

40 JAAR ACADEMISCHE HUISARTSGENEESKUNDE IN ANTWERPEN



Universiteit
Antwerpen



A vertical strip on the left side of the page shows a view of the Antwerp skyline across a river, with various buildings and a bridge visible under a clear sky.

40 JAAR ACADEMISCHE HUISARTSGENEESKUNDE IN ANTWERPEN

Dit boek wordt u aangeboden door het Centrum voor Huisarts-geneeskunde van de Universiteit Antwerpen. Het Centrum heeft sinds zijn ontstaan grote stappen gezet. In dit boek kunt u proeven van de inspanningen, maar ook van het grote plezier waarmee onze medewerkers voortdurend uitwerking geven aan onze missie: academisch onderwijs, onderzoek en dienstverlening op hoog niveau aanbieden met een bijzondere maatschappelijke relevantie.

De bijdragen zijn allemaal afzonderlijk te lezen. Ze bieden telkens een blik op ons metier. Ze zeggen u iets over hoe het is om academische huisartsgeneeskunde te bedrijven.

Het Centrum bestaat nu ook uit meer dan 40 medewerkers. In een collegiale sfeer hebben we een academische werkplek gemaakt waar het fijn werken is. Geniet u mee van ons plezier?

De samenstellers

40 jaar academische huisartsgeneeskunde in Antwerpen

**40 JAAR ACADEMISCHE
HUISARTSGENEESKUNDE
IN ANTWERPEN**

Boekverzorging: Stéphane de Schrevel

Druk: New Goff, Gent

Samenstelling en redactie: Samuel Coenen, Kristin Hendrickx, Cil Leytens,
Chris Monteyne, Roy Remmen, Hugo Stuer, Johan Wens

Deze publicatie is te bestellen via cil.leytens@ua.ac.be of Secretariaat CHA:

03 265 25 29

© 2012 Uitgeverij UPA (University Press Antwerp)

UPA is een imprint van ASP nv (Academic and Scientific Publishers nv)

Ravensteingalerij 28

B-1000 Brussel

Tel. + 32 (0)2 289 26 50

Fax + 32 (0)2 289 26 59

e-mail: info@aspeditions.be

www.aspeditions.be

ISBN 978 90 5718 218 1

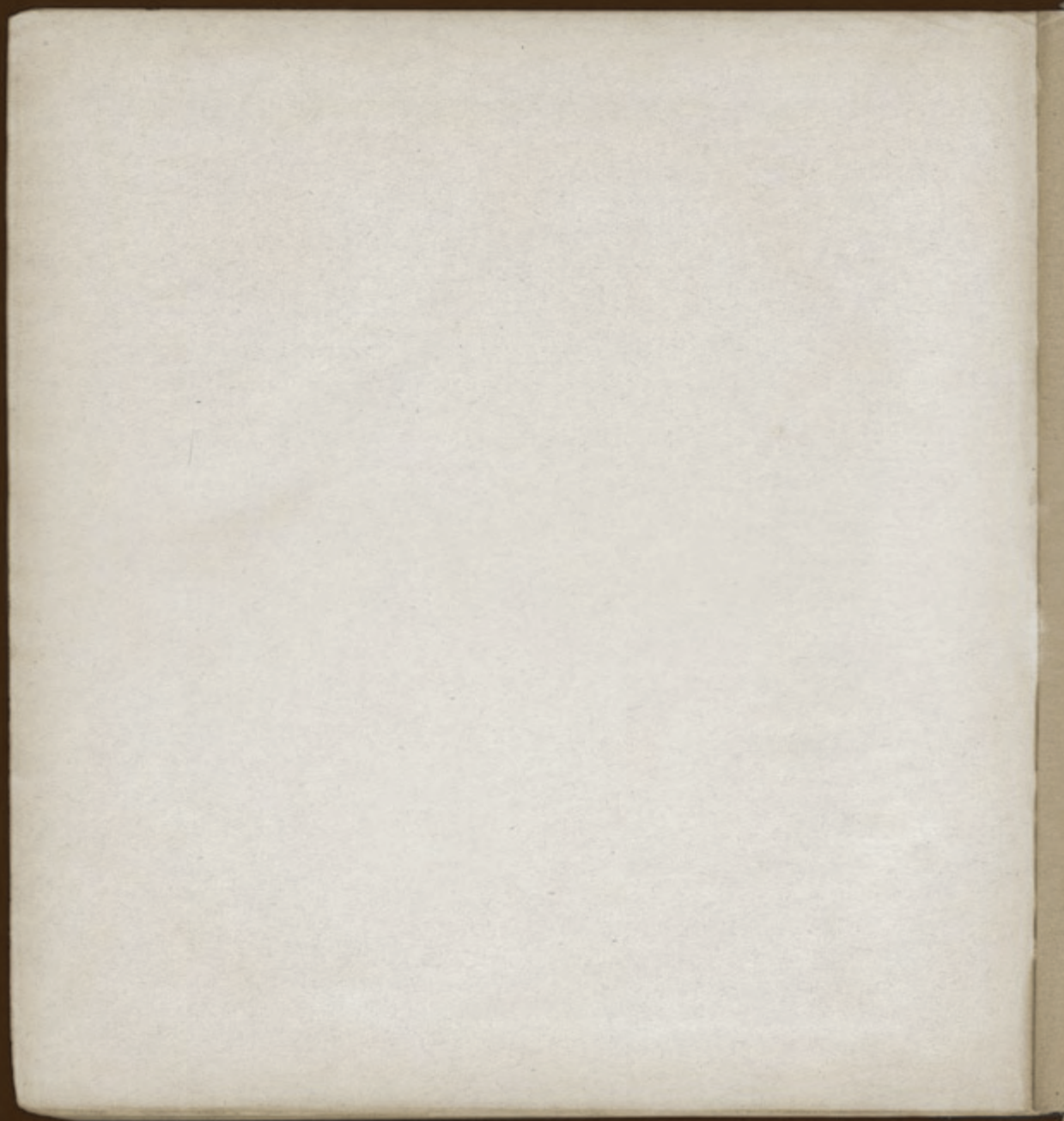
NUR 870

Wettelijk depot D/2012/11.161/154

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt
door middel van druk, fotokopie, microfilm, op elektronische of welke andere
wijze ook zonder voorafgaande, schriftelijke toestemming van de uitgever.

— INHOUDSOPGAVE

7	Opleiding anno 1980	
14	Missie van het Centrum voor Huisartsgeneeskunde Antwerpen / Mission Statement for the Centre of General Practice of the University of Antwerp	
16	Voorwoord	
18	40 jaar Centrum Huisartsgeneeskunde aan de Universiteit Antwerpen: een robijn in een diamanten stad Louis Ferrant	
24	Remy Maes: diensthoofd van 1984 tot 1994: een interview Niels Adriaenssens	
28	Onderzoek aan het Centrum Huisartsgeneeskunde: eerste mijlpalen Paul Van Royen	
34	Onderzoek aan het CHA. Een rijke oogst Samuel Coenen	
42	Doctoreren aan het CHA. Als onderzoek je werk wordt Maja Lopez Hartmann	
46	Emoties binnen een huisartsencentrum. Een lach en een traan Hugo Stuer	
52	La cooperación interuniversitaria entre la Universidad Técnica Particular de Loja (UTPL) y la Universidad de Amberes Johan Herteleer en Jana Bobokova	
54	The European General Practice Research Network en het CHA: een lang huwelijk Lieve Peremans	
60	Huisartsen in het veld – Een goede samenwerking Luc Hanegreefs	
64	Generalist en medisch onderwijs: fragmentering te lijf gaan Joke Denekens	
68	Huisartsgeneeskunde in het basisonderwijs. Studenten zijn de beste reclame Katrien Bombeke en Lieve Peremans	
74	Onderwijs in jaar zeven, kleinschalig en efficiënt Liene De Witte en Douwe Homans , studenten jaar zeven (2011–2012)	
80	Communicatieonderwijs in het CHA: hoe het groeide Luc Debaene	
86	Over pillen en voorschrijven Peter Dieleman	
90	Klinische logica, het slijpen van ruwe diamanten Jo Dewachter	
94	De huisartsenstage, een hoeksteen Kristin Hendrickx , Kristin Van den Bogerd , Guido Nicolai	
100	Klinisch leren denken. Een student in de praktijk Margo Adams , studente jaar zes in haar stagejaar	
108	Van Che Guevara tot groepspraktijk, een (r)evolutie Hans Antonneau	
112	Een groepspraktijk als huisartsenlaboratorium Leo Schillemans	
116	Multiculti in de grootstad Louis Ferrant , Kristin Hendrickx	
120	Wachtposten en het CHA Roger Renders	
124	Het Vlaams Patiëntenplatform vzw Ilse Weeghmans	
128	Liesbeth Verpooten, jonge vrouw en huisarts: een interview Roy Remmen	
132	Van voor de wieg tot na het graf Patrick Wyffels	
140	Vooruitkijken Roy Remmen en Samuel Coenen	



Opleiding anno 1980

7

Wie schrijft, die blijft. In dit hoofdstukje kan de lezer kennismaken van een bijna visionair stukje van de hand van onze eerste professor huisartsgeneeskunde Hugo Janssen. Geschreven in 1982 en dan al wat terugkijkend op de tien jaar ervoor. Nu soms nog bijzonder actueel. Het spreekt voor zich.

Vanaf 1970 werd het duidelijk dat Antwerpen een Universitaire bovenbouw van licentiaten en doktoraten zou toegewezen krijgen... in pluralistische verbondenheid.

Een uitdaging voor alle betrokkenen.

Het nieuwe (nu reeds 'oude') UIA curriculum was in 1972 wel didactisch eigentijds, via zelfstudie, discussiegroepenmethodiek, afschaffen van 'stoelen', trimestriële jaaropbouw, enz... maar bleef voor het geheel van de vier doktoraten ook nog trouw aan het klassieke model (d.i. laatste doktoraat = wettelijk stagejaar).

Het in 1981 geconcipeerde (nieuwe) curriculum werd in een andere vorm gegoten (d.i. zesde studiejaar = wettelijk stagejaar, en het laatste doktoraat wordt vrijgeruimd voor prespecialisatie of huisartsgeneeskunde). Maar, de integratie met RUCA kandidaturen laat voorlopig nog op zich wachten.

Na dit zeer korte intermezzo over nieuwe vormgeving van het pas tien jaar oude UIA curriculum geneeskunde, grijpen we terug naar 1970. Het comité van Wijzen (Leuven, Brussel, Gent, Antwerpen) besliste dat huisartsgeneeskunde als keuzerichting een evenwaardige plaats toegewezen kreeg naast klinische specialisatie, sociale geneeskunde en ontwikkelingslanden. Tijdens die voorbereidende periode werd te Antwerpen een specifieke huisartsenwerkgroep

opgericht, die de binding met de Universiteit zou kunnen realiseren. (I)

9

Er werd zeer hard gewerkt, je zou het een zendelingengroep kunnen noemen. U.I.A. beleidsmensen spraken later over 'de twaalf apostelen', een symbolisch woordgebruik, dat diepere motivatie verbergt. In de groep groeide de cohesie rondom basisfilosofie, internationale krachtlijnen voor huisartsopleiding via bezoeken aan Universitaire centra in Nederland en Engeland, en wetenschappelijk onderzoek in eigen (twaalf) praktijken uit het Antwerpse. Deze initiatiefnemende groep vertrok van het standpunt dat getrainde opleidingskrachten, vooral in dit zo praktijkgerichte vak, alleen kunnen gerekruteerd worden uit mensen die het samensmelten van eigen praktijkuitoefening en opleidingseisen willen aankunnen. We aarzelen geen seconde om te verklaren dat deze binding een enorme belasting betekende en nog steeds betekent voor hen die het meenden aan te kunnen. Ook stelde de ganse groep zich als één blok voor bij de openverklaring van de leeropdracht huisartsgeneeskunde.

----- (I) Leden van de groep: Jan Baeyens (Wilrijk), Paul D'Hanis (Antwerpen), Marcel Dieleman (Kontich), Hugo Janssens (Borgerhout), Pierre Leunckens (Antwerpen), Remi Maes (Berchem), Hector Neels (Berchem), Bert Poels (Wilrijk), André Raes (Antwerpen), René Segal (Hove), José Van Gerven (Mortsel)3 Karel Van Poeck (Basel).

Ter informatie citeren we enkele van de vele probleemvelden t.a.v. deze combinatie 'huisartspraktijk én opleiden'.

- Directe bereikbaarheid in de eerste lijn, urgenties, continuïteit van de zorgen én bezig zijn in het onderwijs.
- Verlies van patiënten op cruciale momenten, met de nodige schuldgevoelens. Dit dan in een transformatiefase waar de patiëntenpopulatie per huisartspraktijk (1975-85) evolueert van een busy practitioner met weinig tijd, veel patiënten, veel ervaring, naar een huisarts nieuwe stijl (?) met veel (?) tijd en heel wat minder patiënten, minder ervaring.
- Het opgang brengen van research op medisch-somatisch en op sociaalwetenschappelijk vlak...
- Functioneren in de basis én het gerichte bijblijven in het eigen vak als universitaire vorming voor toekomstige artsen.
- Studie en voorbereiding van cursussen.
- Het verzorgen van de huisartsenstages.
- En voor de top, o.m. reeksen vergaderingen, reeksen problemen van elke dag, communicatiestoornissen, maar ook helpende handen.

Waarom deze niet exhaustieve informatie?

II

Het antwoord ligt voor de hand. We beleven verschuivingen in theorie én praktijk die je in rustige tijden nooit voor mogelijk houdt. Ervaringen van langgevestigden en ervaring van pasgevestigden kunnen erg tegensprekelijke verschillen vertonen.

Om al deze complexe fenomenen het hoofd te kunnen bieden toont de U.I.A. huisartsengroep (1982) nu een bonte mengeling van oud en jong, en een eerste aanzet van interacties met menswetenschappers (gedrags- en sociale wetenschappers).

Een nieuwe groepssamenstelling veronderstelt een specifieke groepssfeer, als motivatiebron en als onderlinge steun.

Hoofdzaak is dat studenten en opleiders groeien tot kritische eigen meningvorming, tot werken aan integratie van de eigen persoonlijkheid en vooral werken aan de zo moeilijke keuze voor een bepaald soort van arts-zijn, van menselijke hulpverlener in welke sector het ook moge wezen. In dit verband vermelden we de gevolgen van eigentijdse plethora-problematiek en de daaruit voorvloeiende negatieve selectie naar de huisartsgeneeskunde toe. Een aantal studenten zouden moeten kiezen (?) voor een loopbaan als huisarts, waar ze aanvankelijk een totaal anders gekleurd model in hun verwachtingswereld hadden geboetseerd. Dit wordt dan uiteraard een riskante job satisfaction.

Toen Rector Vandendriessche na acht jaar functioneren afscheid nam, hebben we een 'hulde' geschreven. (2)

Misschien vind je er in wat tussen 72 en 80 zoal gebeurde. De inhoud van deze brief willen we bewust uitbreiden naar alle mensen die binnen het U.I.A. kader medegewerkt hebben aan de uitbouw van onze mogelijkheden. Tijdens de vele jaren van samenwerken in de opbouwfase, onmiddellijk gevolgd door een sociaaleconomische crisis... die nu sterker en sterker doordringt, mochten we getuigen van een grote bereidheid van velen, om mede te helpen en op te bouwen. We denken wel van ons zelf, dat we wisten wat we wilden, maar "geloven" dat we tevens ook wisten wat we niet wisten. Dit spitsig woordenspel verwijst naar situaties, waarmee we dagelijks leven. En omdat het ging over diepe realiteiten werd in onze groep elke fase, elke stap, elke voorgestelde oplossing volledig uitgepraat en van alle zijden belicht. Het resultaat was, althans naar onze mening, doorgaans een gerijpte stellingname of attitude, conform met de geëxpliciteerde basiswaarden van "opgave en uitdaging" die ons werden toegespeeld. Ook dat is een stuk van onze levensvreugde aan de UIA. De koers die we vaarden, kreeg veel wind mee. Er was betrekkelijk weinig tegenwind. We menen dat deze woordkeuze verantwoord

----- (2) Tijdschrift voor Geneeskunde₃, 36₃, nr.B₃, 1980₃, pag. 456-466.

is en uitgelokt wordt door de toenemende constatatatie dat het inzicht in onze bedoelingen, onze basisfilosofie, onze specifieke plaats in de gezondheidszorg gelijktijdig met de samenwerkingsopbouw binnen het departement en binnen de UIA structuren gestadig groeide en groeit. Voor dit groeiproces kregen we vanwege het hoge klavertje vier van de Universiteit en van de onderscheiden departements- en faculteitsvoorzitters steeds veel luisterbereidheid en begrip. Maar niet alleen dat. Ook heel veel raad en steun, en dat hadden we net broodnodig. Of we, in toto, aan de verwachtingen tegemoet kwamen, is een cruciale vraag... waarop best anderen antwoorden.

— **MISSIE VAN HET CENTRUM VOOR HUISARTSGENEESKUNDE ANTWERPEN**

Het Centrum voor Huisartsgeneeskunde (CHA) maakt deel uit van ELIZA, de vakgroep Eerstelijns- en Interdisciplinaire Zorg van de Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen van de Universiteit Antwerpen, onderdeel van de Associatie van Hogescholen en Universiteit Antwerpen (AHUA). ELIZA omvat naast huisartsgeneeskunde de volgende deeldomeinen: palliatieve zorg, handicapstudies, geriatrie en vaardigheidsonderwijs in de medische opleiding.

Het hoofddoel van het CHA is het aanbieden van onderwijs in de opleiding tot basisarts en tot huisarts, in overeenstemming met de onderwijsvisie van de Universiteit Antwerpen. Het CHA staat in voor onderzoek in de eerstelijnsgezondheidszorg, wat de voedingsbodem vormt en de garantie is voor het academisch karakter van het onderwijs.

Bovendien wenst het CHA zich te profileren als een maatschappijgerichte kennisorganisatie, betrokken op de noden en uitdagingen van de maatschappij en de eerstelijnsgezondheidszorg.

De stakeholders van het CHA zijn in de eerste plaats de studenten geneeskunde en huisartsgeneeskunde aan de Universiteit Antwerpen. Het CHA heeft ook een belangrijke opdracht voor de huisartsen uit het netwerk van stage-meesters, de huisartsen uit het netwerk van onderzoekers, de huisartsen van de Provincie Antwerpen, en ten slotte alle beroepen en organisaties die werkzaam zijn in de eerstelijnsgezondheidszorg.

— MISSION STATEMENT FOR THE CENTRE OF GENERAL PRACTICE OF THE UNIVERSITY OF ANTWERP

15

The Centre for General Practice is part of the Department of Primary Health Care and Interdisciplinary Care within the Faculty of Medicine and Health Sciences of the University of Antwerp. It is also part of the Antwerp University Association.

Besides general practice, our center consists of the following subdivisions: end of life care, disability studies, geriatrics and education of clinical and communication skills in medical education.

Our primary goal is to offer undergraduate and graduate education (general practice/family medicine) in accordance with the vision on education of the University of Antwerp. The centre is also responsible for the provision of high quality research in primary care, which is the basis for the academic teaching.

Moreover, we want to be a society-orientated knowledge organization, involved with the needs and challenges of our society and primary care in particular.

Our principal stakeholders are medical students and trainees in general practice at the University of Antwerp. We work closely with the network of trainers and researchers in general practices, the general practitioners in the province of Antwerp and finally to all professions and organizations active in primary health care in the region.

— VOORWOORD



Na vier decennia is terugblikken en vooruitkijken gepast. Dit boek geeft een impressie van de geschiedenis, het heden en de toekomst van het Centrum voor Huisartsgeneeskunde. Als pioniers vertrokken, is er gestaag gebouwd aan een echte academische afdeling die kan tellen binnen de Universiteit Antwerpen, in 'het Stad' en in de provincie, nationaal en internationaal.

Wij zijn een instituut voor onderwijs, onderzoek en dienstverlening. Alles laten zien kan niet. We hebben er daarom voor gekozen een selectie van onderwerpen in de kijker te zetten.

We gaan door de tijd heen en laten zien hoe we in ontroerende en gedenkwaardige stukken van de eerste professor huisartsgeneeskunde Hugo Janssens en zijn apostelen aanwijzingen terugvinden van hoe het centrum vorm zou krijgen. Het klopt nog steeds: wie schrijft, die blijft.

Langs de tijdlijn geven onze medewerkers die verantwoordelijk zijn voor sleutelactiviteiten een overzicht van de werkzaamheden van hun teams. Moeilijke academische stukken zult u niet vinden, maar de leesbare bijdragen geven u een snel inzicht in onderwijs en onderzoek.

Het onderwijs is door de jaren heen veranderd. Huisartsen zijn zeer goed geplaatst om het belang van de individuele patiëntenzorg in de steeds meer gespecialiseerde gezondheidszorg te overzien. In het curriculum van onze universiteit heeft onderwijs in de huisartsgeneeskunde flink aan belang gewonnen en wordt het door de

— Teambuilding tijdens de eindstaf juni 2006



— Groepsfoto van de CHA medewerkers op de openingsstaf van oktober 2011

studenten sterk gewaardeerd. De bijdragen over het onderwijs in de eerste jaren, de stages en jaar zeven zullen u verrassen. Het stage-onderwijs krijgt vorm dankzij meer dan 150 huisartsen die dat nagenoeg pro-deo doen. Het past hier dan ook al onze stagebegeleiders nog eens van harte te bedanken voor hun vele inspanningen! We kozen ervoor onze studenten uitgebreid aan het woord te laten. Hun bijdragen laten zien hoe enthousiast zij aan het vak beginnen.

Onderzoek wordt steeds belangrijker en het resultaat mag gezien worden. Na de eerste stappen is er nu performant onderzoek dat zowel beleidsvoorbereidend en wetenschappelijk kan tellen. Het wordt duidelijk dat de groei er flink in zit.

In de gezondheidszorg gaat het om mensen. Huisartsen zijn een onmisbare schakel tussen de patiënt en de directe omgeving, zijn verhaal en de gezondheidszorg. Huisartsen hebben het voorrecht in de persoonlijke wereld van de patiënt mee naar oplossingen te zoeken voor veel problemen, vaak op leven en dood. In de steeds toenemende specialisering dreigt het belang van de huisarts wel eens verloren te gaan. De huisarts als spil in de eerstelijnszorg kan de stem van de patiënten laten horen.

Het beeldmateriaal in dit boek omvat het organigram van het Centrum, foto's van en over onze studenten en stageplaatsen, tot de persiflage van de drukke huisarts-medewerker (een pen, een dikke agenda en een smartphone). Enkele persoonlijke gedachten en wensen van onze medewerkers zijn uit het hart gegrepen.

Terugblikken en vooruitkijken. Is dat niet wat huisartsen altijd doen? Hun echte 'metier'? De voorgeschiedenis van de patiënt kennen, kijken naar het grote geheel en ook altijd iets in de toekomst doen, een advies geven of een actie ondernemen. Onze afdeling werkt met deze universiteit mee om goede dokters op te leiden. Goed in het dokteren, maar met een brede belangstelling voor de maatschappij en met de competenties die in de toekomst belangrijk zijn: werken aan de gezondheidszorg van morgen.

We laten u proeven van de ontwikkelingen die voorbij zijn en degene die op ons afkomen. Wij wensen de lezer er veel plezier mee als begin van de toekomst!

De redactie

**40 JAAR CENTRUM
HUISARTSGENEESKUNDE
AAN DE UNIVERSITEIT
ANTWERPEN: EEN ROBIJN
IN EEN DIAMANTEN STAD**

LOUIS FERRANT

DE PRILLE START

In 1969 kreeg Hugo Janssens, huisarts in Borgerhout, de opdracht een plan op te stellen voor de huisartsopleiding aan wat in 1972 de 'Universitaire Instelling Antwerpen' (UIA) zou worden. Eerder was er gestart met de kandidaturen (tegenwoordig bachelor) aan het Rijksuniversitair Centrum Antwerpen (RUCA). Het werd de eerste academische verankering van de huisartsgeneeskunde in een Belgische universiteit. Geïnspireerd door het Engelse en Nederlandse model van huisartsgeneeskundig onderwijs en geholpen door zijn contacten in de Wetenschappelijke Vereniging van Vlaamse Huisartsen (WVVH, de voorloper van Domus Medica), schreef Hugo Janssens het ontwerp ervan onder de titel *Doel en functie van de opleiding tot huisarts tijdens de geneeskundige studies*.

Aan zijn benoeming als deeltijds docent in 1972 en voltijds in 1979 koppelde Hugo Janssens twee voorwaarden: huisartsen opleiden kon geen solo-job zijn en het moest gecombineerd blijven met de praktijk. Hij verzamelde een groep huisartsen. Voor de rekrutering van de gegadigden was het handig dat zij allemaal meedraaiden in dezelfde Balintgroep, 'Antwerpen I'. Uitwisseling van ervaringen, visies en emoties was voor hen dus vertrouwd terrein. In groep symboliseerden zij de diversiteit van de huisartsgeneeskunde en hadden ze hetzelfde doel voor ogen: de huisartsgeneeskunde op de kaart zetten voor alle studenten in de opleiding geneeskunde, of zij nu huisarts dan wel specialist zouden worden. Deze groep medewerkers van het eerste uur kreeg het epitheton 'de twaalf apostelen', dat later nog vaak geciteerd zou worden. Hier groeide geleidelijk de cohesie rondom de krachtlijnen van een huisartsopleiding, en dit via contacten in binnen- en buitenland.



— Hugo Janssens

We zien hier ook de aanzet van wetenschappelijk onderzoek in eigen praktijk. Zo legden de twaalf hun 100 opeenvolgende gevallen van herpes zoster samen en konden daaruit conclusies formuleren die tot dan toe onbekend waren gebleven. Dankzij de steun van toenmalig rector Leon Van den Driessche en Professor Robert Clara (kinderarts en de latere rector) was de huisartsgeneeskunde dus in de opleiding aanwezig vanaf 1972, de start van het Academisch Centrum voor Huisartsopleiding (ACHO).

DE PATIËNT CENTRAAL IN HET BASISONDERWIJS

Vanaf jaar vier (toen nog de doctoraten) waren er tien uur seminaria in elk jaar. De wekelijkse (niet verplicht te volgen) *case clinics* van jaar vijf en zes trokken volle zalen. Hier stelde één van de twaalf apostelen een patiënt voor samen met specialistische disciplines en vaak ook met een niet-medicus zoals de socioloog. Het waren de eerste stappen waarbij de patiënt centraal kwam te staan in het onderwijs.

De huisartsengroepspraktijk die intussen was opgericht in de Eliaertstraat in Borgerhout, stond model voor een toekomstgerichte, multidisciplinaire eerstelijnspraktijk. Studenten deden er kortdurende stages bij verschillende huisartsenbegeleiders en kozen bewust voor deze oriëntatie in de opleiding.



JONG ACHO

Terwijl de ACHO-leden goed op dreef waren, verkende Hugo Janssens verder het huisartsenlandschap op zoek naar toekomstige medewerkers en lanceerde hij een groep die het op zich nam een latere functie voor te bereiden. Ook zij stelden voorwaarden. Zo mocht er bij de opvolgers van de twaalf apostelen ook wel eens een vrouw toetreden. Daarnaast kon deze nieuwe generatie het best wat breder rekruteren dan alleen bij huisartsen. De psychologe, de filosofe, de sociologe deden hun intrede in wat insiders jong-ACHO noemden.

DE OPLEIDING TOT HUISARTS MET 1982 ALS KEERPUNT

Vanaf 1973 zag de overheid in dat huisartsen niet zomaar dokters zijn. Erkend huisarts werd je door het volgen van bijscholing (100 kredieturen en vanaf 1978 zelfs 200 uren). Sinds 1982 duurt de opleiding tot 'erkend huisarts' twee jaar en werd het meteen een echte postgraduaatopleiding. In het begin kon die gevolgd worden bij een andere erkende huisarts of in de eigen praktijk. Nu kan het enkel bij daartoe erkende huisartsen of in een erkende ziekenhuisdienst. De organisatie van deze twee jaren beroepsopleiding van de zogenaamde 'huisartsen in opleiding' (haio's), voorheen 'huisartsen in beroepsopleiding' (hibo's) gebeurde door het ICHO (Interuniversitair Centrum voor Huisartsopleiding).

— Remy Maes

FAKKELS DOORGEVEN EN CONSOLIDATIE

Toen Hugo Janssens in oktober 1989 de fakkel doorgaf aan zijn opvolger, was het onderwijs in de huisartsgeneeskunde aan de Universiteit Antwerpen een waar succesverhaal geworden. Voor sommige studenten van andere faculteiten was het een reden om van universiteit te veranderen. Janssens deed de huisartsgeneeskunde een nieuwe weg inslaan door zijn holistische visie op de mens en legde samen met de groep de focus op psychosociale aspecten van de huisartsgeneeskunde.

Door die aantrekkingskracht was er ook al een derde generatie medewerkers aan de slag gegaan, onder de naam 'piepjong ACHO'. In feite was dit een wat oneerbiedige naam, want zij leverden wel de twee latere co-leiders van de vakgroep.

Het vertrek van Hugo Janssens was een moeilijke periode. Remy Maes hielp ons centrum van 1989 tot 1994 veilig uit de woelige wateren. Hij zette de lijn van Hugo Janssens verder door vernieuwde aandacht voor onderwijs, door het ondersteunen van jonge onderzoekers en door de band met de huisartsen te velde aan te halen.

Bij zijn pensioen namen twee jonge docenten die een doctoraat hadden behaald de leiding over in co-leiderschap: Joke Denekens en Paul Van Royen. Dankzij nieuwe pedagogische en wetenschappelijke inzichten werden zowel onderwijs als onderzoek op een niveau gebracht waarvoor velen in binnen- en buitenland ons benijden.

ONDERWIJS: EEN TROEFKAART

In het onderwijs werd aan nieuwe lesvormen gewerkt volgens het SPICES model van Harden. Dit staat voor: studentgericht onderwijs, probleemgericht leren, geïntegreerde curricula, gemeenschaps-georiënteerd leren, een basis met keuzemogelijkheden en een systematische aanpak. Dit resulteerde in confluent onderwijs met integratie van cognitieve en affectieve aspecten. Een verdere stap was het introduceren van de CanMEDS waarbij de verschillende rollen van de arts in de hele opleiding volle aandacht kregen. De arts als medisch expert, als teamlid, als gezondheidsadvocaat, als communicator, als manager, als professional en als lerende.

Ondertussen was door de mogelijkheden van het internet en zijn zoekmachines het toepassen van *Evidence Based Medicine* (EBM) in opleiding en dagelijkse praktijk mogelijk geworden. De shift van: 'wat moet ik weten?' naar 'hoe vind ik de beste oplossing voor het probleem van mijn patiënt?' gebeurde in het eerste decennium van deze eeuw. Om dit doel te bereiken waren niet alleen interactieve lesvormen nodig, waarbij studenten casussen uit de praktijk voorstellen en oplossen, maar werd er ook een netwerk van goede stagemeeesters uitgebouwd die onze doelstellingen kennen en onze visie delen.

Ook op het gebied van communicatie en vaardigheden namen onze medewerkers een leidende rol op zich in heel het curriculum geneeskunde. Nog andere verantwoordelijkheden werden de organisatie van de Master Jeugdgezondheidszorg en de Master in de Verpleeg- en Vroedkunde evenals de medewerking aan opleidingen voor andere specialisaties en gezondheidswerkers. In 2011 zijn we dan ook na 40 jaar uitgegroeid tot een uitgebreide groep die samen met de onderzoekers 40 junior en senior lesgevers telt.

ONDERZOEK: BOOMING BUSINESS

In het onderzoek werd een tweesporenbeleid gevolgd. Zowel kwantitatieve als kwalitatieve onderzoeksmethoden werden actief gepromoot, waarbij keuzes gemaakt werden in de



— Paul Van Royen

onderzoeksdomeinen: infectieziekten, seksuele gezondheid, palliatieve zorg, medisch onderwijs, diabetes, kwaliteit en eerstelijnszorg na kantooruren. Zowel binnen de universiteit als daarbuiten, werden contacten opgebouwd met andere vak- en onderzoeksgroepen. Ondertussen naderen we de kaap van twintig met succes verdedigde proefschriften door de leden van onze vakgroep, zoals de tabel in de bijdrage over onderzoek aan het CHA illustreert.

DIENSTBETON: DE DERDE PIJLER

Ondertussen investeerde ook ons academisch centrum in de derde basisoptie van de UA: 'het maatschappelijk dienstbetoon'. Het doorgeven van kennis, vaardigheden uitbreiden naar een kritische kijk op maatschappelijke veranderingen die een invloed uitoefenen op het welzijn en de gezondheid van mensen; cultuurverschillen, kansarmoede, ethische dilemma's rond abortus en euthanasie, vanuit vermaatschappelijking van de zorg; solidariteit in tijden van schaarste... Het zijn slechts enkele voorbeelden van vragen waarop het Centrum voor Huisartsgeneeskunde een antwoord zoekt, een maatschappelijke verantwoordelijkheid die we niet uit de weg wilden gaan.



— Joke Denekens

DE TOEKOMST

Ons centrum heeft vaak een voortrekkersrol gespeeld in het lokale, regionale, nationale en internationale landschap. Het is sterk verankerd in de faculteit en gekend om zijn goede lesgevers. Ons onderzoek is van hoge kwaliteit en innoverend. Niet alleen in de diepte (kwaliteit) en in de hoogte (aantal medewerkers, aantal publicaties en aantal citaties) wordt gewerkt, maar ook in de breedte. Ook andere disciplines kunnen daardoor gedijen onder haar vleugels: **palliatieve zorg, handicapstudies, geriatrie en vaardigheidsonderwijs in de medische opleiding**. Het ACHO van eertijds groeit verder als Vakgroep Eerstelijns- en Interdisciplinaire Zorg Antwerpen (ELIZA).

De uitdagingen van vandaag zijn geen geschiedenis meer, maar toekomst...

**REMY MAES:
DIENSTHOOFD VAN 1984
TOT 1994: EEN INTERVIEW**

NIELS ADRIAENSSENS

Nog voor ik mijn eerste vraag kan stellen neemt de huisarts in Remy de bovenhand. Hij maakte er een sport van om niet naar de geboortestreek van patiënten te vragen maar dit op basis van de tongval te achterhalen. Ik moet wel van Vlaams-Brabant zijn, regio Leuven. Meteen in de roos en meteen ook mijn eerste vraag voor Remy.

VAN WAAR BENT U AFKOMSTIG?

Ik ben afkomstig uit Kontich, zeg niet Antwerpen. Kontich hoort bij de verbeterde Kempen. Je zal dat nog wel terugvinden in de oude aardrijkskundeboeken. Niet omdat er betere mensen wonen maar omdat de grond zich uitstekend leent voor de groenteteelt. Het is eigenlijk de groentetuin van België.

WAAROM BENT U HUISARTS GEWORDEN?

Ik had als kind een laag geboortegewicht. Ik was bijna alle dagen ziek. Ik had allergieën, koortsstuipen... noem maar op. Onze huisarts was als het ware mijn beste vriend. Het was een echte huisarts van uit mijn tijd. Hij rookte sigaren. Als hij binnenkwam, legde hij zijn sigaar aan de kant en als hij vertrok nam hij ze weer in de mond. Als hij langs geweest was, rook het ganse huis naar sigaar. Op een dag stond hij een paar minuten na zijn bezoek terug aan onze deur. "Iets belangrijk vergeten, dokter?" "Ja, ligt mijn sigaar hier nog." (*lacht*) Op een of andere manier heeft hij me geïnspireerd om huisarts te worden. Van zodra ik school liep, wist ik het eigenlijk al, ik word later huisarts. Ik was de derde of vierde van mijn dorp die kon gaan studeren. Ik koos voor de universiteit van Gent.

Na mijn studies ben ik dan praktijk beginnen houden in Berchem. Omdat dat het enige huis in de omgeving was dat nog leeg stond. (*lacht*)

WANNEER BENT U DAN BEGINNEN WERKEN AAN DE UNIVERSITEIT VAN ANTWERPEN?

Hugo Janssens was voorzitter van de WVVH (Wetenschappelijke Vereniging van Vlaamse Huisartsen) en er werd hem gevraagd een opleiding huisartsgeneeskunde op te starten aan de Universiteit Antwerpen. Ikzelf was binnen de WVVH lid van de commissie huisartsonderzoek en van andere commissies. Voordat Hugo deze opdracht aanvaardde, wilde hij een team van assistenten dat hem hierbij kon helpen. Gezien mijn ervaring binnen deze commissies kwamen ze ook bij mij terecht. Het team bestond uiteindelijk uit twaalf assistenten. De twaalf apostelen werden we genoemd.

WAAROM AANVAARDDE U DEZE OPDRACHT?

Ik gaf graag les. Ik gaf al les aan een school voor medische assistenten en ook tijdens mijn legerdienst gaf ik les aan Waalse collega's. Toen ze mij vertelden dat ik verondersteld werd om mee wetenschappelijk onderzoek op te starten en te begeleiden, was ik helemaal verkocht. Wij deden dat gewoon graag. Wij, alle twaalf. Het was meer een hobby dan werk. Ieder kon zijn voorkeur verder uitwerken. Voor mij was dat voornamelijk pneumologie en cardiologie.

Wij stonden mee aan de wieg van het klachtgericht onderwijs. Nu lijkt dat bijna normaal, maar in die tijd was dat nog een aparte manier van lesgeven.

WAAROM BENT U DIENSTHOOFD GEWORDEN?

Hugo (Janssens) was god niet, maar hij zat er toch dichtbij. Maar let op, Hugo stond open voor discussie. Hij was geen Zonnekoning. Toen Hugo op pensioen ging, was het niet meteen duidelijk wie hem ging opvolgen. Er ontstond hierdoor zelfs verdeeldheid binnen de vakgroep. Op een avond belde de decaan mij of ik geen einde kon maken aan deze impasse door zelf diensthoofd te worden. Ik werd dus diensthoofd zonder dit eigenlijk te ambiëren. De eerste jaren waren nog een beetje moeilijk, maar ik wist dat er een jonge garde aankwam die goed was opgeleid en die de filosofie kon verderzetten. Ik was dan ook blij en gerust wanneer ik de fakkel kon doorgeven aan Joke (Denekens) en Paul (Van Royen). Joke had al bewezen dat zij een uitstekende visie heeft inzake onderwijs en Paul kende onderzoek door en door. Ik ben dan toch ook wel een beetje fier als ik zie hoe Joke en Paul verder zijn geëvolueerd.

ZIJN ER NOG VERWEZENLIJINGEN WAAROP U TROTS BENT?

Ik ben trots op heel wat zaken: de vakgroep zelf, het klachtgericht onderwijs, het huisartsenonderzoek, maar de introductie van de palliatieve zorg aan de universiteit is toch ook zeker de moeite waard geweest. Ik heb dit uiteraard niet alleen gedaan, maar ik ben toch blij dat ik mee aan de kar getrokken heb.

ZIET U VEEL VERSCHILLEN TUSSEN DE HUISARTSGENEESKUNDE TOEN EN NU?

Zeker. De mentaliteit is toch wel veranderd. Ik heb in de jaren 70 nog meegeschreven aan *Huisarts 2000*, een boek met een idealistische toekomstvisie op de huisartsgeneeskunde in het jaar 2000. Ik raad iedereen aan dit eens te lezen. Je zal merken dat er nog weinig van overblijft. We schuiven op naar een maatschappij van vijf dagen per week en zeven uren per dag. Ik ben bij de opstart van de vakgroep op werkbezoek naar Edinburgh mogen gaan. Qua structuur zit dat heel mooi in elkaar, maar als je de wachtzaal van een huisartspraktijk binnenstapt en met de patiënten praat, merk je dat het arts-patiënt contact vervaagd is. Huisartsgeneeskunde volgens het Engelse en Nederlandse model zijn volgens mij geen goede voorbeelden. Het is veel moeilijker om daar een vertrouwensrelatie met een arts op te bouwen. Wij namen destijds de functie van pastoor een beetje over. Omdat er minder pastoors waren, kwamen de mensen met allerlei problemen aankloppen bij de huisarts. Deze problemen waren niet altijd zuiver medisch van aard, maar hadden een belangrijke invloed op de psyche van de patiënt en beïnvloedden zo dus wel de

gezondheid van de patiënt. Hiervoor is vertrouwen tussen arts en patiënt ontzettend belangrijk.

We zullen er vooral op moeten toezien dat menselijke waarden in de geneeskunde blijven primeren.

Een boodschap die telt! Hartelijk dank voor dit gesprek.

**ONDERZOEK AAN HET
CENTRUM HUISARTS-
GENEESKUNDE: EERSTE
MIJLPALLEN**

PAUL VAN ROYEN

Het is wel even terugkijken, want ook de eerste stappen in het wetenschappelijk onderzoek dateren van zo'n veertig jaar geleden, precies rond de tijd dat de academische huisartsen centra werden opgericht. De toenmalige professoren dachten ook meteen aan de noodzaak van wetenschappelijk onderzoek voor onze discipline. Onderzoek is de essentie van elke academische discipline, dus ook voor huisartsen. Onderzoek versterkt de basis van het bewijsmateriaal voor de gezondheidszorg in de gemeenschap, zodat patiënten de best mogelijke zorg kunnen krijgen op de meest effectieve en efficiënte wijze. Vanuit die overtuiging werd in 1975 het Vlaams Huisartseninstituut (VHI) opgericht, waarvan de belangrijkste taak erin bestond het onderzoek van huisartsen en academische afdelingen te coördineren.

PIONIER, BESMET MET DE ONDERZOEKSMICROBE

Er werd een stevige basis gelegd voor onderzoeksactiviteiten. In 1972 startte de Wetenschappelijke Vereniging van Vlaamse Huisartsen met een wetenschappelijk tijdschrift specifiek voor huisartsen in Vlaanderen: *Huisarts Nu*. Sinds 1980 werd jaarlijks een zogenaamde 'Referatendag', nadien 'Eerstelijnsymposium', gehouden voor Vlaams huisartsgeneeskundig onderzoek.

Een van de manieren om huisartsgeneeskundig onderzoek naar buiten te brengen, was een dissertatie of doctoraal proefschrift te maken. Aan ons centrum was Dirk Avonts de eerste in 1986 om hierin voor te gaan. Het was ook de eerste keer dat een huisarts in België zelf een doctoraat verdedigde. In 1975 beet Jan Heyrman de spits af, maar hij verdedigde zijn proefschrift in Nederland. Tot nu toe verdedigden achttien huisartsen aan het Centrum Huisartsgeneeskunde Antwerpen (CHA) een proefschrift (zie tabel op p. 33).

Tot 1994 werd in het CHA veel energie besteed aan de opleiding en de eigen wetenschappelijke vorming. Huisartsen die de microbe te pakken hadden om de huisartsdiscipline wetenschappelijk te onderbouwen, gingen buiten het eigen CHA zoeken naar een goede en inspirerende onderzoeksgroep zoals bijvoorbeeld de groep van Peter Piot op het Tropisch Instituut (ITG), waar zowel Dirk Avonts als ikzelf onze eerste sporen in het wetenschappelijk onderzoek verdienden. Onderzoek gebeurde vooral vanuit een persoonlijke motivering en gedrevenheid. Enkele pioniers in ons centrum hadden zich al internationaal kunnen profileren, bijvoorbeeld in de European General Practice Research Workshop, later Network (EGPRW-EGPRN); een groep 'symptoom en symbool' had al eerste stappen gezet in het kwalitatief onderzoek.

ACTIEPLAN EN ONDERZOEKSLIJNEN

Vanaf 1994 kiest het CHA als onderzoeksgroep voor een meer doelgericht onderzoeksbeleid- en ik citeer uit het document dat de disciplineverantwoordelijken toen opstelden:

Kiezen voor welomschreven onderzoekslijnen: luchtwegen-infecties, seksuele gezondheid (SOA en anticonceptie), palliatieve hulpverlening, diabetes mellitus en onderzoek van onderwijs. Bij de keuze van onderzoekslijnen was het nodig dat het onderzoek grensverleggend was, ondersteuning bood aan de huisartspraktijk, dat vertaling naar de opleiding mogelijk was en er ook samenwerking inzate met andere academische disciplines.

Verwerven van financiële middelen voor onderzoek als basis voor de uitbouw van een onderzoeksbeleid en dit door het aantrekken van de onderzoeksfondsen van de universiteit, het Fonds voor



Wetenschappelijk Onderzoek (FWO), vanuit Europese fondsen en via overheidsfinanciering.

Aantrekken van jonge bekwame onderzoekers, die voldoende opgeleid zijn in huisartsgeneeskundig onderzoek.

Verkrijgen van een internationaal vooraanstaande positie op het vlak van huisartsgeneeskundig onderzoek. Dit moest gerealiseerd worden door aanwezigheid met wetenschappelijke presentaties op internationale congressen (zoals die van WONCA (the World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians) en EGPRW (European General Practice Research Workshop)) en het verhogen van de wetenschappelijke output.

Dit betekende een hele opdrachtverklaring. Dus moesten er concrete acties worden genomen – die dan ook meteen mijlpalen betekenden voor het onderzoek aan onze afdeling.

OP ZOEK NAAR GELD EN MENSKRACHT

Het vinden van onderzoeksgeld was en is een ingewikkelde en tijdrovende bezigheid. Een grote meerderheid van het geld van alle universiteiten en fondsraden werd gebruikt voor onderzoek binnen de traditionele biomedische specialiteiten en ziekenhuizen. Wij moesten het met de kruimels stellen en soms werd onderzoek zelfs gestart zonder dat er financiering voorhanden was. Het kostte verschillende jaren om hier resultaten te boeken. Succes hebben we enkel geboekt door zeer concrete doelen te formuleren: een FWO-mandaat verkrijgen door het uitschrijven van een goed onderbouwd project en een excellente onderzoeker aan te trekken. Hetzelfde

verhaal voor het bekomen van een onderzoeksmandaat in de faculteit. Binnen het FWO was er geen speciale financieringsgroep of commissie voor huisartsgeneeskundig of eerstelijnsonderzoek. Maar we introduceerden buitenlandse huisartsen als lid van de wetenschappelijke commissies.

Het was niet zo eenvoudig om huisartsen die in de praktijk willen blijven werken (wat trouwens noodzakelijk is) in te schakelen voor wetenschappelijk onderzoek. Daarom kozen we er in de negentiiger jaren dus voor om voltijdse onderzoekers aan te trekken, die door de rest van de groep wel voldoende voeling bleven houden met de huisartsgeneeskunde. In de opleiding van toekomstige artsen leverden we zelf een bijdrage om hen de eerste stappen in het wetenschappelijk onderzoek bij te brengen. Naast middelen was er ook behoefte aan een opleiding tot onderzoeker en trainingsmogelijkheden voor studenten, doctorandi en huisartsen. In 1993 begonnen de Belgische academische afdelingen huisartsgeneeskunde samen met het VHI en de universiteit van Maastricht een Opleiding tot Huisarts-Onderzoeker (OHO) op doctoraal en postdoctoraal niveau. Dit initiatief werd op regionale basis verder uitgebreid naar de hele Vlaamse regio en Nederland, en later ook internationaal naar academische huisartsencentra in Duitsland. Zowat alle huisarts-onderzoekers, ook de huidige generatie van docenten en professoren, waren op een op andere manier betrokken bij dit initiatief.

LETTERS TO THE EDITOR EN INTERNATIONALISERING

Zeker in die opbouwperiode was het niet altijd eenvoudig om, onder meer door wetenschappelijke publicaties, de output te vergroten. Maar ook daar hadden we onze strategie voor. Voor de verschillende



— Plattegrond van de Campus

onderzoekslijnen lazen we alle relevante internationale onderzoeksartikels, en reageerden we vaak via *letters to the editor*. Dat gebeurde in die periode gemiddeld één keer per maand, in de grote tijdschriften zoals de *BMJ*, *The Lancet*, *Diabetes Care*... Belangrijk was dat we ons als huisartsen mengden in de internationale wetenschappelijke discussie om zo mee te helpen aan de wetenschappelijke onderbouwing van zowel onze discipline als de geneeskunde in zijn geheel. Dit vertaalde zich ook via internationale contacten met andere onderzoekers in de huisartsgeneeskunde en eerstelijnszorg. In netwerken rond respiratoire infecties, diabetes, palliatieve zorg, seksueel overdraagbare infecties, maar ook rond onderwijs en kwaliteitsbevordering gaven we mee gestalte aan de Europese samenwerking.

Onze expertise inzake kwalitatief onderzoek werd al vlug internationaal gewaardeerd. We werden uitgenodigd om onderzoekers in Italië, Turkije en Rusland de basisprincipes van kwalitatief onderzoek

bij te brengen. Het was Samuel Coenen die daarop de suggestie deed om een zomercursus te organiseren. Dat gebeurde voor het eerst in 2001 en dit jubileumjaar voor de vijftiende keer. De eigen expertise doorgeven aan anderen, scherpt de eigen competentie. De contacten met jonge onderzoekers uit heel Europa leverden uiteindelijk ook een sterke motivering op om dit wetenschappelijk werk te blijven doen.

DE SLEUTEL IS TEAMWORK

Wat we onthouden van die eerste mijlpalen? Wetenschappelijk onderzoek is zoals een marathon lopen, met de kick van de internationale contacten, maar met de mogelijkheid om terug te plooiën op de eigen omgeving. Geen onmiddellijk succes, maar veel werk, veel overleg. Het verschilt sterk van het dagelijkse patiëntencontact met het onmiddellijk positieve of negatieve gevolg. Maar ook in de huisartsenpraktijk is er deze trendverschuiving. Het gaat steeds minder om de grote en acute pathologie en de snelle succesvolle ingreep. Zowel de praktijkvoering als wetenschappelijk onderzoek in de huisartsgeneeskunde evolueren in de éénnentwintigste eeuw naar een werk van lange adem, maar gelukkig met veel teamwork en gezamenlijk overleg.

Tabel 1 Proefschriften van huisartsen aan het Centrum Huisartsgeneeskunde Antwerpen

Naam	Jaar	Titel
Avonts Dirk	1986 (UA)	Chlamydia trachomatis and other genital infections in women in primary care
Denekens Joke	1992 (UA)	Sterilisatie en mentaal gehandicapten. Wie beslist?
Van Royen Paul	1993 (UA)	Vaginal discharge and bacterial vaginosis in family practice
Schillemans Leo	1994 (UA)	Geschonden grenzen. Omgaan met de gevolgen van incest met behulp van het grenzenmodel
Van den Eynden Bart	1994 (UA)	Kwaliteit van leven in de palliatieve zorg
Rouneau Christine	1994 (NL)	Doctor's gender and patient care: a study of perceived GP behavior during consultations
Lebeer Jo	1994 (NL)	You are more than your brain; plasticity of development of children with neurological impairments in the context of family interaction; a transdisciplinary study
Remmen Roy	1999 (UA)	An evaluation of clinical skills training at the medical school of University of Antwerp
Coenen Samuel	2003 (UA)	Het beleid bij de klacht hoesten als gevolg van luchtwegeninfecties in de huisartspraktijk. Een medisch besluitkundig onderzoek
Verhoeven Veronique	2004 (UA)	Opportunistic screening for urogenital chlamydial infection in women in general practice
Vermeire Etienne	2005 (UA)	The study of research evidence synthesis, applied to adherence to treatment recommendations in people living with type 2 diabetes
Peremans Lieve	2006 (UA)	Contraceptive consultation in general practice
Wens Johan	2008 (UA)	Beyond the borders of evidence... towards a better diabetes care
Hendrickx Kristin	2008 (UA)	Klinische en communicatieve vaardigheden van het intiem Onderzoek: nood aan het opleiden van studenten, kaderend binnen een transculturele context
Bastiaens Hilde	2010 (UA)	Involvement, empowerment and self-management education in primary care
Philips Hilde	2010 (UA)	Out-of-hours Primary Care in Belgium
Michiels Barbara	2012 (UA)	Influenza in general practice: prevention, diagnosis and treatment
Bombeke Katrien	2012 (UA)	Patient-centredness in medical students

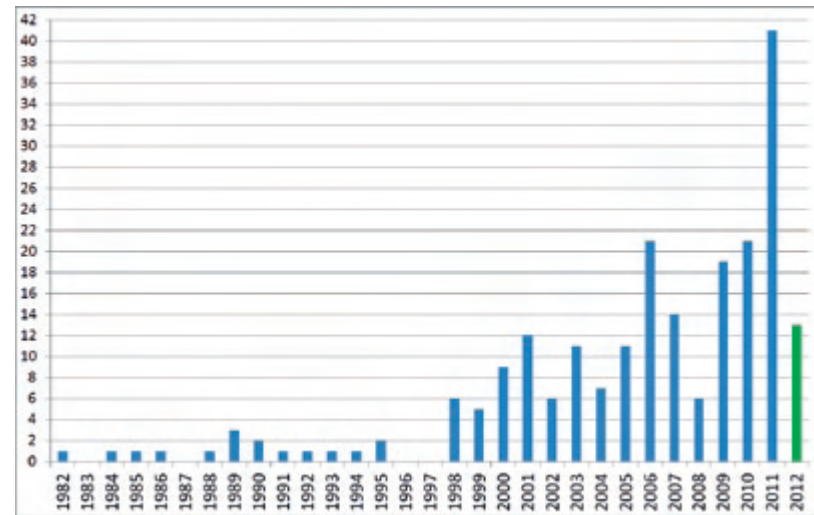
**ONDERZOEK
AAN HET CHA.
EEN RIJKE OOGST**

SAMUEL COENEN

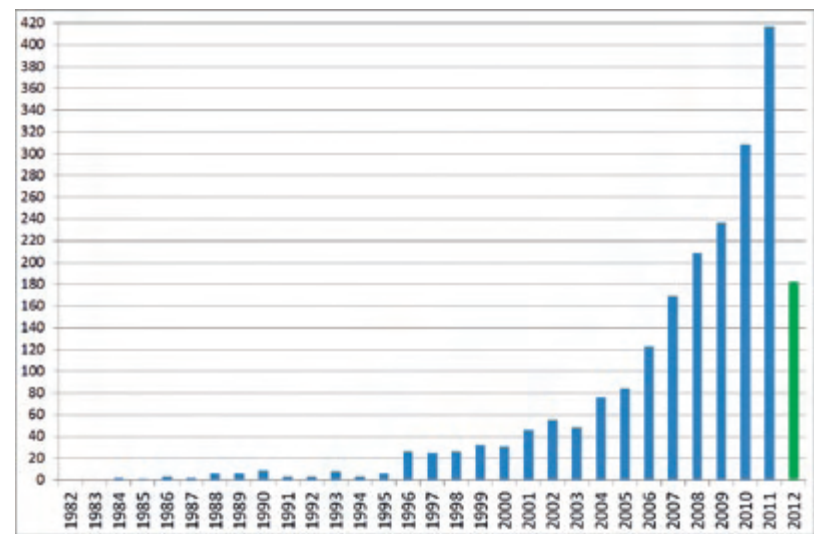
Na de eerste mijlpalen, en zoals aangegeven in de geschiedenis van ons centrum, floreert het onderzoek aan het Centrum Huisartsgeneeskunde Antwerpen (CHA). Wat meteen in het oog springt, is het grote aandeel proefschriften in de Vlaamse en bij uitbreiding de Belgische huisartsgeneeskunde dat verdedigd werd door CHA-medewerkers van de Universiteit Antwerpen. Hoogstwaarschijnlijk bereiken we in dit jubileumjaar zelfs de kaap van 20 met succes verdedigde proefschriften in de huisartsgeneeskunde door medewerkers van onze vakgroep. Op het moment van dit schrijven zijn er immers al achttien proefschriften met succes verdedigd en zijn twee doctoraatsstudenten klaar met hun proefschrift. Bovendien lijkt het ritme van één proefschrift per twee jaar ook in de volgende jaren zeker haalbaar.

PUBLICATIES EN CITATIES

Samen met de groei in proefschriften is ook het aantal publicaties sterk toegenomen. We hebben het dan niet alleen over de publicaties in geïndexeerde tijdschriften (figuur 1), maar evengoed over artikels in het wetenschappelijke tijdschrift voor Vlaamse huisartsen, *Huisarts Nu*, en over onderzoeksrapporten en berichtgeving in populaire media. De internationale wetenschappelijke bijdragen blijken ook exponentieel meer geciteerd te worden (figuur 2). Een indicatie dat het uitgevoerde onderzoek bruikbaar is voor nieuw onderzoek.



Figuur 1 Het aantal publicaties in *Web of Science* met medewerkers van het Centrum voor Huisartsgeneeskunde van de Universiteit Antwerpen als auteur tot juni 2012



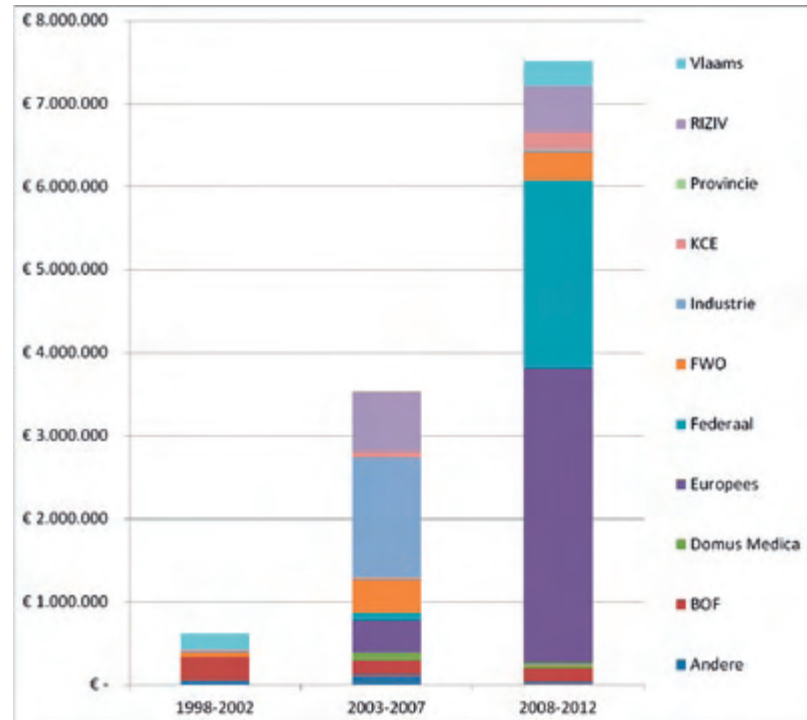
Figuur 2 Het aantal citaties in *Web of Science* met medewerkers van het Centrum voor Huisartsgeneeskunde van de Universiteit Antwerpen als auteur tot juni 2012

MENSEN EN MIDDELEN

De groeiende output in proefschriften en publicaties ging ook gepaard met een aanzienlijke toename van de kritische massa van onderzoekers, van projecten en van competitief verworven middelen (figuur 3).

ONDERZOEKSLIJNEN

Het onderzoek in CHA kan nu ondergebracht worden in vijf onderzoekslijnen, waarin telkens een beperkt aantal focussen worden gelegd (tabel 1 op p. 37). Op die manier trachten we een schijnbare tegenstelling tussen het bijzonder brede kennisveld van de eerste lijn en de vaak uitermate nauwe focus van onderzoek te slechten. Een sociale dimensie geven aan ons onderzoek, met een link naar welzijn, en vooral kiezen voor wetenschappelijk onderzoek met een grote sociale impact, is een van de uitdagingen voor de toekomst. Om niet te spreken over de uitdaging om de huidige onderzoeksactiviteit te bestendigen en zo mogelijk verder te doen groeien en bloeien. Daarvoor lijkt het evenwel zinvol om verder in te zetten op het actieplan van weleer, met de keuze voor welomschreven onderzoekslijnen, het verwerven van diverse financiële middelen, het aantrekken en bekwamen van jonge onderzoekers en het mee gestalten geven aan interdisciplinaire en internationale samenwerking.



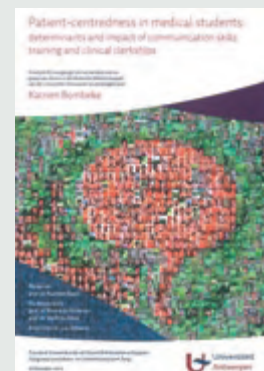
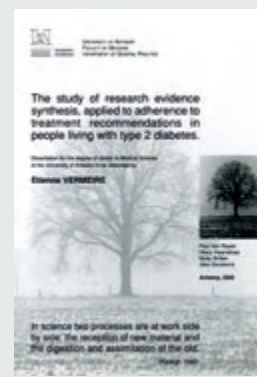
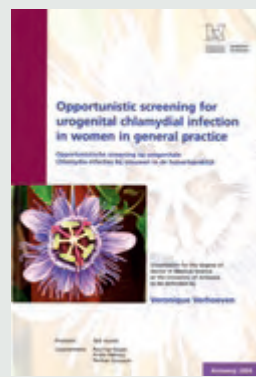
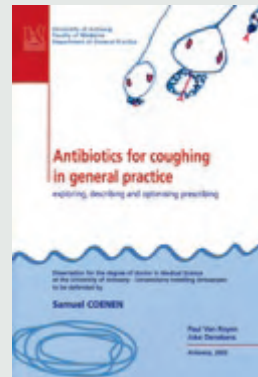
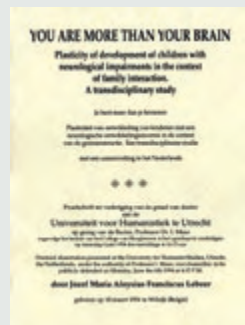
Figuur 3 Het bedrag aan onderzoeksfinanciering voor projecten met medewerkers van het Centrum voor Huisartsgeneeskunde van de Universiteit Antwerpen als promotor tot juni 2012

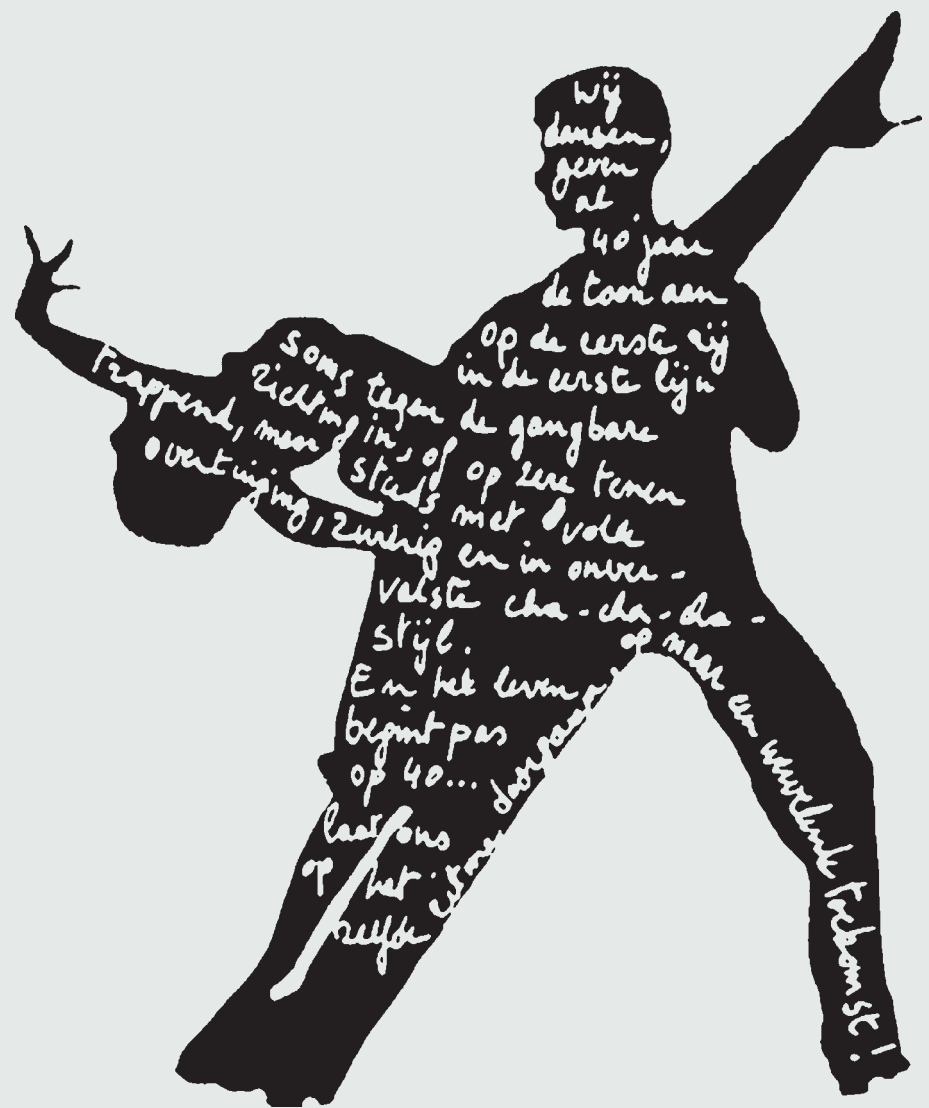
Onderzoekslijn (focus)
Acute zorg (luchtweg- en seksueel overdraagbare infecties)
Chronische zorg (diabetes, ouderen, palliatieve zorg, handicap)
Continuïteit van zorg en praktijkvoering (out-of-hours, manpower, seksuele gezondheid, IPSIG ¹)
Transculturele zorg
Onderzoek van medisch onderwijs (vaardigheden, patiëntgerichtheid, klinische logica)

Tabel 1 Onderzoekslijnen en focussen van het Centrum voor Huisartsgeneeskunde en de vakgroep Eerste Lijns- en Interdisciplinaire Zorg van de Universiteit Antwerpen

DE HUISARTS-ONDERZOEKER: EEN MARATHONLOPER?

Wat de vergelijking met de marathon betreft (zie p. 32), die met een triatlon geeft nog een dimensie over onderzoek in de huisartsgeneeskunde weer. Het schijnbaar vlottere fietsen staat dan voor het uitvoeren van het onderzoek. Daarvoor moeten echter eerst en vaak tegen meer weerstand de nodige middelen verzameld worden. Nadien wordt een derde volgehouden inspanning verwacht om de gegevens te analyseren, te rapporteren en idealiter ook te implementeren. Aan dit alles gaat behoorlijk wat trainingsarbeid vooraf en de combinatie met een leven ernaast is op een slappe koord lopen. Het grote verschil zou echter moeten zijn dat we het niet doen voor de medailles, maar dat het wel steeds de moeite waard moet zijn, niet alleen voor onze discipline maar zo mogelijk nog meer voor de gezondheidswetenschap, de gezondheidszorg en de samenleving.





Veronique Verhoeven

.....
[BL](#) Doctoraatsverdediging Samuel Coenen, vlnr: Prof. Paul Van Royen, Samuel Coenen, Prof. Paul Litle, Prof. Geert-Jan Dinant | [BR](#) Doctoraatsverdediging Etienne Vermeire, vlnr: Prof. Hilary Hearnshaw, Prof. Paul Van Royen, Etienne Vermeire, Prof. Joke Denekens, Prof. Nicky Britten | [OL](#) Doctoraatsverdediging Hilde Philips, vlnr: Prof. Paul Van Royen, Hilde Philips, Prof. Roy Remmen | [OR](#) Doctoraatsverdediging Johan Wens, vlnr: Prof. Paul Van Royen, Johan Wens, Prof. Joke Denekens, Prof. Bernard Sabbe
.....





.....
 BL Doctoraatsverdediging Kristin Hendrickx, vlnr: Prof. Jean-Jacques Wyndaele, Kristin Hendrickx, Prof. Dirk Avonts, Prof. Benedicte De Winter | BR Doctoraatsverdediging Hilde Bastiaens, vlnr: Prof. Bernard Sabbe, Hilde Bastiaens, Prof. Paul Van Royen | OL Doctoraatsverdediging Barbara Michiels: vlnr: Prof. Margareta Ieven, Prof. Theo Verheij, Prof. Joke Denekens, Barbara Michiels, Prof. Samuel Coenen, Prof. Wilfried De Backer, Prof. Marc Van Ranst | OR Doctoraatsverdediging Katrien Bombeke: vlnr. Luc Debaene, Prof. Benedicte De Winter, Katrien Bombeke, Prof. Paul Van Royen, Prof. Sandrina Schol

**DOCTOREREN AAN HET
CHA. ALS ONDERZOEK
JE WERK WORDT**

MAJA LOPEZ HARTMANN

IS DOCTOREREN WERKEN?

Of is het studeren? Is het een beroep, doctorandus? Wat 'doe' je als doctoraatsstudent eigenlijk? Een kleine 30 jaar geleden heb ik mezelf al eens soortgelijke vragen gesteld. Hoewel ik het me zelf niet meer herinner, is het een anekdote uit mijn kindertijd die door mijn ouders regelmatig werd verteld. Toen ik een kleuter was, behaalde mijn vader aan de UA zijn doctoraat in de wiskunde. Maar een 'doctor in de wiskunde', wat doet die dan? Als kind probeerde ik me er een beeld van te vormen. Een dokter kende ik, die geneest mensen. Maar een dokter in de wiskunde? Niet veel later werd er in de kleuterklas naar aanleiding van Vaderdag over de beroepen van de papa's gesproken. De juf vroeg aan ons wat onze vaders deden. Gemakkelijk als je vader bakker of piloot is, maar leg maar eens uit wat een 'doctor in de wiskunde' is. Met wat kinderlijke fantasie heb ik toen in de klas verklaard dat mijn papa cijfers geneest. Ah ja, een dokter geneest mensen, dan zal een 'dokter' in de wiskunde wel cijfers genezen zeker. Toen mijn moeder me die dag van school kwam afhalen was de juf toch wel benieuwd wat voor mysterieus beroep mijn vader uitoefende.

Nu, ongeveer 30 jaar later, ben ik zelf aan het 'doctoreren'. Tot enkele jaren terug had ik nooit gedacht dat ik dat zou doen. Maar het leven zit vol onverwachte wendingen. Zo ben ik op de een of andere manier ook als verpleegkundige tussen de huisartsen aan het CHA terechtgekomen.

Toen ik in 2002 als verpleegkundige afstudeerde, kwam het zelfs niet in me op dat een doctoraat een mogelijkheid was. Er was nog geen sprake van de BaMa-structuur in het hoger onderwijs en onmiddellijk na een opleiding verpleegkunde nog een universitaire studie aanvragen werd maar door enkelen gedaan. Zoals de meeste pas afgestudeerde verpleegsters stond ik te popelen om het werkveld

in te duiken. Zo kwam ik terecht op de afdeling Intensieve Zorgen in het UZA. Een nieuwe wereld ging voor me open. De eerste maanden leerde ik alle dagen weer nieuwe dingen bij, vooral medisch-technisch. Ik ben altijd al leergierig geweest en na verloop van tijd had ik zin om nog wat bij te studeren. Een voortgezette opleiding Spoed en Intensieve zorgen, zoals enkele collega's deden, zou logisch geweest zijn. Ik wilde graag iets gaan studeren, maar ik had voor mezelf al uitgemaakt dat ik niet heel mijn leven op Intensieve Zorgen wilde blijven werken. En Spoed sprak me al helemaal niet aan.

43



— Maja Lopez Hartmann en Veronique Verhoeven presenteren het project 'Frail Elderly' op het congres van het International Network of Integrated Care in maart 2012 in San Marino, Italië

— Werken in een multidisciplinair team, vlnr Cil Leytens (secretariaat), Giannoula Tsakitzidis (kinesist), Veronique Verhoeven (Prof. arts), Chris Monteyne (secretariaat), Maja Lopez Hartmann (verpleegkundige)

44



TIJD VOOR VERANDERING

“Tijd voor verandering”, dacht ik toen: ik ben in het UZA op een andere afdeling gaan werken en ik ben in avondonderwijs aan een lerarenopleiding begonnen. Nadat ik het eerste jaar avondonderwijs had afgerond, hoorde ik dat er op de UA een nieuwe Masteropleiding werd gestart: Master in Verpleegkunde en Vroedkunde. Dat sprak me wel aan, maar ik was nog met de lerarenopleiding bezig. Ik besliste om eerst af te maken waar ik mee bezig was en daarna, als ik nog zin had, te informeren voor de Master Verpleegkunde en Vroedkunde. Zo gezegd zo gedaan, en wat later heb ik me ingeschreven op de UA. Opnieuw ging er een nieuwe wereld voor me open, een academische wereld. En die lag mij wel. Ik heb dan ook niet lang getwijfeld toen ik bij het afstuderen het aanbod kreeg om nog een jaar halftijds mee te werken aan een onderzoek rond malnutritie in de vakgroep Verpleegkunde en Vroedkunde. Dat jaar heb ik me wat meer kunnen verdiepen in wetenschappelijk onderzoek en dat smaakte naar meer.

VERPLEEGKUNDIGE OP DE AFDELING HUISARTSGENEESKUNDE

Tegen het einde van dat jaar verscheen er plots een vacature op de website van de UA voor ‘wetenschappelijk medewerker in de afdeling Eerstelijns- en Interdisciplinaire Zorg Antwerpen’. Toen ik de opdracht en het gezochte profiel las, dacht ik: dat is echt iets voor mij. Ik heb gesolliciteerd en werd uitgenodigd voor een gesprek, mijn eerste kennismaking met Johan, Roy en Véronique. Ik had een goed gevoel bij het gesprek, maar ik durfde niet te hard te hopen. Ik was er van overtuigd dat een (huis-)arts meer kans maakte om aangenomen te worden. Maar even later mocht ik voor een tweede keer op gesprek komen en nog wat later tekende ik mijn contract. En in tegenstelling tot wat ik eerst dacht, ben ik zeker niet de enige niet-arts aan het CHA. Ik heb mijn plaatsje gevonden als verpleegkundige in ons interdisciplinair team van onderzoekers. Het heeft zeker voordelen om niet allemaal dezelfde vooropleiding te hebben.

Ondertussen werk ik twee jaar aan het CHA, waarvan een jaar ook als doctoraatsstudent. En af en toe betrap ik mezelf erop dat ik denk: Waar ben ik nu weer aan begonnen? Dat gevoel wordt dan weer verdrongen wanneer je bijvoorbeeld een mail leest dat je artikel gepubliceerd is. En zo zullen er de komende jaren zeker nog ups en downs komen. Daar hebben mijn collega-doctorandi mij al voor gewaarschuwd.

**EMOTIES BINNEN EEN
HUISARTSENCEENTRUM.
EEN LACH EN EEN TRAAN**

HUGO STUER

Een boegbeeld op het terrein van de emoties is Charles Darwin, die 150 jaar geleden mens en dier in dit perspectief observeerde over de hele wereld. *Evidence Based* (toen al) wist hij daardoor *The Big Six* te omschrijven: emoties die op zichtbare wijze samenhangen met lachen en wenen: verdriet, vreugde, angst, kwaadheid, minachting, verrassing.

Eigen emoties beschrijven is op academisch niveau ongewoon. Of het nu de wetenschap is, die opgestapelde ladingen neutraliseert of de universitaire cultuur, die gelijkmoedigheid teweegbrengt, vaststelling is dat *databases* geen publicaties opleveren over dit thema. Verklaringen voor deze lacune zijn er genoeg. In de opleiding die wijzelf genoten (sic) onthulde de psychologie vooral waarom volgens Lorenz eendjes heel hun leven achter elkaar blijven zwemmen. De relevantie van deze kennis werd mij pas veel later duidelijk. Verder was de psychologie zogenoemd analytisch, waarbij de achtbare collega Freud het verhullend had over het *Es*, het *Ich* en het *Über Ich*. Gezien ik pas lang nadien doorhad dat hij het had over ‘dood, seks en macht’, had ik ook zijn beschouwingen vrijwel totaal *Über Mich* laten gaan.

Een meer triviale verklaring is het profiel van de huisarts van veertig jaar terug, die erom bekend stond “nooit ziek te zijn, zelden naar de WC te moeten en veel sneller te eten dan zijn collega specialist”.

Wat volgt, is een poging om kiemen van de zes basisemoties terug te vinden in het centrum.



VERDRIET

Op de stressschaal van Holmes & Rahe scoren rouwreacties zeer hoog. Zo ook op de afdeling waar verdriet niet zelden onontkoombaar nabij was. Een aparte verlieservaring kenden zij die het wegdeemsteren van de grote roerganger van dichtbij meemaakten. Dezelfde schaal wijst ook op het belang van het doormaken van agressie, scheiding, aanvaringen met een rechtbank. Ook op deze items van Holmes scoorde onze afdeling jammer genoeg, onder meer door calamiteiten in de praktijk. Bij de laatste risicofactor denken de ouderen allicht terug aan de strapatsen van de Orde der Geneesheren, die sommigen jarenlang mochten ondergaan.



VREUGDE

Een gewaagde rondvraag (arbeidsvreugde is toch evident) ooit gericht aan een aantal medewerkers peilde naar het 'waarom' van hun inzet. Naast enkele te verwachten altruïstische en theorievormende motieven torende er eentje bovenuit: "voor de kick". Voor een auditorium staan of een groep leiden zet blijkbaar een positieve piste in gang die experts in de *neuroscience* kunnen exploreren en onderbouwen met parameters van de HPA-as. Wel is tegenwoordig het 'in een auditorium kijken' enigszins veranderd. Niet alleen het publiek maar ook de gehele dresscode is aangenaam geëvolueerd. Hieraan moet wel worden toegevoegd dat de *face look* vaak te maken heeft met *face book* en waar de lesgever zich vroeger kon ergeren aan het gegiechel is de aanleiding daartoe nu eerder het gegoogel.



ANGST

De ijver van een academische medewerker dient 'onverdroten' te zijn. Van Dale schrijft daarbij: "niet ontmoedigd, zich niet latende terneerslaan, volhardend als voorbeeld van zedelijke moed". Ja, hallo? Een blik achter de schermen reveleert soms een ander plaatje waarin we de ene worstelende wetenschappers na de andere nagelbijtend aantreffen. Want er zijn deadlines die niet haalbaar zijn, begeleiders die juist nu in vakantie gaan, er zijn promotoren die onvindbaar zijn, of leescomités die ongenadig zijn. Verder is er nog 'daar vanvoor' zoals de hogere overheid topografisch aangewezen werd en zijn er nog functioneringsgesprekken, evaluatieformulieren en visitatiecommissies. 'Duizend angsten' dus in gewone mensentaal. "De perversie van het onaffe", zoals een medewerker het uitdrukte.



KWAADHEID

Is het schrijven over emoties op zich al taboe, helemaal grensoverschrijdend wordt het als het gaat over kwaadheid. Toch kan men rustig stellen dat in een dergelijke club van mensen – ieder op zich een ‘atlas’ of *supernanny* naar eigen keuze of geaardheid – kwaadheid hoe dan ook aanwezig moet zijn. Peuterend in de geschiedenis van het huisartsencentrum kunnen we ons een beeld vormen van hoe kwaadheid daar aanwezig was en hoe ze zich manifesteerde.

Een eerste logica blijkt de voortdurende overbevraging te zijn. “mijn last is te zwaar en niemand helpt mij dragen”, zegt de symboliek. Aansluitend is er de tweede logica dat niet-medici op de afdeling minder immuun (of minder tolerant?) lijken voor kwaadheid. Zijn huisartsen meer voorbereid op een vlakke carrière? Zijn ze gewend geraakt aan een gebrek aan institutionele erkenning? Halen zij te midden van de structurele hardheid hun hart op aan de dagelijkse individuele contacten? Feit is dat een aantal talenten, niet van de minste, tot de vaststelling zijn gekomen dat de deur nooit ten volle voor hen openstond en dat zij deze dan ook (on)zacht achter zich hebben gesloten.



MISPRIJZEN

Het mag verwondering wekken dat misprijzen tot de basisemoties behoort. Darwin wijdt in zijn historisch werk *Het uitdrukken van emoties bij mens en dier* haast dertig pagina's aan de cluster “minachting, verachting, afschuw, spot, walging, afwijzing”. Gezien de begrijpelijke reflex “toch niet op onze afdeling”, volgt er een illustratie buiten kader van heel lang geleden.

Mechelen 1982: Hugo Janssens kiest voor een lustrumontmoeting op niveau met professor Jan M. Broekman met zijn visie op geneeskunde vanuit ethiek, recht en filosofie. Bij de vele genodigden van Nederlandse huisartseninstituten is ook professor Van Aalderen. Deze heeft er na acht jaren van hoogleraarschap aan de VU de brui aan gegeven. In zijn afscheidscollege *anders of steeds meer van hetzelfde* verklaart hij zijn ongewone beslissing, “niet meer te willen blijven functioneren in een systeem dat behulpzaam is bij het onderwerpen van een samenleving aan een zich steeds uitbreidende medicalisering”. En hij vervolgt. “Het bewustzijn zal zich dienen te ontwikkelen tot een zelfstandig kritisch bewustzijn.” In een lezersbrief in *Medisch Contact* riposteert Dr. H Scheffer: “dit (laatste) is bij collega Van Aalderen nog bij lange na niet het geval”. We herkennen

hier de emoties van de bovengenoemde cluster. In het auditorium is de afschuw zelfs niet beperkt tot de verbale spot van de lezersbrief. In plenaire zitting drukt een van de deelnemers visueel zijn afgrijzen uit voor de stap van professor Van Aalderen, waarna hij daadkrachtig zijn bundel nota's in de zaal zwiert: 'naar die daar!'

VERRASSING

Al dat wrochten en wroeten krijgt ook wel eens een *happy end*: een publicatie in een gerenommeerd tijdschrift, een departementale erkenning, een ministeriele benoeming, een fel begeerd sponsoreschap, een internationale uitnodiging, de lauwer van een vermaarde prijs, een ongewone persbelangstelling, een upgrade tot *centre of excellence*. Het CHA mocht al deze blij verrassingen smaken.

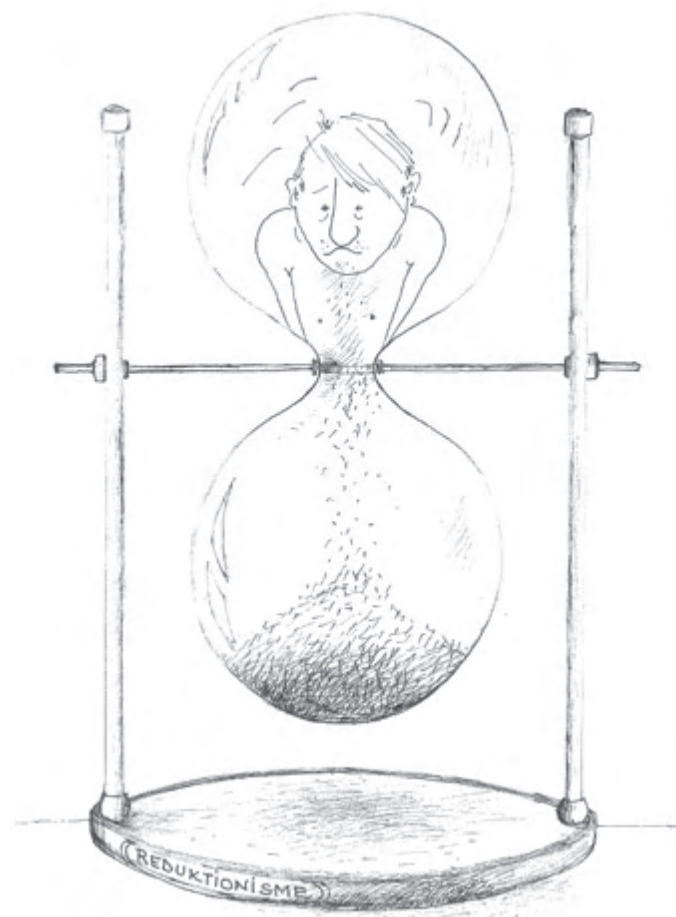
Een persoonlijk toemaatje: aan elke samenwerking komt er een einde, bijvoorbeeld gewoonweg door een statutaire leeftijdsgrens. Na al die jaren waarbij een huisartsenleven gebiologeerd lijkt door de symbiose praktijk/universiteit grijpt er plots een radicale scheiding in deze Siamese tweeling plaats, en dat zonder operatie (alhoewel). Verrassend, heel verrassend.

TOT DAAR THE BIG SIX VAN DARWIN

Een besluitende anekdote als meer dan welkome toevoeging: *A finishing touch*.

Op een symposium in Leuven over onderzoek in de huisartsgeneeskunde zijn de internationale huisartsen onder de indruk van hun Vlaamse collegae: niet alleen van hun geleverde prestaties, maar ook

— Tekeningen: Hugo Stuer



van de combinatie met de praktijk en met aparte (sic) werkomstandigheden, zoals gebrek aan ondersteuning en honorering.

De prof uit London uit respectvol zijn verwondering in de vraag: "Why do you do this?"

In zijn antwoord vat zijn Antwerpse collega het heel mooi samen:
“You must like people”.

Aan het uitdrukken van ‘graag zien’ heeft Darwin maar enkele woorden gewijd (tijdsgeest?) en toch ligt wellicht daar de sleutel van het vele lachen en de intense tranen die een bevoorrechte getuige aan het CHA mocht meemaken.

**LA COOPERACIÓN INTER-
UNIVERSITARIA ENTRE LA
UNIVERSIDAD TÉCNICA
PARTICULAR DE LOJA
(UTPL) Y LA UNIVERSIDAD
DE AMBERES**

JOHAN HERTELEER EN JANA BOBOKOVA



— Galo Sanchez, Fernando Espinoza en Henriquez Rodrigo:
PHD studenten aan het VLIR project met Ecuador

In 2010 startte, met fondsen van de VLIR, een driejarig samenwerkingsproject tussen de twee universitaire instituten, Loja in Ecuador en Antwerpen. De resultaten worden in mei 2013 voorgesteld en zijn zo veelbelovend dat er voorgesteld wordt om het project verder te zetten en uit te breiden.

A partir del mes de julio 2010, la UTPL y la Universidad de Amberes están implementando un proyecto de cooperación por tres años, financiado con fondos del Consejo Interuniversitario Flamenco (VLIR), para mejorar y fortalecer la calidad de la formación en Medicina Familiar en el Ecuador.

El proyecto tiene tres componentes: investigación, fortalecimiento de capacidades y extensión. La investigación se centra en conocer las características actuales de la formación en el pre-grado de la Escuela de medicina en la UTPL y de la formación médica en el país; en el segundo componente se busca introducir cambios en el currículo basados en la atención primaria en salud y la medicina familiar; en el tercer componente, los logros del proyecto se compartirán con otras universidades y el Ministerio de Salud, para fortalecer las políticas nacionales.

Después de dos años de trabajo conjunto, los logros son importantes. Desde el comienzo del proyecto, hubo un acompañamiento de cerca de cada uno de los profesores de Medicina de Familia de Amberes, con una visita conjunta al inicio del proyecto en la que compartieron la filosofía y los principios didácticos que fundamentan la enseñanza de la Medicina de Familia en Amberes: integrada, relacionada con el desempeño profesional, con un aprendizaje basado en problemas, el trabajo en equipo y entre varias disciplinas. Otras visitas se realizaron en ocasión de una conferencia sobre medicina Familiar en Quito, enero 2011, y de una misión de prospección del VLIR.

De parte de la UTPL, se realizaron pasantías a la Universidad de Amberes, para conocer en mayor detalle los principios de la organización curricular y el funcionamiento del laboratorio de destrezas; al mismo tiempo, dos candidatos al doctorado iniciaron su tesis, sobre las destrezas requeridas en los temas de gineco-obstetricia en la enseñanza de pre-grado en el primer caso, y sobre la toma de decisiones compartidas en la consulta en el segundo. Los resultados iniciales de sus investigaciones serán expuestos en el Congreso de la red de investigación de Médicos Familiares que se realizará en Amberes.

La Dra. Jana Bobokova, quien dirige la escuela de medicina de la UTPL, visitó Amberes en el mes de mayo 2012, y elaboró los principios y cambios curriculares concretos a implementar en la UTPL. Este plan de ruta para la escuela de medicina busca que la enseñanza garantice el logro de competencias de investigación, destrezas clínicas, resolución de problemas, comunicación y de ética.

En la UTPL, los cambios curriculares se están dando a paso firme, fortaleciendo las capacidades de investigación, el trabajo en equipo, la medicina basada en evidencias y aplicando los principios de medicina familiar. En cuanto al laboratorio de destrezas, se desarrollaron diez talleres, con ayuda de estudiantes de años superiores, en temas de semiología, enfermería y gineco-obstetricia, basándose en el modelo de Amberes.

Los resultados del proyecto serán socializados en un congreso internacional en el mes de marzo 2013, en el cual participarán otras universidades nacionales e internacionales, entre las cuales están las otras universidades flamencas. Para dar continuidad a la rica experiencia de este primer proyecto, se está presentando un nuevo proyecto de cooperación al VLIR, y se firmó un convenio de cooperación de largo plazo entre ambas facultades.

**THE EUROPEAN GENERAL
PRACTICE RESEARCH
NETWORK EN HET CHA:
EEN LANG HUWELIJK**

LIEVE PEREMANS

REMY MAES MEE AAN DE WIEG

De *European General Practice Research Workshop* (EGPRW) zag het levenslicht in 1974. De organisatie werd geboren uit de ontmoetingen van huisarts-onderzoekers uit landen rond de Noordzee.

Een van de eerste huisartsen die aan onderzoek deed in België was Jef de Loof. Hij startte zijn praktijk in 1951 en realiseerde zich al snel dat de registratie van ziekten in de eerstelijnsgezondheidszorg gedeeltelijk kon leiden tot een meer wetenschappelijke kennis en duidelijkheid inzake diagnose en behandelingen in de huisartsenpraktijk.

De rapportering van morbiditeit vereist echter het gebruik van een noemer. Aangezien patiënten in België niet bij een huisarts werden geregistreerd, vatte Jef het idee op van een jaarlijkse contactgroep. Samen met Remy Maes was hij ook een van de initiatiefnemers van het netwerk van huisartsenpeilpraktijken, groepsonderzoek *avant la lettre*. De netwerken vormden een goede methode om artsen te werven en te trainen voor onderzoek en opleiding in de eerstelijnsgezondheidszorg, en om onderzoeksresultaten toe te passen. Het sprak dus vanzelf dat Remy en Jef beiden deelnamen en hun onderzoek voorlegden tijdens de wetenschappelijke vergaderingen van de EGPRW.

Remy Maes is diensthoofd van ons Centrum Huisartsgeneeskunde geweest van 1989 tot 1994. Hij bracht ook de spirit voor EGPRW in onze dienst en Paul Van Royen was een van de eersten die deelnamen aan de meetings. Hij werd in 1994 nationaal *representative* voor België en kwam nadien ook in de *Executive* als *treasurer* van het netwerk.



— Webpagina van de EGPRN website met de aankondiging van het congres van 18 tot 21 oktober 2012 in Antwerpen. Dit is de 75e EGPRN meeting

DE SPIRIT VAN EGPRW EN GROEIPIJNEN

EGPRW heeft tot doel om research in de huisartsgeneeskunde en de eerste lijn te stimuleren en een forum aan te bieden voor het opstarten van internationale onderzoeksprojecten. Jaarlijks worden er twee workshops met een uniek concept georganiseerd. Onderzoekers (jong en oud) krijgen de mogelijkheid hun onderzoek voor te stellen in een



— Chairpersons EGPRN

aangename atmosfeer, waarbij vooral het geven van feedback centraal staat.

Met het opengooien van de grenzen binnen Europa werden verschillende Oost-Europese landen lid van EGPRW. Ze begonnen aan een inhaalbeweging op het gebied van research. Dichtbij ontdekte ook Frankrijk EGPRW. De Fransen werden enthousiaste deelnemers, maar hadden evenmin een traditie op onderzoeksgebied in de huisartsgeneeskunde. Daarom moesten er keuzes worden gemaakt:

ofwel een kleine groep van onderzoeksinstituten die al een stevige traditie opgebouwd hadden, ofwel een forum bieden voor jonge onderzoeksinstituten om hen de kans te bieden onderzoek uit te bouwen. Er werd voor de laatste weg gekozen. Dit betekende dat het niveau van de meetings niet meer altijd even hoog was. Vooral de Scandinavische landen en UK haakten af. In 2002 kwam de optie om een sterker netwerk uit te bouwen, vandaar de naamsverandering van workshop naar netwerk – voortaan was het EGPRN. Er werd gestart met het financieel ondersteunen van *collaborative studies*.

Het project *Eurobstacle*, geleid door Etienne Vermeire in samenwerking met de universiteit van Warwick, was een van de eerste samenwerkingsprojecten.

EGPRN organiseerde vanaf dan ook meerdaagse opleidingen rond onderzoeksmethoden.

ONS CENTRUM ALS STUWENDE KRACHT

In 2004 werd Paul Van Royen *chair* van EGPRN en hij had een visie en missie. EGPRN moest meer samenwerken met andere organisaties waaronder WONCA. Zijn eerste meeting als *chair* was in Antwerpen (2004). Aan het origineel concept werd niet geraakt, maar er ontstonden meer *collaborative studies* of onderzoeksprojecten tussen verschillende landen. Deze projecten kregen een startsubsidie van EGPRN. Ons centrum neemt deel aan meerdere studies waaronder het WOMAN-project, rond de aantrekkelijkheid van het beroep in Europa. Dit project loopt samen met Frankrijk, Israël, Duitsland, Polen, Bulgarije en Ierland. Het levert ons een uitgaand doctoraat op in samenwerking met Brest. De COGITA-groep, werkzaam rond *gut feelings*, oogstte al mooie publicaties zoals het doctoraat van collega Erik Stolper, in Maastricht. Het project versterkt de samenwerking tussen Maastricht en Antwerpen. Samen met Maastricht en Warwick werkt Antwerpen met Paul en Katrien ook mee in een systematisch literatuuronderzoek rond beoordelingsinstrumenten/methodes voor communicatie- en consultatievaardigheden in het medisch onderwijs.

Een groep onderzoekers ontwikkelde onder leiding van Prof. Paul Van Royen en Prof. Eva Hummer-Pradier een *research agenda* voor het toekomstig huisartsgeneeskundig onderzoek in Europa. Deze *research agenda* geeft een overzicht van de verschillende soorten onderzoek, gevoerd binnen de verschillende domeinen van de huisartsgeneeskunde. Het uitgangsgebied zijn de elementen van de huisartsgeneeskundige definitie van WONCA: “*primary care management, person-centred care, specific problem solving skills, comprehensive approach, community orientation and holistic approach*”. In tegenstelling tot de verschillende zogenaamde *special interest groups* die nu hoogtij vierten, geeft deze *research agenda* ook een duidelijk beeld van waarvoor EGPRN staat, namelijk het onderzoek in de eerste lijn in de brede zin van het woord.

De *research agenda* is inmiddels in verschillende talen vertaald en dient als basis voor het beoordelen van nieuwe projecten.

In deze periode groeiden zeer nauwe banden met Frankrijk. Aan verschillende Franse universiteiten zijn collega's begonnen aan een doctoraat binnen onze dienst. Dit is belangrijk aangezien er geen Franse diensthoofden zijn met een doctoraat in de medische wetenschappen in het onderzoeksdomein van huisartsgeneeskunde.

DE TOEKOMST VAN EGPRN: NIEUWE UITDAGINGEN

In 2010 werd de fakkel doorgegeven aan Prof. Eva Hummers-Pradier (Universiteit van Göttingen). Nochtans blijven we zeer nauw betrokken bij EGPRN.

Prof. Kristin Hendrickx zit nu in de *executive board* van EGPRN en alle Vlaamse universiteiten hebben leden. Sinds vorig jaar is ook de Universiteit van Luik lid.

Het EGPRN moet professionaliseren om een plaats in het onderzoekslandschap van de eerste lijn te behouden. We moeten ons opnieuw positioneren naast de verschillende *special interest groups*. Is er geen verbreding nodig naar de eerste lijn in het spoor van de huidige evolutie van de gezondheidszorg? Moeten we geen hechtere relatie aangaan met de *special interest groups*?

In de toekomst gaan we ook evolueren naar een forum waar instituten elkaar ontmoeten om onderzoeksvoorstellen uit te schrijven.

Naast het verder professionaliseren is het behouden van het aangenaam karakter van de ontmoetingen een uitdaging. Ook is het belangrijk de groeilanden mee te betrekken in dit proces.

Tot daar enkele vragen en antwoorden die de belangrijke uitdagingen voor de toekomst van het EGPRN illustreren.

On behalf of the European Region of WONCA, I am delighted to extend my congratulations and best wishes to the Department of Primary and Interdisciplinary Care at Antwerp University on the occasion of their 40th Anniversary.

It is well recognised that an effective primary care system is an essential component of high quality patient care, providing timely, cost-effective, patient-centred care to local populations and being the focus of long term and continuing care for individuals, families and communities. Such a system requires considerable effort be put into recruitment, training, assessment, continuous professional development and research. It is my strongly held view that two of the key elements of such a system are firstly, an effective faculty and secondly, an organisational base – an association or college that provides a professional ‘home’ for the practitioners and is an effective advocate for the discipline. The faculty must be a strong and well-supported academic department

from which to provide teaching – both undergraduate and postgraduate – and research. Without such a base, teaching, and the associated disciplines of quality assurance and assessment, often fail to progress beyond well-meaning amateurism. At the same time, the ability of primary care to take its rightful place in a multi-faculty university is fatally handicapped.

In Northern Europe – perhaps particularly in The Netherlands, Belgium, the United Kingdom and Scandinavia – we are fortunate to have long-established and strong university departments of family medicine. In other parts of the region, particularly in the East, such departments are still a distant dream. It must be remembered however that such departments have not arisen without significant struggle and often by the continuing efforts of a small number of farsighted doctors. Unfortunately, the current financial crisis that besets Europe has led many governments to look again at health care expenditure and, perhaps inevitably, faced with competing



— Tony Mathhie

demands from such high profile disciplines as cardio-vascular surgery and orthopaedic surgery, have concluded that the current provision of resources for family medicine could be reduced without any noticeable reduction in the quality of health care. Such reductions are easy to make, but the consequent damage to primary care will take a generation to repair.

Strong primary care departments, such as that in Antwerp, provide the evidence for family medicine as an essential component of an effective health care system. They also send positive signals to potential recruits to our discipline that family medicine is a rigorous endeavour with a proper evidence base and will provide a lifelong and worthwhile professional challenge.

I trust that the Department of Primary and Interdisciplinary Care in Antwerp will continue as a shining beacon throughout Europe for many more years to come.

Tony Mathie

President WONCA Region Europe

**HUISARTSEN
IN HET VELD
– EEN GOEDE
SAMENWERKING**

LUC HANEGREEFS

Als student in de jaren 70 zag ik bij de opstart van de toenmalige UIA een groep enthousiaste huisartsen neerstrijken in de wondere wereld van een nieuwe universiteit. Zij vormden het ACHO (Academisch Centrum voor Huisartsenopleiding), wat destijds een zeer vooruitstrevend begrip was maar niet door iedereen *au sérieux* genomen werd. Huisartsen die komen lesgeven? In een tijd waarin sommige professoren er in de les aan twijfelden of huisartsgeneeskunde wel bestaansrecht had? Maar het was ook de tijd waarin het politiek juist helemaal correct was te verkondigen dat de hobby of vrijetijdsbesteding bij uitstek 'holistische geneeskunde' was.

Voor studenten waren de nieuwe lesgevers aanvankelijk soms wat rare 'apostelen', maar ze hadden een missie en visie. Die werd niet altijd als dusdanig benoemd en ook 'onder professoren' niet altijd goed begrepen. Misschien was het wel goed dat de erkenning van dat vak huisartsgeneeskunde in het begin niet zo groot was. Het zorgde er wel voor dat het onderwijs en het afgeleverde wetenschappelijk werk steeds hoogstaand moest zijn om ernstig genomen te worden. Door hun duidelijk vernieuwende visie en begeistert enthousiasme werd huisartsgeneeskunde een positieve eerste keuze voor veel studenten, waaronder mezelf.

OVER HET ONTSTAAN VAN KRINGEN

Toen ik afstudeerde in 1978 en een zelfstandige praktijk begon in Antwerpen centrum was de huisarts 'omnipracticus' of 'generalist', en 'gefrustreerd' een veel gebruikt woord. De titel van het diploma was 'doctor in de genees-, heel en verloskunde' en huisartsen waren soms wat hulpeloos op zoek naar een eigen professionele identiteit. Aanvankelijk hield ik via een 'vrij assistentschap' nog wat voeling met

de universiteit, maar deze draad werd snel doorgeknipt door andere tijdrovende professionele bezigheden. Regionale en plaatselijke huisartsen(wacht)kringen waren nog niet goed georganiseerd of een zeldzaamheid. Gelukkig begrepen huisartsen dat ze zich moesten organiseren in plaatselijke kringen om de verschillende aspecten eigen aan het beroep te verdedigen. Inmiddels zijn deze verenigingen uitgegroeid tot onmisbare partners in het Vlaamse medische landschap. Er was nog niet bepaald sprake van een partnership met de universiteit in deze stad.

PARTNERSHIP: DE KRINGEN EN HET CHA

Terugkijkend is het een aangename vaststelling dat het nu 40-jarige Centrum voor Huisartsgeneeskunde Antwerpen (CHA) – het vroegere ACHO – de huisartsenkringen steeds als volwaardige partner beschouwde. De medewerkers van het CHA hebben op actieve wijze mee vorm gegeven aan de kringwerkingen in het Antwerpse. Dat legde het fundament van wat we nu zien. Een engagement van beide kanten: kringen en het opleidingscentrum. Een tiental jaar geleden werd Domus Medica, de Vlaamse overkoepelende vereniging van huisartsen, geteisterd door allerlei complicaties en mediatiek geruzie. Een langdurig verblijf van deze professionele vereniging in de reanimatiekamer was noodzakelijk. De leden van het CHA bleven echter vurige pleitbezorgers bij de kringen voor een blijvende deelname aan deze Vlaamse organisatie die de belangen van de kringen behartigt.

Daarom is de toenemende samenwerking tussen het CHA en de kringen juist een mooie meerwaarde. De recente oprichting van de 'Updates Huisartsen Provincie Antwerpen' (UHPA) onder impuls van het CHA, maar samen met de kringen van onze provincie



— Brabo, symbool van de updates provincie Antwerpen

en de Koninklijke Artsenvereniging Antwerpen (KARVA) zet een traditie voort die werd ingeleid door het Vlaams Huisartsen-navormingsinstituut (VHNI). In een wetenschappelijk comité zetelen kringleden samen met CHA-medewerkers (soms met twee petjes op), met als gemeenschappelijk doel goede en onafhankelijke navorming aan te bieden. Twee keer per jaar verzorgen we samen een updating en ondersteunen we de Geneeskundige Dagen van Antwerpen. De formule is succesvol en wordt door alle deelnemende kringen erg gemaakt. Op die manier kunnen we antwoorden op de blijvende vraag naar wetenschappelijk verantwoorde huisartsgeneeskunde. Huisartsen moeten hierin zelf de leiding nemen en op gepaste tijd, wanneer nodig, een specialist raadplegen!

Student, dokter, kring en update. Het is een natuurlijke beweging.

Gefeliciteerd, jarig CHA. Laten we klinken op een lange en mooie samenwerking.

UPDATES HUISARTSEN PROVINCIE ANTWERPEN (UHPA)

De UHPA is een samenwerking tussen het Centrum voor Huisartsgeneeskunde, de Koninklijke Artsenvereniging van Antwerpen en de huisartsenkringen van de provincie Antwerpen.

Dit samenwerkingsverband is onafhankelijk van sponsors en de zuilen in het Antwerpse.

De updates staan in het teken van een richtlijn. Ze zijn gericht op belangrijke en veel voorkomende problemen in de huisartspraktijk.

Aan de hand van een concrete klinische vraagstelling licht een clinicus-huisarts samen met een expert (medisch specialist) de tipjes van de sluier van goede medische praktijkvoering.



**GENERALIST EN
MEDISCH ONDERWIJS:
FRAGMENTERING
TE LIJF GAAN**

JOKE DENEKENS

De opleidingen geneeskunde in binnen-, en meestal ook buitenland, zijn vooral specialistisch en op acute zorg georiënteerd.

Studenten krijgen daarbij een veelheid aan informatie over klachten en aandoeningen en ook – maar in mindere mate – over behandelingen, alles geordend volgens orgaansystemen, die in de moderne curricula in modules worden geprogrammeerd. Binnen een module worden alle aspecten van het betreffende orgaansysteem behandeld, dus zowel de anatomie, als de histologie en fysiologie, de ziekteleer, de farmacologie, etc. Bij ieder ziektebeeld wordt uitvoerig ingegaan op symptomen en afwijkingen die kenmerkend zijn voor het betreffende ziektebeeld.

De dagelijkse praktijk van een generalist, huisarts of algemeen internist zit andersom in mekaar. De patiënten bieden zich aan met aspecifieke klachten, vaak in een vroeg stadium van een ziektebeeld, waardoor er nog geen directe aanwijzingen zijn van het desbetreffende ziektebeeld.

Ook kan een bepaalde klacht bij verschillende aandoeningen voorkomen, waardoor de vakspecifieke benadering eerder remmend werkt op het diagnostisch proces en aanleiding kan geven tot wat in het jargon van medische besliskunde ‘tunneldenken’ noemt. Een patiënt met rugpijn kan bijvoorbeeld een orthopedisch probleem hebben, maar ook een urinair, of een bloedvatprobleem, of een gynaecologisch in geval van een vrouwelijke patiënte, maar ook een huidaandoening. Denk bijvoorbeeld aan een zona. Misschien is er niet eens een lichamelijke kwaal en gaat het over een renteneurose!

Bovendien kan een klacht ‘functioneel’ zijn. Dit wil zeggen dat de klacht geen direct observeerbaar anatomisch substraat heeft, maar wel fysiologisch kan worden verklaard. Een mooi voorbeeld hiervan is het *irritable bowel* syndroom. Tot voor enkele jaren kregen deze patiënten nog al eens te horen dat hun aandoening ‘tussen de oren’ zat.



Tenslotte dienen de diverse ziektebeelden zich niet zo zwart-wit aan als de theorie wel laat vermoeden. Bij concrete patiënten gaat het ook over klachtenbeleving en -expressie, over ziektegedrag, weerslag van ziekte op functioneren, multifactoriële etiologie en pathogenese van klachten en ziekten, verschillend verloop van ziekteprocessen en prognose en respons op behandelingen. Vakken als psychologie, sociologie, antropologie en andere leveren een bijdrage aan het analyseren en diagnosticeren van klachten en symptomen. Er zijn ook klachten en ziektebeelden waarvoor niet direct een oorzaak gevonden wordt, laat staan een oplossing kan geboden worden.

Dit alles maakt studenten in deze fase van hun opleiding onzeker. Omgaan met onzekerheid is een belangrijk kenmerk van ‘dokteren’, maar is moeilijk en moet geleerd worden. Om de kloof tussen de theorie en het echt dokteren te dichten is er in jaar een en twee van de Master de lijn Multidisciplinair onderwijs (MDO) (per jaar acht vrijdagvoormiddagen in kleine groepen en vier voormiddagen stages in huisartspraktijken), waar studenten leren klachten van patiënten te ordenen in somatische, psychologische, sociale en existentiële

problemen. Ze leren daarbij de wisselwerking tussen de verschillende problemen onderkennen in een complexe context en zorgwerkelijkheid. Alle rollen van de CanMEDS worden geoefend in deze lijn.

Studenten leren differentieel-diagnostisch denken vanuit klachten (medisch expert). De casus die in de lessen aan de orde komen zijn 'echte casus'. Soms komt een patiënt mee naar de les. Alle theoretische modules van de voorgaande jaren kunnen ter sprake komen. Gaandeweg leren de studenten zich de verschillende stappen in het geneeskundig proces eigen maken (met onder andere aandacht voor consultvoeren, probleemoplossen, begeleiden en behandelen, preventie GVO en anticipatorische geneeskunde, gezinsgeneeskunde, levensloopgeneeskunde). De studenten oefenen met informatie van andere aanleunende disciplines zoals rechten, ethiek, sociale geneeskunde, gezondheidseconomie, psychologie, sociologie ...

De multidisciplinaire lijn heeft uiteindelijk twee doelen: integratie van het geleerde zodat de kennis bruikbaar wordt in een medisch consult en groei naar professionaliteit.

Deze doelstellingen zijn hoog gegrepen. Temeer omdat de lopende module uiteraard allesomvattend aanwezig is gedurende de hele week en het multidisciplinair onderwijs slechts drie uur krijgt in de programmatie en dan nog op vrijdagvoormiddag. De programmatie is dus fragmentair ten opzichte van de 'grotere broer' module. Belangrijk bij het concept is dat de lijn getrokken wordt door een huisarts en specialist en dat de moduleverantwoordelijke meedoet bij de lessen in zijn module. Zo zien de studenten dat rond een patiëntprobleem vele aspecten aan de orde zijn en dat er niet steeds één oplossing is voor een probleem, maar dat er zich naargelang de context andere zaken kunnen aandienen.

Studenten ervaren voor het eerst dat kennis op zich onvoldoende is om een goede dokter te worden. De kennis moet worden verwerkt,



herhaald, bediscussieerd, in context geplaatst en uiteindelijk geïnternaliseerd. Zo leert de student inzien dat de zorgwerkelijkheid zeer complex is en het geneeskundig proces om van een klacht tot een diagnose en behandeling te komen uitermate boeiend.

Een tweede reden waarom het multidisciplinair onderwijs niet zo makkelijk ligt, is het didactisch concept. Om integratie te verwezenlijken moet, naast kennisoverdracht, ook kennisverdieping en structureren van kennis plaatsvinden. Dit houdt in dat de student actief is tijdens dit onderwijs en ook als zodanig benaderd wordt. De integratie moet immers in het hoofd van de student gerealiseerd worden. Interactieve werkcolleges met aanwezigheid van patiënten, responsiecolleges, kleine groepen, studietaken, stage in huisartsenpraktijk, zijn verschillende werkvormen die gebruikt worden. De actieve inbreng van de student is primordiaal. De studenten werken in kleine groepjes patiëntproblemen uit, rapporteren aan de grote groep en discussiëren samen met de experten-docenten.



— Werken in kleine groepen

Studenten zijn niet gewoon om zelf de inhoud van de les mee te maken/te bepalen. Ze verwachten aanvankelijk *clear-cut* antwoorden en uitgeschreven cursussen. In MDO ligt dat anders. We werken met EB-artikels en hoofdstukken uit boeken. Bij het werken in kleine groepen leren ze communiceren, samenwerken. Ze moeten mekaar en de groep ook beoordelen en ook kritisch kijken naar hun eigen bijdrage in de groep. Een reflectieve houding wordt verwacht. Aspecten die ook bij het latere dokteren horen.

Ook de toetsing is alternatief. Er is uiteraard een mondeling examen met schriftelijke voorbereiding, maar een deel van de punten staat op het werk in de kleine groepen en op de presentaties en de verslagen, op de stages. Er is permanente beoordeling. Studenten vinden de toetsing over het algemeen moeilijk. Dat is ook zo. Het echte dokteren kunnen toepassen in jaar vier en vijf vraagt van de student een grote inspanning. Het leren dokteren is een langdurig proces, dat overigens nooit helemaal af is.

De lijn MDO is een 'proces'. Het proces van arts worden, waarbij iedere student zijn eigen weg kan en zal gaan. Voor iedere student wordt het een 'unieke' route.

**HUISARTSGENEESKUNDE
IN HET BASISONDERWIJS.
STUDENTEN ZIJN DE
BESTE RECLAME**

KATRIEN BOMBEKE EN LIEVE PEREMANS

BELANG VAN HUISARTSGENEESKUNDE

Het behoeft voor de lezers van dit boek geen betoog. Huisartsgeneeskunde is een beroep met specifieke kenmerken. Huisartsen nemen het leeuwendeel van de patiënten voor hun rekening. Van preventie van veel voorkomende aandoeningen tot de eerste aanpak en begeleiding van moeilijke aandoeningen. Ze maken gebruik van een waaier aan vaardigheden om zonder veel technische hulpmiddelen heel ver te komen in diagnostische processen. De begeleiding van patiënten met aandoeningen door het medisch zorglandschap is een kerntaak.

Studenten verwerven tijdens het basiscurriculum een massa kennis en vaardigheden ter voorbereiding van hun beroepsopleiding. Onze collega-specialisten geven vanuit hun kennisdomein de nodige aanzet. Zij zien de problemen vanuit hun specifieke context: een hoogtechnologische omgeving, meestal een derdelijnscentrum. Om deze aanpak te kunnen kaderen (en soms te relativiseren) is het nodig dat het andere spectrum van de klinische medische disciplines ook aan bod komt. Huisartsen hebben hier een uitzonderlijke rol te vervullen. Patiënten melden zich vaak aan met een aanvankelijk onduidelijke klacht waarbij huisartsen door een goede intake, anamnese en klinisch onderzoek een besliskundig proces in gang zetten voor het stellen van de diagnose en het uittekenen van het behandelplan. Belangrijke competenties zijn dan nagaan wat de hulpvraag ook al weer was, de juiste vragen stellen vanuit dit besliskundig proces, de patiënt in zijn of haar 'biopsychosociaal' landschap zien en het klinisch onderzoek uitvoeren. Voor de huisarts is het een uitdaging om samen met de patiënt een eerstelijnsbeleid gebaseerd op evidentie uit te stippelen en uit te voeren. Daarnaast moet de huisarts ook integreren in de raadpleging. Door de toenemende complexiteit van de zorg



moeten huisartsen ook meer samenwerken met andere hulpverleners en luisteren naar de mantelzorger. Ze hebben hiervoor managementcompetenties nodig. Dat zijn basisvaardigheden voor elke arts, los van de latere beroepskeuze.

VAN ENKEL EEN 'INLEIDING' NAAR TWEE MODULES HUISARTSGENEESKUNDE

In ons basiscurriculum was er van in het begin aandacht voor huisartsgeneeskunde. Samen met de sociale geneeskunde werd in het vierde jaar een vak gegeven 'Inleiding tot de huisartsgeneeskunde'. Met de tien uur les betekende het niet meer dan een smaakmaker. Studenten liepen ook al stage in de universitaire huisartsengroepspraktijk. We herinneren ons de boeiende multidisciplinaire lessen van professor Janssens en zijn team. In een collegezaal werd er vaak samen met andere klinici en sociale wetenschappers van gedachten gewisseld over een bepaald klinisch probleem. Voor velen onder ons

waren die lessen de reden om een carrière als huisarts te ambiëren. Ergens in het begin van de jaren 80 was er reeds de keuzerichting Huisartsgeneeskunde in het zevende jaar. In kleine groepjes maakten studenten zelf een syllabus van de meest voorkomende problemen van de huisartsgeneeskunde.

Vanaf 2000 wordt er bij de curriculumhervorming vooral plaats gemaakt voor multidisciplinair onderwijs. Binnen en in aansluiting met de verschillende orgaanmodules wordt er doorstroom- en later multidisciplinair onderwijs georganiseerd. Daardoor verdwijnt het kleine vakje 'Inleiding tot de huisartsgeneeskunde' zelfs. In samenwerking met de orgaanspecialisten worden interdisciplinaire

aspecten van het medisch vak behandeld zoals het vertrekken vanuit de klacht, het biopsychosociaal model... Maar dit had ook een schaduwzijde, want de huisartsgeneeskunde als belangrijke eerstelijnsdiscipline werd minder zichtbaar. Daarom werd er enige ruimte voor drie dagen huisartsgeneeskunde vrijgemaakt in het bestaande blok Capita Selecta (een opleidingsonderdeel dat een aantal domeinen omvat dat niet in de traditionele lesblokken past). In jaar vijf brachten we dan enkele praktische casussen en bespraken we de specifieke wereld van de huisartsgeneeskunde. De trend was gezet.

De *outcome-based* curriculumhervorming in 2006 introduceerde twee doorgangen in de basisopleiding tot arts: een eerste bachelor-cyclus legt zich nu toe op geneeskundige basiswetenschappen zoals anatomie en fysiologie, geserveerd met klinische smaakmakers. De tweede doorgang volgt dan in de masterjaren en maakt studenten vertrouwd met het diagnostisch proces en de behandeling. Het einddoel van deze hervorming is artsen in de maatschappij neer te zetten die de verschillende rollen zoals beschreven in het welbekende CanMEDS-raamwerk belichamen. Met succes ijverde het huisartsen-centrum voor een module Huisartsgeneeskunde naast de andere orgaan- en systeemgerichte modules. In jaar drie komen sindsdien de basics van de huisartsgeneeskunde aan bod en in jaar vijf zoemen we in op chronische zorg en continuïteit in samenwerking met de discipline Geriatrie.



MODULE JAAR 3: BOUWSTENEN VOOR MEDISCH PROBLEEMOPLOSSEN

In de derde bachelor worden de basisbeginselen aangeleerd in verband met medische probleemoplossing, zowel medisch beslistkundige principes voor diagnostiek als behandelingsprincipes. Deze module in jaar drie heeft een betekenisvolle scharnierfunctie: op de overgang van fundamenteel bouwen naar echt arts worden, leren de studenten beslistkundig redeneren vanuit de discipline huisartsgeneeskunde. Daarnaast leren studenten de taken en functies eigen aan de huisartsgeneeskunde kennen. De studenten waarderen vooral het onderwijs in kleine groepjes, met name de seminars Beslistkunde en alledaagse klachten, en de unieke mogelijkheid om de eerste lijn tijdens de twee stagedagen van binnenuit te mogen ontdekken en het patiëntenwerk deels zelfstandig aan te gaan. In reflectiegroepjes bespreken ze hun indrukken na wat ze gezien hebben qua management, samenwerken en communicatie tijdens de consultaties. Onze seminariepatiënt die het biopsychosociaal model kleur geeft met zijn verhaal, krijgt jaar na jaar een warm applaus. Ook preventie (gezondheidsgids) en de basisbeginselen van farmacotherapie, onder andere ‘leren voorschrijven op een correcte manier’, staan op het menu.



MODULE JAAR VIJF: AANTREKKELIJKHEID VAN HET VAK WORDT IN DE KIJKER GEZET

Een groep enthousiaste medewerkers biedt in dit jaar vooral onderwijs in kleine groepen en zelfstudieopdrachten aan. De kleinschaligheid van dit onderwijs wordt fel gesmaakt. Inhoudelijk werken studenten verder met de bouwstenen uit jaar drie: *evidence based medicine*, kritisch lezen van literatuur, beslistkundig handelen en communicatievaardigheden. Meer en meer leggen we bruggen tussen de verschillende vaardigheden. Studenten krijgen klinische vragen die ze in groepen moeten oplossen door het opzoeken van de juiste richtlijnen of systematische reviews. Ze moeten de soms tegenstrijdige informatie kunnen vertalen naar de patiënt in een werkcollege. Dit bereidt hen voor op de echte praktijk tijdens het stagejaar. Het rolmodel van de opleider is belangrijk voor het toekomstig keuzeproces van de student. In die zin kiezen we voor jonge actieve medewerkers met klinische praktijkervaring om deze workshops en seminars te begeleiden. De laatste sessie van jaar vijf behandelt de keuzes die

de studenten in hun vervolgopleiding (die dan niet zo ver weg meer is) kunnen maken. Er zijn dan levendige discussies met pas afgestudeerde jonge artsen, huisartsen in opleiding, die hun keuze toelichten. Ook krijgen de studenten er informatie over hoe de beroepsmogelijkheden liggen en wat de randvoorwaarden zijn (waar gaan we naartoe met de organisatie van de huisartsgeneeskunde, wat verdient een huisarts, kan je moeder zijn en huisarts tegelijk?). Is dat de reden waarom we de laatste tijd zoveel meer studenten aantrekken voor een vervolgopleiding in ons vak?

TEN SLOTTE

De huisartsgeneeskunde zal in de komende jaren snel veranderen. Er zal meer aandacht zijn voor preventie van belangrijke aandoeningen waar in de eerste lijn een grote winst te behalen valt (denk aan cardiovasculaire aandoeningen, bepaalde kwaadaardige aandoeningen). Daarnaast zal er meer aandacht komen voor de begeleiding van de ouderen met hun specifieke medische profielen en het gelijktijdig voorkomen van verschillende aandoeningen. En juist dat maakt dan weer de huisarts goed geplaatst om onze studenten daarin wegwijs te maken.

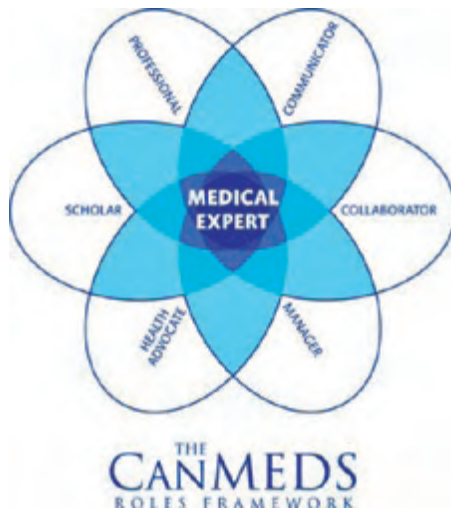
Ook de trend van schaalvergroting zal zijn weerslag hebben. Denk maar aan de organisatie van de zorg buiten de kantooruren, die steeds meer geregeld wordt vanuit grootschalige samenwerkingsvormen. En ook de dagpraktijken waar we steeds meer in een grotere groep en ook multidisciplinair zullen gaan samenwerken. Die demografische veranderingen op een kwaliteitsvolle en aantrekkelijke manier in het curriculum inpassen is de opdracht van de toekomst. Het zal de agenda van ons onderwijs voor een belangrijk deel sturen.



ONDERWIJS IN JAAR ZEVEN, KLEINSCHALIG EN EFFICIËNT

LIENE DE WITTE EN DOUWE HOMANS,
STUDENTEN JAAR ZEVEN (2011-2012)

Aan de Universiteit Antwerpen staat competentiegericht leren centraal. In het tweede semester van het zevende jaar van de geneeskundeopleiding worden studenten voorbereid op hun vervolgopleiding. In de meeste gevallen is dit een praktijkgerichte opleiding ter voorbereiding op een specifieke medische specialisatie en de keuzerichting Huisartsgeneeskunde is er een van. Het onderwijssemester begint met enkele workshops (bijvoorbeeld: hoe maakt een huisarts medische beslissingen?) en vaardigheidstrainingen (bijvoorbeeld: hoe kun je het best een gericht onderzoek doen bij een patiënt). Er is veel



Het CanMEDS-model. Centraal staat de rol als arts. Daarnaast zijn er nog andere rollen voor de huisarts van de toekomst

aandacht voor de huisartsgeneeskundige richtlijnen die het gemakkelijk maken de juiste beslissingen te nemen. De bedoeling van het onderwijs is de studenten voor te bereiden op de twee jaar huisartsgeneeskunde die volgen. De doelstellingen zijn heel precies omschreven en omvatten verschillende delen van het CanMEDS-model.

Het onderwijs is erg verweven met praktijkervaringen. Studenten worden toegewezen aan een stagebegeleider. Op de stageplaats oefenen ze zelfstandig maar nog onder supervisie bij patiënten van de stagebegeleider. Na een week stage is er telkens een terugkomweek. In die terugkomweek zijn er telkens workshops waarin de ervaringen met de patiënten worden besproken. Naar analogie met de latere opleiding worden dit seminars genoemd.

Het doel van dit seminarieonderwijs is dieper en inzichtelijker te leren leren en verschilt grondig van het oppervlakkiger theoretisch onderwijs in de jaren ervoor. Een studie hierover suggereert dat studenten huisartsenspecialisatie ten opzichte van andere specialisatieopleidingen (die geen seminarieonderwijs hebben) beter slagen in dat 'diepere leren', na een intensieve aanpak gedurende zeventien weken met kleinschalig en probleemgestuurd onderwijs.

In deze bijdrage geven wij nu een beschrijving over het verloop van de seminars; wat ervaren wij en hebben wij het gevoel dat deze onderwijsvorm een meerwaarde is binnen de huisartsenopleiding?

HET SEMINARIE: HOE WORDT HET INGEPAST IN DE OPLEIDING?

Elke stageweek wordt gevolgd door een lesweek waarin tweemaal een blok van drieënhalve uur seminarie gepland staat. Er nemen ongeveer tien studenten deel per seminarie en het wordt begeleid door een tutor (een huisarts met een eigen praktijk en beperkte onderwijsaanstelling). De bedoeling is dat ieder van ons tijdens het seminarie een casus presenteert van de voorbije stageweek. We werken deze grondig uit en toetsen deze aan het beschikbare *evidence*, zoals de aanbevelingen (Domus Medica), standaarden (Nederlands Huisartsgenootschap) en die van het Verenigd Koninkrijk (Clinical Knowledge Summaries van de NHS) en theorie. Tijdens de presentatie is er uitgebreid tijd voor vragen en discussie over deze materie. Vragen kunnen ook direct opgelost worden door meteen de goede wetenschappelijke bronnen aan te boren (*On-line-On-the-Spot*, OOS'en). Het seminarie biedt ook de mogelijkheid om probleemcasussen samen op te lossen en eventuele andere problemen in groep te bespreken.

ERVARINGEN TIJDENS HET SEMESTER

Tevredenheid met het onderwijs

Seminarie	Inhoud	Structuur	Groeps-dynamiek	Discussie	OOS'en
Week 1a	4	3	5	3	3
Week 1b	3	4	5	3	3
Week 2a	5	6	6	4	4
Week 2b	5	6	6	4	4
Week 3a	5	5	4	4	6
Week 3b	5	5	4	4	6
Week 4a	6	4	5	5	6
Week 4b	6	4	6	5	6
Week 5a	6	6	6	5	6
Week 5b	6	6	6	5	6



— Proclamatie jaar 7, academiejaar 2012

Per onderwijsweek hebben wij verschillende onderdelen van het onderwijs een score gegeven (van heel goed (7) tot heel slecht). In onderstaande tabel hebben we de rekenkundige gemiddelden van die scores genoteerd. De resultaten zijn natuurlijk erg subjectief maar geven toch een mooi beeld van hoe wij het onderwijs ervaren.

Onder 'inhoud' verstaan we het niveau van de presentatie. Hoe diep ben je op een onderwerp ingegaan en hoe goed is de theoretische onderbouwing? Als we kijken naar de seminars door de weken heen, dan is hier een duidelijk positieve ontwikkeling. Deze positieve evolutie heeft enerzijds te maken de ontwikkeling van inzicht; na een tijd wist je duidelijk wat er van je verwacht werd. Anderzijds durfden we ook casus te kiezen naar eigen interesse, zonder dat het iets 'exotisch' moest zijn.

Er was in principe een aangewezen 'structuur' van de seminars, met tijdslijnen voor presentatie en discussie en met het splitsen van sprokkel- en probleemcasus over verschillende dagen. De seminariebegeleiders waren vrij om daarvan af te wijken. In een seminariegroep werd in het begin niet veel aandacht besteed aan de structuur, en waren de presentaties te lang, waardoor minder dan helft van de andere presentaties tijdens het eerste seminarie aan bod kwam. Het tweede seminarie van de eerste week werd dan gebruikt als inhaalmanoeuvre, waardoor we snel, maar met weinig aandacht aan inhoud, onze casus presenteerden. Van het vorige seminarie hadden we duidelijk geleerd, in lesweek twee werd de structuur beter bewaakt, waardoor we meer aan inhoud toekwamen. Toch verloren we met de weken de tijd weer wat uit het oog, waardoor week vier qua structuur wat minder was. Dit werd in de groep besproken en in week vijf was de structuur terug top!

'Groepsdynamiek' beschrijft het enthousiasme en de motivatie van de groep waarmee we seminarie aanpakten. Hoe gemotiveerd presenteerden we en met welke inzet stimuleerden we de discussie? Over het algemeen was er goede groepsdynamiek. We zien wel dat wanneer het enthousiasme groot was, de tijd wat minder in het oog werd gehouden. Dit kwam de structuur dan niet altijd ten goede, maar we ervaarden dat dan zelf niet als negatief.

In het begin van de seminars waren er nog niet zoveel 'discussies'. Iedereen was nog meer gefocust op het goed presenteren van de eigen casus en durfde daarbij de medestudenten niet goed te bevragen. Met de tijd vond iedereen zijn plaats in de groep, werd er meer constructief en inhoudelijk gediscussieerd. Ook de rol van de seminariebegeleider veranderde. In het begin fungeerde zij meer als



— Studenten jaar 7, academiejaar 2011–2012

expert en gaf ze haar opinie, later spoorde zij ons aan te discussiëren en bleef ze zelf meer afzijdig.

Online-On-the-Spot (OOS)'en, was tijdens het eerste seminarie niet aan ons besteed. Er was nog niet zoveel interactie in de groep, waardoor er ook weinig discussie en dus vragen ontstonden. De tweede week zochten we sporadisch iets op. De volgende gebruikten we OOS'en zoals het volgens ons bedoeld is. We zochten 'live' op onze laptops op een reeks betrouwbare sites van goede kwaliteit naar antwoorden op vragen die ter plekke ontstonden, net zoals het in de praktijk ook gaat.

CONCLUSIE

Wat ons betreft, is kleinschalig en probleemgestuurd onderwijs een echte toegevoegde waarde. Je leert er in een groep te werken en het biedt handvaten om met elkaar problemen uit de alledaagse praktijk op een gestructureerde manier aan te pakken. De scores geven aan dat we hierin ook 'groeiden'.

De contacten in de stageweken en het daaropvolgende seminarie geven een goede aanzet tot leren en stimuleert opzoekingswerk. Je blijft hierbij wel zelf verantwoordelijk voor de uitgebreidheid ervan. Zo kies je zelf je casus en dus leerpunten. Je kan rekenen op uitgebreide feedback op je gepresenteerde kennis en leerproces, en er wordt steeds zo objectief mogelijk gewerkt. Doordat de seminars steeds snel volgen op de stageweek wordt er kort op de bal gespeeld. Je ontwikkelt een kritische blik ten opzichte van je stagebegeleider zodat je zelf blijft denken en niet zomaar alles klakkeloos van hem of haar overneemt. Dat komt ons van pas in de twee jaar die nu volgen: jaar acht en negen van onze opleiding.

BELANGRIJKE BRONNEN GERAADPLEEGD TIJDENS HET OOS'EN

- Domus Medica (Vlaamse standaarden en richtlijnen)
<http://www.domusmedica.be>
- NHG Standaarden
<http://nhg.artsennet.nl>
- *Clinical Knowledge Summaries*
<http://www.cks.nhs.uk>
- *Online-On-the-Spot* (OOS) startpagina
<http://www.pubmed.be/oos.php?lang=en>
- Minerva
<http://www.minerva-ebm.be>

**COMMUNICATIEONDERWIJS
IN HET CHA: HOE HET
GROEIDE**

LUC DEBAENE

Echte geschiedschrijving doe je minutieus. Je gaat oude documenten na, raadpleegt allerlei bronnen, controleert data, namen en plaatsen en schikt dat alles in één verhaal. Ter gelegenheid van 40 jaar CHA ben ik gevraagd 'iets over het communicatieonderwijs van het CHA te schrijven'. Ik beloof jullie dat ik als geschiedschrijver de mist zal ingaan. Enkele jaren geleden heb ik mijn bureau, kelder en zolder opgeruimd en heb ik vele documenten weggegooid. Ik heb enkel nog mijn geheugen. Intussen ben ik echter ook 40 jaar ouder en dat is onder andere aan mijn geheugen te merken. Geschiedschrijving is sowieso een interpretatie van beschikbaar materiaal, vanuit de subjectiviteit van de geschiedschrijver, vanuit zijn eigen opvattingen en situatie. Daarenboven, mag ik wel zeggen, heb ik zelf de geschiedenis deels mee gemaakt.

DE ZEVENTIGER JAREN VAN VORIGE EEUW

Hugo Janssens, de verlichte eerste huisartsenprof van het CHA en grote pleitbezorger van biopsychosociale geneeskunde, startte in de marge van het regulier onderwijs al in 1976 met communicatielessen voor geïnteresseerde studenten. Stan Maes, een Nederlandse psycholoog, kwam die trainingen geven. De toon was gezet. Een aantal studenten, waaronder ikzelf, kregen de smaak te pakken.

In 1978, tien jaar na mei 68, verscheen er een ophefmakend artikel in *Huisarts en Wetenschap*. Holten-Vriesema, Van Aalderen e.a. lanceerden het 'Methodisch Werken. Over een algemene methode van hulpverlening en de opbouw van een functionele relatie, toegespitst op de huisartspraktijk'. Een paukenslag. De tijd was rijp. Huisartsen kregen een eigen consultmodel om concreet gestalte te geven aan biopsychosociale hulpverlening.

DE TACHTIGER JAREN

Twee jaar later organiseerde de Wetenschappelijke Vereniging van Vlaamse Huisartsen (nu Domus Medica) een studiedag over dit nieuwe consultmodel in een Antwerps hotel. Nederlandse opleiders kwamen aan een honderdtal Vlaamse huisartsen de essentie ervan uitleggen en inoefenen.

Aansluitend van 1981 tot 1982 kregen twaalf huisartsenopleiders, telkens vier van Gent, Leuven en Antwerpen, een doorgedreven cursus in dit Methodisch Werken. Voor de UIA waren dit Christine Rouneau, Eva Titus, Paul Smits en ikzelf.

De volgende jaren organiseerden Eva en ik bijscholingscursussen voor de jonge generaties huisartsen die op de UIA waren afgestuurd. Het waren gouden jaren van bezieling, creativiteit en groei.

Op de WVVH werd een werkgroep 'Methodisch Werken' (later 'Consultvoeren') opgericht, waar de Vlaamse universiteiten elkaar vonden om over de universiteitsgrenzen heen de ontwikkelingen te sturen. Samen met Jef Boeckx, Luk Seuntjens en Jan Mulder waren we de kartrekkers.

Later werd op de UIA door Leo Bossaert en Hugo Janssens het Vaardighedenlabo opgericht, in navolging van het prestigieuze skillslab in Maastricht. Ikzelf mocht in de basisjaren de essentie van intake en relatieopbouw komen brengen.

DE NEGENTIGER JAREN

Na een tussenregime van Remi Maes werden Joke Denekens en Paul Van Royen de nieuwe diensthoofden van het CHA. Ze bouwden aan een nieuw huisartsencurriculum van hoge kwaliteit. In het huisartsenoriëntatiesemester kregen Eva Titus, Christine Rouneau en ik veel ruimte om een volwaardig communicatietraject op te bouwen. Vele generaties huisartsen konden zich met onze hulp trainen in patiëntgerichte communicatie.

Christine Rouneau verdedigde in 1994 haar proefschrift *Doctor's Gender and Patient Care*, waarin ze *cure en care* aspecten onderzocht bij mannelijke en vrouwelijke huisartsen en hun weerslag op het consultatiegedrag. Meer en meer kwam er aandacht voor de persoon van de consulterende arts. Wie is hij of zij? Wie zit er aan de binnenkant van diegene die aan de buitenkant al (al dan niet) goed en patiëntgericht communiceert?

In het nieuwe huisartsencurriculum werd het *tutorship* boven de doopvont gehouden. In een veilige setting (aanvankelijk één student/pupil met één opleider/tutor, nadien vier pupils met één tutor) werd aandacht gegeven aan deze binnenkant. Eigenlijk werd opnieuw vormgegeven aan de oude Balintmethodiek, waarmee een aantal van ons na het afstuderen aan de slag waren gegaan.

DE NIEUWE EEUW

RUCA en UIA werden samengevoegd tot UA en het medisch curriculum werd grondig hervormd. Uit Canada kwamen de Can-MEDS-rollen. Deze leverden het architecturaal raamwerk om een geneeskundestudent op te leiden tot een volwaardige basisarts. Hierin was de rol 'communicator' goed vertegenwoordigd. De leiding van het Vaardighedenlabo werd voortaan opgenomen door Benedicte De Winter. Naast een volledige leerlijn Medisch-technische vaardigheden kwam er een parallelle leerlijn Communicatievaardigheden. Ik werd gevraagd om dit uit te werken en had het geluk te kunnen gaan voor mijn droom: niet enkel huisartsen leren communiceren, maar alle basisartsen, dus ook alle specialisten in spe. Aanvankelijk waren we met een klein ploegje opleiders: Ria Plasschaert, Bert Selleslaghs en ikzelf. We kregen veel vertrouwen van Benedicte De Winter en van de faculteit en gestaag groeide ons team, nu veertien medewerkers sterk, onder leiding van Kristin van den Bogerd en mezelf. Een hele periode hadden we de zeer gewaardeerde medewerking van Sandrina Schol, ook werkzaam in het communicatieonderwijs aan de VUB. Bert Selleslaghs gaf de fakkel reeds vroeg door aan Jef Boeckx, die samen met mij vele jaren ook het communicatieonderwijs van de huisartsen-in-opleiding van jaar zeven verzorgde. Nu zijn dit Katrien Bombeke, Annelies Colliers en ikzelf. Als referentiewerken in onze communicatieleerlijn gebruiken we de handboeken van Silverman, van Staveren en Wouda.

Katrien Bombeke vatte, kort nadat ze afgestudeerd was als huisarts, het plan op om een doctoraal proefschrift te maken over 'patiëntgerichtheid bij studenten geneeskunde en de rol van communicatieonderwijs en klinische strages hierin'. In juni 2012 verdedigde ze dit met glans. Haar gedegen literatuurstudie en zorgvuldig

onderzoekswerk brachten een schat aan nieuwe inzichten op voor ons communicatieteam. We mogen zeggen dat Katrien ons communicatiecentrum internationaal op de kaart heeft gezet. Onder andere de 'arts als persoon' en de nodige ontwikkeling van deze persoon kwamen in de volle aandacht. Er wordt een lans gebroken voor nog



— Een groepje studenten met een simulatiepatiënt tijdens een communicatieles

meer reflectie en gewaarzijn bij de student om diens binnenkant aandacht te geven. Tutorgroepjes worden nu ook in het stagejaar georganiseerd voor alle studenten die ervan willen gebruik maken. Het is de bedoeling om vanaf volgend jaar regelmatige terugkomdagen te organiseren voor de zesdejaarsstudenten in hun stage. Hierin kan nog meer integratie betracht worden van communicatie en persoonlijk functioneren met de rol 'medisch expert'. Dit alles in de specifieke context van dat specialisme, waar de student dan op stage is. Communicatie is vanuit de marge gegroeid naar het centrum van de medische opleiding. We zijn er blij mee en heel trots op.

Tot daar mijn 'geschiedschrijving'. Hopelijk heb ik recht gedaan aan het wezen van al deze ontwikkelingen en ben ik in dit verhaal geen mensen vergeten te noemen.

JE KAN NIET NIET COMMUNICEREN

Je zendt je ontvangt je spreekt (zilver!) je
leert jong je leert aan je voegt de daad bij
het woord je zwijgt je betreft je doet iets
uit de doeken je hangt aan iemands lippen
je verstaat een half woord je overtuigt je
motiveert je mond loopt over je hoort je
kijkt je ziet je ziet dat het goed is!

.....
Kristin Van den Bogerd

OVER PILLEN EN VOORSCHRIJVEN

PETER DIELEMAN

Men neme een goede portie EBM. Voeg daar farmaceutische kennisbronnen aan toe. Draai dit door de mangel van probleemoplossend vermogen, en laat een tijdje marineren in een flinke dosis patiëntgerichtheid. Afkruiden met enig geldbesef. Strikt serveren zonder toevoegsels.

U hebt zonet een 'EBDT'-voorschrift gemaakt.

EEN RATIONEEL GENEESMIDDELENVOORSCHRIFT

Het is zoveel als een open deur intrappen: bij het voorschrijven van geneesmiddelen kiest een arts niet steeds wat op grond van medische, farmaceutische en economische argumenten het beste is. Daarover bestaat overigens heel wat gerenommeerd leesvoer. Er blijken grote verschillen te bestaan in voorschrijfpatronen tussen artsen (interdoktervariatie), zowel regionaal als internationaal. Invloeden allerhande spelen een rol. Naast strikt wetenschappelijke informatie (EBM zeg maar) zijn er een aantal minder objectieveerbare bronnen, bijvoorbeeld de opinie van de professionele omgeving (wat schrijft de cardioloog waarmee ik samenwerk voor), het voorbeeldgedrag en de ervaring van de stagemeeester (*copy-paste-prescriptions*), defensief handelen (denk maar aan het antibioticumvoorschrift), de input van de overheid en financier (richtlijnen en terugbetalingsmodaliteiten) en *last but not least: academic detailing* door de farmaceutische industrie. Geen eenvoudige klus dus om een rationeel en onderbouwd voorschrift te produceren.



**"If you remember,
I did mention possible side-effects."**

TE WEINIG EVIDENCE BASED VOORSCHRIJVEN IN DE OPLEIDING?

Studenten krijgen in de medische opleiding vooral klinische informatie, met nadruk op een correcte diagnose. Een gepast medicamenteus beleid komt veel minder en eerder oppervlakkig aan bod: farmacotherapie wordt stiefmoederlijk behandeld. Studenten geven jaar na jaar aan hoe onzeker ze zijn wanneer ze een voorschrift moeten

opstellen. Er is nood aan informatie over en oefening in het voorschrijven van geneesmiddelen. Zowel de theoretische informatie (hoe stel ik technisch een correct voorschrift op), als het denkproces (kies ik voor een geneesmiddel, en zo ja, op basis van welke criteria?) ontbreken. Internationale contacten leren ook dat integratie *binnen* het klassieke curriculum, eerder dan een apart vak farmacotherapie, rendeert in de competentie van studenten.

DE LIJN FARMACOTHERAPIEONDERWIJS

In de loop der jaren ontwikkelde onze vakgroep de lijn farmacotherapie. Een perpetuum mobile. In verschillende jaren en modules van de geneeskundeopleiding komen gerichte aspecten van geneesmiddelenkeuze aan bod. Als belangrijke leidraad geldt het WHO-stappenplan. Daar voegen we het gepast gebruik van de vier

evidenties aan toe (medische, farmaceutische, patiënt- en economische factoren) en het *on the spot* raadplegen van elektronische hulpbronnen. Dit denkpatroon wordt systematisch getraind tot een farmacotherapeutische competentie, kort samengebond als EBDT: *evidence based drug therapy*. In jaar zeven ten slotte krijgen studenten formatieve toetsing aangeboden om zichzelf in te schalen en verder te werken aan kunde en attitude.

EBDT IN DE PRAKTIJK

Wij geloven dat onze vakgroep een belangrijke rol kan en moet spelen om dergelijke competentie in de opleiding te garanderen.

Of zoals een student reflecteert: “hoog tijd dat we deze lessen kregen, nu pas heb ik het gevoel dat ik met een geruster gevoel een voorschrift zal kunnen maken”.

De huisarts (s)pilfiguur

***KLINISCHE LOGICA,
HET SLIJPEN VAN
RUWE DIAMANTEN***

JO DEWACHTER

“Jullie hebben nu het toppunt van medische kennis bereikt.”

Verbazing en ongeloof alom. Vierde master, start van de beroepsopleiding Huisartsgeneeskunde, de studenten voelen zich onbehaaglijk. Voor hen gaapt er immers een diepe kloof. De kloof tussen kennen en kunnen, tussen theorie en praktijk.

VAN ‘ZIEKTEN’ NAAR ‘KLACHTEN’

Ze beseffen dat de opgeslagen medische kennis groot en grondig tweedelijns uitgewerkt is.

Alleen, hoe moet je daar in godsnaam mee aan de slag? Hoe ont-sluit je deze gestockeerde medische schat voor alledaagse klachten, voor grote en kleine kwalen in de huisartspraktijk? Kennis zit knel in kavels en vaardigheden vast in vakken. Hier is stapsgewijze vertaling, herstructurering en vooral integratie aan de orde.

PROBLEMEN OPLOSSEN

Er hangt vaak een impliciete sluier over het handelen van de (huis) arts. Het oplichten van deze sluier is essentieel. Processen moeten duidelijk gemaakt worden, want zonder te expliciteren kan je niet leren en enkel op die manier kan inzicht groeien in de logica van het ‘probleemoplossen’. Dit expliciteren hangt aan een kapstok als houvast voor de student. Een stappenplan dat de essentie van het medisch probleemoplossen samenbrengt. Noem het maar de tien geboden, waarin een amalgaam van consultvoeren en klinische logica neergeschreven staat tegen de context van patiënt en wetenschap.



VAN AFGEBAKENDE KAVELS NAAR EEN WIJDS LANDSCHAP

Er is lang gezocht naar een taal om het probleemoplossend proces te verwoorden. De cijferconstructies van de epidemiologie blijven voor vele studenten als Sanskriet: dode letter en niet bruikbaar in de praktijk dus. Het vocabularium van de klinische logica geeft taal aan argumenteren en beslissen. Studenten gebruiken deze taal aanvankelijk kunstmatig en met vallen en opstaan als een soort Esperanto op weg naar een volwaardig levendige taal in communicatie met zichzelf, de patiënt en medestudenten.

Naast verwoorden helpt ook visualiseren om gedachten te ordenen. Het diagnostisch landschap doet zijn werk als *mind map* en werkt als centrale spil van waaruit het redeneren start.

Studenten ontdekken door de klinische logica niet alleen de besliskundige waarde van anamnese en klinisch onderzoek – de diagnostische instrumenten bij uitstek van de huisarts – maar ook



EN EEN BRILJANTE UITKOMST

In seminars worden de studenten getraind in dit medisch probleemoplossen onder professionele begeleiding. Een begeleiding die de processen niet dirigeert, maar kanaliseert en faciliteert.

De begeleider is louter the *rough guide*...

Op die manier wordt de ruwe diamant van de student gepolijst tot adequate probleemoplosser.

de waarde van wetenschappelijke onderbouwing via standaarden en aanbevelingen. Deze klinische logica betekent ontegensprekelijk een grote sprong voorwaarts in het huisartsgeneeskundig functioneren.

Toch blijft het belangrijk om de klinische logica in een juist perspectief te plaatsen. Het is een middel, maar geen doel op zich. Zeker geen dogma, want niet elke casus vraagt er om. Zo laten zorg- of gezinsproblemen alternatieve registers opentrekken en eenvoudige problemen laten patroonherkenning toe. Beschouw klinische logica maar als de evenwichtszin: je wordt je ervan bewust in moeilijker omstandigheden.

“Vier belangrijke waarden heb ik ontdekt tijdens het doceren van de lessen Klinische Logica: de kracht van kennis, de invloed van emotie en intuïtie, maar vooral de waarde van twijfel.”

.....

Hugo Van Puymbroeck

Station orthopedie

Ze komt op de tippen van de tenen binnen. Net als bij een achillespeesverkorting.

De armen in abductie, de polsen in dorsiflexie sluit ze haar intrede af met een korte anteflexie van de rug.

Ze is helemaal klaar voor het station orthopedie.

Ze demonstreert voor ons een opgelegd stuk: de percussie van de wervelzuil.

Ze houdt de handen in aanslag en glijdt in een loeiende beweging over de processus spinosi van de simulatiepatiënt.

Het lijkt een prelude van Chopin, een vederlichte streling, net genoeg trigger om van de simulatie- een stimulatiepatiënt te maken. Haar finale eindigt ze met een eindnoot over de rechter gluteale valleix.

Tot zover.

De ondraaglijke lichtheid van haar uitvoering viel de observator zwaar.

Zo moest percussie van de rug niet uitgevoerd worden!

Hij stond op en mokerde con brio en met de bravoure van Liszt over de ruggengraat.

Dat is het adagio van slagpijn op de rug.

.....

Jo Dewachter

DE HUISARTSENSTAGE, EEN HOEKSTEEN

KRISTIN HENDRICKX,
KRISTIN VAN DEN BOGERD,
GUIDO NICOLAI

HOEKSTEEN

Stages zijn één van de hoekstenen van het geneeskundeonderwijs. De afdeling Huisartsgeneeskunde van de Universiteit Antwerpen heeft in de laatste jaren hard gewerkt om in de relevante onderwijsonderdelen goede stages aan te bieden. De kwaliteit van ervaringen in de huisartsenpraktijk in de vroege studiejaren draagt ertoe bij dat studenten kiezen voor huisarts als latere carrière. *Workplace learning* in de huisartsgeneeskunde is vooral gestoeld op kwaliteit van supervisie, het in contact komen met voldoende diversiteit van patiënten en de mogelijkheid tot ‘onafhankelijk werken’.

Studenten van het zesde en zevende jaar hebben twee maal per maand een terugkomdag die fel wordt gesmaakt. De sessies worden begeleid door een medewerker. Tijdens deze terugkomdag krijgen studenten volop de ruimte om vrijuit te praten over hun huisartsenstage. Hun ervaringen worden door de groep in een *mind map* verzameld.

EEN GREEP UIT ERVARINGEN

Studenten komen in verschillende soorten praktijken terecht: in een grotere groepspraktijk met administratieve ondersteuning of bij een solo-arts met papieren patiëntenfiches, in een praktijk waar de telefoon roodgloeiend staat, of bij een arts die enkel werkt met online afspraken. Het hele spectrum van huisartsen die continu werken, tot huisartsen met een zelf gekozen evenwicht tussen werk en privéleven, komt aan bod. De praktijkorganisatie heeft een effect op de beeldvorming van de student over huisartsgeneeskunde.

Het valt studenten op dat ook een huisarts zich verder kan specialiseren, bijvoorbeeld in kleine heelkunde, ECG's, gynaecologie en spirometrie. Daarnaast heeft elke arts zijn specifieke interesses, bijvoorbeeld veel of juist weinig psychosociale problemen. Elke arts kiest op die manier mee zijn patiëntenpopulatie. Ook de leeftijd van de arts heeft een invloed op het type patiënten dat naar zijn/haar praktijk komt.

Communicatie is binnen de praktijkvoering van de huisarts een belangrijk gegeven. Kleine technische handelingen worden veelvuldig uitgevoerd zoals bloedprikken, vaccineren en uitstrijkjes. De huisarts beschikt over een ruime parate kennis en heeft oog voor preventie en psychosociale aspecten. De huisarts moet voortdurend keuzes maken. Hij blijkt veel uitleg te geven en de patiënt mee te betrekken in het keuzeproces. Het is voor studenten boeiend om te zien hoe de huisarts omgaat met het (al dan niet) geven van medicatie en het (al dan niet) geven van ziekteverlof.

Het thema ‘huisbezoeken’ wordt bijna elke sessie aangehaald, met daarin verschillende nuances gaande van een unieke kans om de patiënt in zijn eigen omgeving te zien tot een tijdrovende opdracht, waarbij er soms enkel gepraat wordt met de patiënt. Alle studenten zijn het er wel over eens dat een huisarts zijn patiënten goed kent en vaak een langdurige band met hen heeft opgebouwd. Die sterke band blijkt een grote meerwaarde te zijn, maar wordt ook benoemd als risicofactor om emotioneel te betrokken te raken. Studenten zien de huisarts ook samenwerken met zorgverleners buiten de praktijk. Dit zijn veelal arts-specialisten, maar ook psychologen, thuisverpleegkundigen en diëtisten. Dit multidisciplinaire overleg noemen de studenten een troef.

Studenten wegen de verschillen af tussen huisarts of specialist worden. “Wil ik mijn eigen baas zijn later of in een groot ziekenhuis-team werken? Wil ik directe toegang tot technische onderzoeken, of vertrouw ik als huisarts op mijn klinisch onderzoek om patiënten gericht door te sturen? Laat ik me leiden door het – soms negatieve – beeld dat door sommigen van de huisarts wordt opgehangen?” Het blijkt alvast dat de studenten, door de stage, in combinatie met de terugkomdag, een beter zicht krijgen op de bredere context van het huisartsenberoep.

HUISARTSENSTAGE TE KORT

Studenten, ongeacht welke specialisatie ze voor ogen hebben, zijn het er roerend over eens dat de wettelijke huisartsenstage te kort is. Op twee weken tijd is het bijna onmogelijk om een patiënt op te volgen en bijvoorbeeld ook in een vervolgconsult te zien. Studenten voelen zich vaak erg betrokken bij patiënten en worstelen soms ook met hun houding als stagiair in complexe situaties of tijdens consultaties waarin ze persoonlijk betrokken raken.

LEARNING FROM DOING

Studenten zijn erg blij met de onmiddellijke feedback die ze veelal krijgen van hun stagebegeleider. Ook het vertrouwen krijgen om als stagiair zelf dingen te mogen doen valt erg in goede aarde. Het gewoon naast de stagebegeleider zitten is niet zo leerzaam. *Learning from doing* neemt een belangrijke plaats in bij huisartsenstages. Het leerproces tijdens de stages wordt bevorderd door de ruimte die de

studenten krijgen om te leren: dit kan gaan van het zelf uitvoeren van een anamnese tot het bespreken van patiënten met de stagebegeleider, het contact met andere medewerkers in de praktijk, tot het zich gerespecteerd voelen als lerende stagiair. Feedback krijgen en zelf dingen mogen doen, geven voor de meeste studenten een meerwaarde aan hun stage. Het effect hiervan is voelbaar bij de organisatoren van de stages: studenten mailen actief met de vraag om op bepaalde plaatsen stage te kunnen lopen.

Ook de patiëntenmix in een praktijk (waarmee bedoeld wordt het aantal en de diversiteit van patiënten en de kwaliteit van het patiëntencontact) is een factor die als positief wordt ervaren.

STUDENTEN IN EEN DRUKKE PRAKTIJK?

Dat is niet zo voor de hand liggend. Kan er aan *workplace learning* gedaan worden in de setting van een drukke huisartsenpraktijk? Zorgvuldig plannen en goed communiceren dragen bij tot een effectieve en efficiënte leeromgeving voor de stagiair. Een kort gesprek bij aankomst van de stagiair kan het ijs breken, en de wederzijdse verwachtingen, planning en leerdoelen duidelijk maken. Verder is het goed om af te spreken in hoeverre de stagiair kan betrokken worden in het patiëntenconsult. Dit zal een gradatie vertonen naargelang het niveau (studiejaar) van de stagiair. De patiënten inlichten dat er stagiairs aanwezig zijn met een poster in de wachtkamer, verduidelijkt dat de praktijk een leeromgeving is. Zo is het ook makkelijker om aan een patiënt te vragen om met de student een gesprek te hebben. Een belangrijk item is *time management*: hoe maak je in een druk bezet werkschema tijd om een stagiair zelf iets te laten doen, om een klinische vaardigheid uit te leggen, om feedback te geven? Dit



DE HUISARTSENSTAGE, EEN HOEKSTEEN



impliceert een creatieve omgang met tijd en met organisatie van patiëntencontacten: bijvoorbeeld na een ochtendconsultatie 15-20 minuten inplannen voor reflectie en feedback. Andere voorbeelden voor 'effectief aanleren' in een druk bezette setting: stagebegeleider en stagiair wisselen van stoel. De stagiair neemt een deel van het consult over voor een welbepaald leerdoel (bijvoorbeeld anamnese bij een diabetespatiënt), de stagebegeleider heeft de kans om te observeren en nadien feedback te geven. Of: om stagiairs bij een consult te betrekken wordt een specifieke observatieopdracht gegeven, bijvoorbeeld: "observeer de manier waarop de patiënt zijn klacht brengt", of "schrijf je differentiaaldiagnose op". Nadien kan hierover met de stagiair gesproken worden. Nieuwe kennis en ervaringen worden best 'heet van de naald' besproken: de suggestie is om hierop terug te komen op het einde van het spreekuur, of bijvoorbeeld tijdens een koffiebreek of tijdens de lunch.

Zin om ook stagebegeleider te worden, contacteer ons! Wij helpen je om deze ervaring aan je carrière toe te voegen.

WAT STUDENTEN VINDEN

- Zoveel dankbare patiënten!
- De huisarts is een spilfiguur in de hulpverlening.
- De huisarts werkt niet altijd 'volgens het boekje'...
- Er is een wisselwerking: de arts leert ook van de stagiair!
- De patiëntenpopulatie is heel divers.
- Soms zijn er wat te veel huis- tuin- en keukenproblemen, als het interessant wordt, moet je doorverwijzen.
- Ik mocht zelf een consult doen in een tweede spreekkamer!
- Ik kreeg de kans om verschillende stijlen te zien (stage in een groepspraktijk).
- Een huisarts kan 90% van de spoedgevallen oplossen!
- Huisartsen zijn vaak toffe, sociale mensen die hun job graag doen en stagiairs graag zien komen!

KLINISCH LEREN DENKEN. EEN STUDENT IN DE PRAKTIJK

MARGO ADAMS, STUDENTE JAAR ZES IN HAAR STAGEJAAR

INLEIDING

In april 2012 stond ik als stagiair geneeskunde in een huisartsenpraktijk. Tijdens deze stage kreeg ik de mogelijkheid om zelfstandig patiëntencontacten, mijn klinisch denkproces en medische vaardigheden te oefenen. Hoe ga je als student om met de inschatting van de ernst van klachten van de patiënt, de factor tijd in het diagnostisch proces en de rol van de huisarts als opleider en dokter?

EEN VERHAAL VAN EEN PATIËNT

Ik zie een 70-jarige weduwnaar op consultatie met klachten van kortademigheid, vermoeidheid en oedeem van de onderste ledematen tot aan de knie sinds één week. Hij “komt tot niets”. De kortademigheid is erger bij inspanning. De man hoest met witte slijmen. Er is geen koorts of pijn op de borst. Aangezien zijn echtgenote is overleden aan longkanker, zoekt hij geruststelling dat er niets ernstigs aan de hand is. Hij is blijven roken.

Drie maanden geleden heeft hij een *transient ischemic attack* (TIA) gehad, zonder duidelijke oorzaak. Een TIA is een kortdurende verminderde doorbloeding van het hersenweefsel. Medicatie die de patiënt neemt zijn: acetyl salicylszuur 80 mg 1x1/d, dipyrodamole 200 mg 1x1/d en simvastatine 40 mg 1x1/d. Een elektrocardiogram, inspanningstest, 24-uurs ritmeonderzoek en een echocardiografie waren normaal bij een consult bij de hartspecialist twee maanden geleden.

EERSTE INDRUK KLACHT EN PERSOON

Kortademigheid met zwelling van de onderste ledematen bij een persoon van 70 jaar vind ik een ernstige klacht, waarvan de oorzaak snel achterhaald en behandeld moet worden. Ook de voorgeschiedenis van een TIA, bezorgt me een ‘nietpluisgevoel’. Mijnheer komt over als iemand die niet voor elke banale klacht naar de huisarts gaat. Hij maakt een onzekere indruk en wil geruststelling. Als ik na de eerste klachten overleg met mijn opleider, deelt hij het nietpluisgevoel.

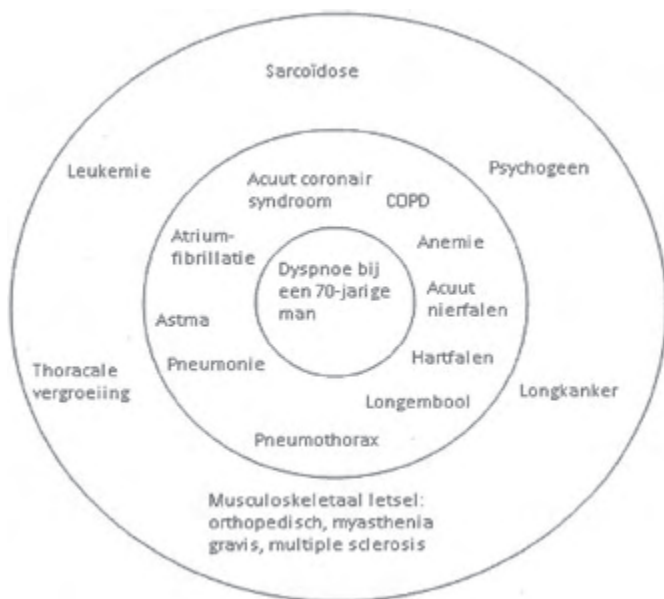
ANAMNESE EN KLINISCH ONDERZOEK

Samen starten we met goed doorvragen, zoals ik reeds leerde in eerdere stages in het ziekenhuis. Pijn op de borst, hartkloppingen, duizeligheid en gewichtstoename zijn niet aanwezig. ‘s Nachts is hij meer kortademig, maar hij heeft geen piepende ademhaling of koorts gehad. Auscultatie van hart en carotiden zijn normaal, evenals de bloeddruk van 137/74 mm Hg. De polsslag is regelmatig en heeft een normaal ritme. Als kind had mijnheer geen astma of allergie. Hij is een roker. Bij longauscultatie zijn rechts basaal crepitaties te horen. Het non-pittingoedeem loopt bilateraal tot aan de knieën. Pulsaties in het onderste lidmaat zijn normaal.

DIFFERENTIAALDIAGNOSE EN VERDER ONDERZOEK

Na anamnese en klinisch onderzoek krijg ik de taak om een eerste differentiaaldiagnose te vormen. Diagnoses die in me opkomen zijn hartfalen, acuut myocardiinfarct, longontsteking, longembool, pneumothorax en nierfalen. Na overleg worden ook COPD, astma en anemie toegevoegd. De hypothesen bespreken we aan de hand van de bevindingen in het consult.

Figuur Het diagnostisch landschap, met in het midden de aanmeldingsklacht, in de eerste ring diagnoses die op de binnencirkel behoren (acuut en ernstig) en in de tweede ring diagnoses die op de buitencirkel behoren (niet acuut, minder waarschijnlijk)



Het ontbreken van pijn op de borst, zweten of algemeen onwel zijn, maakt een acuut coronair syndroom niet zo waarschijnlijk. De triade van dyspnoe, oedeem en moeheid maakt hartfalen een waarschijnlijke diagnose. Een longembool behoort tot de 'waakvlamdiagnoses', ondanks gebrek aan duidelijke anamnestiche en klinische tekens. Atriumfibrillatie kan een uitlokkende factor zijn voor oedeem en kan een rol hebben in het ontstaan van TIA. Een ECG, NT-proBNP-bepaling en Rx thorax worden aangevraagd om deze hypothesen te toetsen.

Pneumonie is een waarschijnlijke diagnose vanwege de hoest en de crepitaties. Koorts heeft hij niet, maar dat is geen betrouwbaar teken bij oudere personen. Een pneumothorax is onwaarschijnlijk, door het ontbreken van hevige, plotse pijn of trauma en de auscultatie. COPD is een waarschijnlijke diagnose, vanwege de dyspnoe, hoest, inspanningsgebonden verergering van de klachten en voorgeschiedenis van roken. De controle van inflammatoire parameters in het bloed en Rx thorax geven meer informatie over deze diagnoses. Longfunctieonderzoek is de gouden standaard om COPD of astma te toetsen. Astma is minder waarschijnlijk gezien de leeftijd. Anemie, leukemie en acute nierschade kunnen ook lijden tot klachten van dyspnoe en oedeem. Anemie komt vaker voor bij ouderen en is belangrijk om te controleren. Een bloedafname met bepaling van cytologie en nierfunctietesten toetst deze hypothesen.

De patiënt wordt verwezen voor een Rx thorax en een bloedafname. Een ECG wordt afgenomen in de praktijk. Furosemide 40 mg 1x1/d wordt gestart om de klachten te verlichten. De patiënt komt de volgende dag terug om de foto, resultaten van de bloedafname en het ECG te bespreken.

INDRUK WERKWIJZE HUISARTS

In het eerste consult vond ik dat er in korte tijd veel informatie ingewonnen werd over de klachten, zodat er snel een aantal hypotheses getoetst konden worden. De keuze om de regie als huisarts dichtbij te houden en de patiënt de dag erna terug te laten komen, vind ik een goed initiatief.

WERKEN NAAR EEN DIAGNOSE

Het diagnostisch denkwerk gaat verder na ontvangst van de eerste uitslagen. Een normale waarde van het NT-proBNP, een marker die in een vroeg stadium van hartfalen vaak positief is, sluit hartfalen nagenoeg uit. Het ECG gaf een regelmatig sinusaal ritme, zonder ritmestoornissen of tekens van ischemie. Het cardiologisch onderzoek een paar maanden eerder gaf ook geen afwijkingen. De diagnoses hartfalen en atriumfibrillatie zijn hierdoor onwaarschijnlijk. Normale inflammatoire parameters en het ontbreken van een infiltraat op Rx thorax, maken een pneumonie onwaarschijnlijk. Een niet-infectieuze exacerbatie van COPD is een waarschijnlijke diagnose.

COMMUNICATIE NAAR DE PATIËNT EN BELEID

Na uitsluiten van een aantal belangrijke pathologieën blijft COPD over als meest waarschijnlijke diagnose. Pneumothorax, leukemie, anemie, longembool en acuut nierfalen zijn uitgesloten. De kans op een ritmestoornis of hartfalen is erg klein. Hiermee is de patiënt al een stuk geruster. Hij blijft onzeker en zou graag een meer

uitgebreide bloedafname willen. De vraag komt uit onrust, omdat zijn vrouw laattijdig is gediagnosticeerd. De huisarts legt uit dat hij eerst wil achterhalen of het geen COPD kan zijn. Een nieuwe bloedafname kan in een later stadium een vervolgstap zijn. De patiënt krijgt een korte uitleg over COPD, waarna een verandering van medicatie wordt besproken. Furosemide wordt gestopt en ventolin 3-4x/d inhalatie en prednisolon 30 mg 1x1/d voor zeven dagen worden gestart. Een controleafspraak over vijf dagen zal uitwijzen of wordt er verwezen voor longfunctieonderzoek met reversibiliteitstest. Bij gunstige evolutie onder medicatie is de diagnose COPD waarschijnlijker.

Na vijf dagen zijn de klachten van hoest, dyspnoe en oedeem sterk verminderd. De patiënt krijgt een verwijzing voor een spirometrie. De spirometrie is een onderzoek om na te gaan of er chronische longschade aanwezig is. De patiënt wordt na spirometrie gediagnosticeerd als een COPD Gold III, wat inhoudt dat er een ernstige vorm van longschade aanwezig is, vermoedelijk door de rokerscarrière.

DE BELEVING VAN DE PATIËNT

Tijdens het eerste consult merkte ik dat de patiënt duidelijk ongerust was. Nadat we de eerste resultaten besproken hadden, nam de geruststelling toe. Het consult erna bood nog meer geruststelling, aangezien de patiënt ervaarde dat de klachten minder ernstig waren, wat meer vertrouwen geeft in het eigen lichaam. De man lijkt niet ongerust over de mogelijke diagnose van COPD.

BESCHOUWING VAN DE ERNST VAN DE SITUATIE

In het eerste consult kon een ernstige oorzaak niet uitgesloten worden. De volgende dag werden een aantal acute, ernstige pathologieën minder waarschijnlijk bevonden. Op dat moment was een ernstige oorzaak nog steeds niet 100% uitgesloten. De klachten verbeterden en bij het derde consult was er geen sprake meer van een acute, ernstige situatie. Hierdoor was het niet aangewezen onnodige onderzoeken te verrichten om een ernstige oorzaak volledig uit te sluiten (als dat al mogelijk was...).

DE FACTOR TIJD

In het diagnostische traject was het belangrijk op korte tijd veel informatie te verzamelen om ernstige problemen uit te sluiten. Daarna werd een tijdsspanne gebruikt om het effect van een ingestelde behandeling te beoordelen. Hiervoor wordt gekozen omdat COPD, bij verbetering van de klachten onder therapie, geen acuut levensbedreigend medisch probleem is. Het is belangrijk de effectiviteit van de therapie te controleren, om mogelijke andere oorzaken van de klachten niet buiten beschouwing te laten en zeker de ‘waakvlammen’ in de gaten te houden. Door de verbetering van de klachten en het voortzetten van behandeling met ventolin, leek de patiënt op dat moment therapeutisch goed behandeld te zijn. Bij terugkerende klachten (dyspnoe, oedeem, moeheid of koorts), wordt de patiënt sterk aangeraden contact op te nemen, zodat de grip van de huisarts op de situatie niet vermindert.

EIGEN DENKPROCESSEN EN PERSOONLIJKE ONTWIKKELINGSPUNTEN

Voor het consult kreeg ik van mijn opleider een korte introductie over de achtergrond en het karakter van de patiënt. Ik heb vervolgens alleen de anamnese en het klinisch onderzoek gedaan en moest aangeven wat tot mijn differentiaaldiagnose behoorde. Ik had ook inbreng in de aanvullende onderzoeken die plaatsvonden en werd aangemoedigd de patiënt op te volgen en de literatuur erop na te slaan.

De resultaten en het beleid werd goed doorgesproken. Ik merkte dat mijn differentiaaldiagnose beperkt was en dat ik, zeker als het beeld onduidelijk is, het landschap breder moet houden. Ik was snel geneigd bij de triade dyspnoe, oedeem en vermoeidheid heel sterk aan hartfalen te denken. Een COPD-exacerbatie, met als achtergrond een patiënt met roken in de voorgeschiedenis, had ik niet zo hoog in mijn differentiaaldiagnose geplaatst. Misschien was er achteraf gezien initieel een beperkt hartfalen, gezien het oedeem. De testen waren echter geruststellend.

Het is belangrijk verbanden te zoeken tussen de mogelijke aandoeningen, we noemen dat multimorbiditeit. Zo kunnen cardiale factoren als hartkloppingen of ritmestoornissen en andere invloed uitoefenen op de longen en andersom. Hierin merk ik dat ik nog niet genoeg overzicht heb. Een duidelijk positief punt dat ik heb opgestoken tijdens het verloop van deze casus, is het belang als huisarts om je landschap overzichtelijk te houden en goed op te volgen.

De huisarts leerde me om zelf een beeld te vormen van wat er aan de hand was met de patiënt. Deze werkwijze vond ik goed: het geeft grip op de situatie en je bent hierbij voor de patiënt een steunpunt in het zorgsysteem. Dit lijkt me efficiënter dan de patiënt naar meerdere specialisten te verwijzen en de opvolging uit handen te geven. Ik wil later een soortgelijke werkwijze hanteren. Qua beleid heb ik geleerd hoe tijd te benutten en een gestructureerde volgorde in uitvoering van het beleid aan te brengen. Therapeutisch beleid is een minder sterk punt van mezelf, dus wil ik mezelf uitdagen dit beter uit te diepen in volgende casussen.



FOLLOW-UPCASUS

Er werd dus een instabiel COPD Gold III vastgesteld. Gezien de ernst van de klachten werd de patiënt wel naar een longarts verwezen om alles te controleren na verbetering van de klachten. Hieruit blijkt dat mijn oorspronkelijke nietpluisgevoel klopte en dat het niet om een banale klacht ging. Ik vind het goed dat er in de acute situatie actief gehandeld is om de oorzaak te achterhalen. Ik had echter niet aan een Gold III gedacht bij de klachtenpresentatie van deze patiënt. Dit zet me aan het denken over mijn inschattingsvermogen wat betreft COPD. Ook lijkt het mij raadzaam om tijdig longfunctieonderzoek te doen bij verstokte rokers.

EVALUATIE LEERPROCES

Aan de hand van deze casus ben ik weer een stap verder in het verbeteren van mijn diagnostisch denkproces. Valkuilen als een te beknopte differentiaaldiagnose, beperkt overzicht in overlap van verschillende mogelijke diagnoses en een foutieve inschatting van de ernst van de klachten, zijn leerpunten die ik graag wil verbeteren. Nu op naar een volgende casus om me in vast te bijten!

— Les in kleine groepen

Het CHA en het ICHO

Het vieren van mijlpalen is aangenaam en belangrijk voor het creëren van een succesvolle organisatiecultuur. Bovendien is het een goede gelegenheid om achteruit en vooruit te kijken: verder bouwen op de wortels van de eigen geschiedenis en ook energie putten uit de gemeenschappelijk gedragen uitdagingen voor de toekomst.

Een van de kenmerken die het CHA sieren en groot gemaakt hebben is, naast andere, de constructieve houding tegenover anderen, in het Interuniversitair Centrum voor Huisartsenopleiding (ICHOfzw), tegenover andere medische specialismen, andere disciplines, en Nederland. Bij de selectie van medewerk(s)ters werd ongetwijfeld rekening gehouden met het hebben van een open geest en een oprechte mensvriendelijkheid. Deze eigenschappen vormen immers een rode draad in de aanpak van het onderwijs en in de groepscohesie van het team met een duidelijke en gedeelde visie. Ondanks of juist dankzij de kleine interactieve groepen studenten heeft het CHA een pioniersrol kunnen spelen inzake communicatietraining en groepsmethodieken.

Een stevig fundament als springplank

Het zijn dezelfde sterktes die een stevig fundament vormen voor de uitdagingen van de volgende jaren: de curriculumhervorming naar 6+3 aangrijpen om van het medisch onderwijs een transformatieve opleiding te maken die daadwerkelijk een sterke, multidisciplinaire eerstelijnszorg in Vlaanderen zal uitbouwen. Net zoals een economische investering een hefboomeffect teweegbrengt voor een bedrijf, moet het potentieel van zoveel studenten en opleiders/begeleiders echt gebruikt worden als hefboom om een performantere gezondheidszorg in Vlaanderen te realiseren. Het CHA heeft een traditie om het beste uit elke student te halen via een persoonlijke en brede begeleiding en kan dus hopelijk al die bekende en verborgen competenties van studenten en begeleiders gericht aanwenden. Een goed evenwicht tussen 'verpampering' en responsabilisering zal wellicht continu aanpassingen vragen. Maar ook hier geldt het adagio "wie zaait, zal oogsten".

Een verdere goede samenwerking met alle betrokkenen en met het beroepsveld zal het 'lerend netwerk'

kunnen optimaliseren en zelfs verruimen tot een 'gezamenlijk onderzoeksveld'.

De opleidingspraktijken spelen een enorm belangrijke rol en verdienen veel aandacht van de universiteiten en de overheid als veranderingsfacilitator.

Een krappere budget, de stijgende hulpverleningsvraag en het dalend aantal zorgverstrekkers zullen er ongetwijfeld voor zorgen dat er verschuivingen in de takenpakketten komen. Maar ook hier zijn de troeven van het CHA veelbelovend: de essentiële waarden die ten grondslag liggen aan het succes uit het verleden zullen ook in de toekomst immers belangrijker zijn dan technieken op zich (waaronder medische spits technologie, management van de praktijken en cruciaal tijdsbeheer).

Het *liber amicorum* van Hugo Janssens droeg de titel 'een huisarts op de kentering der tijden'. Ook u, als betrokkenen van het CHA, kan mee een kentering waarmaken. Ik wens er u in elk geval veel plezier en succes mee!

Guy Gielis, directeur ICHO vzw

**VAN CHE GUEVARA
TOT GROEPSPRAKTIJK,
EEN (R)EVOLUTIE**

HANS ANTONNEAU

VAN EEN 'SOCIAAL' IDEE ...

Toen ik in de humaniora zat en al vastbesloten was om arts te worden, heb ik voor het eerst kennis gemaakt met het verschijnsel groepspraktijk van huisartsen. Ik kreeg de opdracht om een dissertatie te maken en koos voor een onderwerp in de tijdsgeschiedenis van intellectuele jongeren eind van de jaren 70 van vorige eeuw. We liepen allemaal, of velen toch, te koop met de revolutie van Mao Tse-Tung in China en diens rode boekje: de bijbel voor wie een overwinning van het proletariaat en “alle macht aan de arbeiders” nastreefde. Dat is wat onze generatie wilde. Gelijkheid voor iedereen.

... OVER HOBOKEN ...

De groepspraktijk van Geneeskunde voor het Volk in Hoboken, die vocht voor de arbeiders van Union Minière, stond voor velen van mijn leeftijdsgenoten gelijk met de strijd die Fidel Castro samen met de Argentijnse marxistisch-revolutionaire arts Che Guevara in Cuba had gestreden om dictator Fulgencio Batista te verjagen.

De artsen van de groepspraktijk koppelden de beoefening van de geneeskunde aan hun politieke strijd voor ontvoogding van en gelijke rechten voor de arbeiders.

Ik hield een schitterende spreekbeurt en toonde foto's van mijn helden, die zo dichtbij hun strijd voerden in Antwerpen.

Toen beseftte ik niet dat ik later huisarts zou worden en nog minder dat ik in een groepspraktijk zou werken. Het begrip groepspraktijk zou helemaal anders evolueren en niet absoluut staan voor politieke strijd.

In de loop van mijn studies geneeskunde en mijn carrière als arts, lesgever en stagebegeleider van studenten geneeskunde heb ik dit rechtvaardigheidsprincipe uit mijn jeugd altijd hoog in het vaandel gevoerd.

... EN BORGERHOUT ...

Terug in de tijd. Tijdens mijn opleiding maakte ik kennis met de universitaire groepspraktijken. Ze brachten huisartsen samen die een belangrijk deel van hun tijd wilden spenderen om studenten op te leiden. Consultaties werden opgenomen op video, we oefenden communicatie- en andere vaardigheden in rollenspelen.

Deze groepspraktijken waren de trendsetters voor een betere opleiding van de huisarts.

Studenten kregen hier een ander soort onderwijs. Ze maakten kennis met moderne onderwijstechnieken en leerden werken in kleine groepjes.

Ik denk dat hier de basis is gelegd voor de huidige groepspraktijken.

De generatie voor mij begon zich stilaan bewust te worden van enkele voordelen die het samenwerken in groep meebracht.

... NAAR BERCHEM ...

Eind jaren 70, begin jaren 80 ontstonden er een paar nieuwe groepen in Vlaanderen. In Antwerpen was dat, naast de toen Universitaire Groepspraktijk van Professor Hugo Janssens, de 'Huisartsengroep Fruithof'.

Deze laatste praktijk, waar ik via mijn stage ben binnengeslopen, is opgestart in de tijd van de plethora. Er waren te veel huisartsen en ze moesten allemaal te veel werken. Hun dagen begonnen vroeg en eindigden laat. Hun nachten waren kort en vaak onderbroken. Ondanks wachtafspraken die toen al bestonden onder de verschillende praktijken wilden de patiënten liefst hun eigen huisarts in het holst van de nacht aan hun ziekbed en geen “vreemde die hen niet kende”.

EEN H.O.E.D. AVANT LA LETTRE ...

Schoorvoetend en zonder enige ervaring hoe zo’n samenwerking moest verlopen zochten twee artsen (Frans Devenyns en Erik Rausenberger) contact met drie jongere, pas afgestudeerde artsen om in groep te gaan werken. Ze stelden een contract en samenwerkingsafspraken op die in vergelijking met wat er nu in groepspraktijken gebeurt *peanuts* waren. Er ontstond een samenwerking van *Huisartsen Onder Een Dak* met de afspraken die men daarvoor verplicht was te maken. Als solopraktijken. Het belangrijkste waren de financiële afspraken, de verdeling van de spreekuren en de regelingen rond de infrastructuur en het gebouw.

Langzaam begonnen meer huisartsen het pad van de samenwerking te bewandelen. Er ontstond een verscheidenheid aan samenwerkingsverbanden, waaronder de wijkgezondheidscentra, de duo’s, LAT-praktijken met samenwerkingsafspraken, maar ieder in zijn eigen praktijk.

EN E.B.M. AVANT LA LETTRE ...

In mijn groepspraktijk werden de banden nauwer. Stilaan begonnen we te denken en te praten over een gemeenschappelijke visie. Vele patiënten werden gedeeld, praktijkrichtlijnen ontstonden. EBM deed zijn intrede en was een bron voor discussie, een gemeenschappelijke medicatielijst (alias het formularium) werd met veel ijver opgesteld. Er werd veel pionierswerk verricht dat nu in de huisartsgeneeskunde als vanzelfsprekend wordt aangenomen.

Nu is het makkelijker geworden om NHG, Domus Medica, of andere richtlijnen te analyseren en te implementeren. Hetzelfde rond antibioticagebruik en Bapcoc. De wetenschap heeft zijn intrede gedaan in de huisartsgeneeskunde via meta-analyses die voor ons zijn uitgevoerd.

Aan de andere kant blijven de typische huisartsgeneeskundige karakteristieken als levensloopgeneeskunde, *care* en *cure* en het driesporenbeleid topics van navorming, die door de eigen groep in samenwerking met een andere groepspraktijk wordt georganiseerd.

NAAR EEN ‘SOCIALE’ HUISARTSENPRAKTIJK

Als je alle gemeenschappelijke activiteiten op een rij zet, dan lijkt het eindeloos.

Het medische instrumentarium wordt gemeenschappelijk. Er wordt gewerkt aan patiënteninformatie, preventiecampagnes worden op touw gezet.

Ook de begeleiding van de stagiairs en HAO’s verloopt nu op een meer gestructureerde en professionele wijze en moet beantwoorden aan onderwijskundig vastgelegde criteria.

Tegelijkertijd is er al geruime tijd in de huisartsgeneeskunde een zeer ingrijpende mentaliteitsverandering bezig. Huisartsen zijn niet meer de altijd en overal aanwezige ‘meneer dokter’. Het parttime werken heeft zijn intrede gedaan. Ook huisartsen kiezen bewuster dan ooit om een goed evenwicht te bewaren tussen werk, gezin en vrije tijd. Door in groep te werken kan deze doelstelling gemakkelijker bereikt worden.

De evolutie van de laatste jaren en het werken in groep heeft de huisartsgeneeskunde aan de ene kant een wetenschappelijke basis gegeven en aan de andere kant diverser gemaakt. De huisarts is op alle vlakken niet meer de ‘meneer dokter’ van vroeger.



Meer jonge vrouwen kiezen bewust om huisarts te worden. Door de moderne evolutie zijn ze niet meer afgeschrikt door de oude doembeelden die iedereen kent.

Om deze veelheid aan taken te kunnen uitvoeren moeten ze in een groepspraktijk verdeeld worden over alle artsen. Op die manier ontstaat er automatisch een specialisatie in de verschillende mandaten. Dit is een logische stap: niet iedereen kan alles doen. Ook voor de zorg van patiënten met specifieke pathologie, zoals diabetes, nierfalen, en dergelijke is er een taakverdeling. Dit is een trend die zich in de toekomst zeker zal verderzetten.

In een kwaliteitsbewuste groepspraktijk spenderen huisartsen veel tijd aan werk dat, zoals de patiëntencontacten, niet rechtstreeks financieel vergoed wordt. Gelukkig zijn er nu de vergoedingen voor GMD, EMD en Impulseo. Loon naar werken. Samenwerken heeft de huisartsgeneeskunde opgetild tot waar ze nu staat. Onze generatie heeft daar een steentje toe bijgedragen.

— Het onthaal van de groepspraktijk Fruithof

**EEN GROEPSPRAKTIJK
ALS HUISARTSEN-
LABORATORIUM**

LEO SCHILLEMANS



Van in 1976 bouwde Prof. Hugo Janssens aan een andere droom: een groepspraktijk om evoluties in de huisartsgeneeskunde aan de realiteit te toetsen. Het basisidee was om de (toen) hopeloze verdeeldheid van het huisartsenwereldje op te lossen door van de grootste vijand (de collega om de hoek) de grootste vriend te maken. Hoewel... echt vrienden moesten ze nu ook weer niet zijn, want die “sparen” mekaar teveel tot als “de bom barst”. Bovendien: (grote) verschillen zijn welkom. De patiëntenpopulatie is namelijk ook heterogeen. Een minimum bestond uit een gemeenschappelijk dossier om voor elkaar te kunnen inspringen, een wekelijks overlegmoment om groeikansen te detecteren en... secretaresses. Hugo Janssens stelde dat drie vierde van de grote fouten die huisartsen begingen te voorkomen waren door secretaresses die een betere agenda, een beter dossier en een

gedeeltelijk doorbreken van de *colloque singulier* met zich meebrachten. Een groep moest ook meer dan drie leden bevatten om het stereotiep ouders-met-kind te omzeilen en een stevige wortel hebben in de lokale gemeenschap.

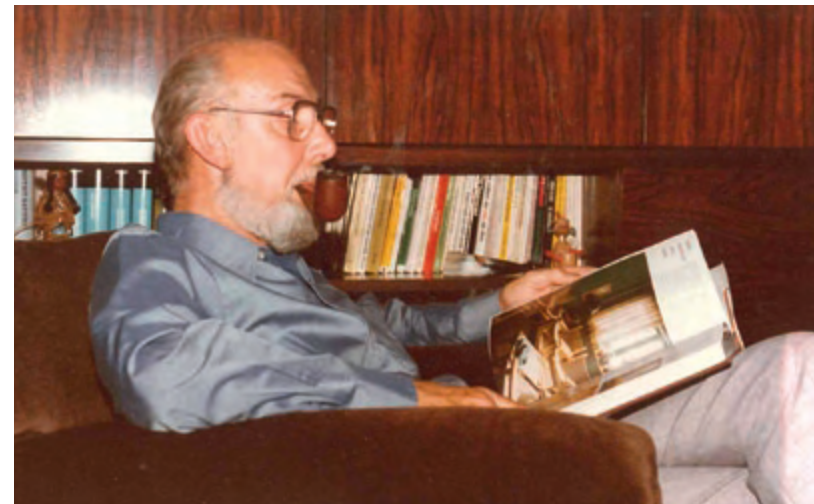
Als eerste doelstelling moest de groep stageplaatsen creëren waar jonge artsen een veilige confrontatie konden aangaan met de realiteit van het beroep. Belangrijk was dan wel dat de groep een organische samenstelling en groei had en niet kunstmatig werd opgebouwd vanuit de universiteit. Terugkijkend op die realiteit werden een aantal knelpunten duidelijk. Om zelf een wachtdienst te verzekeren bleek de groep te kleinschalig. Gelukkig namen de huisartsenkringen initiatieven om betrokkenheid van en comfort voor de artsen te verbeteren. Infrastructuur en secretaresses waren slechts haalbaar zolang de UA



de groep rechtstreeks financieel steunde. Bij het verminderen van die subsidie kwam de groep enige jaren in ademnood tot Impulseo 2 kwam helpen. Van Impulseo 1 heeft niemand binnen de groep ooit kunnen genieten.

De tweede doelstelling was om diverse multidisciplinaire samenwerkingspatronen uit te proberen. Kinesisten konden in deze armere omgeving niet gedijen: patiënten hadden andere prioriteiten. Diëtisten hadden hetzelfde probleem: goedkope voeding staat vaak diametraal op gezonde voeding. In het kader van het zorgtraject diabetes zijn nu wel diëtisten beschikbaar voor iedereen, maar ook weer op het niveau van de huisartsenkring, niet van één praktijk. Voor verschillende psychologen en psychotherapeuten was de groep een springplank naar plaatsen die financieel veiliger en maatschappelijk invloedrijker waren. Pas recent zijn er instanties die ook psychotherapie (terug)betalen en zijn deze samenwerkingen stabiel. Het maatschappelijk werk voelde zich machteloos ten opzichte van de 'ingebouwde' collega's (in OCMW, ziekenfonds, vakbond, enz.) en wou niet langer doorgeefluik zijn. Het tijdrovende sociale werk wordt

sindsdien door de artsen zelf gedaan. De Arabische tolk bewees haar nut en het samenwerkingsmodel werd opgepikt door de 'interculturele bemiddelaars'. De veranderingen in de instroom maken dat een 'eentalige' tolk niet meer zinvol is en dat initiatieven zoals BABEL een noodoplossing moeten bieden. Het 'labomodel' vond ook beperkte navolging. De KUL was ons voor en de RUG hanteert een ander format, maar verspreid over Vlaanderen ontstonden vanuit de huisartsen zelf meerdere grote groepen die hun stempel drukten in tijdschriften, symposia, prijzen en de media. Dichtst bij ons deed de groep Fruithof baanbrekende research op het vlak van onderwijs- en opleidingstechnieken. Ten slotte nog vermelden dat de hier ontwikkelde organisatorische en financiële structuur van de groep buiten ons weten door accountants en fiscalisten verspreid wordt als *the best choice*.



De derde doelstelling was, indien mogelijk, verbeteringen aan te brengen aan bestaande therapieschema's. De opvang van Arabische minderheden, van matig psychiatrisch gestoorde patiënten, van drugverslaafden, van importpathologie en het verbeteren van zorgkwaliteit door discussie in kleine groepen, werden het onderwerp van verschillende publicaties of leverden ideeën en/of materiaal aan diverse eindwerken en doctoraten. De stroom van letters en cijfers is de laatste jaren door de paradigmashift wat opgedroogd. Inductief onderzoek krijgt men aan wetenschappelijke tijdschriften niet meer kwijt: die focussen alleen nog op *double-blind-cross-over-studies*. De oudere artsen hebben het moeilijk met placebo's in de eerste lijn. Recent is er echter vrij plots een verjonging gekomen van het artsenbestand in de groep. Acht jonge collega's met een heel andere opleiding en visie staan klaar. Als we goed naar hen luisteren komt er waarschijnlijk een heel nieuwe stroom van methodologieën en inzichten tot stand.

MULTICULTI IN DE GROOTSTAD

LOUIS FERRANT, KRISTIN HENDRICKX

FATIMA, PATIËNTE

Mei 2012: tegenover mij zit Fatima, een Marokkaanse vrouw van 62 jaar. Ze is vergezeld door haar dochter Halima, die dienst doet als informele tolk en verpleegster in een universitair ziekenhuis.

Fatima is een van de weinige Marokkaanse vrouwen van de eerste generatie bij wie vijftien jaar geleden een borsttumor ontdekt is, van wie de borst is afgezet en die nu door de specialisten genezen is verklaard. Ze heeft ook een insulineafhankelijke diabetes type 2, die in een diabetesconventiecentrum wordt opgevolgd, maar de motivatie van de patiënte om tot een goede suikerspiegel te raken is zeer laag.

Ze dweilt daarentegen de laatste maanden alle spoeddiensten af met een crisis die haar dochter als volgt beschrijft: “Mijn moeder krijgt plots hevige buikpijn. Ze heeft het gevoel dat er een knoop is in haar ingewanden. Daarop begint ze te braken en deze crisis eindigt met een ‘migraineaanval’ die de hele dag aanhoudt”.

Ze heeft alle onderzoeken ondergaan en er werd niets gevonden, de specialisten zeiden haar dat het om een spastisch colon ging. Fatima vraagt via haar dochter of er geen ‘camerapil-onderzoek’ zou kunnen plaatsvinden, omdat ze ervan overtuigd is dat ze een tumor in de dunne darm heeft.

ELLEN, STUDENTE

Ellen, de studente master 2, die naast mij zit, heeft alles wat er gezegd is ijverig genoteerd en ik vraag haar hoe zij deze patiënte nu zou kunnen helpen. Ze zegt dat zij dit uit handen zou geven en een specialistisch advies zou aanvragen. Ik vraag haar wat ze zou moeten weten en kunnen om als huisarts deze ‘knoop’ te kunnen ontwarren.



Het komt er stilaan uit: kennis over de context waarin deze vrouw leeft en over haar denk- en gevoelswereld, de manier om met deze vrouw te kunnen communiceren en de kunst om empathie te laten ontstaan in deze raadpleging.

DRIE PIJLERS VAN EEN CONSULT

De drie pijlers, kennis, vaardigheden en attitudes vormen inderdaad de basis van de interculturele competentie.

Bij de start van het centrum voor huisartsgeneeskunde werd er met geen woord gerept over het belang van cultuur in de geneeskunde. Nochtans waren er sinds 1960 grote groepen Noord-Afrikanen en Turken als zogenaamde ‘gastarbeiders’ in onze praktijken aanwezig. Blijkbaar was er geen nood aan extra aandacht en vorming voor deze patiënten.

Het dient gezegd dat er even weinig werd gesproken over de financiële implicaties van ons beleid: “wat nodig was, moest kunnen”.

De eerste stappen om bij chronisch onverklaarde maagklachten bij migranten een antwoord te vinden werden in de jaren 80 in ons centrum gezet. Men kwam tot een antropologisch onderbouwde theorie van verschillende types maaglijders. Een theorie die echter uit onverwachte hoek een stevige kritiek kreeg: maaglijden was een infectieziekte veroorzaakt door een bacterie, *Helicobacter pylori*, die sindsdien kost wat kost moet uitgeroeid worden. Deze ontzuivering ging gelukkig gepaard met het inzicht dat cultuur een belangrijker rol bleek te spelen in de dagelijkse praktijk en zo kon een vak als Cultuur en gezondheid in het begin als keuzevak enkel voor huisartsen en nadien als keuzevak in master 2 voor alle studenten en nu sinds 2010 als verplicht vak in master 1 aangeboden worden. Binnen de lijn communicatie zijn er op verschillende momenten van de opleiding trainingen om het omgaan met ‘vreemde’ patiënten te verbeteren.

Op basis van getuigenissen van stagiairs in huisartspraktijken en ziekenhuizen blijkt dat er verschillende knelpunten bij migranten en etnische minderheden bestaan waartegen de student zich bij het begin van zijn opleiding onvoldoende gewapend voelt: taal, gedrag/ lichaamstaal/verwachting naar de zorg, waarden/normen, racisme/ vooroordelen, ziekteperceptie, religie, kennis over gezondheidszorg-systeem, socio-economische factoren, drempel om zorg te zoeken en therapietrouw. Dit zijn de hindernissen die in een crosscultureel consult genomen moeten worden.

ZIJN ONZE STUDENTEN NU VOORBEREID?

In principe wel, maar een kritische blik naar onze opleiding leert ons dat we nog een heel eind weg moeten afleggen alvorens te geraken tot een ‘inclusief’ onderwijs. Dit houdt in dat er een opbouw bestaat van de leer- en oefenmomenten en dat deze momenten van ‘culturele’ confrontaties zouden moeten doorsijpelen tot in de grote klinische vakken.

Zo blijkt uit de literatuur dat integratie in heel het curriculum te verkiezen is boven een vak of keuzevak. De bedoeling zou moeten zijn om te komen tot een verticaal geïntegreerd curriculum waarbij de student in de bachelorjaren kennis opdoet en aan attitudevorming doet en zich later in de bachelorjaren via een divers aanbod van leermiddelen (zoals rollenspel en videoconsultaties) een aantal vaardigheden eigen maakt.

Het integreren van diversiteit in de klinische lessen veronderstelt een culturele competentie bij alle lesgevers. Studenten worden zo geconfronteerd met een aantal rolmodellen, voor wie de diversiteit in onze gezondheidszorg een evidentie is.

De focus moet daarbij steeds liggen bij de individuele patiënt en niet op de stereotiepe ideeën die over een bepaalde cultuur in de bevolking leven.

De doelstelling is te komen tot cultureel competente artsen. Culturele competentie wordt omschreven als het geheel van kennis, attitudes en vaardigheden die een hulpverlener nodig heeft om adequate zorg te verlenen aan patiënten met diverse etnische achtergronden.

De beste leerschool blijft de huisartspraktijk in de grootstad, waarbij de student onder begeleiding van zijn stagemeeester elke dag de gelegenheid krijgt zich te bekwamen tot een cultureel competente

arts. Hij/zij zal dan voorbereid zijn om de vreemde patiënt met zijn vreemd verhaal beter te verstaan en voort te helpen.

ETHAN

In mei 2013 komt Ethan op raadpleging, een Afghaanse vluchteling die gedurende zijn vlucht naar het westen twee dagen en nachten doorgebracht heeft op het dak van een trein. Hij komt aan in Duitsland, waar hij uitgewezen wordt, en woont nu illegaal in België.



Zijn klachten: “elektriciteit in de vingers” en hoofdpijn. Hij lijdt aan een posttraumatisch stresssyndroom, waarbij hij regelmatig de pijnlijke gebeurtenissen uit het verleden herbeleeft. Ellen, de studente, nu in master 3, stelt, een jaar na haar contact met Fatima, de diagnose na een anamnese via een videoconsult met een Afghaanse ICB (intercultureel bemiddelaarster). Zij stelt een verwijzing voor naar een gespecialiseerd centrum voor geestelijke gezondheidszorg.

Leren werken met verschillende groepen migranten gebeurt hier door kennis van de achtergrond van deze patiënt, van zijn sociaal-economische toestand (onregelmatig zwart werk), van het recht dat hij heeft op dringende medische zorg, maar ook van de vaardigheid om met de man via aangepaste hulpmiddelen te communiceren. Een project voor consultatie via video staat nu weliswaar nog in zijn kinderschoenen en de meeste huisartsen kunnen slechts een beroep doen op een tolkentelefoon.

De diversiteit groeit in onze samenleving, of we het nu willen of niet. In onze onderwijsopdracht is een mogelijkheid een coördinator aan te stellen voor het longitudinaal thema diversiteit. De uitspraak van de Franse filosoof Pierre Bourdieu lost niet alles op, maar kan inspirerend werken: “La différence crée le sens”.

WACHTPOSTEN EN HET CHA

ROGER RENDERS

CONTINUÏTEIT

Huisartsen moeten continuïteit verzekeren, dat staat in de wet. Vroeger stonden alle huisartsen daar individueel voor in, maar dat is niet langer mogelijk en wenselijk. Huisartsgeneeskunde wordt steeds meer samenwerken. Een van de nieuwste en krachtigste ontwikkelingen, eerst in het Verenigd Koninkrijk en Nederland, later in Denemarken en nu in veel andere Europese landen, zijn de huisartsenwachtposten.

DEURNE IS PIONIER EN HET CHA ONDERSTEUNT

Op 23 juni 2003 opende in Deurne, in navolging van andere Europese landen, de eerste wachtpost in België. Voor een lokale huisartsenkring met een 100-tal huisartsen in Deurne en Borgerhout was het een hele uitdaging om dit project te realiseren. Verschillende mensen en instanties moesten overtuigd worden. Gelukkig hadden we de volledige steun van het CHA van de Universiteit Antwerpen en van de federale overheid.

Het wachtpostmodel biedt een oplossing voor tal van problemen die zich stellen bij wachtdiensten in de eerste lijn, zoals die tot dan vanuit de privépraktijk werden opgezet. Een bewijs hiervan is de spectaculaire stijging van het aantal wachtposten in België. Vanaf het begin sprong het CHA mee op de kar om via onderzoek en dienstbetoon ondersteuning te bieden. Een toenemende stroom van onderzoeksgegevens en artikelen ondersteunt dan ook de verdere uitwerking van ons model.

50 EN 20 EN EEN OVERKOEPELENDE ORGANISATIE

121

Momenteel zijn er een vijftigtal wachtposten en staan er nog twintig wachtposten op stapel. Dat de overheid te vinden is voor het model van de wachtposten mag blijken uit de budgetten die ervoor worden uitgetrokken.

Om onszelf beter te organiseren werd ook Wachtpost Vlaanderen opgericht, met een coördinerende en ondersteunende taak. Hier worden bijvoorbeeld strategische zaken besproken zoals de betaling van de infrastructuur van de wachtposten en dergelijke.

Het wachtpostmodel beantwoordt niet alleen aan de terechte maatschappelijke vraag naar een professionele medische opvang buiten de kantooruren, maar heeft ook binnen de beroepsgroep een nieuw elan van samenwerking gelanceerd. De kringen en de huisartsen bewijzen dat zij heel wat kunnen realiseren in de eerste lijn.

De organisatie straalt af op de gehele eerste lijn. Huisartsen zien dat een moderne organisatievorm misschien ook kan worden toegepast in hun eigen praktijk en trekken steeds meer hulppersoneel aan. De lokale multidisciplinaire netwerken en de organisatie van zorgtrajecten worden bijvoorbeeld dikwijls gehuisvest in de lokalen van de wachtposten. Hierdoor krijgt het publiek een sterk beeld van een georganiseerde eerste lijn, waar het in eerste instantie een beroep op doet.

10 JAAR JONG EN VEEL TOEKOMST

Onze eerste wachtpost in Deurne Borgerhout is nu bijna tien jaar jong. We zijn heel nieuwsgierig naar de komende ontwikkelingen en werpen enkele vragen op: meer uitgebreide triage aan de telefoon, schaalvergroting tijdens de nachten (als er weinig oproepen zijn), of juist niet? En wat is de rol van een eigen bijdrage en contante betaling op de geleverde zorg en kwaliteit?

Allemaal vragen waar wij in Vlaanderen aan werken. De samenwerking tussen de huisartsen aan de basis en de wetenschappelijke equipe heeft nog veel in petto!



HET VLAAMS
PATIËNTENPLATFORM VZW
ILSE WEEGHMANS

DE PATIËNT VROEGER EN NU

De huisarts en huisartsenpraktijk zagen er veertig jaar geleden anders uit dan nu, en ook de patiënt is anno 2012 niet meer dezelfde als toen. Patiënten zijn mondiger geworden, willen betrokken worden in hun zorg en mee regie en verantwoordelijkheid opnemen. Dit is niet altijd eenvoudig, want het vraagt ook een andere houding van de huisarts.

In de loop der jaren is de relatie tussen patiënt en huisarts meer en meer uitgegroeid tot een wederzijdse vertrouwensrelatie. Zeker voor mensen die chronisch ziek zijn, is het belangrijk dat ze een ankerpunt hebben, iemand die hen niet enkel als een medisch object ziet, maar samen met hen het hele traject aflegt.

Dit jaar organiseert niet alleen het CUA een verjaardagsfeestje, ook de wet op de rechten van de patiënt mag tien kaarsjes uitblazen. Iedereen wordt ondertussen verondersteld om die rechten te kennen en toe te passen. Over huisartsen worden er relatief weinig klachten in verband met de rechten van de patiënt ontvangen. Dat kan uiteraard te maken hebben met een ombudsdienst die zich ergens ver van het bed van de patiënt in Brussel bevindt, maar toch vooral met de goede relatie die patiënten hebben met hun arts. De vrije keuze van de patiënt speelt hierbij ook een rol, want als je niet tevreden bent, kan je nog altijd veranderen.

DE PATIËNT EN INFORMATIE

“Dokter, ik heb gisteren op het internet gevonden dat...” De patiënt is niet alleen mondiger geworden, maar heeft ook meer toegang tot informatie dan vroeger. Het is belangrijk dat je als huisarts de dialoog aangaat met je patiënt. Patiënten hebben nood aan kwaliteitsvolle en betrouwbare informatie, zowel *evidence based*, als *experience based*. Ik hoef niet te vertellen dat je op internet veel ‘brol’ vindt, maar als huisarts sta je open voor de bekommernissen en voorkeuren van de patiënt, luister je, maar geef je bovenal ook gericht informatie over mogelijke behandelingen, risico’s, nevenwerkingen en de mogelijke evolutie van de ziekte. Desondanks blijft de informatieasymmetrie bestaan. Aan de huisarts de opdracht om deze te overbruggen, zodat de patiënt samen met hem of haar tot een doordachte keuze in de zorg kan komen.

KWALITEIT EN CONTINUÏTEIT VAN ZORG

Heel veel mensen zijn tevreden over hun huisarts. Raar maar waar kan je als patiënt op dit moment slechts een beperkt oordeel geven over de kwaliteit van de zorgverlening, namelijk of je huisarts vriendelijk is en of de infrastructuur oké is. De wet op de patiëntenrechten benadrukt met het recht op kwaliteitsvolle dienstverlening nochtans het belang van goede zorg. Meer en meer duiken websites op die patiënten aanmoedigen hun ongezouten mening te geven over hun zorgverleners. Het VPP moedigt deze initiatieven niet aan. Wat we wel wensen, is dat er in de nabije toekomst ‘gemeten’ en dus ook ‘geweten’ wordt in de eerste lijn, zoals dit nu al gebeurt in de ziekenhuissector. Hoe kies je als patiënt je huisarts, wanneer je pas verhuisd

bent naar een nieuwe stad? Je vraagt aan je familie of buren of zij ‘iemand goed’ kennen. En dan zit er niets ander op dan uitproberen. Wat ‘kwaliteit meten’ betreft, en dit zowel op klinisch vlak als op het vlak van geobjectiveerde patiëntenervaringen, is er nog een hele weg af te leggen. Het Vlaams Patiëntenplatform vzw (VPP) wil hierover graag met huisartsen de dialoog aangaan om dit op te pakken en uit te werken.

De kwaliteitsmeting in eerste lijn helpt patiënten ook bij de uitoefening van hun recht op vrije keuze van zorgverlener. Het VPP vindt deze vrije keuze belangrijk en benadrukt hierbij ook de aandacht voor de continuïteit van de zorg. Een GMD werd ooit ingevoerd om die continuïteit te bewerkstelligen. Soms wordt dit een echt kwaliteitsinstrument, in andere gevallen niet: alles staat of valt met de huisarts(praktijk).

TOEGANG TOT DE EERSTE LIJN

De eerste lijn is in Vlaanderen helaas niet altijd zichtbaar en daardoor niet toegankelijk. Toegang tot eerstelijnszorgen is erg belangrijk om erger te voorkomen en om ons gezondheidssysteem niet op kosten te jagen. Nog altijd weet niet iedereen dat de huisarts een eerste aanspreekpunt zou moeten zijn. Daarbij spreken de cijfers van oneigenlijk gebruik van de spoeddiensten in ziekenhuizen boekdelen. Een veralgemening van het derdebetalersysteem bij huisartsen zou een eerste – financiële – drempel kunnen wegnemen. Jammer genoeg ervaren we op het VPP nog steeds dat mensen op het einde van de maand gezondheidszorg uitstellen. Alle ons omringende landen werken met een systeem van derdebetalen. Wat is er nodig om dit ook

bij ons in te voeren? Ik vermoed vooral veel vertrouwen en politieke moed, want de technologie is er blijkbaar klaar voor.

DE HUISARTS EN ZIJN COMPUTER

Nu het overgrote deel van de huisartsen(praktijken) overgeschakeld zijn op een elektronische versie van hun patiëntdossiers, zet de elektronische gegevensuitwisseling vandaag zijn eerste stapjes: e-health, vitalink, met als eerste project de ‘gedeelde’ medicatieschema’s... Het vraagt van huisartsen een zekere discipline bij het invoeren van gegevens. Een onvolledig patiëntendossier heeft immers gevolgen voor collega-zorgverleners die samen met en na jou de patiënt verder met zorg omringen. Denk maar aan een volgende ‘Mexicaanse griep’ situatie waarbij huisartsen met één druk op de knop risicopatiënten uit hun pc moeten halen.

DE HUISARTS EN DE PATIËNTENVERENIGINGEN

Veel eerstelijns werkers zijn niet op de hoogte van wat een patiëntenvereniging doet en kan betekenen voor een patiënt. Regelmatig moeten we nog ontcrachten dat in een patiëntenvereniging enkel maar geklaagd wordt bij een kop koffie. Dit beeld is, net als dat van de huisarts waar je om trouwadvies ging vragen, wat ons betreft al lang voorbijgestreefd. Patiëntenverenigingen geven patiënten ontzettend veel informatie. Dit kan gaan om klinische informatie, gecheckt door hun medische raad, maar ook om informatie over kwaliteit van leven. Hoe zet je bijvoorbeeld je leven verder met een stoma, hoe ga je zwemmen, wat mag je eten en wat betekent dat voor je relatie?



— Cartoons uit de patiëntenbrochure van het Vlaams patiëntenplatform

Meestal zijn dit vragen waarop een arts het antwoord schuldig moet blijven. Het is informatie die je wel van lotgenoten verneemt en die je helpt om kwaliteitsvol verder te leven en je ziekte een plaats te geven. Patiëntenverenigingen vervullen daardoor eveneens een preventieve rol. Patiënten herkennen vlugger symptomen waardoor ze sneller naar een arts stappen om erger te voorkomen.

En wat doet de huisarts in dit verhaal? Wel, hij verwijst door naar de juiste vereniging of zelfhulpgroep die hij, alfabetisch gerangschikt, terugvindt op www.zelfhulp.be. Dat is trouwens nog een bijkomende reden om te feesten want het Trefpunt Zelfhulp viert dit jaar zijn dertigjarig bestaan. Drie feestjes op rij dus... wat een leuk werkjaar!

**LIESBETH VERPOOTEN,
JONGE VROUW
EN HUISARTS:
EEN INTERVIEW**

ROY REMMEN

Sinds jaren is het aantal vrouwelijke studenten geneeskunde in de meerderheid. Ook in de huisartsenopleiding zien we die trend. De vervrouwelijking van het beroep is een feit. Wat betekent vrouw zijn in de grootstad voor je privéleven, je praktijk en je werk? Tijd voor een frisse blik op Antwerpen Noord, tot voor kort een achtergestelde wijk, maar door het stedelijk beleid waait er een nieuwe wind. We gaan op bezoek bij Liesbeth Verpooten, die zeven jaar geleden als arts afstudeerde. Ze is inmiddels vijf jaar huisarts, waarvan drie jaar gevestigd in de Schijnpoort, een vergeten stadspareltje geprangd tussen dokken, het oude slachthuis en doorsneden door twee spoorwegen. Liesbeth vestigde zich daar met een jaargenoot in een oud hoekhuis. Ze heeft een dochtertje en is samen met Roy, die in de artistieke sector werkzaam is. Ik ken haar omdat ze in een les over de werksituatie van huisartsen haar steentje bijdraagt aan studenten van het vijfde jaar.

VROUW EN HUISARTS

“Vanaf het moment dat ik begon met geneeskunde heb ik altijd al huisarts willen worden”, zegt ze, wanneer ik vraag waarom ze dit vak koos. Ze had gedurende verschillende jaren heel goede punten en een opleidingsplaats als medisch specialist bemachtigen zou helemaal geen probleem geweest zijn. We praten wat over de vreemde gedachte dat een medisch specialist wel wat meer status heeft, maar dat dit ook door de media zo rechtgehouden wordt. Dat geklaag over het tekort aan huisartsen en het opheffen van de *numerus clausus* zet helemaal geen zoden aan de dijk. Het is helemaal niet zeker dat je dan meer huisartsen krijgt. “Ik heb het altijd raar gevonden dat er zo weinigen van mijn medestudenten kozen voor het plezier om zelf je praktijk op

te bouwen. En het kunt regelen zoals je zelf wil. Heerlijk toch?”, stelt ze enthousiast.

“Misschien selecteren we in het begin wel niet de juiste studenten”, overwegen we samen. Voor de job van huisarts moet je, net als bij andere specialisaties, andere vaardigheden hebben. “Ik stond op het punt eerst naar Zuid-Afrika te trekken en zou daar in een project kunnen werken. Maar uiteindelijk heb ik dat niet gekozen. Het project bleek niet echt overeen te komen met wat ik wilde, namelijk zelf iets uitbouwen.”

VROUW IN DE GROOTSTAD

“Toen ik als huisarts afstudeerde, was ik samen met twee collega’s van plan een nieuwe praktijk te beginnen. We hebben er bewust voor gekozen om in deze buurt een praktijk te starten. De onderste verdieping van dit huis was te koop en we hebben het gekocht met een vestigingspremie van de overheid.” Tevreden kijken we rond naar de spreekkamer met de hoge plafonds. De drukke stad is er ver weg. Ik zie dat hier een vrouwenhand bezig is geweest. Mijn blik valt op kleurig klein speelgoed.

“We zien hier veel allochtonen, en je moet het wel leuk vinden om daar wat tijd in te steken”, zegt ze. Als ik vraag of ze zich wel eens bedreigd voelt, komt er een brede lach. We hebben slechts één keer de politie nodig gehad. En dat was voor een psychotische patiënt. Dat had niks te maken met de buurt en de mensen die er wonen. “Weet je wat, we zijn hier graag gezien (haar ogen blinken). Als de lichten aan

blijven, bellen de mensen ons op om dat te melden. De buurt houdt een oogje in het zeil.”

TOEKOMST: KLEIN IS MOOI

In de praktijk zijn er nu, na drie jaar, 2300 patiënten. Ik tel door en geef als suggestie dat er dat dus over een paar jaar een dikke 5000 zijn. “Maar zo zien we dat niet”, stelt ze gedecideerd. Wij willen geen grote mastodont worden. We willen uiteindelijk met een drietal fulltimers de praktijk runnen. Nu kunnen we het nog niet betalen, maar wanneer het mogelijk is, trekken we een secretaresse aan en dan zal het allemaal wat rustiger worden, zonder telefoons tijdens het spreekuur.

“We willen graag huisartsen opleiden. De eerste sollicitatieronde is net afgewerkt en we hebben unaniem gekozen voor een man uit 34 kandidaten. Veel mensen willen in de stad komen werken. We hadden gedacht dat het vanzelfsprekender zou zijn dat er een derde vrouw bijkwam, ook omdat er veel meer vrouwen dan mannen onder de sollicitanten waren. Maar uiteindelijk hebben we besloten dat geslacht voor ons geen belangrijk selectiecriteria was en hebben we gekozen voor iemand waarvan wij denken dat die het best in onze praktijk past. Maar nu zijn we zeker van de juiste keuze.” Ook als ze binnenkort op zoek gaan om het secretariaat te bemensen, kan het zijn dat ze voor een man kiezen.



— Liesbeth Verpooten

Even kijken hoe het de huisarts in opleiding bevalt.

“Ikzelf heb als HAIO het geluk gehad mijn opleiding in twee verschillende goede praktijken te kunnen volgen. Het eerste jaar kwam ik in een zeer grote groepspraktijk terecht met ook enkele paramedici en een groot uitgebouwd secretariaat. Daar heb ik gezien dat er veel tijd kruipt in het vergaderen en het managen van zo’n praktijk. Tijdens mijn tweede HAIO-jaar werkte ik in een kleinere groepspraktijk midden in de stad. Hier voelde ik toch dat dit meer aansloot bij wat ik later zelf wilde. Wij hebben hier heel goede relaties met de

verpleegkundigen, maatschappelijk werkers, kinesisten en psychologen. Goed geregeld zo, juist omdat we zo klein zijn.”

EEN LEUKE MIX EN ROLMODEL

Naast het werk in de praktijk doen de twee huisartsen nog eerstelijns-werk in de psychiatrische afdeling van het ziekenhuis. Ook houden ze prenatale raadplegingen voor een minder bedeed cliënteel. Dat centrum wordt door de overheid gesubsidieerd.

“Net die vrijheid om een leuke werkmix samen te stellen, maakt het leuk om dit vak te doen.” Liesbeth werkt ook nog in de opleiding Geneeskunde als medewerker van het communicatie-onderwijs. Veel van de studenten krijgen zo, tussen duim en wijsvinger heen, deze boodschap mee. Ook in de praktijk zien ze veel van onze studenten. “Ze stellen veel vragen en dat houdt mij ook bij de les.” (pauze) “En ik vertel hen ook dat we hier niet hele dagen *snottebellen* zien! We zien veel en grote pathologie en je moet gewoon een goede dokter zijn!”

TIPS VOOR HET CENTRUM

Ik vraag haar twee gouden tips te formuleren voor onze rol als academisch centrum. Wie kan ons beter informeren dan de pas afgestudeerde huisarts in het veld?

“Jullie zijn goed bezig, maar je moet nog meer enthousiasmeren voor dit superleuke beroep. Op elke bijeenkomst van huisartsen hoor ik de doemverhalen dat we straks met te weinig zijn en dat de leeftijd van de huisartsen gemiddeld bijna zestig jaar is. Jullie moeten helpen de studenten geen angst in te boezemen!” Nou, die kan tellen. We kunnen het dus nog beter doen!

“Het is leuk om stagiairs te hebben. De huisartsen waar die stagiairs terecht komen zou je nog beter kunnen informeren op voorhand. Zo krijgen ze een duidelijk beeld krijgen van wat de studenten op dat moment kennen en kunnen en wat ze nog moeten leren. Op die manier kunnen wij hen een beter aangepaste praktijkopleiding geven. Ik besef wel dat de organisatie niet gemakkelijk is, en wij zijn soepel. Studenten zijn en blijven studenten en je moet hen heel duidelijk wijzen op wat te doen.” Twee nul dus. Studenten brengen veel tijd door op de stageplaatsen en blijkbaar kunnen we het leerrendement vergroten.

Als ik na het interview de praktijkdeur achter me dichttrek, bedenk ik dat ik me hier als patiënt goed zou voelen. Ik maak nog een laatste aantekening op mijn smartphone. Een jonge man met een zwart kleed stapt op me af. “Dat huis wordt toch niet verkocht, he? Die mensen doen goed werk hier.” Intussen is er heel wat volk bij komen staan, waaronder een studente met een cursustekst, vol met fluo aantekeningen. Ik stel hem gerust en zeg dat ik nu even journalist ben. Ik maak nog een praatje met de mensen die de hele buurt goed kennen en er soms een heel leven wonen. “Sinds de dokters hier zijn, mijnheer, gaan we niet meer naar *de spoed* van Stuyvenberg.” Dat is misschien het mooiste compliment dat de jonge vrouwelijke artsen kunnen krijgen. Ze zijn een rolmodel voor onze studenten en collega’s.

VAN VOOR DE WIEG TOT NA HET GRAF

PATRICK WYFFELS

Ik denk aan Bertha, en aan haar laatste woorden. “Bedankt voor alles wat *ge* voor mij gedaan hebt.” Ze kijkt me aan, met haar hondstrouwe ogen. In het huis waar eens zoveel mensen steeds maar door mekaar praatten, ontstaat een bijzondere stilte. Onze ogen worden glazig.

Ze zegt dan nog eens hetzelfde. “Bedankt voor alles wat *ge* voor mij gedaan hebt.” En knikt. Dat doe ik ook, en we ervaren dit als een afgesproken teken. Dat dit haar laatste woorden waren, raakt me zo diep als enigszins kan, op de drempel van het einde. Op de drempel van de eeuwige stilte. In dit huis zal ik later niets meer horen.

We kijken samen rond in de kamer. Het onvermijdelijke kind met het zwarte haar, dat een traan wegpinkt, en zowat het meest populaire schilderij van de wereld moet zijn. En nog eens naar al de communieprentjes van de kinderen. Fiere zonen en dochters, strak poserend en ingekaderd. Daaronder wat prullaria, snel meegegraaaid door diezelfde kinderen uit een of ander zonnig oord, voor moeder. Het was, denk ik, meer de intentie die telde. Een zwarte stier, met een thermometer. Een zuiderse danseres met turquoise kleren. Een gitaar, ook met een thermometer.

Ik klem de arm af, en zoek een ader. Steek een vleugelnaaldje intraveneus, trek even op, en zie dat ik juist zit. Ik plak het naaldje vast, zodat het niet kan loskomen, en spuit om te beginnen een slaapmiddel in de ader. De stilte die daarop volgt, lijkt wel eeuwig.

Het begon eenendertig jaar geleden met een telefonisch aangevraagd huisbezoek. Of ik kon langs komen “voor *onze* Sven”. Hoest en snot. In die tijd, en als beginnend huisarts, deed je dat dan. Nu zou ik vragen om langs te komen, op afspraak. Maar in die tijd, 32 jaar geleden, ging je gewoon. Een huisbezoek is toch ook leerrijk. Het biotoop van een systeem wordt je als het ware op een presenteerblaadje aangeboden: patiënten, wie zijn ze, waar leven ze.

En zo stopte ik op een zonnige namiddag aan Sleepstraat 10. Een voortuintje, niet erg verzorgd, met veel rommel. Een auto die in jaren niet meer gereden had, met vier platte banden. Johnny, kalende veertiger met snor, doet de voordeur al open nog voor ik goed en wel uit de auto gestapt ben. “Wacht, eerst de honden in de garage zetten, want ‘dieje zwarte’ durft bijten.” Erg attent, zou ik zeggen.

De rommel binnen is evenredig met het aantal katten, waarvan ik er één voluit flink op de staart trap, zodat met een luide miauw, gevolgd door een kort geblaas mijn aanwezigheid wordt aangekondigd aan de inwoners van dit kleine huis, waar vier generaties samenwonen.

Ces gens-là, van Jacques Brel

Pepère, de oudste. Vader van Johnny, die ze hebben laten overkomen vanuit een Waals rusthuis, want dat kostte teveel. Constant een waterige snottebel aan het topje van zijn neus, en de linkerschouder naar voren duwend, op het ritme van zijn hartslag. Hij zou daar een pacemaker hebben zitten, die op zijn spieren vast zit. Pepère zit in zijn hoek, een beetje als een hond op zijn mat. Kijkt op, en terug voor zich uit.

Johnny, zoon van Pepère, de tweede man van Bertha. Wat veel goud aan armen en vingers, fel gekleurd hemd, genoeg open om borstharen te tonen.

Paul, de vader van Sven, en zijn vrouw Wendy. Paul en Wendy zijn beroepsmilitairen.

Garry, steeds met krukken en gips. Hij is de man van Cindy, die zwanger is.

Danny, met zijn vrouw en drie kinderen. Hij is hier met vakantie uit Finland. Ze spreken de taal niet, en zijn eerder teruggetrokken en stil, in tegenstelling tot de rest van de familie.

Wat een leven, in die brouwerij. Weinig structuur, iedereen praat er door mekaar. Kennelijk is het bezoek van de toen nog jonge dokter een belevens, want zowat de helft van het gezelschap heeft wel een medische vraag opgespaard, liefst van die dooddoeners of onuitroeibare stadslegendes. “Ofdage dik wordt van de pil?” “Moet Andy geen kalkpillen nemen?” “Ik heb de laatste tijd nogal pijn in mijne rug. Kan dat kwaad?”

Tussen die vragenbekogeling moet je toch steeds aandachtig zijn, en een selectie maken.

Ik onderzoek Sven uiteraard, want hij is de symptoomdrager van dit systeem. De hoest en de snottebellen zijn symptomen van een virale bovenste luchtweginfectie. Nee, er zijn op dit moment geen antibiotica nodig. Geduld, en wat neusspoelingen zullen rekenen op zijn natuurlijke weerstand om er op enkele dagen weer bovenop te raken. Denk ik.

Sabine vraagt me of ik thuisbevallingen begeleid, want ze heeft een hekel aan een ziekenhuis. “Mij krijgen ze daar niet in!” Ik antwoord bevestigend: ik wil ze graag begeleiden, op twee voorwaarden. Als toch zou blijken dat er verwickelingen zijn, zal ik ze toch moeten verwijzen. Als er verwickelingen zijn, moet ze beloven dat ze over haar drempels zal gaan.

Dit lijkt geen probleem, ze verwacht immers geen verwickelingen. En in samenwerking met een vroedvrouw. Ook geen probleem.

Ik moet ook eens naar *de Paul* kijken, want “die *doddelt zo*”... “*Kunde* daar iets aan doen? Nee, dat had hij vroeger niet, maar dat is de laatste tijd opgekomen, en iedereen is akkoord dat het met de week verergerd.” Iedereen begint te lachen, Paul inclusief.

Inderdaad is een auto-anamnese van Paul niet mogelijk. “De de de de da daa daa”, meer komt er niet uit. Ik stuur Paul naar de neuroloog voor verdere oppuntstelling, en spreek af met Sabine.

Het volgende contact is heel wat moeilijker. Ik word ontboden voor de medicatie van Pèpère, die zoals steeds als een trouwe hond in ‘*zijn*’ hoek zit te wachten op de volgende druppel die van zijn neus zou vallen, vaak op een moment dat de pacemaker hem unilateraal doet schokschouderen. Rituele bloeddrukname, hart- en longauscultatie gaan enkele bemoedigende woorden in het Frans vooraf. Hij geniet kennelijk in zijn moedertaal aangesproken te worden, en is niet gewoon aandacht te krijgen. Soms veegt een familielid zijn neus schoon, argeloos, in het voorbijlopen, alsof een aanrecht moet worden proper geveegd. Ook dat doe je zonder woorden.

Maar Paul heeft een brief, en daarin zit geen goed nieuws: een hersentumor, die gelukkig nog kan geopereerd worden, en geen kwaadaardige kenmerken vertoont. De operatie is reeds vastgelegd. Hoe ze dat verwerken? Daar komt niet meteen een antwoord op. Paul krijgt het niet gezegd, zijn vrouw schokschoudert bilateraal, Pèpère unilateraal. Bertha oppert dat er “moet gebeuren wat er moet gebeuren”. Het systeem, de familie, de clan, heeft aanvaard dat er in hun wereld plaats is voor fatalisme. Dingen gebeuren nu eenmaal, en het heeft geen zin om zich te verzetten, want dat verandert niets aan de zaak. Het lot, het fatum beslist, en zij ondergaan.

Na de operatie komt Paul terug naar huis. De evenwichten in het systeem verschuiven. Zijn vrouw heeft het moeilijk naast een invalide man te leven. “Gaaf dat nog goed komen?” Non-verbaal heeft deze vraag een andere betekenis dan op papier. Paul, die kennelijk al niet van de slimsten was, is er niet meteen slimmer op geworden.

Het stotteren is niet verbeterd, en zou ook niet verbeteren. Zijn half geschoren schedel, waar na enkele weken een stoppelbaard op staat, geven hem niet direct een martiale en stoere indruk. Het is duidelijk: Cindy komt tekort. Tot grote hilariteit van de rest van de familie gaat ze regelmatig pateekes halen bij de bakker, en komt na enkele uren terug met de melding dat er geen pateekes waren. Dan schiet iedereen in een bulderende lach, Pèpère inbegrepen. Van het één kwam het ander, en Cindy verdwijnt na enkele maanden. “Ze heeft *aangepapt* met *ne* militair, *ne* collega.”

De zwangerschap van Sabine verloopt erg vlot. Geen klachten, niet klagen.

Op een zaterdag gaan Mieke en ik met vrienden eten, en zakken daarna nogal door. Ik plof om halfdrie in mijn bed, bedenk dat ik nog maar zelden zo moe was, en dommel onmiddellijk in. Om drie uur gaat de telefoon. Sabine heeft zeer pijnlijke weeën om de minuut, ik kom direct.

Iedere arts die ooit van wacht was, kent dat gevoel. Onverwacht (ik was niet van wacht, en de bevallingsdatum was voor binnen drie weken berekend), in vermoeide omstandigheden belangrijke dingen moeten doen. De adrenaline begint snel te stromen. Je lichaam opent een eerste gesloten schuif, boordevol natuurlijke oppepmiddelen.

Ik kom aan, en bel aan het tuinhok. Johnny, portier van dienst, roept dat hij eerst de honden gaat opsluiten in de garage, want die zwarte, die bijt. Schop, “kaïet, kaïet”. “*Ge moogt komen!*” De voortuin door, de dorpel overschreden, trap ik deze keer niet op de staart van een kat, maar val er bijna over. Een miauw in Antwerps dialect, gevolg door een geblaas als van een adder.

Sabine ligt boven, te puffen en te hijgen. Bezweet voorhoofd, maar erg sereen. Het thuisbevallingspakket is aangekomen, alles is voorhanden. De vroedvrouw is verwittigd, maar moet van iets verder komen. Sabine en ik staan er alleen voor. Ik moet een aandrang van angst onderdrukken. Er is plaats voor één bed en één persoon in dat opkamertje. Wat als dit misloopt?

Ik toucheer: volledige ontsluiting. De stilte in dit anders zo rumoerige huis is om te snijden.

“Mag ik persen?” “Ja.” Ik knik geruststellend. Daarna volgt een bovenmenselijke krachtingspanning, zoals alleen barenden kunnen ontwikkelen. Heel haar lichaam, heel haar mimiek, heel de verkramping heeft iets dat van heel diep komt. Oerkrachten, anders kan je het niet noemen. Met één perswee wordt een wolk van een roze baby geboren, die onmiddellijk heel het gezin wakker maakt en de honden in de garage laat blaffen. Het geroezemoes komt terug, iedereen spreekt zonder te luisteren naar de andere. Ik krijg veel gelukwensen, zonder dat ik kan aanvoelen waarvoor. Ik heb er alleen voor gezorgd dat die kleine niet op de grond zou vallen; het grote werk kwam uiteraard van de moeder. Paul heeft geen woorden nodig, en omhelst zijn broer, nog steeds op krukken, fiere vader wachtend op een volgende operatie.

De telefoon gaat tijdens de consultatie. “Pèpère is gestorven, in zijne slaap.” Of ik de papieren kan komen invullen. Weinig emotie, hij heeft zijn tijd gehad.

Wat later breekt Johnny met Bertha, en vertrekt. Echtscheiding, met al bij al weinig vechten. Gelaten aanvaard. Danny is terug naar Finland, met vrouw en kinderen. Hij zou kort daarop scheiden, en hertrouwen met een andere Finse. Sabine en Garry zoeken een eigen stek in de stad om hun kind op te voeden, dichtbij de kliniek. De

honden worden niet vervangen. Teveel werk. Blijven over: Bertha, en Paul, in dat eens zo bevolkte huis.

Paul was vrijwilliger in het leger. Kan ik niet meegaan naar Brussel, want ze gaan daar beslissen over zijn invaliditeit? Zo reizen we op een zeer strenge winterdag naar het verre Brussel. Op de weg naar huis doet hij een zoveelste aanval van epilepsie en plast in zijn broek in de auto. Een hoopje ellende, die net de *win for life* heeft gekrast. Moeder oppert dat hij *content* moet zijn. “Het had erger gekund, Paul! Nu krijgt *ge* tenminste geld.”

Bertha heeft een hoge bloeddruk, en ontwikkelt darmklachten. De ziekte van Crohn.

Nadat de klachten gedurende enkele jaren waren toegenomen, werd er een nieuwe coloscopie uitgevoerd. Het verdict is hard: darmkanker, stoma, chemo. Heel ziek en misselijk.

Zij is nu de zieke en Paul is degene die helpt, op voortreffelijke wijze, zonder veel verstaanbare woorden.

“Alles is geregeld: als ik dood ben, gaat *onze* Danny voor Paul zorgen, die al een appartement in de buurt van zijn broer heeft gekocht.” Bertha is er gerust in: er is voor alles gezorgd.

“De andere kinderen krijgen niets, want die zien niet naar mij om. Zeker mijn dochter niet, want die heeft van mij gestolen.” Ik heb nooit geweten dat er een dochter bestond.

De kanker is niet overwonnen. Een nieuwe chemo dringt zich op. Ik bespreek dit open met Bertha, en probeer in een participatiemodel de voor- en nadelen van deze therapeutische opties uit te leggen. Zij verkiest hier niet op in te gaan. Ze is daar zeer duidelijk in. Teveel last van de chemo, en het heeft toch geen zin meer. We respecteren haar beslissing.

Ze is gelaten, want kwaad of droevig zijn verandert niets aan de situatie.

De telefoon gaat, tijdens de consultatie. Of ik niet kan komen, “want *onze* Paul is overleden”. Auto-ongeval in Denemarken, *perte totale*. Thuis tref ik een rustige moeder aan. Het lot. Dat heeft ze leren aanvaarden. Nu is ze alleen. “Nu moet ik niet meer voor Paul zorgen. Ik had nooit gedacht dat ik zou overblijven. Misschien is het beter zo, het was toch ook maar ne sukkelaar.”

De telefoon gaat, tijdens de consultatie. Of ik niet kan langs komen, “want de pillen voor *den* bloeddruk zijn op”. Ik ga langs, en meet de bloeddruk: 20 over 11, fors gestegen ondanks een goede *compliance*. Het blijkt een *porte d'entrée*. Ik voel spanning. Bertha wil iets vragen.

“Kunt gij mij helpen? Wat heeft mijn leven nog zin? Ik vermager, ik heb pijn in de buik, mijn stoelgang is slecht. Mijn bloed is niet goed. De specialist heeft gezegd dat ik nog maar een paar maanden te leven heb. Voor wie, en voor wat?”

We spreken over euthanasie. Bertha is waardig, en volhardend. Haar leven heeft geen zin meer, ze lijdt. Door de kanker die haar lichaam opvreet. Door het verdriet, nu Paul er niet meer is. Door de eenzaamheid, want haar andere kinderen kijken niet naar haar om.

Ik leg haar uit wat de wettelijke voorzieningen zijn. We spreken af dat ik de nodige documenten klaarmaak, en dat we hierover meerdere gesprekken zullen voeren.

Ze moet nog afscheid nemen van enkele mensen, en de zoon uit Finland komt langs, met zijn oudste zoon.

Tijdens het volgende huisbezoek doet een kalende zestiger open. Hij begroet me plechtig, en zegt dat hij de ex is. Pas dan herken ik Johnny. Geen gouden oorbel meer, en ook geen borsthaar. Hij draagt een sober hemd. Sinds ons laatste contact zijn we beiden zowat twintig kilogram aangekomen. Ook geen honden die in de garage moeten. Het is zeer stil in huis. Hij is afscheid komen nemen.

Mijn gsm gaat. Het is Danny. “Mijn moeder is klaar.”

“Ik kom dadelijk.”

Ik zoek mijn materiaal bijeen, en trek de nodige spuiten op, overloop nog eens de procedure.

Het regent pijpenstelen en het is donker. Wie ben ik en wat doe ik? Ben ik nu een beul, die naar zijn werk gaat? *The job must be done*. Of ben ik een vriend, die een ultieme daad van vriendschap ga belijden? Straks geef ik een spuitje, en weg is het leven. Stopt het hart met kloppen. Zuigen de longen geen lucht meer in. Zeer tegen de natuur in van artsen, die negen jaren getraind worden om te vechten voor het leven.



— Huisartsentas steeds in de aanslag

Voorbij het tuinhek zijn er geen honden die mij bestormen. Danny ontvangt me, waardig, als een soort ceremoniemeester, en zonder woorden. Hij wijst de weg naar de slaapkamer, alsof ik die weg niet kende. Bertha kijkt droevig en moedig tegelijk. Ik ga naast haar, op haar bed zitten, en neem haar hand vast. We zeggen zeer veel zonder woorden.

“Ik ben er klaar voor”, als was dat de synthese van onze lange gesprekken, waar we onze gezamenlijke geschiedenis nog eens hebben doorgenomen. Ik was immers een bevoorrechte getuige van belangrijke gebeurtenissen en mijlpalen in haar leven.

We kijken samen de kamer rond.

Ze overloopt nog eens de foto's aan de muur. “Onze Paul, onze Danny, onze Garry. Mijn dochter.” Ze heeft me nooit haar voornaam verteld.

Danny verkiest in de woonkamer te blijven.

Na het slaapmiddel volgt het barbituraat en de spierontspanner. De ademhaling stopt.

De pupillen verwijden. De stilte is volledig, ik hoor alleen mijn eigen ademhaling, en soms iets in de living. Na zeven minuten geeft ook het hart zich gewonnen.

Ik ruim mijn spullen bijeen en maak het bed op. Bertha ligt er vredig bij. In de woonkamer neemt een sprakeloze en snikkende Danny mij in de armen. We vinden geen woorden, omdat alles gezegd is, en omdat er geen woorden zijn.

Ik rij terug naar huis, en bel mijn collega op in de auto. Ik ben haar voor veel dingen dankbaar, maar vooral voor die speciale steun in bange dagen. Ook niet uit te leggen, met woorden.

Helende,

Unieke,

Integrale,

Sociale,

Associatieve,

Reflecterende,

Toegewijde,

Synthese

.....
Barbara Michiels

VOORUITKIJKEN

ROY REMMEN EN SAMUEL COENEN

Als je deze bloemlezing bekijkt, stel je vast dat alles verandert, steeds maar weer. “*El tiempo passa*”, zeggen ze in Zuid Amerika. En daar zit wat weemoed in. Wat geweest is, is weg. Maar wat een ontwikkelingen allemaal! Het landschap waar ons centrum deel van uitmaakt, is dynamisch. Op het einde van een boekje dat het verleden en de status praesens weergeeft, is het goed eens naar de kansen en de uitdagingen voor de toekomst te kijken. *Primary care, now more than ever*, is de titel van een uitgave van de Wereldgezondheidsorganisatie (2008) en geeft de noodzaak en het bestaansrecht van ons centrum weer. Veel vraagtekens, maar we hebben een pad gevonden. Onze reis gaat verder.

DE SAMENLEVING VERDIENT EEN PERFORMANTE EERSTE LIJN

Het is zeker. Het vak waar wij voor staan, zal veranderen. Van omni-practicus naar huisarts naar... eerstelijnsarts. Maar hoe dan? Alleen werken als huisarts of samen? Het model zal veranderen, net zoals het ziekteaanbod zal veranderen. Grof gesteld, van snotneuzen en andere zaken die vaak vanzelf overgaan en waar eigenlijk niet veel aan gedokterd zou moeten worden, naar een rol als klinische coördinator in een multidisciplinair team. We gaan die veranderingen de volgende jaren zien komen en we hebben daar als academisch centrum een toonaangevende rol in te spelen. We moeten deze veranderingen aangeven en antwoorden en wetenschappelijk onderbouwen, vormgeven en evalueren. De samenleving verdient een performante en kwaliteitsvolle eerste lijn, dicht bij huis.

DE GOEDE MIX

De kwaliteit van onze bijdrage aan de gezondheidszorg van morgen wordt voor een groot deel bepaald door het enthousiasme en de competenties van onze medewerkers. Daarvoor rekenen we op een goede mix van jong en oud, pas beginnend en ervaren, huisartsen-lesgevers, huisartsonderzoekers en onderzoekers *pur sang*.

De academische omgeving waarin we werken is competitief, zowel voor onderzoek als voor onderwijs. Betekent het dat we die twee werelden apart moeten laten ontwikkelen zoals nu gangbaar is bij onze noorderburen? Daar komen ze juist een beetje op die tweedeling terug. Wij gaan proberen de verbindingen tot stand te brengen tussen onderzoekers en onderwijzers met de eerstelijnspraktijk als richtsnoer. Dat betekent, in de diepte onderzoeken zonder de breedte van de huisartsgeneeskundige praktijk en de eerste lijn uit het oog te verliezen. Moeten onze medewerkers overal kaas van gegeten hebben? Het is een uitdaging de goede mix uit te proberen, de grenzen te zoeken en ze te toetsen.

ONDERZOEK ALS BRANDSTOF

Het aantal doctoraten, rapporten en (geciteerde) artikelen neemt steil toe en dit getuigt van toonaangevend onderzoek. Het volume aan projecten stijgt ook. Dit is essentieel, want onderzoeksgeld houdt de motor van onze afdeling draaiende, onder andere door het aantrekken van doctoraatstudenten en andere productieve academische medewerkers. Maar om gelden te kunnen aantrekken, moeten we ook ‘aantrekkelijk’ zijn. Dat betekent zelf netwerken opbouwen of



— Zicht op blok R

bijdragen leveren aan bestaande netwerken van onderzoekers en beleidsmakers. Dat kan stedelijk, regionaal, landelijk, Europees en zelfs verder weg zijn. Het gaat om netwerken van zowel onderwijzende huisartsen als van huisartsonderzoekers, die in toenemende mate multiprofessioneel zijn. Daarnaast moeten we investeren in onze mensen en capaciteit ontwikkelen: jonge, creatieve mensen met een neus voor onderzoek en/of de gave van het onderwijzen zoeken, opleiden en begeleiden in hun academische loopbaan.

STUDENTEN ZIJN ONZE BONDGENOTEN

Als er al iets gebleken is uit de laatste 40 jaar, is het dat studenten onze beste bondgenoten zijn. Goed en aantrekkelijk onderwijs straalt uit en wordt gewaardeerd. Onze medewerkers geven les in alle jaren van het medisch curriculum en aan alle geneeskundestudenten. We willen uitdrukkelijk bij alle studenten een positieve attitude ontwikkelen voor ons mooie maar moeilijke vak. We zijn daar de laatste jaren in geslaagd. Graadmeters hiervoor zijn de prima beoordelingen door de Cel voor Innovatie en Kwaliteitszorg van het Onderwijs (CIKO) en de sterk toegenomen belangstelling voor de huisartsopleiding. Ons

kleinschalig, probleemgeoriënteerd en activerend onderwijs zullen we daarom verder ontwikkelen. Hierbij denken we bijvoorbeeld aan individueel afstandsonderwijs voor studenten in het basiscurriculum en de huisartsopleiding. Vernieuwingen bedenken en uittesten verwacht je nu eenmaal van een Academisch Centrum.

Stages in de huisartsgeneeskunde zijn een krachtige leeromgeving. Een performant stagenetwerk uitbouwen is daarom een van onze belangrijkste prioriteiten. Stagebegeleiders verdienen hiervoor een goed uitgekende ondersteuning zodat zij de winst zien van het begeleiden van een student. Door een paar keer per jaar een student te begeleiden blijft de praktijk up-to-date. De op het eerste gezicht rare vragen doen je ineens de dagelijkse problemen vanuit een ander perspectief bekijken. Vroeg geleerd is hier ook 'oud gedaan'. De jongere collega's die zich vestigen in groepspraktijken in onze provincie willen we van harte uitnodigen in dit project te stappen.

DE HUISARTSOPLEIDING VERDIENT SPECIALE AANDACHT

De huisartsopleiding in Vlaanderen is uniek interuniversitair georganiseerd en dat maakt de Vlaamse situatie echt uniek. In de opleiding vormen we echte professionals die de komende dertig jaar ons vak zullen uitoefenen. Dat betekent dat er in het onderwijs veel aandacht zal gaan naar de ontwikkelingen van de toekomst.

De huisarts is binnenkort nog de enige clinicus die een brede en holistische aanpak garandeert. Belangrijk in een medisch landschap dat straks voor een deel zal bestaan uit behandeltrajecten en zorgpaden. Want wie kan straks nog het overzicht houden van al die medische en sociale lijnen die samenkomen in een unieke

patiënt? Voeg daarbij nog de efficiëntie van alle afzonderlijke paden en de kosten die dat allemaal zal meebrengen en ziedaar: de nieuwe huisartsgeneeskunde wordt geboren.

Hier zullen we richting moeten durven geven aan wat ons op afkomt. De huisarts als medische coördinator en de competenties die daar bijhoren zullen uit de verf moeten komen. Dat vereist een goed verankerde, maar visionaire aanpak. Denk maar aan samenwerking met ondersteunend personeel zoals assistenten en verpleegkundigen in de eerste lijn. Nu nog haast onbestaand, maar binnen een tiental jaar niet meer weg te denken in Vlaanderen.

DIENSTBETOON. WAAR WE ZICHTBAAR WORDEN

Onze medewerkers zijn actief in allerlei raden zoals de centrale- en faculteitsorganen (onderwijsraad, faculteitsraad, facultatieve cellen voor de innovatie en kwaliteitszorg van het onderwijs, stagecommissie, onderwijscommissie), ethische commissies, huisartsenkringen en wachtposten en op regionaal en federaal niveau (bijvoorbeeld RIZIV en FOD). Een gedoseerde aanwezigheid helpt om waar nodig het standpunt van onze afdeling en universiteit in het bijzonder en de eerste lijn in het algemeen zichtbaar te maken. Het zijn adviserende en beleidsraden waar vaak de strategische beslissingen genomen worden.

Uiteraard werken wij ook nauw samen met Domus Medica (de beroepsvereniging van huisartsen, voorheen de Wetenschappelijke Vereniging van Vlaamse Huisartsen (WV VH)). De organisatie heeft een moeilijke tijd achter de rug en gedurende die periode zijn wij

blijven deelnemen aan de activiteiten (zoals in de commissiewerking en de redactie van het wetenschappelijke tijdschrift *Huisarts Nu*) en schreven we mee aan projecten. De eerste lijn in een land is gebaat bij een sterke beroepsvereniging, zo blijkt uit de landen waar een sterke huisartsgeneeskunde is. Wij ondersteunen Domus Medica om het aanspreekpunt te worden van de overheid als het gaat om algemene belangen van de eerste lijn en de huisartsgeneeskunde.

We willen ook inzetten op de kringwerking in onze provincie. Er is nood aan betrouwbare en academische ondersteuning. Zo kunnen bijvoorbeeld wachtposten bij ons terecht voor onderzoek van hun gegevens. We geven ook aandacht aan het doorgeven van *best evidence* via relevante en academisch verantwoorde bijscholingen. Nieuwe informatiekanaal zoals de website en andere sociale media helpen echt zichtbaar en dienstbaar te zijn. En zo komen we uit onze spreekwoordelijke ivoren toren.

THE FUTURE IS BRIGHT

Het is niet toevallig dat we dit in het Engels zeggen. De ontwikkelingen zullen allemaal snel op ons afkomen. Maar de rol van generalisten wordt in een hoogtechnologische samenleving alleen maar belangrijker. Dat snappen nu ook onze beleidsmakers en er wordt flink geïnvesteerd in de eerste lijn.

Als centrum willen we er staan. Onze medewerkers zijn ons grootste kapitaal. Daarom zullen we doorgaan op het pad dat we gevonden hebben, met heldere doelen en opdrachten. Een sterke afdeling waar het fijn werken is.

Wat kunnen we het CHA nog wensen?

“Bij veertig begint het leven”,

wordt gezegd van mensen

die zich in hun midlife begeven.

Leven zat er in het CHA

al van het begin reeds in.

Soms op het ritme van een cha-cha-cha,

geneeskunde met steeds meer zin,

ook wel met hard labeur,

opkomen voor de eerste lijn,

ontsnappen aan de sleur,

snappen hoe een goede arts te zijn.

.....

Jo Lebeer



“De moderne huisarts werkt vanuit een interactief netwerk en speelt een innovatieve en vooraanstaande rol in het beleid en de organisatie van zorg. Het doel is patiënten een kwaliteitsvolle en respectvolle zorg aan te bieden in een gezondere samenleving.”

Professor dr. Bert Aertgeerts, huisarts, directeur ACHG KU Leuven, voorzitter CEBAM

“Strong Primary Care Departments, such as the one in Antwerp, provide the evidence for Family Medicine as an essential component of an effective health care system.”

Tony Mathie, president WONCA Region Europe

“35 jaar vergrijzing en verkleuring om Alma Ata te laten doordringen: steeds meer, steeds oudere patiënten met multimorbiditeit, daarvoor heb je een sterke eerste lijn en de vakkennis van huisartsen nodig.”

Ri Deridder, directeur generaal RIZIV

“De voorbije 50 jaar evolueerde elke medische specialiteit met rasse schreden. De huisartsgeneeskunde heeft vooral de verdienste om deze evolutie in goed banen te leiden door de zorg te organiseren, coördineren en integreren.”

Professor dr. Dirk Devroey, huisarts, diensthoofd vakgroep huisartsgeneeskunde VUB

“De patiënt wil een goede huisarts. Maar een goede huisarts is het aan zijn patiënt wel verplicht om zich te integreren in een goed uitgebouwde eerste lijn.”

Raf Mertens, algemene directeur KCE

“Mooie herinneringen aan het gezamenlijk opleidingsproject in het kader van het ISHO en het ICHO, samen met Leuven en Brussel. Samenwerken in onderzoeksprojecten. Samenwerken aan een betere eerstelijnsgezondheidszorg zowel in Vlaanderen als in de wereld. Bedankt, we kijken uit naar een boeiende toekomst!”

Professor dr. Jan De Maeseneer, huisarts, diensthoofd vakgroep huisartsgeneeskunde en eerstelijnsgezondheidszorg Universiteit Gent

www.upa-editions.be
ISBN 978 90 5718 218 1



9 789057 182181