

# Artsen krant

artsenkrant.com

DE REFERENTIE VOOR HUISARTSEN EN SPECIALISTEN

46STE JAAR NR 2789 - DINSDAG 21 JANUARI 2025 - 3,00 € - TWEEWEEKLIJKS - P309577 - MEIBOOMLAAN 33, 8800 ROESELARE, BELGIË.

Vijf jaar covid-19

## 'We zijn met een wit blad begonnen'

Vijf jaar geleden was de wereld in de grip van de covid-19-pandemie. In dit en volgende nummers blikt Artsenkrant samen met hoofdrolspelers terug op die periode. Pedro Facon, vandaag adjunct-administrateur-generaal van het RIZIV maar vanaf oktober 2020 coronacommissaris, bijt de spits af.

**P**edro Facon: "Ik heb over jullie uitnodiging gesproken met een paar mensen die rond mij stonden in die periode. Eigenlijk zijn wij allemaal verbaasd dat het al vijf jaar geleden is. Voor velen onder ons lijkt het nog gisteren.

Toen ik coronacommissaris werd, was de actieve fase in België ongeveer negen maanden bezig. De eerste golf was een periode van bestuurlijke chaos waarbij actoren op alle niveaus niet goed wisten hoe ze zo'n crisis moesten aanpakken. Niemand was daar goed op voorbereid. Die bestuurlijke chaos was ook uitgemond in politieke spanning.

Dat was de reden waarom er een coronacommissariaat moest komen: om crisisbeheer op alle bestuursniveaus te stroomlijnen. Er was geen functiebeschrijving; ik heb snel een team rond mij verzameld en we zijn met een wit blad begonnen. Dat was in het begin niet eenvoudig, want niet iedereen was gelukkig met hoe het tot dan was verlopen. Je moet iedereen op één lijn zien te krijgen en de frustraties proberen weg te masseren. We beseften toen niet dat we maar aan het begin van de pandemie stonden. Een week

nadat ik was aangesteld zaten we plots in een acute tweede golf. In plaats van ons voor te bereiden op pandemieën van de toekomst moesten we ons daarop focussen.

Voor mij persoonlijk was het wennen. In de eerste golf had ik een centrale rol gespeeld in de aanpak in de ziekenhuissector, en dat was relatief goed verlopen dankzij de samenwerking met de koepels en de deelstaten. Plots werd ik op het schild gehesen en werd ik een publieke figuur – waar ik nooit om gevraagd heb.

Ik heb de impact daarvan voor mezelf onderschat. Ik ben iemand die graag goed doet wat hij doet en de lat hoog legt, maar plots had iedereen een oordeel over mij klaar. Dat was een ontwrichtende ervaring. Er verschenen artikels over het coronacommissariaat waarvan ik me afvroeg: waarop is dit gestoeld? Ik heb in mijn leven al veel moeilijke discussies gehad, waar het er soms hard aan toe gaat – maar altijd in interactie met de mensen rond de tafel. Wat er verscheen in klassieke media, om van sociale media maar te zwijgen, dat was een andere zaak."

F.C. & E.D.

Pedro Facon: 'We mogen niet indommelen' 6-7

## Honorarium teleconsultaties verlaagd

Het honorarium voor teleconsultaties blijft bestaan, maar wordt verlaagd. Het aantal per patiënt en per arts zal worden beperkt.

**O**p de agenda van de Nationale Commissie Artsen-Ziekenfondsen van 13 januari stonden

besparingsmaatregelen. Die zijn nodig om budgetoverschrijdingen in 2025 te voorkomen. Daarbij kwamen de teleconsultaties opnieuw in het vizier. Het begrotingsvoorstel dat het Verzekeringscomité van het RIZIV op maandag 7 oktober goedkeurde, voorzag onder meer dat het honorarium voor teleconsultaties 'opgeschort' zou worden. Dat voorstel werd echter geblokkeerd in de Algemene Raad. Omdat de regering evenmin een akkoord bereikte over een volwaardige RIZIV-begroting, werkt het RIZIV sinds 1 januari met een voorlopige begroting. Via een voorlopige begroting kan echter geen 'nieuw beleid' ingevoerd worden – zoals het opschorten van honoraria – waarvoor wetgeving nodig is. Om toch te besparen op de escalerende vergoedingen voor teleconsultaties, zal het honorarium per teleconsultatie verlaagd worden, zo vernam *Artsenkrant*. Tegelijk zou er een beperking op het aantal teleconsultaties per patiënt, per arts en per jaar worden ingevoerd.

De definitieve bedragen en modaliteiten moeten nog bepaald worden, maar dat zou nog in de loop van januari gebeuren. Er komt ook een werkgroep om inhoudelijk te definiëren wat een teleconsultatie inhoudt.

Voor dokter Marieke Geijsels (AADM) is het belangrijk dat teleconsultaties gehonoreerd blijven, want ze zijn waardevol voor de patiënt en voor de toegankelijkheid van de zorg. Tegelijk is het ook belangrijk dat overschrijdingen aangepakt worden, want anders zullen er later pijnlijke ingrepen nodig zijn. Via onze website en nieuwsbrief blijft u op de hoogte van het laatste nieuws.

E.D.





Filip Ceulemans

## Mentale zorg

Vijf jaar geleden werden we opgeschrikt door onrustwekkende berichten uit China. Een tot dan onbekend virus richtte een ware ravage aan in Wuhan. Minder dan twee maanden later kende iedereen spijtig genoeg maar al te goed het covid-19-virus. Vijf jaar. Nochtans lijkt het voor veel zorgverstrekkers alsof het gisteren was. Dat het virus ook vandaag nog steeds aanwezig is, draagt zeker tot dat gevoel bij.

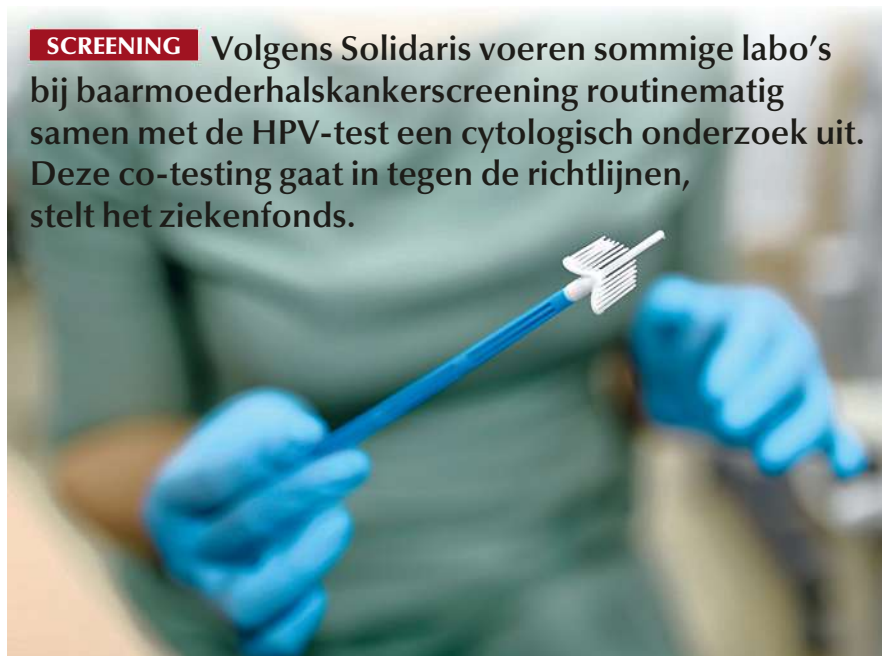
In deze editie van *Artsenkrant* starten we een reeks waarin we terugblikken op deze periode.

Een van de problemen die – zeker tijdens de zwaarste golven van de pandemie – naar boven kwam, was het effect op de mentale gezondheid van jong en oud. De impact was enorm en toonde aan dat er in het verleden te weinig aandacht werd besteed aan mentale gezondheid.

Dat moest en zou veranderen. Het is echter zeer de vraag of er effectief veel is veranderd. Met cijfers van het RIZIV in de hand pakte *De Tijd* uit met het grote aantal Belgen dat antidepressiva slikt. Daar hoorde meteen een beschuldigende vinger bij richting huisartsen. Zijn er misstanden en outliers die te veel voorschrijven? Ongetwijfeld. Dat moet worden aangepakt. Het collectief veroordelen van de huisartsen is echter een stap te ver. Zij worden dagelijks geconfronteerd met patiënten met een mentale problematiek. Ze weten maar al te goed dat medicatie niet alleenzigmakend is en dat goede psychologische begeleiding vaak meer en duurzamer oplossingen biedt. Maar dan komt de aap uit de mouw. Wanneer de huisarts de patiënt wil doorsturen naar meer gespecialiseerde zorg, komt de patiënt op een ellenlange wachtlijst te staan. En dat is de verantwoordelijkheid van de overheid. Die moet dringend de daad bij het woord voegen en niet enkel lippendienst bewijzen aan de aanpak van mentale gezondheid.

# Solidaris waarschuwt voor co-testing bij cervixkankerscreening

**SCREENING** Volgens Solidaris voeren sommige labo's bij baarmoederhalskankerscreening routinematig samen met de HPV-test een cytologisch onderzoek uit. Deze co-testing gaat in tegen de richtlijnen, stelt het ziekenfonds.



De suggestie dat pathologen 'uit winstbejag' co-testing zouden nastreven, vindt patholoog Romaric Croes onder de gordel.

**P**athologen omzeilen uit winstbejag medische consensus screening baarmoederhalskanker, luidt de titel van het persbericht van Solidaris. Sinds 1 januari 2025 is de primaire screening op baarmoederhalskanker voor vrouwen van 30 tot en met 64 jaar gewijzigd naar een vijfjaarlijkse primaire HPV-test. Die test wordt volledig terugbetaald. Als de HPV-test positief is, wordt een bijkomende cytologietest uitgevoerd, die dan ook wordt terugbetaald.

Volgens het persbericht roepen pathologen op om standaard sowieso ook een cytologietest voor te schrijven, naast de terugbetaalde HPV-test. De kosten van deze cytologietest zijn ten laste van de patiënt. In een rechtzetting corrigeerde Solidaris dat het niet pathologen maar "verschillende grote labo's zowel in Wallonië als Vlaanderen" zijn die oproepen tot deze co-testing.

In een reactie zegt ook dokter Romaric Croes van de Beroepsvereniging van pathologen dat de gevallen die

Solidaris aanhaalt zich situeren bij private laboratoria, met communicatie getekend door een apotheker-bioloog. "Deze communicatie is ongepast, maar 'de pathologen' hebben daar niets mee te maken. Wij staan wel degelijk achter de nieuwe richtlijnen waarvan we overigens coauteur zijn."

Het klopt wel dat de pathologen voorstander waren van co-testing, gezien de hogere specificiteit en sensitiviteit dan een enkele HPV-test. "Door alleen HPV-tests uit te voeren, riskeren we een op zes kankers te missen gezien 10-15% van de hooggradige letsels en kankers HPV-negatief geworden zijn." Voor co-testing ontbrak evenwel het budget – temeer daar de gynaecologen liever een (terechte) opwaardering van colposcopie zagen, zegt Croes.

De suggestie dat pathologen 'uit winstbejag' co-testing zouden nastreven, vindt Croes onder de gordel. "Belgische laboratoria pathologie hebben enorm geïnvesteerd in gynaecologische cytologie, met onder meer AI-ondersteunde geautomatiseerde screening. Mede daardoor is het conventietarief voor een cytologische test al jarenlang onvoldoende om de reële kosten te dekken, wat bevestigd werd in de kostenanalyse naar aanleiding van de nomenclatuurbetalingen. Er is dus geen sprake van 'financieel verlies' voor pathologen, zoals Solidaris beweert."

**E.D.**

# 559

Voorlopige cijfers voor 2024 geven aan dat er 559 gevallen van mazelen voorkwamen in België (waarvan 123 in Vlaanderen). Minstens 134 personen moesten in het ziekenhuis opgenomen worden. Vooral Brussel kende veel gevallen (N=306), vooral bij ongevaccineerde kinderen (Departement Zorg).



Huisarts **Tom Jacobs** in *Huisarts Nu*.

Eenzaamheid, als een vorm van sociale stress, maakt ons gevoeliger voor pijn. Maar het omgekeerde geldt eveneens: mensen met een verhoogde pijngevoeligheid blijken gevoeliger voor sociale afwijzing.



3

# Schrijven huisartsen te veel antidepressiva voor?



**DOELMATIGE ZORG** Volgens zakenkrant *De Tijd* schrijft tien procent van de huisartsen aan een vijfde of meer van zijn patiënten antidepressiva voor. Dat is dubbel zoveel als de doorsnee huisarts. Domus Medica-voorzitter dr. Jeroen van den Brandt ziet verschillende verklaringen voor het hoge gebruik van antidepressiva.

**D**e krant baseert zich op cijfers die het opvroeg bij het RIZIV. Daaruit blijkt dat een gemiddelde huisarts vorig jaar voor 11,7 procent van zijn patiënten een voorschrift voor antidepressiva afleverde. Tien procent van de huisartsen deed dat voor een vijfde of meer van hun patiënten. Een absolute outlier bleek voor zowat zijn volledige patiëntenbestand antidepressiva voor te schrijven.

Nog volgens *De Tijd* ligt de mediaan van het aantal voorgeschreven dagdosissen (DDD, *Defined Daily Dose*) per huisarts op 12.876 dagdosissen. Bij de vijf procent 'veelvoorschrijvers' lag dat aantal dosissen ruim vier keer hoger.

## Grootverbruik

Dat het gebruik van antidepressiva in België hoog ligt, is geen nieuws. In augustus 2024 publiceerde het Inter mutualistisch Agentschap een studie waaruit blijkt dat 13,5% van de volwassen bevolking in België het afgelopen jaar minstens één keer een antidepressivum nam. Het jongste rapport van de Cel Doelmatige Zorg van het RIZIV over "antidepressiva verdeeld in openbare officina's" (dus zonder ziekenhuisapotheken) in 2023 houdt het op 11,58% van de Belgen met ziekteverzekering.

Tussen 2013 en 2023 nam het verbruik in DDD per 100.000 verzekerden met gemiddeld 1,99% per jaar toe, berekende de Cel Doelmatige Zorg. De jaarlijkse toename is sterker in Vlaanderen (+2,41%) dan in Wallonië (+1,49%),

waar het gebruik van antidepressiva sowieso al hoger ligt.

Volgens datzelfde RIZIV-rapport schreef 79% van de huisartsen en 67% van de huisartsen in opleiding een antidepressivum voor in 2023. Van alle voorgeschreven DDD was 74% afkomstig van huisartsen en nog eens 4% van huisartsen in opleiding. Het saldo van de DDD's werd voorgeschreven door psychiaters (14%), neurologen (2%), andere specialisten (4%) en specialisten in opleiding (2%).

## Nachtkastjesfenomeen

Domus Medica-voorzitter dr. Jeroen van den Brandt ziet verschillende verklaringen voor het hoge gebruik van antidepressiva. "Er bestaat in België – bij de bevolking, maar ook bij een deel van de artsen – schroom om een niet-medicamenteuze behandeling op te starten. Dat is bijvoorbeeld ook zo bij obesitas: men praat liever over een dosis Ozempic dan over een andere levensstijl. Die schroom kan overigens verdwijnen: uit onderzoek van dr. Ellen Van Leeuwen blijkt dat als je artsen bijschoolt, ze met meer vertrouwen een niet-medicamenteuze behandeling zullen aanpakken."

"Een andere factor is dat je in een huisartsenpraktijk vaak niet de luxe van een monodiagnose hebt. Je ziet een patiënt die het moeilijk heeft binnen meerdere levensdomeinen: relatieproblemen thuis, slecht functioneren op het werk, conditieproblemen en sociaal niet meer kunnen participeren. Iemand met zo'n complexe problematiek moeten we

warm kunnen toeleiden naar gespecialiseerde hulpverlening, maar die is gefragmenteerd en kampt met wachtlijsten. Daar kan je als huisarts niets aan doen – terwijl de patiënt zich wel blijft aanmelden. Antidepressiva kunnen dan worden overwogen om tijdelijk wat meewind te geven, ook al weet je als huisarts dat dit alleen maar de effecten dempt en niet de kern van het probleem aanpakt."

"En dan is er nog het 'nachtkastjesfenomeen'. Grote verpakkingen van psychofarmaca – vooral hypnotica of angstremmers – worden niet opgebruikt en blijven in het nachtkastje liggen – dat maakt de drempel om ze te gebruiken binnen gezinnen ook laag bij een crisis."

## Naar een indicator?

Het artikel in *De Tijd* focust vooral op outliers. Het is al vijf jaar geleden dat

## BVAS: antidepressivagebruik is breder maatschappelijk probleem

**H**uisartsen culpabiliseren omdat ze te veel antidepressiva zouden voorschrijven, is al te makkelijk, zegt BVAS in een reactie op het artikel in *De Tijd*. "De cijfers over psychofarmaca wijzen op een toename van mentale gezondheidsproblemen zoals depressie en angststoornissen. Huisartsen staan in de frontlinie van de geestelijke gezondheidszorg. Ze zijn vaak de eerste hulpverlener bij wie mensen met psychische klachten terechtkomen." "Het is onterecht om hen te beschuldigen van overmatig voorschrijven, omdat ze in de praktijk vaak weinig alternatieven hebben. De toegang tot psychologische hulp in ons land is beperkt. Bij psychologen en psychiaters zijn er lange wachtlijsten,

met als gevolg dat het voorschrijven van antidepressiva in veel gevallen de enige haalbare optie op korte termijn is."

Volgens BVAS is het antidepressivagebruik dus een breder maatschappelijk probleem met gedeelde verantwoordelijkheid, waarvoor gedeelde oplossingen gezocht moeten worden. "Huisartsen culpabiliseren is simplistisch en misplaatst. Zij verdienen meer respect en maatschappelijke waardering. Wat als ze minder psychofarmaca zouden voorschrijven, en dat zou leiden tot meer suïcides en meer opnames op de psychiatrische afdelingen van de ziekenhuizen?", vraagt BVAS zich af.



artsen feedback kregen op hun voorschrijfgedrag voor psychofarmaca, zegt Van den Brandt. “Sommige variatie in voorschrijfgedrag kan perfect verklaarbaar zijn, bijvoorbeeld in praktijken met een grote populatie met psychiatrische problematiek of veel chronische pijnpatiënten. Maar vandaag hebben we geen zicht op hoe we ons verhouden tegenover andere artsen.”

Naar analogie met het voorschrijfgedrag voor antibiotica zou de DGEV van het RIZIV artsen daarover kunnen sensibiliseren en informeren. “Gebruik van psychofarmaca buiten de richtlijnen is niet zonder risico, denk maar aan een gewichtstoename en verhoogde valincidentie. Enige vorm van feedback vanuit de overheid zou daarom niet slecht zijn.”

## ‘Er bestaat in België schroom om een niet-medicamenteuze behandeling op te starten’

– dr. Jeroen van den Brandt, voorzitter Domus Medica

## Praktijkondersteuning

Het is voor een huisarts, laat staan voor een patiënt, niet altijd makkelijk om de weg te vinden in het landschap van de eerstelijns GGZ. “Er verandert zoveel dat een huisartsenpraktijk haar verwijskaart continu moet actualiseren”, zegt Van den Brandt. “Psychosociale zorg moet dicht bij burgers en de huisartspraktijk georganiseerd worden.”

In Nederland bestaat daarom sinds 2007 de ‘Praktijkondersteuner Huisarts – Geestelijke Gezondheidszorg’ (POH-GGZ). Dat is iemand die patiënten met psychosociale problemen mee opvolgt in opdracht en in samenwerking met de huisarts, en kan toeleiden naar meer gespecialiseerde zorg indien nodig.

“Praktijken met zo’n POH-GGZ kunnen ook veel meer aan vroeginterventie doen, in plaats van te wachten tot de problemen escaleren. Denk aan groepseducatie voor jongeren rond verantwoord schermgebruik of beginnende eetproblemen... Huisartsen hebben vandaag weinig houvast om aan dergelijke vroeginterventie te doen. Dan is het makkelijk om het voorschrijfgedrag over antidepressiva met de vinger te wijzen”, besluit Van den Brandt.

Erik Derycke

# Nieuw Geneesmiddel



Product	PP
Bronchosedal® Herbal 100 ml	€ 11,95

## SLIJMHOEST

# De kracht van klimop en wetenschap

**100% natuurlijk en  
bewezen effectief**

**Vanaf 2 jaar**

**Suiker- en alcoholvrij**

## Bronchosedal®

**BRONCHOSSEDAL® HERBAL siroop**

2. KWALITATIEVE EN KWANTITATIEVE SAMENSTELLING 1 ml (overeenkomstig met 1,18 g) van Bronchosedal Herbal siroop bevat 8,25 mg (als droog extract) van *Hedera helix* L., folium (klimopblad) (DER 4-8:1), extractiemiddel: ethanol 30% m/m. Hulpstof met bekend effect: Sorbitol, vloeibaar (niet-kristalliserend); 1 ml siroop bevat 708 mg sorbitol (E420). Voor de volledige lijst van hulpstoffen, zie rubriek 6.1. 3. FARMACEUTISCHE VORM: Siroop: Bruine, opalescente vloeistof met een zoete smaak en karakteristieke geur. De siroop kan bezinsel bevatten dat door schudden weer oplosbaar wordt. 4. KLINISCHE GEGEVENS: 4.1 Therapeutische indicaties: Bronchosedal Herbal siroop is een kruidengeneesmiddel dat gebruikt wordt als slijmoplossend middel bij productieve hoest, bij volwassenen, adolescenten en kinderen ouder dan 2 jaar. 4.2 Dosering en wijze van toediening: Dosering: Adolescenten, volwassenen en ouderen: De aanbevolen dosis is 4 ml twee- tot driemaal per dag (overeenkomstig met 66-99 mg gedroogd klimopbladextract per dag). Kinderen van 6-11 jaar: De aanbevolen dosis is 4 ml twee maal per dag (overeenkomstig met 66 mg gedroogd klimopbladextract per dag). Kinderen van 2-5 jaar: De aanbevolen dosis is 2 ml twee maal per dag (overeenkomstig met 33 mg gedroogd klimopbladextract per dag). Bronchosedal Herbal siroop is gecontra-indiceerd voor gebruik bij kinderen jonger dan 2 jaar (zie rubriek 4.3 Contra-indicaties). Patiënten met een nier- en/of leverinsufficiëntie: Vanwege het gebrek aan farmacokinetische gegevens in deze patiëntengroepen is het niet mogelijk om een dosis aan te bevelen. Patiënten worden geadviseerd om contact op te nemen met hun arts of apotheker voordat zij Bronchosedal Herbal siroop gebruiken. Wijze van toediening: Oraal gebruik. Neem Bronchosedal Herbal siroop oraal in met behulp van de bijgevoegde maatlepel voor een juiste dosering. De fles goed schudden voor gebruik. Als de symptomen tijdens het gebruik van Bronchosedal Herbal siroop langer dan 7 dagen aanhouden, moet u contact opnemen met een arts of apotheker. 4.3 Contra-indicaties: Overgevoeligheid voor de werkzame stof, planten van de Araliaceae familie of voor een van de in rubriek 6.1 vermelde hulpstoffen. Mag niet worden toegediend aan kinderen jonger dan 2 jaar wegens het risico op oververgering van de ademhalings symptomen. 4.4 Bijzondere waarschuwingen en voorzorgen bij gebruik: Bij dyspneu, koorts of purulent sputum moet er onmiddellijk contact worden opgenomen met een arts. Voorzichtigheid is geboden bij patiënten met gastritis of een maagzweer. Pediatrische patiënten: Voor aanhoudende of terugkerende hoest bij kinderen tussen 2-4 jaar is een medische diagnose nodig voordat behandeling plaatsvindt. Patiënten met een nier- en/of leverinsufficiëntie: Er zijn geen farmacokinetische gegevens beschikbaar over patiënten met nier- en/of leverinsufficiëntie. Bronchosedal Herbal bevat sorbitol. Dit geneesmiddel bevat 2832 mg sorbitol in elke doseringseenheid van 4 ml. Patiënten met erfelijke fructose-intolerantie mogen dit geneesmiddel niet innemen/toegediend krijgen. Sorbitol kan maag-darmklachten veroorzaken en een licht laxerende werking hebben. 4.5 Interacties met andere geneesmiddelen en andere vormen van interactie: Er is geen onderzoek naar interacties uitgevoerd. 4.6 Vruchtbaarheid, zwangerschap en borstvoeding Zwangerschap: Er zijn geen of beperkte gegevens over het gebruik van gedroogd klimopbladextract bij zwangere vrouwen. Dierstudies zijn ontoereikend met betrekking tot reproductietoxiciteit (zie rubriek 5.3). Bij gebrek aan voldoende veiligheidsgegevens wordt het gebruik tijdens de zwangerschap afgeraden. Borstvoeding: Het is niet bekend of bestanddelen of metabolieten van gedroogd klimopbladextract in de moedermelk worden uitgescheiden. Een risico voor pasgeborenen/zuigelingen kan niet worden uitgesloten. Bij gebrek aan voldoende veiligheidsgegevens wordt het gebruik tijdens de borstvoeding afgeraden.

Vruchtbaarheid: Er zijn geen gegevens beschikbaar over de effecten van gedroogd klimopbladextract op de vruchtbaarheid. 4.7 Beïnvloeding van de rijvaardigheid en het vermogen om machines te bedienen: Er zijn geen studies uitgevoerd naar het effect op de rijvaardigheid en het vermogen om machines te bedienen. 4.8 Bijwerkingen: Gastro-intestinale reacties (misselijkheid, braken, diarree) zijn gemeld. De frequentie is niet bekend (kan met de beschikbare gegevens niet worden bepaald). Er zijn allergische reacties (urticaria, huiduitslag, dyspneu, anafylactische reactie) gemeld. De frequentie is niet bekend (kan met de beschikbare gegevens niet worden bepaald). Als andere bijwerkingen optreden die hierboven niet zijn genoemd, neem dan contact op met een arts of apotheker. Melding van vermoedelijke bijwerkingen: Het is belangrijk om na toelating van het geneesmiddel vermoedelijke bijwerkingen te melden. Op deze wijze kan de verhouding tussen voordelen en risico's van het geneesmiddel voortdurend worden gevolgd. Beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg wordt verzocht alle vermoedelijke bijwerkingen te melden via het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten, [www.fagg.be](http://www.fagg.be), Afdeling Vigilantie, Website: [www.eenbijwerkingmelden.be](http://www.eenbijwerkingmelden.be), e-mail: [adr@fagg-afmps.be](mailto:adr@fagg-afmps.be). 4.9 Overdosering: Overdosering kan misselijkheid, braken, diarree en agitatie veroorzaken. Er is één geval gemeld van een 4-jarig kind dat agressiviteit en diarree ontwikkelde na toevallige inname van een klimopextract dat overeenkwam met 1,8 g kruidensubstantie (wat ongeveer neerkomt op 36 ml siroop). De behandeling is symptomatisch. 5. FARMACOLOGISCHE EIGENSCHAPPEN: 5.1 Farmacodynamische eigenschappen: Farmacotherapeutische categorie: Expectorants, excl. combinaties met hoestonderdrukkende middelen. *Hedera helix* folium, ATC code: R05CA12. Het werkingsmechanisme is niet bekend. 5.2 Farmacokinetische eigenschappen: Geen gegevens beschikbaar. 5.3 Gegevens uit het preklinisch veiligheidsonderzoek: Preklinische gegevens zijn onvolledig en daarom van beperkte informatieve waarde. Op basis van het langdurige klinische gebruik is de veiligheid van het gebruik in de gegeven dosering bij mensen voldoende vastgesteld. Een Ames-test op mutageniciteit geeft geen reden tot bezorgdheid voor het kruidenpreparaat. Er zijn geen gegevens beschikbaar over carcinogeniteits- en reproductietoxiciteitstests voor preparaten met klimopblad. 6. FARMACEUTISCHE GEGEVENS: 6.1 Lijst van hulpstoffen: Sorbitol, vloeibaar (niet-kristalliserend) (E420), Xanthaangom, Kaliumsorbaat, Citroenzuur, water, Gezuiverd water. 6.2 Gevallen van onverenigbaarheid: Niet van toepassing. 6.3 Houdbaarheid: 3 jaar. Dit geneesmiddel mag niet langer dan 3 maanden na de eerste opening van de fles worden gebruikt. 6.4 Speciale voorzorgsmaatregelen bij bewaren: Voor dit geneesmiddel zijn er geen speciale bewaarcondities. Bewaren beneden 25°C na eerste opening. 6.5 Aard en inhoud van de verpakking: Dit geneesmiddel is verkrijgbaar in flessen van 100 ml, gemaakt van bruin glas. De flessen worden gesloten met witte schroefdoppen (PE) met conische dichting. De fles wordt verpakt in een kartonnen doosje, samen met een maatlepel. 6.6 Speciale voorzorgsmaatregelen voor het verwijderen <en andere instructies> Geen bijzondere vereisten. 7. HOUDER VAN DE VERGUNNING VOOR HET IN DE HANDEL BRENGEN: Johnson & Johnson Consumer NV/SA, Michel de Braeystraat 52, 2000 Antwerpen. 8. NUMMER(S) VAN DE VERGUNNING VOOR HET IN DE HANDEL BRENGEN: BE662469. 9. DATUM VAN EERSTE VERLENING VAN DE VERGUNNING/VERLENGING VAN DE VERGUNNING: Datum van eerste verlening van de vergunning: 16/04/2024. 10. DATUM VAN HERZIENING VAN DE TEKST: 06/2024. Datum van goedkeuring: 07/2024. BE-BR-2400050

# Vijf jaar covid-19

Met een reeks artikelen markeert *Artsenkrant* de start van de covid-19-pandemie vijf jaar geleden. Een aantal hoofdrolspelers uit deze periode blikken terug op memorabele en ingrijpende ervaringen, maar reflecteren eveneens over waardevolle lessen voor de toekomst.



## Pedro Facon: 'We mogen niet indommelen'

**VERVOLG COVER** In een exclusief gesprek met *Artsenkrant* blikt voormalig coronacommissaris Pedro Facon terug op de covid-19-pandemie die bijna vijf jaar geleden ieders leven ernstig ontwrichtte.

©ED



Pedro Facon: "Tijdens corona waren we er ons te weinig van bewust dat er naast de reële wereld met de klassieke media, ook een virtuele wereld was met sociale media."

Wat zou u – met de kennis van vandaag – anders aanpakken in de strijd tegen covid-19?

Ik maakte van de kerstvakantie gebruik om het boek *Nexus* van Yuval Noah Harari te lezen. Hij heeft het over de evolutie van informatienetwerken en -technologieën, en wat dat doet met de samenleving, maar ook met de manier van besturen en aan politiek doen. Volgens Harari onderschatten we nog steeds de impact hiervan. Ook artificiële intelligentie verandert trouwens volgens hem de manier waarop de samenleving functioneert en bestuurd kan worden.

Tijdens corona waren we er ons te weinig van bewust dat er naast de reële wereld met de klassieke media, ook een virtuele wereld was met sociale media. Daar gebeurt veel dat invloed heeft op de marges die wij hebben om beleid te voeren en op de efficiëntie van ons

beleid. Sociale media hebben veel impact op hoe mensen geïnformeerd worden, en hoe ze al dan niet gevolg geven aan bepaalde aanbevelingen of beslissingen. We hebben dat totaal onderschat en waren daar absoluut niet op voorbereid. Dat gold overigens niet enkel voor ons land.

Communicatie was bij het crisisbeheer van in het begin een pijnpunt. De politieke communicatie verliep moeizaam, maar verbeterde wel met de nieuwe regering. Maar al bij al bleef het redelijk klassiek. We probeerden via persconferenties en rapporten te communiceren en onderhielden goede contacten met de klassieke media, maar slaagden er via deze kanalen niet steeds in om mensen te motiveren zich aan bepaalde maatregelen te houden, zich te laten vaccineren of te laten testen. We slaagden er niet altijd in een draagvlak te creëren.

Er was echter geen beleid voor sociale media. We konden daar het verhaal van het crisisbeheer niet brengen of uitleggen wat we deden en waarom en hadden bovendien geen middelen om te reageren op de desinformatie die er circuleerde. Dat is een belangrijke les: we moeten werk maken van de manier waarop we in het kader van een crisis communiceren met de bevolking. Je moet met dezelfde wapens kunnen strijden. Daar zijn we absoluut niet klaar voor.

**Zijn er naast de communicatie nog zaken die we anders hadden moeten aanpakken?**

Bij globaal crisisbeheer is het belangrijk snel een regisseur aan te duiden. Die les is intussen wel geleerd, zoals we zien met de aanstelling van de drugscommissaris.

Aanvankelijk zette het beleid sterk in op de adviezen van de experts die actief zijn in epidemiologie, infectiologie en volksgezondheid. Dat moesten we tijdens de crisis verbreden. We zijn aan tafel gaan zitten met experts met een psychologische of sociaal-psychologische invalshoek. Multidisciplinariteit is erg belangrijk tijdens zo'n crisis. We zijn daar, met scha en schande, in geëvolueerd.

**Beschikte het Belgische gezondheidszorgsysteem over troeven tijdens de pandemie?**

Ik kan dat eenvoudig samenvatten. We konden kapitaliseren op alles wat goed werkte voor de crisis, op alle sterke punten die voor de crisis bestonden. We botsten daarentegen op alle verbeterpunten die we al kenden uit bestaande rapporten zoals het performantierapport van het KCE, de gezondheidsenquête of meerdere OESO-rapporten. Dat toont nogmaals aan dat je het dak moet repareren wanneer de zon schijnt en niet wanneer het regent.

Een grote troef was de flexibiliteit van ons gezondheidszorgsysteem, zowel van zorgverstrekkers als van ziekenhuisbeheerders die snel wisten te schakelen. De ziekenhuizen hebben zich, onder de regie van de overheid, heel snel hervormd. In de eerste lijn maakten we met de huisartsen triagecentra, die nadien overgingen in vaccinatiecentra.

Ook de ziekteverzekering was flexibel, met nieuwe financieringssystemen. Over teleconsultaties werd al jaren gesproken. Plots was er de covid-pandemie en werd het met bijzondere wetten en besluiten meteen ingevoerd.

**'In de eerste fase waren we erg gefocust op de ziekenhuissector, door de beelden die we gezien hadden in de Noord-Italiaanse ziekenhuizen'**

**Welke zwakheden betekenden een rem tijdens de pandemie?**

Ik zie drie grote zwakheden. Ten eerste de gebrekkige aandacht voor alles wat te maken heeft met gezonde levensstijl en preventie. Als we in januari, februari 2020 niet enkel maatregelen hadden genomen om de verspreiding van het virus tegen te gaan, maar ook een groot project hadden opgestart om de gezondheid van mensen te verbeteren, zou het effect gigantisch zijn geweest.

Een tweede zwakte is de fragmentatie van ons systeem. Voor de ziekenhuizen beschikten we over noodplannen, maar alleen op ziekenhuisniveau. Het Hospital & Transport Surge Capacity Committee (HTSC) moest een overflow naar andere ziekenhuizen mogelijk maken, zowel binnen als buiten



bestaande netwerken. Dat is relatief goed gelukt omdat de ziekenhuissector relatief beperkt is. Je kan de vertegenwoordigers van de honderd ziekenhuizen bij wijze van spreken in één zaal verzamelen. En met de koepels was het makkelijk snel af te spreken.

Voor de eerste lijn was het moeilijker. Ik kan Domus Medica en SSMG uitnodigen, maar eigenlijk moet je ook de syndicaten rond de tafel brengen. Die hebben niet allemaal dezelfde visie. Sommigen vonden dat elke arts zijn eigen praktijk moest managen, terwijl anderen meer geneigd waren om over gezamenlijke structuren na te denken. Sommige huisartsen wilden vaccineren in het eigen kabinet, anderen in de vaccinatiecentra.

Een derde pijnpunt was de ouderenzorg. Er zijn in België meer dan 30.000 mensen gestorven door covid, vooral ouderen. Dat mogen we toch niet onderschatten. In de eerste fase waren we erg gefocust op de ziekenhuissector, door de beelden die we gezien hadden in de Noord-Italiaanse ziekenhuizen. De ontoereikende investeringen en het gebrek aan expertise en procedures over

hoe om te gaan met bepaalde risico's op infectie en overdracht hebben een zeer zware tol geëist in de ouderenzorg. Daarom moeten investeringen in kwaliteitsvolle ouderenzorg hoog op de agenda blijven staan.

**Er werd soms gelachen met de zeven of acht ministers van Volksgezondheid die rond de tafel zaten. Hoe schat u de impact van die versnippering van bevoegdheden in?**

Ik zeg al tien jaar dat de bevoegdheidsverdeling in de gezondheidszorg niet bijdraagt tot een doelgericht, doeltreffend en efficiënt gezondheidszorgbeleid. Maar ik zeg er tegelijk bij dat er ondanks die complexe bevoegdheidsverdeling gelukkig veel samenwerking is tussen administraties.

Toch is de bevoegdheidsverdeling een hindernis voor het gezondheidsbeleid en het gezondheidszorgbeleid. Als je in dit land iets wil beslissen, moet je eerst een uur bellen om de juiste mensen te horen. Op een bepaald moment wilden we extra capaciteit creëren in de ziekenhuizen. Sommige ziekenhuizen konden dat doen binnen de muren; andere wilden werken met tijdelijke

containers. In het eerste geval zijn dat investeringen, en die worden gedragen door de deelstaten; in het tweede geval zijn dat werkingskosten, en die worden door het federale niveau betaald.

We hadden ook een spreidingsplan om patiënten naar andere ziekenhuizen te vervoeren als een ziekenhuis aan zijn limiet zat. Dringend patiëntentransport wordt federaal gefinancierd, en niet-dringend transport is voor de deelstaten. Dus moesten we ons buigen over de vraag of het verplaatsen van patiënten om een oversaturatie te voorkomen al dan niet dringend is.

We moeten die bevoegdheidsverdeling echt aanpakken. Het is aan de politiek om te bepalen hoe dat zal gebeuren, in welke richting en volgens welk tempo.

**Er komen nog pandemieën op ons af. Ligt er een roadmap klaar om de strijd aan te gaan?**

Het zal dit keer geen honderd jaar duren vooraleer we opnieuw met een maatschappijbrede ontwrichtende pandemie geconfronteerd worden. We ontwikkelden al een hele reeks instrumenten, structuren en processen. Die

schoten in actie bij kleinere incidenten zoals Mpox, ebola, vogelgriep en Marburg. Is alles in orde? Zeker niet! De grote toets komt er bij iets groots. Zullen de structuren en de processen die stresstesten overleven? Ik ga niet zeggen dat we daar al klaar voor zijn, want ik denk dat dat niet klopt. Ik denk dat we op de goeie weg zijn, maar dat er ook nog veel werk aan de winkel is.

Waakzaamheid blijft geboden. Drie jaar geleden was volksgezondheid de topprioriteit van alle beleidsmakers. We merken nu dat in alle landen investeringen in het gezondheidszorgbeheer worden afgebouwd. We moeten opletten dat we niet terug in dezelfde situatie belanden als tien jaar geleden toen de basis-strategische stocks niet meer aanwezig waren. We mogen niet indommelen. Dat is een reëel risico.

**Filip Ceulemans & Erik Derycke**

>> Dit is een ingekorte versie van het interview. De volledige versie, waarin Pedro Facon dieper ingaat op onder meer communicatie en fragmentatie en getuigt over de periode toen hij zelf uitviel met gezondheidsproblemen, kan u lezen op onze website [artsenkrant.com](https://artsenkrant.com).

RIZIV-  
VAPZ
VAPZ
IPT
POZ
GEWAARBORG  
INKOMEN
VERZEKERINGEN

GLOBALAAL NETTORENDEMENT IN

2021 2022 2023

4,5%

**U zorgt voor de mensen, wij zorgen voor u**

Een rendement van 4,5%\* in 2021, 2022 én 2023, dat kan tellen!

Bij Amonis begrijpen we uw noden als geen ander: we bieden u dan ook uitzonderlijke voorwaarden. Wij regelen uw **(sociaal) VAPZ, IPT, POZ, gewaarborgd inkomen** en uw **verzekeringen**. U wijdt zich aan wat u het beste kan: zorgen voor mensen. Wij doen waar we goed in zijn: zorgen voor uw geld.

\*4,5% globaal nettorendement toegekend in VAPZ, sociaal VAPZ en POZ, afhankelijk van de toekenningsvoorwaarden. In het verleden behaalde rendementen bieden geen garantie voor de toekomst.

**AMONIS**

Uw toekomst verdient een expert

Neem vrijblijvend contact op

0800 96 119  
[www.amonis.be](https://www.amonis.be)

Eenzaamheid heeft bewezen fysieke en mentale gezondheidsgevolgen. Als huisarts draag je verantwoordelijkheid voor de lichamelijke en geestelijke gezondheid van je patiënten. Je bent vaak de eerste (en soms de enige) lijn die hun problemen opvangt. Maar hoeveel kun je emotioneel verdragen voor het te veel wordt? Je kunt niet iedereen van een sociaal vangnet voorzien. Je kunt niet de gaten in de maatschappij dichten, al zou je het willen. Maar raakt het je niet, ben je dan wel een goede arts?

Huisarts **Silke Stalpaert** in *Huisarts Nu*.

Ik kwam bij een stagiair terecht, want mijn huisarts was met vakantie. Ik heb die mens doen schrikken, denk ik, met mijn bloeddruk van 23 over 19: dat zijn wat men in medisch jargon morbide waarden noemt. Hij riep er meteen een collega bij, waarna ze me naar de spoed stuurden. En als ze op de spoed in Aalst stoppen met grappen maken, weet je dat er iets serieus niet klopt.

Comedian **Bert Kruismans** in *Humo*.

Het AI-model leert op basis van de evolutie van verwante coronavirussen welke mutaties het virus allemaal zou kunnen ondergaan aan het stekeleiwit, waarmee het onze cellen binnendringt. Het houdt ook rekening met welke gevolgen die mutaties hebben voor de binding van antilichamen op het virus. Zo krijg je een idee van wat voor het virus de meest interessante mutaties zijn, en welke varianten waarschijnlijk zullen domineren.

Viroloog **Philippe Lemey** (KU Leuven) in *De Morgen*.

Belgische vrouwen gaan vaak al lang bij dezelfde arts, maar blijken eenmaal in midlife geen gehoor meer te vinden. Veranderen is moeilijk, ook al heeft het effect op hun levenskwaliteit.

Leen-Marie Reynvoet in *Knack Weekend*.

Ik heb heel veel zien veranderen. Vooral op medisch vlak is weinig nog hetzelfde. Zo zijn er, behalve een aspirine, geen of nauwelijks medicijnen die we 45 jaar geleden al voorschreven en nu nog gebruikt worden.

Huisarts **Stefan Backx** in *Gazet van Antwerpen*.

Ondanks talloze waarschuwingen over een stijgende zorgvraag in combinatie met een steeds krappere wordende arbeidsmarkt, ontbreekt het aan een duurzame visie op de zorg. Het recente, inmiddels ook weer herroepen, besluit om 165 miljoen euro te bezuinigen op na- en bijscholing van zorgprofessionals, zien wij als een pijnlijk voorbeeld hiervan.

Nederlands chirurg **Thomas Schok** in *NRC Handelsblad*.

# VOOR EEN GEZONDERE VOEDINGSOMGEVING

In België kampt een op de twee mensen ouder dan 3 met overgewicht, zo blijkt uit de nieuwste cijfers van Sciensano\*. We kunnen die situatie niet oplossen met één enkele eenvoudige ingreep, maar de voedingsomgeving speelt zeker een belangrijke rol.

Bekijk de debatten van die 2<sup>de</sup> Real Talk hier



Coca-Cola België & Luxemburg wil daar op een positieve manier toe bijdragen. Het bedrijf organiseerde afgelopen december de tweede editie van de Real Talk over voeding en gezondheid. Dit evenement brengt elk jaar vertegenwoordigers van de overheid, de grootdistributie, de industrie en tal van gezondheidsprofessionals samen om een cruciale uitdaging aan te pakken: hoe kunnen we de voedingsomgeving verbeteren in de strijd tegen obesitas en overgewicht in België?

In de aanpak van overgewicht en obesitas heeft de voedingsindustrie een belangrijke rol te spelen om **gezonde keuzes te bevorderen**. Om die reden hebben wij al verscheidene engagementen aangegaan, met name:

1 WE OPTIMALISEREN ONS PRODUCTASSORTIMENT

2 WE VOEGEN MINDER SUIKERS TOE

3 WE VOEREN VERANTWOORD MARKETING

Om nog een stapje verder te gaan, willen we graag bijdragen aan het bevorderen van **de uitwisseling tussen de verschillende betrokken partijen**, wat het geval was tijdens een 2<sup>de</sup> Real Talk in december, in samenwerking met Food in Action.

WENST U ER MEER OVER TE WETEN?



Contacteer Maureen O'Sullivan, Senior Manager Public Affairs & Sustainability bij Coca-Cola België & Luxemburg: [mosullivan@coca-cola.com](mailto:mosullivan@coca-cola.com)

\* Sciensano - 2024: Voedselconsumptiepeiling 2022-2023.



# Scan en lees

• Enquête over mentale gezondheid van een miljoen zorgprofessionals

FOD Volksgezondheid lanceert in samenwerking met Sciensano een nationale welzijnsenquête. Deze wil gedurende twee maanden het welzijn van het zorgpersoneel in België in kaart brengen.

• Ondersteuning van multidisciplinaire praktijken en jonge artsen in Brussel-Hoofdstad

Het Staatsblad van 14 januari maakt een besluit van de Brusselse Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie (GGC) 'betreffende de ondersteuning van de multidisciplinaire praktijken en jonge artsen' bekend.

• Aantal centra voor transgenderzorg breidt uit van twee naar zes

Tot 31 december 2024 waren UZ Gent en CHU de Liège de enige twee centra die met het RIZIV een overeenkomst voor transgenderzorg afsloten. Daar zijn er op 1 januari vier bijgekomen.

• Meer klachten over fout gelopen of illegale esthetische ingrepen

Het aantal klachten over fout gelopen of illegale esthetische ingrepen, voornamelijk injecties met botox of fillers, is de voorbije jaren sterk gestegen. Dat melden de Belgische Vereniging voor Esthetische Geneeskunde (BVEG) en de Belgische Beauty Federatie (BBF).

• Vernietiging normen zorgprogramma's 'beroertezorg' gepubliceerd

Het arrest van de Raad van State dat het KB vernietigde met de normen waaraan de zorgprogramma's 'beroertezorg' moeten voldoen, is nu ook in het Staatsblad bekendgemaakt.

• ISPS stelt vragen bij euthanasie bij psychisch lijden

ISPS, de International Society for Psychological and Social Approaches to Psychosis, waarschuwt voor de evolutie om euthanasie toe te staan bij ondraaglijk geestelijk lijden veroorzaakt door psychiatrische aandoeningen.

>> Op [artsenkrant.com/actueel](https://artsenkrant.com/actueel) kunt u uitgebreide artikels lezen over de bovenstaande onderwerpen. Scan de QR-code hiernaast en lees online verder.



**Coca-Cola** België en Luxemburg



## ENKELE ENGAGEMENTEN IN EEN NOTENDOP:

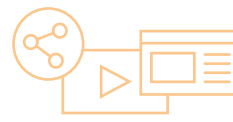
### 1 EEN GAMMA DAT GEZONDE KEUZES MOGELIJK MAAKT

52%

52%\*\* van onze dranken zijn suikervrij of suikerarm.

### 2 GEEN MARKETING GERICHT OP KINDEREN JONGER DAN 13

Wij steunen het voorstel van de Belgische voedingssector om de zelfregulering te versterken door de leeftijdsgrens te verhogen naar 16 jaar voor voedingsproducten met een hoog vet-, suiker- of zoutgehalte.



### 3 GEEN DRANKAUTOMATEN IN LAGERE EN MIDDELBARE SCHOLEN



### 4 DUIDELIJKE EN TRANSPARANTE VOEDINGSINFORMATIE OP ONZE VERPAKKINGEN.



Om mensen te helpen om bewuste keuzes te maken.

ONTDEK AL ONZE ENGAGEMENTEN EN ACTIES OM BIJ TE DRAGEN AAN EEN GEZONDERE VOEDINGSOMGEVING



Coca-Cola Services sa/nv - Bergensesteenweg 1424, 1040 Brussel - BE 0462.525.791

\*\* 52% van de verkoop van Coca-Cola Europacific Partners Belgium in België en Luxemburg voor de merken van The Coca-Cola Company in 2023.

# ‘Patiëntgerichtheid is voor ons centrum zeer belangrijk en we willen de wachttijden zo laag mogelijk houden’

**REPORTAGE** Sinds jaar en dag kunnen havenarbeiders terecht bij ZAS Medisch Centrum Kaai 142. Het centrum is een begrip in de Antwerpse haven, waar ook niet-havenarbeiders maar al te graag naar uitwijken vanwege de korte wachttijden en het uitgebreide zorgaanbod.

**D**e eerste sneeuw van 2025 heeft zich als een koude dunne deken over de Antwerpse haven gelegd. Het havengebied tekent wit af tegen de grauwgrijze lucht en de voorbijrijdende vrachtwagens. De koude winterse dag zal voor veel spoeddiensten in België in het teken staan van patiënten met kleine traumata, zoals botbreuken en kneuzingen als gevolg van ongelukken door de gladheid. En ook ‘den 142’, zoals het Antwerpse medisch centrum in de volksmond wordt genoemd, zal de gevolgen van het winterweer ondervinden.

ZAS Kaai 142 begon eind jaren ‘60 als een soort Kind en Gezin voor de kinderen van binnenschippers, maar groeide al snel uit tot een spoedgevallendienst voor havenarbeiders. “Door de jaren heen kwamen daar stelselmatig verschillende behandelterreinen bij, zoals huis-tuin-en-keukenongevallen en sportblessures. Vandaag de dag is onze patiëntenpopulatie zeer divers en bestaat ze niet enkel uit havenarbeiders”, zegt Dirk Liekens, Verpleegkundig Afdelingshoofd van het medisch centrum. “In de Antwerpse haven werken meer dan zestigduizend mensen, waarvan de arbeiders maar een klein deel uitmaken. Daar komt nog bij dat de preventie-maatregelen en werkveiligheid op de werkvloer de laatste jaren enorm zijn



ZAS Kaai 142 ziet jaarlijks zo’n 20.000 patiënten langskomen.

geëvolueerd. Er vinden een stuk minder arbeidsongevallen plaats en dat weer spiegelt zich hier. Het aandeel havenarbeiders binnen de patiëntenpopulatie loopt dus terug. We zien nu zelfs dat het aandeel arbeidsongevallen van niet-havenarbeiders groter is dan dat van havenarbeiders. Maar desondanks blijft de haven onze belangrijkste partner.”

**‘Dit centrum is uniek binnen het medisch zorglandschap. We zitten als het ware tussen de eerste en tweede lijn in. We ontlasten huisartspraktijken en spoeddiensten die niet altijd tijd hebben voor kleinere traumatologie’**

## Compact centrum

Kaai 142 is een compact ingedeeld medisch centrum, met centraal in het gebouw de wachtzaal. Op deze koude winterdag in januari zitten een vijftiental patiënten hier rustig te wachten; een handvol havenarbeiders, maar ook een

bejaard stel en een moeder met haar tienerdochter. Om de wachtzaal heen zijn de verschillende behandelruimten gesitueerd, met aan de lange zijde van de zaal een vijftal identieke consultatieboxen. In de hoek van het gebouw bevindt zich een kleine ingreepruimte voor het zetten van hechtingen, met daarnaast de gipskamer en radiologie-

zaal. De wachtzaal wordt verder omringd door de behandelruimte van de kinesist en de ruimte voor medische keuringen van zeelieden en havenpersoneel.

“Iedereen kan hier langskomen”, zegt Liekens. “Van havenarbeiders tot aan senioren. Over het algemeen heb-

ben de mensen die ons weten te vinden wel een link met de haven, via een familielid of een kennis bijvoorbeeld. Maar we zien dat ook steeds meer mensen van buiten de haven naar ons toekomen. Jaarlijks zien we op die manier zo’n 20.000 mensen langskomen. Wat ons van de reguliere spoeddienst onderscheidt is onze laagdrempeligheid. Het centrum voelt niet aan als een ziekenhuis en onze wachttijden zijn laag, omdat we voornamelijk kleine traumatologie behandelen. Serieuzere zaken sturen we onder medische begeleiding door naar de spoed van ZAS Cadix.”

ZAS Kaai 142 wordt afwisselend en in deeltijd bemand door in totaal vijftien artsen, elf verpleegkundigen, een kinesist en een bandagist.

## Reguliere spoeddiensten

Vanuit het ZAS wordt er een brede samenwerking gefaciliteerd met alle



mogelijke diensten, zodat snelheid en efficiëntie, wat cruciaal is voor een positieve patiëntenervaring, wordt doorgetrokken, stelt Liekens. Ook worden er op regelmatige basis medische en verpleegkundige ervaringen uitgewisseld. “Zo heeft ons personeel veel ervaring met het leggen van gipsverbanden, waarover ze bijscholing geven aan collega’s uit de ZAS-ziekenhuiscgroep.”

Het medisch centrum blijkt naast het hebben van specifieke expertises nog

## Uniek

Dr. Nicolaas Vanderhoydonck, arts-coördinator van het medisch centrum, zit in consultatiebox nummer 3 en heeft net zijn consultatie met een oudere dame afgerond. “Als je even een paar minuten kan wachten, dan kom ik zo bij je om je vragen te beantwoorden”, zegt de arts terwijl hij de groene deur van de consultatieruimte achter zich sluit en richting de wachtzaal stapt. “Patiëntgerichtheid is voor ons centrum zeer belangrijk en

bleek dat haar heup gebroken was. Door de nauwe samenwerking kon ik op dat moment gelijk contact leggen met onze orthopedist om te overleggen of een operatie op korte termijn nodig was of niet. De indeling van het centrum stelt ons in staat om horizontaal te werken, waardoor de communicatie snel verloopt, wat tijd scheelt voor ons én de patiënt”, zegt Vanderhoydonck terwijl hij wijst naar de verschillende consultatieboxen.

trum krijgt op Google. “Ons centrum heeft een waardering van 4,8 op 5 sterren, wat laat zien dat mensen hier met een tevreden gevoel naar buiten stappen”, benadrukt Liekens terwijl hij wijst naar een groot wit bord aan een muur in de wachtruimte. Het bord hangt vol met positieve berichten, kaartjes en bedankjes van patiënten. “Regelmatig moeten we het bord leeghalen, omdat we er zoveel van binnenkrijgen.”



“Vandaag de dag is onze patiëntenpopulatie zeer divers en bestaat ze niet enkel uit havenarbeiders”, zegt Dirk Liekens, Verpleegkundig Afdelingshoofd van ZAS Kaai 142.

een troef in handen te hebben, namelijk het verlichten van de druk op de andere spoeddiensten. “Momenteel zien we in ons centrum vooral het type patiënten die in deze winterperiode reguliere spoeddiensten extra belasten. Omdat het gesneeuwd heeft en glad is, zijn er vandaag bijvoorbeeld veel mensen die met de fiets zijn gevallen. Ons centrum is gespecialiseerd in klein trauma, dus kunnen we prima deze patiëntengroep ontvangen, wat de druk op andere spoeddiensten verlaagt. Recentelijk zijn er ideeën uitgewisseld om onze werking te implementeren binnen andere reguliere ZAS-spoedgevallendiensten.”

Volgens Liekens situeert ZAS Kaai 142 zich als het ware tussen de eerstelijnszorg en een reguliere spoeddienst. “Steeds meer mensen hebben moeite met het vinden van een huisarts, en spoedafdelingen hebben daardoor meer werk. We zien nu al dat huisartsen patiënten naar ons doorsturen voor het aanleggen van gips, radiologie en de behandeling van verstuikingen”, zegt Liekens.

we willen de wachttijden voor patiënten zo laag mogelijk houden.” De arts staat normaliter één dag per week in Kaai 142, de overige dagen werkt hij als huisarts in de regio Antwerpen.

Vanderhoydonck benadrukt het unieke laagdrempelige karakter van het medisch centrum, dat volgens hem een waardevolle aanvulling is op het Antwerpse zorgaanbod. “Dit medisch centrum is toch wel uniek binnen het medisch zorglandschap. Zoals mijn collega al zei, we zitten als het ware tussen de eerste en tweede lijn in. We ontlasten huisartspraktijken en spoeddiensten die niet altijd tijd hebben voor kleinere traumatologie. Mensen kunnen gemakkelijk, zonder afspraak, bij ons binnenstappen”, aldus de arts.

## Overflow opvangen

Vanderhoydonck: “Ook hebben we als voordeel dat de lijnen binnen het centrum kort zijn. Laatst kwam er een dame die al een week rondliep met een pijnlijke heup. We hebben in de zaal hiernaast een foto gemaakt waaruit



Om de wachtzaal heen zijn de verschillende behandelruimten gesitueerd, met aan de lange zijde van de zaal een vijftal identieke consultatieboxen.

“Andersom merk ik ook vanuit mijn werk als huisarts de voordelen van het centrum. Zo stuur ik als het mogelijk is patiënten met kleine kwetsuren naar dit centrum door, waardoor ik patiënten met een complexere pathologie eerder zelf kan behandelen. Ik zie ZAS Kaai 142

## ‘We hopen een duurzame samenwerking op te zetten met de zorgaanbieders in de regio’

daarmee echt als een zorgpartner en aanvulling op de huisartsen in de regio. Ook is het voor mij persoonlijk fijn om hier deeltijds te werken. Het is een welkome afwisseling en ik kan er bepaalde vaardigheden, zoals het zetten van complexe hechtingen, in stand houden”, zegt de arts.

## Maritieme geneeskunde

Dat ZAS Kaai 142 goed functioneert, getuigt de score die het medisch cen-

ZAS Kaai 142 is sinds eind 2024 geaccrediteerd voor medische keuringen in de zeevaart, binnenvaart en voor arbeiders op offshorefaciliteiten, zoals boordplatforms en windmolenparken. Bovendien heeft het centrum recentelijk haar zorgaanbod verder uitgebreid met maritieme geneeskunde. “Hiermee spelen we in op een vraag uit de Antwerpse haven”, zegt Vanderhoydonck. “Elke dag meren in de haven van Antwerpen schepen aan met bemanningen uit de hele wereld. Die hebben uiteraard niet altijd toegang tot een huisarts, en hun schip wacht niet. Dat is een van de redenen om ons aanbod van medische hulpdienst voor zeelui uit te breiden.”

Voor de toekomst hoopt Kaai 142 het zorgaanbod verder af te stemmen op de noden van het zorglandschap. “We hopen een duurzame samenwerking op te zetten met de zorgaanbieders in de regio”, besluiten zowel Liekens als Vanderhoydonck.

Tekst en foto's: Floris Cup



# Sui generis-statuuut kan beter

“De vraag is natuurlijk wie een beter statuut voor ASO's moet financieren. Over het algemeen wil men niet dat ASO's duurder worden – ook al genereren ze, zeker in de latere jaren van de stage, vaak toch een behoorlijke omzet.”



**OPLEIDING** Sinds 2021 hebben arts-specialisten in opleiding betere arbeidsvoorwaarden en bescherming, maar er is nog ruimte voor verbetering. Dat zegt mr. Tom De Gendt van het Leuvense kantoor De Gendt Advocaten, gespecialiseerd in gezondheidsrecht en medisch recht.

Voor 2021 werden in elk ziekenhuis autonoom de loon- en arbeidsvoorwaarden van ASO's bepaald. Met de 'Centrale Overeenkomst' afgesloten in de Nationale Paritaire Commissie Artsen-Ziekenhuizen (NPCAZ) kwam daar verandering in. ASO's (net als HAO's) werken sindsdien met een sui generis-statuuut voor werkgerelateerde rechten. Dat is geen volwaardig bediendestatuut, waardoor er minder socialezekerheidsbijdragen betaald moeten worden. Keerzijde daarvan is dat de ASO wel recht heeft op een uitkering bij ziekte of zwangerschap, maar niet op pensioenopbouw, werkloosheidsuitkering of vakantiegeld.

“Er is voor ASO's een sui generis-statuuut in het leven geroepen dat voor geen enkele andere beroepsgroep geldt. Je zou je kunnen afvragen op welke basis dat bijzonder statuut te rechtvaardigen is”, zegt mr. Tom De Gendt. “Als ik het vergelijk met de advocatuur: daar hebben stagiairs sinds jaar en dag

een volwaardig zelfstandigenstatuuut. Sinds kort zijn zelfs stages als bediende mogelijk.”

“De vraag is natuurlijk wie een beter statuut voor ASO's moet financieren. Over het algemeen wil men niet dat ASO's duurder worden – ook al genereren ze, zeker in de latere jaren van de stage, vaak toch een behoorlijke omzet. In het huidige systeem gaat men ervan uit dat ze als arts-specialisten later wel een hoger inkomen zullen hebben. Al is het afwachten hoe dat zal evolueren met de actuele denkoefening over de hervorming van de ziekenhuisfinanciering en erelonen.”

## Structureel zwakke positie

De Centrale Overeenkomst regelt ook de arbeidsvoorwaarden en uurroosters van ASO's. Maar bij een conflict staat een ASO in een structureel zwakkere positie tegenover de stagemeeester, zegt mr. Elias Put van De Gendt Advocaten. “Als een stage geschorst of niet verlengd wordt, dan heeft een ASO geen

vangnet, want ze hebben geen recht op een werkloosheidsuitkering. En als een ASO dreigt niet erkend te worden in het specialisme waar die zich al jaren in bekwaamt, dan is dat uiteraard een enorme klap. Bij onenigheid met de stagemeeester denken veel ASO's dus: ik zal het wel uitzweten, want ik wil gewoon zo snel mogelijk aan mijn carrière beginnen.”

Bij een ernstig conflict met een stagemeeester kan een ASO zich volgens de wetgeving richten tot de erkenningscommissie. Maar in die commissie zitten ook alle collega's van de stagemeeester, die weten dat de betrokken stagemeeester misschien ooit over een conflict zal moeten oordelen tussen henzelf en één van hun eigen ASO's. “En dan komt het het rechtvaardigheidsgevoel van de ASO natuurlijk niet ten goede dat de betrokken stagemeeester gewoon de vergadering verlaat als zijn eigen dossier ter sprake komt. Dat is structureel absoluut geen juridisch gezonde situatie”, zegt Tom De Gendt. “Het is niet correct dat klachten over stagemeeesters worden behandeld door een orgaan met daarin diezelfde stagemeeesters. In de erkenningscommissie zijn niet altijd bestuursrechtelijke reflexen aanwezig. Zij formuleert een advies voor de minister, die verondersteld wordt om die reflexen wel te hebben, maar zelden zal durven af te wijken van dat advies.”

Conflicten tussen ASO en stagemeeester gaan overigens niet enkel over medisch-technische zaken maar hebben soms gewoon een karakteriële oorzaak, weet Tom De Gendt. “Het gaat bijvoorbeeld over de manier waarop een vraag van een ASO al dan niet ernstig wordt overwogen door de stagemeeester. ASO's zijn mensen die ook al lang gestudeerd hebben, die ernstig behandeld willen worden. Maar daar komt de

**‘Als je ‘zo snel mogelijk’ moet reageren, dan zit je misschien fysiek wel thuis maar ben je mentaal niet vrij’**

– Elias Put, De Gendt Advocaten

ASO soms in een spanningsveld terecht tussen enerzijds de kwaliteit van de opleiding en anderzijds de organisatie van de dienst. Dit spanningsveld is natuurlijk inherent aan de combinatie van de verschillende hoedanigheden van een stagemeeester: zowel werkgever als opleider, en ook nog lid van de erkenningscommissie.”

## Wachtdiensten

Een heikel punt bij de stages zijn wachten. Als een ASO met wachtdienst binnen de 20 minuten in het ziekenhuis



aanwezig moet kunnen zijn, wordt dat volgens de collectieve overeenkomst beschouwd en vergoed als arbeidstijd. “We zien nu dat in sommige contracten ingeschreven wordt dat ASO’s binnen 25 of 30 minuten aanwezig moeten zijn, of ‘zo snel mogelijk’”, zegt Elias Put. “De bescherming die de collectieve overeenkomst wou bieden, wordt daardoor uitgehold. Volgens Europese rechtspraak moet je kijken naar de mate waarin iemand beperkt is om normale activiteiten te ondernemen, om te bepalen of een wachtdienst al dan niet arbeidstijd is. Als je ‘zo snel mogelijk’ moet reageren, dan zit je misschien fysiek wel thuis maar ben je mentaal niet vrij.”

Wat een uniform kader voor wachtdiensten ook nog bemoeilijkt, is dat het aantal oproepen tijdens een wachtdienst erg verschilt tussen specialisten, zegt Tom De Gendt. “Een dermatoloog of oogarts zal doorgaans minder vaak worden opgeroepen. Dan lijkt het fair om een wacht niet als arbeidsduur te beschouwen. Maar een ASO die om de twee dagen wordt opgeroepen, die kan tijdens wachtdiensten niets anders inplannen.”

Een oplossing is echter niet evident, want als je alle wachtdiensten als effectieve arbeidstijd zou beschouwen, dan is de impact op het geheel van de arbeidstijd te groot. De vraag rest dan natuurlijk of dit probleem volledig op het conto van de ASO’s moet komen, stelt Tom De Gendt.

Erik Derycke

Save the date



Op zaterdag 10 mei organiseert VASO – in samenwerking met *Artsenkrant* – een tweede VASO Symposium dat aandacht besteedt aan mentaal welzijn, arbeidsrechten en financiële topics waarmee een ASO wordt geconfronteerd. Het symposium vindt plaats bij KBC Brussel, Havenlaan 6 in Brussel. Inschrijven kan via de website van VASO: [vaso.be/event-details-registration/vaso-symposium](https://vaso.be/event-details-registration/vaso-symposium).

Behandel de symptomen van verkoudheid en griep veilig en effectief met Sinutab®



Mildere symptomen Ernstigere symptomen Een combinatiegeneesmiddel behandelt meerdere symptomen tegelijk

Nu enkel op voorschrift

SAMENVATTING VAN DE PRODUCTKENMERKEN NAAM VAN HET GENEESMIDDEL SINUTAB 500 MG/30 MG TABLETTE

SINUTAB FORTE 500 MG/60 MG TABLETTE Kwalitatieve en kwantitatieve samenstelling Sinutab 500 mg/30 mg tabletten: 1 tablet bevat 500 mg paracetamol en 30 mg pseudoefedrinehydrochloride. Sinutab Forte 500 mg/60 mg tabletten: 1 tablet bevat 500 mg paracetamol en 60 mg pseudoefedrinehydrochloride. Voor de volledige lijst van hulpstoffen, zie rubriek 6.1. Farmaceutische vorm Tabletten Therapeutische indicaties Symptomatische behandeling van nasale congestie met hoofdpijn en/of koorts veroorzaakt door een acute virale infectie van de bovenste luchtwegen. Sinutab en Sinutab forte zijn geïndiceerd voor gebruik bij volwassenen en kinderen ouder dan 12 jaar. Dosering en wijze van toediening Dosering Volwassenen en kinderen ouder dan 12 jaar: Sinutab 500 mg/30 mg tabletten: 1 à 2 tabletten, 2 à 3 maal per dag. Sinutab Forte 500 mg/60 mg tabletten: 1 tablet, 2 à 3 maal per dag. Tussen de innames door moet een tijdsinterval van minstens 4 uur worden gerespecteerd. De duur van de behandeling dient zo kort mogelijk te zijn (maximum 5 dagen) en gelimiteerd tot de periode waarin de symptomen aanwezig zijn. In geval van een bacteriële infectie kan een antibiotische therapie nodig zijn. Voor volwassenen en kinderen van 12 jaar en ouder is de aanbevolen maximale totale dagelijkse dosis pseudoefedrine 240 mg, ingenomen in afzonderlijke doses van niet meer dan 60 mg om de 4 tot 6 uur binnen een periode van 24 uur. Voor kinderen en adolescenten (lichaamsgewicht < 50 kg) is de gebruikelijke dosis paracetamol 15 mg/kg per keer, tot maximaal 4 maal per dag. Het toedieningsinterval dient ten minste 4 uur te bedragen. De maximale doses paracetamol zijn 15 mg/kg per innamen en 60 mg/kg/dag. Voor adolescenten en volwassenen (lichaamsgewicht > 50 kg) is de gebruikelijke dosis paracetamol 500 mg à 1 g per keer, zo nodig respectievelijk elke 4 of 6 uur te herhalen, tot 3 g per dag. In geval van meer intense pijn of koorts, kan de dagdosis paracetamol worden verhoogd tot 4 g per dag. Het toedieningsinterval dient ten minste 4 uur te bedragen. De maximale doses paracetamol zijn 1 g per keer en 4 g per dag. Voor volwassenen die minder dan 50 kg wegen, is de maximale dagdosis paracetamol 60 mg/kg/dag. Verminderde leverfunctie, chronisch alcoholgebruik: Bij patiënten met een verminderde leverfunctie, moet de dosis worden verminderd of het doseringsinterval verlengd. De dagelijkse dosis paracetamol mag niet hoger zijn dan 2 g in de volgende situaties: - Leverinsufficiëntie; - Syndroom van Gilbert (familiale niet-hemolytische geelzucht); - Chronisch alcoholgebruik. Nierinsufficiëntie: In geval van matige en ernstige nierinsufficiëntie moet de dosis verminderd worden:

Glomerulaire filtratie	Dosis paracetamol
10 – 50 ml/min	500 mg elke 6 uur
< 10 ml/min	500 mg elke 8 uur

Ouderen: Op basis van farmacokinetische gegevens is geen dosisaanpassing nodig. Men moet echter rekening houden met het feit dat nier- en / of leverinsufficiëntie vaker voorkomen bij ouderen. Wijze van toediening Orale innamen. Contra-indicaties - Overgevoeligheid voor de werkzame stoffen of voor een van de in rubriek 6.1 vermelde hulpstoffen. - Patiënten met ernstige leverinsufficiëntie, ernstige acute of chronische nieraandoening/nierfalen, ernstige hypertensie of slecht gereguleerde hypertensie of aandoeningen van de coronairen. - In het geval van eerdere cerebrovasculaire incidenten of risicofactoren die de kans op cerebrovasculaire incidenten kunnen vergroten. - Gelijktijdig gebruik met MAO-inhibitoren of gebruik in de voorbije 2 weken van MAOI's is tegenaangegeven vanwege het gevaar voor mogelijk fatale hypertensie-opstoten en hyperthermie. - In combinatie met andere

sympathomimetische geneesmiddelen (indirect werkend of alfa-type) met vaatvernauwend effect bij decongestie, ongeacht de inname methode (oraal of nasal) vanwege hogere risico's op vaatvernauwing en/of hypertensieve crisis (zie ook 4.5). - Kinderen jonger dan 12 jaar. - Tijdens zwangerschap en lactatie. Bijwerkingen Hieronder worden bijwerkingen weergegeven die gerapporteerd zijn tijdens postmarketing onderzoek. De bijwerkingen worden vermeld met hun frequentie volgens de volgende conventie: Zeer vaak (≥1/10); Vaak (≥1/100, <1/10); Soms (≥1/1.000, <1/100); Zelden (≥1/10.000, <1/1.000); Zeer zelden (< 1/10.000); niet bekend (kan met de beschikbare gegevens niet worden bepaald). Een aantal van de bijwerkingen werden geïdentificeerd tijdens klinische studies met de hieronder vermelde frequentie. Een deel van de bijwerkingen werd echter spontaan gemeld tijdens het gebruik na het op de markt brengen. Daarvoor kon op basis van de beschikbare gegevens geen frequentie worden vastgesteld en is deze bijgevolg geklasseerd als 'niet bekend'. Ongewenste reacties op geneesmiddelen met paracetamol, pseudoefedrine HCl of de combinatie die zijn vastgesteld tijdens post-marketing onderzoek, aan de hand van het geschatte aantal gevallen op basis van spontane meldingen: Immuunsysteemaandoeningen Zeer zelden: anafylactische reactie Zeer zelden: overgevoeligheid Enkele zeldzame gevallen van allergische incidenten die zich manifesteerden in de vorm van een huiduitslag met erythem of urticaria en die stopzetting van de behandeling vereisten werden gemeld, alsook enkele zeer zeldzame gevallen van trombocytopenie. Quincke oedeem werd zelden gemeld. Zeer zelden werden gevallen van ernstige huidreacties gemeld. Psychische stoornissen Vaak: zenuwachtigheid Vaak: insomnie Zeer zelden: angst Zeer zelden: euforische stemming Niet bekend: hallucinatie Niet bekend: hallucinatie, visueel Niet bekend: rusteloosheid Zenuwstelselaandoeningen Vaak: duizeligheid Zeer zelden: hoofdpijn Zeer zelden: psychomotorische hyperactiviteit (in de pediatrische populatie) Niet bekend: dysgeusie Niet bekend: migraine Niet bekend: convulsies Niet bekend: somnolentie Niet bekend: cerebrovasculair accidenta Niet bekend: posterieur reversibel encefalopathiesyndroom (PRES) (zie rubriek 4.4) Niet bekend: reversibel cerebraal vasoconstrictiesyndroom (RCVS) (zie rubriek 4.4) Niet bekend: paraesthesie Niet bekend: tremor Oogaandoeningen Niet bekend: ischemische opticusneuropathie Hartaandoeningen Zeer zelden: aritmie Zeer zelden: hartkloppingen Zeer zelden: tachycardie Niet bekend: myocardiinfarct In uitzonderlijke gevallen werden patiënten die geneesmiddelen gebruikten die pseudoefedrine bevatten, getroffen door een hersenbloeding. Vaak betrof het patiënten met vasculaire risicofactoren of in gevallen van een overdosis of combinatie met andere vaatvernauwende geneesmiddelen. Niet bekend: transiente ischemische aanvallen Bloedvataandoeningen Soms: hypertensie Maagdarmstelselaandoeningen Vaak: droge mond Vaak: nausea Zeer zelden: buikpijn Zeer zelden: diarree Zeer zelden: braken Niet bekend: ischemische colitis Lever- en gelaandoeningen Tekenen van levertoxiciteit na een verlengde behandeling bij hoge dosissen werden gemeld. Deze kan versterkt worden door alcohol en microsomale inducerende enzymen. Huid- en onderhuidaandoeningen Zeer zelden: angio-oedeem Zeer zelden: pruritus Zeer zelden: huiduitslag Zeer zelden: jeukende huiduitslag Zeer zelden: urticaria Niet bekend: erythem fixatum Niet bekend: acuut generaliseerd pustuleus exantheem Nier- en urinewegaandoeningen Zeer zelden: dysurie Zeer zelden: urineterentie werd waargenomen bij mannen waar prostaathypertrofie en predisponeerbare factor bleek te zijn. Algemene aandoeningen en toedieningsplaatsstoornissen Zeer zelden: gevoel van zenuwachtigheid Onderzoeken Zeer zelden: toename van transaminasen (bij sommige patiënten die doses paracetamol volgens het etiket innamen, kunnen lichte toenames van transaminase optreden; deze toenames gaan niet gepaard met leverfalen en verdwijnen meestal bij voortgezette behandeling of nadat met het gebruik van paracetamol

is gestopt). a: Deze voorvallen werden in zeer zeldzame gevallen gemeld na het in de handel brengen. Een recente veiligheidsstudie na toelating (PASS) leverde geen bewijs op van verhoogd risico op myocardiinfarct of cerebrovasculair accident als gevolg van het gebruik van vasoconstrictoren voor nasale decongestie, waaronder pseudoefedrine. De volgende bijwerkingen kunnen optreden met paracetamol:

Systeem/orgaanklassen	
Bloed- en lymfestelsel-aandoeningen	
zeer zelden (<1/10.000)	thrombocytopenie; leukopenie; pancytopenie; neutropenie; hemolytische anemie; agranulocytose
Frequentie niet gekend	anemie
Immuunsysteemaandoeningen	
zelden (≥1/10.000, <1/1.000)	allergische reacties
zeer zelden (<1/10.000)	allergische reacties die stopzetting van de behandeling vereisen
Frequentie niet gekend	anafylactische shock
Zenuwstelselaandoeningen	
zelden (≥1/10.000, <1/1.000)	hoofdpijn
Maagdarmstelselaandoeningen	
zelden (≥1/10.000, <1/1.000)	buikpijn; diarree; nausea; braken; constipatie
Lever- en gelaandoeningen	
zelden (≥1/10.000, <1/1.000)	gestoorde leverfunctie; leverfalen; levernecrose; icterus
zeer zelden (<1/10.000)	hepatotoxiciteit
Frequentie niet gekend	hepatitis
Huid- en onderhuidaandoeningen	
zelden (≥1/10.000, <1/1.000)	pruritus, rash, zweten, angio-oedeem, urticaria
zeer zelden (<1/10.000)	zeer zeldzame gevallen van ernstige huidreacties werden gemeld
Nier- en urinewegaandoeningen	
zeer zelden (<1/10.000)	steriele pyurie (troebele urine)
Frequentie niet gekend	nefropathieën (interstitiële nefritis, tubulaire necrose) na langdurig gebruik van hoge doses
Algemene aandoeningen en toedieningsplaatsstoornissen	
zelden (≥1/10.000, <1/1.000)	duizeligheid; malaise
Letfels, intoxicaties en verrichtingscomplicaties	
zelden (>1/10.000, <1/1.000)	overdosering en intoxicatie

Melding van vermoedelijke bijwerkingen: Het is belangrijk om na toelating van het geneesmiddel vermoedelijke bijwerkingen te melden. Op deze wijze kan de verhouding tussen voordelen en risico's van het geneesmiddel voortdurend worden gevolgd. Beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg wordt verzocht alle vermoedelijke bijwerkingen te melden via Federale Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten [www.fagg.be](http://www.fagg.be) Afdeling Vigilantie. Website: [www.eenbijwerkingmelden.be](http://www.eenbijwerkingmelden.be) e-mail: [adr@fagg-fdmps.be](mailto:adr@fagg-fdmps.be) AFLEVERINGSWIJZE Sinutab 500 mg/30 mg, verpakking met 15 tabletten: niet op medisch voorschrift. Sinutab Forte 500 mg/60 mg, verpakking met 20 tabletten: op medisch voorschrift of schriftelijk verzoek. HOUDER VAN DE VERGUNNING VOOR HET IN DE HANDEL BRENGEN Johnson & Johnson Consumer NV/SA, Michel De Braeystraat 52, 2000 Antwerpen. NUMMERS VAN DE VERGUNNING VOOR HET IN DE HANDEL BRENGEN Sinutab 500 mg/30 mg tabletten: BE240195 Sinutab Forte 500 mg/60 mg tabletten: BE240186. DATUM VAN HERZIENING VAN DE TEKST. Datum van herziening van de tekst: 06/2024. Datum van goedkeuring van de tekst: 06/2024. v19.1.B18.1. Meer informatie is beschikbaar op verzoek. BE-SIN-2024-83956



# Het lamleggen van gezondheidszorg onthult genocidaire intenties



Slachtoffers van een luchtaanval op het ziekenhuis Al-Ahli Arab in Gaza-Stad op 5 december 2024.

**GEZONDHEID** Een basisrecht, een universeel verlangen, een hoeksteen van onze menselijke waardigheid. Gezondheidszorg is meer dan alleen een systeem van ziekenhuizen en medicijnen. Het is de ruggengraat van een samenleving, een fundament waarop overleving en ontwikkeling rusten.

**N**et daarom gaan er terecht zoveel middelen (budget, infrastructuur en mensen) naar gezondheidszorg, en was het de allerbelangrijkste indicator tijdens covid. Het vernietigen van die ruggengraat betekent dat een bevolking wordt beroofd van haar capaciteit om te overleven. En dat is precies wat er gebeurt met onze medemensen in Palestina. Genocide.

Voorwaarde om van genocide te kunnen spreken is dat er “intentie” zit achter de gruwelijke oorlogsmisdaden. Verdedigers van de illegale bezetting willen doen geloven dat deze intentie,

juridisch gezien, in woorden moet uitgedrukt zijn. *Not.* Een intentie kan ook afgeleid worden uit de systematiek van de acties, de schaal ervan, cumulatief in de tijd, het compleet gebrek aan proportionaliteit. Veel te weinig bekend, zelfs bij militaire, filosofische en politieke experts in de media, is dat er ook nog zo iets bestaat als internationale medische rechten.

Het aanvallen van ziekenhuizen is altijd een misdaad. Altijd: dat is het uitgangspunt. Ook aanvallen op militaire artsen en ziekenhuizen zijn een misdaad. Slechts in extreem uitzonderlijke situaties mag hiervan héél voorzichtig

afgeweken worden, onder strikte voorwaarden en met proportionaliteit als absolute indicator.

Zo is de aanvaller verplicht om zelf eerst een veilige evacuatie en een veilig onderkomen te organiseren. Voor alle zieken en gezondheidswerkers, ook voor baby's en mensen aan de beademing op intensieve zorgen. De continuïteit van kwalitatieve zorg moet ten strengste op elk moment gegarandeerd blijven. Patiënten halfnaakt, zonder zuurstof, infusen uitgerukt, te voet naar een niet functionerend ziekenhuis laten stappen, voldoet daar op geen enkele manier aan.

## Systematiek

In Palestina viel de illegale bezetter stelselmatig alle essentiële ziekenhuizen aan. Niet extreem uitzonderlijk. Niet per ongeluk één of twee, neen: systematisch allemaal. Opgelapte ziekenhuizen werden zelfs nog een tweede of derde

keer aangevallen. Meer dan 1.000 artsen, verpleegkundigen, gezondheidswerkers werden vermoord. Het grootste aantal in een conflict sinds de oprichting van de Verenigde Naties. Alle medische universiteiten werden vernietigd zodat ook geen nieuwe gezondheidswerkers opgeleid kunnen worden. Basismedicatie zoals insuline en humanitaire hulp worden veel te vaak tegengehouden. Veilig zwanger zijn en bevallen is quasi onmogelijk gemaakt. Gezien ieder mens ooit gedragen en gebaard is geworden, is deze zorg de essentie van het menselijk bestaan.

De lijst van aanvallen op ieder aspect van de gezondheidszorg (inclusief de essentiële aan-/afvoer) is gruwelijk lang. Op een kaart en in tijd uitgezet, ziet men duidelijk de systematiek. Dit wordt gecombineerd met het creëren van ziekmakende, dodelijke leefomstandigheden: uithongering, uitdroging, gebrek aan sanitaire voorzieningen, vernietiging van huisvesting en overbevolking in kampen.

**De situatie in Gaza illustreert hoe de vernietiging van gezondheid en gezondheidszorg als een wapen wordt ingezet om bevolkingsgroepen te verzwakken en uit te roeien**

Het lijkt wel het draaiboek “hoe creëer ik zoveel mogelijk ziekte en verderf?”. Hierdoor neemt de nood aan zorg uiteraard exponentieel toe, terwijl diezelfde zorg net werd uitgeschakeld. Studies tonen aan dat hierdoor tot 200.000 mensen zullen sterven, en meer als er niet snel massale hulp wordt toegelaten. Wat er gebeurt, is het onmogelijk maken van overleven door de gezondheidszorg volledig uit te schakelen. *Medicide.*



Internationaal Gerechtshof

Een tijdje geleden was ik in Den Haag voor overleg met de World Health Organisation (WHO), en werden deze klachten overgemaakt aan het Internationaal Gerechtshof. Het gezondheidsargument werd één van de meest doorslaggevende in de rechtelijke uitspraak en de arrestatiebevelen. Collega dr. Tlaleng Mofokeng, speciaal VN-rapporteur voor het recht op gezondheid, wijst op de systematische ondermijning van gezondheidszorg als een directe schending van het internationaal recht en als een vorm van collectieve straf die niet kan worden getoleerd. De situatie in Gaza illustreert volgens haar precies hoe de vernietiging van gezondheid en gezondheidszorg als een wapen wordt ingezet om bevolkingsgroepen te verzwakken en uit te roeien.

Alle grote internationale mensenrechtenorganisaties zijn het erover eens. In december kwamen nog maar eens drie extra onderzoeken uit, die allemaal hetzelfde concluderen. Het is een poging tot uitroeiing, besluiten Amnesty International, Human Rights Watch en Artsen zonder Grenzen onafhankelijk van elkaar. Het Hoog Commissariaat van de Verenigde Naties voor de Mensenrechten (UNHCHR) publiceerde in januari 2025 gelijkaardige bevindingen.

Eind december werd het laatste goed functionerende ziekenhuis in het noorden van Gaza omsingeld door tanks, bulldozers en drones. Het ziekenhuis werd aangevallen en in brand gestoken, met dodelijke slachtoffers onder artsen en patiënten. Uiteindelijk werd iedereen eruit gesleurd en apparatuur en operatiekwartieren onbruikbaar gemaakt. Het ziekenhuis kan nu geen zorg meer bieden. De directeur werd opgesloten in een beruchte gevangenis waar al eerder artsen dood gemarteld werden – goed gedocumenteerd door VN-onderzoekers.

Niet toevallig

De directeur-generaal van de WHO, zelf oorlogsslachtoffer uit Ethiopië, is een sterk criticus van illegale bezetting en schendingen van het medisch recht. Hij werd vorige week aangevallen door Israëlische bommen op de luchthaven van Yemen.

Wat u moet weten is dat de coördinatoren en bewegingen van hoge VN-persoonen altijd op voorhand doorgege-

ven worden aan strijdende partijen, om een veilige doorgang te garanderen (*deconfliction protocol*). De Israëlische overheid, met trouwens één van de meest gesofisticeerde intelligentiediensten ter wereld, wist dus heel goed waar dr. Tedros was op het moment dat ze bommen dropten. Heel goed.

Dit zijn allemaal geen toevalligheden meer, daarvoor is patroon en systematiek te duidelijk. Werkelijk elke vorm van gezondheidszorg of van de verdediging ervan wordt doelwit. Welke intentie kan een regime hebben als het zo gewelddadig de ruggengraat uit een samenleving ruikt?

Het aanvallen van ziekenhuizen is altijd een misdaad

Mensenrechten

Het consequent opkomen voor mensenrechten en rechtsstaat is iets heel neutraals. Het is geen politiek of ideologie. Het werd door onze grootmoeders bevochten en in wereldwijde verdragen neergeschreven. Het zou een erg vreemde wereld worden wanneer daarvoor opkomen als “extremistisch” of “ongepast” gezien zou worden. Dat zou de wereld op z’n kop zijn.

Regeringsonderhandelaars, neem in het regeringsakkoord een standvastige positie in voor het behoud van de rechtsstaat en de mensenrechten, en spreek u uit tegen de genocide in Palestina. Het oordeel van het Internationaal Rechtshof verplicht lidstaten hiertoe.

Collega’s, doorbreek toch die medeplichtig geworden stilte en laat uw stem horen. Artsenverenigingen, medische faculteiten en scholen verpleegkunde, blijf niet zwijgend toekijken en weiger hieraan mee te werken. Gezondheidswerkers, kom in verzet tegen deze aanval op onze gezwoven zorgplicht en op de menselijke waardigheid.

Wouter Arrazola de Oñate

Wouter Arrazola de Oñate is arts en onderzoeker gespecialiseerd in global public health. Hij werkt onder meer samen met de World Health Organisation rond epidemiologie, global health, universal health care, gezondheidsongelijkheid.

**NAAM VAN HET GENEESMIDDEL: ZEEL** crème **KWALITATIEVE EN KWANTITATIEVE SAMENSTELLING** 100g crème bevat: Arnica montana radix D2 0,300 g; Cartilago suis D2, Chorda umbilicalis suis D2 à 0,001 g; Coenzym A D6 0,010 g; Dulcamara D2 0,075 g; Embryo suis D2 0,001 g; Natrium diethylalacetatum D6 0,010 g; Nicotinamide adenine dinucleotide D6 0,010 g; Placenta suis D2 0,001 g; Rhus toxicodendron D2 0,270 g; Sanguinaria canadensis D2 0,225 g; Silicea D6 1,000 g; Sulphur D6 0,270 g; Symphytum officinale D8 0,750 g; Thiocticum acidum D6 0,010g. Hulpstoffen: cetostearylalcohol (type A), vloeibare paraffine, witte vaseline, gezuiverd water, ethanol 96 %. **FARMACEUTISCHE VORM** Crème **KLINISCHE GEGEVENS** Zeel is een homeopathisch geneesmiddel met bestanddelen traditioneel gebruikt ter verlichting van lokale symptomen bij gewrichtsaandoeningen (zoals artrose). **Dosering:** De crème 2 tot 4x per dag aanbrengen. **Toedieningswijze:** Cutaan gebruik. De crème is uitsluitend bestemd voor uitwendig gebruik. Breng de crème in een dunne laag aan op de te behandelen plekken. **Contra-indicaties:** Overgevoeligheid voor de werkzame bestanddelen of voor een van de hulpstoffen. Overgevoeligheid voor planten van de composietenfamilie (Asteraceae). **Bijzondere waarschuwingen en voorzorgen bij gebruik:** Dit middel bevat 1030 mg alcohol (ethanol) per 10 g (10,3% w/w). Dit middel kan een brandend gevoel geven op uw huid als uw huid beschadigd is. Cetostearylalcohol kan plaatselijke huidreacties veroorzaken (bv. contactdermatitis). Vermijd contact met ogen, slijmvlies, open wonden of beschadigde huid. Mag enkel op een intacte huid worden aangebracht. Bij tekenen van huidinfectie dient een arts te worden geraadpleegd. **Bijwerkingen:** Zoals elk geneesmiddel kan ook dit geneesmiddel bijwerkingen hebben. Niet iedereen krijgt daarmee te maken. **HOUDER VAN DE VERGUNNING VOOR HET IN DE HANDEL BRENGEN** Heel Belgium NV, Boelebos 25, B-9031 Drongen (Gent) **NUMMER VAN DE VERGUNNING VOOR HET IN DE HANDEL BRENGEN** HO-BE661193 **AFLEVERINGSWIJZE** Vrije aflevering **DATUM VAN HERZIENING VAN DE TEKST** 02/2023. Meer informatie op aanvraag beschikbaar. **NAAM VAN HET GENEESMIDDEL: ZEEL** tabletten **KWALITATIEVE EN KWANTITATIEVE SAMENSTELLING** 1 tablet van 301,5 mg bevat: Silicea D6 3 mg; Arnica montana radix M1=0,1 0,6 mg; Rhus toxicodendron D2, Sulphur D6 à 0,54 mg; Sanguinaria canadensis D3 0,45 mg; Cartilago suis D4, Chorda umbilicalis suis D4, Embryo suis D4, Placenta suis D4 à 0,3 mg; Dulcamara D2, Symphytum officinale D8 à 0,15 mg; Coenzym A D6, Natrium diethylalacetatum D6, Nicotinamide adenine dinucleotide D6, Thiocticum acidum D6 à 0,03 mg. Hulpstoffen: lactose monohydraat, magnesiumstearaat. **FARMACEUTISCHE VORM** Tabletten **KLINISCHE GEGEVENS** Zeel is een homeopathisch geneesmiddel met bestanddelen traditioneel gebruikt ter verlichting van symptomen van artrose en reumatische gewrichtsaandoeningen. Dit homeopathische geneesmiddel wordt gebruikt volgens de principes van de bioregulerende geneeskunde. **Dosering:** Volwassenen en adolescenten van 12 tot 18 jaar: Gebruikelijke dosering: 3x daags 1 tablet innemen. Bij acute klachten: om het ½ uur tot 1 uur 1 tablet innemen en daarna overgaan naar de gebruikelijke dosering (maximum 12 tabletten daags). Kinderen van 6 tot 11 jaar: Gebruikelijke dosering: 2x daags 1 tablet innemen. Bij acute klachten: om het uur tot 2 uur 1 tablet innemen en daarna overgaan naar de gebruikelijke dosering (maximum 8 tabletten daags). **Toedieningswijze:** Oraal/oromucosaal gebruik. Het wordt aanbevolen de tabletten in de mond te houden tot ze zacht worden, voor ze in te slikken. De tabletten moeten niet volledig opgelost zijn, maar eerder uit mekaar beginnen vallen en kunnen dan ingeslikt worden, indien gewenst met wat water. **Contra-indicaties:** Overgevoeligheid voor de werkzame stoffen of voor een van de hulpstoffen. Overgevoeligheid voor planten van de composietenfamilie (Asteraceae). **Bijzondere waarschuwingen en voorzorgen bij gebruik:** Patiënten met zeldzame erfelijke aandoeningen als galactose-intolerantie, algehele lactasedeficiëntie of glucose-galactose malabsorptie, dienen dit geneesmiddel niet te gebruiken. **Bijwerkingen:** Zoals elk geneesmiddel kan ook dit geneesmiddel bijwerkingen hebben. Niet iedereen krijgt daarmee te maken. In geïsoleerde gevallen zijn allergische huidreacties van voorbijgaande aard gerapporteerd. **HOUDER VAN DE VERGUNNING VOOR HET IN DE HANDEL BRENGEN** Heel Belgium NV, Boelebos 25, B-9031 Drongen (Gent) **NUMMER VAN DE VERGUNNING VOOR HET IN DE HANDEL BRENGEN** HO-BE660432 **AFLEVERINGSWIJZE** Vrije aflevering **DATUM VAN HERZIENING VAN DE TEKST** 07/2022. Meer informatie op aanvraag beschikbaar. **REFERENTIES:** <sup>1</sup> Sanchez C, et al. Reduction of Matrix Metalloproteinase 13 and Promotion of Chondrogenesis by Zeel T in Primary Human Osteoarthritic Chondrocytes. Front Pharmacol. 2021 ;12 : 635034. doi : 10.3389/fphar.2021.635034.6 Basini G, Santini SE, Bussolati S, Grasselli F. Sanguinarine inhibits VEGF-induced Akt phosphorylation. Ann N Y Acad Sci. 2007 Jan; 1095:371-6. <sup>2</sup> Basini G, Santini SE, Bussolati S, Grasselli F. Sanguinarine inhibits VEGF-induced angiogenesis in a fibrin gel matrix. Biofactors 2007;29(1):11-8. <sup>3</sup> Jaggi R, Wurgler U, Grandjean F, Weiser M. Dual inhibition of 5-lipoxygenase/cyclooxygenase by a reconstituted homeopathic remedy: possible explanation for clinical efficacy and favourable gastrointestinal tolerability. Inflammation Research. 2004;53(4):150-7. <sup>4</sup> Tunon H, Olavedotter C, Bohlin L. Evaluation of anti-inflammatory activity of some Swedish medicinal plants. Inhibition of prostaglandin biosynthesis and PAF-induced exocytosis. Journal of Ethnopharmacology. 1995;48:61-76. <sup>5</sup> Leone S, Ottani A, Bertolini A. Dual acting anti-inflammatory drugs. Current Topics in Medicinal Chemistry. 2007;7(3):265-275. <sup>6</sup> Schmolz M. Transforming Growth Factor beta (TGF-β): eine neue Regelstrecke für antiphlogistische Therapien? Biologische Medizin. 2000;29(1):31-34. <sup>7</sup> Schmolz M, Heine H. Homöopathische Substanzen aus der anthomotoxischen Medizin modulieren die Synthese von TGF-β1 in menschlichen Vollblutkulturen. Biologische Medizin. 2001;30(2):61-65. <sup>8</sup> Heine H, Schmolz M. Induction of the immunological bystander reaction by plant extracts. Biomedical Therapy. 1998;16(3):224-226.

Zeel®	PP
50 tabs	€ 20,45
250 tabs	€ 52,45
100 g crème	€ 25,59

# Rem artrose doeltreffend af met Zeel®

**Zeel® vertraagt doeltreffend het proces van artrose:**

1. Vertragen van degeneratie van het kraakbeen<sup>1</sup>
2. Afremmen van angiogenese<sup>2,3</sup>
3. Verminderen van pijn en ontsteking<sup>1,4-9</sup>

Ook verkrijgbaar in ampullen

**-Heel**

zeel.be

# HELPT SLIMME SPIROMETRIE DE ONDERDIAGNOSE VAN COPD TEGENGAAN?

**De richtlijnen<sup>1</sup> zijn duidelijk: om de diagnose van chronisch obstructief longlijden te stellen, is een longfunctietest met spirometrie nodig. Spirometrie hoort thuis in de eerstelijnszorg, maar veel huisartsen menen onvoldoende kennis, ervaring of tijd te hebben om het onderzoek af te nemen, waardoor veel COPD-patiënten onder de radar blijven. Kan artificiële intelligentie een oplossing bieden?**

In november trokken verschillende Belgische longartsen en -verenigingen aan de alarmbel. De reden hiervoor is dat België opvallend slecht scoort inzake de internationale COPD-index<sup>2</sup>, een zorgscore die de preventie en aanpak van COPD per land analyseert. Van de 34 beoordeelde landen staat België op de 31<sup>ste</sup> plaats. Enkel Litouwen doet het slechter in Europa – China en India sluiten de lijst af. Een van de redenen voor onze ondermaatse score is de laattijdige diagnose van COPD-patiënten. Ook het laatste KCE-rapport<sup>3</sup>, dat de performantie van het Belgische gezondheidssysteem evalueert, stelt dat die diagnostische vertraging o.a. vermijdbare ziekenhuisopnames met zich meebrengt.

Omdat COPD een chronische aandoening is die de luchtwegen en longblaasjes onomkeerbaar beschadigt, is het vroegtijdig opsporen van de ziekte cruciaal om de longfunctie zo lang mogelijk op peil te houden<sup>4</sup>. Hoe sneller men COPD kan behandelen, hoe beperkter de longschade, de klachten (en de maatschappelijke kost), en hoe beter de ziektegerelateerde kwaliteit van leven. Met de slogan ‘One Blow is Enough to Exclude COPD’<sup>5</sup> stond ook de wereld-COPD-dag dit jaar in het teken van de laagdrempelige spirometrie.

## Drempels

Geschat wordt dat in België zo’n 800.000 patiënten COPD hebben<sup>6</sup>, van wie de helft zich er niet van bewust is<sup>7</sup>. Bij gebrek aan diagnose blijven patiënten ook onbehandeld. Negentig procent van die 400.000 mensen zijn (ex-)rokers<sup>8</sup>. Het is dus vooral in deze hoogrisicopopulatie dat we moeten gaan screenen.

Via een enquête<sup>9</sup> wilden Belgische onderzoekers een duidelijker beeld krijgen van het huidige spirometrielandchap in de eerste lijn. Dertig huisartsen uit verschillende praktijken en met uiteenlopende anciënniteit werden bevraagd over hun spirometriegewoonten en over de barrières die ze eventueel ervaarden om de blaastest af te nemen.

Een aantal belangrijke items kwamen naar voren. Opvallend: hoewel 83% van de ondervraagde huisartsen vindt dat spirometrie een eerstelijnsonderzoek is, nam zeventig procent geen enkele longfunctietest af in de afgelopen zes maanden. Een kleine meerderheid kreeg een specifieke opleiding om spirometrie te leren afnemen en aflezen, maar bij een derde was dat al meer dan tien jaar geleden. Zeven op tien huisartsen vinden dat ze onvoldoende training kregen in het

domein, en de helft van de geïnterviewden meent té weinig ervaring te hebben om de test op betrouwbare manier te kunnen uitvoeren. Bijna veertig procent voelt zich dan ook onzeker bij het afnemen of interpreteren van een spirometrie.

Tijdgebrek bleek eveneens een belangrijke drempel voor huisartsen. Een aantal artsen gaf ook aan dat ze de financiële compensatie vanuit het RIZIV ontoereikend vonden. Tot slot bleek dat sommige huisartsenpraktijken niet eens over een spirometer beschikten.

## Risicopatiënten

De Belgische survey<sup>9</sup> bracht daarnaast grote verschillen aan het licht in het diagnostische traject en de eerstelijnsopvolging van COPD-patiënten. De strategieën liggen ook niet altijd in lijn met de guidelines<sup>1</sup>. Zo start een kleine zestig procent van de bevroegde artsen probleemloos een COPD-behandeling op zonder voorafgaande spirometrie, wat toch niet de bedoeling zou mogen zijn. Andere artsen verwijzen naar de tweede lijn voor een eerste longfunctietest en potentiële diagnose. Sommige huisartsen zien hun patiënten na dien zelf terug voor een follow-upspirometrie, om te kijken of de behandeling aanslaat of bijgestuurd moet worden, maar lang niet allemaal. Er is dus geen gestroomlijnd zorgpad.

Na afloop van de enquête werd een studie opgezet, waarbij dezelfde huisartsen systematisch een spirometrie afnamen bij hoogrisicopatiënten, die nooit eerder een diagnose van of behandeling voor COPD kregen. De geselecteerde risicopopulatie betrof mensen ouder dan 35 jaar met een rookgeschiedenis van ten minste tien pakjaren(a), bij wie de anamnese ten minste één actieve respiratoire klacht onthulde (hoest, kortademigheid, sputa, ...). De artsen kregen een spirometer en werden ondersteund door een klinisch gevalideerd AI-softwareprogramma. Artificiële intelligentie hielp hen enerzijds de kwaliteit van het longfunctieonderzoek te beoordelen(b), en anderzijds de spirometrieresultaten te interpreteren.

## Systematisch screenen

De onderzoeksresultaten van het AISAH-COPD-project(c) werden nog niet gepubliceerd en het artikel is niet ‘peer-reviewed’. Vorig jaar gaven twee coauteurs wel al een uiteenzetting over hun bevindingen op het internationale congres van de ERS (European Respiratory Society)<sup>9</sup> en dat van de IPCRG (International Primary Care Respiratory Group).



De systematische screening van de risicopopulatie toonde duidelijk de onderdiagnose van COPD aan. Er werden in totaal zo'n honderdvijftig kwalitatieve longfunctietests afgenomen. Wanneer men rekening hield met de inclusiecriteria, tekende volgens de AI-tool 28,5% van de hoogrisicopatiënten positief voor COPD. Die gevallen moeten nadien uiteraard bevestigd worden, maar 85% van de huisartsen ging alvast akkoord met de interpretatie van de curves en de diagnoses die het AI-platform aanreikte. Voor het gros van die (potentiële) COPD-diagnoses ging het om een milde of matige vorm van de ziekte, maar een vierde van de patiënten zou meteen in de categorie van ernstige of zelfs zeer ernstige COPD vallen.

### Zinvol

Nadat de huisartsen een longfunctietest hadden uitgevoerd onder begeleiding van de AI-software, konden ze een nieuwe enquête invullen. Het grootste verschil in de resultaten vóór en na AI-support zat in het gevoel van zelfvertrouwen dat artsen ervaarden. 37% voelde zich voordien onzeker bij het afnemen van een spirometrie, terwijl dat voor de 'slimme spirometrie' nog om 12% ging. Voor de interpretatie van de longfunctietest bleek de hulp van AI nog efficiënter: in plaats van 37% voelde nog slechts 6% zich onzeker wanneer AI een handje hielp bij de diagnosestelling.

De huisartsen vonden de AI-tool over het algemeen praktisch en zinvol, zowel voor de diagnostische ondersteuning als voor de kwaliteitsbeoordeling van de spirometrie. Artsen gaven een waarderingscore aan beide AI-functies. De kwaliteitscheck van het longfunctie-onderzoek kreeg 4,13/5 op de schaal van Likert(d), de diagnostische hulp kreeg 4,01/5. De deelnemende artsen zagen de meerwaarde in van het softwarepakket in de huisartspraktijk.

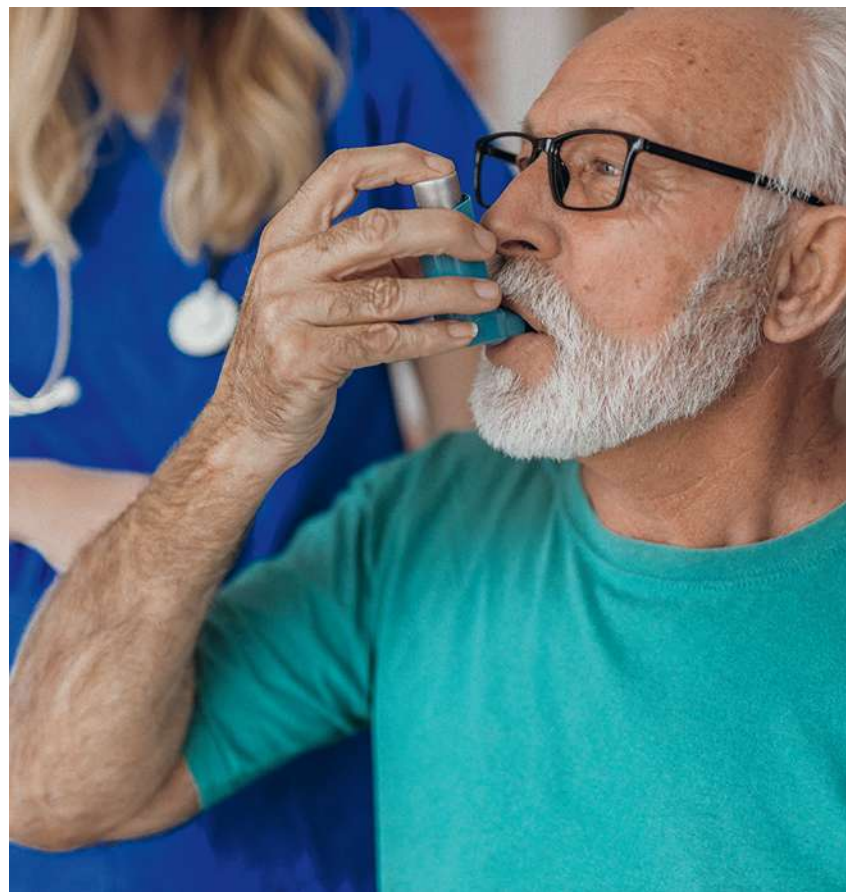
### Sleutelrol

Onze positie op de COPD-index<sup>2</sup> en de geschatte prevalentie van COPD in België laten er geen twijfel over bestaan: er is een enorm screeningspotentieel voor COPD in ons land. Laagdrempelige spirometrie bij risicopatiënten is van cruciaal belang om de huidige onderdiagnose en onderbehandeling van COPD aan te pakken. De huisarts kan hierin een sleutelrol spelen.

***“Geschat wordt dat in België zo’n 800.000 patiënten COPD hebben<sup>6</sup>, waarvan de helft zich er niet van bewust is.”***

Een aantal obstakels die huisartsen vandaag belemmeren bij het uitvoeren van longfunctietests (tijdgebrek, onvoldoende ervaring met of begrip van spirometrie), kunnen misschien omzeild worden met artificiële intelligentie. De slimme software helpt in enkele seconden aangeven of het longfunctieonderzoek op de juiste manier werd afgenomen en geeft ook meteen een interpretatie van de curves, wat kan dienen als 'second opinion' bij de diagnosestelling.

Betrouwbare ondersteuning van AI zou ervoor kunnen zorgen dat artsen zich zekerder voelen en zo sneller geneigd zijn om een longfunctieonderzoek af te nemen, wat op zijn beurt zou kunnen maken dat COPD-richtlijnen<sup>1</sup> beter worden opgevolgd in de eerstelijnszorg. Deze veronderstellingen moeten nog gestaafd worden door verder



onderzoek. De studie toont alvast aan dat de slimme spirometrie ongediagnosticeerde gevallen van COPD kan helpen opsporen.

Aan de hand van 'machine learning' werd het algoritme getraind om niet alleen COPD maar ook een reeks andere longaandoeningen te herkennen, zoals chronische bronchitis, longemfyseem, astma en interstitiële longziekten<sup>10</sup>. De software kan dus ook in de tweede lijn ingezet worden, om de interpretatie van de specialist te bekrachtigen, maar ook om meer zeldzame patronen en pathologieën op te sporen, bijvoorbeeld.

#### Opmerkingen:

- (a) 1 pakjaar = een jaar lang 20 sigaretten per dag
- (b) Wanneer een spirometrie foutief wordt afgenomen, is een nieuwe blaastest nodig om de resultaten op betrouwbare manier te kunnen interpreteren.
- (c) Artificial Intelligence Spirometry Assessment in High-Risk COPD Patients
- (d) De Likertschaal is een beoordelingsschaal waarmee men meningen, houdingen of gedrag op kwantitatieve manier beoordeelt, met name voor onderzoek.

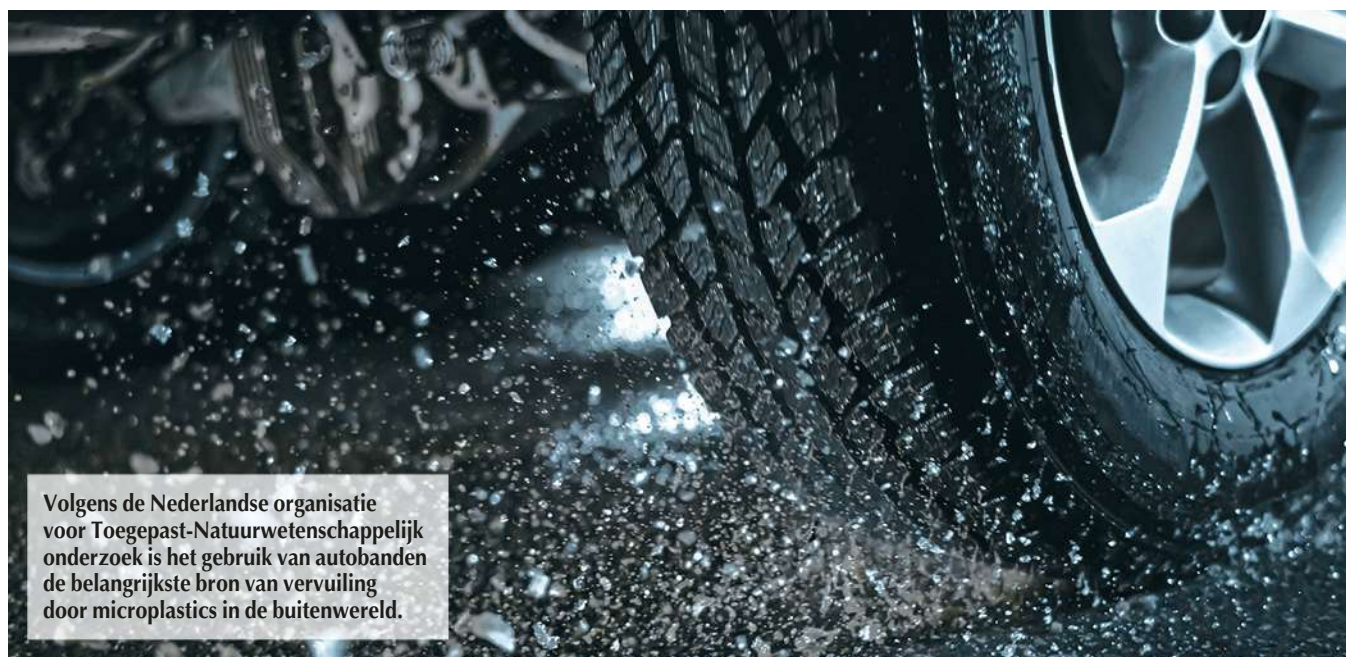
#### Referenties:

- <sup>1</sup> Global Strategy for Prevention, Diagnosis and Management of COPD (GOLD) 2025 (<https://goldcopd.org/2025-gold-report>)
- <sup>2</sup> COPD Index Companion Report, September 2024 (<https://respiratoryhealth.org/copd>)
- <sup>3</sup> Gerken Sophie, et al. Performantie van het Belgische gezondheidssysteem: Rapport 2024. Health Services Research (HSR). Brussel. Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2024. KCE Reports 376A. DOI: 10.57598/R376A.
- <sup>4</sup> Stolz D, et al. Towards the elimination of COPD: a Lancet Commission. Lancet. 2022;400(10356):921-972. DOI:10.1016/S0140-6736(22)01273-9.
- <sup>5</sup> <https://goldcopd.org/wp-content/uploads/2024/11/One-blow-is-enough-to-exclude-COPD.pdf>
- <sup>6</sup> Lung facts from IRC – <https://international-respiratory-coalition.org/countries/belgium>
- <sup>7</sup> <https://copdvzw.be/wat-is-copd/> + “Based on a study in 17 countries: over 50% of patients with COPD may be undiagnosed. Published in 2008-2018 ranged from 52.6% to 86.8% for the prevalence of underdiagnosed COPD based on a spirometry-based definition.”
- <sup>8</sup> <https://www.uzleuven.be/nl/chronische-obstructieve-longziekte-copd>
- <sup>9</sup> De Vos M, et al. Spirometry usage in Belgian primary care and the potential for AI-based Support. Poster presented at the ERS International Congress, 9-13 Sept 2023, Milan.
- <sup>10</sup> <https://www.uzleuven.be/nl/nieuws/artificiele-intelligentie-voor-diagnose-longaandoeningen>



# Wat doen microplastics met onze longen?

**LONGZIEKTEN** De productie en het gebruik van plastic blijft toenemen, en de weerslag daarvan op onze gezondheid is een aandachtspunt. Inhalatie van microplastics en wat dat voor ons lichaam betekent, krijgt de jongste jaren meer en meer aandacht.



**D**e meest voor de hand liggende reden om het gebruik van plastic te beperken, is momenteel de weerslag die de productie daarvan heeft op de aanmaak van broeikasgassen. Daarnaast is duidelijk geworden dat we microplastics opnemen via de voeding. In een update van 2024 is de Amerikaanse FDA formeel: er zijn momenteel geen bewijzen dat plastic uit de voeding ongunstige gezondheidseffecten uitoefent.<sup>(1)</sup>

Een recentere onderzoekspiste betreft de inhalatie van microplastics. Plastic vezels werden al meer dan twee decennia geleden ontdekt in chirurgisch afgenomen longweefsel, maar in 2022 vond onderzoek onverwacht hoge concentraties tot diep in de longen.<sup>(2)</sup> Ook hier geen algemene conclusies rond gezondheidsrisico's voor de algemene bevolking. De schaarse experimentele studies waarover we momenteel beschikken, zijn moeilijk te interpreteren omdat plastic deeltjes sterk verschillen in samenstelling, vorm en grootte, terwijl elk van deze parameters relevant kan zijn voor het effect op weefsels. In vitro zijn er aanwijzingen dat microplastics op het longweefsel een pro-inflammatoir effect uitoefenen, de barrièrefunctie van het epitheel verstoren en oxida-

tieve stress veroorzaken in het epitheel en de longblaasjes.

Epidemiologen blijven waakzaam, zeker omdat instanties zoals het Europese Milieuagentschap schatten dat het productieritme van plastic tegen 2050 driemaal zo hoog zal zijn als vandaag.<sup>(3)</sup> Een toenemend gebruik van plastic kan ertoe leiden dat er voor steeds meer mensen een kritische drempel overschreden wordt, waardoor gezondheidseffecten aan het licht komen. Men weet ook dat microplastics globaal in hogere concentraties aanwezig zijn binnenshuis dan in de buitenwereld, en meer bepaald in huisstof. De belangrijkste bronnen van microplastics in het milieu zijn cosmetica, textiel (vooral bij het wassen), wegwerpplastic en autobanden (sleet tijdens het rijden). De Nederlandse organisatie voor Toegepast-Natuurwetenschappelijk onderzoek leidt uit de beschikbare gegevens af dat het gebruik van autobanden de belangrijkste bron is van vervuiling door microplastics in de buitenwereld.<sup>(4)</sup>

## Chronische longpatiënten

Bezorgdheid is er vooral voor personen met chronische inflammatoire longziekten, zoals astma en COPD. In de jaren 70

maakte de literatuur melding van een beeld dat *meat-wrappers' asthma* genoemd werd. Astmaklachten traden op bij vrouwen die in de industrie vlees verpakten en daarbij pvc-folie (polyvinylchloride) doorsneden met een verhitte draad, waarna de verpakking dichtgesmolten werd. Ftaalzuuranhydride bleek destijds het verantwoordelijke bestanddeel te zijn. Het gaat hier om een specifiek geval van professionele blootstelling, maar *meat-wrappers' asthma* wordt alsnog aangehaald in recente reviews<sup>(5,6)</sup> rond de invloed van microplastics op de longen. Onderzoek heeft overigens aangetoond dat inhalatie van verschillende plasticsoorten in de longen van dieren leidt tot infiltratie van ontstekingscellen en/of karakteristieke kenmerken van een astmamodel versterkt. Zo ook voor COPD: epidemiologische gegevens wijzen op de accumulatie van sommige plastics in de longen van COPD-patiënten, maar sprekende gegevens ontbreken om een causaal verband aan te tonen.

Substantiëler materiaal is voorhanden rond interstitiële longziekte en longkanker. Interstitiële longziekten beslaan een spectrum van beelden die gepaard gaan met wisselende niveaus van inflammatie in het interstitiële

weefsel van de long en mogelijk ook fibrose, waardoor ademnood optreedt. Het alarmsignaal weerklonk in de jaren 70 van de vorige eeuw, toen een abnormaal hoge incidentie van een zeldzame levertumor werd vastgesteld bij personen die in de werksfeer werden blootgesteld aan pvc. Dat was het startschot voor een aantal studies wereldwijd, die aantoonde dat hetzelfde pvc ook aanleiding gaf tot een verhoogd risico op longfibrose en longkanker. Werkers in de industrie worden nu beter beschermd, maar er is bezorgdheid rond het effect van pvc-houdende vloeren die onderhevig zijn aan slijtage en zodoende deeltjes in de omgevingslucht kunnen verspreiden. Longfibrose werd ook gezien bij proefdieren blootgesteld aan polyurethaan.

## Voorzorgsprincipe

Hoewel er momenteel geen harde bewijzen bestaan voor mogelijke ongunstige gezondheidseffecten van de opname van plastic door ingestie of inhalatie, zetten onderzoekers en gezondheidsautoriteiten aan tot waakzaamheid, op grond van de schaarse, maar verontrustende gegevens. Overigens is het effect van plastic op de broeikasgassen op zich een voldoende reden om sober met plastic om te springen. In 2022 tekenden 175 landen in de schoot van de Verenigde Naties de *Plastic Pollution Treaty*, als een gezamenlijk plan om milieuvervuiling door plastic te beperken.<sup>(7)</sup> De belangrijkste maatregel daarvan is het verbieden van plastic voor doeleinden waarvoor een alternatief voorhanden is.

**dr. Michèle Langendries**

### Bronnen:

1. Microplastics and Nanoplastics in Food, 24 juli 2024 (fda.gov).
2. Jenner LC, et al. Sci Total Environ. 2022 Jul 20;831:154907.
3. European Environment Agency, Plastic (eea.europa.eu).
4. tno.nl (Whitepaper 'Microplastics zijn overal', 2022).
5. European Respiratory Review 2024 33: 230226.
6. Heliyon. 2024 Jan 11;10(2):e24355.
7. Nations agree to end plastic pollution (un.org).



# Seksuele delinquentie en psychopathie

» PHILIPPE LAMBERT  
» FOTO'S: THIERRY STRICKAERT



**Julien Lagneaux en Elena Kadare**  
Seksueel delinquenten beantwoorden niet aan een typisch psychologisch profiel.

» Een analyse geval per geval



**Julien Lagneaux, Elena Kadare, Jérôme Englebert**  
De therapie die men geeft bij een seksueel delinquent moet toegespitst worden op de persoon en niet op zijn misdrijven.

» Empathisch en aandachtig luisteren



**Jérôme Englebert**  
Psychopaten worden vaak omschreven als mensen met uitzonderlijk weinig empathie. Maar wat als net het tegengestelde waar is?

» Psychopathie

**Julien Lagneaux, Elena Kadare, Jérôme Englebert**  
Groepstherapie en een dienst waar personen beluisterd en begeleid worden, maken deel uit van het spectrum dat UPPL aanreikt om seksuele delinquentie te behandelen en te voorkomen.

» Therapie en preventie

Met het nascholingsprogramma AK Academy kunnen artsen hun kennis aanscherpen voor de praktijk van alledag. Het **nascholingsprogramma** is opgebouwd uit **thematische modules**. Iedere module bestaat uit vier artikels. De artikels zijn telkens gebaseerd op een interview met een expert ter zake. Artsenkrant publiceert in elk nummer een volledige module, handig gebundeld in een dossier. Wie instapt in het nascholingsprogramma, kan de artikels lezen en daarna via de smartphone een **korte vragenlijst** beantwoorden per artikel. Het beantwoorden van de vier vragenlijsten binnen een module levert **één accrediteringspunt** op.

Scan de QR-code om de vragen te beantwoorden en één accrediteringspunt te behalen:

<https://www.ak-academy.be/2025/article044/article044-nl-be/?culture=nl-BE>







# Een analyse geval per geval

Seksueel delinquenten beantwoorden niet aan een typisch psychologisch profiel. De analyse moet geval per geval worden gemaakt.

**Z**owel het brede publiek als artsen hebben een stereotiep beeld van seksuele delinquentie. Deze vertekening vertroebelt ook meteen het idee dat men zich vormt over het profiel van seksueel delinquenten. Eén van de meest gehoorde misvattingen is dat seksueel delinquenten multirecidivisten zouden zijn. “De klinische praktijk toont echter dat de meeste seksueel delinquenten slechts één misdrijf of een cluster van misdrijven plegen in een welomschreven periode van hun leven”, stelt Julien Lagneaux, directeur van de Unité de psychopathologie légale

(UPPL), die in 1998 werd opgericht in de nasleep van de zaak-Dutroux.<sup>(1)</sup>

Belgisch en internationaal onderzoek wijst uit dat een gespecialiseerde behandeling van seksueel delinquenten het risico van recidive aanzienlijk doet afnemen. In Wallonië bedraagt het risico na behandeling 6,65% na vijf jaar (wat overeenstemt met de klassieke behandelingsduur, meestal gekoppeld aan begeleiding door een justitieassistent voor sociaal-professionele reïntegratie) en 12,7% na tien jaar. “De recidivecijfers van seksueel delinquenten die hun straf volledig uitzitten zonder gespecialiseerde behandeling zijn

hoger”, geeft Julien Lagneaux aan. Uiteraard is 12,7% niet niets, maar het is toch gevoelig minder dan wat het fatalistische beeld van een onvermijdelijke recidive laat vermoeden.

Een ander stereotiep idee betreft seksueel misbruik van minderjarigen. De bevolking gaat ervan uit dat dit het werk is van pedofielen, terwijl 80% van die zedenfeiten wordt gepleegd door personen die zich niet specifiek aangetrokken voelen tot kinderen of adolescenten. Ze zijn meestal ‘opportunistisch’ van aard, in die zin dat ze worden gepleegd omdat de gelegenheid zich biedt, het slachtoffer zich in de

nabije omgeving bevindt, de dader middelen gebruikt heeft, ... “Men moet een duidelijk onderscheid maken tussen pedofilie in de diagnostische zin van het woord en seksueel kindermisbruik. Het eerste verwijst naar een parafilie met een preferentiële of exclusieve voorkeur voor minderjarigen, zonder dat daar noodzakelijk seksuele misdrijven mee gepaard gaan. Het tweede gaat over seksueel misbruik van minderjarigen, dat losstaat van een psychiatrische diagnose”, aldus Julien Lagneaux.

## Analyse volgens draaiboek

Los van deze stereotiepe ideeën leeft binnen de psychologie/psychiatrie het duidelijke besef dat de gespecialiseerde behandeling zich niet moet toespitsen op het misdadig gedrag van de zedendelinquent, maar op zijn persoon. De aard van de zedenfeiten geeft immers slechts een zeer fragmentarisch beeld van de persoonlijkheid en de beweegredenen van de misdadiger, alsook van de omstandigheden die tot het misdrijf geleid hebben en van andere gegevens die belangrijk zijn voor de verdere begeleiding. De aard van het misdrijf (verkrachting, exhibitionisme, pedopornografie, ...) kan niet in verband worden gebracht met een bepaald type delinquent, net zoals er geen type-profiel van seksueel delinquenten bestaat. De situatie rond pedofielen en kindermisbruikers toont dit duidelijk aan: beide profielen kunnen gelijkaardige misdrijven begaan, maar – zoals reeds gezegd – stemt de tweede groep niet overeen met een parafilie gekenmerkt door een preferentiële of exclusieve interesse voor minderjarigen. “We hebben lang gezocht naar een pathologische structuur die kon voorbestemmen tot seksuele delinquentie of delinquentie in het algemeen, maar dat heeft niets opgeleverd”, meldt Elena Kadare, klinisch psycholoog bij UPPL.



**Julien Lagneaux en Elena Kadare**



Als het gerecht zorgverleners een rapport vraagt over een seksueel delinquent, moet men geval per geval te werk gaan. Een geïndividualiseerde werkwijze is ook nodig bij het opstellen van een behandelplan, als behandeling door het gerecht wordt opgelegd. Hierbij wordt rekening gehouden met twee soorten gegevens. Enerzijds raadpleegt men het gerechtelijk dossier, dat mogelijk gegevens bevat die kunnen verklaren waarom de delinquent zedenfeiten pleegt. Meer bepaald gaat het om psychologische en psychiatrische expertises en verhoor van de dader of de slachtoffers. In het dossier staat vaak ook informatie over de manier waarop de dader te werk is gegaan, de leeftijd van de slachtoffers, de context waarin de feiten gepleegd zijn, enzovoort. De tweede bron van informatie zijn gesprekken met de dader.

Een analytische insteek is hier onontbeerlijk. “De bedoeling is na te gaan welke elementen tot de misdaad aanleiding hebben gegeven. De reflectie wordt opgebouwd volgens een schema dat we speciaal daarvoor ontworpen hebben en dat een dynamisch beeld geeft van de situatie van de dader en zijn misdrijf of misdrijven, in het licht van zijn voorgeschiedenis en zijn psychologisch, seksuologisch, criminologisch en psychopathologisch profiel”, zegt Julien Lagneaux.

Concreet behelst het eerste luik de anamnestiche gegevens. Wie is de persoon? Waar komt hij vandaan? Uit welk soort familie komt hij? Hoe ging het op school en hoe verlopen zijn sociaal en professioneel leven? Hoe maakt hij het op affectief vlak en wat valt er te vertellen over zijn gevoelsleven? Hoe staat het met relaties? Heeft hij kinderen? Hoe is zijn verstandhouding met zijn ouders, broers, zussen, vrienden en collega's op het werk? Hoe gaat hij met anderen om? ...

## Factoren die het misdadig gedrag bepalen

Een tweede luik gaat over het seksleven van de dader. Hoe verloopt dat? Welke verlangens heeft hij? Hoe komt hij daaraan tegemoet? Welke fantasieën koestert hij en hoe heeft hij seks, alleen of met een partner? Hoe verliepen zijn eerste ervaringen? Is hij tevreden over zijn seksleven? Welk beeld heeft hij van zichzelf? Ervaart hij seksuele pro-

blemen? Wie zijn zijn partners? Hoe kiest hij die? Heeft hij seksuele disfuncties, complexen of ziekten? Vindt hij van zichzelf dat hij een afwijkend seksueel gedrag heeft? ... Is hij ooit rechtstreeks of onrechtstreeks het slachtoffer geweest van geweld? “We hebben het hier niet noodzakelijk over seksueel geweld, maar soms ook in een breder kader over andere traumatiserende ervaringen, zoals pesterijen op school,

## Belgisch en internationaal onderzoek wijst uit dat een gespecialiseerde behandeling van seksueel delinquenten het risico van recidive aanzienlijk doet afnemen

vroegtijdige blootstelling aan porno, of verwaarlozing of mishandeling door de ouders”, omschrijft Julien Lagneaux.

Elena Kadare merkt overigens op dat men bij seksueel delinquenten relatief vaak, maar niet altijd, een voorgeschiedenis van seksueel geweld aantreft. Vaker nog is er sprake van mishandeling of verwaarlozing op kinderleeftijd of tijdens de adolescentie. Dat veroorzaakt affectieve problemen, mankementen in de opvoeding en communicatieproblemen, ... die op hun beurt aan de basis liggen van moeilijkheden om te beseffen waar de grenzen liggen en om te begrijpen dat anderen volwaardige personen zijn. Dat alles kan ertoe leiden dat de toekomstige dader ongepaste gedragingen aanneemt zonder dat hij daarover eerst met zijn potentieel slachtoffer overlegd heeft – wat bijvoorbeeld belangrijk kan zijn om na te gaan of de andere met zijn voornemens instemt.

Het derde luik van de analyse gaat over het criminologisch profiel van de dader. Hier wordt nagegaan of de dader in staat is maatschappelijke gedragsregels te onderkennen en te respecteren, op seksueel vlak of op andere vlakken. Is hij geneigd zijn boekje te buiten te gaan en grenzen te overschrijden? Zo ja, hoe gaat hij te werk? Heeft hij ook antisociale trekken en is hij al met het gerecht in aanraking geweest? Of is hij altijd onbestraft gebleven toen hij de normen met de voeten trad? “Het is

belangrijk zicht te krijgen op zijn crimineel profiel en de criminologische aspecten van het seksuele misdrijf dat hem ten laste wordt gelegd, alsook op de externe ontremmende factoren die uiteindelijk tot de feiten hebben geleid”, zegt Julien Lagneaux. Een ander punt is het besef dat de dader heeft van zijn verantwoordelijkheid en de introspectie die hij in verband met de feiten aan de dag legt.

Het laatste luik gaat over psychopathologie. Opnieuw zullen verschillende aspecten aan bod komen, zoals eventueel middelenmisbruik, de medicatie van de delinquent in het verleden en nu, alsook angstsymptomen en depressieve klachten, de medische en psychiatrische voorgeschiedenis of de huidige mentale stoornissen. “We nemen ook zo nu en dan een IQ-test af, meestal als we een intellectueel deficit vermoeden”, meldt Julien Lagneaux. “Een IQ-test kan ook relevant zijn als we vermoeden dat de dader andersom net een buitengewone intelligentie heeft die hij misbruikt om zijn slachtoffer om de tuin te leiden. Dat is een troef die in sommige omstandigheden het begaan van een seksueel misdrijf gemakkelijker maakt.” Daarnaast worden persoonlijkheidstests en gespecialiseerde gestandaardiseerde schalen ingezet om de persoonlijkheidskenmerken van de onderzochte persoon zo getrouw mogelijk te omschrijven. Deze laatste gegevens zijn soms al in het gerechtelijk dossier aanwezig.

De volgende stap bestaat in het blootleggen van mogelijke interacties tussen de gegevens die uit de verschillende luiken naar voren komen, net omdat seksuele misdrijven een multifactoriële oorsprong hebben. Vervolgens worden alle gegevens op een rijtje gezet om duidelijk te stellen welke factoren aanleiding gegeven hebben tot het misdrijf en uit te leggen hoe de dader functioneert.

Meteen wordt het mogelijk, op vraag van het gerecht, in te schatten hoe gevaarlijk de betrokkene is en hoe hoog het risico op recidive is. Dit werk moet idealiter in team worden uitgevoerd, met een psycholoog, een psychiater, een seksuoloog en een criminoloog. De resultaten blijven altijd hypothetisch, hoewel ze met een hoge graad van waarschijnlijkheid onderbouwd zijn. Het eindrapport van deze evaluatie is niet alleen belangrijk voor het gerecht. Het vormt ook een uitstekend houvast voor de therapie, die vaak door het gerecht wordt opgelegd.

(\*) UPPL is ontsproten aan een samenwerking van het federaal Ministerie voor Justitie en het Waalse ministerie voor Volksgezondheid. N.v.d.r.: in Vlaanderen bestaan er eenheden voor forensische psychopathologie binnen een aantal ziekenhuizen, waaronder het Universitair Ziekenhuis Leuven, het Universitair ziekenhuis Gent, het Psychiatrisch Centrum Gent-Sleidinge en het Universitair Forensisch Centrum van de Universiteit Antwerpen/UZA.

## Leerdoelen

Na het lezen van dit artikel bent u vertrouwd met:

- » Het feit dat de meeste seksueel delinquenten geen multirecidivisten zijn.
- » Het gunstige effect van therapie op het risico van recidive.
- » Het feit dat de meeste seksuele misdrijven op kinderen niet worden gepleegd door pedofielen.
- » Het feit dat er geen typeprofiel bestaat voor seksueel delinquenten als groep.
- » De noodzaak om een analyse per geval te maken om het gerecht te informeren over de context van het misdrijf en om een aangepaste behandeling op te zetten.
- » De verschillende aspecten die bij deze analyse in overweging worden genomen.



# Empathisch en aandachtig luisteren

De therapie die men geeft bij een seksueel delinquent moet toegespitst worden op de persoon en niet op zijn misdrijven.

**U**it gegevens van een gezamenlijke studie uitgevoerd door het Universitair Forensisch Centrum (UFC, Vlaanderen), de Unité de psychopathologie légale (UPPL, Wallonië) en het Centre d'appui bruxellois (CAB) blijkt dat 98,7% van de seksueel delinquenten een man is. Dit gegeven moet allicht enigszins genuanceerd worden, onder andere omdat seksuele misdrijven gepleegd door mannen meer sporen nalaten.

Daarnaast weten we dat seksueel delinquenten die zich aanmelden bij centra die door de overheid werden opgericht in de nasleep van de zaak-Dutroux of bij onafhankelijke therapeuten, in negen van de tien gevallen zedenfeiten hebben gepleegd waarbij ten minste eenmaal een minderjarige het slachtoffer was. Hoe komt dat? Als de slachtoffers meerderjarig zijn, hebben magistraten geen enkele verplichting om gespecialiseerd advies aan te vragen. Daarom is het beleid verschillend naar gelang zich onder de slachtoffers al dan niet minderjarigen bevinden. Als een minderjarige het slachtoffer wordt van seksueel misbruik zal het gespecialiseerde advies meestal tot de conclusie komen dat gespecialiseerde therapie aangewezen is.

Het gerechtelijk statuut van seksueel delinquenten waarvoor therapie wordt aangevraagd kan verschillen, maar meestal gaat het om probatiemaatregelen. Ook gevangenen die re-integratieverlof of penitentiair verlof krijgen, moeten soms een therapie volgen. "De Belgische omkadering van seksueel delinquenten werkt op zich niet slecht, maar vertoont toch een paar zwakheden", zegt Julien Lagneaux, directeur van de UPPL. "Eén van de knelpunten is dat de seksueel delinquenten die de ergste misdrijven begaan hebben, net het minst of toch zeer laat in de

therapeutisch traject worden opgenomen. Deze daders kijken tegen zware straffen aan en zitten daarom jaren in de gevangenis. Ze krijgen slechts zelden therapie in de gevangenis, behalve als ze de nodige middelen hebben om zelf een therapeut te betalen die naar hen toe komt. Vaak zitten ze hun straf helemaal uit zonder ooit een therapeut gezien te hebben. Dat is een echt probleem." Psycholoog Jérôme Englebert, professor criminologie aan de Université Libre de Bruxelles en de Université Catholique de Louvain, deelt die mening. Toch wijst hij erop dat men voorzichtig moet zijn met het medicaliseren of psychologiseren van delinquentie, waarvan sociale kwetsbaarheid eigenlijk de belangrijkste determinant is. Het voorbeeld van de Scandinavische landen is misschien wel beter: de gevangenisstraf is daar minder lang en er gaat meer aandacht naar therapeutische follow-up en sociale re-integratie.

Wat de therapie zelf betreft, benadrukken Julien Lagneaux en het UPPL-team het belang van een geïndividualiseerde therapeutische omkadering, die verschillende componenten met elkaar in verband brengt. "De persoon moet in zijn geheel bekeken worden, omdat problematisch gedrag het resultaat is van verschillende beïnvloedende factoren", geven ze aan. "Men moet de persoon in staat stellen opnieuw grip op zijn situatie te krijgen." Ze pleiten voor een humanistische aanpak, met het oog op wat de Franse psychiater Daniel Zagury zei: "Nu ze toch wegens hun vreselijke misdaden aan het gerecht overgeleverd zijn, kunnen we ze opnieuw in de ogen kijken en ze met empathie en humanisme beluisteren. Daardoor kunnen ze ons vertellen wat er in hun hoofd omgaat." Seksueel delinquenten zijn meer dan alleen maar hun misdrijf of misdrijven, aangezien ze meestal slechts één misdrijf of enkele

misdrijven plegen tijdens een welbepaalde periode van hun leven. Zoals Elena Kadare, klinisch psycholoog bij de UPPL, benadrukt, zijn ook seksueel delinquenten vaders, zonen, werknemers, enzovoort. Als de seksueel delinquent een adolescent is, wordt het nog belangrijker om hem niet te stigmatiseren of hem gelijk te stellen met de misdrijven die hij begaan heeft. Adolescenten zijn immers op zoek naar hun identiteit. "Als we hen uitsluitend bekijken als een delinquent, neemt het risico op recidive alleen maar toe", zegt Elena Kadare nog.

## Educatief optreden

Bij de therapeutische omkadering van een seksueel delinquent moet men telkens nagaan wat diens wereldbeeld is, inclusief zijn opvattingen, zijn voorgeschiedenis, de manier waarop hij functioneert, zijn manier om situaties aan te voelen, ... zonder een waardeoordeel te vellen of zijn uitlatingen af te zetten tegen één of andere moraal of ideologie. Het is belangrijk dat de persoon zich binnen de therapie gehoord en gesteund voelt, en kan evolueren naar een meer maatschappelijk aanvaarde levenswijze. De behandelaar moet daarom empathisch en aandachtig luisteren.

Het therapeutisch werk rust op twee pijlers. Enerzijds, de manier waarop de dader de situatie bekijkt en begrijpt. Anderzijds, het dynamisch beeld dat men zich kan vormen op basis van de voorgeschiedenis van de dader, samen met zijn psychologisch, seksuologisch, criminologisch en psychopathologisch profiel, om te begrijpen welke factoren tot het misdrijf aanleiding gegeven hebben. Deze twee aangrijpingspunten leveren essentiële aanwijzingen op om meer duidelijkheid te krijgen over het psychisch functioneren van de persoon.

In tegenstelling tot wat niet-experts vaak denken, zijn seksueel delinquenten

ten zelden oversekste personen die hun libido of meer algemeen hun impulsen niet in de hand hebben. "De meesten van hen hebben gemiddelde seksuele behoeften", zegt Julien Lagneaux. "Met dien verstande dat ze op zeker ogenblik niet in staat gebleken zijn hun nieuwsgierigheid of hun verlangen te onderdrukken en zich grenzen op te leggen. Daarom zijn ze ingegaan op een gelegenheid die zich bood. Vaak hoort men de woorden 'pervers' of 'psychopaat' gebruiken als seksueel misbruik van kinderen ter sprake komt, maar in de klinische praktijk zijn die profielen lang niet de meest voorkomende."

Seksueel delinquenten zijn doorgaans niet in staat een 'normale' relatie met een partner aan te knopen. De therapie moet de persoon educatieve waarden bijbrengen en hem helpen zijn sociale vaardigheden te ontwikkelen. Hij moet leren hoe hij iemand op een gepaste manier kan benaderen en hoe hij in een gezonde relatie kan stappen die uitmondt in een respectvol affectief en seksueel functioneren waarin beide partners zich kunnen vinden. Het ontwikkelen van deze vaardigheden beoogt de persoon te verlossen van de frustratie die hij waarschijnlijk voelt, en meteen van een invaliderend en potentieel gevaarlijk isolement.

Sommige auteurs oordelen dat seksueel delinquenten hun misdaden moeten erkennen voor een behandeling wordt opgestart waarvan men een gunstig resultaat kan verwachten. Maar intussen suggereren talrijke studies, in het bijzonder in de Engelstalige literatuur, dat dit niet klopt. "Vanuit moreel standpunt kan men het belangrijk vinden dat iemand schuld bekent", commentarieert Jérôme Englebert. "Maar op klinisch vlak wijst alles erop dat het al dan niet erkennen van een misdrijf geen enkele weerslag heeft op de mogelijkheden van de persoon om een therapie te volgen en





**Elena Kadare**



**Julien Lagneaux**



**Jérôme Englebert**

een plaats te vinden in de maatschappij. Ook het risico van recidive wordt er niet door beïnvloed.” Hij voegt eraan toe dat het risico van nieuwe feiten grotendeels wordt bepaald door de mate waarin de dader zich opnieuw in de maatschappij kan integreren. Daarnaast verhoogt het afbreken van de therapie ook het risico. “Men kan beter helemaal geen therapie opstarten dan ze vroegtijdig stop te zetten”, vat hij het samen.

Sommige seksueel delinquenten hebben medische of psychiatrische antecedenten, gebruiken middelen, lijden aan depressie of angst, of hebben mentale stoornissen. De medicatie die ze nemen, werd vaak al voorgeschreven voor het begin van de therapie. Ze wordt daarna aangepast naargelang de evolutie van de noden. “Soms blijkt tijdens een evaluatiegesprek dat een seksueel delinquent eigenlijk beter ergens anders dan in een eenheid voor forensische geneeskunde zou worden gevolgd”, aldus Julien Lagneaux. “We komen in sommige gevallen tot het besef dat een ernstige depressie, een verslaving aan alcohol of middelen, of een specifieke mentale stoornis bij de persoon op de voorgrond staat, ook al heeft hij een seksueel misdrijf gepleegd. Als we denken dat het nuttig en doeltreffend kan zijn, besteden we dan de therapie uit aan een andere dienst maar blijven toch een bepaalde verantwoordelijkheid over het dossier opnemen.”

### Eerst de persoon behandelen

Alleen in de staat Californië is chemische castratie voor hervallen pedofielen sinds 1996 verplicht. In België kan deze optie worden voorgesteld aan seksueel delinquenten in gevangenschap of als voorwaarde voor voorwaardelijke vrijlating of voor uitstel van straf met probatie. Chemische castratie wordt echter zeer zelden voorgeschreven. “Het is geen wondermiddel”, relativeert Julien Lagneaux. “Bij de meeste zedenfeiten met contact gaat het om aanraking. Penetratie vindt meestal plaats met de vingers of gebruik van een voorwerp, terwijl chemische castratie de erectie tegengaat, maar doorgaans een beperkt effect heeft op seksuele drift. Chemische castratie kan overigens contraproductief blijken, omdat ze nog meer frustratie veroorzaakt.”

## Als men de dader gelijkstelt met zijn misdaden, stijgt het risico van recidive

Therapie voor seksueel delinquenten duurt doorgaans drie tot vijf jaar. Ze vereist een vertrouwensband tussen de patiënt en zijn behandelaars want, zoals reeds gezegd, wordt het werk toegespitst op de persoon en zijn psychisch

profiel, veeleer dan op de (zedelijke) feiten of misdrijven die werden gepleegd. “We behandelen eerst de persoon, de feiten komen op de tweede plaats”, zegt Elena Kadare. Daarom bestaat er geen specifiek therapeutisch schema per type seksueel misdrijf, of het nu gaat om verkrachting, exhibitionisme, pedofilie of iets anders. De therapie wordt in sommige gevallen individueel gegeven en in andere gevallen in groep. Soms worden beide technieken gecombineerd (zie ook het artikel *Therapie en preventie*). “Ook als het gerecht de opgelegde maatregelen kiest (opleiding, therapie, verbod, ...) – wat meestal gebeurt op basis van advies en expertise –, zullen de behandelaars per patiënt de krachtlijnen van het werk en de meest geschikte therapeutische modaliteiten bepalen. Gespecialiseerde behandelaars hebben de mogelijkheid om zeer

onele integratie, onder het waakzame oog van een justitieassistent, bepalend zijn voor het succes van de begeleiding.

### Leerdoelen

Na het lezen van dit artikel bent u vertrouwd met:

- » Het mannelijke overwicht in de populatie die wordt behandeld voor seksuele delinquentie.
- » Het overwicht van personen die misbruik hebben gemaakt van minderjarigen in de populatie die wordt behandeld voor seksuele delinquentie.
- » Het belang van een therapie die zich toespitst op de persoon als geheel, en niet op zijn misdrijven.
- » Het feit dat de meeste seksueel delinquenten personen zijn die zichzelf geen grenzen kunnen opleggen, veeleer dan oversekste personen.
- » Het belang, of ook niet, om de dader zijn misdrijven te laten erkennen voor de behandeling start.
- » De rol van chemische castratie.





# Therapie en preventie

Groepstherapie en een dienst waar personen beluisterd en begeleid worden, maken deel uit van het spectrum dat UPPL aanreikt om seksuele delinquentie te behandelen en te voorkomen.

**D**e begeleiding van seksueel delinquenten in gespecialiseerde centra kan verschillende vormen aannemen. De omkadering kan individueel of collectief plaatsvinden. Begeleiding wordt meestal aangevraagd door het gerecht, maar de zorgverleners mogen de precieze modaliteiten bepalen: een individueel of een collectief programma, of een combinatie van beide. “Magistraten neigen steeds meer om tweeledige begeleidingsprogramma’s te eisen. Begeleiding in een responsabiliseringsgroep samen met therapie, bijvoorbeeld”, zegt criminoloog en seksuoloog Julien Lagneaux, hoofd van de Unité de psychopathologie légale (UPPL).

De voorwaarden die worden opgelegd, roepen soms vragen op, omdat het al van meet af aan moeilijk lijkt om

eraan te voldoen. Het begeleidingsprogramma mag de professionele activiteiten van de persoon niet in de weg staan. Sociale en professionele re-integratie is immers van essentieel belang voor het succesvol omkaderen van seksdelinquenten en heeft een beschermend effect. Soms zijn er individuele redenen om het begeleidingsprogramma aan te passen. In een aantal situaties is het profiel van de behandelde persoon voor de zorgverleners een argument om te concluderen dat de begeleiding die door de magistraat wordt gevraagd, niet aangewezen is. Groepstherapie, bijvoorbeeld, is geen goede oplossing voor personen met een geestesziekte of bij personen met psychopathische trekken, omdat die laatsten geneigd zijn de andere leden van de groep te gebruiken om hun eigen belangen te dienen.

Het Triangle-project van de UPPL organiseert sinds 1999 psychosocio-educatieve responsabiliseringsgroepen voor volwassen seksdelinquenten bij wie alternatieve gerechtelijke maatregelen worden toegepast – strafbemiddeling, voorwaardelijke straf of een alternatief voor voorarrest. Het gaat om een gespecialiseerde omkadering die wordt gegeven in groepen van vijf tot zeven personen, a rato van een wekelijkse samenkomst van drie uur gedurende zes maanden (75 uur in totaal). Net zoals bij een individuele begeleiding (zie ook het artikel *Empathisch en aandachtig luisteren*) kijkt men bij deze techniek naar het globale profiel van de deelnemers, in plaats van zich vast te pinnen op de misdrijven (verkrachting) waaraan ze zich schuldig gemaakt hebben. In de groepen van Triangle zitten trouwens personen die uiteenlopende seksuele misdaden gepleegd hebben, op meerderjarige of minderjarige slachtoffers – seksueel misbruik van kinderen, exhibitionisme, incest, verkrachting, ... “De therapie wil vooral de deelnemers oplossingen laten zoeken met het oog op hun eigen noden, hun lijden en hun toekomstplannen”, onderstreept Elena Kadare, die als klinisch psychologe aan Triangle verbonden is. De begeleiding is gebaseerd op een vast kader dat alsnog kan worden aangepast naargelang het profiel van de deelnemers en, in mindere mate, naargelang de kenmerken van de misdaden die hen ten laste

worden gelegd. Groepsdynamiek is een centraal gegeven, wat betekent dat er een vertrouwensband groeit tussen de deelnemers en de zorgverleners, maar ook tussen de deelnemers onderling. “De therapeuten moeten zich aan het beroepsgeheim houden, maar ook de deelnemers wordt gevraagd discreet te zijn, zodat iedereen zich binnen de groep vrij voelt om te spreken”, voegt Elena Kadare eraan toe.

Binnen deze psycho-socio-educatieve groepen worden verschillende hulpmiddelen gebruikt. Elena Kadare schetst niet alleen het theoretische kader, maar geeft ook concrete voorbeelden: discussies, debat, storytelling, genogrammen, rollenspelen, filmpjes en documentaires, situatieschetsen, alsook het aanleren van communicatietechnieken en probleemoplossend gedrag. De thema’s worden gekozen met het oog op de groeiende vertrouwensband. Tijdens de eerste zittingen wordt de levensloop van de deelnemers besproken. Daarna volgen algemene beschouwingen rond seksualiteit, om ten slotte te komen tot het grensoverschrijdende gedrag, met begrippen zoals instemming, de beleving van het slachtoffer, preventie van recidieven, enzovoort. “De bedoeling is de deelnemers te leren hoe ze zich verantwoordelijk kunnen gedragen, hoe ze zich in de gevoelens van het slachtoffer kunnen inleven, hoe ze adequaat kunnen reageren in situa-



**Julien Lagneaux  
en Elena Kadare**



**Jérôme Englebert**



ties zoals die welke tot hun misdaad geleid hebben, en hoe ze de nodige competenties kunnen ontwikkelen om zich op een sociaal aanvaardbare manier in de maatschappij te integreren”, zegt Julien Lagneaux. “Ze worden ook geattendeerd op het eventuele belang van een aanvullende therapie, die ze op eigen houtje kunnen aanvragen.”

## Aanbod voor adolescenten

Veel seksdelinquenten hebben al een eerste keer seksuele misdrijven gepleegd tijdens hun adolescentie – meestal gaat het om feiten binnen het gezin of binnen grotere leefgemeenschappen, zoals een internaat. Een vroegtijdige gespecialiseerde begeleiding van deze adolescenten beperkt het risico van recidief op volwassen leeftijd. Dit soort opties wordt massaal aangevraagd door jeugdrechters en de jeugdbescherming, maar de middelen zijn beperkt. Daarom heeft de UPPL een gespecialiseerd aanbod voor adolescenten ontwikkeld. Naar analogie van Triangle voor volwassenen zag Paradoxe voor jongeren het licht.

Thema’s worden hier aangesneden in een vooraf bepaalde volgorde, die de basis vormt voor de verschillende interventies. Die thema’s belichten verschillende aandachtsdomeinen, zoals gevoelsrelaties en seksualiteit, waarden, grensoverschrijdend gedrag, wetgeving. Er wordt uitgebreid stilgestaan bij zelfrespect en instemming bij seks. Elena Kadare benadrukt dat men bij de begeleiding van adolescenten zeer omzichtig te werk moet gaan, omdat mensen op die leeftijd op zoek zijn naar hun identiteit. Het zou jammer en zelfs gevaarlijk zijn als hun zelfbeeld werd verengd tot het statuut van misdadiger. De praatgroepen bestaan uit maximum zeven jongeren tussen 14 en 18 jaar, die wekelijks samenkomen binnen een programma van 16 tot 20 zittingen. Net zoals voor Triangle wordt er voorafgaand met de jongere in gesprek gegaan, zodat de deelnemers binnen de groep goed met elkaar overweg kunnen en op een constructieve manier samenwerken. Soms ligt het probleem bij de omgeving van de jongere: “Soms komen we tot de vaststelling dat de ouders niet of onvoldoende meewerken, zodat de begeleiding van de jongere binnen de praatgroep geen enkel resultaat zal opleveren”, zegt Julien Lagneaux.

## Geen maatschappelijk waardebeseft

Zowel de individuele begeleiding als de groepstherapie wordt in theorie toevertrouwd aan een multidisciplinair team van zorgverleners, met psychologen, psychiaters, seksuologen, criminologen en maatschappelijk werkers. In de praktijk komt het therapeutisch werk echter vaak terecht op de schouders van één enkele persoon, bij gebrek aan middelen en beschikbaarheden. “Sinds de covidpandemie worden de

## De karikatuur van de seksdelinquent die in een lange jas gehuld zijn prooi gadeslaat als de school uit is, verwijst naar enkele uitzonderlijke gevallen

gespecialiseerde diensten overstelpt met vragen, zodat er wachtlijsten ontstaan, ook al kunnen sommige vormen van therapie worden uitbesteed”, geeft Julien Lagneaux aan. “Die situatie is waarschijnlijk te wijten aan verschillende factoren. Mogelijk is het aantal seksuele misdrijven tijdens de pandemie toegenomen. Bovendien reageert het gerecht de jongste tijd scherper op seksueel overschrijdend gedrag omdat het nu eenmaal minder en minder aanvaard wordt, maar ook net omdat er onvoldoende middelen zijn om aan de vraag te voldoen. Het aantal nieuwe aanvragen ligt veel hoger dan het aantal voltooide behandelingen.”

De UPPL-directeur benadrukt dat de behandelaars in zijn centrum nog nooit te maken hebben gehad met personen die eruitzagen als de karikatuur van de pedofiël die gehuld in een lange jas zijn ‘prooi’ bespiedt als de school uit is. “Dat zijn uiterst zeldzame gevallen”, zegt hij. “Misdadigers, inclusief seksueel delinquenten, zijn vaak mensen die door de maatschappij beschadigd zijn, niet meer weten waar ze aan toe zijn, geen besef hebben van wat cultureel aanvaard wordt en geen echte opvoeding genoten hebben”, aldus Jérôme Englebert, professor criminologie bij de Université libre de Bruxelles en de Université catholique de Louvain.

Daarom moet men voor ogen houden dat begeleiding van seksdelinquenten weliswaar nuttig is voor de betrokkenen zelf en de maatschappij – omdat recidieven voorkomen worden –, maar dat dit zeker ook gepaard moet gaan met doeltreffende maatregelen voor sociale re-integratie. Seksuele delinquentie ontstaat op een achtergrond van bepaalde psychische determinanten, maar studies wijzen uit dat sociale kwetsbaarheid de belangrijkste drijvende kracht is.

## Preventie onontbeerlijk

Personen met afwijkende seksuele fantasieën, inclusief pedofielen, plegen niet noodzakelijk seksuele misdrijven. Daarom heeft de UPPL ook een preventief programma opgezet (Service d’écoute et d’orientation spécialisée, SéOS), waar mensen beluisterd en begeleid worden, ook al zijn er geen feiten gepleegd. Dit programma omvat een gratis hulplijn (0800/200.99), waar gebruikers anoniem en vertrouwelijk terecht kunnen, een chatfunctie en een e-mailadres bedoeld voor volwassenen en adolescenten die vragen hebben rond instemming voor seks en mogelijk ongepast gedrag. De dienstverlening is echter ook toegankelijk voor personen die afwijkende seksuele fantasieën hebben. Kortom, ze richt zich tot personen met het potentieel van een seksdelinquent en hun omgeving, professionele zorgverleners, leraars, maatschappelijk werkers, enzovoort. “Weinig mensen nemen contact op met hun huisarts om hem te vertellen dat ze fantasieën hebben rond hun 9-jarig buurmeisje”, commentarieert Julien Lagneaux. “Vandaar het belang van ons preventief programma.”

Personen met afwijkende seksuele fantasieën kiezen er meestal voor daarover te zwijgen en in hun eentje te worstelen met hun probleem. Daardoor ver-

zanden ze in een vorm van hulpeloosheid die het risico op een misdrijf doet toenemen, terwijl dit kan vermeden worden door een gesprek met een hulpverlener die aandachtig en respectvol luistert. “Personen die zich zorgen maken over afwijkende seksuele fantasieën, gevoelens of gedragingen, of potentieel gevaarlijk zijn voor anderen, lopen aan tegen stigmatiserende en stereotiepe ideeën die ertoe kunnen leiden dat ze er liever het zwijgen toe doen. Daarom zoeken ze geen hulp, ook al hebben ze die nodig. Van uitsluiting en stigmatisering wordt niemand beter. Niet de betrokkenen en ook niet de maatschappij”, vindt men bij de UPPL. Net zoals voor het therapeutische luik van dit Waalse dienstencentrum, huldigt ook het gespecialiseerde preventieve programma het principe van een humane benadering. Er wordt gewerkt met empathie en respect, zonder te veroordelen. Hulpvragers worden geholpen als personen in hun globaliteit en niet zuiver doorheen het prisma van hun afwijkende gedachten.

## Leerdoelen

Na het lezen van dit artikel bent u vertrouwd met:

- » Het evenwicht dat seksdelinquenten moeten vinden tussen de tijd die ze besteden aan hun psychosociale therapie en de nood aan professionele re-integratie.
- » Het concept en de uitvoering van groepstherapie voor volwassen seksdelinquenten.
- » Het concept en de uitvoering van groepstherapie voor adolescente seksdelinquenten.
- » Disciplines die betrokken zijn bij de psycho-socio-educatieve begeleiding van seksdelinquenten.
- » Het concept en het praktische beheer van een hulplijn voor de preventie van seksuele misdrijven.



# Psychopathie

Psychopaten worden vaak omschreven als mensen met uitzonderlijk weinig empathie. Maar wat als net het tegengestelde waar is?

Oorspronkelijk had psychopathie een zeer brede betekenis: de term verwees naar een psychische stoornis in de meest algemene zin. Daarna kwamen verschillende andere definities naar voren. De Franse psychiater Philippe Pinel verwees in 1801 naar een 'manie zonder wanen', terwijl de Britse arts en etnoloog James Prichard psychopathie in 1835 omschreef als 'morele waanzin'. Bénédict Augustin Morel, een andere Franse psychiater, sprak in 1857 van 'zenuwdegeneratie'. Daarmee beschouwde hij psychopathie als een biologische stoornis. Die zienswijze inspireerde de Italiaanse gerechtsarts Cesare Lombroso, die er in zijn boek *L'uomo delinquente* (1876)

van uitging dat er een 'misdadig gen' bestaat en dat er dus mensen zijn die 'als misdadiger geboren worden'. In *Annales Médico-Psychologiques* verwijst psycholoog Jérôme Englebert (professor criminologie, ULB en UCL) naar een aantal andere pioniers, zoals Valentin Magnan, andermaal een Frans psychiater, die in 1895 voorstelde psychopaten als 'psychisch gestoorden' te omschrijven.

Al die 19de-eeuwse auteurs hadden met elkaar gemeen dat ze psychopathie in verband brachten met misdadig gedrag. "Tegenwoordig wordt psychopathie algemeen beschouwd als een ernstige karakter- of persoonlijkheidsstoornis zonder aanwezigheid van een psychose of een significant mentaal

deficit", geeft prof. Englebert aan. Hij wijst erop dat psychopathie niet noodzakelijk gepaard gaat met misdadig gedrag, ook niet op seksueel vlak. Anders gezegd, veel misdadigers zijn geen psychopaten, en veel psychopaten zijn geen misdadigers. Psychopathisch gedrag kan voorkomen bij personen die nooit met het gerecht in aanraking gekomen zijn, maar die wel bijvoorbeeld een werksfeer verpesten of binnen hun gezin iedereen controleren en onder de knoet houden.

## Gebrek aan sympathie

Onderzoekers halen momenteel de hypothese van Cesare Lombroso vanonder het stof en proberen neurologische markers voor psychopathie te vinden,

meer bepaald in de anatomie van de hersenen en de hersenfuncties. Deze studies zijn in zekere zin zwak onderbouwd, omdat psychopaten een kleine populatie vormen en niet altijd geïdentificeerd worden – de meeste van hen zijn bekend via de gerechtsgeneeskunde. Bovendien zijn psychopaten weinig coöperatieve personen, om de eenvoudige reden dat ze zich vooral richten op hun eigenbelang. Momenteel zijn er geen goede wetenschappelijke argumenten om te stellen dat psychopathie te wijten is aan specifieke neurologische afwijkingen. "Het klinkt aannemelijk dat afwijkend menselijk gedrag niet alleen kan worden verklaard door dysfunctie van de hersenen", merkt Jérôme Englebert op. "Het gaat om een multifactorieel verschijnsel, waarbij niet alleen biologische mechanismen, maar ook omgevingsfactoren en sociale en psychologische factoren betrokken zijn. Hij voegt eraan toe dat gedrag wordt uitgelokt door bepaalde situaties, wat betekent dat de maatschappij waarschijnlijk hoe dan ook personen met min of meer uitgesproken psychopathische trekken produceert. De Luikse psychiater Albert Demaret (die overleed in 2011) schreef in 1979 in zijn boek *Ethologie et psychiatrie* (uitgeverij Mardaga): "Het maatschappelijk functioneren van psychopaten hangt af van de omstandigheden. Hoe woeliger de situatie is, hoe gemakkelijker gestoorde geesten zich aanpassen of zich zelfs nuttig maken. Als er vrede heerst, sluit men deze personen op. In oorlogstijd steunt men op hen en geeft men hen zelfs met gulle hand medailles." Jérôme Englebert wijst erop dat een hele reeks gedragingen die we vandaag als pathologisch en onaangepast beschouwen, volgens Demaret waarschijnlijk een vorm van aanpassing betekenden in het milieu dat oorspronkelijk bepalend geweest is voor het psychische functioneren van onze soort.



**Jérôme Englebert**



De diagnose psychopathie wordt vrijwel uitsluitend gesteld bij mannen, zo blijkt althans uit criminologische gegevens. Het is zo goed als onmogelijk om te bepalen hoeveel psychopaten er in de maatschappij als geheel leven. Psychopaten raadplegen maar zelden spontaan een psychiater of een psycholoog. Dat verklaart waarom de diagnose psychopathie meestal gesteld wordt in het kader van een forensische expertise. Bovendien bestaat er voor dat beeld tot op heden geen officiële en sluitende diagnostische definitie, net omdat we ons hier bevinden in een grijze zone tussen psychiatrische stoornissen sensu stricto en persoonlijkheidsstoornissen. Zo spreekt de DSM (de steeds meer omstreden ‘bijbel’ van de Amerikaanse en internationale psychiatrie) veeleer over een ‘antisociale persoonlijkheidsstoornis’, die vooral gekenmerkt wordt door misdadig gedrag en gebrek aan respect voor sociale normen – een focus die ethische en criminologische vragen oproept.

De meeste auteurs gaan ervan uit dat psychopaten zich onderscheiden door het feit dat ze weinig of geen empathie aan de dag leggen, wat betekent dat ze zo goed als niet in staat zijn de emoties van anderen te begrijpen en aan te voelen. Volgens andere experts, onder wie Jérôme Englebert, begrijpen psychopaten wél – en soms zelfs zeer goed – de emoties van anderen, maar leven ze met niemand mee. Anderen worden als voorwerpen behandeld, en niet als personen. “Psychopaten hebben geen gebrek aan empathie, maar een gebrek aan sympathie”, concludeert prof. Englebert. Men kan hier verwijzen naar het klassieke en bijna karikaturale voorbeeld van de psychopaat die zeer fijn het lijden van zijn slachtoffers beschrijft. Daarmee toont hij dat hij empathisch kan zijn, maar ook dat hij zich bij dat lijden helemaal niet betrokken voelt omdat hij een gebrek aan sympathie heeft.

Deze onverschilligheid is een gevreesde eigenschap van psychopaten. Ze kunnen met de emoties van anderen omgaan in alle kalmte en koelbloedigheid, en er afstand van nemen. Is dat een gebrek? Wél als men gebrek aan medeleven bekijkt vanuit moreel standpunt, en beseft dat het een middel is om grip te krijgen op anderen. Nochtans is een rustige houding ten

opzichte van de emoties van anderen wat men verlangt van een urgentiearts of een politiek leider, terwijl in andere sociale, relationele of professionele situaties net een ‘hartelijke aanpak’ verwacht wordt – bijvoorbeeld vanwege een artiest tijdens een voorstelling. “Eigenlijk is de ene manier om tegen emoties aan te kijken niet beter dan de andere”, vat Jérôme Englebert het samen. “Het probleem met psychopaten is dat ze hun emotionele vaardigheden gebruiken om anderen in gevaar te brengen en te schaden.”

## Volgens sommige auteurs zou psychopathie niet een gebrek aan empathie, maar aan sympathie weerspiegelen

### Therapeutische aanpak op de korrel

Omdat internationale classificaties geen definitie van psychopathie aangeven, hebben verschillende auteurs geprobeerd er één te formuleren, vanuit praktische, diagnostische overwegingen. Het werk van de Canadese psycholoog Robert Hare (University of British Columbia) geniet in dit domein veel bijval. Hij werkt met een beoordelingschaal, de PCL-R, die bestaat uit 20 items. De operationele definitie die hiervan aan de basis ligt, legt de nadruk op een geheel van gedragsmatige en affectieve kenmerken, zoals egocentrisme, manipulatie, ongevoeligheid voor anderen, onverantwoordelijkheid, relationele instabiliteit, impulsiviteit, gebrek aan empathie, wroeging of schuldgevoelens, en een zwakke gedragscontrole – dat schrijft Jérôme Englebert in *Annales Médico-psychologiques*.

De kenmerken van psychopaten zoals beschreven door Hare en auteurs die in zijn voetsporen treden, verwijzen naar diagnostische criteria die sterk lijken op manie, waarbij het instrumentaliseren van anderen andermaal een belangrijk facet is. Vandaar de vraag: gaat de visie van die auteurs niet voorbij aan essentiële aspecten van psychopathie? Prof. Englebert denkt alvast van wel.

Volgens hem heeft een manische patiënt net zoals een psychopaat een relationeel probleem waarbij hij anderen instrumentaliseert, maar in tegenstelling tot de manische patiënt heeft de psychopaat geen ego-stoornis, aangezien hij een stabiele en coherente persoonlijkheid aan de dag legt bij zijn pogingen om anderen als voorwerpen te behandelen.

Sommige auteurs beschouwen psychopaten als onbehandelbaar. Bij ‘zuivere’ psychopaten, die men aantreft in het kader van therapieën in de forensi-

penheid te doorzien en niet hopen dat hij hen onder controle zal krijgen door hen te benaderen als iemand met een gebrek. Het therapeutisch model moet psychopaten een respectvol en positief therapeutisch kader bieden, dat in contrast staat met zijn attitude. Mogelijk voelen ze dat contrast aan en zullen ze uiteindelijk een voorbeeld nemen aan die positieve houding, en die in hun eigen relaties met anderen inbouwen. Toch deel ik in de ergste gevallen het pessimisme van vele collega’s rond de prognose.”

## Leerdoelen

Na het lezen van dit artikel bent u vertrouwd met:

- » Klinische beschrijvingen van psychopathie vanaf het begin van de 19de eeuw.
- » De huidige classificatie van psychopathie als ernstige karakter- of persoonlijkheidsstoornis.
- » Het ontbreken van wetenschappelijke gegevens om psychopathie in verband te brengen met structurele afwijkingen van de hersenen.
- » De wisselwerking tussen het maatschappelijk functioneren van de psychopaat en omstandigheden in de omgeving.
- » Het ontbreken van een officiële diagnostische definitie voor psychopathie.
- » Argumenten om psychopathie te beschouwen als een gebrek aan sympathie en niet aan empathie.
- » Het verschil tussen psychopathie en manie, ondanks gemeenschappelijke diagnostische criteria.
- » Een reflectie over de beste manier om met een psychopaat in gesprek te treden.





# Koop geen kat in een zak

**AUTO** Van 10 tot 19 januari had de 101ste editie van het Autosalon van Brussel plaats. Organisator Febiac hoopte op zo'n 300.000 bezoekers. De auto mag aan populariteit en status hebben ingeboet, voor de meeste mensen blijft die toch onmisbaar.

**D**e geschiedenis van wat eerst het 'Automobil- en Rijwielsalon van Brussel' heette, gaat terug tot 1902. Het geesteskind van Louis Mettwie overleefde twee wereldoorlogen en meerdere grote economische crisissen. Ook het uitstel door corona leidde niet tot afstel.

Na het debacle van de editie 2023 leek het nochtans *over and out* voor het inmiddels tot Brussels Motor Show (BMS) omgedoopte evenement.

Met verenigde krachten is organisator Febiac erin geslaagd om BMS nieuw leven in te blazen en een 60-tal automerken te overtuigen om hun nieuwste modellen te tonen in Brussels Expo.

## Oudste en grootste autosalon

Dat gebeurde in een afgeslankte versie; niet alle merken waren vertegenwoordigd en niet alle 12 expositiehallen van Brussels Expo werden benut – maar het aantal wereld- en Europese premières was wel verrassend groot.

Volgens Febiac-topman en organisator Frank Van Gool heeft de hernieuwde interesse van de autoconstructeurs ermee te maken dat BMS het eerste autosalon in het nieuwe kalenderjaar is. "Als oudste en grootste autosalon geniet Brussel internationale uitstraling. BMS is bovendien het eerste evenement van die omvang op de kalender van 2025. De merken grijpen die gelegenheid aan om

hun nieuwste modellen aan een internationaal publiek te presenteren. Je zou verstandig staan van het groot aantal bezoekers uit Duitsland, Frankrijk en Nederland dat online een toegangsticket heeft gekocht."

Voor de Chinese merken vormt Brussel dan weer de toegangspoort tot de Europese markt, zegt Van Gool. "Het internationale karakter van de Brussels Motor Show krijgt een extra dimensie door de proclamatie van de winnaar van de verkiezing *Auto van het Jaar 2025*. Die zorgt ervoor dat media uit de hele wereld naar Brussel komen. Voor één dag is Brussel het middelpunt van de internationale automobielwereld."

## Kijk- en koopsalon

De formule van kijk- en koopsalon is volgens Frank Van Gool een andere verklaring voor de hernieuwde interesse van de automerken. "De aankoop van een nieuwe auto is voor de meeste men-

sen een grote investering. In vergelijking met voor corona zijn nieuwe auto's duurder geworden, en dus gaan kandidaat-kopers op zoek naar de beste koop. Maar hoe en waar vinden ze die? Op BMS kunnen ze op één dag tijd en onder één dak een overzicht krijgen van het aanbod op de markt."

En dan zijn er natuurlijk de 'saloncondities' waarmee de merken kandidaat-kopers over de streep proberen te trekken. Vroeger vertrouwden ze vaak blindelings op het advies van hun garagist om de hoek, maar door fusies en schaalvergroting is die vaak verdwenen. "Kijken we door de bril van de merken dan biedt het autosalon hen de mogelijkheid om het persoonlijk contact met de klant in ere te herstellen", zegt Frank Van Gool. "Ik kan er geen percentage op plakken, maar ik weet dat vele kandidaat-kopers door het bos de bomen niet meer zien en niet weten welk model of welke vorm van aandrijving zij moeten kiezen."



## Valkuilen

Laten particuliere kopers zich bij hun keuze leiden door emotionele overwegingen, dan overwegen bij zakelijke klanten en bedrijven de rationele elementen. Maar ook zij moeten oppassen voor valkuilen want er is meer dan alleen de netto factuurprijs of de maandelijkse leaseprijs en het VAA (Voordeel Alle Aard) om rekening mee te houden.



## Het autosalon biedt merken de mogelijkheid om het persoonlijk contact met de klant in ere te herstellen

– Frank Van Gool (Febiac), organisator BMS

Dat in ons land de federale en regionale overheden er een verschillende visie qua mobiliteit en autofiscaliteit op nahouden, maakt het moeilijk om op de hoogte te blijven van de recentste regels én om projecties voor de toekomst te maken. Wat vandaag een lonende aankoop is, kan morgen vanuit fiscaal oogpunt een miskoop zijn. Voor zakelijke klanten is het daarom zinvol om deskundig advies in te winnen bij een onafhankelijke autoconsultant.

Dieter Quartier van adviesbureau Car Matchers is een van de bekendste. “De aankoopprijs en brandstofkosten zijn vanzelfsprekend belangrijke elementen, maar ook de wederverkoop- of inruilwaarde en de fiscale parameters. Afhankelijk van het merk of model kunnen die elementen een compleet verschillend kostenplaatje opleveren.

Om overloze discussies te voorkomen, heb ik een tool ontwikkeld die zwart-op-wit de zogenaamde *Total Cost of Ownership* (TCO) berekent – en die is meer dan een optelsom van getallen.”

“Het komt erop aan een correcte inschatting te maken van de kosten, op basis van meerdere variabelen. Zo is laden aan een snellader twee- tot driemaal duurder dan thuisladen, dus voor

een bestuurder die vaak een snellader gebruikt is de TCO ook hoger. Het mobiliteitsprofiel van de bestuurder is daarom allesbepalend. Idealiter houdt dat profiel rekening met het aantal en aard van de verplaatsingen, met de functie van de bedrijfswagen binnen het gezin, met het budget en de hoogdringendheid.”

“Ik stel vast dat vele bedrijven in hun car policy er te weinig rekening mee houden dat thuis opladen soms praktisch onmogelijk is. Bij de keuze van een elektrische auto is het ook belangrijk dat je rekening houdt met het vermogen van de elektromotor (uitgedrukt in kilowatt), het type accu, de nettocapaciteit en oplaadsnelheid van die accu, en het reële rijbereik. De automerken hangen daar vaak een te positief beeld van op.”

Urbain Vandormael

## Computers op wielen

Als autojournalist erger ik me dood aan de doorgedreven digitalisering. De nieuwe auto's zijn in feite computers op vier wielen geworden met oneindig veel mogelijkheden waarvan je de meeste zelden of nooit gebruikt. Daardoor weet je ook niet hoe je ze moet bedienen. Blijft over: de ergernis die ze opwekken bij oneigenlijk gebruik waardoor zij gevaar opleveren voor de verkeersveiligheid in plaats van die te bevorderen. Daarom deze goede raad: koop nooit een auto zonder vooraf een proefrit van enkele honderden kilometers te

hebben gemaakt. Kijk ook of je wagen wel met uitgeklapte spiegels door je garagepoort past. Laat je ook uitleggen wat de fabrieksgarantie concreet inhoudt en wat niet, want ook daarover durven autoverkopers leugens te vertellen. Wat heb je aan “zeven jaar waarborg” wanneer je Chinese merk geen onderdelencentrum in Europa bezit en je garagist wekenlang moet wachten op een onderdeel uit China om je auto weer rijvaardig te maken? Heb je in dat geval recht op een gratis vervangwagen?

# Traumeel®

## EVEN DOELTREFFEND ALS DICLOFENAC<sup>9</sup>



Traumeel® respecteert & ondersteunt het volledige inflammatoiresolutieproces<sup>1,2</sup>:

- Reguleert de ontsteking<sup>5,6</sup>
- Zet aan tot resolutie<sup>2-5</sup>
- Versnelt de genezing<sup>4,6,7,8</sup>

Traumeel® 50 tabletten: € 15,95 • Traumeel® 250 tabletten: € 42,95  
Traumeel® 50 g crème en gel: € 14,26 • Traumeel® 100 g crème en gel: € 23,35  
Traumeel® 10 ampullen: € 26,95 • Traumeel® 50 ampullen: € 109,95 • Traumeel® 100 ampullen: € 199,95

TRAUMEEL oplossing voor injectie KWALITATIEVE EN KWANTITATIEVE SAMENSTELLING 1 ampul van 2,2 ml bevat: Amica montana radix D2, Calendula officinalis D2, Chamomilla D3, Symphytum officinale D6, Milfofolium D3, Belladonna D2 Hepar sulphur D6 àà 2,2 mg; Aconitum napellus D2 1,32 mg; Bellis perennis D2, Mercurius solubilis D6 àà 1,1 mg; Hypericum perforatum D2 0,66 mg; Echinacea D2, Echinacea purpurea D2 àà 0,55 mg; Hamamelis virginiana D1 0,22 mg. Hulpstoffen: Natriumchloride, Water voor injectie. FARMACEUTISCHE VORM Oplossing voor injectie. KLINISCHE GEEGENSEN Indicatie: Traumeel is een homeopathisch geneesmiddel voor de behandeling van verschillende traumatische letsels zoals verstuikingen, ontwrichtingen, kneuzingen en gewichtszwellingen; regulatie van ontstekingsprocessen in verschillende weefsels, in het bijzonder bij acute en chronische aandoeningen van het bewegingsapparaat. Dosering: Volwassenen en adolescenten 12-18 jaar: Bij acute klachten dagelijks, anders 1 tot 3 maal per week. Toedieningswijze: Voor intramusculaire, subcutane, intradermale, intra-articulare of peri-articulare injectie, toe te dienen door een arts. Contra-indicaties: Overgevoeligheid voor een van de werkzame stoffen of hulpstoffen. Overgevoeligheid voor planten van de composietenfamilie (Asteraceae). Bijzondere waarschuwingen en voorzorgen bij gebruik: Omdat dit geneesmiddel Echinacea bevat, wordt een individuele evaluatie aanbevolen voordat het middel wordt voorgeschreven aan patiënten met een immuunsteedsysteem, bv. in geval van progressieve systemische aandoeningen, auto-immuunziekten, immunodeficiëntie, immunosuppressie en ziektes van het witte bloedstelsel. Er zijn geen speciale waarschuwingen en voorzorgen bij gebruik. Dit middel bevat minder dan 1 mmol natrium (23 mg) per dos, dat wil zeggen dat het in wezen natriumvrij is. Bijwerkingen: Zeer zelden kunnen allergische reacties (overgevoeligheid) optreden (bv. huidaallergieën, roodheid/zwellen t.h.v. de injectieplaats, tot zels anafylactische shock). De frequentie van deze bijwerkingen is niet bekend. Houder van de vergunning voor het in de handel brengen Heel Belgium NV, Boelebos 25, B-9031 Drogen (Gent) Nummer van de vergunning voor het in de handel brengen HO-BES12195 Aflerlevingswijze Geneesmiddel op medisch voorschrift DATUM VAN HERZIENING VAN DE TEKST 08/2023. Meer informatie op aanvraag beschikbaar.

TRAUMEEL crème KWALITATIEVE EN KWANTITATIEVE SAMENSTELLING 100 g crème bevat: Amica montana radix D2, Calendula officinalis D2, Chamomilla D3, Symphytum officinale D6 0,09 g; Echinacea D2, Echinacea purpurea D2 0,05 g; Hamamelis virginiana D1 0,05 g; Echinacea D2 0,15 g; Echinacea purpurea D2 0,15 g; Chamomilla D3 0,15 g; Symphytum officinale D6 0,1 g; Bellis perennis D2 0,1 g; Hypericum perforatum D6 0,09 g; Milfofolium D3 0,09 g; Aconitum napellus D1 0,05 g; Belladonna D1 0,05 g; Mercurius solubilis D6 0,04 g; Hepar sulphur D6 0,025 g. Hulpstoffen: Emulgerende cetoxyalcohol, type A, Vloeibare paraffine, Witte vaseline, Gezuiverd water, Ethanol 96 %. FARMACEUTISCHE VORM Crème. KLINISCHE GEEGENSEN Indicatie: Traumeel is een homeopathisch geneesmiddel voor de lokale ondersteunende behandeling bij aandoeningen van het bewegingsapparaat, met inbegrip van milde of matige trauma's, milde pijn en ontsteking van spieren en gewrichten. Dosering: De crème is 2x per dag (s morgens en s 's avonds), indien nodig vaker aanbrengen. Indien de symptomen aanhouden na 1 week behandeling, dient een arts te worden geraadpleegd. Toedieningswijze: De crème is uitsluitend bestemd voor uitwendig gebruik. Breng de crème aan op de te behandelen plekken, eventueel onder een verband. Contra-indicaties: Overgevoeligheid voor een van de werkzame stoffen of hulpstoffen. Overgevoeligheid voor planten van de composietenfamilie (Asteraceae). Bijzondere waarschuwingen en voorzorgen bij gebruik: Cetoxyalcohol kan plaatselijke huidirritaties veroorzaken (bv. contactdermatitis). Dit middel bevat 110 mg alcohol (ethanol) per 10 g (11,1% w/w). Dit middel kan een brandend gevoel geven op uw huid als uw huid beschadigd is. Vermijd contact met ogen, slijmvliezen, open wonden of beschadigde huid. Mag enkel op een intacte huid worden aangebracht. Bij tekenen van huidirritatie dient een arts te worden geraadpleegd. Bijwerkingen: In zeldzame gevallen kunnen allergische huidreacties (overgevoeligheid) optreden (bij minder dan 1 op 10.000 gebruikers). Houder van de vergunning voor het in de handel brengen Heel Belgium NV, Boelebos 25, B-9031 Drogen (Gent) Nummer van de vergunning voor het in de handel brengen HO-BE47173 Aflerlevingswijze Vrije aflevering DATUM VAN HERZIENING VAN DE TEKST 03/2022. Meer informatie op aanvraag beschikbaar.

TRAUMEEL tabletten KWALITATIEVE EN KWANTITATIEVE SAMENSTELLING 1 tablet van 301,5 mg bevat: Amica montana radix D2, Calendula officinalis D2, Hamamelis virginiana D2, Milfofolium D3 àà 15 mg; Belladonna D4 75 mg; Aconitum napellus D3, Mercurius solubilis D6, Hepar sulphur D8 àà 30 mg; Chamomilla D3, Symphytum officinale D8 àà 6 mg; Bellis perennis D2, Echinacea D2, Echinacea purpurea D2 àà 6 mg; Hypericum perforatum D2 3 mg. Hulpstoffen: Lactose monohydrate, Magnesiumstearaat. FARMACEUTISCHE VORM Tabletten. KLINISCHE GEEGENSEN Indicatie: Traumeel is een homeopathisch geneesmiddel met bestaanddelen traditioneel gebruikt als ondersteunende behandeling bij aandoeningen van het bewegingsapparaat, met inbegrip van milde of matige trauma's, milde pijn en ontsteking van spieren en gewrichten. Dosering: De crème is 2x per dag (s morgens en s 's avonds), indien nodig vaker aanbrengen. Indien de symptomen aanhouden na 1 week behandeling, dient een arts te worden geraadpleegd. Toedieningswijze: De crème is uitsluitend bestemd voor uitwendig gebruik. Breng de crème aan op de te behandelen plekken, eventueel onder een verband. Contra-indicaties: Overgevoeligheid voor een van de werkzame stoffen of hulpstoffen. Overgevoeligheid voor planten van de composietenfamilie (Asteraceae). Bijzondere waarschuwingen en voorzorgen bij gebruik: Patiënten met zeldzame erfelijke aandoeningen als galactose-intolerantie, algehele lactasedeficiëntie of glucose-galactose malabsorptie, dienen dit geneesmiddel niet te gebruiken. Indien de symptomen aanhouden of verspergen dient een arts te worden geraadpleegd. Omdat dit geneesmiddel Echinacea bevat, wordt een individuele evaluatie aanbevolen voordat het middel wordt voorgeschreven aan patiënten met een immuunsteedsysteem, bv. in geval van progressieve systemische aandoeningen, auto-immuunziekten, immunosuppressie en ziektes van het witte bloedstelsel. Bijwerkingen: Allergische huidreacties (overgevoeligheid). De frequentie van deze bijwerkingen is niet bekend. Houder van de vergunning voor het in de handel brengen Heel Belgium NV, Boelebos 25, B-9031 Drogen (Gent) Nummer van de vergunning voor het in de handel brengen HO-BE40462 Aflerlevingswijze Vrije aflevering DATUM VAN HERZIENING VAN DE TEKST 10/2023. Meer informatie op aanvraag beschikbaar.

TRAUMEEL gel KWALITATIEVE EN KWANTITATIEVE SAMENSTELLING 100 g gel bevat: Amica montana radix D2, Calendula officinalis D2, Chamomilla D3, Symphytum officinale D6 0,09 g; Echinacea D2, Echinacea purpurea D2 0,05 g; Hamamelis virginiana D1 0,05 g; Echinacea D2 0,15 g; Echinacea purpurea D2 0,15 g; Chamomilla D3 0,15 g; Symphytum officinale D6 0,1 g; Bellis perennis D2 0,1 g; Hypericum perforatum D6 0,09 g; Milfofolium D3 0,09 g; Aconitum napellus D1 0,05 g; Belladonna D1 0,05 g; Mercurius solubilis D6 0,04 g; Hepar sulphur D6 0,025 g. Hulpstoffen: Cetylmyriste, Gezuiverd water, Ethanol (96 %). FARMACEUTISCHE VORM Gel. KLINISCHE GEEGENSEN Indicatie: Traumeel is een homeopathisch geneesmiddel voor de lokale ondersteunende behandeling bij aandoeningen van het bewegingsapparaat, met inbegrip van milde of matige trauma's, milde pijn en ontsteking van spieren en gewrichten. Dosering: De gel 2x per dag (s morgens en s 's avonds), indien nodig vaker aanbrengen. Indien de symptomen aanhouden na 1 week behandeling, dient een arts te worden geraadpleegd. Toedieningswijze: Cutaan gebruik. De gel is uitsluitend bestemd voor uitwendig gebruik. Breng de gel aan op de te behandelen plekken. Contra-indicaties: Overgevoeligheid voor een van de werkzame stoffen of hulpstoffen. Overgevoeligheid voor planten van de Composietenfamilie (Asteraceae). Bijzondere waarschuwingen en voorzorgen bij gebruik: Vermijd contact met ogen, slijmvliezen, open wonden of beschadigde huid. Mag enkel op een intacte huid worden aangebracht. Bij tekenen van huidirritatie dient een arts te worden geraadpleegd. Traumeel bevat ethanol Dit middel bevat 2000 mg alcohol (ethanol) per 10 g (20% w/w). Dit middel kan een brandend gevoel geven op uw huid als uw huid beschadigd is. Bijwerkingen: In zeer zeldzame gevallen kunnen allergische huidreacties (overgevoeligheid) optreden (bij minder dan 1 op 10.000 gebruikers). Houder van de vergunning voor het in de handel brengen Heel Belgium NV, Boelebos 25, B-9031 Drogen (Gent) Nummer van de vergunning voor het in de handel brengen HO-BES0980 Aflerlevingswijze Vrije aflevering DATUM VAN HERZIENING VAN DE TEKST 03/2021. Meer informatie op aanvraag beschikbaar.

REFERENCES: <sup>1</sup>Serhan C. Treating inflammation and infection in the 21st century: new hints from decoding resolution mediators and mechanisms. *FASEB Journal*. 2017;31:1273-1280. <sup>2</sup>Laurent III G, Tonnat, Tockett M, Zhou J et al. Differential effects of T14 versus diclofenac on pro-resolving lipid mediators revealed by RNAseq. *Ann Rheum Dis*. 2018;77(Suppl 2):1237-1238. doi:10.1136/annrheumdis-2018-eular3799. <sup>3</sup>Schepel P, Smit, A, Khatib F et al. A systems approach to investigate inflammation resolution by multicomponent medicinal product T14-EULAR 2019; Madrid: Abstract AB0063; doi:10.1136/annrheumdis-2019-eular5084. <sup>4</sup>Jordan et al. The Natural Combination Medicine Traumeel® (T14) Improves Resolution of Inflammation by Promoting the Biosynthesis of Specialized Pro-Resolving Mediators. *Pharmacokinetics*. 2021;14(1):1123. <sup>5</sup>Laurent III et al. RNAseq analysis of treatment-dependent signaling changes during inflammation in a mouse cutaneous wound healing model. *BMC Genomics*. 2022;22:854. <sup>6</sup>https://doi.org/10.1186/s12864-021-08083-2. <sup>7</sup>Heine H, Schmolz M. Induction of the immunological bystander reaction by plant extracts. *Biological Chemistry*. 1998;16(3):224-226. <sup>8</sup>Montesano R, Ott L. Transforming growth factor beta stimulates collagen-matrix contraction by fibroblasts: implications for wound healing. *Proc Natl Acad Sci USA*. 1988;85(13):4894-7. <sup>9</sup>Lussignol S, Bertani S, Mehlmann H, Bellavite P, Conforti A. Effect of Traumeel S, a homeopathic formulation, on blood-induced inflammation in rats. *Complementary Therapies in Medicine*. 1999;7(4):225-230. <sup>10</sup>Gedemeyer J, Westler J, Schneider C, Wildemann B, Frank S, Schulz M, Selthofer S, Smit A, Kerkhofs G. Topical Traumeel S is Effective and Safe for Acute Ankle Sprains: The Multi-Center Double-Blind Randomized Placebo-Controlled TRAUMED Trial. *J Clin Med*. 2024 Feb 1;13(3):941. doi: 10.3390/jcm13030841. PMID: 38337536; PMCID: PMC10851531.



Meer informatie over publicaties en wetenschappelijke onderbouwing op [hub.heel.be](https://hub.heel.be)



Healthcare designed by nature

# Twée op drie artsen willen doorwerken na pensioenleeftijd



**EINDELOOPBAAN** Een grote meerderheid van de huisartsen en de specialisten wil ook na het bereiken van de pensioenleeftijd aan de slag blijven. Dat blijkt uit de jaarlijkse Barometer Eindelooppbaan van Bank Van Breda. Slechts één op drie wil effectief stoppen op 65 jaar. De anderen willen actief blijven als arts of als mentor van hun opvolgers of een andere rol opnemen.

**H**uisartsen en specialisten werken jarenlang met passie en gedrevenheid en dan komt de dag waarop ze hun levenswerk moeten loslaten. “Geen evidente stap die vaak flink wat stress en kopzorgen met zich meebrengt. Niet enkel praktisch en financieel, maar ook mentaal en emotioneel”, stelt Ortwin Boone vast. Hij is sectorverantwoordelijke vrije beroepen bij Bank Van Breda en stelt in *Artsenkrant* exclusief de resultaten voor van de Barometer Eindelooppbaan die de bank aan de hand van een enquête bij huisartsen en specialisten, die klant zijn bij de bank, opstelde.

Uit de resultaten van de bevraging springen volgens Boone enkele opmerkelijke vaststellingen in het oog. Een eerste verrassend resultaat: voor twee artsen op drie is het bereiken van de pensioenleeftijd niet de belangrijkste reden om de witte jas aan de haak te hangen. Een op vijf zou overwegen te stoppen wanneer ze voldoende vermogen hebben opgebouwd om financieel

onafhankelijk te zijn. “De te grote werkdruk en de vele ingrijpende veranderingen die impact hebben op de manier van werken, kunnen wel aanzetten om toch op pensioengerechtigde leeftijd te stoppen”, aldus Boone. Onder veranderingen die een impact hebben, moet worden gedacht aan doorgedreven digitalisering, steeds nieuwe en veranderende wetgeving en andere innovaties zoals de intrede van AI.

## Expertise

Bijna de helft van de artsen (46%) geeft aan ook na de 65ste verjaardag patiënten te willen zien. Maar ook artsen die er wel aan denken hun carrière te beëindigen, zijn daarom niet van plan om helemaal te stoppen met werken. “Dat klinkt misschien contradictorisch, maar is het niet”, verduidelijkt Ortwin Boone. “We merken bij onze klanten dat heel wat 65-plussers actief blijven. Hun financiële zekerheid geeft hen wel de vrijheid om hun professionele aspiraties soms een andere invulling te geven. Ze zijn niet meer noodzakelijk

actief in de eigen praktijk of het ziekenhuis, maar ze begeleiden bijvoorbeeld jongere collega's. Ze willen de expertise en de ervaring die ze gedurende 35 jaar hebben opgebouwd niet verloren laten gaan. Uit onze bevraging blijkt dat 20% van de artsen graag als mentor andere artsen of collega's zou willen ondersteunen of begeleiden. De vraag is of de overheid en de ziekenhuizen voldoende open staan om hier gebruik van te maken.” Ook een taak als bijvoorbeeld bestuurder in een ziekenhuis zien heel wat artsen (12%) zitten.

## Een fijn en zorgeloos pensioen hangt vaak samen met de financiële situatie waarin de arts zich bevindt

Een anekdote die Ortwin Boone is bijgebleven, typeert de manier waarop artsen soms naar hun pensioen kijken.

“Twee jaar geleden ontmoette ik een huisarts die op zijn 84 nog steeds actief was. ‘Ik ga dat blijven doen’, vertrouwde hij me toe. Hij wilde het zijn patiënten niet aandoen dat ze een nieuwe huisarts moesten zoeken. ‘Ik sterf wel met mijn patiënten’, voegde hij er aan toe. Zijn praktijk was natuurlijk al wel sterk uitgedund, maar hij bleef actief voor zijn verouderde patiëntenpopulatie.” Deze huisarts is misschien wel een uitzondering, maar maakt toch duidelijk hoe zij verbonden zijn met hun patiënten.

## Positief gevoel

Ortwin Boone stelt de laatste jaren wel een mentaliteitswijziging vast bij de huisartsen. “In vergelijking met enkele jaren geleden is het voor huisartsen makkelijker om te stoppen. Groepspraktijken spelen daar een grote rol in. Wanneer het einde van de carrière nadert, kunnen ze hun patiënten ‘delen’ met jongere collega's. Drie, vier jaar geleden hoorde ik nog vaak de vraag wat er met de praktijk en de pati-



## In welke mate verwacht u dat uw levensstandaard zal veranderen na uw pensioen?



enten zou gebeuren bij het stopzetten van de praktijk. De vrees dat patiënten door het artsentekort geen nieuwe huisarts zouden vinden, was reëel. Vandaag zijn er nog steeds te weinig huisartsen, maar we zien hun aantal wel weer toenemen. Dat vereenvoudigt het eindeloopbaantraject bij huisartsen.”

Wanneer artsen op pensioen gaan, overheerst doorgaans een positief gevoel. Ze kijken met tevredenheid terug op hun loopbaan (65%) en zijn fier op wat ze hebben gepresteerd voor de gezondheid van anderen (31%). Dat geeft hen gemoedsrust (46%). Ook dankbaarheid (34%) is een begrip dat veel artsen met het einde van de loopbaan associëren. Negatieve gevoelens komen veel minder vaak voor, maar zijn niet helemaal afwezig: onzekerheid (20%), angst om in een zwart gat te vallen (15%) of met pijn in het hart stoppen (14%).

## Levensstandaard

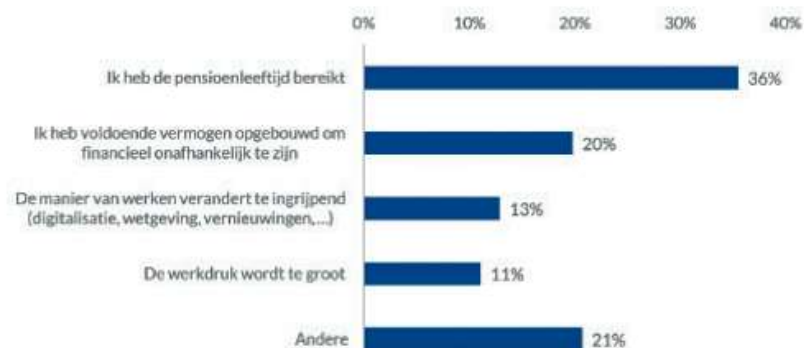
Dat zwarte gat waar één arts op zeven voor vreest, lijkt bij de meeste artsen nogal mee te vallen. Ze kijken uit naar

nieuwe hobby's (56%), willen zich in andere onderwerpen verdiepen (51%), reizen (51%), eindelijk tijd vinden om aandacht te besteden aan relatie en gezin (37%) en bovenal meer tijd voor zichzelf kunnen vrijmaken (56%).

## Een relatief grote groep artsen start laat met de eindeloopbaanplanning

Een fijn en zorgeloos pensioen hangt vaak samen met de financiële situatie waarin de arts zich bevindt. Meer dan twee derde van de artsen (69%) verwacht zijn huidige levensstandaard te kunnen behouden. Daar tegenover staat meer dan een kwart van de artsen (28%) die zich toch wat zorgen maken en vrezen dat hun levensstandaard na hun pensionering zal dalen. “Van hard werken met hogere maandelijkse inkomsten naar meer tijd om van het leven te genieten en het bijhorende prijskaartje. Zal dat wel lukken? Zullen

## Wat zou voor u de belangrijkste aanleiding zijn om te stoppen met werken?



we in staat zijn om andere dromen na te streven en misschien ook de kinderen een duwtje in de rug te geven?” Het is een verzuchting die wel eens wordt gehoord.

Ortwin Boone stelt vast dat een relatief grote groep artsen laat start met de eindeloopbaanplanning. “55% is al twee tot vijf jaar op voorhand bezig met het einde van de carrière, maar één op vijf (19%) zegt daar amper één jaar op voorhand mee te beginnen. Dat is best laat. Het is belangrijk dat artsen en specialisten het einde van hun professionele loopbaan op tijd voorbereiden. Ze denken best goed na over de toekomst van hun vennootschap. Willen ze die aanhouden omdat er bijvoorbeeld nog

(privé)vastgoed in zit of omdat ze een belangrijke rol speelt in hun vermogens- en successieplanning? Of liquideren ze hun vennootschap op het einde van hun professionele loopbaan? En wat zijn de consequenties voor de activa binnen de vennootschap op het einde van hun loopbaan? Dat zijn complexe vragen. Het vraagt tijd om de juiste antwoorden daarop te vinden en deze ook goed uit te voeren. Financiële gemoedsrust is belangrijk voor artsen en hoe beter ze het einde van de loopbaan voorbereiden, hoe groter de gemoedsrust op het einde van de rit.”

Filip Ceulemans

## SOINS &amp; SANTÉ

Vakbeurs voor medische en paramedische sector

Namur Expo

12 &amp; 13 februari 2025

Ik registreer nu op [soins-sante.be](https://soins-sante.be)

MET DE CODE BAAL1000 OF DOOR DEZE QR-CODE TE SCANNEN

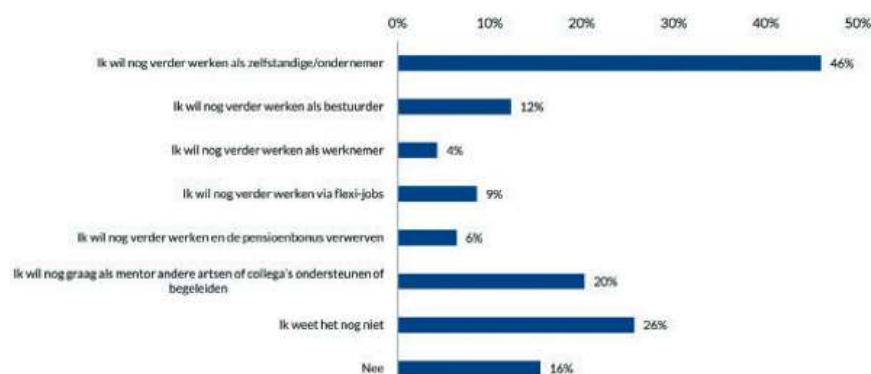


Wallonie familles santé handicap AViQ

probis plus

ING

## Zou u na de pensioenleeftijd nog willen blijven werken?







Scan de QR-code en  
vraag vrijblijvend de  
brochure aan.



# De Inuit-dorpen van Groenland

VAN 18 TOT 30 AUGUSTUS 2025

Beleef een onvergetelijke expeditiecrui-  
se naar Groenland en IJsland aan boord van  
een comfortabel expeditiejacht! Vaar  
tussen de ijsbergen, bezoek afgelegen  
Inuit-dorpen en ontdek prachtig Unesco-  
werelderfgoed.

Dit milieuvriendelijke schip, met ruime  
balkonkajuiten, is perfect om samen  
te reizen met collega-artsen. Spot  
walvissen in de vrije natuur en ervaar  
het adembenemende landschap van  
dichtbij.

## Wetenschappelijk programma 2025:

Gedurende deze cruises stelt Artsenkrant een uiteenlopend programma voor van in totaal **4 of 7 één uur durende sessies**.  
Deze zullen **gemodereerd** worden door **Prof. Dr. Frederik Vandenbroucke**.

**Accreditering wordt aangevraagd**

Groenland / Douro

Diabetes type 1 (deel 1)

Groenland / Douro

Diabetes type 1 (deel 2)

Groenland / Douro

Slaap

Groenland / Douro

Levensstijl

Groenland

Focale leverletsels

Groenland

Focale nierletsels

Groenland

Radiofrequentie ablatie





Scan de QR-code en  
vraag vrijblijvend de  
brochure aan.



# De Douro

Rivier van goud

VAN 12 TOT 19 OKTOBER 2025

Vaar mee op de luxueuze M/S Queen Isabel 5\* en ontdek de schitterende valleien van de Douro!

Bezoek de wereldberoemde wijngaarden waar porto en vinho verde worden geproduceerd en geniet van een uitstap naar het historische Salamanca, Spanje. De thuisbasis van de oudste universiteit van Europa, opgericht in 1218.

Deze reis combineert cultuur, natuur en wetenschap voor een onvergetelijke ervaring in Portugal.

## Voor uw gratis brochure

Surf naar [www.akacademytravel.be](http://www.akacademytravel.be)

## Meer info en reservatie

Contacteer Rivages du Monde op  
[info@rivagesdumonde.be](mailto:info@rivagesdumonde.be) of tel. 02 899 75 46





*Pieter Koopman  
is cardioloog.*

## Er was eens...

...daarginds over de glooiende groene heuvels, in een onooglijk klein en onbestuurbaar landje, een rood huisje. En in dat huisje woonden drie ver-  
wende en verwaande biggetjes bij hun twee brom-  
mende grootvaders Willy en Louis. Hun drie  
oudere broertjes Steve, Johan en Patrick waren al  
een tijdje het huis uit en de biggetjes verveelden  
zich stierlijk. Het jongste biggetje, Conner, zat het  
liefst een hele dag voor de spiegel zichzelf te  
bewonderen en hing de rest van de tijd te luiwam-  
mesen in een hangmat met een blond Ballong bier-  
tje in de hand. Zijn zusje Caroline flaneerde frivool  
op het tennisveld en lachte steevast taterend haar  
tanden bloot. Het oudste biggetje, Frank, was een  
pedante bolleboos met een rond brilletje, die zich  
diep in zijn boeken verschool en de anderen liefst  
betweterig een belerend vingertje voorhield.

Op een dag besloten de twee opa's dat de drie big-  
getjes maar eens op hun eigen pootjes moesten  
staan. Omdat de biggetjes liever niet te hard werk-  
ten maar wel veel centjes wilden opstrijken, beslo-  
ten ze hun geluk te zoeken in een politieke loop-  
baan. Om hun eigen huisje te mogen bouwen in de  
Wetstraat, dienden ze eerst een zo enorm moge-  
lijke blunder te begaan. Dat bleek een fluitje van  
een cent. Caroline bracht haar eigen partij in een  
mum van tijd aan de rand van de afgrond, Conner  
spuide ongeremd racistische en seksistische praat,  
en Frank verbrandde zowaar een fortuin dat ook  
nog eens onrechtmatig verkregen bleek, waarna hij  
een tijdje in ballingschap verdween.

verder ontwikkelingssamenwerking en nadien wel-  
zijn en gelijke kansen boycotten. Conner keek  
werkloos toe vanuit zijn luie zetel en over-  
schouwde alles als de fiere lijstduwer van het stelle-  
tje. Op het laatste nippertje riep hij de hulp in van  
een blonde groupie en bouwde hij een schamel  
huisje van stro met halmen van gebakken lucht.

Op zekere dag sloop de woeste waarheidswolf de  
Wetstraat binnen. Hij tikte voorzichtig op de  
gevlochten bamboedeur van het strooien huisje.  
'Als het is om te besparen op de gezondheidszorg,  
dan moet je me zelfs niet bellen', oreerde Conner  
zonder zijn opgemaakte ogen van zijn spiegel af te  
wenden. De wolf blies eens zachtjes, de strohal-  
men zakten als een kaartenhuisje ineen, en hij vrat  
Conner op met huid en haar. Even later klopte hij  
op de deur van het houten huisje. 'Nee, geen kin-  
deropvang nodig. Ik investeer enkel in de drie P's;  
en als u hulpbehoevend bent dan kunt u nog een  
jaar of twintig wachten op uw zorgbudget.' De wolf  
haalde diep adem, en hij blies en blies en blies het  
huisje om, en hij schrokte Caroline in één hap op.  
Tenslotte beklom de wolf de stenen traptreden naar  
de massief eiken deur van de statige natuurstenen  
villa van Frank, en hij bonsde met de sierlijke gesti-  
leerde vergulde messing deurklopper. 'Hier wordt  
niet aan villa-geneeskunde gedaan', galmdde het  
vanuit de bibliotheek, en zonder op te kijken uit  
een stoffige eerste druk van 'Het Kapitaal' voegde  
Frank er hoogdravend aan toe: 'en ik hoef besparin-  
gen niet te verantwoorden. Bel me maar via een  
gratis teleconsult.' De wolf zoog furieus zijn longen  
vol en hij blies en blies en blies, en blies en blies en  
blies, ... en de voordeur donderde uit zijn hengsels,  
de muren begaven het als door een Californische  
aardbeving getroffen, en het dak waaide zelfs tot in  
de achtertuin van de premier. Een paar onverteerde  
afgekloven botjes waren de enige overblijfselen  
van de schranspartij die volgde.

Geen 'ze leefden nog lang en gelukkig'. Geen mira-  
culeuze magische redding à la *Harry Potter*. Want  
u gelooft toch ook niet in sprookjes? Toch? •

“U gelooft toch ook niet in sprookjes?”

Bij zijn terugkeer ging Frank meteen aan de slag en  
hij bouwde langzaamaan een stevig stenen huis op  
basis van denkbeeldige wijsheid. Als expert pyro-  
maan was het uiteraard logisch dat hij zich bezig  
hield met de pensioenen en nadien met de budget-  
ten van de sociale zekerheid. Caroline, afgunstig op  
het succes van haar broer, timmerde snel een  
houtskelet ineen met planken van onwetendheid.  
Na een aantal anti-Israëlsche uitspraken mocht ze

*✍ Pieter 'Grimm' Koopman*





## Frustraties van een huisarts

Sarah Vanlaer

Huisarts in Horebeke.

Waar wij huisartsen elke labotest economisch afwegen, is in het plaatselijke ziekenhuis de klinische biologie een bron van inkomsten – onge-nuanceerd, onwetenschappelijk. Wat te denken van een 85-jarige patiënt op geriatrie bij wie dagelijks een labo wordt afgenomen voor schildklier en cholesterol? Wat kost dit aan de ziekteverzekering, en hoe kan dit zomaar gebeuren?

Duidelijk is voor mij dat de bespa-ringen vandaag gehaald worden bij de huisarts en bij de patiënt zelf, en niet in de ziekenhuizen en bij som-mige collegae-grootverdieners. Ik wens al mijn patiënten gelijke gezondheidszorg te bieden, maar dat kan dus niet meer... en dat onder een socialistische minister van Volksgezondheid. •

*Ik wens al mijn patiënten gelijke gezondheidszorg te bieden*



Scan de QR-code en lees de integrale versie van deze opiniestukken en nog veel meer online



Wolf

Annelies Stockman

Huid- en haarziekten, AZ Delta.

Ik zit verdiept in een boek. Wolf. Ik moet het verdere verloop nog doorlezen maar het doet me denken aan twee consultaties van de voorbije weken. Het betrof beide jongens van vijftien die opgenomen waren op de afdeling kinderpsychiatrie. (...) Ze hebben elk hun verhaal en in hun hoofden dwalen wellicht donkere gedachten die zich zo moeilijk laten lezen. Zijn we ook niet vaak geremd om ons eerlijk uit te drukken en te vragen wat we nodig hebben? Alsof het volwassen worden het kinderlijke in ons de mond snoert en we plots met een rem op leven. (...) Ik weet dat u in deze tijden misschien eerder wakker ligt van transparanties en regeringsvormingen. Niettemin is het zo verrijkend naar de echte verhalen van onze patiënten te luisteren die elk hun eigen boek aan het schrijven zijn. •



Scan deze QR-code en lees als abonnee onze krant digitaal op iPad en iPhone.

Tweewekelijkse publicatie voorbehouden aan het medisch korps  
Paraît également en français sous le titre "Le Journal du Médecin"

### Hoofdredacteur

Filip Ceulemans (filip.ceulemans@roularta.be)

### Eindredactie

Karolien Van de Velde (karolien.van.de.velde@roularta.be)

### Redactie

Erik Derycke (erik.derycke@roularta.be),  
Nicolas de Pape, François Hardy, dr. Hade Scheyving,  
Cécile Vrayenne, Laurent Zanella  
Floris Cup (floris.cup@roularta.be)  
✉ ak@roularta.be

### Vaste medewerkers

Erik Brusten, Jerry De Brie, Wouter Colson, Michael Dehaspe,  
Kim Duchateau, Philippe Lambert, Herman Nys, Bernard Roisin,  
Urban Vandormael, Michel Van de Ven, Ine Van Houdenhove.

### Fotografie

Belga Image, Getty Image

### Vormgeving

Opmaak magazines

### Druk

Roularta Printing

### Zoekertjes en Personeelsadvertenties

Natalie Vandewalle - ☎ 02-702.70.31  
vacature.healthcare@roularta.be

### Artsenkrant papier

Adreswijzigingen enkel per e-mail: circulation.rhc@roularta.be.  
149 euro - ☎ 078-35.33.13

### Artsenkrant online

Aanpassen e-mailadres, koppeling Riziv-nummer, problemen met registratie... : onlineservice@abonnementen.be.

De artikels, foto's, tekeningen en andere illustraties, opgenomen in het redactionele gedeelte van "Artsenkrant", bevatten geen publiciteit. Bedrijven en producten worden enkel ter inlichting vermeld. Alleen de auteurs/adverteerders zijn verantwoordelijk voor de artikels, foto's, illustraties, ideeën en de advertenties die in "Artsenkrant" verschijnen. Alle rechten van vertaling, overname en reproductie - op welke wijze dan ook - zijn voorbehouden voor alle landen. Pagina's met een gekleurde achtergrond vallen buiten de verantwoordelijkheid van de redactie.

### Commerciële afdeling

#### Account managers

Corry Bas - ☎ 0471-58.40.86  
corry.bas@roularta.be

Sylvie Mayi - ☎ 0486-41.22.00  
sylvie.mayi@roularta.be

Sigi Van Cleemput - ☎ 0495-28.02.05  
sigi.van.cleemput@roularta.be

#### Frontoffice assistant

Lara Brems  
☎ 02-702.70.33 - frontoffice.rhc@roularta.be

### Artsenkrant

is een uitgave van  
Raketstraat 50 bus 14 - 1130 Brussel



Roularta  
HealthCare

#### Medical Manager

Dr. Hade Scheyving

#### Operations Manager

Virginie Meysmans  
virginie.meysmans@roularta.be

#### Uitgeefdirecteur

Luk Wynants

#### Verantwoordelijk uitgever

Sophie Van Iseghem

#### Digital manager

Jorgen Vanderdood  
jorgen.vanderdood@roularta.be



## Hoe ziek is de Sociale Zekerheid?

Karel Vermeyen

Voorzitter Afdelingscomité Vlaamse Sociale Zekerheid (AK-VSZ) en bestuurslid Vlaams Artsenverbond (VAV).

Het gezondheidszorgbudget zal steeds meer onder druk komen door de evolutie van de medische technologie, nieuwe farmaceutische producten en de vergrijzing met een toename van de eigen persoonlijke betalingen. De Commissie voor de Vergrijzing verwacht een kostenstijging tot 14,1% van het bbp tegen 2050. Globale, cen-

traal uitgewerkte maatregelen zullen niet volstaan om in te spelen op de specifieke maatregelen die de tewerkstelling, efficiëntie en kwaliteitsverbetering in de verschillende regio's moeten verbeteren.

De splitsing van de arbeidsmarktbevoegdheid en het tewerkstellingsbeleid, de verdere communautarisering

van de gezondheidszorg, inbegrepen de ziekte- en invaliditeitsverzekering, zouden een op maat uitgewerkt beleid mogelijk maken. Enkel op die manier kan voor de toekomst de nood aan bijpassingen vanuit de federale begroting aan het budget van de sociale zekerheid beperkt worden. •



# De deur waardig sluiten

**FILM** In zijn nieuwste film 'The Room Next Door' laat de Spaanse filmregisseur Pedro Almodóvar twee rasactrices Tilda Swinton en Julianne Moore aantonen wat echte vriendschap in goede en kwade dagen inhoudt. Ondanks een bijwijlen zware thematiek verlaat je als kijker allesbehalve murw de zaal. Grootse kunst, bekroond met de Gouden Leeuw op de Mostra 2024 in Venetië.



We krijgen een duo protagonisten: een schrijfster (Julianne Moore) die over haar doodsangst een bestseller schreef en een terminale voormalige oorlogsreporter (Tilda Swinton) die geen schrik heeft om te sterven maar dat waardig wil doen.



Julianne Moore, Pedro Almodóvar en Tilda Swinton bij het lezen van het script.

**M**et het autobiografische 'Dolor y gloria' (2019) dat een ruime medische touch had, leek het alsof de grootste Spaanse regisseur sinds Luis Buñuel zijn zwanenzang bracht. Niets bleek minder waar, want eerst volgde 'Madres Paralelas', recentelijk nog enkele kortfilms en nu is er zijn eerste Engelstalige langspeelfilm.

## Krachttoer

Zoals wel vaker bij Almodóvar krijgen we een duo protagonisten: een schrijfster (Julianne Moore) die over haar doodsangst een bestseller schreef en een terminale voormalige oorlogsreporter (Tilda Swinton) die geen schrik heeft om te sterven maar dat waardig wil doen. Om de touwtjes tot het laatst in eigen handen te houden, vraagt ze haar vriendin een onwaarschijnlijke gunst.

'The Room Next Door' oogt uiterst gestileerd met haast theatrale dialogen (meestal gedeclameerd door Swinton) die nooit afstandelijk worden doordat Almodóvar zijn camera gezwind laat switchen naar Julianne Moore die vaak stilzwijgend een luisterend oor geeft. Dat is de essentie van 'The Room Next

Door': nabij zijn ter ondersteuning. Almodóvar noemde het een heuse krachttoer wat Swinton en Moore hier neerzetten en verklaarde al dat alleen de heel grote actrices kunnen kijken en in stilte luisteren. Het spectaculaire van deze film zit hem daarin en minder in de typische flamboyante gebeurtenissen en beelden van eerdere Almodóvars. Wees gerust, dit is allesbehalve een kleurloze of brave prent.

## Inspiratie

El Pedro haalde voor 'The Room Next Door' inspiratie uit het boek 'What are you going through?' van Sigrid Nunez zonder er een al te getrouwe bewerking van te maken. De titel van het boek ontleende Nunez aan een essay van de Franse schrijfster (politica, activiste en filosofe) Simone Weil verschenen in haar essaybundel 'Attente de dieu' met daarin aandacht voor het uitzonderlijke belang van de ander nabij zijn, menselijke connectie, er in letterlijke zin 'gewoon' fysiek zijn voor de ander. Wanneer we het sinds kort over de film hadden, zeiden onze toehoorders bijna instant, "Ahja, die euthanasiefilm."

Ofschoon Pedro Almodóvar in interviews al duidde hoe de film zeker euthanasie steunt, is het thema van 'The Room Next Door' ontzaglijk ruimer. Het is ook een film die machtsmisbruik bij de politie aanklaagt, antifascistisch en antineoliberaal is. Tilda Swinton gebruikte op haar beurt de term 'dood met waardigheid' waar het medische hulp bij sterven betreft en gebruikte het woord 'euthanasie' niet.

## Hitchcock en Sirk

De film beklijft en ontroert maar ligt nergens zwaar op de maag. Sigrid Nunez laste in haar boek bewust komische passages in. Wanneer die zouden weggelaten worden, ontbreekt er volgens haar iets essentieels. Almodóvar zit duidelijk op dezelfde lijn. 'The Room Next Door' mag je ook niet herleiden tot een zuiver melodrama. Wat vaak vergeten lijkt, is de bijna Hitchcockiaanse spanning die we in zowat elke film van Almodóvar terugvinden. Kleuren en sfeer doen vanzelfsprekend ook denken aan de meester van het melodrama Douglas Sirk. Verwijzingen naar kunst, literatuur en andere media zijn schering en inslag in het oeuvre van Almodóvar. Edward

Hopper is ditmaal alomtegenwoordig. Wanneer de vriendinnen in ligstoelen op het terras rusten, duikt automatisch de scène uit Almodóvars eigen *Hable con ella* in gedachten op waarin de actrices samen met zonnebril naast elkaar liggen. Ook al een Almodóvar met fikse medische link. Die vinden we iets minder in het boek 'De laatste droom' (Meridiaan Uitgevers) dat de regisseur dit jaar uitbracht. In de diverse autobiografische kortverhalen duiken wel enkele ziekenhuismomenten op. In eentje omschrijft Almodóvar hoe hij een ziekenhuis als een hotel ziet. Opmerkelijk is de passage waaruit blijkt dat Pedro en zijn broer (producent van al zijn films) Agustín op intensieve bij hun moeder vertoefden, twee uur voor de release van 'Todo sobre mi madre', de ultieme ode aan hun moeder. Mama Almodóvar zou drie uur later overlijden.

Verbazingwekkend en ontroerend, zowel dat verhaal als 'The Room Next Door'. Bekijk hem met een dierbare!

**Stefan Eraly**

>> 'The Room Next Door' speelt momenteel in de bioscoop.



## WERKAANBOD

### Vrije assistent orthopedie AZ Rivierenland Bornem.

Tel. 03/890.16.24 of mail Dr. S. Cool, (steve.cool@azr.be). N08996

### Overname: drukke solo huisartsenpraktijk in provinciehoofdstad Vlaanderen. Alle faciliteiten. 0496/161.961.

N08999

Gezocht: **Gastro-enteroloog** (al dan niet gepensioneerd). Voor 1 à 2 dagen per week in privépraktijk te Antwerpen. Contact: drio@hotmai.com. 0498/52.40.05. N09002

Huisarts zoekt jongere collega voor samenwerking en eventuele overname van solo huisartsenpraktijk in Zuid-West Vlaanderen. Tel. 0472/65 70 72. N09004

### Dringend huisarts(en) gevraagd voor eerstelijns kustpraktijk te Nieuwpoort.

Secretariaat/Care Connect - dichtbij strand (surfen, kiten, zeilen!). Vervanging - samenwerking - toekomst-mogelijkheden. Gevarieerde lieve en dankbare patiëntenpopulatie. Contacteer 0475/65.72.15 of mail naar dokterplatteau@gmail.com. N09007

### Groepspraktijk Zoutleeuw is op zoek naar een nieuwe collega huisarts om de groeiende vraag naar zorg te helpen dragen.

Wat bieden wij? Werkzekerheid. Bespreekbare werkuren (deeltijds tot voltijds). Aangename werksfeer. Nieuwe en moderne praktijk. Beperkte huisbezoeken. Samenwerking met verpleegkundige en job -en lifecoach. Halftijds vaste secretaresse, namiddag telesecretariaat (digitale wachtkamer). Medisch programma: daktari. Starten vanaf: bespreekbaar. Inlooperperiode mogelijk. Associatie mogelijk. Bij interesse, graag contact opnemen via tel.: 011/78.01.22 of 0474/53.03.48 of email: Tom\_Delattin@hotmail.com. N09005

### Dr. Marius An zoekt dringend huisartsen voor dokterspraktijk De Boonvenne in Berlare. Drukke praktijk met gevarieerde patiëntenpopulatie. Nieuwbouw van 2018.

Contact: doktersberlare@gmail.com. N09006

### Multidisciplinair centrum Antwerpen zoekt een gastro-enteroloog voor echo +

coloscopie + gastroscopie, een gynaecoloog en een pneumoloog Interessante voorwaarden. 1 of meerdere dagen per week. Voor meer info tel 0479/91.49.25. N09010

### Multidisciplinaire huisartsenpraktijk in Genk zoekt collega-huisarts! Rooigem

Zowel tijdelijke als vaste samenwerking mogelijk. Werkschema is bespreekbaar (deeltijds/voltijds). Contacteer info@groepspraktijkdeboxberg.be of 0495/36.33.12. N09011

PSYCONSULT zoekt artsen voor medische rijgeschiktheidsonderzoeken te DEURNE in lokalen van het CLB, 1 à 2 x/maand 3-tal uur op DO-nm. Honorarium: 147,5€/u. Geen extra adm. taaklast. Bij interesse: info@psyconsult.be N09012

HA (v) zkt jonge collega (m of v) samenwerking in groepspraktijk/nieuwbouw in stad Westhoek/ Careconnect/verpleegster/ Doctena/ 0474/99.67.94. N09015

### Huisarts Noordbrug Kortrijk zoekt collega voor samenwerking. Huisarts zoekt collega om praktijk te versterken.

Gevarieerd patiëntenbestand, netwerksamenwerking, wachtpost HZW, telesecretariaat, daktari-software. www.denoerbrug.be contact: pjahermandoc@hotmail.com tel: 0467/01.25.16 N09016

Gezocht: Enthousiaste voltijdse of 4/5 huisarts om groeiende praktijk in Sint- Pieters- Leeuw te versterken. Contact: praktijk Medileeuw, via dokters@medileeuw.be, of 02/377.73.73 (liefst in de voormiddag). N09017

## WERKAANVRAAG

**Drietalinge medisch assistente (FR/NL/EN),** veelzijdig en een echte duizendpoot in administratieve en relationele taken, zoekt een halftijdse functie in Overijse en omgeving (Waals-Brabant, Tervuren, Wezembeek-Oppem, Oudergem, Hoeilaart, Waver, Terhulpen...). Contacteer me op 0484 40 20 25. ND1586

## VERVANGINGEN

### Wij zoeken een huisarts voor een vervanging wegens zwangerschapsverlof van maart tem juni 2025 te Jette.

Voltijds/deeltijds bespreekbaar. Groepspraktijk met 4 artsen en 2 psychologen, we werken in collegiale sfeer en leveren kwalitatieve persoonlijke zorg aan onze patiënten. Een goede work-life balans is belangrijk. Interesse? helenadevue@gmail.com. NR1975



**Bent u op zoek naar personeel?**

Zet uw aanbod in de kijker met een **vacature** in **Artsenkrant**, papieren versie en online



Wenst u ook een vacature te plaatsen? Contacteer Natalie Van de Walle via **02-702.70.31** of mail naar [vacature.healthcare@roularta.be](mailto:vacature.healthcare@roularta.be)



## Arts-specialist in de radiologie

**Uw profiel:** een subspecialisatie of interesse in pediatrie beeldvorming evenals het kunnen uitvoeren van interventies onder echo of CT strekken tot aanbeveling. U kan ten laatste starten op 1 juli 2025.

**Wij bieden u:** Een uitdagende voltijdse functie op een dynamische dienst van 15 radiologen die kwaliteit, collegialiteit en samenwerking hoog in het vaandel dragen. / Werken in een modern uitgeruste dienst en ziekenhuis. In 2031 verhuizen we naar een gloednieuw ziekenhuis waar alle diensten van onze huidige twee campussen samen komen. / Aangename werksfeer en een professionele werkomgeving waar patiënt- en medewerkerstevredenheid een centrale rol innemen.

**Meer info:** [www.azturnhout.be/vacatures](http://www.azturnhout.be/vacatures) 

**Vervangarts Gent centrum bevallingsverlof half mei - half aug 2025:** huisartsen Tolhuis zoekt enthousiaste vervangarts van half mei tem half aug. Kom jij ons team versterken? Mail voor meer info: tolhuislaan@hotmail.com. NR1976

**Zwangerschapsvervangings gezocht in Hoboken van mei 2025 tem augustus 2025.** Moderne groepspraktijk in Hoboken is op zoek naar zwangerschapsvervangings van mei '25 tem augustus '25. Kortere periode en uurrooster zeker bespreekbaar. Interesse? jacobs\_sofie@telenet.be. NR1977

**Graag vervanging voor huisarts tussen juni tot en met oktober 2025** volledig/gedeeltelijk wegens voettocht van 2.200 km in Pellenberg (Leuven). Solopraktijk met 5 therapeuten: synergeia. Complementaire kennis aanbevolen. Interesse info@synergeia.be NR1978

Dringend vervanging gevraagd in drukke solo huisartsenpraktijk (Vlaamse Ardennen) wegens ziekte, vanaf 20/01/25 zeker tot en met einde maart. Telesecretariaat beschikbaar. Health one. Gevarieerd patiënteel (multicultureel, jong en ouder). Nederlands en Frans (noties). 0479/29.11.83. NR1979

**Wij zoeken een huisarts voor een vervanging wegens zwangerschapsverlof van maart tem juni 2025 te Jette.** Voltijds/deeltijds bespreekbaar. Groepspraktijk met 4 artsen en 2 psychologen, we werken in collegiale sfeer en leveren kwalitatieve persoonlijke zorg aan onze patiënten. Een goede work-life balans is belangrijk. Interesse? helenadevue@gmail.com NR1980

## PRAKTIJK

**Overname drukke solo praktijk te Izegem,** zeer gunstige voorwaarden. Werkgelegenheid voor meerdere artsen. Begeleiding mogelijk. Contact: tel. 0491 648 909. NC8274

**Drukke solopraktijk te Humbeek over te nemen** Verschillende opties zijn mogelijk: praktijkruimte kan afzonderlijk gehuurd worden, ruimte voor twee kabinetten, 2 of 3 artsen kunnen hier werken. **Optie 2: huis en praktijkruimte kunnen ook samen aangekocht worden.** Tijdelijke begeleiding door mijzelf is mogelijk. Contact: tel.: 02/269.04.72 of email: karel.willems@live.be. NC8275

**Bloeiende solo - Huisartsenpraktijk te Stekene** zover te nemen + huur kabinet. Tel 03 779 64 58 of 0486 58 28 38. NC8276

**TE HUUR: ingerichte kabinetten in nieuwe multidiscipl. praktijk Nieuwpoort-Bad.** Versch. formules mogelijk, ook per blok v 4u. Contact: sarah.terras@azoostende.be. NC8277

Meer zoekertjes op onze website  
**www.artsenkrant.com**

## MEDISCH MATERIAAL

Te koop: wegens stopzetting praktijk: onderzoekstafels H 80 en 70 cm, krakjes, KNO-diagnosesets Heine: HK 150-2 Multi en HK 20-1 Mini, looptapijt Tunturi, trolley Joe Colombo, bureau Bullo, tafels, etc. Contact: 0476/64.29.00. NM2060

Te koop: automatisch digitaal ontwikkeltoestel DIGORA pct radiologie toestel CHIRAX Contact: tel. 0495/50.59.00 of email: dokterclarysse@hotmail.com NM2062

Gratis op te halen: onderzoeksbed in zeer goede staat wegens aankoop elektrisch onderzoeksbed. Indien interesse, graag contact opnemen: 0485 330 182. NM2063

**Volledig huisartspraktijkinhoud te koop wegens pensionering:** praktijkmeubilair, klein medisch materiaal (Heine, Welch-Allyn, coagulometer,...), EKG toestel met meubel cardiofit VT1 Schiller (2022) connectie via wifi met softwareprogramma, elektrische onderzoekstafel Midmark 623, sterilisator T5 Tau Steril Automatic enz....Prijs overeen te komen. Contact:0475/66.46.97 of email: lucas.verkest@skynet.be, Regio West Vlaams-Brabant (Dilbeek, Lennik, Ternat). NM2064

Te koop: onderzoekstafel Ritter 204 met seamless bekleding, aankoop 2018. In zeer goede staat. 1200€. Contact: 0474/56.31.40 NM2065



**TE KOOP: Waldmann PUVA-cabine.** In uitstekende staat. Wegens overstap van solo- naar groepspraktijk. Prijs bespreekbaar. Contact : dr.de.wachter@gmail.com of 0486/69.55.67. NM2066

## Ben jij ook daar vóór het nodig is?



**Zet je medische expertise in voor het welzijn van werknemers en word arbeidsarts bij IDEWE.**

### Jouw rol:

- Uitvoeren van **medische onderzoeken** (preventieve onderzoeken, onderzoeken in het kader van re-integratie ...).
- Analyseren en opvolgen van **risico's op de werkvloer**.
- **Advies geven** tijdens de vergaderingen van de Comité's voor Preventie en Bescherming op het Werk (CPBW).
- **Bedrijven ondersteunen** bij thema's zoals moederschapbescherming, ziekteverzuim en chemische risico's.

**Klaar om impact te maken?**

Versterk ons team!

**Solliciteer nu.** ►





**Te koop: Electrische onderzoekstafel Ritter Midmark 222 in goede staat.**  
Vraagprijs 600€, zelf af te halen in De Pinte.  
Contact: 0475/ 87 10 18.

NM2067

## VAKANTIE



**Modern comfort in het 18e eeuwse Château Le Vert tussen de heuvels van Entre Deux Mers** vindt u rust met zicht op wijngaarden en de historische site van Benauges. Ideale uitvalsbasis voor uitstapen naar Bordeaux of Saint Emilion. Gelegen tussen Château Yquem en Château Petrus. tel: 0476/993701 of [info@chateaufort.com](mailto:info@chateaufort.com)

F100107

**UW ADVERTENTIE HIER**

**Interesse?**  
Mail ons voor de mogelijkheden op [vacature.healthcare@roularta.be](mailto:vacature.healthcare@roularta.be)



**DE PIRAMIDE**  
EERSTELIJNSGEZONDHEIDSZORGCENTRUM

## Huisarts bij ELG De Piramide

- ✓ Innovatief eerstelijnscentrum
- ✓ Voltijds / deeltijds
- ✓ Zelfstandig / loondienst
- ✓ Competitieve verloning (Contractvoorstel op aanvraag)
- ✓ Geen instapkosten of vaste kosten
- ✓ Interdisciplinaire groepspraktijk (Onthaal, verpleging, kiné, psycholoog, diëtist, zorgcoördinator, ergo, maatsch werk, ...)
- ✓ Georganiseerde wachtdienst
- ✓ Preventieprojecten
- ✓ Toplocatie, state of the art materialen en inrichting
- ✓ Klinische zorgpaden



## INFO EN SOLLICITEREN

dr. Carl De Rycke  
056/51.50.90  
[info@depiramidemenen.be](mailto:info@depiramidemenen.be)

[www.depiramidemenen.be](http://www.depiramidemenen.be)



De Klinik St. Josef is een kleinschalig familiair ziekenhuis dat acute en algemene basiszorg biedt. Het maakt deel uit van het ziekenhuisnetwerk "MOVE", samen met de Groupe santé CHC (Luik) en het St Nikolaus-Hospital (Eupen). De Klinik ligt in het grensgebied met Luxemburg en Duitsland.

DE KLINIK ST. JOSEF ST. VITH ZOEKT VOOR SPOEDIGE INDIENSTTREDING:

## ARTS-SPECIALIST IN DE OOGHEELKUNDE (V/M/X)

### UW PROFIEL

- U bent arts-specialist in de Oogheelkunde of arts in opleiding
- U bent empathisch in de omgang met patiënten
- U bent flexibel en een teamspeler
- U hebt goede communicatieve en organisatorische vaardigheden

### WIJ BIEDEN AAN

- Een zelfstandige functie met veel ruimte voor initiatief
- En gevarieerd werkterrein, zowel poliklinisch als klinisch



KLINIK  
ST. JOSEF  
ST. VITH

### WE HOPEN UW INTERESSE TE HEBBEN GEWEKT!

Stuur uw sollicitatie met CV naar:  
Klinik St. Josef | t.a.v. Medisch Directeur  
Klosterstraße 9 | 4780 St. Vith  
of per e-mail naar [paul.pardon@klinik.st-vith.be](mailto:paul.pardon@klinik.st-vith.be)  
Tel.: 0032(0)474/851.933

[www.klinik.be](http://www.klinik.be)

# ‘De Paralympische Spelen blijven uniek en zijn eigenlijk onvergelijkbaar’

**PORTRET** Afgelopen zomer was dr. Inge Bru als federatiearts mee met het Belgisch paralympisch team naar de Paralympische Spelen in Parijs. De specialist in de fysische geneeskunde en revalidatiearts in het UZ Gent begeleidde er de verschillende topsporters en stafleden.

**V**olgens de federatiearts zijn de Paralympische Spelen een uniek sportevenement. “Het is vanwege de grootte van het evenement en de vaak indrukwekkende locaties moeilijk te vergelijken met andere sportevenementen. Bovendien was het deze keer dichtbij huis, waardoor veel familie en vrienden van onze atleten aanwezig konden zijn. Dit maakte het extra magisch.”

Bru is naast federatiearts als specialist verbonden aan het UZ Gent, waar ze mensen begeleidt die na een ingrijpende gebeurtenis met een beperking verder moeten leren leven. “Beweging is ontzettend belangrijk, vooral voor mensen in een revalidatieproces. Daarom organiseren we elke donderdag een sportmoment voor onze revalidanten. Tijdens deze sessies is er ook iemand van G-Sport Vlaanderen aanwezig, zodat er kennis gemaakt kan worden met verschillende sporten die ze zouden kunnen beoefenen”, zegt de specialist. “We zien dat veel revalidanten op deze manier doorstromen naar sportverenigingen, en er zijn zelfs enkele personen die zo zijn doorgegroeid naar de topsport.”

## Koelvest

Met haar werk als revalidatiearts komt Bru regelmatig in contact met atleten, waaruit haar functie als federatiearts bij G-Sport Vlaanderen is voortgekomen. Tijdens de Paralympische Spelen in Parijs maakte ze, samen met een Franstalige collega-arts, deel uit van het Olympisch medisch team dat naast hen beiden bestond uit acht kinesitherapeuten, twee verpleegkundigen en twee psychologen. “De dagen in Parijs waren zeer afwisselend. Sommige dagen waren extreem rustig, terwijl we op andere momenten weinig aan slapen toekwamen. Op rustige momenten kon-

den we onze aandacht ook richten op de staf en de coaches, want ook voor hen waren wij verantwoordelijk. Het werk varieerde van blaar- en wondzorg tot het ondersteunen van sporters en stafleden die ziek werden, bijvoorbeeld door een verkoudheid”, zegt Bru.

Het werken met paralympische atleten verschilt van het werken met andere atleten: “Het gaat natuurlijk om topsport, wat veel van elke atleet vraagt. Maar bij paralympische atleten komt er nog meer bij kijken, omdat ze te maken hebben met fysieke beperkingen en een bepaalde mate van afhankelijkheid. Zo hebben we atleten met een dwarslaesie die moeite hebben met het zelfstandig regelen van hun lichaamstemperatuur. Tijdens de opening van de Spelen moesten ze daarom een koelvest dragen. Daarnaast zijn er sporters die geen gevoel hebben in hun ledematen, waardoor ze sneller wondproble-

men krijgen. Dat zijn allemaal zaken die extra aandacht van jou als arts vragen. Het is dus essentieel om de pathologie van elke atleet goed te kennen en gedurende het jaar regelmatig opvolging te geven.”

**‘Ik leer veel van onze atleten, zoals praktische tips om gemakkelijk zelfstandig in of uit een hulpmiddel te klimmen’**

## Afwisseling

Volgens Bru biedt het begeleiden van topsporters haar waardevolle inzichten die ook toepasbaar zijn op revalidanten in het ziekenhuis. “Ik leer veel van onze atleten, zoals praktische tips om gemak-

kelijk zelfstandig in of uit een hulpmiddel te klimmen. Ook gaan onze sporters voor wedstrijden naar het buitenland, waar ze nieuwe hulpmiddelen zien die we in België nog niet kennen. Wanneer ze zulke ontdekkingen doen, sturen ze mij een bericht, en dan ga ik op onderzoek uit.”

Bru: “Met mijn werk wil ik mensen aan het bewegen krijgen. Mijn doel is niet om topatleten op te leiden, maar om revalidanten te laten zien dat hun lichaam nog steeds tot veel in staat is. We begeleiden mensen die zich in een ingrijpend hoofdstuk van hun leven bevinden en moeten leren omgaan met hun situatie. Ze ervaren leed en verdriet, maar beweging en sport helpen hen om dit proces te doorlopen.” Ze voegt toe: “De topatleten die ik begeleid hebben dit proces al doorlopen en bevinden zich in een andere levensfase. Dit zorgt voor een mooie afwisseling, waarbij beide werkerterreinen elkaar in balans houden en aanvullen. Door de prestaties van atleten te zien, weet ik dat iemand tijdens het revalidatieproces zijn weg kan vinden en ondanks beperkingen veel kan bereiken. In het UZ Gent zien we dat ongeveer zes op de tien revalidanten zich op een bepaald moment aansluiten bij een lokaal G-sportteam”.

Volgens Bru heeft G-sport de afgelopen jaren een positieve ontwikkeling doorgemaakt. Sporza besteedde tijdens het WK wielrennen bijvoorbeeld speciale aandacht aan paracycling. “De G-sporters zijn stuk voor stuk topatleten waar we trots op mogen zijn. Ze hebben in Parijs op wereldniveau gepresteerd.” De atleten van Paralympic Team Belgium hebben in Parijs veertien medailles veroverd, waaronder zeven gouden, vier zilveren en drie bronzen.

**Floris Cup**



Dr. Inge Bru: “Door de prestaties van atleten te zien, weet ik dat iemand tijdens het revalidatieproces zijn weg kan vinden en ondanks beperkingen veel kan bereiken.”

Foto: Paralympic Team Belgium