

Contactblad ACHG

KU LEUVEN

ACADEMISCH CENTRUM
HUISARTSGENEESKUNDE

April - Mei - Juni 2018

DRIEMAANDELIJKS TIJDSCHRIFT • JAARGANG 27 • NR. 3 • Afgiftekantoor: Leuven MassPost P911471

IN DIT NUMMER:

- Editoriaal1
- Onderzoek2
- Prijs van de Vlaamse en Brusselse huisarts6
- ACHG in het nieuws8
- Leuk nieuws9
- Agenda10
- Boekbespreking11

Terwijl ik dit schrijf, komt de zon piepen maar vriest het de stenen uit de grond. Het de koudste dag in maart sinds 1909. Iedereen wil Zoutelande bezoeken en de Cryptomunt heeft als nieuwste hype de Bitcoin voorbijgestoken.



Ondertussen is in de opleiding geneeskunde de eindspurt ingezet met de dubbele cohort. Het vraagt een grote inspanning van iedereen: onze docenten, de ondersteunende krachten en niet in het minst van onze studenten. We hebben immers een gloednieuw curriculum uitgewerkt binnen een strak keurslijf van juridische hinderpalen, ECTS-fiches, studiepunten, OLA's en OPO's. Kan u nog volgen? Wij soms ook niet meer.

Het nieuwe vak huisartsgeneeskunde dat we nu voor het eerst in 3^e master aanbieden voor iedereen die wil starten als huisarts lijkt wel een voltreffer te zijn. Het bestaat uit hoorcolleges, workshops, gesprekstrainingen, oefeningen op ons interactief online leerplatform (Sofia) en wordt afgesloten met een geweldig concept, namelijk 'geïntegreerd consultvoeren'. Hierbij worden de studenten in groepjes van drie ingedeeld. Elk groepje bestaat uit een arts, een patiënt en een observator. Ze spelen een casus waarbij alle facetten van een levensechte consultatie aan bod komen: een patiënt verwelkomen en de ICE bevragen, klinisch redeneren, rekening houden met de soms complexe context van de patiënt, alles op een correcte manier registreren in het dossier, evidence-based informatie zoeken op Ebpracticenet, en tenslotte het beleid bepalen, rekening houdend met de wensen en verwachtingen van de patiënt. Een concept dat duidelijk aanslaat bij deze leergierige artsen-in-spe en dat ook als docent bijzonder boeiend is om te begeleiden.

Als u dit leest zijn we in Alveringem geweest, een zeer bijzonder dorp in West-Vlaanderen waar een aantal huisartsen dringend op zoek zijn naar jonge collega's. Er schijnt zelfs een syndroom van te bestaan. We brengen u verslag uit.

Bert Aertgeerts

Editoriaal



Miek Smeets wint de Viviane Conraads prijs!

De Viviane Conraads Prijs is een Vlaamse prijs ter waarde van 15.000 euro die tweejaarlijks geschonken wordt aan het project/team/onderzoeker met het meest innoverende project waarbij de hartpatiënt centraal staat en vanuit de cardiologie een brug geslagen wordt naar andere disciplines in de gezondheidszorg.

De prijs wordt uitgereikt ter nagedachtenis van Viviane Conraads.

LAUREAAT, 2017, 2E EDITIE

Dr. Miek Smeets

(Academisch Centrum voor Huisartsgeneeskunde, Leuven)

“Ontwikkelen van een zorgprogramma voor hartfalen in België”

Hartfalen is een veel voorkomende aandoening die vooral ouderen treft. Het heeft een grote impact op levenskwaliteit van patiënten en gaat gepaard met een hoog risico op (re)hospitalisaties en sterfte. Het kost de overheid dan ook heel wat geld; 1 à 2% van het RIZIV budget gaat naar hartfalen. De meeste patiënten met hartfalen presenteren zich de eerste keer met symptomen en klinische tekens bij de huisarts. Daarnaast zijn deze doorsnee oudere personen vaak multimorbide patiënten waarvoor de zorg ook vooral bij de huisarts terecht komt.

Er is echter ruimte voor verbetering in de zorg voor deze patiënten in de eerstelijns. Om te beginnen kan hartfalen zich bij ouderen erg specifiek presenteren waardoor het moeilijk is om in de eerstelijns de diagnose zuiver klinisch te stellen. Natriuretische peptiden (BNP, NT-proBNP, biomarkers die bepaald kunnen worden in het labo) hebben hierbij echter hun nut bewezen en zijn daarom opgenomen in een heel aantal internationale richtlijnen. Daartegenover staat dat deze producten in België niet terugbetaald worden en daardoor tot dusver weinig worden gebruikt in de huisartspraktijk. Dit maakt dat hartfalen als diagnose vaak gemist wordt of pas in een laat stadium van de ziekte herkend wordt. Uitstel van diagnose brengt dan weer uitstel van behandeling met zich mee. Daarnaast bevelen richtlijnen aan om de zorg voor patiënten met hartfalen in een multidisciplinair zorgprogramma te gieten, met een naadloze overgang van ziekenhuiszorg naar de eerstelijns en met aandacht voor educatie en empowerment van patiënten. De hartfalenzorg in België schiet hierin op dit moment echter tekort.

In dit project hebben we één voor één de barrières aangepakt die in de weg staan van een multidisciplinair zorgprogramma voor hartfalen.

Het **eerste probleem** is de moeilijke identificatie van hartfalen patiënten in de eerstelijns. Doordat tijdige diagnose reeds moeilijk is voor de huisarts, wordt het als onderzoeker of overheid moeilijk om de doelgroep van een zorgprogramma af te lijnen.

In dit luik hebben we bekeken wat de incidentie en prevalentie is van alle hartfalen stadia in de Vlaamse huisartspraktijk tussen

2000 en 2015 door gebruik te maken van de INTEGGO database. Daarnaast hebben we bestudeerd hoe de comorbiditeiten en cardiovasculaire behandeling van patiënten met hartfalen geëvolueerd is in deze periode.

Vervolgens hebben we een systematisch overzicht gemaakt van alle studies over hartfalen in de huisartspraktijk en bekeken hoe andere onderzoekers patiënten met hartfalen identificeren én of deze verschillende methodes impact hebben op de karakteristieken van de bestudeerde personen.

Verder hadden we data ter beschikking van de BELFRAIL studie, een cohort van 567 80-plussers in de huisartspraktijk die een uitgebreid klinisch onderzoek en bevraging ondergaan hebben en waarbij een echocardiografie en natriuretische peptiden zijn bepaald. Ook werd er aan de behandelende huisartsen gevraagd om bij deze 80-plussers in te schatten of ze hartfalen hadden of niet. We hebben de inschatting van de huisarts vergeleken met objectieve cardiale afwijkingen en vonden dat dit niet goed overeenkwam. Het risico op overlijden van patiënten bestempeld als hartfalen patiënten door de huisarts kwam wel overeen met het risico op overlijden van patiënten met objectieve cardiale afwijkingen. De inschatting van de huisarts had dus wel waarde naar risico-inschatting toe.

Op basis van deze gegevens was het duidelijk dat het voor huisartsen erg moeilijk is om de diagnose van hartfalen te stellen, zeker bij patiënten in deze leeftijdsgroep. Daarom hebben we in het BELFRAIL cohort ook 4 diagnostische beslisregels vergeleken die tot doel hebben om beter te kunnen inschatten wie door de huisarts verwezen moet worden voor echocardiografisch onderzoek. Daaruit konden we concluderen dat NT-proBNP het meest waardevolle hulpmiddel is om te beslissen of iemand verwezen moet worden of niet. Hiertegenover staat echter nog steeds het feit dat er bij 80-plussers nog geen ideale afkapwaarde is.

Op basis van alles wat we geleerd hadden uit dit eerste luik hebben we een pragmatische, stapsgewijze methode ontworpen om patiënten met hartfalen te identificeren. Deze bestaat uit de realisatie van een uitgebreide audit in het EMD van de huisarts. We zoeken daarbij niet alleen op patiënten met een geregistreerde di-



agnose van hartfalen, maar ook op cardiovasculaire risico factoren, symptomen, klinische tekens en hartfalen medicatie. Zo krijg je een lijst van mogelijke patiënten per arts. Deze leggen we voor aan elke arts met de vraag: “wie van deze patiënten heeft volgens u hartfalen?”. Dit heeft als doel om vervolgens te gaan kijken in het dossier van elke patiënt of er een echocardiografie gebeurd is en of de diagnose hartfalen geobjectiveerd is. Door de huisarts hierin feedback te geven, komen we tot een cohort van geobjectiveerde hartfalen patiënten.

De **tweede uitdaging** is dat een zorgprogramma alleen kan werken als het inspeelt op de noden van de betrokken zorgverleners. Daarom zijn we in het 2e luik van dit project dieper ingegaan op de ervaringen van huisartsen met hartfalenzorg, hun noden en ideeën voor verbetering.

In dit luik maakten we een systematisch overzicht van alle kwalitatieve literatuur die de ervaringen van huisartsen met hartfalenzorg bestudeerd en deden we semi-gestructureerde interviews met 13 Vlaamse huisartsen over hun ervaringen en noden.

Dit leerde ons dat Vlaamse huisartsen nood hebben aan meer protocollaire zorg voor patiënten met hartfalen. Deze zorg gebeurt liever niet onder de vorm van een zorgtraject - deze brengen teveel administratie met zich mee en werden niet flexibel genoeg bevonden maar met een flexibel, patiëntgericht zorgpad dat hen meer houvast geeft in hun beleid. Daarnaast waren de artsen vragende partij om hartfalen educatie te delegeren aan verpleegkundigen. Algemeen hadden Vlaamse huisartsen weinig ervaring in de samenwerking met hartfalen verpleegkundigen of in het werken met NT-proBNP.

In een **derde luik** zijn we een complexe interventie bestaande uit een uitgebreide audit in het elektronisch medisch dossier (EMD) van de huisarts, een NT-proBNP point-of-care (POC) test en ondersteuning door een hartfalen verpleegkundige gaan testen in 8 Vlaamse huisartspraktijken in regio Leuven en Genk om te zien of deze haalbaar zijn als onderdelen van een hartfalen zorgprogramma.

De pilotstudie is in de eerste praktijk gestart op 1/1/2017 en zal in de laatste praktijk eindigen op 30/11/17. In de acht praktijken zijn er 333 patiënten met een geregistreerde diagnose van hartfalen geïdentificeerd (prevalentie hartfalen: 1.8%). Door de audit te doen groeide dit aantal tot 538 (prevalentie 3.0%, toename van 40%). Bij al deze patiënten werden er een heel aantal kwaliteitsindicatoren uit het dossier gehaald en voorafgaand aan de studie gepresenteerd aan elke praktijk om een idee te geven van de huidige kwaliteit van zorg. Tijdens de studieduur krijgen de artsen de NT-proBNP POC test en ondersteuning van de hartfalenverpleegkundige aangeboden om hun kwaliteit van zorg te kunnen verbeteren. De studie loopt 6 maanden in elke praktijk.

Op basis van de studie resultaten wensen we meer concrete aanbevelingen te doen over de toekomstige organisatie van hartfalenzorg in België.

HET OSCAR-HF TEAM

Dit 5-jarig project is onderwerp van het doctoraat van Dr. Miek Smeets (Academisch Centrum Voor Huisartsgeneeskunde, Leuven) bijgestaan door Prof. Dr. Bert Aertgeerts (ACHG, Leuven), Dr. Bert Vaes (ACHG, Leuven) en Prof. Dr. Stefan Janssens (Diensthoofd cardiologie UZ Leuven, Leuven).

De OSCAR-HF studie groep wordt daarnaast versterkt vanuit de dienst cardiologie van ZOL (Genk) door Prof. Dr. Wilfried Mullens en Jan Vercammen (HF verpleegkundige), vanuit de dienst klinische biologie van ZOL (Genk) door Prof. Dr. Joris Penders en Cindy Verwichte, Kristel Kelchtermans en Dorien Van Tiggel en door de hartfalen verpleegkundige van UZ Leuven Anne Strijckmans, Lien Sevenants en Christine Hellemans.

Familiaal geweld en de gezondheidssector

De laatste maanden kwamen seksueel geweld, partner geweld, kindermishandeling, dating geweld en ouderenmishandeling weer meer in de media. Wat is onze rol als huisarts? Hoe kunnen we dit sneller opsporen en samenwerken met het brede landschap van hulpverlening? Kennen we het aanbod en wat doen we in de praktijk? Hoe moeten we staan tegenover veiligheidshandhaving?

Volgende initiatieven in het najaar 2017 geven antwoord op deze vragen: een navormingssessie en een congres over nieuwe oriëntaties in de samenwerking bij de hulpverlening die nu vanaf 2018 in alle provincies ingang vindt.

In een Pentalfa-sessie¹ werd o.l.v. Prof B. Schoenmakers een introductie gegeven over 'Spreken i.v.m. familiaal geweld'. Leo Pas gaf, uitgaande van een generiek model voor psychosociale consultatievoering, aan hoe huisartsen het vermoeden van geweld in huiselijke kring kunnen verhogen en exploreren. Een model voor exploratie van gedachten, emoties en coping gedrag zoals voorgesteld in figuur 1. Dit model sluit nauw aan bij de bevindingen gepresenteerd door Prof. Peter Adriaenssens over de veranderingen in onze hersenen o.i.v. opgelopen kindertrauma's. Baanbrekend is ook het werk gepresenteerd door Prof De Donder (VUB) rond een **RI**sico**T**axatie **I**nstrument (RITI) ontwikkeld voor het VLOCO² voor detectie van ouderenmisbehandeling. Reeds enkele masterthesissen werden gemaakt over dit onderwerp bij huisartsen en tonen de mogelijkheden om in de thuishulpverlening en bijvoorbeeld ook in RVTS/ROBS dit probleem systematischer aan te pakken. Op basis van huidige kennis kan men in de hulpverlening

thuis een hoog-risico populatie identificeren om verder ouderenmisbehandeling op te sporen.

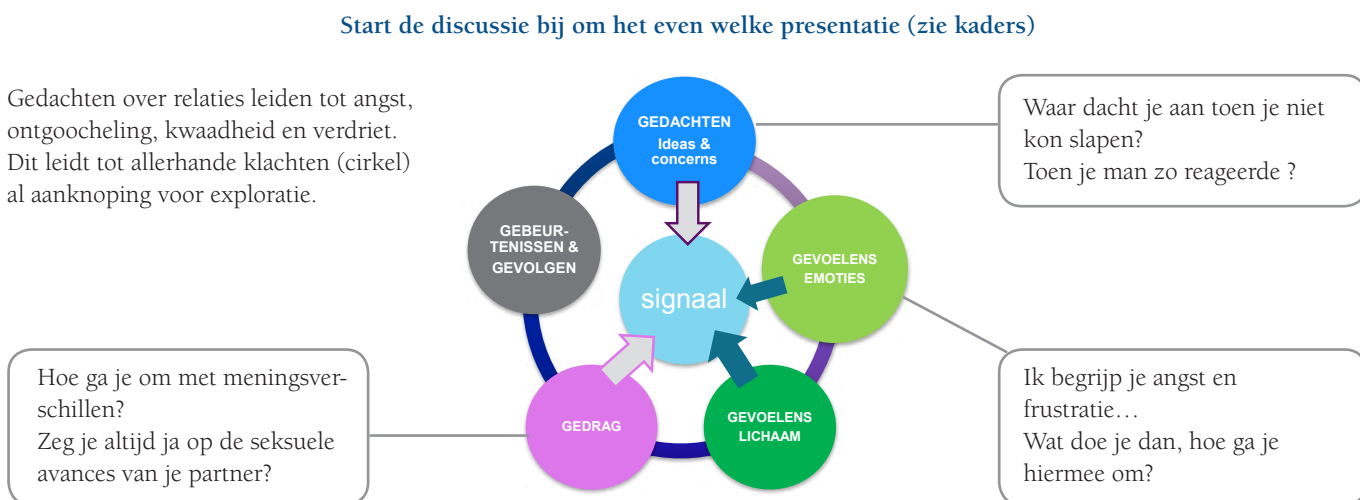
Het tweede initiatief werd mogelijk gemaakt dankzij samenwerking tussen het netwerk van European Family Justice Centers o.l.v. Pascale Franck (Veilig thuis³) en Leo Pas namens de werkgroep Geestelijke Gezondheidszorg en Familiaal geweld van Europev⁴.

In alle provincies ontstaan momenteel georganiseerde vormen van ketenaanpak om de samenwerking tussen hulpverlening op de eerste lijn, de geestelijke gezondheidszorg, de welzijnzorg en gespecialiseerde hulpverlening voor geweld (VK, OCJ, CAW) en zelfs veiligheidshandhaving op een familie gecentreerde en persoon gecentreerde manier aan te passen. 'Veiligheid eerst' is de leuze, maar hoop en empowerment van het cliëntsysteem staan voorop. Davey Simons presenteerde dit concept in de Pentalfa-sessie die online nog te bekijken is als geaccrediteerde bijscholing. Een boek is beschikbaar voor zij die er meer over willen weten⁵.

Voor ons, huisartsen, is de eerste schakel vaak het lokale Centrum voor Algemeen Welzijn (www.caw.be); uitleg bij de mogelijkheden van dit niveau als eerste stap werd gegeven door Karline van de Weghe van CAW Vlaams Brabant Oost. Vanaf 2018 worden alle voorzieningen ondergebracht onder de bevoegdheid van de Vlaamse Gemeenschap. Een e-learning en LOK aanbod werd ondertussen begin 2018 gelanceerd door de Vlaamse Gemeenschap.

Leo Pas

Figuur 1: Model voor presentatie klachten en exploratie van geweld



1 <https://med.kuleuven.be/nl/permanente-vorming/pentalfa/programma/2017-2018/familiaal-geweld>

2 <http://www.ouderenmisbehandeling.be/VLOCO/Index.aspx>

3 <https://ffc-veiligthuis.be/antwerpen/>

4 European Network for Prevention and Health promotion, Wonca Netwerk

5 Pascale Franck en Davy Simons. *Dromen, Denken, Doen: een praktijkhandboek over ketenaanpak intrafamiliaal geweld en het family justice center*. ISBN 978-2-509_02957. info@politeia.be



Wetenschap en Gezondheid

Kunnen vaderlijke genen het risico op eierstokkanker bij hun dochter verhogen?

In het nieuws

Er wordt al lang gezocht naar de oorzaken van kankers. Een recente studie toont een verhoogd risico op eierstokkanker aan door het doorgeven van bepaalde genen van vader op dochter.

Waar komt dit nieuws vandaan?

Mutaties zijn foutjes in genen die een verhoogd risico kunnen geven op bepaalde aandoeningen. Het is al langer bekend dat bepaalde mutaties het risico op eierstokkanker kunnen verhogen. Er werden echter nog geen mutaties gevonden die van vader op dochter worden overgeërfd. BBC News kwam met deze nieuwe informatie op de proppen na de publicatie van een grote studie die werd uitgevoerd door onderzoekers van een kankerinstituut in New York (1). In deze studie werd d.m.v. DNA-analyse het risico op eierstokkanker onderzocht bij 3.500 kleindochters met een grootmoeder met deze kanker. Het doel van de studie was het ontdekken van de mutatie die het risico op eierstokkanker verhoogt en van vader op dochter wordt overgedragen.

Bron

(1) Eng KH, Szender JB, Etter JL, et al. Paternal lineage early onset hereditary ovarian cancers: A Familial Ovarian Cancer Registry study. *PLOS Genetics*. Published online February 15 2018

Hoe moeten we dit nieuws interpreteren?

In de gemiddelde populatie bedraagt het risico op eierstokkanker 1%. In deze studie hebben de kleindochters een hoger risico (28%) op eierstokkanker als hun grootmoeder aan vaders kant deze kanker heeft gehad. Dit verhoogd risico is lager (14%) als hun grootmoeder aan moeders kant eierstokkanker heeft gehad.

Het is al langer bekend dat bepaalde genen het risico op kanker kunnen verhogen, en zo zijn er al verschillende mutaties ontdekt. Het gaat hier over een grote studie, maar we moeten voorzichtig omgaan met deze informatie. Er zijn namelijk verschillende risicofactoren voor eierstokkanker, zoals een ongezond eetpatroon, kinderloosheid en bepaalde vroegere behandelingen. Slechts een kleine groep (10%) van alle eierstokkankers ontstaat door overerving. Bovendien gaat het hier om één studie en moeten er verschillende studies worden uitgevoerd om gefundeerde conclusies te trekken.

Conclusie

Versillende factoren kunnen eierstokkanker veroorzaken. Overdracht van een mutatie heeft slechts een klein aandeel (10%) in het ontstaan van deze kanker. Er is verder onderzoek nodig om te bevestigen dat een mutatie doorgegeven van vader op dochter het risico op eierstokkanker kan verhogen.

Referenties

<https://www.nhs.uk/news/cancer/paternal-genes-may-influence-ovarian-cancer-risk/>

Prijs van de Vlaamse en Brusselse huisarts

De Prijs van de Vlaamse en Brusselse huisarts wordt jaarlijks uitgereikt aan een huisarts, die werkzaam is in Vlaanderen of Brussel, zich onderscheidt in maatschappelijk engagement, oog heeft voor de patiënt als uniek individu, ervaringen deelt met collega's en jonge huisartsen, geëngageerd samenwerkt binnen de kring of met andere eerstelijnsverleners, en een pleitbezorger is voor de beroepsgroep en bijscholing en opleiding bevordert.

Voor de Prijs van 2017 werden meer dan tien kandidaten voorgesteld, die elk op hun manier de huisartsgeneeskunde in hun regio mee vorm hebben gegeven. De Jury koos uiteindelijk voor een duo artsen uit het Brussels. Hiermee drukt de Jury ook haar appreciatie uit voor de dagelijkse inzet van alle Brusselse huisartsen in vaak complexe situaties.

Dr. Roel Van Giel, voorzitter van de jury van de Prijs van de Vlaamse en Brusselse huisarts: *“De jury had enorme bewondering voor het project dat dr. Annemie Deleenheer en dr. Jo Butaye gerealiseerd hebben in het kader van de Brusselse wachtendienst. Daarnaast was de jury gecharmeerd door de voordracht als duo dat de harmonie tussen generaties en tussen keuzes voor praktijkvormen symboliseert. De jury wil met deze nominatie ook een duidelijk signaal van appreciatie geven naar alle Brusselse huisartsen die in een zeer complexe situatie dagelijks het beste van zichzelf geven ten dienste van alle Brusselaars.*

In deze complexe situatie een bloeiende praktijk uitbouwen, voortrekker zijn in de huisartsenkring, een uniforme wachtendienst voor Nederlandstaligen en Franstaligen in Brussel uit de grond stampen en hiao's laten kennismaken met de Brusselse situatie, overtuigden de jury om unaniem de prijs voor de Vlaamse en Brusselse huisarts 2017 toe te kennen aan dr. Annemie Deleenheer en dr. Jo Butaye.”



Dr. J. Butaye

Na de laudatio door dr. Annick Dermine, directeur van het Huis voor Gezondheid, en dr. Vincent Janssens, voorzitter van de Brusselse Huisartsenkring, mochten de twee winnaars hun prijs in ontvangst nemen. Zij kregen elk een cheque ter waarde van 2500 euro, geschonken door de Bank J. van Breda & C°.

Hieronder een interview van de winnaars.

CB: Een tweetalige wachtendienst in Brussel, je zou toch denken dat dit evident is: hoe lang zijn jullie daar al voor aan het ijveren?

ADL & JB: Het idee om met de Franstalige huisartsenkring van Brussel samen te werken voor de wachtdienst leefde al langer bij veel van onze leden sinds het ontstaan van huisartsenwachtposten in Brussel. Met 'slechts' 100 leden in onze kring kwam het besef dat we onmogelijk heel Brussel konden bedienen. Er bestonden 2 éénvormige telefoonnummers voor 2 rijdende wachtdiensten, 4 autonome huisartsenwachtposten (3 Franstalige, 1 Nederlandstalige) en daarnaast 2 privé wachtdiensten.

Toen in 2013 de Franstalige huisartsenkring haar eigen wacht-dienstorganisatie wou hervormen, heeft ze onze kring voorgesteld om hieraan mee te werken. Sindsdien zijn er heel veel gezamenlijke vergaderingen en stuurgroepen geweest. Stap voor stap zijn de onderhandelingen gebeurd. Een tweetalige wachtendienst in Brussel lijkt evident: voor de patiënt wilden we 1 éénvormig wacht-nummer, huisartsenwachtposten met éénzelfde organisatie en een goede spreiding. Voor de wachtarts wensten we een efficiënte organisatie, gedeeld EMD, minder frequent maar drukkere wachten en forfaitaire betaling. Het was zeker niet evident. Verandering vraagt tijd. Beide kringen moesten aanvaarden om een stukje autonomie prijs te geven. Voor de leden van de BHAK was het daarnaast heel belangrijk om blijvend goede zorg te bieden aan de patiënten van Brussel, in het bijzonder de Nederlandstalige Brusselaars. Dus vele en lange onderhandelingen over punten en komma's, veel politieke, communautaire inmenging, vele parlementaire vragen.





Dr. A. Deleenheer

Onze algemene vergadering heeft tot 3 keer de samenwerking goedgekeurd, telkens na aanpassingen in de statuten en het huishoudelijk reglement van de toekomstige samenwerking. In januari 2016 kwam dan de definitieve goedkeuring van onze kring.

CB: Welke obstakels moesten hiervoor overwonnen worden?

ADL & JB: Er waren verschillende obstakels.

Ongeveer 2/3 van de leden was heel enthousiast en voor hen kon het niet rap genoeg gebeuren, 1/3 was tegen om allerlei redenen: verandering, verlies aan 100 % autonomie door samenwerking, hogere werkdruk, sceptisch tegenover de effectieve tweetaligheid van het project.

Een Vlaamse kring in Brussel die wou gaan samenwerken met een Franstalige kring in Brussel was zeker een obstakel of op z'n minst een bekommernis voor de bevoegde (politieke) instanties. Laat ons stellen dat we voornamelijk veel steun kregen van de Brusselse instanties, van Minister Vandeurzen, van het RIZIV en van de beroepsorganisaties. Voor het federale niveau, de Orde der artsen, de Provinciale Geneeskundige Commissie en de Gezondheidsinspectie was het minder evident: we kregen geen rood licht maar ook niet echt een groen licht. Iedereen wachtte af wat de ander zou zeggen? In juni 2016 heeft de kring dan zelf de knoop doorgehakt om de samenwerkingsovereenkomst te ondertekenen om op 01/10/2016 van start te kunnen gaan.

CB: Hoe is het uiteindelijk in orde gekomen?

ADL & JB: Met veel geduld, doorzettingsvermogen, overleg en een gezonde dosis humor. Nadat in 2015 een eerste draaiboek rond samenwerking met de koepel van Franstalige huisartskringen werd verworpen door de Algemene Vergadering (AV) van de BHAK (meer dan 30 % neen-stemmen), werd na een nieuwe buitengewone AV van de kring via een werkgroep, verkozen door

de leden, gedurende één jaar aan de slag gegaan om nieuwe aanvaardbare voorstellen tot samenwerking uit te werken. Ondertussen was voor 2016 de RIZIV reglementering veranderd in die zin dat een akkoord van 50 % van de huisartsen voldoende was voor samenwerking in een wachtpost gedurende het weekend. Met de werkgroep werden nieuwe voorstellen uitgewerkt om een gegarandeerde tweetaligheid van de (rijdende en zittende) weekendwacht te bekomen. Hiervoor werd steun gevraagd aan de verschillende ministers bevoegd voor volks- gezondheid (federaal, Vlaams gewest en Brussels gewest). We kregen bevestiging van blijvende steun van minister Vandeurzen voor de BHAKring bij samenwerking met de Franstalige kring, én tevens van de ministers Vanhangel en Gosuin ivm de toezegging van een tweetaligheidspremie voor artsen die een gecertificeerde tweetaligheid kunnen voorleggen. Om uit de impasse te geraken van de gecertificeerde tweetaligheid van de wachtdoende huisarts – een conditio qua non om de Nederlandstalige patiënten correct op te vangen – werd na veel overleg met SELOR een haalbare mondelinge tweetaligheidsproef onder de vorm van een consultatie-rollenspel ontworpen. Zowel Nederlandstalige als Franstalige huisartsen kunnen nu na een geslaagde test aan de tweetalige wachtshiften deelnemen en krijgen er ook een extra vergoeding voor. Verder werd er ook bekomen van onze Franstalige collega's dat het personeel in het call-center en het onthaalpersoneel van de tweetalige wachtpost, als de coördinatrice van de gemeenschappelijke wachtdienst tweetalig zijn.

Na dit ingewikkeld parcours werden de nieuwe voorstellen uiteindelijk door de meerderheid van de artsen van de BHAK op een nieuwe AV in 2016 aangenomen.

Sinds 1 oktober 2016 draait de tweetalige wachtpost en tweetalige rijdende wacht van vrijdagavond 19h tot maandagmorgen 8h zodat alle Nederlandstalige patiënten in hun eigen taal geholpen worden. De bundeling van krachten tussen Nederlandstalige en Franstalige huisartsen in een gezamenlijke weekendwachtdienst is een eerste belangrijke stap die hopelijk ook perspectieven biedt tot samenwerking op andere niveaus in het Brussels gewest.

ACHG in het nieuws



Leuk nieuws

Reisverslag

In de zomer van 2016 beslisten mijn vriend Thomas en ik om er 3 maanden op uit te trekken. Een droom die we al lang wilden waarmaken, en een welgekomen pauze na enkele jaren noest werk en gependel. We startten onze trip begin maart 2017 in Myanmar, om vervolgens via Thailand door te reizen naar Cambodja en Laos. Een lappendeken aan prachtige landen die gelijkaardig, maar ook erg verschillend zijn. Gelijkaardig in hun tropisch klimaat, hun landschappen van rijstvelden, karstbergen en palmbomen, hun stoffige zandwegen en krakkemikkige infrastructuur. Verschillend in hun bevolking, klederdracht, mentaliteit, belijdenis van het theravada (boeddhisme) en tempelbouw.

De laatste 3 weken wilden we doorbrengen in een andere omgeving. We twijfelden tussen het moderne Maleisië, de Zuid-Amerikaans aandoende Filipijnen of het exotische Indonesië. We kozen voor het laatste en vlogen naar Jakarta, in een gammel vliegtuig dat vocht tegen een tropische storm. Met klamme handen en bonzend hart ondergingen we deze vreselijke vlucht, die voor de Aziaten aan boord doodnormaal bleek.

We vertoefden een 10-tal dagen op Java, een fascinerend eiland dat helaas kreunt onder zijn overbevolking en massale verkeer. Overall heerst een drukte van jewelste, maar het landschap van gifgroene heuvels en ruige vulkanen brengt rust.



Elizabeth en Thomas

De kloof tussen arm en rijk is er groot en vooral in de kosmopolitische steden goed waarneembaar. Veel Javanen proberen te overleven en houden er een fatalistische houding op na. Tijdens een treinrit botsten we in volle vaart op een auto. Het hele dorp verzamelde rond het uitgebrande wrak met 4 inzittenden, voor wie alle hulp te laat kwam. De reacties van de omstanders verraadden dat dit geen hoofdpunt in het nieuws zou worden. Een schokkend contrast met onze veilige Westerse maatschappij die alle risico's in de kiem smoort.



Flores-komodo



Java Bromo



Voor het eerst tijdens onze reis werden we regelmatig aangesproken door de nieuwsgierige Indonesiërs, steeds te vinden voor een gezamenlijke maaltijd of tas koffie (met gember). Ze complimenteerden ons met onze blanke huid en vroegen ons tot vervelens toe om met hen te poseren voor foto's. Vaak werd dit onthaald op een enthousiast 'kopi susu!', wat zoveel als 'koffie met melk' betekent, verwijzend naar onze contrasterende huidskleuren.

Onze meest memorabele week spendeerden we op Flores, een van de talloze Indonesische eilanden, enkele honderden kilometers ten oosten van Java. Flores, het bloemeneiland, voelde in veel opzichten als het einde van de wereld. Geografisch, met zijn desola-

te kustlijnen geflankeerd door sprookjesachtige bergen. Etnisch, met zijn bizarre mix van weinig Aziatisch ogende, negroïde types met krullende haardossen. Cultureel, met zijn traditionele dorpen, meestal niet uitgestrekter dan één straat.

De kronkelende wegen van Flores lenen zich minder tot het openbaar vervoer. We deden beroep op chauffeur Obi, een joviale lolbroek die we al snel in ons hart sloten. Hij bracht ons naar de mooiste uithoeken van het eiland in zijn blinkende 4x4, met als soundtrack een mengeling van jaren '90 boysbands, pompeuze filmmuziek en lokale hits. We bezochten Obi's familie in zijn ouderlijk huis, waarvoor hij zich excuseerde omdat het geen bakstenen muren had. Ondertussen spaarde hij voor een buffel om met zijn geliefde te kunnen trouwen.

Hopelijk blijft het charmante Flores nog een tijdje onaangeroerd door het massatoerisme. De bedrijvige havenstad Labuanbajo, het vertrekpunt voor een trip naar het eiland Komodo, doet echter anders vermoeden. De reusachtige varanen op Komodo verklaren dan ook waarom veel toeristen naar het afgelegen Flores afzakken. En of deze oerdieren een bezoek waard zijn!

Elizabeth Bosselaers

Agenda

- 19/04/2018** Anafylactische reacties op wespen en bijen: strategie
- 19/04/2018** Ontmoetingsavonden 2018 Specialisten - Huisartsen MCH
- 26/04/2018** Ontmoetingsavonden 2018 Specialisten - Huisartsen MCH
- 26/04/2018** SOA
- 8/05/2018** Pediatrie: zevende-dagsonderzoek
- 17/05/2018** Osteoporose: stand van zaken
- 24/05/2018** Ziekenhuisnetwerken in functie van de kwaliteit van de gezondheidszorgen van de 1e lijn
- 7/06/2018** Frailty
- 12/06/2018** Labo
- 21/06/2018** Labo
- 28/06/2018** The infertile couple: the do's and don'ts

Voor meer info: www.achg.be/kalender



ISBN: 978908252023

Maurits Martijn en Dimitri Tokmetzis

Een Amerikaanse man ontvangt zwangerschapsreclame, bestemd voor zijn tienerdochter, van het bedrijf Target. Verbolgen laat hij het bedrijf weten dat zijn dochter niet zwanger is en dus niet geïnteresseerd is in de aanbiedingen. De vader vergist zich: zijn dochter is wel degelijk zwanger. Het bedrijf was er alleen eerder van op de hoogte dan hijzelf.

Dit is een van de talloze privacy-inbreuken die zorgvuldig worden beschreven in *Je hebt wél iets te verbergen* (2016). Het boek is het resultaat van een jarenlange zoektocht naar de gevaren van de informatiesamenleving door Maurits Martijn en Dimitri Tokmetzis, onderzoeksjournalisten verbonden aan het Nederlandse platform *De Correspondent*.

Dat we menen niets te verbergen te hebben, is aannemelijk. Net als bijv. de klimaatkwestie lijkt de bedreiging van (informatie)privacy te abstract om tot onze dagelijkse bekommernissen te behoren. We weten niet wie er met onze gegevens aan de slag gaat, wat er juist gebeurt, waarom en hoe dit gebeurt, en wat de impact is. “We zien het niet en daardoor begrijpen we het niet en voelen we de urgentie niet”, lezen we in de inleiding van het boek. Dat kan onze onverschilligheid en het gebrek aan tegenmacht verklaren. In tegenstelling tot de klimaatverandering, die zich meer zal manifesteren in de toekomst, zijn privacy-inbreuken nu al dagelijkse kost.

Martijn en Tokmetzis maken het onzichtbare zichtbaar, om ons bewust te maken van het feit dat we heel wat te verbergen hebben. Ze betrekken ons bij hun zoektocht naar trackers op smartphones, bestanden van bedrijven die ons gedrag volgen en sturen, de advertentiemacht van Facebook en Google, de datadrift van de Belastingdienst.

Dit alles wordt verweven met anekdotes en kennis van experts over het verzamelen en verhandelen van data door bedrijven en overheden. De datamolen wordt immers aangedreven door een omvangrijk netwerk van commerciële belangen. Het is geen kwestie van geluk dat we op het nippertje die ‘laatste kamer’ boeken in dat charmant hotel. Het is geen toeval dat we die leuke schoenen van ons favoriet merk zien passeren. Het is het werk van bedrijven die in enkele milliseconden het hoogste bod plaatsen op advertentieruimte a.h.v. onze gegevens. Deze uitgekende strategieën zijn bijzonder effectief, mede dankzij onze zoekopdrachten en ons *gelike*.

Om gebruik te kunnen maken van handige diensten, worden we systematisch voor de keuze gesteld om te betalen met ons geld of met onze gegevens. Wanneer we bijv. een zoekopdracht invoeren in Google, zijn we geen gebruikers van een ‘gratis’ service, maar producten van een winstgevend bedrijf. Omdat we ons afhankelijk voelen van al deze geniale websites en apps, koesteren we (on)bewust een blind vertrouwen in instanties die ons in hun macht hebben. Een ongezonde paradox als een Stockholmsyndroom.

De auteurs leggen uit welke ingrijpende gevolgen deze datahandel heeft voor ons en onze kinderen. Privacy is immers geen individuele aangelegenheid, maar een collectief goed. Het misbruik van onze persoonlijke gegevens ondermijnt onze autonomie en fundamentele sociale principes als democratie en solidariteit. Doordat bijv. autoverzekeraars ons rijgedrag controleren, betalen we een lagere of hogere premie naargelang men ons als goede of slechte bestuurders indeelt. Het solidariteitsprincipe van het verzekeringswezen, nl. dat individuele risico's door een grote groep mensen worden opgevangen, gaat hierdoor verloren.

Hoewel de auteurs weinig pasklare antwoorden kunnen verschaffen (zie <https://corr.es/zelfverdedigingsgids> voor persoonlijk gebruik), beschrijven ze welke tegenmacht we kunnen bieden om de controle over onze data in de toekomst mogelijk terug te winnen.

Edward Snowden vat het probleem helder samen: ‘Privacy niet belangrijk vinden omdat je niets te verbergen hebt, is hetzelfde als niet geven om vrijheid van meningsuiting omdat je niets te zeggen hebt.’ Laten we niet vergeten dat privacy een mensenrecht is dat onze vurige verdediging verdient.

Elizabeth Bosselaers

Colofon

Dit contactblad is een uitgave van
het Academisch Centrum voor Huisartsgeneeskunde

Algemene leiding: prof. dr. B. Aertgeerts

Stafmedewerkers:

Prof. dr. Johan Buffels - Prof. dr. Jan Degryse - Prof. dr. Jan De Lepeleire - Prof. Jo Goedhuys - Prof. dr. Geert Goderis - Prof. dr. Cathy Matheï - Prof. dr. Birgitte Schoenmakers - Prof. dr. Bert Vaes - Prof. dr. Patrik Vankrunkelsven - Prof. dr. Marc Van Nuland - Prof. dr. Jan Verbakel - Prof. dr. Mieke Vermandere

Redactieraad:

B. Aertgeerts, D. Manhaeve, M. Devis

Lay-out:

Van der Poorten

Druk:

Van der Poorten

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

CB is ook online beschikbaar:

www.achg.be/contactbladen

STAGELEIDERS VAN HET ACHG GENIETEN 10% TOT 15% KORTING OP DE ONDERSTAANDE TITELS



NIEUW

JEF VAN DEN ENDE

Klinisch redeneren

Van model naar competentie

Dit leerboek versterkt het klinisch redeneren van de arts. Voor studenten geneeskunde, huisartsen en specialisten is het een heldere basis voor hun (toekomstige) dagelijkse diagnostische werk. Het boek is niet normatief, maar prescriptief opgevat en bevat redeneertechnieken die de kans op redeneerfouten verlagen.

ISBN 978 94 6344 713 3 – Acco – 2018 – 128 blz.

€34,95 -15% → €29,71



NIEUWE
VRAGEN-
SETS

STÉPHANE OSTYN

Medisch Frans voor artsen

Dit boek reikt de arts een waaier van vragen aan die tijdens de algemene en gespecialiseerde anamnese aan de Franstalige patiënt kunnen worden voorgelegd. Met behulp van taalkundig juiste vragen kan de arts zich geheel toeleggen op de interpretatie van de symptomen en de juiste diagnose.

ISBN 978 94 6344 790 4 – Acco – 2018 – 152 blz.

€32,50 -15% → €27,63



BIRGITTE SCHOENMAKERS & JAN DE LEPELEIRE

Dementie

Zakboek voor de professionele zorgverstrekker

Een nuttige wegwijzer in de dagelijkse professionele zorg voor patiënten met dementie en hun familie en mantelzorgers. Van bij de ziektediagnostiek tot de fase van het levenseinde geeft dit boek een helder, wetenschappelijk overzicht van de zorg.

ISBN 978 94 6344 357 9 – Acco – 2017 – 80 blz.

€17,50 -15% → €14,88



FRANS DEBRUYNE & HENRI MARRES

Zakboek keel-, neus- en oorheelkunde

Dit geactualiseerde zakboek bundelt op een systematische manier de belangrijkste aandoeningen van neus, keel en oor. Het bedient zich van een groot aantal specifieke methoden van onderzoek, behandeling en revalidatie, dat in andere specialismen niet of niet in die mate voorkomt.

ISBN 978 94 6344 114 8 – Acco – 2017 – 296 blz.

€39,50 -15% → €33,58



NIEUW

MARTIJN KUIP, KLAAS JAN NAUTA,
ANNEMIEK NOOTEBOOM, MARCELINE TUTU VAN FURTH

De alles-arts

Communicatie in complexe situaties

De alles-arts is een handleiding voor lastige situaties die je als arts in de dagelijkse praktijk veelvuldig tegenkomt. Effectieve communicatie met andere specialisten, opleiders, verpleegkundigen, managers, patiënten en hun familie vormt de basis voor een goede uitkomst in moeilijke en complexe situaties.

ISBN 978 90 8562 153 9 – Praelum Uitgevers – 2018 – 320 blz.

€79,50 -10% → €71,55

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

acco – BESTELLEN VIA ACHG

Karen Devue – Kapucijnenvoer 33 – blok j, bus 7001 – B-3000 Leuven – Tel. + 32 16 37 73 04 – Fax + 32 16 33 74 80 – Karen.Devue@kuleuven.be