

Contactblad ACHG

KU LEUVEN

ACADEMISCH CENTRUM
HUISARTSGENEESKUNDE

Januari - februari - maart 2022

DRIEMAANDELIJKS TIJDSCHRIFT • JAARGANG 31 • NR. 2 • Afgiftekantoor: Leuven MassPost
P911471

IN DIT NUMMER:

- Editoriaal1
- Onderwijs2
- Onderzoek6
- ebpractinenet10
- In memoriam11
- Leuk nieuws12
- ACHG publicaties13
- HistarUZ14
- Agenda16

Editoriaal



*When day comes we ask ourselves,
where can we find light in this never-ending shade?
The loss we carry,
a sea we must wade.
We've braved the belly of the beast,
We've learned that quiet isn't always peace,
and the norms and notions
of what just is
isn't always just-ice.
And yet the dawn is ours
before we knew it.
Somehow we do it.
Somehow we've weathered and witnessed
a nation that isn't broken,
but simply unfinished.
We the successors of a country and a time
where a skinny Black girl
descended from slaves and raised by a single mother
can dream of becoming president
only to find herself reciting for one.
And yes we are far from polished.
Far from pristine.
But that doesn't mean we are
striving to form a union that is perfect.
We are striving to forge a union with purpose,
to compose a country committed to all cultures, colors, characters and
conditions of man.
And so we lift our gazes not to what stands between us,
but what stands before us.
We close the divide because we know, to put our future first,
we must first put our differences aside.
We lay down our arms
so we can reach out our arms
to one another.*

Excerpt from Amanda Gorman, the hill we climb, 2021

Birgitte Schoenmakers is de eerste vrouwelijke hoogleraar huisartsgeneeskunde aan de KU Leuven

De stem van de patiënt wordt te weinig gehoord'

Door **MARLEEN FINOULST**, foto **HATIM KAGHAT**

Met Birgitte Schoenmakers benoemt de Leuvense universiteit haar eerste vrouwelijke hoogleraar huisartsgeneeskunde. Dat werd maar eens tijd: al jaren zijn de meeste studenten geneeskunde vrouwen. Is het academische milieu vrouwonvriendelijk?

De geneeskunde, en dan in het bijzonder de huisartsgeneeskunde, vervrouwelijkt sinds enkele decennia. Volgens de recentste statistieken (2018) van de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid telt Vlaanderen 9204 erkende huisartsen, van wie 3801 vrouwen en 5403 mannen. In de oudste groep (65+) daarvan vind je nog 2211 mannen tegenover slechts 197 vrouwen. Maar in het jongste segment (25-29 jaar) zijn er 448 vrouwen tegenover 168 mannen. En ook in de opleiding helt de balans al enkele jaren over naar de vrouwelijke kant.

Alleen: die vervrouwelijking zet zich niet door in de hogere lagen van het docententeam. Aan de top van de academische wereld blijven vrouwen voorlopig witte raven. Een van hen is Birgitte Schoenmakers, pas benoemd hoogleraar huisartsgeneeskunde aan de KU Leuven. Schoenmakers is niet de eerste vrouw aan de top van opleiding. Aan de Universiteit Gent volgde professor An De Sutter in 2017 Jan De Maeseneer op, die toen met emeritaat ging. De Sutter is

hoofddocent en voorzitter van de vakgroep huisartsgeneeskunde en eerstelijnszorg aan de UGent. Noch De Sutter, noch Schoenmakers voelde zich naar eigen zeggen tegengewerkt omdat ze vrouw zijn. Waarom zet de vervrouwelijking zich dan zo moeilijk door in de hogere echelons? Schoenmakers is op haar qui-vive als we haar polsen naar genderongelijkheid in de artsenwereld.

De vervrouwelijking van het artsenberoep wordt vaak als een probleem voorgesteld. Merkt u dat ook?

BIRGITTE SCHOENMAKERS: Dat voel je, ja. Bij de vervrouwelijking van het artsenberoep wordt in de eerste plaats gedacht aan een soort reorganisatie, een noodzakelijke herziening van de planning. Voor elke mannelijke arts die met pensioen gaat, zullen twee, drie vrouwelijke artsen moeten worden ingezet, redeneert men, want de oudere generatie werkte lange dagen en

delegeerde alle gezinstaken. Die telling gaat niet meer op: ook jonge mannelijke artsen willen best meer evenwicht in hun *work-life*-balans. Je voelt ook de vrees dat er minder aandacht zal zijn voor bepaalde technische competenties, zoals het zwaardere werk in de orthopedische chirurgie, wat voor problemen zou kunnen zorgen. Het kan best zijn dat chirurgie of orthopedie (overwegend bevolkt door mannelijke artsen, nvdr) mannen beter ligt, maar daarom zijn vrouwelijke artsen nog niet minder geschikt. Ik zie het probleem niet. Er zijn nog meer dan genoeg mannelijke artsen die dat graag doen.

Hoe kijkt u naar de vervrouwelijking van de huisartsgeneeskunde?

SCHOENMAKERS: Dat is een verrijking. We maken een verschuiving mee in de gezondheidszorg: we gaan van *cure* naar *care*, van acute geneeskunde naar meer chronische, multidisciplinaire ►

→
BIRGITTE SCHOENMAKERS:
'Ja, er komen geregeld klachten binnen over seksisme op de werkvloer.'



zorg. Mannen en vrouwen zijn even competent, ze moeten over dezelfde lat, maar het zorgende ligt vrouwen vaak net iets beter. En daar is nu veel vraag naar. Mannen voelen zich doorgaans meer aangetrokken tot acute zorg. Dat meer vrouwen voor het huisartsenberoep kiezen, is dus een zegen gezien de behoeften van tegenwoordig. Genderevenwicht in het beroep is een goede evolutie, zolang de balans niet doorslaat naar de andere kant. Een te groot overwicht aan vrouwen, zoals in het onderwijs, kan net zo problematisch worden als een overwegend mannelijk korps. Maar dat is vandaag niet aan de orde in de huisartsgeneeskunde.

Zijn vrouwelijke artsen beter geschikt voor de chronische zorg?

SCHOENMAKERS: Vrouwelijke en mannelijke artsen zijn complementair, ze versterken elkaar. Laten we er dan op toezien dat vrouwelijke artsen in de voor hen meest geschikte functies terecht komen: in posities waar ze zich het best voelen en tegelijk competent zijn. Dat kan acute zorg zijn of chirurgie, maar het zal net iets vaker een zachtere discipline zijn, zoals huisartsgeneeskunde. Ook als arts moet je kunnen kiezen wat je graag doet. Man of vrouw zijn, is daarin van ondergeschikt belang.

Kan een beginnende arts dan niet kiezen welke richting hij of zij uit wil?

SCHOENMAKERS: Sommige richtingen in de geneeskunde, zoals traumatologie, chirurgie en orthopedie, zijn overwegend mannelijk. Geregeld komen er klachten over seksisme op de werkvloer, van de weinige vrouwelijke artsen in opleiding die voor zulke richtingen kiezen. Dat seksisme en het overwicht van mannen schrikken sommige vrouwen af, terwijl ze wat graag voor zo'n richting zouden willen gaan. Dat wekt misschien de indruk dat vrouwen bepaalde competenties missen, wat helemaal niet klopt. Als er meer vrouwelijke orthopedisten of chirurgen betrokken zouden worden bij de opleiding, zouden meer vrouwelijke studenten voor die opleidingen kiezen. Seksistische opmerkingen

BIRGITTE SCHOENMAKERS

→ Geboren in 1972

→ 1997 diploma huisarts (KU Leuven), doctoreert op familiale ondersteuning van dementiepatiënten

→ Hoofd van de Universitaire Huisartsengroepspraktijk Leuven

→ Verantwoordelijke voor het curriculum van de interuniversitaire Manama huisartsgeneeskunde

→ Coördinator van de postgraduate navorming in de huisartsgeneeskunde

zouden dan vanzelf achterwege blijven. Een chirurg die een vrouwelijke arts-assistent in haar billen knijpt, dat kan natuurlijk niet, maar het is zinvoller om seksisme te bestrijden door te zorgen voor een beter evenwicht van bij het begin van de opleiding. En in de opvoeding, natuurlijk. Maar dat ligt buiten onze bevoegdheden.

Houdt het academische milieu genoeg rekening met vrouwen?

SCHOENMAKERS: Te weinig. De personeelsplanning in een academische setting is erop gericht om mensen binnen een welbepaald aantal uren zo efficiënt mogelijk te laten presteren. Dat klinkt logisch, en het is ook in andere sectoren zo. En toch zal een mannelijke doctoraatsstudent doorgaans enkele jaren eerder zijn doelen bereiken dan een vrouwelijke doctoraatsstudent, omdat zij, als ze een gezin wil stichten, precies in die jaren

kinderen krijgt. Als ze allebei hun doctoraat behaald hebben, heeft de man meer carrièrekansen omdat hij jonger is en dus meer potentieel lijkt te hebben. Hij heeft het toch maar sneller gedaan, nietwaar? De oorzaak van dat verschil dringt nog onvoldoende door. De tijdsdruk in combinatie met een kinderwens is geen goede zaak. Het doet nogal wat vrouwen afhaken. En dat kun je niet oplossen met quota – die ik trouwens een slecht idee vind.

Wat kan de universiteit doen om vrouwelijke artsen in opleiding evenveel carrièrekansen te bieden als hun mannelijke collega's?

SCHOENMAKERS: Je zou voor de opleidingsplaatsen voldoende artsen kunnen inschakelen, bijvoorbeeld anderhalve per plek, zodat zwangerschappen van

collega's opgevangen kunnen worden en niet voor extra stress zorgen. Nogmaals: vrouwelijke artsen kunnen niet evenveel uren presteren als hun mannelijke collega's. De opleidingsjaren vallen tussen 25 en 35 jaar, dat zijn cruciale jaren voor wie kinderen wil. Vrouwelijke assistenten raken soms in paniek wanneer ze zwanger zijn, laat staan dat ze ouderschapverlof durven of kunnen opnemen. Een opleider moet voor elke assistent een stageplan voorleggen, en die stage moet binnen een bepaalde termijn worden afgerond. Dat tijdsysteem zet een rem op de carrière van jonge vrouwen.

De zorg voor de kinderen wordt tegenwoordig wel vrij goed verdeeld tussen de ouders. Onderzoek dat we daarnaar hebben gevoerd, toont dat jonge mannelijke artsen net zo goed als hun vrouwelijke collega's de zorg voor kinderen op zich nemen. De *work-life*-balans en de tijd die men met zijn gezin wil doorbrengen, heeft veel meer met leeftijd dan met gender te maken. Het is een maatschappelijke trend. Het idee dat vooral vrouwen die taken op zich nemen, gaat niet langer op in de wereld van jonge artsen.

Maar zolang de academische wereld tijdelimieten hanteert, hebben jonge vrouwen dus minder kansen om carrière te maken. Je moet binnen een bepaalde tijd presteren, wil je kunnen opklimmen op de academische ladder. Dat is wettelijk zo geregeld en dat mag wel eens veranderen. Het zou beter lukken als er meer vrouwen in regulerende beleidsorganen zouden zitten en ze het punt op de agenda kunnen zetten. Helaas zitten daar amper vrouwen in.

Hebben vrouwelijke artsen te weinig rolmodellen?

SCHOENMAKERS: Voor elke tien mannelijke hoogleraren is er maar iets meer dan één vrouwelijke hoogleraar. Op die manier krijgen studenten geneeskunde een mannelijke opleiding. Een van mijn studentes begint een onderzoek naar ►

‘Als er meer vrouwelijke chirurgen betrokken zouden worden bij de opleiding, zouden meer vrouwelijke studenten ervoor kiezen.’

het gebrek aan vrouwelijke rolmodellen in de opleiding geneeskunde, en dat vind ik een verfrissend initiatief. Ik heb het destijds niet als een gebrek ervaren, maar ik kan me voorstellen dat het wel zinvol is in bepaalde domeinen, zoals dat van mijn jaargenote Ilse De Greef, orthopedisch chirurg in het UZ Leuven. **Academisch onderwijs wordt onvoldoende gewaardeerd. Het prestige zit in onderzoek.**

SCHOENMAKERS: Vrouwen nemen in de academische wereld vaker onderwijstaken op zich – dat ligt ons kennelijk beter –, maar een universiteit heeft moeite om dat te valoriseren. Wetenschappelijke publicaties kunnen makkelijk geteld worden, waardoor men liever daarop focust. Voor onderzoek en publicaties gelden strikte quota, terwijl onderwijs beoordeeld wordt aan de hand van studiepunten. Studenten evalueren hun prof ook, maar dat is

denken zet: tiens, het lukt haar wel. Daarvoor wil ik wel als rolmodel fungeren. *(lacht)*

Er is een grote behoefte aan chronische zorg, maar toch gaat het gros van de middelen naar acute en technische ingrepen. Hoe verklaart u dat?

SCHOENMAKERS: De zorg voor de individuele patiënt, rekening houden met zijn wensen en behoeften, samen tot beslissingen komen: iedereen heeft er de mond van vol. En toch moeten die aspecten te vaak wijken voor specialistische en technische geneeskunde, waarbij de stem van de patiënt te weinig gehoord wordt. Ze worden in het overwegend mannelijke beleid soft gevonden, minder prestigieus.

Een patiënte van mij, een vrouw van 90 die geen nieuwe hartklep meer wil omdat ze liever nog enkele jaren geniet van cruises en niet wil sterven op de operatietafel, krijgt een veeg uit de pan

‘Vrouwelijke assistenten raken soms in paniek wanneer ze zwanger zijn. Laat staan dat ze ouderschapsverlof durven of kunnen opnemen.’

moeilijk numeriek uit te drukken. Als gevolg daarvan wordt minder gewicht toegekend aan onderwijs, en zo vallen vrouwen opnieuw uit de boot. Toch is het niet onmogelijk om waardering te krijgen via onderwijstaken: ik ben er het levende bewijs van. Maar het is wel jammer dat ik een uitzondering ben. Zo word ik misschien toch een rolmodel voor vrouwelijke geneeskundestudenten, terwijl ik dat eigenlijk niet wil zijn. **Waarom niet?**

SCHOENMAKERS: Ik heb de middelen en de kansen gekregen om te studeren. Als het nodig was, kon ik opvang regelen voor mijn kinderen. De caissière van de supermarkt kan dat niet. Ik wil niet dat er naar mij opgekeken wordt. Oké, ik combineer mijn hoogleraarschap met een groot gezin, maar dat betekent niet dat iedere vrouw dat moet kunnen. Die boodschap wil ik absoluut niet geven. Wel hoop ik dat mijn benoeming mensen in de academische wereld aan het

van de specialist omdat ze met haar leven zou spelen. Een andere patiënte, die haar alzheimermedicijnen niet langer wil innemen omdat ze er meer last dan voordelen van heeft, botst op onbegrip. In haar dossier lees ik: ‘Patiënte weigert medicatie.’ Maar er staat niet bij waarom. Kennelijk heeft niemand haar dat gevraagd. Er is nog een lange weg te gaan vooraleer de patiënt echt centraal staat in de zorg. Ik hoop dat dat proces versneld wordt als er meer vrouwelijke artsen aan zet zijn en een plaats innemen in beleidsorganen. En tegelijk kunnen jongere generaties mannelijke artsen er meer oog voor krijgen. *(stille)* Weet u, ik hou niet van stereotyperingen. We zouden dit gesprek niet hoeven te hebben, het zou de normaalste zaak van de wereld moeten zijn dat er vrouwelijke hoogleraren huisartsgeneeskunde zijn. Maar tot het zo ver is, zullen we ons best doen voor meer evenwicht in alle echelons van de artsenopleiding. ●

JAMMERLIJKE MACHOPRAAT

Bijna vier op de tien studenten geneeskunde krijgen tijdens de opleiding te maken met grensoverschrijdend gedrag. Meestal blijft het bij ongepaste opmerkingen of ‘uitnodigingen’. Dat blijkt uit een enquête van het Vlaams Geneeskundig Studentenoverleg (VGSO) bij 3015 studenten geneeskunde in april 2021. Door gebrek aan ervaring en de lagere plek in de hiërarchie, blijken artsen-stagiaires het kwetsbaarst. Het VGSO eist een meldpunt voor ongewenste opmerkingen en intimiteiten op de werkvloer.

BLINDE VLEK

Een enquête over genderverschillen die *Artsenkrant* in 2017 bij meer dan 1800 artsen liet uitvoeren, toont dat mannelijke artsen vinden dat vrouwelijke artsen evenveel carrièremogelijkheden hebben als zij. Hun vrouwelijke collega’s zijn het daar niet mee eens. Slechts de helft van de vrouwelijke respondenten ziet gelijkwaardige academische mogelijkheden voor mannen en vrouwen. Bijna de helft van de vrouwelijke artsen vindt ook dat de bestaande mogelijkheden onvoldoende zijn om de werkorganisatie aan te passen tijdens de zwangerschap.

‘ONE OF THE GUYS’

In februari 2019 publiceerde *Knack* een artikel over seksisme in de operatiekamer. Daarin deed professor orthopedie Ilse De Greef (UZ Leuven) een boekje open over de jammerlijke machopraat in het operatiekwartier, maar ze benadrukte ook dat ze ‘one of the guys’ werd en veel kameraadschap ervaart van haar mannelijke collega’s. Birgitte Schoenmakers heeft dezelfde ervaring: ‘Ook bij ons heerst een gezellige sfeer, waarbij de schuine moppen niet geschuwd worden omdat ik daar nu ook zit. Daar moet je tegen kunnen.’

Jonge onderzoekers aan het ACHG

Net voor en tijdens de coronatijden zijn verschillende jonge onderzoekers gestart aan het ACHG. Geen leuke tijd om aan een nieuwe job te beginnen: alles van op afstand regelen, de nieuwe collega's alleen online ontmoeten, ...

We stellen ze even aan u voor:

Laura Tops



In juni 2021 studeerde ik af als master sociaal werk en sociaal beleid aan de KU Leuven. Vordien volgde ik de professionele bachelor verpleegkunde aan de UCLL in Leuven. Omwille van mijn interesse in het sociaal beleid koos ik in mijn laatste jaar verpleegkunde voor het keuzetraject sociale verpleegkunde. Gedurende de

laatste maanden van mijn master realiseerde ik me dat ik graag iets wou doen rond het thema zorg in mijn professionele carrière. De zorg rond mensen heeft mij altijd al geboeid, zowel om deze van dichtbij mee vorm te geven (vb. als thuisverpleegkundige bij het Wit-Gele Kruis) als van iets verder af zoals in onderzoek. Ik was dan ook enorm enthousiast toen ik een vacature zag verschijnen bij het ACHG. Ik werd aangenomen als PhD-student om te werken rond het thema collaboratieve zorg voor ouderen met een psychische en een somatische kwetsbaarheid. Prof. Dr. Mieke Vermandere zal mij gedurende deze vier jaar begeleiden, samen met Prof. Dr. Mieke Deschodt en Prof. Dr. Mathieu Vandenbulcke als copromotoren. Tijdens mijn PhD is het de bedoeling dat we een zorgmodel ontwikkelen voor bovenstaande doelgroep. Dit zorgmodel hebben we de naam TACOS gegeven: Transforming care for older adults with combined physical and mental illness.

Hannelore Dillen



Na het afstuderen als biomedische wetenschapper aan de KU Leuven, startte ik in augustus mijn doctoraatsproject onder supervisie van Jan Verbakel en Laure Wynants. Momenteel werk ik aan de ontwikkeling van een Belgische richtlijn voor de opvolging en revalidatie van COVID-19 patiënten in de eerste lijn, in opdracht

van de FOD Volksgezondheid. Verschillende partners zullen betrokken worden tijdens het richtlijnontwikkelingsproces: zorgverleners en hun verenigingen (huisartsen, longartsen, revalidatieartsen, psychiaters, neurologen, kinesitherapeuten, klinisch psychologen, diëtisten en ergotherapeuten), alsook vertegenwoordigers van de patiëntenorganisatie 'Post-COVID Gemeenschap'.

Daarnaast doe ik onderzoek naar antibioticagebruik bij kinderen in de ambulante zorg. Dit gebeurt op basis van databankonderzoek (Farmanet) en een systematische literatuurzoektocht. Ik plan ook om de impact van COVID-19 op het antibioticagebruik te onderzoeken.

Ahmed Zajed



Laboratory test ordering is one of the most important diagnostic procedures in medicine that can impact 60–70 % of major medical decisions including decisions on admissions, discharges, and medications. Inappropriate laboratory test ordering has been estimated to be as high as 30–50%. Clinical decision support (CDS) systems

are one of the strategies that have shown to improve appropriateness and decrease volume without increasing diagnostic error.

As the clinical laboratory data represents a major and mostly structured part of Electronic Medical Records (EMR) data, it's more amendable -than other forms of healthcare data- to the growing data analytic tools, which are essential for building the new-generation CDS systems that uses artificial intelligence (AI) and machine learning (ML) to inform health system wide data-driven actions. CDS tools can make use of recent ML techniques along with rule-based expert systems to assist clinicians in the ordering and/or interpretation of laboratory tests based on the patient's medical record and test algorithms. These can help in avoiding misdiagnoses, increasing appropriateness of laboratory tests ordered, reducing the downstream healthcare costs related to the number of procedures, transfusions, or admissions and, shortening the time needed to reach a diagnosis.

Ruben Burvenich



Ik ben tweedejaars doctoraatsonderzoeker aan het ACHG en huisarts in Heverlee. Het onderzoek waar ik bij betrokken ben gaat over antibioticagebruik bij acuut zieke kinderen in de eerstelijnszorg. Heb je ooit onnodig antibiotica voorgeschreven (gekregen)? Je zou niet alleen

zijn: tot een derde van de antibiotica dat aan kinderen wordt voorgeschreven is onnodig. Dit kan o.a. het geval zijn bij ziekten veroorzaakt door virussen (waar antibiotica niet werkzaam tegen zijn) of bij bacteriële ziekten die meestal spontaan genezen, zonder antibiotica.

Concreet werk ik mee aan het ARON project (arontrial.be). Deze veldstudie dient om aan te tonen of een evidence-based diagnostisch algoritme opgesteld door Prof. Dr. Jan Verbakel de eerstelijnsarts kan helpen minder onnodige antibiotica voor te schrijven aan acuut zieke kinderen. Verder schrijf ik mee aan een systematisch literatuuronderzoek rond het antibioticagebruik voor acuut zieke kinderen in de ambulante zorg van hoge inkomenslanden. Op de planning staan een kwalitatief onderzoek rond de definitie van 'safety netting advice' voor acuut zieke kinderen in de ambulante zorg en een epidemiologisch onderzoek over het voorschrijfgedrag van antibiotica voor deze kinderen in België.

Indien u vragen heeft bij een of meer van de (deel)aspecten van mijn onderzoek, contacteer me gerust via ruben.burvenich@ku-leuven.be.

Simon Beerten



Mijn doctoraatsonderzoek begon in september 2020. De Nederlandstalige titel van mijn project is 'Verstedelijking en mentale gezondheid in Vlaanderen'. Het hoofddoel is het onderzoeken van de invloed van vier urbanisatiefactoren, of milieufactoren die geassocieerd zijn aan verstedelijking, op mentale gezondheid in Vlaanderen. Ik focus mij hier voornamelijk op de twee belangrijkste 'common mental disorders', namelijk depressie en angst. De vier milieufactoren waarvan sprake, zijn hitte, geluidsoverlast, luchtverontreiniging en (het gebrek aan) groene ruimte.

Het opzet van de studie is het gebruik van de INTEGO-database, met eerstelijnsgegevens van een 500.000-tal patiënten verspreid over Vlaanderen, die gelinkt werd aan een database met gegevens over de onderzochte milieufactoren (afkomstig van IRCEL en VITO).

De promotor van dit project is prof. Bert Vaes (ACHG, Leuven) met copromotoren prof. Gijs Van Pottelbergh (ACHG, Leuven) en prof. Lidia Casas (Health & Environment, UAntwerpen).

Liselore De Rop



Sinds oktober vorig jaar werk ik aan het ACHG en in maart 2021 startte ik mijn doctoraat. Dit combineer ik met mijn werk als huisarts in een groepspraktijk in Borgerhout. Hier zorg ik voor patiënten van 0 tot 99+ jaar en dit samen met 9 andere collega's.

Mijn doctoraat gaat over point-of-care testen in woonzorgcentra tijdens de COVID-19 pandemie. Dit doe ik onder leiding van Prof Jan Verbakel samen met Prof Piet Cools en dr Stefan Heytens van de universiteit van Gent.

Zo zijn we onder andere bezig met een Cochrane review waarin we nagaan of biomerkers ons kunnen vertellen welke patiënten met een COVID-19 infectie risico lopen op een ernstig verloop.

Verder neem ik deel aan de SCOPE studie. In deze multicentrische studie onderzoeken we de SARS-CoV-2 seroprevalentie bij rusthuisbewoners en -personeel. Het afgelopen jaar vond je me dan ook regelmatig in één van de 69 deelnemende rusthuizen, verspreid over heel België. Met behulp van een sneltest konden we na niet meer dan 10 minuten aflezen of antistoffen aanwezig waren.

In de pre-SCOPE studie proberen we dan weer te achterhalen of herinfecties optraden bij bewoners of personeel met natuurlijke antistoffen, voor vaccinatie. Gegevens over antistoffen werden verzameld tijdens de eerste golf van 2020.

Tot slot zullen we bekijken wat de impact is van deze testen op personeel en bewoners in rusthuizen. Met behulp van interviews willen we achterhalen wat zij als voordelen en/of moeilijkheden ervaren.

Voor meer info of vragen kan u mij steeds contacteren op [liselore.derop@kuleuven.be](mailto:derop@kuleuven.be).

Wat heb jij nodig om slaapmedicatie vaker af te bouwen?



SCAN ME

Met het project E-NeMo, exploring needs and motivation, willen we in kaart brengen welke ervaring patiënten en zorgprofessionals hebben met slaapmedicatie (BZRA) in de eerstelijnszorg. We bouwen hiermee aan een theorie over twee aspecten van onze gezondheidszorg: enerzijds wat patiënten al dan niet motiveert om het gebruik van deze medicatie te veranderen, anderzijds welke tools en materialen ondersteunend kunnen werken in dit proces voor professionals.

Om deze theorie vorm te geven vanuit de praktijk, kan u uw ervaring met tools voor BZRA-management delen. Hiermee krijgen we meer inzicht in **wat werkt voor uw praktijk** en wat er eventueel **nog gemist** wordt. En dan kunnen we er natuurlijk in toekomstige projecten mee aan de slag.

Je ervaring delen doe je via deze beknopte vragenlijst (12 vragen), die ongeveer 10 minuten van uw tijd in beslag zal nemen. De resultaten worden teruggekoppeld aan belangrijke stakeholders zoals BelPEP, Domus Medica en EBPracticenet.

Save the date!

Big Bird conferentie
zaterdag 12 februari 2022

presentatie van de resultaten &
workshop naar Leuven

acreditatie wordt aangevraagd
deelname gratis, registratie verplicht

campus Gasthuisberg, Leuven
9h-13h

Scan de QR-code
of mail [erikien.couteur\[at\]kuleuven.be](mailto:erikien.couteur[at]kuleuven.be)

OPINIE GEZONDHEIDSADVIEZEN

Is de Hoge Gezondheidsraad nog wel geloofwaardig?

Volgens enkele onderzoekers is het niet de eerste keer dat de wetenschappelijke methode achter de adviezen van de Hoge Gezondheidsraad in vraag kan worden gesteld.

*Patrik Vankrunkelsven, Bert Aertgeerts,
Marleen Finoulst & Nicolas Delvaux
Directeur Cebam; directeur Academisch Centrum Huisartsgeneeskunde (KU Leuven); coördinator Gezondheid en Wetenschap; docent huisartsgeneeskunde (Kulak).*

Drie wetenschappers distantiëren zich van de besluitvorming van de Hoge Gezondheidsraad (HGR) omtrent de duurzaamheid van kernenergie, lazen we gisteren in een persmededeling, verspreid door het SCK CEN (DS 26 oktober). Ze doen dat niet zozeer vanwege de inhoud van het besluit van de HGR, maar vooral vanwege de -gebruikte methode. De conclusies zijn volgens hen niet gebaseerd op de principes van goed wetenschappelijk onderzoek.

Spijtig genoeg is dit niet de eerste keer dat de HGR adviezen verspreidt waarvan men op zijn minst de wetenschappelijke methode in vraag kan stellen. We geven enkele voorbeelden van de voorbije jaren.

In het advies 9404 (mei 2019) raadt de HGR aan om tatoeages en nagellak te vermijden en om granola te beperken. Ook wordt aanbevolen om plastic te vermijden (zoals waterflesjes) en nieuwe kledij te wassen alvorens ze te dragen. Het is een typische studie die gebaseerd is op toxicologische inzichten, maar zonder grondige epidemiologische onderbouw. Wat zijn de werkelijke effecten op de gezondheid van gebruikers? Bij navraag bij een van de leden van het panel bleek dat het rapport geschreven werd door één man en dat er geen formele goedkeuring was door alle andere leden.

Ook over een ander advies dat zich situeert in een heel ander domein kan men vragen stellen over de methodologie. In het advies 9360 (juni 2019) stelt de HGR het nut van de DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) in vraag. Dit is een veelgebruikt instrument voor het classificeren van geestelijke gezondheidsproblemen en levert volgens de HGR een aantal problemen op. Het rapport viel niet in goede aarde bij de Vlaamse Vereniging voor Psychiatrie (VVP). Die vertegenwoordigt ongeveer 80 procent van de psychiaters in Vlaanderen, maar werd niet betrokken bij de totstandkoming van het rapport en nam er dan ook met grote verbazing kennis van. In een brief aan The Lancet Psychiatry noemde de VVP het rapport ongenueanceerd.

Subjectieve selectie

In de drie bovenstaande gevallen gaat de kritiek vooral over de methodologie. Is de samenstelling van het expertenpanel voldoende objectief? En meer nog, hoe worden de adviezen onderbouwd met de stand van de wetenschap? De rapporten verwijzen



Ook te vermijden volgens de Hoge Gezondheidsraad: tatoeages. *getty images*

wel naar veel wetenschappelijke publicaties, maar in hoeverre gebeurt dat op een systematische wijze?

In een debat dat volgde op het DSM-rapport ontkenden de betrokken wetenschappers niet dat de verschillende leden zelf de literatuur hadden aangedragen die ze 'relevant' vonden. Door deze werkwijze zijn de aangehaalde referenties mogelijk, en zelfs waarschijnlijk, onderhevig aan een subjectieve selectie. In de kringen van 'evidence based medicine' spreekt men bij zulke besluitvorming over 'Gobsat', wat staat voor good old boys sat around the table. Daarom is het verre van zeker dat de aanbevelingen van de HGR de levenskwaliteit van psychiatrische patiënten en de psychiatrische zorg zouden kunnen verbeteren, of dat de conclusies van het rapport over de duurzaamheid van kernenergie gebaseerd zijn op de beschikbare kennis in de wereld.

Bijsturing blijft uit

Meerdere ondertekenaars van deze vrije tribune hebben in het verleden zowel bij de HGR als bij de bevoegde minister aangedrongen om de methodologie van de HGR onder de loep te nemen en om de problemen, zoals ze zich vandaag voordoen, bij te sturen. Maar dit blijft zonder gevolg. Dat is spijtig, omdat de HGR in zijn samenstelling honderden onberispelijke wetenschappers telt en vele groepen ongetwijfeld waardevol werk verrichten. Maar men mag hopen dat een instituut dat adviezen verstrekt waarop de overheid zich baseert, dat doet op basis van een methodologie die transparant is en zich onderwerpt aan externe review, zoals bijvoorbeeld het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) dat doet.

Men kan ook de vraag stellen of een klein land als België nood heeft aan drie instellingen die adviezen geven over gezondheidsvragen (Sciensano, het KCE en de HGR). De middelen zouden beter gebundeld worden in één onafhankelijk Instituut voor Gezondheid, dat werkt volgens gangbare wetenschappelijke standaarden die transparant zijn.

Verschenen op woensdag 27 oktober 2021 in De Standaard

Gezondheid en Wetenschap

Worden steeds meer kinderen bijziend

In het nieuws

Onze kinderen zijn steeds meer bijziend. Dat wil zeggen dat ze moeite hebben om dingen in de verte scherp te zien. Dat blijkt uit een rondvraag van VRT NWS bij verschillende kinderoogartsen. Te veel binnen zitten en te lang onafgebroken naar kleine schermpjes turen is volgens oogarts Marnix Claeys de oorzaak. Meer buiten ravotten, op voorschrift van de oogarts, is dus de boodschap.

Factcheck

Veelvuldig beeldschermgebruik verhoogt het risico op bijziendheid bij kinderen en jongeren. Omdat we in tijden van corona zoveel mogelijk 'in ons kot' moesten blijven, begonnen experts aan te raden om het beeldschermgebruik bij kinderen te beperken, elk halfuur te onderbreken en af te wisselen met twee uur per dag naar buiten gaan.

Waar komt deze bewering vandaan?

Wereldwijd is bijziendheid de snelst toenemende oogaandoening (1). Bijna de helft van de Europese jongvolwassenen is bijziend. In Azië kwam het in 2015 bij 80-90% van de jongvolwassenen voor. In 1955 ging het nog over 20%.

De toename van bijziendheid zou samenhangen met een gebrek aan buitenactiviteiten, waarbij je in de verte kijkt. Door veel naar voorwerpen dichtbij te kijken, bijv. bij overmatig beeldschermgebruik, kan de oogbol van een kind vervormen. Bijziendheid wordt veroorzaakt door erfelijke factoren, maar ook in de hand gewerkt door dichtbijwerk. Als je kijkt naar een punt dicht bij het oog, vervormt je oog zich om het voorwerp scherp te stellen. Gebeurt dat te vaak of te lang aan een stuk, dan kan je oogbol vervormen en kan je bijziend worden. Dergelijke vervorming is vooral mogelijk bij kinderen en jongeren tot 25 jaar.

Een team van Nederlandse experts stelde richtlijnen op voor het beeldschermgebruik bij kinderen om het risico op bijziendheid te verminderen (2). Ze raden aan om een kind na 20 tot 30 minuten beeldschermgebruik een andere activiteit te laten aanvaatten, waarbij het minder 'dichtbij' focust, en om twee uur per dag naar buiten te gaan.

In een interventiestudie bij 6- en 7-jarigen op scholen in Taiwan gingen onderzoekers het effect na van een onderbreking van 10 min na 30 min dichtbijwerk (3). Tijdens de opvolging van de kinderen kwam bijziendheid 35% minder voor.

Bron

(1) Khawaja AP, Springelkamp H, Creuzot-Garcher C, et al. Associations with intraocular pressure across Europe: The European Eye Epidemiology (E(3)) Consortium. *Eur J Epidemiol.* 2016 Nov;31(11):1101-1111.

Hoe moet je dit nieuws interpreteren?

Bijziendheid komt meer en meer voor bij jongeren, en kan niet uitsluitend verklaard worden door erfelijke factoren. Leefgewoonten spelen vermoedelijk een rol.

Hoewel het onderzoek nog vrij beperkt is, lijkt het beeldschermgedrag een belangrijke factor te zijn, net als het feit dat kinderen minder buiten spelen en op afstand kijken. Eerder onderzoek wees ook uit dat studenten die vaak met de neus in de boeken zitten vaker bijziend worden.

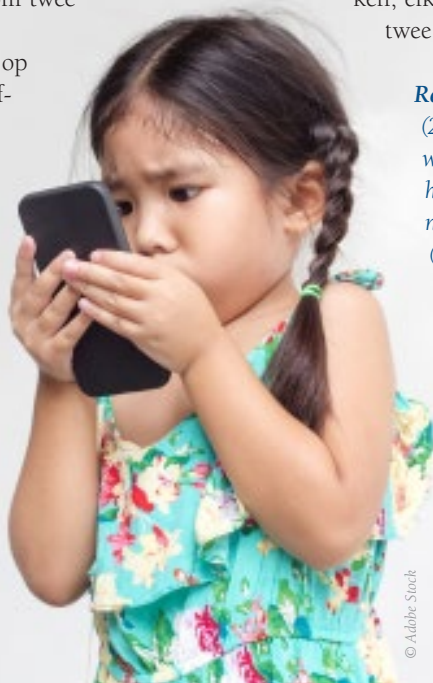
Ondanks de beperkingen is het advies om twee uur per dag buiten te vertoeven zeker aanvaardbaar. Dit is niet alleen beter voor de ogen, maar vermindert ook het risico op overgewicht en slaapproblemen.

Conclusie

Veelvuldig beeldschermgebruik verhoogt het risico op bijziendheid bij kinderen en jongeren. Omdat we in tijden van corona zoveel mogelijk 'in ons kot' moesten blijven, begonnen experts aan te raden om het beeldschermgebruik bij kinderen te beperken, elk halfuur te onderbreken en af te wisselen met twee uur per dag naar buiten gaan.

Referenties

- (2) Iyers V, Landsmeer EA, Reijneveld SA. Verantwoord beeldschermgebruik. Adviezen om bijziendheid onder jongeren te beperken. *Ned Tijdschr Geneesk* 2020;164:D4106
- (3) Wu PC, Chen CT, Lin KK, et al. Myopia Prevention and Outdoor Light Intensity in a School-Based Cluster Randomized Trial. *Ophthalmology.* 2018 Aug;125(8):1239-1250.



ALGEMEEN

Ebpracticenet blaast 10 kaarsjes uit en lanceert haar nieuwe website

Ebpracticenet werd opgericht in december 2011, precies 10 jaar geleden. Als kers op de taart lanceerde de organisatie zonet een nieuwe website met de gewoonlijke point of care (POC) richtlijnen en evidence-based informatie. De site kreeg een moderner mooier jasje en een gebruiksvriendelijke en intelligentere zoekmotor.

Neem gauw een kijkje op ebpnet.be



IMPLEMENTATIE

Disseminatie is een heel belangrijke taak van ebpracticenet, maar daarnaast heeft de organisatie ook een prominente rol in het begeleiden van implementatieprojecten en richtlijnontwikkelingen.

Hetvolgende overzicht brengt de projecten van 2021 in kaart. De projecten voor 2022 krijgen ondertussen ook vorm achter de schermen.



RICHTLIJNEN

Meest bezochte richtlijnen

1. Diabetes Mellitus Type 2
2. Acute Keelpijn
3. Oppervlakkige veneuze trombose
4. Haaruitval
5. Behandeling van autisme bij kinderen en jongeren



OPLEIDINGEN

ONZE ONLINE INFOSESSIES

Heb je interesse om ebpracticenet.be en cdh.be beter te leren gebruiken? Schrijf je dan snel in voor onze gratis online infosessie 'EBM in de dagelijkse praktijk: leer snel evidence-based informatie terugvinden'.



Deze infosessie kan ook gevolgd worden in groepen (bv. in het kader van een LOK-groep) .

Mail naar marieke.vanneste@ebpracticenet.be

In Memoriam

Jos Van Bragt (1930-2021)

Dr. Jos Van Bragt overleed op 20 11 2021, op 91 jarige leeftijd. Hij werd in 1930 geboren in Brecht (Sint Antonius) als derde zoon van een huisarts die daarnaast ook werkte voor wat men toen 'Het Gesticht' noemde, nu het Psychiatrisch Centrum Bethanië. Hij kende daar een onbezorgde tijd, volgde zijn middelbaar onderwijs in het Xaverius-college te Borgerhout gevolgd door studies geneeskunde aan de KU Leuven waar hij afstudeerde in 1955. Hij was er actief in het studentenleven en leerde er zijn latere echtgenote Hilde Peeters kennen. Ze hadden samen vier zonen.



Huisartsgeneeskunde was een bewuste keuze en een 'roeping', zo zou hij later zeggen. Hij vestigde zich in zijn geboorteregio, in Oelegem, waar hij lang de enige huisarts zou zijn. Een ernstige ziekte in 1978 was aanleiding voor herbronning. De praktijk werd minder groot en Jos spendeerde de vrijgekomen tijd aan een sociaal engagement onder het motto 'doe uw plicht en doe af en toe uw goesting'. Hij stond in 1969 mee aan de wieg van het DLO, Diagnose Centrum Lier en Omstreken, waarvan hij jaren bestuurder zou blijven. Later speelde hij ook een rol in de start en de ontwikkeling van PHA, Palliatieve hulp Antwerpen, waarvan hij voorzitter werd. Ook het Wit-Gele Kruis Antwerpen had met Jos een bekwaam bestuurder. Velen zullen hem vooral kennen als de zesde voorzitter van de Wetenschappelijke Vereniging van Vlaamse Huisartsen (WVVH) tussen 1986 en 1989. In die functie was hij een krachtige pleitbezorger voor een 'wijsgerig' onderbouwde uitoefening van de huisartsgeneeskunde. Hij was een voorbeeld voor veel jonge huisartsen: begaan met échte zorg voor patiënten, wetenschappelijk georiënteerd met een scherpe pen en legendarische opiniestukken. Hij was gehecht aan zijn vrijheid van denken. Hij liet zich niet inkapselen of meesleuren. Hij kon duidelijk uitleggen hoe hij de zaken zag maar stond steeds open voor de mening en redenering van de ander. Hij was vasthoudend maar nooit dogmatisch. Hij was correct en aangenaam in de omgang, en een fijnzinnige humor was de saus die alles afmaakte. Wanneer je het genoeg had met Jos op te trekken in de wijde natuur vergastte Jos je met alle wetenswaardigheden van de vogels die je hoorde maar zelf nog niet opmerkte, een hobby, ornitholoog, die je zelden tegenkomt. Tekenen was ook zo'n hobby van Jos. Hij kon zowel links – als rechtshandig tekenen en na een vergadering was de kunstige papieren place-mat vol figuurtjes en cartoons een herinnering aan zijn aanwezigheid. In gesprekken met Jos werd duidelijk hoe belezen hij was, want hij hield nooit op, tot zeer kort voor zijn overlijden, om te lezen en zo te proberen de wereld te begrijpen. In 1990 ontving hij zeer terecht de tweejaarlijkse Prijs van de Vlaamse Huisarts. Een prijs die wordt toegekend aan een waardig huisarts die zich verdienstelijk maakt op gebied van navorming, wetenschappelijk onderzoek en uitbouw van de eerstelijnszorg. Jos heeft zich verdienstelijk gemaakt.

Met Jos verliezen we een prachtige huisarts, een inspirerende leermeester en een goede vriend.

*Jan De Lepeleire, huisarts, oud bestuurder WVVH
Jos De Smedt, huisarts, oud voorzitter WVVH*

Leuk nieuws

Doctoraatsverdediging Walter Renier: “Implementing more technology in emergencies in general practice”

Kunnen we met de klacht dyspnee en bijgaande tekenen en symptomen beter de diagnose van acute aandoeningen opstellen? Uit de systematische review konden we niets besluiten. De incidentie van acute of verslechtering van gekende dyspnee in de huisartspraktijk is 2,2% en daarvan wordt meer dan 25% verwezen voor verder onderzoek. De pulsoxymeter kan helpen want een $SpO_2 \leq 92\%$ beïnvloedt de aanpak van patiënten met dyspnee. De Heartscan® is snel aangelegd en kan accuraat de meeste hartritmestoornissen, vooral VKF, VK-flutter en extrasystolen herkennen. De PICO®, een kleine draagbare monitor, is een zeer accuraat apparaat dat alle vitale parameters even goed kan meten als de monitoren van de spoedgallendiensten. Een protocol van een RCT werd klaargemaakt om na te gaan of dit apparaat duidelijk helpt om beter te verwijzen tijdens de urgenties gezien door de wachtartsen van een huisartsenwachtpost. Door het Sars-CoV2-virus is deze veldstudie tijdelijk uitgesteld. Wij blijven echter geloven dat wat meer technologie een verbetering met zich zal meebrengen in de aanpak van urgenties door huisartsen.



Walter Renier



Terug(na corona)komdag van ACHG, ICHO, Cebam en EBPracticeNet

Op donderdag 30 september kwamen we allemaal samen in Hal 5, achter het station van Leuven. Na een kopje koffie hebben we de zoektocht, die Birgitte Schoenmakers had georganiseerd, in kleine groepjes gedaan. Het was leuk om terug contact te hebben met de collega's in de buitenlucht en in de grote Hal 5 waar we na terugkomst een super lekkere lunch aangeboden kregen. Hierbij enkele sfeerbeelden!



ACHG publicaties

1. **Van den Wyngaert I, Van Pottelbergh G.** Knelpunten in de zorg voor patiënten met chronische nierinsufficiëntie Analyse van MFO-verslagen en masterthesissen. *Huisarts Nu* 2021; 5: 260-2.
2. Lelièvre J, Hompes T, **Schoenmakers B.** Postnatal Depression: Identification of risk factors in the short-stay maternity program in Belgium. *BJGP OPEN* 2021; DOI: 10.3399/BJGPO.2021.0127
3. Juno Perrona N, Pype P, **Van Nuland M**, Bujnowka-Fekak MM, Dohms M, Essers G, Joakimsen R, Tsimtsiou Z, Kiessling C. What do we know about written assessment of health professionals' communication skills? A scoping review. *PEC* 2021; DOI: 10.1016/j.pec.2021.09.011.
4. **Opsomer S**, Petit S, Becks M, **Van Baelen S**, De Decker A, **Pint G**, Van Goethem B, **Van Nuland M.** Hoe het teleconsult vlot laten verlopen? Stappenplan volgens het Leuvense consultatiemodel. *HANU* 2021; 5: 222-6.
5. Criel B, De Lepeleire J. Van basisarts tot public health: verschillende wegen om naar Rome te reizen. *TVGG* 2021; doi.org/10.47671/TVG.77.21.110.
6. Buffels J, **De Lepeleire J.** Volksgezondheid, brandend actueel[editorial]. *TVGG* 2021; 813-4. doi.org/10.47671/TVG.77.21.108.
7. Remiel CME, Janssens GE, Bilet L, van Weeghe M, **Duvivier BMFM**, de WitVHW, Connell NJ, Jörgensen JA, Schomakers BV, Schrauwen-Hinderling VB, et al. Sitting less elicits metabolic responses similar to exercise and enhances insulin sensitivity in postmenopausal women. *Diabetologia* 2021; <https://doi.org/10.1007/s00125-021-05558-5>.
8. Berendsen B, Duvivier B, Schaper N, Savelberg H. Een gezond beweegpatroon is meer dan sporten. *Physios* 2021; 1: 4-11.
9. **Ke'filath B, De Lepeleire J**, Kabinda J, Bosongo S, Dossou JP, Wawery E, Apers L, Zannoul M, Criel B. The expanding movement of primary care physicians operating at the first line of healthcare delivery systems in sub-Saharan Africa: A scoping review. *PLoS ONE* 2021;16(10): e0258955. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0258955>
10. **Raat, W., Smeets, M.,** Henrard, S., **Aertgeerts, B.,** Penders, J., Droogne, W., Mullens, W., Janssens, S., and **Vaes, B.** (2021) Machine learning optimization of an electronic health record audit for heart failure in primary care. *ESC Heart Failure*, <https://doi.org/10.1002/ehf2.13724>.
11. Mulie P, Vankrunkelsven P. Spore-forming probiotics for functional dyspepsia [letter]. *Lancet* 2021; 6: 982-983.



HistarUZ - Objecteninformatie

Object: Sterilisatiedoos met een aantal 'doigtiers' en 'handschoenen voor gynecologisch gebruik'.

UZV objectnummer:

Voorlopig identificatienummer: 09986



Doos met nog een rubberen handschoen



Binnenzijde deksel met zwarte pastillehouder



Merknaam: VKVS? of WKS ? of ??



Nog een rubberen handschoen die min of meer geheel gebleven is. De overige inhoud was helemaal verduurd en viel uiteen bij het openen van de doos.

0. Schenking.

Dit object maakte deel uit van een verzameling objecten die einde 2020 door Prof. Aertgeerts van het Academisch Centrum voor Huisartsgeneeskunde aan Histaruz werd geschonken. Van harte dank voor deze schenking!

1. Beschrijving van het object.

Het gaat hier om een doos, gemaakt uit doorzichtig plastic. De afmetingen ervan belopen ongeveer 15 x 10 x 5 cm. Boven- en onderaan wordt zij afgesloten door een rubberen deksel. Aan de binnenzijde van ieder deksel is er een 'pastillehouder' aangebracht. In deze houder kan een ontsmettend product worden geplaatst, in de vorm van een pastille.

Aan de buitenzijde van de rubberen deksels staat het logo van de producent (van het deksel?) vermeld: Dit logo bevat wellicht de letters S, K en W of 2 V's? Hieronder staat het logo afgebeeld.

De doos is gevuld met dunne chirurgische handschoenen en ook enkele 'doigtiers'. Door de tand des tijds zijn de rubberen handschoenen en doigtiers zwart 'verduurd'. Bij het aanraken brokkelde ze uit elkaar. Dus: afblijven is de boodschap. Er rest nog één handschoen.

2. Gebruik van het object

Deze doos werd gebruikt om rubberen materialen te steriliseren. Het te steriliseren materiaal wordt in de doos gebracht. In één of in beide pastillehouders wordt een pastille van een ontsmettend product geplaatst. Daarna sluit men de doos terug af met de rubberen deksels. De pastille in de pastillehouder verdampt. Hierdoor ontstaat er een gas. Het ontsmettende gas kan gedurende een bepaalde tijd zijn werk doen. Meestal werd 'trioxyméthylène' gebruikt om te steriliseren. Deze chemische stof is beter bekend onder de naam 'formolaldehyde'. Deze stof is beschikbaar in vloeibare vorm, in poeder- en in pastillevorm.

In dit geval zijn de te steriliseren objecten 'chirurgische handschoenen' en 'doigtiers'.



Caroline Hampton



William Halsted

3. Chirurgische handschoenen.

Caroline Hampton was een Amerikaanse verpleegkundige. Zij kreeg haar opleiding in het New York Hospital, en verwierf haar diploma in 1888. Omstreeks die tijd werd het befaamde John Hopkins Hospital geopend in Baltimore. In 1889 werd zij er door de chirurg William Halsted, medisch diensthoofd in de operatiezaal van het nieuwe ziekenhuis, aangesteld tot hoofdverpleegster van de operatiezaal. Daarenboven werd zij zijn assisterende en instrumenterende verpleegster.

Na enkele jaren verwierf zij een dermatitis (huidontsteking) van de handen. Dit als gevolg van het regelmatig ontsmetten van de handen met een waterige oplossing van carbolzuur. Het was Joseph Lister, een Schotse chirurg die voor, tijdens en na een heilkundige ingreep gebruik maakte van carbol. Hij liet het operatiegebied voor de operatie besproeien met carbol. Tijdens de ingreep ontsmette hij zijn handen door ze regelmatig in een kom met carbol te dompelen. De chirurgen droegen immers nog geen handschoenen. Na de ingreep ontsmette hij het operatieveld opnieuw. Zodoende daalde mortaliteit bij beenamputaties bijvoorbeeld van ongeveer 50 % naar 15%!

Dr. William Halsted paste ook deze ontsmettingstechniek toe tijdens de chirurgische ingrepen die hij uitvoerde. Zijn assisterende verpleegster, Caroline Hampton echter, ontwikkelde een ernstige contactdermatitis, gepaard gaande met eczeem. Ook zij dompelde haar handen tijdens een heilkundige ingreep immers regelmatig in de carbolzuuroplossing. Zij zag zich genoodzaakt om haar functie als assisterende verpleegster bij Dr. Halsted stop te zetten. Daarop nam Halsted contact met het bedrijf Goodyear Rubber Company in New York, met het verzoek om voor de handen van Caroline Hampton dunne rubberen handschoenen te maken die bijna tot aan de ellebogen reikten. Hij nam hiertoe een



Bewaarde handschoen van de Amerikaanse chirurg J.M.T. Finney (1863-1942). Hij was een directe medewerker van Dr. William Halsted

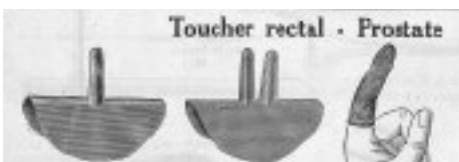
gipsafdruk van de handen en voorarmen van Caroline, en zond dit model naar Goodyear. Goodyear bezorgde Halsted de gevraagde handschoenen. Ze konden na een ingreep gewassen worden en terug gebruikt. Zodoende kon Caroline tijdens de ingreep haar handen in de ontsmettingsstof pompelen. De contactdermatitis en het eczeem verdwenen! Ook de per-operatieve infectiegraad daalde van 17% naar 2%. In ieder geval, Caroline kon haar werkzaamheden in de operatiezaal terug hervatten.

In 1890 huwden Caroline en William. Hierdoor diende zij haar beroep als verpleegster stop te zetten, en besteedde zij haar tijd aan de zorg voor het landgoed dat haar familie bezat.

4. Doigtiers naar F. Legueu

Een 'doigtier' of een vingerling was en is een middel om de vingers van de zorgverlener, en de patiënt te beschermen. Ze bestaan in de vorm om één vinger te beschermen, of in de vorm om 2 vingers te beschermen. Voorheen werden ze gemaakt in rubber, zoals op onderstaande afbeelding kan gezien worden.

In de geneeskunde werden 'doigtiers' voornamelijk gebruikt voor gynecologisch of rectaal onderzoek. Aanvankelijk waren ze niet steriel. Ook nu nog zijn zowel steriele als niet-steriele doigtiers verkrijgbaar. Thans zijn ze meestal gemaakt uit polyethyleen.



Enkele voorbeelden van 'doigtiers'

Dr. Félix Legueu (1863-1939)



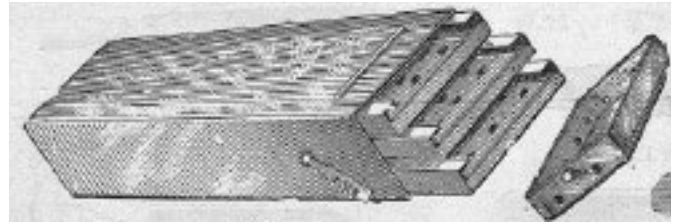
Doigtiers worden genoemd naar Dr. Félix Legueu. Hij was een Franse uroloog en gynecoloog, en was als chirurg actief aan het Hôpital Necker in Parijs. Enkele heelkundige ingrepen werden naar hem genoemd, bijvoorbeeld een heelkundige behandeling van vesico-vaginale fistels. Ook een aantal instrumenten werden naar hem vernoemd, zoals onderstaande prenten aangeven. En dus ook de 'doigtiers'



Wondspeder naar Legueu Blaasspatel Legueu

5. Steriliseren d.m.v. formolaldehyde

De doos die hier beschreven wordt, werd dus gebruikt voor het steriliseren van rubberen materialen, zoals handschoenen, doigtiers, enz... Ook andere 'dozen' of containers werden hiertoe aangewend.



Hieronder wordt een metalen doos getoond waarin handschoenen werden gesteriliseerd, hetzij door te autoclavieren, hetzij door gebruik te maken van formolaldehyde o.v.v. een pastille. Het Histaruz museum bewaart dit object in de verzameling. Deze doos wordt ook vermeld in de catalogus (1935) van het Franse instrumenten bedrijf Guillot.

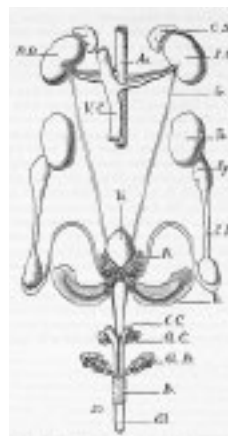
Een ander apparaat dat gebruikt werd om rubberen materialen te steriliseren is de 'tube' genoemd naar Dr. Ernest Desnos'. Hieronder ziet men een afbeelding, eveneens uit de catalogus van Guillot (1935). De tube was verkrijgbaar in verschillende diameters. De tube, ongeveer 45 cm lang kan aan beide zijden worden afgesloten d.m.v. een rubberen dop. Aan één dop is een 'pastillehouder' aangebracht. Hierin kon een pastille trioxyhméthylène worden opgeborgen. In de desnostube werden voornamelijk rubberen blaassonden gesteriliseerd. Die sonden waren nog 'reusable' en werden dus na gebruik bij een patiënt gewassen en gesteriliseerd. Zodoende waren ze klaar voor gebruik bij een volgende patiënt.



Desnostube



Rubberen blaassonde



Het Histaruz museum heeft in de verzameling een aantal desnostuben opgenomen. Zij bevatten ook een aantal rubberen blaassondes.

Dr. Ernest Desnos schreef o.a. een lijvig boek 'L'Histoire d'Urologie' (1914). Hieronder een prent uit dit werkstuk.

Herman Verbruggen
Wijgmaal, 07/02/2021

Bibliografie

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2943454/Geschiedenis_van_de_rubberen_chirurgische_handschoenen.
- Caroline Hampton - Wikipedia - Biografie Caroline Hampton
- William Halstead - Wikipedia - Biografie William Halsted
- <https://www.biusante.parisdescartes.fr/histoire/images/?gabarit=i-frame&do=informations-iconographiques&refphot=medextaph-pin010x019>. Catalogus medische instrumenten - Firma Guillot Paris 1935
- Ernest Desnos (1852-1925) (bnf.fr). Biografie Ernest Desnos.

Colofon

Dit contactblad is een uitgave van
het Academisch Centrum voor Huisartsgeneeskunde

Algemene leiding: prof. dr. B. Aertgeerts

Stafmedewerkers:

Prof. dr. Jan De Lepeleire - Prof. dr. Geert Goderis - Prof. dr. Birgitte Schoenmakers - Prof. dr. Bert Vaes – Prof. dr. Ann Van den Bruel – Prof. Dr. Gijs Van Pottelbergh - Prof. dr. Patrik Vankrunkelsven - Prof. dr. Marc Van Nuland - Prof. dr. Jan Verbakel – Prof. dr. Mieke Vermandere

Redactieraad: B. Aertgeerts, M. Devis

Lay-out: Van der Poorten

Druk: Van der Poorten

Dit drukwerk wordt 100% klimaatneutraal gerealiseerd.



V.U.: B. Aertgeerts, Kapucijnenvoer 7 – bus 7001 (blok h)
te 3000 Leuven

achg@kuleuven.be

CB is ook online beschikbaar: www.achg.be/contactbladen

Agenda

Neem af en toe een kijkje op de agenda van onze website voor meer info en inschrijfmodules.

www.achg.be/kalender

