

Contactblad ACHG

KU LEUVEN

ACADEMISCH CENTRUM
HUISARTSGENEESKUNDE

Januari – Februari – Maart 2017

DRIEMAANDELIJKS TIJDSCHRIFT • JAARGANG 26 • NR. 2 • Afgiftekantoor: Leuven MassPost P911471

IN DIT NUMMER:

- Editoriaal1
- Onderzoek2
- Congreshoekje5
- Onderwijs6
- Leuk nieuws8
- Publicaties9
- Advertenties10

Een nieuw jaar, een nieuwe start? Zal de wereld er anders uitzien dan in 2016? Is de wereld veranderd na al de gebeurtenissen in 2016? Nochtans zegt de zoon van David in het oude testament: Nihil sub sole novum (Prediker 1:9). Het minste wat je kan zeggen is dat het een zeer bewogen jaar is geweest. Internationaal blijven de vele oorlogen ons ook hier beroeren, nationaal werden we geconfronteerd met terroristische aanslagen die nu echt werkelijkheid zijn in België.

Ook onze kleine afdeling gaat door een grote transitie. Er is een generatie die langzaam afscheid neemt en er staan veelbelovende mensen klaar om de fakkel over te nemen. Het is echter de combinatie van de oudere garde en de jonge wolven die nodig zal zijn om alle uitdagingen aan te pakken. We zijn nu echt gestart met het uittekenen van het nieuwe curriculum, de onderzoeksgroep maakt nieuwe innovatieve keuzes om internationaal zo hoog mogelijk te eindigen en ook ons postgraduaat onderwijs via e-learning willen we in 2017 uitrollen. Het vraagt veel van al onze mensen om met steeds veranderende inzichten en innovaties om te gaan.

Aan de start van een nieuw jaar wil ik hier toch ook graag afscheid nemen van Frank Buntinx. Hij heeft het onderzoek op onze afdeling groot gemaakt en ons internationaal op de kaart gezet. Dankzij Frank zijn we als groep in staat om nu een versnelling hoger te schakelen en een stap voorwaarts zetten. En dat gaan we ook doen. Dank je, Frank.

Ik wil bij de start van een nieuwe jaar u bedanken, voor het opleiden van onze studenten geneeskunde en huisartsgeneeskunde. Ik wil alle studenten bedanken die kiezen voor huisartsgeneeskunde. Ik wil alle andere studenten bedanken. Ik wil alle mensen van het ACHG bedanken voor hun inzet, intellect en gedrevenheid.

Ik wens u een warm nest in 2017.

Bert Aertgeerts



Editoriaal



Afscheid van een hoogleraar Emertiaatsviering Frank Buntinx



werkbazen, promovendi, collega's en de Vlaamse Minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin die ieder vanuit hun perspectief herinneringen ophaalden aan de samenwerking met Frank. Dit geeft het beeld van een vasthoudende, deskundige en een beetje eigenwijze wetenschapper maar altijd in combinatie met veel praktijkwerk als huisarts in Maasmechelen. Als mentor heeft hij veel jonge onderzoekers naar een hoger niveau gebracht met veel warmte, motivatie, gastvrijheid en gedrevenheid.

Ik denk dat ik namens alle Leuvense en Maastrichtse collega's Frank van harte een fijne periode na het emeritaat toe mag wensen, met tijd voor familie, lekker koken, Italiaans leren en filosoferen. Maar dat we ook nog een beetje rekenen op zijn doorlopende betrokkenheid bij het Nederlandse en Vlaamse huisartsgeneeskundig onderzoek!

*Marjan van den Akker,
Universitair Hoofddocent Maastricht en Leuven*

Op vrijdag 14 oktober jl. heeft Frank Buntinx officieel afscheid genomen als hoogleraar Huisartsgeneeskunde bij zowel de Maastrichtse als de Leuvense vakgroep. De bijeenkomst vond plaats in het sfeervolle Leuvense Groot Begijnhof.

Tijdens het korte symposium met presentaties van prof. Carl Moons (Utrecht) en emeritus hoogleraar David Mant (Oxford) werd het wetenschappelijke en huisartsgeneeskundige belang van het grote aantal diagnostische studies waar Frank bij betrokken is geweest duidelijk. Van de in totaal bijna 300 internationale publicaties heeft bijna de helft betrekking op diagnostische vragen en studies. De andere publicaties laten de lezer alle hoeken van de huisartsgeneeskunde zien.

Daarna volgde het ceremoniële deel. Ook hier een bont palet van



Bloedtest door huisarts spoort ernstige infecties bij kinderen sneller op



Jan Verbakel, doctoreerde aan het ACHG over ernstige infecties bij kinderen en kreeg begin oktober welverdiende media aandacht in verschillende kranten en het VRT-nieuws naar aanleiding van zijn laatste publicatie. Hieronder lees je het persbericht.

06 OKT 16. Met een eenvoudige beslissingsprocedure en een vingerprik om bloed te testen kan een huisarts nu snel ernstige infecties bij kinderen opsporen. Zo voorkom

je dat ernstige zieke kinderen pas later tijdens een ziekenhuisopname deze diagnose krijgen, wat mogelijk fataal kan zijn. Tegelijk vermijd je dat minder ernstige gevallen onterecht worden doorverwezen. Dat blijkt uit een studie door een team medici van de KU Leuven, in samenwerking met UGent en University of Oxford.

Ernstige infecties - zoals een hersenvlies-, long-, nierbekken- en botontsteking of een bedreigende huidontsteking - vertonen in de beginfase symptomen die gelijkaardig zijn aan die van meer alledaagse virale infecties; ze komen ook zeer weinig voor. “Daardoor blijven ernstige infecties te lang onder de radar bij huisartsen. We vroegen ons af hoe sneltesten daarbij kunnen helpen”, vertelt Jan Verbakel, huisarts en postdoctoraal onderzoeker aan de Faculteit Geneeskunde van de KU Leuven.

Testen worden tot nu toe met mondjesmaat gebruikt in het kabinet van de huisarts: “Het is vaak complex, duur en vooral traag: het resultaat van het laboratorium laat meestal een paar dagen op zich wachten. Maar sinds kort zijn er verschillende sneltesten op de markt, waarbij je het resultaat nog tijdens de consultatie kan aflezen. Voor ernstige infecties is de CRP-sneltest via een vingerprik interessant. Je meet dan het niveau van het C-reactieve proteïne (CRP) in een bloeddruppel: de concentratie van dat eiwit stijgt in reactie op een ziekteverwekker.”

Uit een onderzoek met meer dan 3.100 zieke kinderen over heel Vlaanderen gedurende een jaar bleek dat 5 milligram CRP per liter bloed een goede drempelwaarde is om ernstige infecties uit te sluiten, maar enkel nadat de huisarts een klinische evaluatie - van de symptomen en de vitale functies - heeft uitgevoerd. “Een CRP-sneltest kan de huisarts niet vervangen. Heeft de huisarts het gevoel dat er iets niet pluis is, is het kind kortademig of heeft het koorts hoger dan 40 graden? Als het antwoord op 1 van deze 3 vragen ja is, heeft de CRP-sneltest zin. Uit onze studie bleek dat met die procedure alle ernstige gevallen bij het eerste bezoek aan de huisarts werden opgemerkt. Maar alle zieke kinderen testen is dus niet nodig.”

“Dankzij de combinatie van een klinisch onderzoek van de patiënt

en dan eventueel een CRP-sneltest kan een huisarts sneller en objectiever ernstige infecties opsporen. En bij de minder ernstige zieke kinderen vermijd je overbodige doorverwijzingen en onnodige ongerustheid. De CRP-sneltest heeft zijn rol in het huisartsenkabinet, al moet die wel gericht worden toegepast”, besluit Verbakel.

Contactpersoon:

Dr. Jan Verbakel, KU Leuven, Faculteit Geneeskunde en University of Oxford, Nuffield Department of Primary Care Health Sciences

Meer informatie:

De volledige tekst van de studie “Should all acutely ill children in primary care be tested with point-of-care CRP: a cluster randomised trial” door Jan Y. Verbakel, Marieke B. Lemiengre, Tine De Burghgraeve, An De Sutter, Bert Aertgeerts, Bethany Shinkins, Rafael Perera, David Mant, Ann Van den Bruel, Frank Buntinx is vanaf 6 oktober beschikbaar op de website van BMC Medicine: <http://bmcmmedicine.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12916-016-0679-2>

De Ernie2-studie werd gefinancierd door het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV) en het Fonds voor Wetenschappelijk Onderzoek - Vlaanderen (FWO) en is een samenwerkingsverband tussen de KU Leuven, UGent, UZ Leuven, UZ Gent, kinderartsen verbonden aan verschillende Vlaamse ziekenhuizen en huisartsen over heel Vlaanderen (www.earnie2.be).



Gezondheid en Wetenschap

www.gezondheidenwetenschap.be

Doet een blokje om gaan na het eten wonderen voor diabetici?

In het nieuws

Een ommetje van 10 minuten na iedere maaltijd heeft meer effect op de bloedsuikerspiegel dan één wandeling van een half uur. Dat is nu ook wetenschappelijk bewezen.

Waar komt dit nieuws vandaan?

Lichaamsbeweging is belangrijk voor mensen met diabetes type 2: het helpt de bloedsuikerspiegel onder controle te houden. Wetenschappers uit Nieuw-Zeeland wilden weten of een kort wandelnetje na iedere maaltijd meer effect heeft op de bloedsuikerspiegel dan één wandeling van een half uur per dag (1). Om dat te onderzoeken zetten ze een studie op met 41 volwassenen van gemiddelde leeftijd 60 jaar die minstens 10 jaar diabetes type 2 hadden. De deelnemers werden willekeurig in twee groepen verdeeld. Groep 1 wandelde gedurende 14 dagen 30 minuten per dag en groep 2 wandelde gedurende dezelfde periode na iedere maaltijd 10 minuten, dus 3 keer per dag. Na een rustperiode van 30 dagen keerden de rollen om: groep 1 wandelde 3 keer 10 minuten na iedere maaltijd en groep 2 maakte een wandeling van een half uur per dag. Van alle deelnemers werden de bloedsuikerspiegels nauwkeurig opgevolgd. De activiteiten werden gecontroleerd met een app.

De onderzoekers stelden vast dat een korte wandeling na iedere maaltijd meer effect heeft op de bloedsuikerspiegel dan een half uur wandelen per dag. Na iedere maaltijd was de bloedsuikerspiegel gemiddeld 12% lager. Het effect was het grootst na het avondmaal: gemiddeld 22% lager.

De onderzoekers besluiten dat mensen met diabetes type 2 best worden aangemoedigd om een kort ommetje te maken na iedere maaltijd: mogelijk hebben ze op termijn minder nood aan insuline en andere diabetesmedicatie.

Bron

(1) Reynolds AN, Mann JI, Sheila Williams S, et al. Advice to walk after meals is more effective for lowering postprandial glycaemia in type 2 diabetes mellitus than advice that does not specify timing: a randomised crossover study. Published online on October 17 2016.

Hoe moeten we dit nieuws interpreteren?

Deze goed uitgevoerde studie vindt een bescheiden gunstiger effect op de bloedsuikerspiegel wanneer mensen met diabetes meteen na het eten een korte wandeling maken in plaats van los van de maaltijden een half uur te wandelen. Of een blokje om lopen ook helpt om het risico op diabetes te verminderen, is niet bekend. Evenmin is duidelijk of dit gunstig effect ertoe leidt dat mensen minder insuline of andere medicijnen nodig hebben op termijn. De onderzoekers geven ook geen verklaring voor dit effect.

Conclusie

Bewegen is een goede manier om de bloedsuikerspiegel van mensen met diabetes type 2 onder controle te houden. In deze studie stelde men vast dat het effect iets groter is wanneer men na iedere maaltijd 10 minuutjes gaat wandelen in plaats van een dagelijkse wandeling te maken van een half uur. Of dit verschil groot genoeg is om enige impact te hebben op de nood aan medicatie of het voorkomen van complicaties, is niet bekend. Het belangrijkste is dat men voldoende beweegt.

Referenties

<http://www.nhs.uk/news/2016/10October/Pages/A-ten-minute-walk-after-every-meal-effective-at-controlling-diabetes.aspx>



Congreshoekje

Op uitnodiging van de afdeling Huisartsgeneeskunde van de Mechnikov University of St Petersburg, waren Jan Degryse, Ann Roex en ondergetekende aanwezig op een academisch congres voor huisartsen-opleiders en academici. Boeiend, alleen al omdat alle Russische deelstaten vertegenwoordigd waren. Huisartsgeneeskunde is in de Russische Federale staten vaak nog het stiefkindje tussen de andere specialismen. De huisarts is er de basisarts in de polikliniek die zorgt voor triage en verwijzing. Zowel in het werkveld als in de academische wereld is de discipline dus nog in weinig opzichten vergelijkbaar met de moderne manier van huisartsgeneeskundig werken en denken. Aan de universiteit van St Petersburg bestaat wel al een lange traditie van huisartsgeneeskundig onderwijs. Zij hebben ingezet op het ontwikkelen en uitrollen van een opleiding volgens de moderne onderwijskundige, wetenschappelijke en terrein-inzichten. De overheid probeert bovendien huisartsgeneeskunde aantrekkelijk te maken voor andere arts-specialisten door financiële impulsen (die dermate groot zijn dat er nu een instroom is van neurochirurgen, cardiologen, orthopedisten etc). Toch kiest nog minder dan 10 % van de studenten voor huisartsgeneeskunde.

Het congres kreeg de veelbelovende titel 'Clinical guidelines as a basis for GP clinical practice'. Jan Degryse sprak over het belang van kritisch lezen en het opzetten van EBM-lertrajecten doorheen de ganse opleiding. Ik probeerde de impact van een goede communicatie op de kwaliteit van zorg op micro-, meso- en macroniveau aan te tonen. De vele Russische sprekers zoomden vooral in op hoe huisartsgeneeskunde gestalte

krijgt in hun land, hoe het onderwijs zich ontwikkelt, hoe de overheid inzet op huisartsgeneeskunde en welke initiatieven er genomen worden om van huisartsgeneeskunde een volwaardige academische en wetenschappelijke discipline te maken.

We hoorden sprekers uit Dagestan, Wit-Rusland, Kirgizië, Oekraïne, Kazachstan, ... en noteerden één grote nood: ondersteuning van de opleiding. We hebben in samenwerking met de Mechnikov University al een tijdje een project in de steigers staan: 'Communication training in family medicine: crossing borders in language and teaching'. Dit project moet de Russische collega's ondersteunen in het ontwikkelen en uitrollen van een leertraject in communicatie- en consultatievaardigheden. In het project is zowel logistieke als inhoudelijke ondersteuning voorzien: van het maken van video-consultaties in het Russische (met eigen Russische patiënten en HAIO's!) tot het ontsluiten van een databank met cursusmateriaal en sleutelreferenties en het opstellen van tutorials. Dit project heeft ook als doel om de internationale inwisselbaarheid van onderwijsprogramma's en strategieën te onderzoeken.

Omdat de Russische Federatie natuurlijk ontzettend groot is en één taal hanteert, spreekt het voor zich dat we materiaal kunnen ontwikkelen en beschikbaar maken voor een groter doelpubliek. We zijn op zoek naar het meest geschikte medium om dit te kunnen realiseren. Wordt vervolgd!

Birgitte Schoenmakers en Ann Roex



Wie is wie?

Jonge huisartsen

Waar hebben jonge huisartsen allemaal mee te maken?

Hoe doen ze het in hun praktijk?

Deze editie is Evelien Lenaerts van de Universitaire Groepspraktijk in Leuven aan de beurt!

Hoelang bent u al huisarts?

In 2010 studeerde ik af als basisarts. Na mijn HAIO opleiding in een groepspraktijk in Leuven en bij een solo-arts in Erps-Kwerps, werd ik in 2012 huisarts.

Waarom heeft u voor de specialisatie Huisartsgeneeskunde gekozen?

Omdat dit een diverse discipline is, waarin je zowel op klinisch, wetenschappelijk, als op menselijk vlak steeds opnieuw uitgedaagd wordt. Daarnaast kan je je binnen de huisartsgeneeskunde verdiepen in bepaalde deelaspecten, zonder daarbij voeling te verliezen met de algemene geneeskunde. Tenslotte blijf je de klacht van de patiënt benaderen binnen zijn functioneren als mens, in zijn systeem, op zijn levensweg, binnen zijn context. Dit is een boeiende benadering.

Voor welke praktijkvorm heeft u gekozen en waarom?

Ik koos ervoor om in een grote groepspraktijk te werken. De samenwerking met collega's, inclusief psycholoog, kinderpsycholoog en vroedvrouw, verrijkt het dagelijkse werk. De praktijkorganisatie maakt het mogelijk om naast het strikte praktijkwerk ook andere uitdagingen aan te gaan (onderwijs, onderzoek... en moederschap!)

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

Een boeiende anekdote kan ik mij niet meteen voor de geest halen. Dat wil uiteraard niet zeggen dat het werk niet leuk of soms



Ik en mijn 'hobbies'



moelijk is! Ik word vaak geraakt door wat ik zie en voel gebeuren: de verschillen tussen mensen, hun context, hun lijden, hun sterktes en zwaktes, hun veerkracht... Ik heb heel regelmatig het gevoel dat in het kabinet of op huisbezoek zeer waardevolle dingen gebeuren, waar ik getuige en mede-speler van mag zijn. Het is een unieke positie die je als huisarts krijgt, waar ik met veel zorg mee wil blijven omgaan.

Hoe ziet u de opleiding HA geneeskunde evolueren?

De huidige opleiding is al heel doordacht en divers, in tegenstelling tot wat ik zie bij bepaalde specialisatie opleidingen. Ik hoop dat er naast strikte klinische bagage ook voldoende aandacht blijft voor de maatschappelijke rol van de huisarts, de samenwerking met andere zorgverleners binnen de eerste lijn en met specialisten die zich steeds verder specialiseren, de groeiende mogelijkheden qua technisch onderzoek, en de uitdaging van de budgettaire beperkingen die hiermee samengaan. Hopelijk zullen geleidelijk meer en meer mensen overtuigd zijn van het feit dat huisartsgeneeskunde een specialistische discipline is zoals vele andere richtingen. En dat hierin geïnvesteerd moet worden. Geld zal er altijd wel te kort zijn, maar enthousiasme en goede wil hopelijk niet!

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

Buiten de zorg voor patiënten, engageer ik mij ook voor een deel binnen de opleiding geneeskunde. De interactie met studenten vind ik heel inspirerend. Maar mijn belangrijkste andere mandaat krijg ik van mijn dochters (3 en 4 jaar). Zij zijn dan ook mijn voornaamste hobby! En in april 2017 wordt deze hobby nog uitgebreid;-)

e-learning EBMPracticeNet

Ongetwijfeld vind je het als zorgverlener belangrijk om, in overleg met je patiënt, voor een behandeling te kiezen waarvan het effect bewezen is. Een correcte, wetenschappelijke onderbouwde diagnose stellen tijdens de consultatie is niet altijd evident. Hoe kan je snel in de informatiejungle relevante Evidence-based informatie terugvinden zonder je patiënt te laten wachten?



EBMPracticeNet is jouw ondersteunende tool. Deze nationale website bevat compacte, snel raadpleegbare **klinische praktijkrichtlijnen** in het Nederlands en in het Frans om jou te ondersteunen in de dagelijkse klinische praktijk. Dit project is mogelijk gemaakt door het **Riziv** en de input komt vanuit de samenwerking tussen verschillende Belgische producenten en verspreiders van EBM informatie zoals Domus Medica, SSMG, Cebam, Minerva, Farmaka, BAPCOC en veel meer. Momenteel omvat EBMPracticeNet bijna de volledige eerstelijnszorg en blijft het platform verder groeien. Alle Belgi-

sche richtlijnen zijn gevalideerd door **CEBAM**, het Belgisch Centrum voor Evidence-Based Medicine. Vertalingen van buitenlandse, internationaal geaccrediteerde richtlijnen vullen deze verzameling aan: de EBM Guidelines van de Finse wetenschappelijke artsvereniging Duodecim. Deze richtlijnen werden formeel geaccrediteerd door het Britse gezondheidszorgstelsel NHS en zijn al dan niet aangepast aan de Belgische zorgcontext. Deze richtlijnen worden aangepast aan de Belgische zorgcontext.

Naast de richtlijnen, vind je er ook korte **evidence summaries**. Dit zijn beknopte samenvattingen van wetenschappelijk bewijsmateriaal, opgesteld op basis van een systematische literatuurstudie of 'systematic review'. De summaries op EBMPracticeNet zijn in het Engels en kan je op dit moment enkel opzoeken via Engelse zoektermen. EBMPracticeNet bevat eveneens een **uitgebreide**

collectie foto's, video- en audiomateriaal. Het format van EBMPracticeNet is ontworpen om zo bondig mogelijk de informatie weer te geven. Wil je toch de achterliggende literatuur raadplegen dan klik je op de knop 'CDLH' onderaan bij de referenties en via een **koppeling met de Cebam Digital Library for Health** (www.cdlh.be) kan je het artikel full-text lezen. Klik je bovenaan de richtlijn op 'patiënt info', dan kan je via een koppeling naar www.gezondheidenwetenschap.be dezelfde **richtlijn op patiëntenniveau** raadplegen, afdrukken en meegeven met je patiënt.



EBMPracticeNet met één muisklik raadplegen vanuit jouw Elektronisch Medisch Dossier? Vanuit de hoofddiagnose kan je de bijhorende richtlijn opvragen via een koppeling met de **CEBAM evidence linker**. Daarnaast werkt EBMPracticeNet ook aan een **systeem voor elektronische beslissingsondersteuning**. Patiëntengegevens zoals medicatielijsten, labowaarden, risicofactoren, etc. worden geanalyseerd in het elektronisch medisch dossier en zullen op het moment van de zorgverlening aanbevelingen tonen.

Dit alles maakt van EBMPracticeNet een uniek platform in de wereld. Je kan er gratis gebruik van maken maar **registreren met eID is verplicht**. Net als andere overheidstoepassingen zoals taxon-web, student@work, vaccinet, etc. verloopt het aanmelden via eHealth. Hiervoor moet je software downloaden die je eID kan lezen <http://eid.belgium.be/nl>. Je kan rechtstreeks aanmelden met kaartlezer, eID en pincode. Je kan ook aanmelden met een gebruikersnaam en wachtwoord maar opgelet: hiervoor moet je eerst éénmalig op de website van de overheid CSAM jouw gebruikersnaam en wachtwoord aanmaken of wijzigen met behulp van je kaartlezer, eID en pincode via <https://iamapps.belgium.be>.



Ga snel naar www.ebmpracticenet.be om het uit te proberen. Ontdek ook de **elearning van EBMPracticeNet**. Doorloop **1 uur** de elearning van EBMPracticeNet en krijg **1 accrediteringspunt** van het RIZIV in de rubriek 'ethiek en economie'. Om de accreditering van het RIZIV te krijgen, moet je op de elearning-omgeving van het RIZIV aanmelden met je eID! Toegang zonder eID is mogelijk door een persoonlijke login te maken. Na het beëindigen van de elearning kan je dan een attest verkrijgen maar dit is niet geldig voor accreditering.

Ga naar de elearning van EBMPracticeNet via www.riziv-elearning.be

- * Klik op de subtitel 'Hoe krijgt u toegang tot onze bibliotheek?'
- * Maak je keuze en klik op 'toegang met eID' of 'toegang zonder eID'
- * selecteer in de 'catalogus' de elearning van EBMPracticeNet en klik op 'registreer'. Daarna verschijnt ze in de lijst onder 'mijn cursussen' en kan je de elearning starten. Ben je reeds gestart aan de elearning, dan kan je ze meteen onder 'mijn cursussen'



verder afwerken. **Opgelet:** om je accreditering of attest te verkrijgen, registreert de elearning-omgeving de tijdsduur waarop je actief bent. Sluit de website dus niet als je op EBMPracticeNet inlogt om de opdrachten te maken.

Leuk nieuws



Walter Renier, huisarts in Sint-Jans-Molenbeek en medewerker aan het ACHG werd benoemd tot fellow of the ERC tijdens het ERRC congres in Reykjavik op 25/09/2016.

"FERC stands for: Fellows of the European Resuscitation Council. They are recognised as the core group of ERC experts. ERC introduced the status of FERC in 2009, to recogni-

ze its most prominent members who have demonstrated evidence of sustained leadership and contributions to resuscitation medicine through practice, research, education or care of patients.

The Fellowship of the European Resuscitation Council is an internationally recognized and prestigious position, confirmed by the FERC diploma, for excelling members with a deep commitment for and knowledge of resuscitation medicine."



Recente publicaties aan het ACHG

Smeets M, Degryse J, Janssens S, Mathei C, Wallemacq P, Vanoverschelde JL, Aertgeerts B, Vaes B. Diagnostic rules and algorithms for the diagnosis of non-acute heart failure in patients 80 years of age and older: a diagnostic accuracy and validation study. *BMJ Open*. 2016 Oct 6; 6 (10):e012888.

In ons artikel vergelijken we de diagnostische waarde van 4 algoritmes om de diagnose van hartfalen bij patiënten ouder dan 80 te stellen. Daarnaast bestudeerden we ook de prognostische waarde van deze algoritmes. In alle algoritmes spelen natriuretische peptiden een belangrijke rol maar er zijn verschillen in gebruikte afkapwaarden en deze worden al dan niet gecombineerd met anamnestiche en klinische gegevens.

We konden besluiten dat geen enkel algoritme ideale diagnostische eigenschappen heeft. Het diagnostisch algoritme van de European Society of Cardiology (NT-proBNP \geq 125ng/mL) was het meest sensitieve algoritme (sensitiviteit 92%) maar leidde ook tot veel (onnodige) verwijzingen (191/365 patiënten). De diagnostische regel van Oudejans et al (NT-proBNP \geq 400 ng/mL) had een veel lagere sensitiviteit van 74% maar wel een hogere specificiteit (73%) waardoor er veel minder patiënten verwezen moesten worden (78/365). De verschillen tussen deze twee algoritmes konden herleid worden tot een verschil in NT-proBNP afkapwaarde (125 ng/mL vs 400 ng/mL) Alle algoritmes waren goed geplaatst om mortaliteit te voorspellen.

Van Pottelbergh G, Claes K, Lauwerier E, Vandamme A, Goderis G. Waar staan we na vijf jaar zorgtrajecten chronische nierinsufficiëntie? *TvG* 2016; 72(22): 1292-6.

In dit artikel worden de Belgische zorgtrajecten voor patiënten met chronische nierinsufficiëntie (CNI) onder de loep genomen. Vertrekkende van nationale studies en rapporten en internationale publicaties worden suggesties voor verbetering geformuleerd. De voornaamste suggesties tot verbetering zijn om beter te definiëren welke uitkomstparameters er gebruikt zullen worden om het effect van deze zorgtrajecten te evalueren, de toename van het „empowerment” van patiënten met CNI te voorzien binnen deze trajecten en meer onderzoek te verrichten naar de percepties van de patiënten in een zorgtraject CNI.

Bekkering GE, Zeeuws D, Lenaerts E, Pas L, Verstuyf G, Mathys F, Aertgeerts B, Mathei C. Development and Validation of Quality Indicators on Continuing Care for Patients With AUD: A Delphi Study. *Alcohol Alcohol*. 2016 Sep;51(5):555-61.

Behandeling van alcoholmisbruik bestaat uit detoxificatie gevolgd door revalidatie in een gespecialiseerde instelling en langdurige nazorg. Deze studie had tot doel indicatoren te ontwikkelen om de kwaliteit van deze nazorg voor patiënten met alcoholmisbruik te kunnen meten. De indicatoren werden ontwikkeld en gevalideerd op een systematische manier, in samenwerking met een expertenpanel. De te weerhouden indicatoren zijn evidence-based, belangrijk voor de kwaliteit van de zorg, meetbaar en toepasbaar



in België. Uiteindelijk zijn 13 indicatoren weerhouden, 10 over het nazorg proces en 3 over de uitkomst ervan. Omdat het niveau van bewijs voor effectieve componenten van nazorg laag is, is verdere ontwikkeling van deze indicatoren wenselijk.

Odnoletkova I, Ramaekers D, Nobels F, Goderis G, Aertgeerts B, Annemans L. Delivering Diabetes Education through Nurse-Led Telecoaching. Cost-Effectiveness Analysis. *PLoS One*. 2016 Oct 11;11(10):e0163997

Odnoletkova I, Buysse H, Nobels F, Goderis G, Aertgeerts B, Annemans L, Ramaekers D. Patient and provider acceptance of telecoaching in type 2 diabetes: a mixed-method study embedded in a randomised clinical trial. *BMC Med Inform Decis Mak* 2016 Nov 9;16 (1): 142.

Het is aangetoond dat diabeteseducatie een positief effect heeft op kennis van diabetes, lichaamsgewicht, bloeddruk, en glycemiecontrole

De kosteneffectiviteitsanalyse was gebaseerd op de resultaten van een gerandomiseerde klinische studie, die korte termijn verbeteringen van totaalcholesterol en BMI en duurzame verbeteringen in de glycemiecontrole door de telecoaching aantoonde. Telecoaching bleek kosteneffectief te zijn binnen de Belgische context, waarbij het niveau van de glycemiecontrole bij het begin van de educatie geen rol speelde. Aangetoond is een gemiddelde incrementele kosteneffectiviteit ratio (IKER) van € 5,569 per gewonnen gezond levensjaar (QALY). (In West-Europese landen worden interventies met een IKER onder €40,000 per QALY over het algemeen als kosteneffectief beschouwd.)

Vanclooster A, Wollersheim H, Vanhaecht K, Swinkels D, Aertgeerts B, Cassiman

D. Haemochromatosis working group.. Key-interventions derived from three evidence based guidelines for management and follow-up of patients with HFE haemochromatosis. *BMC Health Serv Res*. 2016 Oct 13;16 (1):573.

Hereditaire haemochromatose (HH) is een frequent voorkomende aandoening (prevalentie 1/200 - 1/400) met levensbedreigende gevolgen indien niet behandeld of foutief behandeld voordat irreversibele orgaanschade optreedt. Om de zorg voor HH patiënten te optimaliseren, werden 15 meetbare richtlijn-gebaseerde sleutelinterventies ontwikkeld via een RAND-modified Delphi method, met de medewerking van 15 klinisch experten. Deze sleutelinterventies geven ons nu de mogelijkheid om het zorgproces te meten, aan te passen en zo hoge kwaliteit van zorg te leveren voor patiënten met HH in de ziekenhuissetting alsook in eerstelijnszorg.

Advertenties

Waasmunster: praktijkruimten voor huisarts(en)

Toon Maertens, senior-huisarts, ex-praktijkopleider, geboren te Geluwe, in hoofdzaak een landbouwtreek in Zuid-West-Vlaanderen, waar ik gedurende de schoolvakanties meehielp op het veld en met de verzorging van het vee.

Vanaf 1957 was ik intern op het St.-Amandscollege te Kortrijk van waaruit ik in 1964 voor mijn 1^{ste} jaar geneeskunde een plaats kreeg in het Pius X college te Heverlee.

Het waren boeiende studentenjaren met vakopleiding door schitterende professoren; ook op sociaal-maatschappelijk vlak was het een dynamische periode met de problematieken rond de Vietnamoorlog (teach-in in de grote zaal van de “Georges”), de revolutie van mei '68, de splitsing van de universiteit (“Leuven Vlaams”), de sociale revolutie “Amada” met Ludo Martens, Kris Merckx en Paul Goossens. Huisarts worden was een bewuste keuze, nog intenser na mijn 2 maanden huisartsstage bij Dr Van Der Borgh te Oud-Heverlee; hij was huisarts met apotheek, ook voor verschillende dorpen in de omgeving, zelfs tot in St Agatha-Rode werden huisbezoeken gedaan. De stage bij hem heeft een blijvende stempel gedrukt en vorm gegeven aan mijn latere manier van werken.

De praktijkgerichte lessen huisarts- en urgentiegeneeskunde door Prof. Van Damme maakten de uitdaging nog intenser.

Begin september 1971 heb ik me gevestigd te Waasmunster, met mijn echtgenote als receptionist-secretaresse en laborante. Ik werd opgenomen in de weekendwacht van de regio maar elke arts werkte nog 6 dagen per week en zelfs op zondag werden soms nog huisbezoeken gedaan.

Vanaf 1978 heb ik stagiairs opgeleid voor de KU Leuven en UGent, een 4-tal per jaar; ze werden volledig in ons gezin geïntegreerd voor maaltijden en soms voor overnachting. In de 2^{de} consultatieplaats leerden ze onafhankelijk raadplegingen doen. Ze gingen ook alleen op huisbezoek.

Een flinke ondersteuning kregen we door het aanbod om 3 zaterdagen per jaar de opleiding tot opleider te volgen olv Prof. Chris Geens.

Ook de “Leuvense Dagen voor huisartsen”, meestal georganiseerd door Dr Dominique Dewilde, die ik gedurende 30 jaar kon bijwonen, verzekerden een flinke update en bron van kennis en kennisoverdracht naar stagiairs.

In de jaren '90 werd de stageopleiding nog meer gestructureerd en werden we een “Satellietpraktijk”, nog later de “Academische Opleidingspraktijk Waasmunster” waar we met 4 huisartsen 10 opleidingsmaanden verzekerden. Over 35 jaar kwamen er meer dan 100 stagiairs.

Als HAIO-opleider vanaf begin jaren '90, kon ik samenwerken met 10 jonge collega's.

In mijn werk was ik gefocust op algemene kankerpreventie; een overzicht van mijn resultaten voor colonkanker-preventie met Hemocult en flexibele recto-sigmoidscopie verscheen in “Huisarts Nu” van februari 1990.

Het elektronisch medisch dossier maakte opgang in de jaren '90 en

bracht veel klaarheid en structuur in het medisch registreren. Mijn 1^{ste} softwareaankoop was “Isis” van Orda B die echter na enkele jaren de updates onderbrak.

Vanaf 1995 kon ik met software van MSAccess een eigen nieuw elektronisch dossier maken volgens de principes van POMR (Problem Oriented Medical Record) van Prof. L. Weed (Vermont, USA). Zijn doel: “een gedisciplineerde benadering van medische data-communicatie om de zorg voor elke individuele patiënt te optimaliseren”.

Deze vorm van registreren gaf me de mogelijkheid om een SUMEHR te printen, ook nuttig oa. bij verwijzing naar 2^{de} lijn of voor communicatie met collega's.

Door mijn drang naar beweging en sport heb ik van 2002 tot 2004 de zaterdagopleiding sportgeneeskunde gevolgd aan de VUB waardoor ik nog meer overtuigd werd van het nut van beweging voor mezelf als tegengewicht voor stress, en van actieve revalidatie voor patiënten. Nochtans was het fitheidsgevoel dat ik erdoor ondervond niet voldoende om een gevoel van burn-out te voorkomen; ik heb er 2 jaar mee “gesukkeld”.

Wat de toekomst van de huisartsgeneeskunde betreft: ik zie dat nogal wat 1^{ste}-lijnszorg in de 2^{de} lijn terecht komt, zoals dermatologie, gyneco, kleine heelkunde, eerste opvang bij spoedgevallen, pediatrie, geriatrie, zwangerschaps-opvolging, peri-natale zorg. Collega's in de 2^{de} lijn hebben daardoor minder tijd voor het toepassen van hun specialistische bekwaamheden. Ook voor huisartsten is het belangrijk om zelfopvolging van een aantal parameters te stimuleren (patiënt empowerment) bij de patiënt en verpleegkundige zorgen door te geven.

Een huisarts moet ook meer dan een filter zijn in de gezondheidszorg: “Huisartsgeneeskunde is eenvoudige dingen doen op een hoog niveau” (Jaak Lannoy, Prijs van de Vlaamse Huisarts, december 2006).

Er moet over gewaakt worden dat de nascholingen een hoog kwaliteitsniveau hebben, zoals ik mocht ervaren op de talrijke “Leuvense dagen voor Huisartsen”.

Nu ik sinds juni dit jaar, na 45 jaar, gestopt ben en mijn praktijk leeg staat, hoop ik nog 1 of 2 collega's te vinden om de praktijk en het medisch materiaal te gebruiken.

Zelf heb ik nog dit jaar een collega vervangen tijdens zwangerschapsverlof en ben ik ingeschreven om de opleiding “co-arts” te volgen.

De vrij gekomen tijd kan ik ruim invullen door mijn passie voor tuinwerk en onderhoud van onze hoogstamboomgaard; ook lezen, fotografie, muziek, wat reizen, stappen en sport horen erbij.

Uiteraard gaat er nu meer aandacht naar mijn echtgenote, de 2 dochters en hun gezin, en de 2 kleinkinderen.

Dr Toon Maertens

Wegens pensioenleeftijd en geleidelijke afbouw van mijn praktijk, is de praktijk (vanaf 2016) met 2 consultatieplaatsen beschikbaar, gemeubeld en voorzien van medisch materiaal en gebruiksgoederen.

Geen instapvergoedingen; begeleiding mogelijk gedurende de eerste jaren. Foto's en info op:

<https://sites.google.com/site/toonmaertens/contactgegevens>
toonmaertens@gmail.com

0475 78 72 20



Het Wijkgezondheidscentrum De Brug, lid van de Vereniging van Wijkgezondheidscentra, is op zoek naar een arts (m/v) om het team te versterken.

Wie zijn wij?

WGC De Brug bestaat uit een team van huisartsen, tandartsen, kinesisten, verpleegkundigen, diëtiste, maatschappelijk werkster, psychologen, gezondheidspromotor en administratief- en onthaal medewerkers. Wij werken in het forfaitair betalingsstelsel. In ons zorgconcept staan toegankelijkheid en multidisciplinair samenwerken centraal. Gezondheid is meer dan alleen een individuele en curatieve aangelegenheid. Vandaar dat wij ook een preventieve en buurtgerichte werking uitbouwen.

Op dit moment verzorgen wij ruim 4000 patiënten. Wij bereken qua leeftijd, origine en sociale klasse een gezonde en boeiende mix.

Functieomschrijving

- Huisartsgeneeskundige hulpverlening
- Verzekeren van de continuïteit van de zorg in gezamenlijk overleg met de collega's artsen
- Huisbezoeken bij patiënten die zich niet of moeilijk naar de praktijk kunnen verplaatsen
- Opnemen van nacht- en weekendwachten (binnen de georganiseerde lokale wachtdienst) in afspraak en overleg met de collega's
- Gezamenlijk overleg rond patiënten en rond medisch beleid
- Registratie en bijhouden medisch dossiers (GMD, EMD)
- Meewerken aan individuele preventie binnen de praktijk, aan secundaire preventie en aan gezondheids promotie naar

specifieke doelgroepen en advies verlenen inzake primaire preventie- initiatieven

Profiel

- Erkend geaccrediteerd huisarts
- Tweektalig Nederlands-Frans
- Bijkomende talen zijn een pluspunt, in het bijzonder Arabisch of Turks.
- Open geest naar andere culturen
- Doordrongen van belang van EBM
- Bereidheid om te werken met EMD
- Bereidheid tot samenwerking met verschillende disciplines
- Bereidheid tot verdere scholing en vorming

Wij bieden

- Een bediendecontract van onbepaalde duur
- Onmiddellijke indiensttreding
- Voltijdse tewerkstelling (deeltijds bespreekbaar).
- Uurrooster vastgelegd in gezamenlijk overleg
- Barema opvraagbaar
- Maaltijdcheques en groepsverzekering
- Een aangename werksfeer
- *Werken in een forfaitair werkende praktijk is niet cumuleerbaar met een zelfstandige praktijk als huisarts*

Hoe solliciteren?

Voor info of sollicitatie gelieve u te richten tot:
Charles Goethals, WGC De Brug - La Passerelle, Onafhankelijkheidstraat 144, 1080 Sint-Jans-Molenbeek 02/411.18.38, huisarts@wgcdbrug.be www.vwgc.be

Agenda

17.1.2017: Lunchcauserie voor huisartsen

19.1.2017: Ontwikkelingen in het landschap van de acute, niet-planbare zorg

19.1.2017: Pentalfa: Chronische lymfoproliferatieve aandoeningen: veel meer dan Rai-Binet en Chlorambucil

20.1.2017: Opleiding Systematic Review (part I)

26.1.2017: Implicaties en ethische aspecten van het digitaal delen van patiëntgegevens

26.1.2017: Pentalfa: Syncope bij kinderen

2.2.2017: EBM in de dagelijkse praktijk

9.2.2017: Pentalfa: Optimalisatie van het geneesmiddelenvoorschrift bij ouderen

14.2.2017: Hoe weerbaar en bevlogen blijven als huisarts?

15.2.2017: Opleiding Systematic Review (partII)

16.2.2017: Hoe weerbaar en bevlogen blijven als huisarts?

23.2.2017: PSA en prostaatcarcinoom

23.2.2017: Pentalfa: biologicals bij systeemziekten: voordelen, voorzorgsmaatregelen en risico's

9.3.2017: Pentalfa: Urgenities is de pneumologie

14.3.2017: (Bij)werking van het ziekteattest

16.3.2017: Microbiële resistentie in WZC

16.3.2017: Pentalfa: Andropauze: fact or fiction?

21.3.2017: After work session voor huisartsen

23.3.2017: TBC en ZIKA: alles nieuw?

23.3.2017: Pentalfa: Nieuwe ontwikkelingen binnen de kinderinfectieziekten

30.3.2017: Pentalfa: Als je niet op tijd aan kinderen wil of kan beginnen

Voor meer info: www.achg.be/kalender

Colofon

Dit contactblad is een uitgave van
het **Academisch Centrum voor Huisartsgeneeskunde**

Algemene leiding: prof. dr. B. Aertgeerts
Onderwijs: prof. dr. A. Roex
Stageverantwoordelijke: prof. dr. J. De Leppeleire
Onderzoek: prof. dr. C. Mathei
Permanente vorming: prof. dr. B. Schoenmakers
Hoofredactie en eindredactie:
Dominique Manhaeve en Marina Devis

Redactieraad: B. Aertgeerts, D. Manhaeve, C. Geens,
J. De Leppeleire, E. Van Ael, M. Devis
Lay-out: Van der Poorten
Druk: Van der Poorten

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

CB is ook elektronisch te lezen:

www.achg.be (>stages>voordelen voor stageleiders)

STAGELEIDERS VAN HET ACHG GENIETEN 15% KORTING OP ONDERSTAANDE TITELS



KRISTIEN SCHEEPMANS,
BERNADETTE DIERCKX DE CASTERLÉ, LOUIS PAQUAY,
HENDRIK VAN GANSBEKE EN KOEN MILISEN

Streven naar een fixatiearme thuiszorg

Praktijkrichtlijn

Streven naar een fixatiearme thuiszorg ondersteunt zorgverleners van de eerste lijn bij het beslissingsproces en het verantwoord gebruik van fysieke fixatie. Ook alternatieve maatregelen komen aan bod.

ISBN 978 94 6292 747 6 – Acco – 2016 – 64 blz.
€22,50 -15% → €19,13



BIRGITTE SCHOENMAKERS, JAN DE LEPELEIRE &
BERT AERTGEERTS

Praktijkmanagement voor de huisarts

Dit boek geeft een uiteenzetting van het beslisproces en de contextuele voorwaarden ter voorbereiding en fundering van een goed praktijkbeheer.

ISBN 978 90 334 9351 5 – Acco – 2014 – 184 blz.
€37,40 -15% → €31,54



BRC & ERC

Richtlijnen reanimatie 2015

Dit boek bevat het stappenplan voor de reanimatie van kinderen en volwassenen, en zet de belangrijkste wijzigingen in de verf. De richtlijnen vertegenwoordigen een algemeen aanvaarde visie op hoe reanimatie veilig en effectief moet uitgevoerd worden.

ISBN 978 94 6292 581 6 – Acco – 2016 – 272 blz.
€20,00 -15% → €17,00



NEDERLANDS HUISARTSEN GENOOTSCHAP

NHG-Standaarden voor de huisarts 2017

Deze nieuwe editie bevat alle actuele NHG-Standaarden en is daardoor hét handboek voor huisartsgeneeskunde. De twee delen van het boek hebben een handige indeling, zodat u eenvoudig een specifieke standaard vindt, zonder de exacte titel te kennen.

ISBN 978 90 3681 492 8 – Bohn Stafleu – 2016 – 2 delen, 1800 blz.
€89 -15% → €75,65



LUCIEN DE COCK

De weg naar 100 en zelfs meer

Wees wijs: word en blij aangenaam grijs

De geneeskunde evolueert steeds verder, waardoor minder mensen vroeg overlijden door ziekte en men bijgevolg steeds ouder wordt. Maar wat is dat juist 'verouderen'? En hoe kunnen we het tegengaan? Kunnen we langer, maar ook beter leven? Naast medische uitleg over ouder worden, geeft de auteur praktische tips om het verouderingsproces tegen te gaan.

ISBN 9789492159212 – Horizon – 2016 – 768 blz.
€24,00 -15% → €21,24



J.A.H. EEKHOF ET AL.

Kleine kwalen bij kinderen – 4^e druk

Een uitgebreid overzicht van typische kleine en meestal onschuldige kwalen bij kinderen, zoals krentenbaard, platvoeten en waterpokken. Van 133 aandoeningen worden etiologie, diagnostiek, beleid en beloop beschreven. De vele foto's verduidelijken de tekst.

ISBN 9789036816953 – Bohn Stafleu – 2016 – 796 blz.
€49,95 -15% → €42,46

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