

CONTACTBLAD ACHG

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

KATHOLIEKE UNIVERSITEIT
LEUVEN

ACADEMISCH CENTRUM
HUISARTSGENEESKUNDE

IN DIT NUMMER:

• Editoriaal	1
• Prijs van de huisarts	2
• Onderzoek naar psychose	3
• (W)etenstijd	3
• Uitdagingen vroeger en nu	4
• Spiritualiteit	6
• Wondzorg	10
• Boekentip: Dementie	11
• Agenda	12

Editoriaal

De lente is eindelijk in het land en dat merk je. Mensen worden actiever, plannen worden gesmeed, de deuren gaan open op de afdeling, onderzoekers komen naar buiten, er worden stevige discussies gevoerd en de dagen worden langer. En er wordt nagedacht. Hoe kan onze afdeling stageleiders ondersteunen in hun rol om studenten te begeleiden, hoe kunnen we hen betrekken in onderzoeksprojecten, hoe leren we hen omgaan met ons consultatiemodel. Geen enkel van deze zaken klinkt onbekend in de oren, maar in het verleden zijn enkel de vragen gesteld en werd er gezocht naar antwoorden maar zijn we er niet in geslaagd om dit waar te maken. En dit is echt een probleem. Meer en meer studenten verdienen een plaats in de huisartsgeneeskunde en daarvoor hebben we heel wat medewerking nodig van onze stageleiders, die dikwijls ook al overbevraagd zijn.

Ons beleidsplan moet daar een oplossing voor aanreiken die ook echt uitgewerkt kan worden. Het maken van een beleidsplan is een proces dat tijd heeft gekost, maar belangrijk is voor onze hele groep. Het smeden van een hecht team waar een individu de kans krijgt om zichzelf te ontplooiën is dan ook een doel op zich.

Eén van de prioriteiten zal zeker de ondersteuning van jullie, stageleiders, worden. Momenteel wordt de laatste hand gelegd aan de doelstellingen vanuit de verschillende groepen (onderwijs, onderzoek, huisartsenennetwerk, communicatie) om van daaruit te komen tot actiepunten. E-learning, Podcasts, Facebook worden overwogen om op jullie los te laten om vanuit jullie luie zetel nascholing te kunnen volgen. Toegang geven tot de website van

het vaardighedenonderwijs van onze faculteit staat hoog op de agenda. Het uitschuren van studenten die jullie helpen om specifieke patiëntenpopulaties uit het dossier te halen en jullie leren hoe je op een snelle manier een audit van de eigen praktijk kan maken. Het zijn allemaal plannen die nu concreet moeten worden. Ten slotte is er een ander belangrijk punt: de financiering van jullie opleidingstijd. Hiervoor zullen we in de toekomst, samen met de andere universiteiten en jullie vertegenwoordigers actie ondernemen bij de bevoegde instanties.

En dan moeten we nog enkele kloofjes dichten tussen onderwijs en praktijk. Het Leuven's consultatiemodel, zegt u dat iets? Een model waar we in geloven en wanneer we de patiënt centraal willen stellen op zijn minst moeten weten wat zijn ideeën, bezorgdheden en verwachtingen zijn van de consultatie (ICE). We steken daar vanuit de opleiding heel veel tijd in om dit aan te leren, hebben al heel wat energie gestoken om dit ook aan stageleiders aan te brengen, maar het blijft een moeilijk punt. Het blijkt, zelfs na dertig jaar, weinig te worden toegepast. Dus tijd voor reflectie, maar gevolgd door actie. Dit jaar willen we enkele eindwerkjes laten focussen op deze problematiek. Trouwens de voorstelling van de eindwerken van onze studenten is elk jaar opnieuw een verfrissend gegeven waar jullie allemaal op uitgenodigd zijn. Dit jaar gaan deze door van 20 tot 22 juni in één van de mooiste auditoria van Leuven met een panoramisch zicht, de Justus Lipsiuszaal. Voor meer informatie over de juiste uren en onderwerpen kan u contact opnemen met ons secretariaat.

Bert Aertgeerts



De Prijs van de Huisarts wordt elk jaar uitgereikt nadat de lezers van "De Huisarts" gestemd hebben op de persoon van wie zij vinden dat die de beste Manama-thesis gemaakt heeft. Een Manama-thesis schrijven de studenten in hun master-na-master-jaren over een onderwerp dat ze zelf kiezen. Het bijzondere is dat ze dat volledig uitwerken op een wetenschappelijk verantwoorde wijze, bijgestaan door een promotor en een co-promotor, met resultaten die soms zo in een vaktijdschrift zouden mogen terechtkomen.

Als stageleider kon u in de vorige Nieuwsbrieven van het ACHG al de beste Manama-thesissen van het vorig academiejaar lezen. Wij kregen als redactie namelijk van de auteurs, onze toekomstige collega's, de toestemming om hun teksten integraal naar u door te sturen.

Hebt u ze gemist? Geen nood: ga naar onze website www.achg.be > stageleider > nieuws

Liesbeth Daniëls is medewerker van het ACHG en wint dit academiejaar de prijs. We konden haar interviewen en wensen haar uiteraard proficiat met dit onderwerp dat u, stageleiders, zeker zal interesseren.

Redactie: Wat is het onderwerp van je thesis?

Liesbeth: Mijn scriptie ging over kwetsbaarheid bij thuiswonende ouderen. Samen met mijn praktijkopleider dr. Jan Vanschoenbeek uit Loksbergen heb ik voor dit onderwerp gekozen omdat we het gevoel hadden dat de aanpak van kwetsbare bejaarden in de huisartsenpraktijk beter gestructureerd kon worden.

Redactie: Wat betekent het voor jou om deze prijs te winnen?

Liesbeth: Ik was verrast om de prijs te winnen. Ik ben zelf twee jaar geboeid bezig geweest met dit onderwerp, maar blijktbaar is het een onderwerp dat vele mensen bezighoudt. Ik kreeg na de prijsuitreiking veel reactie van mensen uit de zorgsector maar ook daarbuiten. Blijkbaar is het een hot topic dat de komende jaren waarschijnlijk nog aan belangrijkheid zal winnen.

De prijs is een mooie erkenning voor het werk dat we er in die 2 jaar tijd ingestoken hebben. Ik ben dankzij deze thesis ook in contact gekomen met prof. Dr. Frank Buntinx, waardoor ik nu deeltijds werk op het ACHG.

Redactie: Wat doe je nu en wat zijn je toekomstplannen?

Liesbeth: Ik ben deeltijds huisarts en werk samen met mijn vader in Wellen in Zuid-Limburg. Op het ACHG werk ik deeltijds mee aan het KLIMOP-project. Dit is een doctoraatsstudie van Laura Deckx die onderzoekt wat de impact is van een kankerdiagnose, veroudering en hun interactie op de overleving en het welzijn van oudere kankerpatiënten. Een thema dat nauw aansluit bij mijn thesis natuurlijk.

Redactie: waarom koos je voor huisartsgeneeskunde?

Liesbeth: Ik koos, nu ondertussen al meer dan drie jaar geleden, voor huisartsgeneeskunde omwille van de variëteit van het beroep. Ik ben dan ook heel blij dat ik mijn praktijkwerk kan afwisselen met deeltijds onderzoek aan het ACHG.

Redactie: Wat is het belangrijkste dat je hebt geleerd van je stages huisartsgeneeskunde?

Liesbeth: Ik heb tijdens mijn stages oneindig veel dingen geleerd, zowel op theoretisch, praktisch als sociaal vlak. Want eigenlijk ben je toch maar heel groen en onwetend na die jaren van voornamelijk theorie. Maar het belangrijkste dat ik geleerd heb, is het leren luisteren naar mijn patiënt en aandacht te hebben voor zijn/haar ICE.

Redactie: Dank voor dit gesprek en het ga je goed, zowel in de huisartsenpraktijk, als in het ACHG.

Onderzoek naar psychose

Al twee jaar wordt aan het ACHG onderzoek gedaan rond psychose met Jan De Leppeleire als projectverantwoordelijke. Ondertussen werden een aantal projecten afgewerkt.

Om te beginnen werd met studenten huisartsgeneeskunde een literatuuronderzoek gedaan naar psychose in de huisartspraktijk. Er werd gezocht naar de waarde van vroege tekens, hoe tot een diagnose te komen en welke de beste modellen van zorg zijn om deze patiëntengroep adequaat op te vangen.

Daarnaast werd in een focusgroep onderzocht waar huisartsen nood aan hebben om met psychose en psychotische patiënten om te gaan. Daaruit kwam naar voor dat huisartsen vooral nood hebben aan ondersteuning door de gespecialiseerde sector en een intens overleg over de zwaarste patiënten. Huisartsen hebben ook advies nodig over het gebruik van de gebruikte of te gebruiken psychofarmaca. Het blijkt dat ze alles in het werk stellen om een opname van de patiënt te vermijden. De huisartsen in deze focusgroep hadden een zeer gevarieerde visie en ervaring met gedwongen opname.

Een internationaal vergelijkend onderzoek leerde vervolgens dat Belgische huisartsen in vergelijking met hun collega's in acht andere landen op een gelijkaardige manier omgaan met psychose. In deze studie blijkt ook dat huisartsen vragende partij zijn voor betere ondersteuning in de zorg.

Al deze onderzoeken, die los van elkaar hetzelfde naar voor brengen, ondersteunen de op gang zijnde hervorming van de geestelijke gezondheidszorg, ook wel project 107 genoemd. Zelden hebben beleidsplannen zo snel de resultaten van onderzoek beantwoord, al is er zeker geen causaal verband! De overheid heeft gelukkig aangevoeld wat we met onderzoek hebben aangetoond.

In deze stroom van interesse voor psychose werd door Carla Truyers in het kader van haar doctoraatswerk, onderzoek gedaan op de Intego databank.

Binnenkort zal ze belangrijke epidemiologische bevindingen bekend maken over het voorkomen van psychose en de comorbiditeit van psychose. Deze gegevens zijn immers, ook vanuit internationaal oogpunt bijzonder relevant. Hou uw Contactblad in het oog!

Jan De Lepeleire

Aperitief

Geperst bloedsinaasappelsap met rode Pineau des Charentes

Soep

Kokoswortelsoep

Ingrediënten (4 personen)

- 12 scampi's
- 1 teentje fijngesneden knoflook
- 1 eetlepel kerriepoeder
- 1 fijngesnipperde ui
- 1 kg wortels, in stukjes gesneden
- 2 kippenbouillonblokjes
- Visfond (ongeveer 400ml)
- 2dl kokosmelk
- bieslook om af te werken

Fruit de ui en voeg wortels, kerrie, bouillon en visfond toe en water tot alles net onderstaat. Laat 20 minuten koken. Mix glad en voeg kokosmelk toe. Als je de soep op voorhand maakt, voeg de kokosmelk vlak voor serveren toe. Bak vervolgens de scampi's met de knoflook en een beetje kerrie. Voeg de scampi's en de bieslook toe aan de soep en serveer.

(W)etenstijd derde aflevering:

Ere-rector Marc Vervenne op bezoek in Herent

Ook deze keer hadden we een bijzondere gast op bezoek: voormalig rector Marc Vervenne kwam ons tijdens en tussen de verschillende gangen door vertellen wat de universteit in deze moderne tijden nog te bieden heeft aan jonge onderzoekers. Er wacht ondergetekende nu de moeilijke taak om over deze gezellige avond een verslagje te schrijven.

Na het aperitief en de soep startten we met een rondvraag waarom ieder van ons onderzoeker was geworden. Bij de meeste van de aanwezigen vertrekt dit blijkbaar zowel vanuit een soort van "(onder)zoekende en vragen-stellende" persoonlijkheid, als vanuit interesse die gewekt werd voor een bepaald onderwerp. Opgewarmd door het kokos-wortelsoepje en onze antwoorden begon Marc Vervenne aan zijn boeiend verhaal met volgende kernboodschappen:

Hoofdgerecht

Kip met mediterrane vruchten en couscous

Ingrediënten (4 personen):

- Ongeveer 600 g kipfilet (1 stuk per persoon)
- 1 grote ui en 1 teentje knoflook
- 10 gedroogde abrikozen
- 2 eetlepels rozijnen
- 20 g hele amandelen
- 6 gedroogde vijgen
- ½ capsule saffraan
- 33 cl blonde Grimbergen
- olijfolie
- 1 eetlepel vloeibare honing
- stukje verse gember van 2 cm
- enkele blaadjes verse koriander en munt en een takje peterselie
- couscous

Snipper de ui en de knoflook en bak lichtjes. Rasp ook de gember en snij de peterselie, munt en koriander fijn. Voeg het bier, olijfolie, saffraan en kipfilets toe. Laat een nachtje marinieren in de koelkast.

Haal de kip uit de marinade en dep ze droog. Bak de kipfilets aan beide kanten bruin in olijfolie in een grote kookpot. Kruid de kip met peper en zout. Voeg de amandelen, het gedroogd fruit, honing en de marinade toe. Breng het geheel aan de kook, dek af en laat op een zacht vuur een 20-tal minuten sudderen. Roer af en toe. Serveer met couscous.

De discussie over het verschil tussen fundamenteel (theoretisch, niet-gericht) onderzoek en toegepast (praktisch, gericht) onderzoek blijft centraal staan in de beleidsvoering rond wetenschapsbeoefening. Uiteindelijk draait het om de vraag: wat is wetenschap? Wetenschappelijk onderzoek vindt plaats op een heel breed gebied van onderzoek, variërend van biomedische wetenschappen, cultuur- en gedragswetenschappen, wetenschap en technologie. Maar elk wetenschappelijk onderzoek die naam waard begint steeds met een nieuwsgierige vraag. Dat kan bijvoorbeeld zijn: "Hoe ontstaat een bepaalde ziekte?" of "Werkt bepaalde nieuwe medicatie beter dan de oude?". De zoektocht naar het antwoord op die vraag is wetenschappelijk onderzoek. Afhankelijk van de vraag die we willen beantwoorden, verloopt dat onderzoek op verschillende manieren.

Om de discussie tussen basisonderzoek en toegepast onderzoek te overstijgen, zeker in de biomedische wetenschappen, is volgens Marc Vervenne in de laatste jaren een interessant onderzoeksmodel ontwikkeld: het translationeel wetenschappelijk onderzoek.

Dit houdt in dat de vraag vertrekt van een concreet patiëntprobleem, dat verder wetenschappelijk onderzocht wordt in een laboratorium of in klinische studies om vervolgens de onderzoeksresultaten terug te koppelen naar patiënten. Hij vindt dit model zelfs

breder toepasbaar op verschillende wetenschapsgebieden, zodat daarmee de kloof tussen fundamenteel en toegepast onderzoek kan overbrugd worden. Het overstijgen van die kloof is zeker noodzakelijk voor een betere interdisciplinaire samenwerking tussen onderzoekers en onderzoekseenheden.

Een ander onderwerp dat hij aankaarte, was het probleem van het meten van de kwaliteit van de onderzoeksoutput, zeker in bepaalde domeinen van de humane wetenschappen. Hij beklemtoonde dat het belangrijk is de kwaliteit van onderzoekswerk op basis van objectieve gegevens aan te tonen.

Verder kwam aan de orde dat de universiteit voor iedereen, zowel voor studenten, docenten als onderzoekers, een plaats moet blijven waar vrij, onafhankelijk en kritisch over alles wordt nagedacht en waar iedereen daartoe ook gestimuleerd wordt. In dat opzicht vond hij dat een katholieke universiteit evenzeer een plaats van 'vrijdenken' moet zijn, en in het bijzonder religie en geloof kritisch moet bestuderen.

Na het hoofdgerecht en het dessert werd een boeiende discussie geserveerd over o.a. de concrete problemen die wij als onderzoekers ondervinden als we tussen de stoelen terecht komen van niet-gericht basisonderzoek (vb. FWO financiering) en gericht onderzoek waarvan op korte termijn een concreet eindresultaat verwacht wordt (vb. Kom op tegen kanker, enz.).

De druk die er ligt op jonge onderzoekers om snel met resultaten en publicaties te komen staat in contrast met de noodzaak om grondig na te denken, om nieuwe pistes te verkennen, maar ook mee te werken in onderwijs, aan bijscholing van de collega's die in de dagelijkse praktijk staan.

Soms is het moeilijk om het werken als huisarts en als onderzoeker te combineren, zeker als je af en toe ook nog thuis wil zijn. Marc Vervenne wees er dan weer op dat wetenschappelijk onderzoek met passie en enthousiasme te maken heeft, en dat men als onderzoeker ook het privéleven daarnaar tracht te organiseren.

Ik kan besluiten dat het een bijzonder gezellige en leerrijke avond was en ik kijk al uit naar de volgende keer.

Gijs Van Pottelbergh

Dessert:

Kersentrifle (per 4 personen)

Ingrediënten:

- 150 g mascarpone
- 50g room
- 10 g bloedsuiker
- enkele druppels vanille essence
- 100 ml rode bessen confituur
- 50 ml Rode Pineau des Charentes
- Sap van 2 geperste bloedsinaasappels
- 150 g lange vingers
- 250 gram ontpitte kersen (vers of ontdooid)

Meng de rode bessen confituur, het sap van de sinaasappels en de Pineau in een pan. Verhit dit mengsel, roer goed en laat afkoelen. Meng vervolgens de mascarpone, room, vanille-essence en bloedsuiker en klop alles tot er pieken op beginnen te staan.

Leg in de vier dessertkommetjes eerst een laag lange vingers. Overdek met het confituur-sinaasappel mengsel. Leg hierop een laagje kersen en daarop een dunne laag mascapone-room. Vervolgens terug een laag lange vingers, het confituur-sinaasappelmengsel, daarop weer kersen en eindig met een bedekkende laag mascarpone-room. Laat het geheel enkele uren rusten in de koelkast alvorens op te dienen.

Uitdagingen vroeger en nu:

Integratie in de gezondheidszorg (deel 3)

Gesprek met Em. prof. dr. Jan Heyrman

Naar aanleiding van het emeritaat van collega Jan Heyrman, hoofd van het ACHG, blikten we met hem terug op zijn lange carrière als huisarts, die toch enkele bijzondere uitdagingen met zich meebracht. In twee andere Contactbladen kwamen de volgende onderwerpen al aan bod: de eerste uitdaging was de inhoud van het vak huisartsgeneeskunde definiëren met de daarbij aansluitende uitwerking van een opleiding tot huisarts. Een twintigtal jaar later bestond de uitdaging uit het zinvol leren omgaan met de hele "EBM-beweging".

In dit derde en laatste deel kijken we terug om te leren uit het verleden, maar Jan Heyrman kijkt op een even enthousiaste

en aanstekelijke wijze vooruit. We staan immers midden in een complex gebeuren dat “gezondheidszorg” heet. De artsen zijn al lang niet meer de enige spelers op dit veld en het ogenblik is aangebroken om ons ernstig te bezinnen om de plaats van de huisarts in dit gebied goed te positioneren en vooral te integreren. Dat is dan ook het onderwerp van dit gesprek waar zelfs op het einde van de avond nog niet alles over is gezegd. Dat belooft...

Jan Heyrman: “Heel lang zijn huisartsen en specialisten de belangrijkste –en in de ogen van velen de enige- spelers geweest op het veld van de gezondheidszorg. In de loop van de jaren is daaruit ook het begrip echelonering gegroeid en de nu nog steeds gangbare termen eerste, tweede en derde lijn. Hierbij werd een eenvoudig denkpatroon gehanteerd waarbij de huisarts als eerste werd gecontacteerd en aangesproken door de patiënt over een groot gamma van problemen. Als de eerste lijn ontoereikend was of niet genoeg gespecialiseerd, werd doorverwezen naar de tweede lijn en later eventueel ook naar de derde lijn. Deze “getrapte” vorm van gezondheidszorg heeft jaren behoorlijk gefunctioneerd maar is in deze tijd onbruikbaar geworden. Er zijn veel meer spelers op het veld gekomen en het eenvoudige lagensysteem voldoet niet meer. Maar we zijn dit niet gewoon: we hebben geen jargon, er is geen goede taakverdeling, het denkpatroon dat we tot nu toe hanteerden, voldoet niet meer... Het is tijd om het terrein opnieuw uit te tekenen en met alle spelers aan een nieuwe taakverdeling te werken, om nieuwe begrippenkaders en terminologie te bedenken die goed de inhoud benoemen zodat iedereen weet wie voor wat staat. Bovendien is er in de loop van de jaren een enorme toename geweest in het aanbod van zorg. Als je het bekijkt vanuit het standpunt van de patiënt dan is het aanbod van zorg één grote vijver met ongelooflijk veel vissen waaruit hij/zij zomaar kan kiezen. Een kinesist, een chiropractor, een diëtiste, een pediater, een huisarts, een verpleegkundige,... allen liggen ze voor het grijpen. Maar het wordt ook moeilijk voor de patiënt: welke vis moet hij kiezen en wanneer?”

Redactie Contactblad: Je zou veronderstellen dat de patiënten, die tegenwoordig zo mondig en kritisch zijn, hier toch goed mee om kunnen gaan? Dat het grote, gevarieerde aanbod inspeelt op het feit dat patiënten veeleisender en kritischer zijn geworden? Dat de patiënt voldoende kennis ter beschikking heeft via internet e.a.?

Jan Heyrman: “Dat is nu net één van de problemen: de patiënt heeft dikwijls onvoldoende kennis om het kaf van het koren te scheiden, om uit dat waanzinnig groot aanbod de juiste en voor hem relevante informatie te halen en zo de juiste keuze te kunnen maken. Het resultaat is dat de patiënt heel onzeker wordt en in paniek geraakt. Er heerst veel verwarring en de patiënt loopt verloren in de wirwar van hulpverleners. Eén van de belangrijke taken van de huisarts zal dus zijn om de patiënt mee wegwijs te maken, samen “de beste en juiste vis” te kiezen, een gids te zijn op zijn weg door het gezondheidsbos. En vergeet niet dat dat “bos” zeer groot geworden is: de geneeskunde krijgt op alle vlakken almaar meer (sub)specialisaties en elke speler, of het nu gaat over een specialist, kinesist of over een fitnesscentrum,

iedereen probeert een positie te veroveren op “de markt”. En kies daar dan als patiënt maar het juiste uit...

Een andere merkwaardige evolutie is dat de patiënt het denkpatroon en het jargon van de specialist heeft overgenomen. Elke klacht en/of elk symptoom kan het begin van iets ernstig zijn, dus dat wil zegen dat elke klacht ook volledig moet uitgespit worden om zeker te zijn “dat er toch niets aan de hand is”. Hier komt de jarenlange deskundigheid van de huisarts om klachten, door een goede anamnese en klinisch onderzoek, onder te verdelen in pluis en niet pluis, zonder daarom uitgebreide technische onderzoeken uit te voeren, op de helling te staan. Patiënten hebben het moeilijk met deze manier van denken en geloven ons niet meer. Een nieuwe trend is ook dat patiënten almaar meer spreken in termen van ziekte. Men voelt zich niet meer neerslachtig of triest, maar men heeft een depressie. Een kind is niet meer superlevendig maar heeft ADHD. En als de klachten als ziekte kunnen benoemd worden dan bestaat er een behandeling voor die de patiënt zelf wil uitzoeken, zo werkt de eenvoudige logica van de patiënt. De vertrouwensrelatie die we als huisarts met de patiënt hadden, wordt door deze veranderingen totaal anders. Het is nochtans onze taak om juist in het complexe gezondheidszorgsysteem de zoekende, angstige patiënt bij te staan, al zullen we hier zelf ook onze plaats in moeten zoeken om terug het vertrouwen te krijgen. Dit vertrouwen moet er bovendien ook zijn tussen alle spelers-hulpverleners, een ware uitdaging dus.

Een andere zeer belangrijke vaststelling in dit complex zorgverlenerssysteem is dat men geen eigenaar is van een terrein van ziektes of van groepen patiënten. Ik herinner me een absurd gesprek tijdens een bijeenkomst van specialisten en huisartsen rond depressie waarbij de discussie was of depressie iets was voor de psychiater of voor de huisarts. Alsof iemand depressie als territorium beheert en stukjes daarvan verdeelt onder de hulpverleners. Terwijl we eigenlijk al lang weten dat zowel de psychiater als de huisarts met depressies worden geconfronteerd en iedereen gaat daarmee om op zijn eigen manier. De kwestie is dan veeleer te bepalen welke competentie de huisarts en de psychiater heeft, of deze voldoende is bij wie de troefkaarten liggen en welke beperkingen er aanwezig zijn. Uiteindelijk is het de bedoeling dat zoveel mogelijk patiënten voordeel halen uit deze troefkaarten want “de depressie” bestaat immers niet, net zomin als “de depressieve patiënt”. Een patiënt met een depressie is geen standaardpatiënt waarbij een standaardprocedure wordt gevolgd maar een individu met zijn individuele noden. En daar kan de huisarts ook alweer een belangrijke rol spelen. De huisarts kent niet alles van depressie, hij kent misschien niet de laatste hulpmiddelen op medicamenteus gebied of alle hulpmiddelen die voorhanden zijn maar hij kent zijn patiënt, zijn levensgeschiedenis, zijn familie. En nu blijkt steeds meer dat werken aan de omgang met deze levenscontext, de belangrijkste therapie is voor depressie, veel belangrijker dan medicatie. En laat dat net de troefkaart zijn van de huisarts: een patiënt begeleiden in zijn levensloop, door vele levensfasen op een communicatief sterke manier die rekening houdt met de individuele patiënt.

Als we er in slagen deze competentie af te stemmen op de competentie van andere disciplines, dan krijgen we een team, afgestemd op en veilig voor de patiënt. Hij is immers in de handen van een team met meerdere deelnemers die werk leveren op hun specifiek competentie terrein. Maar dat is natuurlijk alleen maar mogelijk als er goede afspraken worden gemaakt, als er goede samenwerkingsmodellen zijn, dus ook op dat gebied staat er een belangrijke uitdaging te wachten.”

Redactie: Hoe kan je de rol van de huisarts dan omschrijven met een gepaster woord?

Jan Heyrman: “In het Nederlands bestaat er geen ideaal woord voor. In de Angelsaksische wereld gebruikt men het woord “advocacy” waarbij de huisarts de taak toebedeeld krijgt om, letterlijk vertaald, de verdediging van de patiënt op zich te nemen of voor voorspraak te zorgen. In onze taal heeft dat misschien een eerder negatieve connotatie en is het woord “gids” of “coach” waarschijnlijk beter. Dit omschrijft dan de competentie die de huisarts heeft en overstijgt het niveau van terreinverdeling.

Dat zal voor de toekomst waarschijnlijk grote gevolgen hebben en ik noem er twee belangrijke. De huisarts zal zich moeten profileren

als teamspeler, als lid van een groter geheel dat we eerder in een officieel document hebben gedefinieerd als interdisciplinaire eerstelijnspraktijk (i-ELP). De wijkgezondheidscentra zijn daar trouwens al veel langer mee bezig: daar werken naast verschillende huisartsen ook psychologen, verpleegsters, diëtisten, kinesisten e.d. en dit niet in een los verband maar als één team dat instaat voor de zorg van een hele groep patiënten.

Ten tweede zal de zorg voor de chronische zieke, waar de huisarts al als enige in gespecialiseerd was - denk aan het typische longitudinale werken en de patiëntgerichte aanpak – nog veel belangrijker worden in de toekomst. Daarin moet de huisarts zich dus heel duidelijk positioneren en zorgtrajecten zoals bijvoorbeeld nierinsufficiëntie en diabetes zijn ideale oefenmomenten. Het zal erop neerkomen zich in dit geheel van zorg, in dit totaal nieuw concept heel goed te profileren en zowel naar de medespelers als naar de patiënt het vertrouwen te verdienen.”

Redactie: Maar daarover later meer, hadden we het niet voorspeld...

Marleen Brems

Spirituele zorg in palliatieve zorg: iets voor u?

In het Contactblad van oktober 2010 kon u in de rubriek (W) etenstijd al lezen over spiritualiteit van de zorgverlener en hoe er door een aantal ACHG-medewerkers een ware Journal Club aan werd gewijd, gekruid met fijne receptjes. Nu laten we één van de deelnemers aan het woord over haar eigen doctoraat: Mieke Vermandere neemt ons mee op een ongewone maar boeiende en – voor de huisarts – zeer bruikbare tocht... (nvdr)

Wat is spiritualiteit?

Waarom denkt u als u het woord ‘spiritualiteit’ hoort? Wierook? Oorkaarsen misschien? Denkt u aan druïden en tovenaars? Of associeert u spiritualiteit met godsdienst? Herinnert u zich spontaan uw laatste zeewandeling? Of het kaartje met de mooie verjaardagswensen dat u vorige week van uw beste vriend kreeg? Gaat het voor u om de geur van pas gemaaid gras? Is het de blik van uw geliefde die met geen woorden te omschrijven is? Gaan uw gedachten naar het laatste boek dat u gelezen heeft? Denkt u aan het kaarsje dat u brandde toen uw dochter examen had? Of maakt het woord spiritualiteit u onrustig? Doet het u nadenken over leven en dood? Voelt u zich daar oncomfortabel bij?

Eén ding is zeker: spiritualiteit is voor u iets anders dan voor mij. Daarom is onderzoek doen over spiritualiteit tegelijk heel boeiend en een enorme uitdaging. Gelukkig hebben we zelf geen definitie moeten verzinnen, want dat hebben 40 experts in spirituele zorg in de Verenigde Staten gedaan in 2009 tijdens de Consensus Conference. (1) In de eerste bijeenkomst van de ‘Task Force Spiritual Care in Palliative Care’ van de European Association of Palliative Care (EAPC) in oktober 2010 hebben de 13 Europese

deelnemers van deze werkgroep de Amerikaanse definitie aangepast aan Europese normen. Dit is (onder voorbehoud) de Europese werkdefinitie van spiritualiteit:

Spirituality is the dynamic dimension of human life that relates to the way persons (individuals and community) experience, express and/or seek meaning, purpose and transcendence, and the way they connect to the moment, to self, to others, to nature, to the significant and/or the sacred.

The spiritual field is multidimensional:

- ♦ Existential challenges e.g. questions concerning identity, meaning, suffering and death, guilt and shame, reconciliation and forgiveness, freedom and responsibility, hope and despair, love and joy.
- ♦ Value based considerations and attitudes: what is most important for each person, such as relations to oneself, family, friends, work, things, nature, art and culture, ethics and morals, and life itself.
- ♦ Religious considerations and foundations: faith, beliefs and practices, the relationship with God or the ultimate.

Spiritualiteit aan het levenseinde

Spiritualiteit krijgt de laatste decennia meer en meer aandacht in de medische literatuur, en in het bijzonder in levenseindezorg. De Wereldgezondheidsorganisatie definieerde in 2002 vroegtijdige signalering en zorgvuldige beoordeling en behandeling van spirituele problemen als de vierde pijler van palliatieve zorg, naast problemen van lichamelijke, psychische en sociale aard. Spirituele zorg staat in de palliatieve zorg steeds vaker op de agenda, maar

heeft nog geen structurele inbedding in de gezondheidszorg. Er is op dit moment nog vooral sprake van een (theoretische) visie die zowel verdere ontwikkeling als uitwerking in de praktijk vraagt. Ook bestaat er soms weerstand als het gaat om (de termen) spiritualiteit en spirituele zorg. Deze weerstand lijkt vooral gebaseerd op een achterhaald imago van deze begrippen.

Meerdere publicaties bevestigen dat ernstig zieke patiënten een rol weggelegd zien voor hun huisarts in spirituele zorg. Ze zien hun huisarts als iemand die hun spiritueel welzijn ondersteunt. Ze vinden het belangrijk dat hun huisarts zorgt voor hun spiritueel welzijn, maar ongeveer de helft van de patiënten vindt het niet nodig om hierover lange gesprekken te voeren. Patiënten verwachten dat hun huisarts eenvoudig vraagt naar hun spiritualiteit en vervolgens empathisch luistert vanuit een respectvolle houding. Ze verwachten ook dat hun huisarts, indien hij het nodig acht, hen verwijst naar iemand anders die specifieke training kreeg in spirituele zorg, zoals een pastor of moreel consulent, of naar iemand uit de dichte omgeving (vrienden of familie). (2) De ernstig zieke patiënt geeft met andere woorden de verantwoordelijkheid aan de huisarts om zijn spiritueel welzijn te bewaken en te screenen naar spirituele noden.

Kennis over hun spiritualiteit wordt door palliatieve patiënten als een belangrijke opbouwende factor van de arts-patiëntrelatie beschouwd. Ook het nemen van medische beslissingen betreffende het levenseinde wordt beïnvloed door de spiritualiteit van de patiënt, en daarom vinden patiënten het belangrijk dat hun huisarts hiervan op de hoogte is. Patiënten stellen wel voorwaarden opdat gesprekken over spiritualiteit mogelijk zouden zijn: ze moeten zich gerespecteerd voelen door de huisarts, en wederzijds vertrouwen is essentieel. De meningen zijn echter verdeeld over wie deze spirituele gesprekken moet beginnen. Sommige patiënten vinden dat de huisarts het initiatief moet nemen, anderen vinden dat de huisarts moet openstaan voor dergelijke gesprekken, maar dat het initiatief bij de patiënt ligt. Ondanks deze meningsverschillen zijn de meeste patiënten het erover eens dat, als noch de huisarts, noch de patiënt het initiatief neemt tot een gesprek over spiritualiteit, de kwaliteit van de zorgrelatie erop achteruitgaat. (3)

Heeft de huisarts een rol in spirituele zorg?

Uit internationale literatuur blijkt dat huisartsen het spiritueel welzijn van hun patiënten belangrijk vinden. De meeste huisartsen zien zichzelf als ondersteuner van de spiritualiteit van de patiënt, maar niet als professionele spirituele zorgverlener. Spirituele zorg betekent voor huisartsen respectvol luisteren, 'er zijn' in moeilijke momenten, de normen en waarden van de patiënt niet veroordelen, en spirituele gesprekken met de nodige gevoeligheid, voorzichtigheid en vriendelijkheid uitvoeren. Spiritualiteit komt volgens huisartsen meest ter sprake in tijden van nood, zoals ziekte of verlies van een dierbare. Ze zijn bereid om hierover te spreken, maar de meeste huisartsen verwachten dat het initiatief voor een dergelijk gesprek door de patiënt genomen wordt. (4)

Ondanks het belang dat huisartsen hechten aan het spiritueel welzijn van hun patiënten, ondervinden ze nog vele barrières in het voeren van spirituele gesprekken. Tijdsgebrek wordt bijna

unaniem als limiterende factor vermeld, hoewel sommige huisartsen dit onmiddellijk nuanceren door te stellen dat het niet de duur van het gesprek is die telt, maar wel de inhoud. Daarnaast voelen veel huisartsen zich onzeker op het terrein van spirituele zorg. Ze vinden zichzelf onvoldoende opgeleid en beschikken niet over de nodige kennis, attitudes en vaardigheden in spirituele zorg. Sommige huisartsen zijn bang dat ze de juiste woorden niet zullen vinden, of dat hun patiënt het gesprek zal afwijzen. Huisartsen die zich minder bewust zijn van hun eigen spiritualiteit, zijn ook minder geneigd om hierover met hun patiënten te spreken. (4)

Toch zijn er een aantal factoren die een gesprek over spiritualiteit kunnen faciliteren. Huisartsen die beschikken over goede communicatievaardigheden hebben meer zelfvertrouwen op dit terrein, net zoals huisartsen die zich sterk bewust zijn van hun eigen spiritualiteit. Gesprekken over spiritualiteit verlopen beter als de arts een respectvolle, niet-veroordelende houding aanneemt, en aangeeft dat hij bereid is om hierover te praten. Huisbezoeken lenen zich meer tot dergelijke gesprekken, net zoals een gesprek over spiritualiteit meestal vlotter verloopt bij patiënten die al een jarenlange vertrouwensrelatie met hun huisarts hebben. (4)

Wat is spirituele zorg in palliatieve zorg?

Ondanks de toenemende aandacht die spirituele zorg aan het levenseinde krijgt, is het nog steeds niet duidelijk wat dit precies inhoudt. De definitie en invulling van spirituele zorg kunnen verschillen naargelang het perspectief van waaruit het belicht wordt. Vanuit verpleegkundige hoek wordt spiritualiteit vooral beschreven als het faciliteren van rituelen en seculiere of religieuze gebruiken, en aanwezig zijn bij de patiënt. (5) Artsen en patiënten definiëren spirituele zorg vaker als het in relatie staan met anderen. Dit wordt dan gerealiseerd in de manier waarop lichamelijke zorg wordt gegeven, met een focus op aanwezigheid, samen een weg afleggen, luisteren, contact maken, ruimte creëren, en wederzijds engagement. (6)

Spirituele zorg is echter niet alleen de verantwoordelijkheid van medische zorgverleners, maar ook, en in de eerste plaats, de dagdagelijkse bezigheid van professionele spirituele zorgverleners (pastores, moreel consulenten, ...). Ondanks hun expertise in spirituele zorg maken ze nog maar zelden deel uit van een interdisciplinair team in de palliatieve zorg. Hun invulling van spirituele zorg is meestal meer gericht op het transcendente, (7) waarbij ze een ander jargon spreken dan hun medisch geschoolde collega's. Het is echter van het grootste belang dat alle leden van een interdisciplinair palliatief zorgteam spirituele zorg op dezelfde manier interpreteren.

Om meer duidelijkheid te krijgen over de concrete invulling van spirituele zorg in palliatieve zorg, organiseerden we in november 2010 een expertmeeting in samenwerking met het Kenniscentrum Palliatieve Zorg van het UMC St. Radboud in Nijmegen. Er namen 35 experts uit Vlaanderen en Nederland deel, waaronder 17 artsen, 9 professionele spirituele zorgverleners en 9 onderzoekers. Door middel van de nominale groepstechniek (een kwalitatieve consensusmethode) verzamelden we alle elementen die deze experts relevant vonden als onderdeel van spirituele zorg

in palliatieve thuiszorg. Deze elementen werden vervolgens gescoord volgens belangrijkheid. Er werden 149 elementen van spirituele zorg opgesomd. Uiteindelijk konden we deze indelen in tien domeinen: verwachtingen en wensen rond het levenseinde, rituelen, verhalen, innerlijke krachtbronnen, contact maken, zin geven aan het leven, een veilige omgeving creëren, spirituele zorg integreren in biopsychosociale zorg, zorg voor de zorgverlener en een interdisciplinair palliatief team. Op dit moment loopt er een Delphi-procedure om de resultaten van deze expertmeeting te valideren.

Over de grens: hoe pakt men dit aan in Nederland?

Begin februari 2011 verspreidde Agora, het landelijk ondersteuningspunt palliatieve zorg in Nederland, een visiedocument over aandacht voor zinvragen in de palliatieve fase. Met dit document geeft Agora de richting aan waarin spirituele zorg zich binnen de palliatieve zorg zou moeten ontwikkelen. In het document staan de uitgangspunten en de kerndoelen voor een toekomstig beleid t.a.v. spirituele zorg in de palliatieve fase. Ook laat het document zien dat spirituele zorg alleen kans van slagen heeft als alle disciplines de handen ineen slaan en hun bijdrage leveren. Agora wil graag weten of, en zo ja op welke wijze zorgverleners, opleidingen, patiënten- en mantelzorgkoepels, de politiek, zorgverzekeraars, e.a. de geformuleerde kerndoelen willen helpen realiseren. Daartoe kunnen ideeën en ervaringen tot 15 mei 2011 ingebracht worden via een forum op de website van Agora (www.agora.nl). Deze inbreng wordt verwerkt in een meerjaren-actieplan.

In het Nederlandse visiedocument worden drie maatschappelijke factoren en vijf beroepsinhoudelijke factoren vernoemd die van invloed zijn op de ontwikkeling van spirituele zorg.

Maatschappelijke factoren

In de samenleving is er ten eerste sprake van een **toenemende belangstelling voor spiritualiteit**. Veel Nederlanders noemen zichzelf spiritueel of gelovig. Daarbij is een toenemende invloed van andere culturen, zoals de islam, te constateren. Ook hierdoor komen religie en spiritualiteit opnieuw op de agenda. Naast georganiseerde (o.a. kerkelijke) vormen, is er vooral ook sprake van individuele beleving van spiritualiteit. Aandacht voor spiritualiteit in de zorgverlening vraagt dan ook om een individuele, persoonsgerichte benadering. Daarbij wordt in toenemende mate een beroep gedaan op het empathisch vermogen van de zorgverlener.

Vervolgens hebben ook de actuele **economische ontwikkelingen** invloed op het denken over spirituele zorg. In de eerste plaats omdat onze samenleving geëconomiseerd is en ook de zorg in toenemende mate wordt georganiseerd en bekeken vanuit economische categorieën als efficiëntie en rendement. Vanuit dit economisch denken is spirituele zorg moeilijk als product te operationaliseren, en moeilijk te integreren met andere vormen van zorg. In de tweede plaats moet door de huidige economische situatie in de komende regeringsperiodes rekening worden gehouden met herverdeling van gelden en bezuinigingen. De associatie met spirituele zorg is dat deze 'zacht' is en extra geld kost. Dat leidt

gemakkelijk tot de gedachte dat het niet tot de noodzakelijke zorg behoort en dus naar de privésfeer verwezen kan worden.

Ten slotte zijn **demografische factoren** van belang. De toenemende vergrijzing betekent een toename van het aantal palliatieve patiënten en een daarmee te verwachten toename van spirituele zorgvragen. Terwijl er meer handen aan het bed nodig zijn, neemt het aantal mensen dat zorg kan verlenen echter af. Er wordt dan al snel verondersteld dat de aandacht voor zingevingsvragen ook minder zal worden. Toch hoeft dat niet zo te zijn. De aandacht die zorgverleners hebben voor de spirituele dimensie wordt voor een groot deel bepaald door de persoonlijke betekenis die zij zelf verlenen aan spiritualiteit.

Beroepsinhoudelijke factoren

Om te beginnen, speelt de in de primaire opleiding verworven **visie op spirituele zorg een rol**. Zorgverleners en managers die zijn 'grootgebracht' met het bio-psycho-sociale zorgmodel hebben vaak nog een 'blinde vlek' als het gaat om het erkennen van de spirituele dimensie in de praktijk. Er is een discrepantie tussen het door de WHO gepropageerde bio-psycho-sociale-spirituele zorgmodel en in de praktijk gehanteerde zorgvisies en zorgmodellen. Er is vooral behoefte aan een zorgmodel waarin de spirituele dimensie expliciet uitgewerkt is.

Vervolgens vraagt het verlenen van spirituele zorg **competenties van zorgverleners op het spirituele vlak**. Deze competenties verschillen per discipline. In een recent gehouden inventarisatie en aanzet tot discussie over de benodigde competenties op het gebied van spirituele zorg worden de volgende competenties onderscheiden. Naast zelfinzicht in de rol in de eigen spiritualiteit en een open, onbevooroordeelde communicatie, spelen ook het signaleren van spirituele vragen en behoeften even als crisismomenten bij patiënt en naasten een rol. Ook het afstemmen in het interdisciplinair team en verwijzen naar een geestelijk verzorger horen erbij. Naast het zorg bieden door ondersteuning bij de spirituele behoeften en zingevingsvragen, worden een grondhouding met respect, 'aanwezig' zijn en oprecht luisteren op prijs gesteld. Ook kwaliteitszorg en deskundigheidsbevordering met intervisie en verbeterprojecten zijn noodzakelijk.

Dit competentieprofiel is een eerste aanzet en vergt nog verdere doordenking met vooral beroeps-, patiënten-, en mantelzorgorganisaties.

Vervolgens ziet men spirituele zorg als **interdisciplinaire zorg**. De professionele zorg wordt gekenmerkt door vergaande specialisatie, waarbij iedere discipline werkt vanuit een eigen professioneel kader. Domeindenken kan integratie van spirituele zorg in het interdisciplinaire zorgproces in de weg staan. Zo leidt een biologisch, een psychosociaal of een geesteswetenschappelijke oriëntatie tot verschillende oplossingen in interventie en zorg. In het verlengde hiervan hebben verschillende disciplines een eigen jargon, spreek- en werkwijze. Er zal voor spirituele zorg gewerkt moeten worden aan een voor alle betrokken partijen bruikbaar en eenduidig begrippenkader. Naast de rol van professionals is het ook belangrijk na te denken over de rol van vrijwilligers.

Een andere vaststelling is dat zorgverleners hun zorg steeds meer moeten verantwoorden in termen van **wetenschappelijke evidentie**. Hierbij gaat het om de vraag wat spirituele zorg bijdraagt aan de gezondheid en/of het welzijn van de patiënt, uitgedrukt in concrete uitkomstmaten. De vraag is of, en zo ja hoe, een evidence based benadering geschikt is om spirituele zorg te onderzoeken. In Nederland en Vlaanderen is er nog niet veel evidence based materiaal aanwezig. De aandacht voor wat voor de patiënt en diens familie van existentieel belang is door het hen zelf te vragen – evident vanuit goede zorg – komt nog onvoldoende naar voren.

Aandacht voor de spirituele dimensie in de palliatieve zorg past ook binnen de huidige tendens van **kwaliteitsbeleid** in de zorg.

Spirituele zorg sluit goed aan bij waarden die in kwaliteitsdocumenten worden verwoord. Spiritualiteit is een identiteitsgevoelig begrip en zal per organisatie anders ingevuld worden. Op dit moment is spirituele zorg in zorginstellingen vooral verankerd in het functioneren van de dienst geestelijke verzorging. Die dienst kan een belangrijke rol spelen bij het werken naar een interdisciplinair gedragen verantwoordelijkheid voor spirituele zorg.

Dr. Mieke Vermandere

Promotor: Prof. Dr. Bert Aertgeerts

Copromotoren: Prof. Dr. Jan De Lepeleire, Prof. Manu Keirse

Meer weten?

Links:

www.palliatief.be

www.agora.nl

www.waardenweb.nl

www.gwish.org

Boeken:

- Ik ben bij je. Steun aan het sterfbed. Jennifer Sutton Holder en Jann Aldredge-Clanton. Uitgeverij Kok/Kampen, Davidsfonds/Leuven. ISBN 9789077942390.
- Dag & nacht. Een spiritualiteit vanuit de medische ervaring. Marc Desmet. Uitgeverij Terra-Lannoo. ISBN 9789020928549.
- Liefde voor het werk in tijden van management. Een open brief aan de ziekenhuisdirectie. Marc Desmet. Uitgeverij Lannoo. ISBN 9789020986327.
- Ruimte om te sterven. Een weg voor zieken, naasten en zorgverleners. Carlo Leget. Uitgeverij Lannoo. ISBN 9789020951455.
- Van levenskunst tot stervenskunst. Over spiritualiteit in de palliatieve zorg. Carlo Leget. Uitgeverij Lannoo. ISBN 9789020976311.
- Tijd voor de ziel. Spiritualiteit en zingeving vanuit psychotherapie. Mia Leijssen. Uitgeverij Lannoo. ISBN 9789020975963.

Opleidingen:

Voor meer informatie over deze opleidingen: zie website van de Federatie Palliatieve Zorg (www.palliatief.be) of contacteer Mieke Ballinckx, vormingsverantwoordelijke van de Federatie. (mieke.ballinckx@palliatief.be of 02/456 82 05)

- Introductiedag: spiritualiteit van de zorgverstreker: bezieling, passie, dé kracht van elke zorgverstreker! Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen i.s.m. netwerk palliatieve zorg Arr. Aalst – regio Dendermonde – Arr. Ninove, netwerk palliatieve zorg Waasland. 28 april 2011. Docenten: Marc Desmet, Katrien Cornette, Dirk Marivoet, Björn Prins. Locatie: Lebbeek.
- Aandacht voor het spirituele in palliatieve zorg: hoezo?

Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen. 17 mei en 14 juni 2011. Docent: Marc Desmet. Locatie: Wemmel.

- Mindfulness training voor zorgverstrekkers i.s.m. Itam. Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen. 12, 19, 26 mei, 2, 9, 16 en 23 juni 2011. Docent: Björn Prins. Locatie: Gent.
- Spirituele zelfzorg voor zorgverstrekkers. Geworteld in de aarde, geopend naar het licht. De lotus als symbool voor spirituele groei. Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen. 30 en 31 mei 2011. Docent: Katrien Cornette. Locatie: Gent.

Referentielijst

1. Puchalski C, Ferrell B, Virani R, Otis-Green S, Baird P, Bull J, et al. Improving the Quality of Spiritual Care as a Dimension of Palliative Care: The Report of the Consensus Conference. *Journal of Palliative Medicine* 2009 Oct;12(10):885-904.
2. Holmes SM, Rabow MW, Dibble SL. Screening the soul: communication regarding spiritual concerns among primary care physicians and seriously ill patients approaching the end of life. *Am J Hosp Palliat Care* 2006 Jan;23(1):25-33.
3. Ellis MR, Campbell JD. Patient's views about discussing spiritual issues with primary care physicians. *South Med J* 2004;97(12):1158-64.
4. Vermandere M, De Lepeleire J, Smeets L, Hannes K, Van Mechelen W, Warmenhoven F, et al. Spirituality in general practice. A qualitative evidence synthesis. Submitted 2011.
5. Hummel L, Galek K, Murphy KM, Tannenbaum HP, Flannely LT. Defining spiritual care: an exploratory study. *J Health Care Chaplain* 2008;15(1):40-51.
6. Edwards A, Pang N, Shiu V, Chan C. The understanding of spirituality and the potential role of spiritual care in end-of-life and palliative care: a meta-study of qualitative research. *Palliative Medicine* 2010.
7. VandeCreek L. Defining and advocating for spiritual care in the hospital. *J Pastoral Care Counsel* 2010; 64(2):5-10.

Momenteel werkt de Faculteit Geneeskunde van de K.U.Leuven samen met een 65-tal affiliatieziekenhuizen, voornamelijk in Vlaanderen maar ook in andere werelddelen, voor de opleiding van studenten geneeskunde in het derde masterjaar. Deze ziekenhuizen worden regionaal gegroepeerd in Cremecs, wat staat voor Complementair REgionaal MEDisch Centrum, en zo zijn er acht. Recent werden binnen de Cremec Limburg de verantwoordelijken huisartsgeneeskunde (dit zijn drie regiocoördinatoren huisartsgeneeskunde Limburg) opgenomen in de bureaus van de Cremec en benoemd tot academisch consulent van het ACHG, omdat er nu ook vier weken stage bij een huisarts is voorzien in het derde masterjaar.

Primeur

Op 15 februari 2011 werd voor het eerst een bijeenkomst georganiseerd door en voor huisartsen over wondzorg. Alles ging door in een Wijkgezondheidscentrum in samenwerking met verpleegkundigen, specifiek getraind in wondzorg. Collega Bert Aertgeerts, de manitou van het ACHG, kwam zelf ter plaatse om deel te nemen. De vaardigheidsdag werd opgebouwd rond casussen en om alles zo concreet mogelijk te maken, werd er ook materiaal gedemonstreerd, zelfs op een patiënt.

Na een verwelkoming door voorzitter Prof. Philippe Gillis werden een aantal algemene begrippen over wondzorg toegelicht door collega Eddy Van den Bossche.

Vervolgens waren er zes werkstations met gevarieerde onderwerpen zoals een demo van het TIME-principe, wat staat voor Tissue en Moisture met Intrasite, Algisite en Allevyn. Maar ook acute wondzorg, de verzorging van geïnfecteerde wonden, negatieve drukbehandeling en de praktische verzorging van een chronisch veneus ulcus kwamen aan bod. Een aantal casussen met het wondzorgevaluatieformulier en de aanpak van decubitus, drukulcus en skintags maakten het geheel zeer praktisch.

Take home messages voor de aanpak van ulcera van de onderbenen

- Spoor de oorzaak op van het ulcus: Als het gaat over een veneus ulcus, zijn er stigmata van veneuze insufficiëntie zoals varices, okerdermatitis, corona phlebectatica paraplantaris, oedemen, atrofie blanche en ulcera vooral ter hoogte van de malleolus internus, die weinig pijnlijk zijn maar waarvan de pijn toeneemt bij afhangen van het lidmaat. Als het gaat om een arterieel ulcus daarentegen, zijn er stigmata van arteriële insufficiëntie zoals afwezige pulsaties, pijnlijke vooral sacraal gelegen ulcera, met pijn die verbetert met afhangen van het lidmaat. Vandaar ontstaat er soms secundaire oedeem door continu afhangen van het lidmaat. Diabetische ulcera hebben de kenmerken van een arterieel ulcus en komen vooral voor op drukplaatsen.
- Ga altijd na of er onderliggende factoren zijn die samen gaan met een ulcus zoals hartdecompensatie, anemie, chronische nierinsufficiëntie e.a.

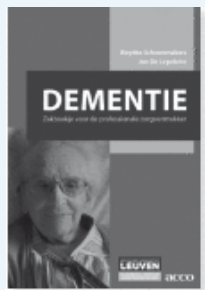


- Wat zijn de basisprincipes van lokale therapie?
 - ♦ Reinig de wonde met fysiologisch water of gebruik water met de douchekop
 - ♦ Als antisepticum is iodoovidon eerste keuze aangezien dat geen cytotoxisch effect geeft in tegenstelling tot andere antiseptica
 - ♦ Streef altijd naar een vochtige wondheling met wond-dressing. De keuze van het preparaat hangt af van het soort wonde:
 - Vochtige wonde: schuimverband, alginaat verband
 - Droge wonde en/of fibrineus beslag: gebruik hydrogel om te verweken
 - Granulerende wonde: hydrocolloïd verband
 - Necrose: steeds mechanisch verwijderen of verweken met hydrogel
 - Klinische tekens van infectie: alleen in dit geval wordt er antibiotica gegeven. Pas wel op bij diabetische ulcera want surinfectie is daar niet altijd duidelijk omdat rubor, calor en dolor kunnen ontbreken!
 - Cultuur en antibiogram zijn belangrijk: behandel MRSA met Bactroban en pseudomonas met 1% azijnzuur in water
 - Vacuümtherapie wordt voorbehouden voor gehospitaliseerde patiënten
- Wanneer een compressief verband gebruiken?
 - ♦ Altijd bij veneuse ulcera
 - ♦ Nooit bij arteriële en diabetische ulcera
- Moet oedeem behandeld worden? Bij uitgesproken oedeem best de eerste dagen rust in hoogstand, tenzij bij hartdecompensatie en arteriële ulcera
- Behandel indien mogelijk de onderliggende oorzaken: bijvoorbeeld
 - ♦ Veneus ulcus: veneuse stripping of perforantectomie
 - ♦ Arterieel ulcus: stent, ballondilatatie, arteriële bypass
 - ♦ Diabetisch ulcus: diabetes op punt stellen
- Andere medicatie:
 - ♦ analgetica als pijnbestrijding
 - ♦ pas op met niet selectieve betablockers bij arteriële en diabetische ulcera voor de vasoconstrictie
- Niet helende wonde: denk aan een spinocellulair carcinoom!

Dr. Eddy Van den Bossche, regio-coördinator, Cremec Limburg

Birgitte Schoenmakers en Jan De Lepeleire

Zorgverstrekkers worden de laatste jaren steeds vaker geconfronteerd met de zorg voor een persoon met dementie. Deze chronische ziekte met onvoorspelbaar en onomkeerbaar verloop heeft een belangrijke impact op de patiënt en zijn omgeving. Het progressief cognitief verval en de vaak moeilijk te controleren gedragsproblemen, maken van de patiënt met dementie een bijzonder kwetsbare figuur. Bovendien worden de rolpatronen in de directe omgeving gaandeweg herschikt en treedt de zorg voor de patiënt op de voorgrond. De mantelzorg is in dit zorgproces een essentiële maar zwaarbelaste en vaak ook zorgbehoevende schakel. De zorgverstreker staat in dit verhaal voor een complexe problematiek. Een goede terreinkennis gecombineerd met een gedegen samenwerking zijn dan ook de absolute voorwaarden voor een geslaagde zorg. Ondanks gevorderd onderzoek in het dementiedomein, ontbreekt het de



zorgverstrekkers aan bruikbare richtlijnen en consensus. Bovendien is het zorglandschap even uitgebreid als versnipperd, wat de zoektocht naar geschikte ondersteuning verder bemoeilijkt. Dit zakboekje wil een wegwijzer zijn in de dagelijkse professionele zorg voor patiënten met dementie en hun familie en mantelzorgers. Vertrekkende van de initiële ziektediagnostiek tot de fase van het levens-einde geeft dit boekje een helder, wetenschappelijk overzicht van de zorg voor een patiënt met dementie. Zowel de huisarts als de andere hulpverleners uit de eerste lijn zullen in dit zakboekje concrete antwoorden vinden op vragen uit dit ziekte-domein.



-15%
voor stageleiders

ISBN 9789033484872

Winkelprijs: €16

Bestellen aan €13,60 (ipv €16): mail naar katrien.buelens@med.kuleuven.be

AGENDA

CEBAM

- Evidence-based practice in de klinische praktijk – 3-daagse cursus voor artsen en andere zorgverleners - 25-26-27 mei 2011
- 9 juni: 3e terugkomdag EBM

Voor meer info:

info@cebam.be

ACHG

- Leuvense Dagen “Verslavingszorg” van 12 tot en met 14 mei in La Foresta – Vaalbeek

Voor meer info:

monique.smets@med.kuleuven.be

Afstudeerwerkjes van de 7de jaars studenten op 20, 21 en 22 juli 2011. Erasmushuis, zaal Justius Lipsius (LETT 08.16), Blijde Inkomststraat 21, 3000 Leuven. De juiste uren verneemt u vast en zeker in de Nieuwsbrief.

Doctoraatsverdedigingen

- 3 mei om 13u: Maree Brinkman “Dietary risk factors associated with bladder cancer”
- 16 juni om 13u: Carla Truysers “The use of general practice continuous morbidity registration systems for public health surveillance”
- 30 juni om 16u: Stijn Van de Velde “Evidence-based practice in first aid”

Voor meer info:

marina.devis@med.kuleuven.be

COLOFON

Dit contactblad is een uitgave van het
Academisch Centrum voor Huisartsgeneeskunde

Algemene leiding: Prof. Dr. B. Aertgeerts
 Verdiepingsweken: Prof. Dr. B. Schoenmakers
 Lespakketten: Prof. Dr. J. Degryse en Dr. A. Roex
 Stageverantwoordelijke: Prof. Dr. J. De Lepeleire
 Onderzoek: Prof. Dr. F. Buntinx
 Permanente vorming: Prof. Dr. D. Dewilde

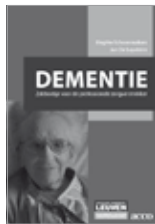
Eindredactie: M. Brems
 Hoofdredeactie: C. Geens
 Redactieraad: Bert Aertgeerts, Marleen Brems, Chris Geens,
 Jan De Lepeleire, Deborah Bické, Marina Devis
 Lay-out: EV&Zonen
 Druk: ACCO
 V.U.: B. Aertgeerts, Kapucijnenvoer 33 – Blok j – bus 7001 te 3000 Leuven
achg@med.kuleuven.be www.achg.be

STAGELEIDERS VAN HET ACHG GENIETEN 15% KORTING OP VOLGENDE TITELS:

DEMENTIE

**ZAKBOEKJE VOOR DE PROFESSIONELE
 ZORGVERSTREKKER**

ISBN 978 90 334 8487 2 // Uitgeverij Acco // 2011
 16,00-EUR - 15% → 13,60 EUR



WAAROM DIK WORDEN GEMAKKELIJK EN VERMAGEREN MOEILIK IS

RECENTE INZICHTEN IN OBESITAS

ISBN 978 90 334 8235 9 // Uitgeverij Acco // 2011
 25,00-EUR - 15% → 21,25 EUR

AANDOENINGEN VAN HET SPIJSVERTERINGSSTELSEL

ISBN 978 90 334 8492 6 // Uitgeverij Acco //
 2011 45,00-EUR - 15% → 38,25 EUR



NETTER COLLECTION OF MEDICAL ILLUSTRATIONS 2/E

VOL. 1: THE REPRODUCTIVE SYSTEM

ISBN 978 14 377 0595 9 // WB Saunders // 2011
 85,75-EUR - 15% → 72,89 EUR

BEGRIPPEN VAN DE OOGHEELKUNDIGE KLINIEK

ISBN 978 90 334 8242 7 // Uitgeverij Acco //
 2011 16,00-EUR - 15% → 13,60 EUR



2030 - THE FUTURE OF MEDICINE AVOIDING A MEDICAL MELTDOWN

ISBN 978 01 996 0066 3
 Oxford University Press // 2011
 20,25-EUR - 15% → 17,21 EUR

EHBO

EERSTE HULP BIJ ONGEVALLEN

ISBN 978 90 334 8499 5 // Uitgeverij Acco
 Herziene editie 2011
 28,00-EUR - 15% → 13,80 EUR



acco Medical

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

ACHG - Monique Smets - Kapucijnenvoer 33 - blok j, bus 7001 - B-3000 Leuven
 Tel +32 016/33 26 91 - Fax +32 016/33 74 80 - Monique.Smets@med.kuleuven.be