiefje

“Van onze verslaggever ter plaatse”

Het is bekend dat Aziaten het moeilijk hebben met de uitspraak van het Engels, maar het blijft - telkens weer - grappig als je het met eigen oren mag meemaken.

Hier in Sapa, een dorp in Noord-Vietnam, leven meerdere “minorities” (er zijn er 54 in heel Vietnam). De H'mong-vrouwen lopen in traditionele klederdracht in heel het dorp rond, meestal per twee, om hun eigenhandig gemaakte spulletjes aan de man te brengen. Als ze tot gehoorsafstand genaderd zijn, zeggen ze “hallo si(r)” (de letters tussen haakjes worden niet uitgesproken, die moet je er als luisteraar zelf bij verzinnen). Dat is niet als begroeting bedoeld, maar om een verkoopproces op te starten. In het begin denk je “amai, die zijn vriendelijk” en je kijkt ze aan en beantwoordt hun groet. Helemaal fout, want dan gaat het verder in de zin van “whe(re are) you f(r)om”? Je blijft oogcontact houden en beantwoordt de vraag, terwijl ze intussen onmerkbaar de aan de man te brengen goederen uit het mandje halen dat ze steevast op hun rug dragen. En dan produceren ze het vreemde “shoppi(ng) si(r)?” en houden je iets voor ogen.

Dat doen ze allemaal zo, dus er zit een systeem achter. Ze vragen niet “have a look?” of “wanna buy?” - ze vragen “shopping?”. Iemand moet hen dat aangepraat hebben. Een soort communicatietrainer. Een soort betweter die redenen moet aangehaald hebben om het allemaal zo te doen en niet anders. Daar zijn die voor betaald: om te weten hoe het moet.

Naast dit standaard-ingredient, duiken er varianten op, waar ze vrijelijk kunnen uit plukken. Een manier van doen die communicatietrainers wel eens vaker bezigen. Naast het dictatoriale ele-

ment wordt een ander aangeboden om de pil beter ingeslikt te krijgen. Zo heb je “shoppi(ng) fo(r) me si(r)?” of ook “hello shoppi(ng) si(r)?” of de megamax: “shoppi(ng) o(n) me si(r)?”, soms ook gebracht als “shoppi(ng), wanna buy o(n) me si(r)?”. Afhankelijk van de dame in kwestie is dat dan gieren of slikken. Een mens mag er niet aan denken - als buitenlander mag je hier zelfs geen auto besturen.

Na de shopping-uitnodiging bestaat het spel er in om duidelijk te maken dat je dat niet wil. Je zou denken dat je dan “no thanks” zegt, maar zo simpel liggen de zaken niet. We hebben wat rondgetrokken in de regio en sommige van die H'mong-damesduo's volgen de toeristen de hele godganse dag, dus ook daar zit een systeem achter. Ze schatten hun kansen in. Ze voelen aarzeling. Een glimp van kooplust. Een zwevende dollar. Waarop baseren ze zich? Wanneer haken ze af? Kan het systeem gekraakt worden?

Hier kunnen diverse opties uitgetest worden, wat we ook deden. Minder oogcontact, niet antwoorden op de vragen, besluitvaardiger neen zeggen. Soms hielp het een beetje, soms ook niet. Maar we waren getuige van een interventie van een collega-zetla (of boizoi, vreemdeling) die duidelijk wist hoe het moest. Het bleek een kleine meta-communicatie die prompt en drastisch effectief was. Hij zei: “Sorry, we can have nice conversations the whole day if you like, no problem, but we will buy nothing, I mean really nothing, ok?”. Verbijsterd bleven ze aan de grond genageld staan. Dit onderdeel van de training hadden ze nog niet gehad. Er is nog werkgelegenheid voor communicatietrainers hier.

Jo Goedhuys na het werk op wandel in Vietnam.



Boekennieuws

Het Rosie project

is de debuutroman van de Australische schrijver Graeme Simsion, een bijzonder geestig boek over de lotgevallen van een autist op zoek naar een levenspartner.



Professor Don Tillman is docent genetica aan de universiteit. Hij is een briljant wetenschapper, maar in het sociale leven wat minder geslaagd. Don benadert alles heel rationeel en deelt zijn tijd iedere dag tot op de minuut in. Iedereen die hem kent weet dat hij het syndroom van Asperger heeft, alhoewel hij zelf niet zo ver is om dat toe te geven. Hij is gewoon een beetje anders dan de rest. Elke week eet hij bijvoorbeeld precies hetzelfde, waarvoor hij 8 redenen heeft. De belangrijkste is nog wel dat het koken op die manier zo weinig mogelijk 'cognitieve vaardigheden' vergt, zodat hij zijn hersenen voor belangrijkere zaken kan inzetten.

Zoals het oplossen van het 'echtgenote probleem'. Don ontwerpt een 16-pagina's lange lijst met vragen die potentiële partners moeten beantwoorden. Maar op een dag komt Rosie in zijn leven. Zij is in vrijwel alles het tegengestelde van de antwoorden die Don op zijn vragenlijst goed rekt. De man die niet in staat is om emoties te herkennen en op waarde te schatten, merkt ineens iets vreemds bij zichzelf.

Het leukste aan het boek zijn de nonchalante humoristische observaties en opmerkingen van Don, zoals bijvoorbeeld wanneer hij een van zijn dates ontmoet, die "had gekozen voor een jurk die lekker luchtig was en veel bloot toonde, een dubbel voordeel." Of zijn antwoord op de vraag of hij al eens seks heeft gehad: "Natuurlijk, alleen ik denk dat het toch wat ingewikkelder wordt wanneer je een tweede persoon toevoegt." Of de voorbereidingen (en de tegenstellingen tussen Don en Rosie hierin) voor een citytrip zijn hilarisch!

Een luchtig, ontspannend maar vooral grappig boekje!

ISBN 9021015722

Uitgeverij: [Luitingh-Sijthoff](#)

Marina Devis



Agenda

- 21.04.2016:** Voedselallergie bij kinderen
- 10.05.2016:** Labo update anno 2016
- 12.05.2016:** Pentalfa-sessie: Eetstoornissen
- 26.05.2016:** Referentiepersoon valpreventie
- 27.05.2016:** Lunchseminarie palliatieve zorg: rouwzorg
- 7.05.2016:** Lunchseminarie palliatieve zorg: medisch-ethische besluitvorming
- 19.05.2016:** Valpreventie bij thuiswonende ouderen
- 9 en 10/6.2016:** Leuvense dagen: Fysische geneeskunde en algologie
- 15.06.2016:** Wonca Europe, Kopenhagen
- 16.06.2016:** HIV-testing en opvolging in de huisartsenpraktijk

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



Daniel Blockmans

HANDBOEK SYSTEEMZIEKTEN
ISBN 978 94 6292 587 8 // Acco // 2016 // 200 blz. //
31,80-euro -15% → 27,03 euro



BRC & ERC

RICHTLIJNEN REANIMATIE 2015
ISBN 978 94 6292 581 6 // Acco // 2016 // 272 blz. //
20,00-euro -15% → 17,00 euro



Birgitte Schoenmakers, Jan De Leppeire & Bert Aertgeerts

PRAKTIJKMANAGEMENT
VOOR DE HUISARTS
ISBN 978 90 334 9351 5 // Acco // 2014 // 184 blz. //
37,10-euro -15% → 31,54 euro



Palliatief Support Team

PALLIATIEVE ZORG IN DE
PRAKTIJK
ZAKBOEKJE VOOR HULPVERLENERS
ISBN 978 90 334 9823 7 // Acco // 2014 // 200 blz. //
22,50-euro -15% → 19,13 euro



Angèle van de Ven & Lodewijk Schmit Jangbloed

HEEL DE DOKTER:
LEVEN EN WERKEN MET ZIN
ISBN 978 90 823 6480 4 // LSJ Medisch Projectbureau //
juni 2015 // 104 blz. // €14,95-euro -15% → 12,71 euro



Gavin Francis

AVONTUREN IN DE MENS
ISBN 978 90 571 2458 7 // Nieuwezijds b.v. // januari
2016 // 19,95-euro -15% → 16,92 euro



ZORGATLAS
DIABETES
HOE LEG JE EEN PATIËNT
BEGRIJPELIJK UIT WAT
DIABETES IS?

De *Zorgatlas Diabetes* is een praktisch hulpmiddel voor o.a. huisartsen, internisten, diabetesverpleegkundigen en diëtisten. Elk hoofdstuk heeft een aparte pagina voor de patiënt en een pagina voor de zorgverlener.

Ook de andere zorgatlassen in deze reeks (reumatologie, Dermatologie, longziekten) kunnen aan de speciale voorwaarden besteld worden!

ISBN 978 94 919 8408 2 // Esculaap Media B.V. // januari 2016 // 49 blz. //
49,95-euro -15% → 42,46 euro

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