



Contactblad ACHG

Contactblad van het Academisch Centrum voor Huisartsgeneeskunde van de K.U.Leuven

in de zijlijn

Editoriaal	1
CanMeds	2
Nieuw onderzoek	4
Constant Van de Wiel	5
Reflectie	6
Boekbespreking	7
Nieuws	7
Publicatie overzicht	8

In dit nummer

“Allerbeste wensen aan al onze trouwe lezers”, daar starten wij natuurlijk het januari nummer mee van jaargang 19.

Deelnemen aan de huisartsenopleiding lijkt meer en meer het criterium bij uitstek te worden om voor de kwaliteitsverzekering van het huisartsenwerk te zorgen. Via de opleiding en de contacten met stagiairs en hun leeragenda wordt de aandacht van de huisarts toegespitst op het verfijnen van de dagelijkse praktijkvoering. De opleidingscentra reiken ook heel wat materiaal en instrumenten aan om de huisartsen-opleiders in hun streven naar deskundigheidsbevordering bij te staan.

Het contactblad probeert hier om op eigen bescheiden wijze daar ook een bijdrage toe te leveren. Zo krijgt u een verhaal uit de internationale huisartsenwereld, een stukje over onderzoek waarbij collegae uit het eigen huis betrokken zijn, enkele praktijkbelevissen, een blik op recente vakliteratuur en een aanbod van collegae maakt ten slotte de acht bladzijden weer vol. Tenzij iemand ons tegenhoudt of betere voorstellen heeft, gaan wij met dit contactblad nog een tijdje door op voorstel van de nieuwe beleidsgroep. Persoonlijk kijk ik nog steeds verlangend uit naar de teksten en commentaarstukjes van ons gewaardeerd lezerspubliek, ik hou de elektronische postbus al in de gaten.

Dit contactblad is een uitgave van het Academisch Centrum voor Huisartsgeneeskunde

Algemene leiding:	Prof. Dr. B. Aertgeerts
Onderwijs:	Prof. Dr. J. Degryse
Intensieve trainingsweken:	Prof. Dr. J. Van Damme
Stageverantwoordelijke:	Prof. Dr. C. Geens, Prof. Dr. J. De Lepeleire
Onderzoek:	Prof. Dr. F. Buntinx
Permanente vorming:	Prof. Dr. D. Dewilde

Editoriaal :

Het hoofddoel bij het samenstellen van het contactblad is onze stageleiders op de hoogte te brengen van de algemene inhoud en organisatie van de basisopleiding tot arts aan de K.U.Leuven. Meer specifiek wensen wij informatie te geven over de bijdrage die de huisartsgeneeskunde daaraan levert. Hierbij gaat vooral aandacht naar de stage bij de huisartsen waar onze studenten kennis maken met de patiëntenzorg en met de huisartsgeneeskunde van vandaag.

Doorheen de meerdere jaren van de basisopleiding organiseren wij regelmatig praktijkstages om dat wij ervan overtuigd zijn dat alle aankomende artsen duidelijk zicht moeten krijgen op de functie en het werk van de huisarts, welke discipline zij later ook uitoefenen.

Het is dus in ons aller belang om vanuit de eigen afdeling, het ACHG, de huisartsstage in een zo positief mogelijk daglicht te stellen.

De kwaliteit van de stageplaatsen bepaalt voor een groot deel mee hoe studenten in de loop van de basisopleiding naar het huisartsvak kijken.

Van daar komt dus onze inzet om de stageleiders informatie

en instrumenten voor de opleiding aan te bieden om het stageverhaal zo attractief mogelijk in te kleuren.

Maar het is vooral met de stageleiders die tijdens het zevende jaar van de opleiding tot arts – tevens ook eerste jaar van de beroepsopleiding – als opleider actief zijn dat wij nauwe contacten wensen te maken om zo de perifere stageplaatsen ook een intrinsiek deel te laten uitmaken van de gehele opleiding tot huisarts.

Hier gaan wij er dus voor om ook een aanbod te doen om de kwaliteit van de zorg in de huisartsenpraktijk zo hoog mogelijk te krijgen.

Het contactblad is een van de wegen waarlangs wij alle collegae die dit wensen op de hoogte brengen van opleidingen, onderzoek, seminars en allerhande initiatieven die wij organiseren voor studenten, opleiders, stafleden, doctoraatsstudenten en alle geïnteresseerden die rechtstreeks of onrechtstreeks de kwaliteit van ons werk mee kunnen beïnvloeden.

Och, u moet het ons vergeven wanneer wij de huisartsgeneeskunde in Vlaanderen soms iets te positief voorstellen. Ook ons werk als stageleider durven wij nog al eens een mooier kleurtje meegeven dan dat er dit in werkelijkheid uitziet.

Toch nemen wij steeds onze verantwoordelijkheid op en besteden wij veel zorg aan ons aanbod voor de opleiding. Een groot deel daarvan is ook ontstaan uit de jarenlange ervaring van de kerngroep van onze opleiders die doorheen de jaren heel introspectief met het vak van opleider bezig waren.

Met de nieuwe concepten die onze stafleden ontwikkelen zetten wij verder de bakens uit om onze opleiding plaats en ruimte te geven binnen huisartsenland.

De stageleiders mogen er gerust in zijn dat ons aanbod strookt met de werkelijkheid van het beroep en dat opleiding geven best samenloopt met werken aan de kwaliteit van de eigen praktijk. Van de meerwaarde van opleiding geven voor het eigen arts zijn, moet niemand onze stageleiders of stafleden overtuigen. Maar het is en blijft natuurlijk een opdracht om jaar na jaar een of meerdere studenten in huis te halen en hen kennismaking te bieden, ervaring te laten opdoen en dus te laten oefenen "op het eigen patiëntenmateriaal". Omdat de meeste van onze stafleden zelf ook fervente stageleiders zijn mogen wij er gerust in zijn dat zij weten waar zij het over hebben wanneer zij ons op het terrein opdrachten aanbieden. Maar zij zijn zelf ook erg benieuwd naar de ervaringen van de perifere opleiders en wensen die dan ook zoveel mogelijk te gebruiken bij de verdere organisatie en uitbouw van de opleiding.

De stagiairs van het zevende jaar die nu driemaal twee weken in dezelfde praktijk verblijven, vormen een ideaal doorgeefluik dat best in beide richtingen kan werken waarbij de stageleiders bepalen wat zij al dan niet zelf

mee doorschuiven of aannemen. En de verhandelde koopwaar kan zowel slaan op onderwijskundige kennis of ervaring als op praktijkbelevissen, wetenschappelijke vragen of organisatorische problemen.

Wij wensen dus 'opleiding geven' en 'praktijkvoeren' heel erg te verstrengelen en de activiteiten op de stageplaatsen en binnen de Leuvense muren nauwer te laten samen lopen.

Het ACHG-CONTACTBLAD kan hier, naast de elektronische communicatiewegen en de regionale of centrale ontmoetingsmomenten, een bijdrage toe leveren.

Laat ons dus weten wat de wensen zijn en wij passen ons aanbod aan waar dit wenselijk, mogelijk en nodig is.

Chris Geens

De CanMeds rollen en de boom :

onze nieuwe emeritus aan het woord

Toen ik hoorde van Jan Heyrman dat hij me graag iets wou vertellen over de CanMeds rollen dacht ik, eerlijk gezegd in mijn onwetendheid eerder aan een nieuw soort dode zee rollen dan aan iets wat met geneeskunde te maken had. Het zal u niet verwonderen dat er veel meer achter dit begrip zit dan eerst gedacht. Het maandelijks onderonsje met mijn mentor ging immers over competentieterreinen in het vakgebied huisartsgeneeskunde.

Jan Heyrman: "We hebben in de gezondheidszorg heel lang gewerkt met begrippen als 1ste, 2de en 3de lijn. Het zijn nog altijd bruikbare termen om een coherent organisatieniveau te omschrijven. Om taken en terreinen in de zorg af te lijnen en te omschrijven worden ze steeds minder bruikbaar, zeker in een discussie of deze of gene klacht of ziekte nu best in de eerste of in de tweede lijn wordt behandeld. Deze terreindiscussie is steeds minder relevant en houdbaar omdat de gezondheidszorg op alle gebieden veel complexer is geworden. Het is bijvoorbeeld niet de bedoeling om depressies als territorium toe te wijzen aan de psychiaters en niet aan de huisartsen. Er moet veeleer gekeken worden welke competentie op elk moment van het ziekteverloop nodig is, en of de huisarts deze normaal gesproken in huis moet hebben, en wanneer bijkomende competentie als psychiater beter ingeschakeld wordt. Trouwens ook naar het moment waarop de competentie van de huisarts opnieuw volstaat om bijvoorbeeld de meer langlopende begeleiding of de nazorg over te nemen.

We moeten dus in plaats van de terreinen af te bakenen eerder de competenties afbakenen en definiëren. Op dat gebied is de laatste jaren heel wat werk geleverd en

zijn er een aantal boeiende initiatieven ontstaan om het vakgebied huisartsgeneeskunde te omschrijven.

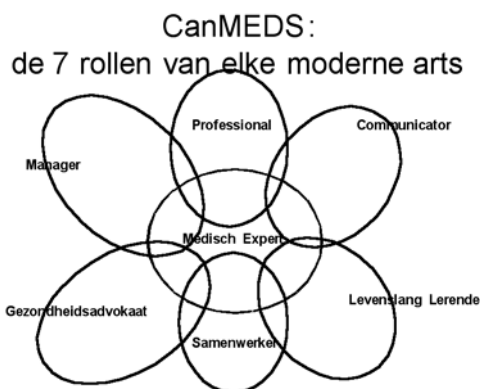
De "tree of wisdom" van de "The European definition of General Practice/ Family Medicine" en de daarvan afgeleide "EURACT Educational agenda is zo een mooi voorbeeld. De kerncompetenties, die elke arts die zich in Europa huisarts wil noemen, hebben worden daarin gesymboliseerd door een boom met 6 takken en 3 wortels die in zijn geheel vervat zit in een cirkel die de noodzaak tot integratie en synthese aangeeft.

Een eerste terrein is "primary care" dwz de vroege opvang van niet geselecteerde klachten gespreid over alle gezondheidsdomeinen maar ook samenwerking met alle disciplines uit de gezondheidszorg, het verwijzen naar de juiste instanties en hulpverleners en tenslotte moet de huisarts de advocaat zijn van de patiënt. Een tweede blad verwijst naar de persoonsgerichte zorg waarbij de huisarts rekening houdt en op de juiste manier communiceert met de patiënt in zijn geheel, in zijn sociale context maar ook in de context van het ganse systeem van de gezondheidszorg. Een volgend blad vraagt van de huisarts dat hij over de juiste probleemoplossende technieken beschikt zoals het juist gebruiken van technische hulpmiddelen, anamnestiche en klinische gegevens, maar hij moet ook urgenties onderkennen, de factor tijd beheersen en de manager zijn van de gezondheid van de patiënt. "Comprehensive approach" houdt in dat de huisarts kan omgaan met multipathologie, acute en chronische pathologie maar ook dat hij zorg draagt voor preventie in al zijn facetten, dat hij zowel (ver)zorgt als geneest en thuis is in de palliatieve zorg en revalidatie. De huisarts maakt ook deel uit van een lokale gemeenschap die bepaalde (on)mogelijkheden heeft waarmee hij rekening moet houden. Het laatste blad benadrukt de noodzaak om als huisarts een holistische aanpak te gebruiken die volgens het bio-psycho-sociaal model ook rekening houdt met culturele en existentiële dimensies. Om een goede boom te zijn, heb je ook stevige wortels nodig die vereisen een contextuele benadering, de juiste persoonlijke attitude en een wetenschappelijk onderbouwde traditie.

Als je de kerncompetenties voor het vak huisartsgeneeskunde hebt gedefinieerd kun je dit vertalen in opleidingsprogramma's en eindtermen die heel behaald moeten worden door iedereen die zich huisarts noemt, en moet blijven onderhouden worden door iedereen die zich huisarts wil blijven noemen. In het Vlaams interuniversitair specialisatieprogramma huisartsgeneeskunde wordt gewerkt aan het definiëren van 200 eindtermen. Vanuit eenzelfde logica zou het ook duidelijk kunnen worden gemaakt welke competenties de praktiserende huisarts moet blijven houden, als basis voor zijn permanente vorming.

Een tweede interessante benadering werd opgesteld

door de Canadian Medical Association die stelt dat elke moderne arts niet alleen de rol van medische expert moet aankunnen, Zeven rollen zouden in elke opleiding moeten aangeleerd worden. De centrale cirkel of rol toont aan dat de belangrijkste rol uiteraard de medische expertrol blijft, dat is duidelijk. Maar dat is niet de enige rol die een arts heeft en opleiding en bijscholing mogen zich niet alleen hierop toespitsen zoals in het verleden wel werd gedaan. Hierrond liggen nog 6 rollen die elk een raakvlak hebben met de centrale expertenrol: de arts als "communicator", "collaborator" waarmee de samenwerking met alle andere partners in de gezondheidszorg wordt bedoeld, "scholar" of omgaan met kennis en wetenschap zoals levenslang leren, "health advocate" of correct maatschappelijk handelen, "manager" of organisatie en tenslotte "professional" of professioneel handelen. Op deze manier wordt het vakmanschap op een andere manier ontleed en benoemd. Omdat dit model zo alles omvattend is, werd internationaal aan de basisopleiding geneeskunde gevraagd om te omschrijven op welke manier de garantie wordt geleverd dat alle aspecten van de verschillende rollen opgenomen zijn in het basiscurriculum. En aan elke specialisatie wordt gevraagd de accenten eigen aan het vakgebied hieraan toe te voegen. Ook Vlaanderen is hier ondertussen mee begonnen, en wil op deze manier de afstemming van de opleidingen garanderen."



Ik begrijp niet goed waarom men dan niet gewoon voor één model heeft gekozen?

Jan Heyrman: "De CanMeds geven de mogelijkheid om het geheel vakonafhankelijk te formuleren en dat is een groot voordeel. Er hangt ook heel duidelijk de boodschap naar alle vakspecialisaties aan vast dat het niet de bedoeling is om artsen door medische expertise in vakidioten om te vormen maar dat het draait om zorgverlening in al zijn aspecten. In de EURACT educational agenda wordt trouwens uitgetekend hoe de huisarts er aan denkt de Canmeds rollen in te vullen in de opleiding.

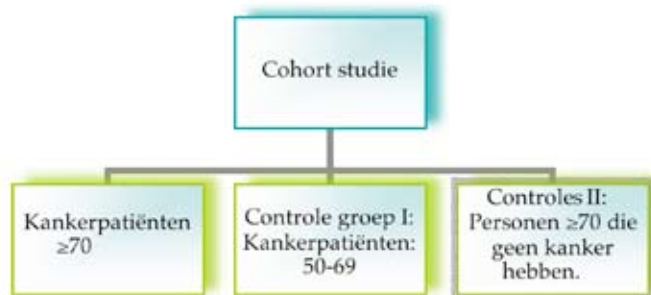
Bovendien bleek het ook wel nuttig de inhoud van het vakgebied vanuit verschillende invalshoeken te bekijken want zo ben je er zeker van dat er geen

competentierreinen vergeten worden. Zo is gebleken dat bij de vergelijking tussen de EURACT-boom en de CanMeds-rollen er twee aspecten zijn die zo specifiek huisarts gebonden zijn dat ze in de CanMeds-rollen gewoon niet aan bod gekomen. We hebben het over de integrale benadering van de patiënt volgens een bio-psycho-sociaal (holistic modelling) model en over het feit dat het voor een huisarts een essentieel aspect is om deel uit te maken van de lokale gemeenschap, het dorp of de stadsomgeving waarin ook de patiënt leeft. (community orientation). Dit zijn twee sleutelementen van het vak huisartsgeneeskunde, waar geen enkele andere specialist zich op toespitst. Dat is dan ook weer eens duidelijk..”

Marleen Brems

HOOFDOBJECTIEF VAN DE STUDIE

Bepalen welke factoren prognose beïnvloeden in de oudere kankerpatiënt.



Drie verschillende groepen zullen opgevolgd worden met name de oudere kanker patiënten en twee controle groepen (kankerpatiënten tussen 50 en 69 jaar en personen ouder dan 70 die geen kanker hebben). Van alle geïncludeerde personen zal het prescreenings-instrument, eventueel indien nodig de volledige geriatrische beoordeling, en relevante medische informatie genoteerd worden. Alle personen in de studie zullen op regelmatige basis opgevolgd worden (bij inclusie, na 6 maanden, en nadien jaarlijks).

OPDRACHTGEVER

De studie wordt uitgevoerd in opdracht van het Limburgs Oncologisch centrum en de Katholieke Universiteit Leuven en zal starten begin 2009.

Nieuw onderzoek in het ACHG

EEN PROSPECTIEVE STUDIE VAN DE OUDERE KANKERPATIËNT

ACHTERGROND

Er is een enorme toename van het aantal oudere patiënten met kanker. Daarenboven lijkt de gevoeligheid voor behandeling te verschillen voor ouderen en jongere patiënten. Sommige kankers zijn agressiever bij oudere dan bij jongere patiënten; andere worden minder agressief.

Net als de tumor moet worden beoordeeld, dienen klinici de functionele leeftijd van de patiënt te stagieren en te anticiperen op het functionele antwoord op de behandeling. De geriatrische- oncologische beoordeling bestaat naast een oncologische anamnese, uit een objectieve evaluatie van co-morbiditeit, functionele status, voedingsstatus en psychosociale status. Deze beoordeling kost bijzonder veel tijd en vraagt een grote inspanning van zowel de arts als de patiënt. Een alternatief is werken met twee stappen. Elke kankerpatiënt ouder dan 70 wordt dan gepre-screend door middel van een kort instrument. Bedoeling is om patiënten te identificeren die mogelijk “kwetsbaar” zijn en baat hebben van een volledige beoordeling.

VERMINDERT SELENIUM HET RISICO OP EEN RECIDIEF VAN EEN NIET- INVASIEVE BLAASKANKER?

ACHTERGROND

In Vlaanderen is blaaskanker de vierde meest voorkomende kanker bij mannen. Blaaskanker komt ruim vier keer meer voor bij mannen dan bij vrouwen en treft vooral mensen van boven de 60 jaar. De meest toegepaste behandelingen van blaaskanker zijn op dit moment een operatie, en/of bestraling en/of een behandeling met medicijnen. Bij een transurethrale resectie (of TUR) brengt de uroloog via een smalle buis een instrument in de blaasholte waarmee hij de tumor verwijdert. Deze zogenaamde endoscopische operatie wordt kan voldoende zijn bij oppervlakkige blaaskankers in een vroeg stadium. Om de kans op herval te verminderen, kan een aanvullende behandeling nodig zijn. Dat is meestal een blaasspoeling met geneesmiddelen (cytostatica - of BCG). Deze behandelingen zijn echter zeer vervelend en soms pijnlijk. Omdat blaaskanker vaak terug komt, dienen de behandelingen vaak herhaald te worden.

Het doel van chemopreventie is het voorkomen van de ontwikkeling of recidiveren van een tumor. Selenium is een essentieel sporelement voor de mens. Het zit vooral in vlees, gevogelte, vis, brood en granen. Echter, de beschikbare hoeveelheid in Europese bodem is laag. Verschillende studies uitgevoerd in het labo, hebben reeds aangetoond dat selenium mogelijk beschermend werkt tegen de ontwikkeling van kanker. Ook hebben een aantal studies aangetoond dat blaaskankerpatiënten een lager gehalte hebben van selenium in het bloed dan personen zonder blaaskanker.

DOEL VAN DE STUDIE

De studie wordt opgezet om te onderzoeken of een behandeling van drie jaar met selenium (bijkomend op de standaardbehandeling) het risico op een recidief van blaaskanker kan verminderen.

OPZET VAN DE STUDIE

Dit is een dubbelblinde, gerandomiseerde en gecontroleerde studie (RCT) waarbij alle geïncludeerde blaaskankerpatiënten behandeld zullen worden volgens het standaardprotocol. Verder zullen de deelnemers verdeeld worden in twee groepen: een placebogroep (450 patiënten), en een groep die dagelijks selenium zal nemen (naast de standaardtherapie) (eveneens 450 patiënten). De deelnemers zullen gedurende drie jaar gevolgd om het aantal recidieven van blaaskanker na te gaan. Verwacht wordt dat het risico op nevenwerkingen minimaal zal zijn; toch zullen de ongewenste effecten eveneens geregistreerd worden.

Eliane Kellen

Een leerstoel op naam is geen uitzondering in deze universiteit. Wel dat deze leerstoel naar onze afdeling is gegaan. De eerste leerstoel huisartsgeneeskunde in België. Het schept kansen om jonge mensen wetenschappelijk onderzoek te laten doen. U zal hier in de toekomst nog veel meer over horen. Over de persoon van Constant Van de Wiel, de voorganger van BV Rik Torfs, leest u hier een kort stukje.

Op woensdagavond, 22 augustus 2007 is Constant Van de Wiel overgestapt van tijd naar eeuwigheid.

Hij werd in november 1924 als oudste geboren in een gezin van vijf kinderen met een vader die wisselagent was en een zorgzame moeder in het gezin, wonend in het hart van het oude Antwerpen. Een stevige humanioravorming ontving hij in het St.-Jan Berchmanscollege, op loopafstand van zijn thuis gelegen. Zijn seminariejaren volbracht hij in het St.-Jozefseminarie en in het Groot Seminarie te Mechelen, waar de honderden priesterkandidaten van het zeer grote aartsbisdom in die dagen studeerden.

Na zijn priesterwijding in 1951 en studies in het kerkelijk recht kreeg hij diverse opdrachten als godsdienstleraar, enkele kortere vervangingen in parochies en een jaartje studie te Rome tussendoor. Rond zijn veertigste verjaardag kwamen zijn activiteiten op echte kruissnelheid. Als lid van de metropolitane rechtbank te Mechelen en als archivaris en kanselier heeft deze stille en bescheiden priester gedurende ruim 25 jaar zijn beste krachten aan het aartsbisdom gewijd, sinds 1974 gecombineerd met zijn lesopdracht kerkelijk recht te Leuven.

Constant Van de Wiel was een harde werker, stipt en zorgzaam in al wat hij deed, ontzettend bezorgd voor zijn studenten uit binnen- en buitenland. Studeren was zijn grote vreugde; zijn boeken waren zijn kostbaarste bezit.

Toch bleef hij op de eerste plaats een diepgelovige man, die zich heel goed voelde in de talrijke abdijen die hij zo vaak bezocht. Voortdurend bleef hij zoeken naar spirituele wijsheid om het transcendente beter te vatten, om wat van het mysterieuze te onthullen.

B. Aertgeerts

Stilte en Rust zijn de toegang tot gezondheid en welzijn

Ik ben half gelukkig

Wat maakt ons beroep als huisarts nu zo boeiend?

Wel, een van de redenen is waarschijnlijk dat wij ruim tijd kunnen besteden aan de contacten met onze patiënten, en dat wij zo van hen tijd krijgen voor onszelf.

Neem patiënt X die zich aanmeldt met algemeen onwel voelen en vandaag niet naar het werk is gegaan. Zoals steeds bij deze man loopt het contact goed en geven wij elkaar ruimte. Samen zijn wij het onmiddellijk eens dat hij de rest van de week thuis blijft en dat lichamelijk onderzoek bij deze vandaag eigenlijk niet nodig is. Niet nodig? Hoe kun je dit nu verkopen in een blad van een opleidingscentrum dat rond gaat bij studenten, opleiders, faculteit en alle Vlaamse en Nederlandse instituten?

O, ja, waarom geen onderzoek en toch ziekte verlof?

In de stilte en rust die wij verder tijdens het consult creëren ontstaat een intiem gesprek tussen arts en patiënt. De huisarts weet natuurlijk dat deze man van bijna 41 j. HIV positief is en samenwoont met een heer van 60 jaar oud. Toch verschiet ik even wanneer hij zegt dat hij al een kwarteeuw, 25 jaar geleden dus positief werd. Een koortsaanval of onverklaarde klacht maakt ons ook nu nog steeds ongerust en brengt ons bij elkaar rond zijn levensgeschiedenis. Voor hem is het duidelijk dat de huidige klacht niets ergs is en dat hij er met enkele dagen rust wel uit komt. Volgende week is er toch een van de regelmatige controles bij de specialist gepland. Wel maakt hij dankbaar gebruik van de geboden rust en ruimte om even luïdop verder te denken.

“Soms ben ik het echt beu” zegt hij, “Al is die medicatie wel eenvoudiger geworden en ik neem op dit ogenblik maar enkele pillen per dag meer .

De specialist die mij volgt had onlangs een voorstel om de behandeling tot één soort pil te reduceren. Ik was daar eigenlijk niet gelukkig mee. Dit is mijn ziekte, die ik nu meer dan 25 jaar meedraag. Eigenlijk ben ik die beu tot en met en toch is zij mij zo vertrouwd, is zij een deel van mezelf geworden en wil ik er eigenlijk niet vanaf.

Ik moet heus even nadenken of ik naar die nieuwe behandeling overga, ik ben dit nu zo gewoon.

Eigenlijk ben ik half gelukkig in het leven. Na deze lange ziekteperiode ben ik er nog steeds en mag ik mij tevreden achten, maar toch hangt er steeds een dreiging boven mijn hoofd.

En mijn familie is doorlopend ongerust. Telkens ik klachten heb denken zij dat de ziekte definitief gaat toeslaan en dat het einde in zicht is. Zelf denk ik dat ook soms ook wel.

En toch, er is steeds nieuwe medicatie en tot nu toe

reageer ik daar blijkbaar telkens weer goed op.

En mijn partner en mijn familie zijn zeer zorgzaam voor mij.

Toch ga ik nu terug in begeleiding bij mijn psycholoog denk ik. Ik verwaarloosde die de laatste maanden maar neem terug contact.”

Goed idee, zeg ik als huisarts, en verder weet je me wonen. Blijf best de twee komende weken thuis, dan zijn de feestdagen achter de rug en kun je het werk weer behoorlijk opnemen.

Ja, zegt onze patiënt/vriend, maar wij stoppen hier best de consultatie want er zit nog volk in de wachtzaal.

Geen idee van, repliceer ik.

Stilte en rust zijn zo belangrijk ook voor mij. Ik vergeet wachtzaal en uur en ik ben zelf tweemaal half gelukkig.

De volgende patiënt is een Spanjaard die hier al jaar en dag woont. Hij praat een behoorlijk mondje Frans en ook vlot Nederlands. Zijn dame die soms meekomt, heeft het moeilijker met talen en ik laat haar meestal in het Spaans vertellen. De man werkt om den brode in een bedrijf maar gaat eigenlijk meer op in zijn nevenactiviteiten: lessen in Flamenco gitaar, cursussen relaxatie volgen, enz. ...

Daarnaast vertelt hij ook het verhaal over zijn evolutie naar vegetariër. Niemand van mijn vroegere vrienden begrijpt hoe ik van carnivoor nu vegetariër werd. En toch, een Franse professor heeft mij dat uitgelegd: de mens staat hoger dan het dier, en het is zijn plicht om steeds hoger te geraken.

En dit kan je niet doen door lagere wezens op te peuzelen. Dus werd ik vegetariër.

Hij begrijpt dat ik dat ik dat allemaal niet goed volg, maar toch geeft hij mij een kans en het voordeel van de twijfel, misschien doe ik er wel iets mee, hoor ik hem denken.

Zelf heb ik een fijne collega huisarts, met diep Boeddhistisch geloof. Zij moet mij zeker deze aanpak nader kunnen verklaren.

Stilte en rust zullen ook hier weer gezondheid en welzijn tegemoet komen.

Of hoe huisartsen zichzelf genezen door voor anderen een goed huisarts te zijn....

Maar net vandaag lopen die Spanjaard zijn labo resultaten binnen: fel gestoorde levertesten, hoge sedimentatie en nog wat minder fraais!

Hier is de rust duidelijk verbroken en dringt de tijd voor gezondheid en welzijn.

Reflector

Dokteren met kwaliteit

Grouwels D, Seuntjens L, Vanden Bussche P. Standaard Uitgeverij.

Dokterenmetkwaliteitbiedteenschataanvoorbeelden entoeassingendieeenhuisartsenpraktijkwapenenop zelf kwaliteitsmanagement op te starten. De volgende thema's komen aan bod: kwaliteitsbevordering, zorg voor veiligheid en foutmanagement, projecten voor kwaliteitsverbetering, meten van kwaliteit, richtlijnen toepassen in de praktijk, zorg voor continue kwaliteit, overleg en kwaliteit en patiënten als partners in kwaliteit. De auteurs hebben ervoor gekozen om aspecten van samenwerking, vergaderen en evaluatie van medewerkers in dit boek te integreren omdat ze van oordeel zijn dat ze integraal deel uitmaken van de evaluatie en verbetering van de kwaliteit. Het boek richt zich in de eerste plaats op de actieve huisarts en op interne kwaliteitszorg. ISBN: 9789034192578



Nieuws

- Stefaan Bartholomeeusen, PhD sinds 5 november werd nu ook in de Kamer verkozen als plaatsvervangend lid in het Sectoraal comité van de sociale zekerheid en van de gezondheid. Op 16 december heeft hij de eed afgelegd als lid van het Sectoraal comité, in de ambtswoning van Herman Van Rompuy, toen nog voorzitter van de Kamer. Nadien was er een kleine receptie.
- Rudi Bruyninckx nam deel aan het EGPRN-congres te Budapest in oktober 2008.



EGPRN, Budapest, Octobre 2008.

- Met een beetje vertraging startte Karin Hannes van CEBAM haar detacheringsoopdracht in het Joanna Briggs Institute (JBI) te Adelaide, Australië. Zij zal er een jaar tewerkgesteld zijn in de collaboration support unit, waar ze auteurs van diverse JBI-entiteiten uit de hele wereld zal ondersteunen in het maken van systematische reviews van kwalitatief onderzoek. Zij zal tevens ingeschakeld worden voor het maken van 'best practice sheets' gebaseerd op systematische reviews en het ontwikkelen van trainingsprogramma's voor stafleden van de internationale collaborerende JBI-entiteiten. Neem alvast een kijkje op de JBI-website voor meer informatie over hun werkzaamheden.

1. Bartholomeeusen S, Vandenbroucke JP, Truyers C, Buntinx F. Trends in total cholesterol screening and in prescribing lipid-lowering drugs in general practice in the period 1994-2003. *BMC Fam Practice* 2008;39(9):1-8.
2. Bruyninckx R, Aertgeerts B, Bruyninckx P, Buntinx F. Signs and symptoms in diagnosing acute myocardial infarction and acute coronary syndrome: a diagnostic meta-analysis. *Br J Gen Pract* 2008;58:105-11.
3. Buffels J, Degryse J, Liistro G. Diagnostic certainty, comorbidity and medication in a primary care population with presumed airway obstruction: the didasco2 study. *Primary care respiratory journal* 2008;17(doi10 3132/pjrrj200800047).
4. de Jonge E, Cloes E, Op De Beeck L, Adriaens B, Lousbergh D, Orye G et al. A quasi-randomized trial on the effectiveness of an invitation letter to improve participation in a setting of opportunistic screening for cervical cancer. *Eur J Cancer Prev* 2008;17(3):238-42.
5. De Lepeleire J. Drempels in het zorgpad van de gerontopsychiatrische patiënt. *Tijdschrift voor Geneeskunde* 2008;64(4):181-5.
6. De Lepeleire J, Degryse J, Iliffe S., Mann E, Buntinx F. Family Physicians need easy instruments for frailty [letter to the editor]. *Age Ageing* 2008;37:484-5.
7. De Lepeleire J, Van Houdt S. Samenwerkingsinitiatieven thuiszorg. *Grote verscheidenheid onder dezelfde regelgeving. Huisarts Nu* 2008;37(2):70-5.
8. De Lepeleire J, Wind AW, Iliffe S., Moniz-Cook E, Wilcock J, Gonzalez VM et al. The primary care diagnosis of dementia in Europe: an analysis using multidisciplinary, multinational expert groups. *Ageing & mental health* 2008;12(5):568-76.
9. De Lepeleire J, Wind AW, Iliffe S, Moniz-Cook ED, Wilcock J, Gonzalez VM et al. The primary care diagnosis of dementia in Europe: an analysis using multidisciplinary, multinational expert groups. *Ageing Ment. Health* 2008;12(5):568-76.
10. Degryse J, De Lepeleire J, Southgate L, Vernooij-Dassen M, Gay B, Heyrman J. An evaluation of a computer based education program for the diagnosis and management of dementia in primary care. An international study of the transcultural adaptations necessary for European dissemination. *Medical Teacher* 2008;DOI:10 1080/01421590802331438.
11. Grouwels D, Seuntjens L, Vanden Bussche P. *Dokters met kwaliteit. Standaard uitgeverij*; 2008.
12. Hannes K, Norré D, Goedhuys J, Naert I, Aertgeerts B. Obstacles to implementing evidence-based dentistry: a focus group-based study. *Journal of Dental Education* 2008;72(6):736-44.
13. Hannes K, Pieters G, Simons W, Herman G, Aertgeerts B. Preliminaire bevindingen van focusgroeponderzoek over hinderpalen bij implementatie van evidence-based praktijkvoering in Vlaanderen. *Tijdschrift voor psychiatrie* 2008;50(6):345-52.
14. Heyrman J. Depressie. In: van Ree JW, de Vries MW, editors. *Psychiatrie*. Houten: Bohn, Stafleu, van Loghum; 2008. p. 85-109.
15. Kellen E, Vansant G, Christiaens MR, Neven P, Van Limbergen E. Lifestyle changes and breast cancer prognosis: a review. *Breast Cancer Res Treat* 2008;doi 10.1007/s10549-008-9990-8.
16. Kiemeny LA TS, Sulem P, Geller F, Aben KKH, Stacey SN, Gudmundsson J et al. Sequence variant on 8q24 confers susceptibility to urinary bladder cancer. *Nature Genetics* 2008;online 14/9/2008:1-6.
17. Mapatano MA, Muyer MC, Buntinx F, De Clerck M, Okitolonda W, Bieleli IA et al. Obesity in diabetic patients in Kinshasa, Democratic Republic of Congo. *Acta Clinica Belgica* 2008;62(5):293-7.
18. Misotten P, Squelard G, Ylieff M, Di Notte D, Paquay L, De Lepeleire J et al. Quality of life in older Belgian people: comparison between people with dementia, mild cognitive dementia, and controls. *Int J Geriatr Psychiatry* 2008.
19. Muyer MT, Muys E, Buntinx F, Mapatano MA, Bieleli EI, Okitolonda W. Le diabète sucré en Afrique (sub)saharienne, une revue systématique de la littérature. *Louvain Med* 2008;127(5):153-63.
20. Noyes J, Popay J, Pearson A, Hannes K, Booth A. Qualitative research and Cochrane Reviews. In: Higgins JPT, Green S, editors. *Cochrane handbook for Systematic Reviews of Interventions*. 2008.
21. Schermer T, Van Weel C, Barten F, Buffels J, Chavannes N, Kardas P et al. Prevention and management of chronic pulmonary disease (COPD) in primary care: position paper of the European forum for Primary care. *Quality in Primary Care* 2008;16:363-77.
22. Bruyninckx R, Van den Bruel A, Aertgeerts B, Van Casteren V en Buntinx F. Half of the patients with chest pain that are urgently referred are transported in unsafe conditions. *Eur J Emerg Med* 2008; 15(6): 330-33.
23. Bode T, De Lepeleire J. Benzodiazepinen afbouwen via de minimale interventiestrategie. Resultaten van een praktijkonderzoek bij patiënten jonger dan 75 jaar. *HANU* 2008; 37(10): 565-9.

Eindredactie: M. Devis, 016 33 74 93
 Hoofdredactie: C. Geens, 016 33 74 72/92
 Redactieraad: J. Degryse, P. De Cort, M. Brems
 Lay-out: Studio Dewit - Overijse
 Druk: B.W. Ijsedal - Overijse
 V.U.: B. Aertgeerts, Kapucijnenvoer 33 - Blok J - bus 7001 te 3000 Leuven
achg@med.kuleuven.ac.be www.achg.be