

‘België pakte de pandemie nog zo slecht niet aan’

Pierre Van Damme werd tijdens de covid-19-pandemie een bekend gezicht in de Vlaamse huiskamers. “Vertrouwen kweken bij de bevolking is van groot belang”, blikt de Antwerpse vaccinoloog terug.

De covid-19-pandemie zorgde ervoor dat een aantal artsen en wetenschappers die tot dan in de schaduw hun werk deden, plots wereldberoemd werden in Vlaanderen. Pierre Van Damme (UAntwerpen) is één van hen. In wetenschappelijke kringen was hij al langer bekend als een van de meest vooraanstaande vaccinologen van het land. Het grote publiek leerde hem kennen tijdens de pandemie. Dat had overigens niet enkel positieve kanten. “In de media hoorde je wel eens dat Marc Van Ranst bedreigingen kreeg. Toen ik hem daarover sprak, wist hij me te zeggen dat hij niet de enige was, dat er ook bedreigingen op sociale media werden geuit aan mijn adres. Ik had enkel weet van dreigmails. Gelukkig zit ik niet op X, het voormalige Twitter.”

Terugblikkend stelt Van Damme vast dat België het niet zo slecht deed tijdens de pandemie. Hij verwijst daarbij onder meer naar het Oeso-rapport dat positief

oordeelde over de manier waarop ons land de pandemie aanpakte. “Mede dankzij de media slaagden we er snel in de paniek die er in het begin was te ontmijnen. Het leerde ons dat we steeds moeten inzetten op transparante, eerlijke en duidelijke communicatie over waar we naartoe willen. Je moet proberen zoveel mogelijk vertrouwen te kweken bij de mensen. Dan krijg je de bevolking mee. Hoewel de boodschap soms hard is, blijkt dat de mensen bereid zijn iemand te volgen die een duidelijk plan heeft. Dat merkte je in landen waar iemand echt de lead had. Ik denk dan aan bijvoorbeeld Spanje en Portugal, twee landen die de crisis relatief goed zijn doorgekomen.”

Filip Ceulemans

Lees verder op de pagina's 12 en 13: de lessen die uit de pandemie kunnen worden getrokken en een exclusieve rondleiding in Vaccinopolis.

Gaan onze ziekenhuizen kopje onder?

Het is een warme zomerdag. Na een paar dagen van aanhoudende regen gaan de hemelsluizen nu echt open. Binnen korte tijd staan de straten rond een ziekenhuis in Vlaanderen blank.



Het wassende water zoekt zich een weg naar binnen, en stroomt door gangen en kamers. Het ziekenhuis activeert het noodplan. Operaties kunnen niet doorgaan, patiënten op het gelijkvloers moeten worden geëvacueerd. De brandweer wordt opgeroepen om te komen helpen, maar geraakt niet ter plaatse doordat de invalswegen onberijdbaar zijn. Het klinkt misschien als het scenario van een rampenfilm – maar overstroomde ziekenhuizen zijn helaas geen fictie meer. Vorige zomer nog liepen enkele operatiezalen van het UZ Leuven onder water na een hevig lokaal onweer.

De klimaatverandering maakt extreme regenval steeds waarschijnlijker – ook in Vlaanderen. Hoe groot is het risico voor onze ziekenhuizen? Zijn zij zelf al met deze problematiek bezig, en wat moet er nog gebeuren? *Artsenkrant* zocht het uit.

E.D.



Filip Ceulemans

Ethisch debat

Wanneer u dit leest, heeft ons land misschien een federale regering. Op het moment dat deze editie van *Artsenkrant* werd afgesloten, zaten de Arizona-onderhandelaars nog in conclaaf samen. Terwijl de voorbije maanden vooral op economische en budgettaire knelpunten werd gewezen, blijken er ook op ethisch vlak nog een aantal moeilijke knopen door te hakken. De breuklijnen lopen daarbij overigens anders dan in het budgettaire debat, vermits Vooruit en MR elkaar hier wel vinden. Meteen na de parlementsverkiezingen werden verschillende wetsvoorstellen ingediend om de euthanasie- en de abortuswet te verschoepen. Om de onderhandelingen niet in het gedrang te brengen, beslisten de Arizona-partijen daar voorlopig niet over te stemmen. Uit de hoorzittingen die momenteel in de commissie Gezondheid plaatsvinden, blijkt dat er toch wel uiteenlopende ideeën en opvattingen bestaan over de uitbreiding van de euthanasiewet. Niet enkel bij de politici, maar eveneens bij de opgeroepen experts. Ook de verlenging van de termijn waarbinnen abortus mag worden uitgevoerd, blijft in de schoot van de Arizona-partijen voor spanning zorgen.

De geboorte van een baby nadat de moeder een baarmoedertransplantatie kreeg, haalde vorige week alle media. Daarbij werd er misschien al te makkelijk voorbijgegaan aan de ethische vragen die deze ingreep kan oproepen. Is het recht op een kind een absoluut recht? En wat met de kosten die dit met zich meebrengt op een moment waarop allerhande pistes worden onderzocht om te besparen in de gezondheidszorg? Is het verantwoord om voor een dergelijke ingreep gemeenschapsmiddelen uit te trekken? Een sereen ethisch debat dringt zich ook in deze materie op.

‘Digitale transformatie van zorgsysteem onvermijdelijk’

VOKA Zonder fundamentele hervormingen dreigen zowel de toegankelijkheid als de kwaliteit van de zorg onder druk te komen staan. Om het productiviteitsprobleem aan te pakken pleit VOKA voor een digitale transformatie.

De zorgsector kampt met een toenemende vraag naar zorg en een tekort aan personeel. Het aandeel van de bevolking ouder dan 65 jaar zal tegen 2040 toenemen tot meer dan 25%.

Deze demografische verschuiving brengt niet alleen een stijgende vraag naar acute en chronische zorg met zich mee: de zorg wordt ook complexer door de toenemende comorbiditeit. Tegelijk verwacht het Federaal Planbureau dat tegen 2030 ongeveer 20% van het huidige zorgpersoneel met pensioen gaat, wat neerkomt op een uitstroom van meer dan 100.000 ervaren zorgprofessionals.

Hogere productiviteit

Minder personeel voor een groeiende vraag betekent dat vooral de productiviteit verhoogd wordt. Dat kan volgens VOKA door technologie en innovatie in te zetten voor een ‘digitale transformatie’. Het volstaat daarbij niet om bestaande systemen te digitaliseren. Het volledige zorgsysteem en de betrokken zorgprocessen moeten worden aangepast, zoals in andere sectoren is gebeurd. De krijtlijnen van die ‘digitale transformatie in de zorg’ zijn uitgetekend in een gelijknamige paper van Daan Aeyels van VOKA.

Voor de transformatie zijn volgens VOKA 1,3 miljard euro op federaal en 530



Daan Aeyels (VOKA) stelde de paper voor.

miljoen euro op Vlaams niveau nodig, samen te brengen door overheden, institutionele beleggers en privékapitaal. Geen klein bedrag, maar in lijn met normale R&D-uitgaven gezien de omvang van de zorgsector. De transformatie zal wel vereisen dat zorginstellingen durven samen te werken met ‘concurrenten’ om schaalvoordelen uit te buiten – zoals de Belgische banken samenwerkten aan Payconiq en Itsme. De huidige regelgeving en financiering van de zorgsector werkt fragmentatie in de hand.

VOKA pleit er ook voor om meer te automatiseren – zodat data bijvoorbeeld nog maar één keer gecapteerd moeten worden, eventueel ondersteund door AI. Om het potentieel van digitale zorg te realiseren, zullen bestaande processen en zorgpaden aangepast moeten worden en moet er ruimte komen voor nieuwe businessmodellen.

E.D.

>> De paper is te downloaden op voka.be.

3

Sciensano heeft becijferd dat drie procent van de sterfgevallen in België gelinkt is aan alcohol. Dat zijn meer dan tien overlijdens per dag.

Gynaecologe en N-VA-politica Elke Sleurs in *De Morgen*.

Mocht ik nu geen mantelzorger zijn, dan zou ik misschien andere professionele keuzes maken. Ik kan bijvoorbeeld niet als gynaecoloog werken omdat ik mijn patiënten niet plots in de steek wil laten wanneer mijn ouders mij nodig hebben. Een vergadering kun je eventueel verzetten, een hoogrisicozwangerschap niet.

Praktijkprotocol moet werklust verminderen

INTERDISCIPLINAIRE ZORG Tijdens het symposium *Let's get organised!* werd het Jacardi-project gelanceerd. Dat project wil huisartsenpraktijken ondersteunen in de uitbouw van meer interdisciplinaire zorg.

Wanneer een huisarts alle taken uitvoert die hij zou moeten uitvoeren, dan heeft hij daar 27 uur per dag voor nodig. Een onthutsend cijfer dat Laurent Desmet en Emy Kool naar voor brachten tijdens het symposium *Let's get organised!* van de Universiteit Antwerpen en Domus Medica. De veroudering van de bevolking en het stijgend aantal mensen met een chronische aandoening (één Belg op drie heeft minstens één chronische aandoening), zijn daar niet vreemd aan.

“Voor een patiënt in het zorgtraject diabeteszorg type 2 zijn er per jaar 61 taken te vervullen”, rekenen Desmet en Kool uit. “Slechts elf daarvan kunnen echter enkel door een huisarts worden uitgevoerd. Bij een goede taakverdeling zou men kunnen komen tot zestien taken voor de huisarts, 41 door een verpleegkundige, één tot vier door een diëtist en vier door een onthaalmedewerker. Is er een praktijkverpleegkundige aanwezig, dan is er een 2,4 keer grotere kans op betere zorgcontinuïteit.”

Diversiteit

“De toename van het aantal patiënten met chronische aandoeningen maakt de nood aan meer interdisciplinaire zorg groot”, zegt Emy Kool. “Vijf jaar geleden hadden huisartsen amper praktijkverpleegkundigen. Nu stellen we vast dat huisartsen er wel voor open staan, maar er in de hectiek van de dag niet toe komen het te organiseren.” Huisartsen die de stap willen zetten, kunnen een beroep doen op Domus Medica, dat onder meer kan helpen bij het opstellen van een praktijkprotocol dat de interdisciplinaire zorg faciliteert.

“Er bestaat veel diversiteit in de praktijkprotocollen”, zegt Laurent Desmet. “Een protocol wordt best op maat gemaakt. We stellen vast dat een vanuit de

praktijk zelf ontwikkeld protocol een 5,5 keer grotere kans biedt op betere zorgcontinuïteit. Omdat we van huisartsen vaak horen dat ze arts zijn en geen manager en ze niet beschikken over de nodige handvatten om een praktijk te managen, starten we het Jacardi-project, een samenwerking tussen Domus Medica, UAntwerpen, de Vereniging van Wijkgezondheidscentra en de Arteveldehogeschool.”

Vijfentwintig meter zwemmen

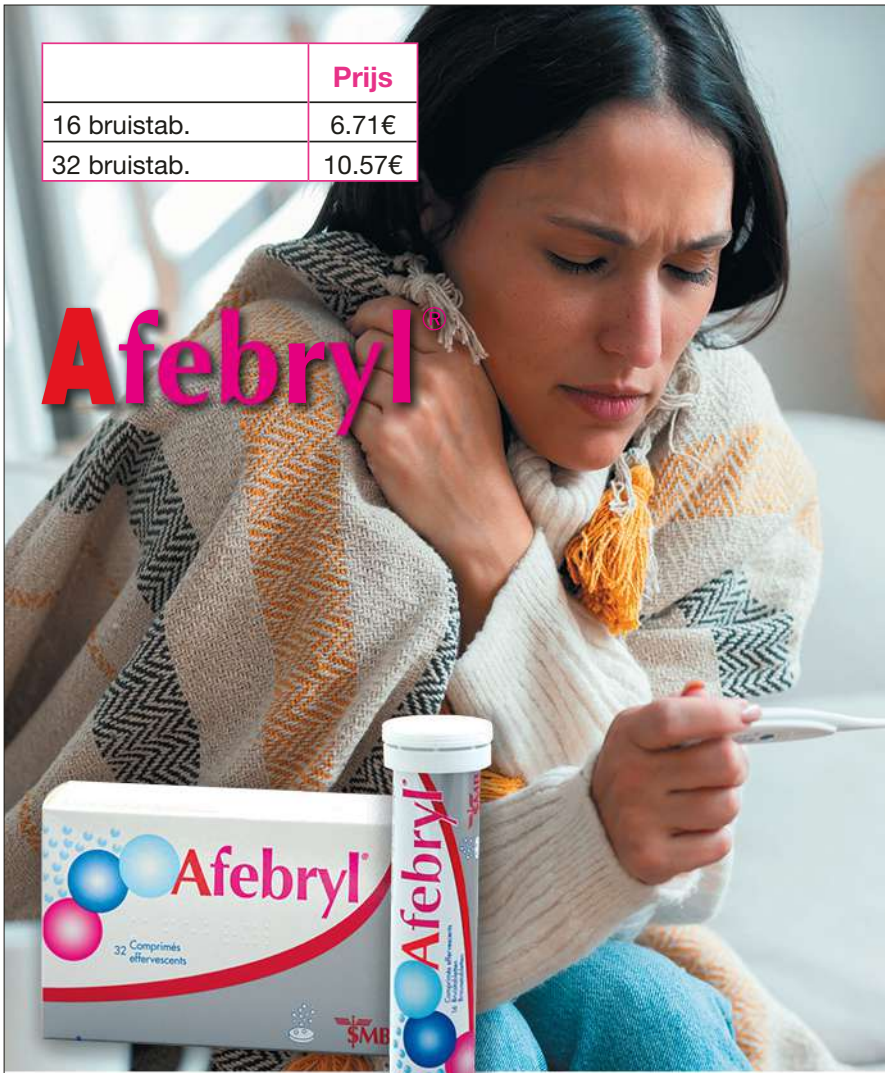
“De ondersteuning bestaat uit drie elementen: een set van vijf interactieve workshops waar telkens één huisarts en één verpleegkundige uit de praktijk naartoe komen en waar stapsgewijs een protocol op maat wordt uitgewerkt, geïmplementeerd en geëvalueerd; een online platform waar templates en tools worden gedeeld voor de ontwikkeling

van een protocol; en optioneel een individuele coachingssessie op vraag en maat van de problemen die een huisartsenpraktijk ondervindt bij het ontwikkelen of implementeren van een praktijkprotocol”, legt Laurent Desmet uit. De eerste workshops starten in maart in Antwerpen en in april in Gent.

De aanpak op maat is erg belangrijk. “Ik vergelijk onze aanpak graag met 25 meter zwemmen”, legt Desmet uit. “Sommigen kunnen zwemmen, maar doen dat wel elk op hun eigen tempo. Anderen kunnen niet zwemmen. Van deze groep zullen sommigen het toch halen, terwijl anderen de eindmeet niet halen.” Omdat niet steeds opnieuw het warm water moet worden uitgevonden, wordt tevens werk gemaakt van een protocollendatabank, een stappenplan, een checklist en een handige template”, vult Emy Kool aan.

De aanpak op maat is erg belangrijk. “Ik vergelijk onze aanpak graag met 25 meter zwemmen”, legt Desmet uit. “Sommigen kunnen zwemmen, maar doen dat wel elk op hun eigen tempo. Anderen kunnen niet zwemmen. Van deze groep zullen sommigen het toch halen, terwijl anderen de eindmeet niet halen.” Omdat niet steeds opnieuw het warm water moet worden uitgevonden, wordt tevens werk gemaakt van een protocollendatabank, een stappenplan, een checklist en een handige template”, vult Emy Kool aan.

Filip Ceulemans



	Prijs
16 bruistab.	6.71€
32 bruistab.	10.57€

Afebryl®



NAAM VAN HET GENEESMIDDEL Afebryl Bruistabletten **KWALITATIEVE EN KWANTITATIEVE SAMENSTELLING** Elke bruistablet bevat 300 mg acetylsalicylzuur, 300 mg ascorbinezuur (overdosering 4%), 200 mg paracetamol cum polyvidone 8 mg. Hulpstof(fen) met bekend effect: Elke bruistablet bevat 94 mg lactose en 83 mg sorbitol. Voor de volledige lijst van hulpstoffen, zie rubriek 6.1. **FARMACEUTISCHE VORM** Bruistabletten. **Therapeutische indicaties** Symptomatische behandeling van pijn en koorts. **Dosering en wijze van toediening** De duur van de behandeling dient zo kort mogelijk te zijn en gelimiteerd tot de periode waarin de symptomen aanwezig zijn. **Dosering** Volwassenen en kind boven de 12 jaar: Gebruikelijke dosis 1 tablet één tot viermaal per dag; het normale interval tussen 2 innamen is 4 uur; maximale dosis: 2 tabletten in één innamen en 6 tabletten binnen de 24 uur. **Kind van 2 tot 12 jaar** 1/2 tablet 1 tot 4 maal per dag. Gezien de maximale aanbevolen dagdosis voor volwassenen (6 tabletten) de 1.8 g acetylsalicylzuur per dag niet overschrijdt moet Afebryl niet gelijktijdig worden met anti-inflammatoire medicatie. Bij nierinsufficiëntie zal het aantal innamen per dag zo beperkt mogelijk gehouden worden. **Verminderde leverfunctie, chronisch alcoholgebruik** Bij patiënten met een verminderde leverfunctie, moet de dosis worden verminderd of het doseringsinterval verlengd. **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** Oraal gebruik. De tablet in een half glas water oplossen door lichtjes te roeren met een lepel. Afebryl tabletten kunnen niet tegen vochtigheid. Om ze goed te bewaren is het dan ook noodzakelijk om de tube onmiddellijk na gebruik hermetisch af te sluiten. **Contra-indicaties** Overgevoeligheid voor de werkzame stoffen of voor één van de in rubriek 6.1 vermelde hulpstoffen. - Voorgeschiedenis van overgevoeligheid aan salicylbevattende stoffen, aan NSA's of aan tartrazine. - Evolutive maag- of duodenumzweer, bloeding van het spijsverteringsstelsel. Aanleg voor bloedingen en klinische toestand met risico op bloedingen. - Ernstige nierinsufficiëntie. - Gevaar voor methemoglobinemie en hemolytische anemie vooral bij de patiënten die een genetische deficiëntie vertonen van glucose-6-fosfaat deshydrogenase. - Ernstige hepatocellulaire insufficiëntie. - Patiënten onderworpen aan een strikt zoutloos dieet (voor de patiënten onderworpen aan een zoutarm dieet rekening houdend met het Natriumgehalte: zijnde 14 mEq per tablet). **Bijwerkingen** Te wijten aan de aanwezigheid van acetylsalicylzuur - Overgevoeligheidsreacties met reacties ter hoogte van de huid of respiratoir (Quincke-oedeem, urticaria, astma, anafylactische shock). - Bronchospasmen. - Gekruiste overgevoeligheidsreacties met de NSA's en met tartrazine. - De aanbevolen lage dosis bij het gebruik van Afebryl beperken de ongewenste effecten 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 nationale meldsysteem: België Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten - Afdeling Vigilantie, Galileelaan 5/03 1210 BRUSSEL - Postbus 97 - 1000 BRUSSEL - Madou - Website: www.eenbijwerkingmelden.be - e-mail: adr@fagg.be **Luxemburg** Direction de la Santé - Division de la Pharmacie et des Médicaments - 20, rue de Bitbourg - L-1273 Luxembourg-Hamm - Tél.: (+352) 2478 5592 - e-mail: pharmacovigilance@ms.etat.lu - <https://guichet.public.lu/fr/entreprises/sectoriel/sante/medecins/notification-effets-indesirables-medicaments.html> **Aard en inhoud van de verpakking** Doos met 1 tube met 16 bruistabletten en doos met 2 tubes met 16 bruistabletten tegen vochtigheid beschermd door een silicagelcapsule. Niet alle genoemde verpakkingsgrootten worden in de handel gebracht. **HOUDER VAN DE VERGUNNING VOOR HET IN DE HANDEL BRENGEN** Laboratoires SMB S.A. Rue de la Pastorale 26-28 B-1080 Brussel - België - Tel.: +32.2.411.48.28 - Fax: +32.2.411.28.28 E-mail: mailcontact@smb.be **NUMMERS VAN DE VERGUNNING VOOR HET IN DE HANDEL BRENGEN** BE075932: Afebryl bruistabletten (tube PP) BE465697: Afebryl bruistabletten (tube alu) **Afleveringswijze** Vrije aflevering **DATUM VAN HERZIENING VAN DE TEKST** 05/2022. **Goedkeuringsdatum:** 06/2022

Systeem/orgaanclassen	Zelden (>1/10.000, <1/1.000)	Zeer zelden (<1/10.000)	Frequentie niet gekend
Bloed- en lymfestelsel-aandoeningen	-	Thrombocytopenie, leukopenie, pancytopenie, neutropenie, hemolytische anemie, agranulocytose	Anemie
Immuunsysteem-aandoeningen	Allergische reacties	Allergische reacties die stopzetten van de behandeling vereisen	Anafylactische shock
Zenuwstelsel-aandoeningen	Hoofdpijn	-	-
Maagdarmselsel-aandoeningen	Buikpijn, diarree, nausea, braken, constipatie	-	-
Lever- en galaandoeningen	Gestoorde leverfunctie, leverfalen, levermicrose, icterus	Hepatotoxiciteit	Hepatitis
Huid- en onderhuidaandoeningen	Pruuritus, rash, zweten, angio-oedeem, urticaria	Zeer zeldzame gevallen van ernstige huidreacties werden gemeld.	-
Nier- en urineweg-aandoeningen	-	Steriele pyurie (troebel urine), nierinsufficiëntie	Nefropathieën (interstitiële nefritis, tubulaire necrose) na langdurig gebruik van hoge doses
Algemene aandoeningen en toedieningsplaats-stoornissen	Duizeligheid, malaise	-	-
Letsels, intoxicaties en verrichtings-complicaties	Overdosis en intoxicatie	-	-

‘Dankzij nieuwe technologieën worden patiënten steeds meer betrokken bij hun eigen gezondheid’

TECH Kunstmatige intelligentie (AI), robotica en kwantumcomputers. Het zijn zaken die doen denken aan sciencefiction, maar de laatste jaren steeds nadrukkelijker hun plek binnen de gezondheidszorg hebben gevonden. Met welke technologische ontwikkelingen moeten artsen rekening houden en waarom is het belangrijk om op Europees niveau een breder plan van aanpak te ontwikkelen?

Joachim De Vos is professor aan de UGent en co-chairman van het innovatiecentrum Living Tomorrow. Hij voorspelt dat het takenpakket van artsen in de toekomst aanzienlijk zal veranderen. “Veel taken zullen in de nabije toekomst kunnen worden vervangen of beïnvloed door technologische ontwikkelingen zoals AI en robotica. De mens zal altijd een cruciale rol blijven spelen, maar ons medisch landschap zal steeds meer worden bepaald door deze technologieën.”

Volgens De Vos evolueert onze gezondheidszorg onder invloed van deze innovaties in de richting van wat hij de ‘Vier P’s’ noemt: *personal, preventive, predictive en participative*. “Dankzij technologieën zoals smartwatches met hartslagmonitoren en draagbare glucosesensoren, worden patiënten steeds meer betrokken bij hun eigen gezondheid. De gegevens die door deze apparaten worden verzameld kunnen door AI worden geanalyseerd en als een kant-en-klaar pakket aan de arts worden gepresenteerd, met als resultaat een op preventie gericht en gepersonaliseerd behandelplan.” Dergelijke ontwikkelingen kunnen bijvoorbeeld een belangrijke bijdrage leveren aan comfortabel ouder worden. “Bij veel mensen vindt er rond de 65-jarige leeftijd een omslag in de gezondheid plaats. De levenskwaliteit begint te dalen, terwijl de medische kosten toenemen. Technologische innovaties, en het wijs gebruik van data, kunnen ons in staat stellen om dit omslagpunt uit te stellen en te verzachten.”

Regelgeving

Het blijkt echter niet eenvoudig om innovaties effectief in te zetten. “Het is een uitdaging om innovaties op de Europese of Belgische markt te introduceren. De ontwikkeling van technologieën kost veel tijd en geld. De huidige regelgeving lijkt hier niet op te zijn afgesteld, waardoor Belgische start-ups naar het buitenland verhuizen terwijl ons land behoefte heeft aan technologische centra waar doorbraken gerealiseerd kunnen worden. Natuurlijk moet veiligheid voorop staan, maar ik denk dat we bepaalde structuren moeten herzien om onze mondiale voorsprong niet te verliezen.”

Het is belangrijk dat we niet alleen de voordelen van technologie erkennen, maar ook de verantwoordelijkheden

De Vos: “Door innovaties op Europees niveau te bevorderen en de regelgeving te harmoniseren, kunnen we een ecosysteem creëren dat de ontwikkeling van patiëntgerichte zorg bevordert. De overheid zou hierbij als katalysator moeten optreden, door partnerschappen en projecten te stimuleren en zo een cultuur van innovatie te bevorderen. Deze aanpak kan leiden tot snellere implementatie van nieuwe technologieën en behandelingen, wat essentieel is voor het verbeteren van de gezondheidszorg in Europa.”

Ethiek

Ondanks de veelbelovende vooruitzichten die technologieën bieden, moeten we ons er niet blind op staren. De Vos bevestigt dit: “De technologische mogelijkheden groeien snel, maar er ontstaan tegelijkertijd ook verschillende uitdagingen. Hoe gaan we bijvoorbeeld op een ethische manier om met AI, zowel voor patiënten als artsen?”

Het is cruciaal om de ethische implicaties van AI en technologie in de gezondheidszorg te overwegen. Dit omvat vragen over betrouwbaarheid, veiligheid en de rol van zorgprofessionals in een toenemend digitaal wordende omgeving. Het is belangrijk dat we niet alleen de voordelen van technologie erkennen, maar ook de verantwoordelijkheden.

De Vos: “Een andere uitdaging ligt op het gebied van robotisering. In ons systeem hebben we te maken met een personeelstekort, dat in de nabije toekomst deels zal worden aangevuld met robots of humanoiden (robots met een menselijk uiterlijk). We zien nu al dat bepaalde handelingen, zoals het optillen van patiënten, met robots worden uitgevoerd. De vraag is echter hoe ver we hierin moeten gaan. Niemand wil volledig verzorgd worden door een robot.”

Mentaliteitsverandering

De Vos benadrukt dat de ontwikkelingen vragen om een mentaliteitsverandering bij zorgverleners. Onderzoek laat zien dat vooral jongeren een online consult verkiezen, wat kan evolueren naar interacties via avatars of hoge-



Joachim De Vos: “Geen enkele arts zit te wachten op een patiënt die met een volledig door ChatGPT gecreëerde diagnose aan komt zetten.”

definitie virtual reality. AI, robotica en nieuwe technologieën zullen hierbij een grote rol spelen. Zorgverleners moeten zich aanpassen en vaardigheden ontwikkelen om met deze nieuwe technologieën om te gaan, en de overheid voor het correct verlonen van online dienstverlening.

“Een aandachtspunt is dat mensen overbezorgd raken door alle data die ze aangereikt krijgen door bijvoorbeeld hun smartwatch. Geen enkele arts zit te wachten op een patiënt die met een volledig door ChatGPT gecreëerde diagnose aan komt zetten. Maar we kunnen patiënten niet tegenhouden er gebruik van te maken, we zullen hierop moeten aanhaken. Hoe langer we als sector wachten, hoe verder we achterop raken. De geest is al uit de fles. Deze discussie kunnen we niet uit de weg gaan.”

Floris Cup

EEN EFFECTIEVE BEHANDELING TEGEN BUIKPIJN



Breed indicatiespectrum



Verlichting binnen 15 min¹



Gerichte werking¹⁻³



Uitstekende
verdraagzaamheid

Betere
efficiëntie
met 20 mg⁵



Of
2 tabletten
van 10mg*



> 6 jaar



Zonder suiker

DOSERING

1 tablet 1 tot 5 keer per dag
(max 100 mg / 24 u of 5 tabletten per 24 u)**



> 1 jaar



Zonder lactose

DOSERING

1 tot 2 tabletten 3 of 5 keer per dag
(max 100 mg / 24 u of 10 tabletten per 24 u)**

Voor kinderen: max 1,5 mg / kg / 24 u.
Klein tablet gemakkelijk in te slikken.

*Gelijktijdig ingenomen. **Raadpleeg de bijsluiter voor kinderen van 1 tot 6 jaar.

1. Lacy BE, et al. Scand J Gastroenterol. 2013;48:926-935. 2. Tytgat GN. Drugs. 2007;67:1343-1357. 3. Corsetti M, et al. Neurogastroenterol Motil. 2022;00:e14451.

NAAM VAN HET GENEESMIDDEL BUSCOPAN 10 mg omhulde tabletten. BUSCOPAN FORTE 20 mg filmomhulde tabletten. **KWALITATIEVE EN KWANTITATIEVE SAMENSTELLING** BUSCOPAN 10 mg omhulde tabletten: een omhulde tablet bevat 10 mg butylhyoscine bromide. BUSCOPAN FORTE 20 mg filmomhulde tabletten: een omhulde tablet bevat 20 mg butylhyoscine bromide. **Hulpstof met bekend effect:** BUSCOPAN 10 mg omhulde tabletten: een omhulde tablet bevat 41,18 mgsucrose. BUSCOPAN FORTE 20 mg filmomhulde tabletten: een omhulde tablet bevat 138,5 mg lactose. **FARMACEUTISCHE VORM** BUSCOPAN 10 mg omhulde tabletten. BUSCOPAN FORTE 20 mg filmomhulde tabletten. **THERAPEUTISCHE INDICATIES** Symptomatische behandeling van spasmen van het spijsverteringskanaal, de galwegen, de urinewegen en de genitaliën: galkoliek, nierkoliek, spastisch colon, slokdarmspasmen, maagspasmen, spasmen bij diarree of gastro-enteritis. BUSCOPAN 10 mg omhulde tabletten is geïndiceerd voor gebruik bij volwassenen en kinderen vanaf 1 jaar. BUSCOPAN FORTE 20 mg filmomhulde tabletten is geïndiceerd voor gebruik bij volwassenen en kinderen vanaf 6 jaar. **DOSERING EN WIJZE VAN TOEDIENING** **Dosering Volwassenen:** BUSCOPAN 10 mg omhulde tabletten: 1-2 tabletten, 3 tot 5 maal per dag, in te slikken met een beetje water. BUSCOPAN FORTE 20 mg filmomhulde tabletten: 1 filmomhulde tablet, 1 tot 5 maal per dag, in te slikken met wat vloeistof. Bij volwassenen en adolescenten 100 mg/24 uur niet overschrijden. **Pediatrische patiënten:** Kinderen vanaf 6 jaar: zie volwassenen. BUSCOPAN 10 mg omhulde tabletten: Kinderen van 1 tot 6 jaar: 1 mg/kg/24 uur. Kinderen jonger dan 1 jaar: dit geneesmiddel niet gebruiken. BUSCOPAN FORTE 20 mg filmomhulde tabletten: Kinderen jonger dan 6 jaar: dit geneesmiddel niet gebruiken. **Wijze van toediening** Oraal gebruik. Bij om het even welke toedieningsweg mag bij volwassenen en adolescenten nooit meer dan 100 mg/24 uur worden gegeven en bij kinderen nooit meer dan 1,5 mg/kg lichaamsgewicht/24 uur. Niet langer dan 7 dagen toedienen zonder medisch advies. BUSCOPAN mag niet gedurende een langere periode op dagelijkse basis worden ingenomen zonder dat de oorzaak van de abdominale pijn wordt onderzocht. Wegens het risico van medicamenteuze darmatonie, is langdurig gebruik tegenaangewezen. De klinische ervaring heeft aangetoond dat er geen speciale posologie nodig is bij nierinsufficiëntie. **CONTRA-**

INDICATIES BUSCOPAN is gecontra-indiceerd in geval van: Overgevoeligheid voor de werkzame stof of voor een van de hulpstoffen, Prostaatafstand, Prostaathypertrofie met urineretentie, Niet behandelde gesloten-hoek-glaucoom, Pylorobulbaire stenose, Intestinale atonie, Tachycardie, Mechanische maagdarmin obstructie, Paralytische of obstructieve ileus, Megacolon en Myasthenia gravis. BUSCOPAN 10 mg omhulde tabletten is tegenaangewezen bij kinderen jonger dan 1 jaar. Dit geneesmiddel bevat sucrose. Patiënten met zeldzame erfelijke aandoeningen als fructose-intolerantie, glucose-galactose malabsorptie of sucrase-isomaltase insufficiëntie, dienen dit geneesmiddel niet te gebruiken. BUSCOPAN FORTE 20 mg filmomhulde tabletten is tegenaangewezen bij kinderen jonger dan 6 jaar. Dit geneesmiddel bevat 138,5 mg lactose. Patiënten met zeldzame erfelijke aandoeningen als galactose-intolerantie, algehele lactasedeficiëntie of glucose-galactose malabsorptie, dienen dit geneesmiddel niet te gebruiken. **BIJWERKINGEN** Er kunnen anticholinerge bijwerkingen optreden; deze bijwerkingen zijn meestal weinig uitgesproken en van voorbijgaande aard. Bijwerkingen zijn geclassificeerd met de volgende frequenties: 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). **BUSCOPAN 10 mg omhulde tabletten** **Immuunsysteemaandoeningen:** Soms: anafylactische shock (met de oplossing voor injectie heeft dit in zeer zeldzame gevallen tot een fatale afloop geleid), anafylactische reacties, dyspnoe en andere overgevoelighedsreacties. **Oogaandoeningen:** Niet bekend: voorbijgaande gezichtsstoornissen, mydriase, verhoogde intraoculaire druk. **Hartaandoeningen:** Soms: tachycardie. **Bloedvataandoeningen:** Zelden: arteriële bloeddrukval, duizeligheid, blozen. **Maagdarmsstelselaandoeningen:** Soms: xerostomie (mondvroogheid), vertraging van de darmtransit. **Huid- en onderhuidaandoeningen:** Soms: verminderd zweten, huidreacties (urticaria, rash, roodheid van de huid, pruritus). **Nier- en urinewegaandoeningen:** Zelden: urineretentie. **BUSCOPAN FORTE 20 mg filmomhulde tabletten** **Immuunsysteemaandoeningen:** Soms: anafylactische reacties en anafylactische shock, dyspnoe en andere overgevoelighedsreacties, angio-oedeem. **Oogaandoeningen:** Niet bekend: voorbijgaande gezichtsstoornissen,

mydriase, verhoogde intraoculaire druk. **Hartaandoeningen:** Soms: tachycardie. **Bloedvataandoeningen:** Zelden: arteriële bloeddrukval, duizeligheid, blozen. **Maagdarmsstelselaandoeningen:** Soms: xerostomie (mondvroogheid), vertraging van de darmtransit. **Huid- en onderhuidaandoeningen:** Soms: verminderd zweten, huidreacties (urticaria, rash, roodheid van de huid, pruritus). **Nier- en urinewegaandoeningen:** Zelden: urineretentie. **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: **België:** Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten – www.fagg.be – Afdeling Vigilantie – Postbus 97 – 1000 Brussel Madou – Website: www.eenbijwerkingmelden.be – E-mail: adr@fagg.be. **Luxemburg:** Centre Régional de Pharmacovigilance de Nancy ou Division de la pharmacie et des médicaments de la Direction de la santé. Site internet : www.guichet.lu/pharmacovigilance. **HOUDER VAN DE VERGUNNING VOOR HET IN DE HANDEL BRENGEN** Sanofi Belgium - Leonardo Da Vincilaan 19, 1831 Diegem - Tel.: 02/710.54.00 - E-mail: info.belgium@sanofi.com **NUMMER VAN DE VERGUNNING VOOR HET IN DE HANDEL BRENGEN** BUSCOPAN 10 mg omhulde tabletten: BE021183. BUSCOPAN FORTE 20 mg filmomhulde tabletten: BE442276. **DATUM VAN EERSTE VERLENING VAN DE VERGUNNING/ VERLENGING VAN DE VERGUNNING** BUSCOPAN 10 mg omhulde tabletten: A. Datum van eerste verlening van de vergunning: 14.03.1962. B. Datum van laatste verlenging: 24.06.2009. BUSCOPAN FORTE 20 mg filmomhulde tabletten A. Datum van eerste verlening van de vergunning : 02.09.2013. B. Datum van laatste verlenging: 29.07.2019. **DATUM VAN HERZIENING VAN DE TEKST** BUSCOPAN 10 mg omhulde tabletten: Goedkeuringsdatum: 07/2024. BUSCOPAN FORTE 20 mg filmomhulde tabletten : Goedkeuringsdatum: 12/2023.

Eerste hulp bij politiegeweld

BUITENLAND Wat te doen wanneer de politie hardhandig optreedt tegen een mensenmassa en de situatie op betogingen escaleert? In de straten van Tbilisi, de hoofdstad van Georgië, weten ze daar inmiddels alles van. Het land, strategisch gelegen in de Kaukasus tussen Turkije en Rusland, balanceert op een breekpunt nu de pro-Kremlinpartij Georgische Droom de macht stevig in handen heeft.

Op 26 oktober 2024 gingen 3,5 miljoen mensen naar de stembus voor wat als cruciale parlementsverkiezingen werd beschouwd. Hoewel recente peilingen aantonen dat zowat tachtig procent van de bevolking een pro-Europese koers steunt, behaalde de partij Georgische Droom van oligarch Bidzina Ivanisjvili – een multimiljardair die zijn fortuin vergaarde in het Rusland van de jaren '90 – 54 procent van de stemmen. Dit was een harde klap voor de Georgiërs, die hun Europese droom steeds verder in de vergetelheid zagen verdwijnen.

Een maand na de gekaapte verkiezingen, op 28 november, kondigde de premier aan dat hij alle lopende EU-toetredingsprocedures op de lange baan zou schuiven. Voor de Georgiërs was dit de druppel die de emmer deed overlopen. Massaal trokken ze de straat op.

Robocops

De protesten werden echter hardhandig de kop ingedrukt. Het waterkanon werd ingezet, traangas vloeide rijkelijk en gemaskerde politiemannen – ook wel 'robocops' genoemd of nog 'Titushki's' (door de overheid betaalde militie, red.) deelden rake klappen uit. In enkele dagen tijd belandden zo'n vijfhonderd betogers in de gevangenis, waarvan tachtig eerst langs het ziekenhuis moesten vanwege zware verwondingen. Ook journalisten deelden in de klappen: een vijftigtal werd hardhandig aangepakt en zag hun werkmateriaal niet alleen

geconfisqueerd, maar ook vernield.

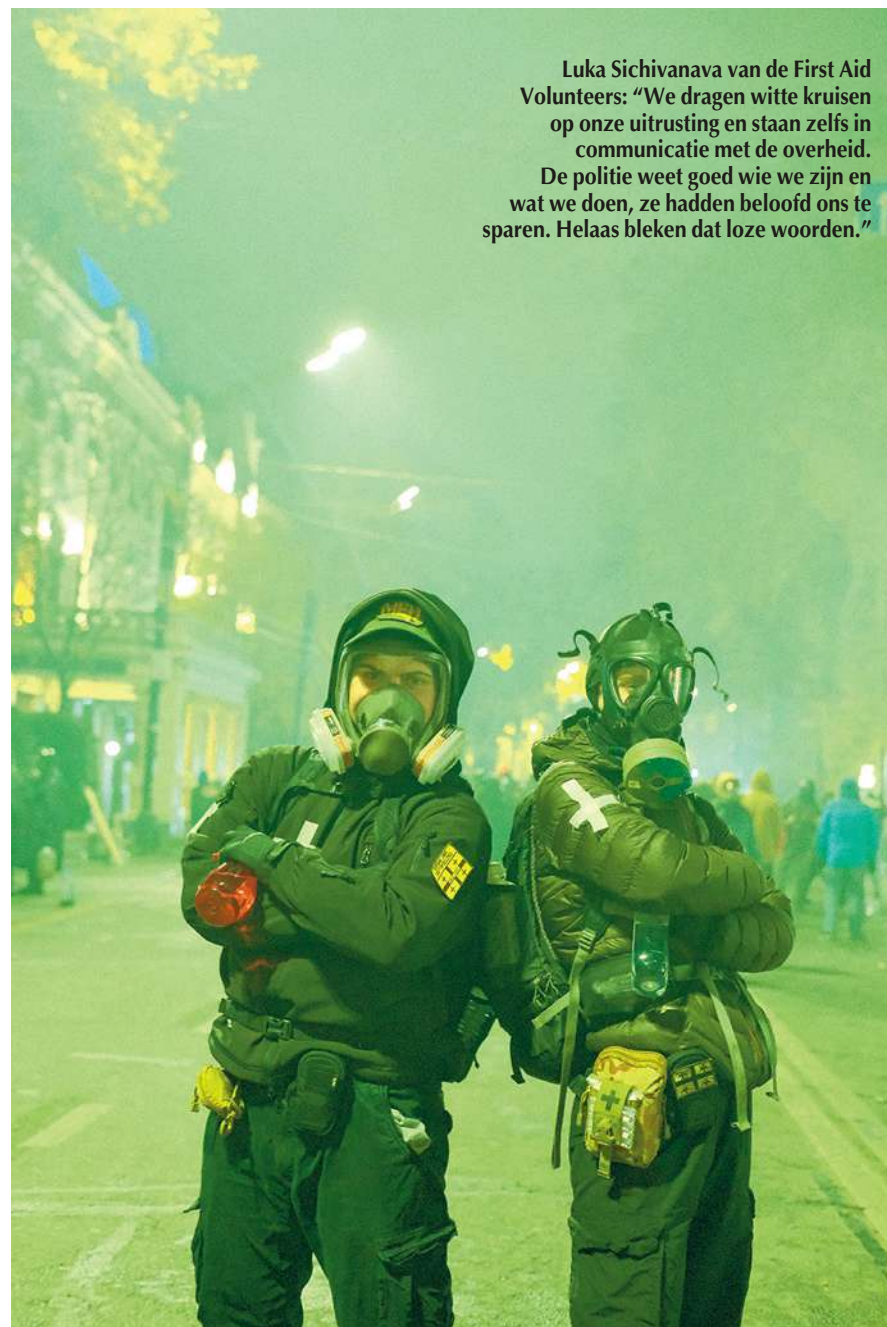
De protesten op de imposante Rustavelilaan in het hart van Tbilisi gaan onverminderd door en zijn uitgegroeid tot een dagelijkse bijeenkomst van duizenden Georgiërs die weigeren op te geven. Gehuld in Europese, Oekraïense en Georgische vlaggen trekken ze langs het parlamentsgebouw, waar ze onder het toezicht van de politie Europese en anti-Russische leuzen scanderen.

Om de systematische repressie het hoofd te bieden, hebben de betogers zich noodgedwongen georganiseerd – en wel op professionele wijze. Op een boogschiet van de Medische Universiteit van Tbilisi treffen we Luka Sichivanava. De 24-jarige student geneeskunde heeft vier jaar aan de medische universiteit gestudeerd. Vandaag zet hij zijn kennis in ten voordele van vreedzame betogers. Gezien de recente escalaties eind 2024 zag hij zich genooddaakt de situatie beter te monitoren.

Doktersbrigade

"We hebben groepen opgericht via Signal en andere communicatie-apps. Intussen zijn zo'n driehonderd mensen lid geworden", vertelt hij. "Het zijn allemaal mensen met een medische achtergrond die als mobiele doktersbrigades door de straten trekken, op zoek naar slachtoffers van politiegeweld."

Ze noemen zichzelf de 'First Aid Volunteers', oftewel de eerstelijns-vrijwilligers. "We verdelen ons in groepjes



Luka Sichivanava van de First Aid Volunteers: "We dragen witte kruisen op onze uitrusting en staan zelfs in communicatie met de overheid. De politie weet goed wie we zijn en wat we doen, ze hadden beloofd ons te sparen. Helaas bleken dat loze woorden."

© Nato Todua

van vijf tot zeven vrijwilligers en krijgen elk een afgebakend gebied, enkele straten, toegewezen waarin we opereren", vervolgt Luka. "Omdat we niet weten wie wordt afgeluisterd door het regime, communiceren we stevast via walkietalkies. We zijn uiterst voorzichtig met het delen van locaties en geven straten en pleinen verschillende namen en letters, zodat wie meeluistert niet kan achterhalen waar we zijn of wie we zijn."

Melk en natriumchloride

De voorzorgsmaatregelen zijn van groot belang, zo heeft Luka Sichivanava zelf ervaren. "Verschillende vrijwilligers zijn hardhandig aangepakt door de robocops, ondanks dat we duidelijk herkenbaar zijn. We dragen witte kruisen op onze uitrusting en staan zelfs in communicatie met de overheid. De politie weet goed wie we zijn en wat we doen, ze hadden beloofd ons te sparen. Helaas bleken dat loze woorden."

Doorheen de weken ontwikkelden de vrijwilligers een mobiele applicatie om in een oogwenk de locatie van de oproerpolitie te delen met andere leden van de doktersbrigade.

'De uitrusting van de First Aid Volunteers is indrukwekkend. Ze beschikken over helmen, gasmaskers en volledig uitgeruste EHBO-kits: van tourniquets tot natriumchloride-oplossingen om brandende ogen, keel en huid te verzachten, en zelfs brikken melk tegen traangas'

‘Je ziet mensen lijden, je doet wat je kunt, maar het voelt nooit genoeg. En ondertussen weet je dat de volgende klap, het volgende traangas, misschien voor jou is’

– geneeskundestudent Luka Sichivanava van de First Aid Volunteers

De uitrusting van de brigade is indrukwekkend. Ze beschikken over helmen, gasmaskers en volledig uitgeruste EHBO-kits: van tourniquets tot natriumchloride-oplossingen om brandende ogen, keel en huid te verzachten, en zelfs flessen melk tegen traangas. “Dat is noodzakelijk. Tijdens de hoogdagen van de protesten, begin december, verzorgden we gemiddeld vijftig mensen per nacht”, zegt Luka.

“De meeste mensen hadden ernstig last van het overmatige gebruik van traangas, vaak gemengd met water in de waterkanonnen. Betogers raakten gedesoriënteerd en hadden moeite met ademen. Het is essentieel dat we deze mensen snel in veiligheid brengen, voordat ze vertrappeld worden door andere betogers of opgepakt door de politie.” Andere vaak voorkomende kwetsuren waren hersenschuddingen en allerlei breuken.

Aanval op de pers

Mariam Nikuradze (33), een bekende Georgische fotojournalist, weet als geen ander wat journalistieke moed inhoudt. In 2017 richtte ze OC Media op, een onafhankelijke nieuwswebsite die de hele Kaukasus bestrijkt. Jarenlang documenteerde ze onvermoeibaar gebeurtenissen in Tbilisi en daarbuiten, gewapend met haar camera. Maar wat ze in november en december meemaakte, ging alle grenzen te buiten, zegt ze. “Ik kreeg traangas in mijn gezicht, en mijn camera werd volledig vernield door de kracht van de waterkanonnen.”

“We werden geïntimideerd, omsingeld en aangevallen.” Betogers werden achter de politiekordons gesleept en vervolgens met vuisten, schoppen en wapenstokken mishandeld. Er zijn tal van gevallen gedocumenteerd waarbij demonstranten werden geslagen, zelfs als ze bewusteloos waren of zich niet verzetten, zoals ook Lela overkwam.



In Georgië zijn tal van gevallen gedocumenteerd waarbij demonstranten werden geslagen, zelfs als ze bewusteloos waren of zich niet verzetten.

“Als journalisten hebben we ons moeten aanpassen aan deze nieuwe realiteit. Dankzij donaties hebben we helmen, gasmaskers en ander veiligheidsmateriaal kunnen kopen.” In het kantoor van OC Media, waar inmiddels 17 mensen werken, liggen nu stapels pershelmen, fluoehesjes en perskaarten. “Het zijn dure spullen, maar noodzakelijk. De overheid probeert ons te intimideren en het ons onmogelijk te maken ons werk te doen.”

‘Psychologisch een wrak’

De maandenlange inzet van journalisten en hulpverleners in de straten van Tbilisi laat diepe sporen na. Niet alleen fysiek is het slopend, maar ook mentaal eist het werk een zware tol. Luka Sichivanava, die als geneeskundestudent dagelijks slachtoffers van politiegegeweld helpt, durft er eerlijk over te spreken: “Elke keer dat je aangevallen wordt door een agent, voelt het alsof het persoonlijk is. Het is niet zomaar geweld – het is berekend. Ze kijken je recht aan terwijl ze slaan. Je kunt de haat zien in hun ogen”, zegt hij met gebroken stem.

De impact van die intense confrontaties is allesbehalve gering. Luka geeft toe dat hij de afgelopen maanden volledig is uitgeput, zowel lichamelijk als geestelijk. “Ik voel me mentaal kapot. Slapen lukt nauwelijks; elke nacht lig ik wakker met beelden van de protesten die door

mijn hoofd razen. Soms hoor ik het geschreeuw nog, alsof ik er weer middenin sta.” Zijn handen trillen even wanneer hij verdergaat. “Ik heb paniek-aanvallen, vaak zonder duidelijke aanleiding. Het gebeurt gewoon. Het is alsof mijn lichaam constant alert blijft, zelfs wanneer het stil is.”

Luka staat niet alleen in zijn strijd. Veel van zijn collega-vrijwilligers en medestudenten kampen met soortgelijke symptomen. De psychologische druk is niet alleen een gevolg van het geweld dat ze ondergaan, maar ook van het voortdurende gevoel van machteloosheid. “Je ziet mensen lijden, je doet wat je kunt, maar het voelt nooit genoeg. En ondertussen weet je dat de volgende klap, het volgende traangas, misschien voor jou is.”

Toch weigert Luka om op te geven. “Wat er gebeurt in ons land is onrechtvaardig. Dat weten we allemaal. En zolang we er iets tegen kunnen doen, blijven we doorgaan. Maar soms vraag ik me af: hoe lang kunnen we dit nog volhouden?”

Zijn verhaal is exemplarisch voor de psychologische tol die het regime eist van iedereen die zich tegen de onderdrukking verzet – of het nu hulpverleners, journalisten of gewone betogers zijn.

Arnaud De Decker



De protesten op de imposante Rustavelilaan in het hart van Tbilisi gaan onverminderd door en zijn uitgegroeid tot een dagelijkse bijeenkomst van duizenden Georgiërs die weigeren op te geven.

Özge Tunçalp aan het hoofd van het ITG

ITG Sinds 2 januari heeft het Instituut voor Tropische Geneeskunde in Antwerpen (ITG) met dr. Özge Tunçalp een nieuwe directeur. Onder haar leiding wil het ITG in 2035 een van de meest betrouwbare en innovatieve academische instellingen zijn op het gebied van tropische geneeskunde en volksgezondheid. Artsenkrant had een exclusief gesprek met dr. Tunçalp.



Dr. Özge Tunçalp: “We kennen zeer onzekere tijden, waarbij volksgezondheid, ‘global health’ en wetenschap onder druk komen te staan.”

Waarom sprak de uitdaging om directeur van het ITG te worden u aan?

Door mijn activiteiten bij de WGO kende ik het ITG vanop een afstand. Ik vind het bijzonder hoe de instelling onderzoek, onderwijs en dienstverlening onder één dak weet samen te brengen. Ook de veelzijdigheid van het onderzoek op biomedisch en klinisch vlak en inzake volksgezondheid spreekt me aan. Door ook onderwijs aan te bieden, kan het ITG de kennis opgedaan tijdens onderzoek overdragen op de volgende generatie onderzoekers, zorgverstrekkers en klinici. Het is bovendien eerder uitzonderlijk dat je in een academische instelling ook klinische diensten hebt. Het derde luik houdt in dat het ITG diensten verleent aan Antwerpen, België, Europa en de hele wereldbevolking. Deze drie pijlers liggen in het verlengde van mijn eigen activiteiten als clinicus, onderzoeker en lesgever. Dat het ITG wereldfaam geniet, bleek toen ik mijn collega's bij de WGO

inlichtte over mijn nieuwe job. Vaak kreeg ik te horen dat een collega hier in het verleden studeerde of werkte.

Welke uitdagingen ziet u voor de nabije toekomst?

We kennen zeer onzekere tijden, waarbij volksgezondheid, ‘global health’ en wetenschap onder druk komen te staan. We worden geconfronteerd met politieke crisissen in verschillende delen van de wereld. Overal bekijken regeringen welke financiële prioriteiten ze moeten stellen. Als ITG is het onze opdracht ervoor te zorgen dat innovatie, wetenschap, onderwijs en klinische diensten op een uitstekend kwalitatief niveau blijven. Het ITG beschikt over de nodige troeven om ook in de toekomst vooruit te gaan.

Klimaatverandering is één van de grote uitdagingen van deze tijd. Wordt het ITG al geconfronteerd met de gevolgen van de klimaatverandering?

Europa wordt momenteel bedreigd door aandoeningen waarmee het in het

verleden niet vertrouwd was en die worden veroorzaakt door de klimaatverandering. Met de expertise die het ITG in huis heeft, is er een belangrijke rol voor de instelling weggelegd in de bestrijding van deze aandoeningen, zowel in Vlaanderen, België, Europa als de rest van de wereld. Vorig jaar registreerden we een recordaantal van zo'n 300 gevallen van dengue bij terugkerende reizigers uit de tropen in België.

Vraagt de overheid u om advies in de strijd tegen deze aandoeningen?

Het is duidelijk dat we niet enkel onze klinische diensten hebben, maar ook strategisch advies kunnen geven aan zowel België als de Europese Unie. Het geven van strategisch advies is één van de sleuteltaken die het ITG vervult in bepaalde raamovereenkomsten met de overheid. Zo werkte het ITG een plan uit dat kan worden uitgerold wanneer er zich een nieuwe pandemie zou voordoen. Toen Mpox uitbraken was het ITG er als eerste bij om een antwoord te bieden. We rolden meteen ook een plan

uit in Congo voor een vaccinatiecampagne, onderzoek naar en de beheersing van het virus en kregen hiervoor extra financiering ten belope van twee miljoen euro van de Belgische overheid.

België heeft een historische band met Congo. Geldt dat ook voor het ITG?

Congo is het enige buitenland waar het ITG een kantoor heeft. Onze collega's werken er voornamelijk samen met partnerinstituten aan grote gezamenlijke projecten rond kennisuitwisseling en wetenschappelijk onderzoek naar de daar aanwezige ziekten zoals slaapziekte en mpox. Het is beter om dat ter plaatse aan te pakken. Het verklaart waarom het ITG zo snel reageerde op de uitbraak van Mpox in Europa en Congo. **Wat zijn momenteel de prioriteiten voor het ITG?**

We publiceerden net ons Institutioneel Beleidsplan 2025-2029. Het is onze ambitie om in 2035 een van de meest betrouwbare en innovatieve academische instellingen te zijn die bovendien baanbrekend onderzoek doet en klinische diensten en onderwijs van wereldklasse aanbiedt. Willen we dat bereiken, dan moeten we daar vandaag mee van start gaan. Het potentieel is alvast aanwezig om dit te realiseren. Om dit te bereiken, werken we samen met instellingen in binnen- en buitenland. We werken samen met de Universiteit Antwerpen, maar ook met 24 partners in twaalf landen in het Globale Zuiden onder strategische raamovereenkomsten. Het is een rijk netwerk. Het ITG heeft er altijd naar gestreefd om een voortrekker te zijn in rechtvaardige en gelijkwaardige partnerships.

Bij de Belgen is het ITG vooral gekend als instelling waar men naartoe gaat om een vaccin te halen bij een reis naar een exotische bestemming. Zijn de andere activiteiten van het ITG voldoende gekend?

Er is nog werk aan de winkel om het volledige ITG-verhaal te vertellen. We willen de campus toegankelijker en opener maken voor het grote publiek. Daarom organiseren we activiteiten voor studenten. Scholieren van lagere en secundaire scholen kunnen het ITG bezoeken om de werking te leren kennen. Eind dit jaar komt er opnieuw een tentoonstelling waarin dit keer Noord-

Afrika centraal staat. “Geneeskunde door de tijd en ruimte – de Arabische wereld als katalysator”. We blijven ook inzetten op onze podcast *Transmission* om het verhaal van het ITG kenbaar te maken. Onze podcast won zelfs een Belgische podcastaward.

‘Het geven van strategisch advies is één van de sleuteltaken die het ITG vervult in bepaalde raamovereenkomsten met de overheid’

Waar haalt het ITG de fondsen om zijn werking te garanderen?

Om onze diensten te kunnen aanbieden, hebben we financiële middelen nodig. De speciale positie van het ITG – we zijn geen ziekenhuis, we zijn geen universiteit – maakt het soms moeilijk. Het maakt het soms moeilijk om toegang te krijgen tot bepaalde financieringsbronnen, zeker in een complex land als België. We moeten voortdurend zorgen niet door de mazen van het net te vallen. Naast steun van de Vlaamse en de federale overheid kunnen we rekenen op projectmatige financiële steun van onder meer de WGO, naast verschillende andere donoren waaronder de Gates Foundation en het Fonds Wetenschappelijk Onderzoek. Begin dit jaar tekende ik bijvoorbeeld een contract met de WGO voor een gezamenlijk onderzoek naar tropische aandoeningen. Het ITG huist in een historisch gebouw. Prachtig, maar misschien niet zo praktisch?

Het ITG is een bijzondere plek om te werken. Het historische pand in het centrum van Antwerpen heeft veel charme. Het ITG verhuisde in 1933 vanuit Brussel naar deze locatie. Antwerpen werd gekozen omwille van de haven. In samenwerking met de stad en provincie Antwerpen, de Vlaamse en de federale overheid staat er een innovatieplan op de agenda. Daarbij willen we duurzaam te werk gaan omdat het om een erfgoed-site gaat. De vraag naar reisconsulten is sterk toegenomen. Dit maakt een uitbreiding van de polikliniek en laboratoriumcapaciteit noodzakelijk. We hebben ook ambitieuze plannen voor biomedisch en klinisch onderzoek die geavanceerde infrastructuur vereisen.

Filip Ceulemans

**SAMENVATTING VAN DE PROEKTENMERKEN – NAAM VAN HET GENEESMIDDEL SINUTAB 500 MG/30 MG TABLETTEN –
SINUTAB FORTE 500 MG/60 MG TABLETTEN**

KWANTITATIEVE 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 VOORM TABLETTEN**

THERAPEUTISCHE INDICATIES Symptomatische behandeling van nasale en sinuscongestie 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 onder dan 12 jaar. **DOSERING EN WIJZE VAN TOEDIENING** Doserings- Volwassenen en kinderen onder 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 tot 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 antibiotica-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 tenminste 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/kg 1 à 1 g per keer, zo nodig de gebruikelijke 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 of 6 keer. Het toedieningsinterval dient ten minste 4 uur te bedragen. De maximale doses paracetamol

[illegible][illegible]

Nu alleen o

Bronnen: 1. Fokkens et al. *Rhinology* 2020;58(supp29):1-484; Scadding et al. *World Allergy Organization J.* 2020;13:100124; 2. Eccles R. *Open J Respir Dis.* 2025;15(1):19-34.

Product	PP
Sinutab® 500/30 mg 15 tabl	€ 8,29
Sinutab® Forte 500/60 mg 20 tabl	€ 9,83

Veilig en effectief

symptomen van

koorts en griep

Neusverstopping met hoofdpijn

20 tabletten - oraal gebruik

Sinutab® Forte
500 mg/60 mg
TABLETTE

Paracetamol - Pseudoephedrin.HCl



Rx

Ernstigere symptomen

Impact op het welzijn van uw patiënten

Jaar getroffen door verkoudheid of griep.
 Symptomatische behandeling aan¹.
 Meldt meerdere symptomen tegelijk.

decongestivum

60 jaar
mark

Ga in gesprek om de **juiste**
behandeling te adviseren

accident
van het gebruik van vasoconstrictoren voor nasale decongestie waaronder pseudoefedrine. De volgende bijwerkingen kunnen optreden met paracetamol:

Systeemorganaklassen:
Bloed-er
lymfestelsel-aandoeningen
 zeer zelden (<1/10.000)
 thrombocytopenie
 leukopenie
 pancytopenie
 neutropenie
 hemolytische anemie
 agranulocytose
 Frequentie niet gekend: anemie

Immuunsysteem-aandoeningen
 zelden ($\geq 1/10.000$)
 <1/1.000)
 allergische reacties.
 Zee zelden (<1/10.000)
 allergische reacties die stopzetten van de behandeling vereisen
 Frequentie niet gekend
 anafylactische shock

Nieuw artikel meer delen van PSE²

voorschrift

Levenswijzeel-
aandoeningen:
 zelden (≥1/10.000
 <1/1.000)
hoofdpijn
Maagd- en
Levenswijzeel-

aandoeningen: zelden (≥1/10.000, <1/1.000); buikpijn; diarree; nauzea; braken; constipatie. **Lever- en gal-aandoeningen:** zelden (≥1/10.000, <1/1.000); gestoorde leverfunctie; leverafval; leververmoe; icterus. Zeer zelden (<1/10.000) hepatotoxiciteit. Frequentie niet gekend: hepatitis. **Huid- en onderhuid-aandoeningen:** zelden (≥1/10.000, <1/1.000); pruritus, rash, zweten, angio-oedeem, urticaria. Zeer zelden (<1/10.000); zeer zeldzame gevallen van ernstige huidreacties veroorzaakt door medicatie. **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 toedienings-plaatsstommen:** zelden (>1/10.000, <1/1.000); duizeligheid; **Malaise.** **Letsels, intoxicaties en verrichtings-complicaties:** zelden (>1/10.000, <1/1.000); overdosis 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 worden verzocht alle vermoedelijke bijwerkingen te melden via Federale Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten www.fagg.be Afdeling Vigilantie. Website: www.eenbijwerkingmelden.be e-mail: adr@fagg-atfms.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**. Meer informatie is beschikbaar op verzoek. BE-SIN-2025-92884

Postgraduaat gezondheidsrecht: aansprakelijkheid

AHLEC In de vierde module van het postgraduaat in het gezondheidsrecht en de gezondheidsethiek van de Leerstoel AHLEC (Antwerp Health Law and Ethics Chair) gaat Sylvie Tack, advocaat bij Sanalex en gastprofessor aan de UAntwerpen en UGent, dieper in op alles wat te maken heeft met medische aansprakelijkheid en verzekeringen.

De module bestrijkt een breed veld: van de basisprincipes van aansprakelijkheid over gerechtelijke procedures en expertises, aansprakelijkheids- en rechtsbijstandverzekering, tot deontologie, tucht- en administratieve procedures van de verschillende actoren in de gezondheidszorg zoals de Orde der Artsen en het RIZIV.

“De module wil een goede basis kennis bijbrengen over deze onderwerpen”, zegt Sylvie Tack. “Binnen elke topic zal ik ook de actualiteit en de meest recente rechtspraak betrekken. Een van de zaken die zeker aan bod komen is het nieuwe Burgerlijk Wetboek. Daarin is toch een en ander veranderd in het bewijsrecht. Traditioneel was het zo dat een patiënt moet bewijzen dat een arts een fout heeft gemaakt die tot schade heeft geleid. Volgens het nieuwe Burgerlijk Wetboek kan de rechter de bewijslast in bepaalde gevallen versoepten, zodat

het volstaat dat de patiënt enkel moet aantonen dat de fout ‘waarschijnlijk’ is. De zekerheid van de fout en het causaal verband tussen fout en schade kan dus worden afgezwakt. De rechter kan in sommige gevallen de bewijslast zelfs volledig omkeren zodat de arts moet bewijzen dat hij geen fout heeft gemaakt.”

Expertises

Expertises zijn belangrijk bij het beoordelen van aansprakelijkheid. De module gaat daarom uitgebreid in op de verschillende expertises waarmee een gezondheidszorgbeoefenaar te maken kan krijgen. Naast de expertise door het Fonds Medische Ongevallen (FMO) zijn dat de strafrechtelijke en de burgerrechtelijke expertise. “Ik leg de juridische principes en de wetgeving uit, maar er zijn ook gastcolleges van gerechtsdeskundigen en raadsartsen van verzekeringsmaatschappijen die vertellen hoe zij een expertise aanpakken.”

“Een onderwerp dat daarbij aan bod zal komen is het inzage-recht van raadsartsen in patiëntendossiers. Als je zelf geen therapeutische relatie (meer) hebt, maar vermoedt dat een collega niet correct heeft gehandeld, kan je dan in eerdere of latere dossiers gaan kijken?”

“We bekijken ook hoe rechtbanken omgaan met eerdere expertises door het

casussen uit de gynaecologie en neonatologie, verzorgd door Marlies Eggermont, een advocate met een achtergrond als vroedvrouw.”

Ook het RIZIV kan sanctionerend optreden, voor inbreuken op de RIZIV-reglementering vastgesteld door de Dienst Geneeskundige Evaluatie en Controle (DGEC).



‘Een van de zaken die zeker aan bod komen is het nieuwe Burgerlijk Wetboek. Daarin is toch een en ander veranderd in het bewijsrecht’

– Sylvie Tack

FMO, want daar is wel wat variatie. Sommige rechtbanken zijn niet geneigd een gerechtelijke expertise toe te staan als er al een expertise door het FMO gebeurd is, ook al is een expertise door het FMO niet bindend. Dat is natuurlijk vervelend, want het is wellicht net omdat je het niet eens bent met die expertise dat de zaak voor de rechtbank komt. Bij andere rechtbanken kun je met goede argumenten doorgaans wel een nieuwe expertise krijgen.”

Tuchtprocedures

Een fout van een gezondheidszorgbeoefenaar kan ook leiden tot een tuchtprocedure. Daarom komen ook deze aan bod in de module. “Ook hier is er een algemene inleiding met de principes en wetgeving, en dan een zeer praktijkgericht deel. Er is een gastcollege van dokter Lieven Wostyn, voorzitter van de Orde der Artsen West-Vlaanderen. Een les behandelt concrete

De procedure en de bevoegdheden van het RIZIV, evenals de rechtspraak van het RIZIV, worden uit de doeken gedaan door An Vijverman, advocaat bij Dewallens & Partners.

Verzekeringen

Bij aansprakelijkheid horen ook verzekeringen. Daarbij wordt ook een inleiding tot het verzekeringsrecht gegeven, met enkele basisbegrippen en de principes van de Verzekeringswet van 2014. Nadien komen enkele bijzondere verzekeringen aan bod, waaronder de beroepsaansprakelijkheidsverzekering die belangrijk is voor elke beoefenaar van gezondheidszorg.

“Ook hier hebben we gastsprekers vanuit de praktijk: mensen die verbonden zijn aan verzekeraars, of werken in het kader van beroepsaansprakelijkheidsverzekering of rechtsbijstand”, zegt Sylvie Tack.

Erik Derycke

Postgraduaat gezondheidsrecht & -ethiek

Het postgraduaat staat open voor iedereen met interesse in gezondheidsrecht en -ethiek, mits houder van een universitair of hogeschooldiploma. De volledige opleiding bestaat uit zeven modules en een eindwerk. De modules zijn ook

apart te volgen als ‘micro-credential’. De lessen vinden afwisselend plaats op dinsdagavond (online) en op zaterdag (Campus Drie Eiken).

>> uantwerpen.be/nl/leerstoelen/antwerp-health-law-ethics-chair/postgraduaat/

Scan en lees

• FOD Volksgezondheid verduidelijkt regels rond 'bekwame helper'

De FOD Volksgezondheid publiceert een FAQ die de rol en de taken van de 'bekwame helper' verduidelijkt.

• Vlaams Instituut voor Zorgkwaliteit vergelijkt Vlaamse ziekenhuizen

Het Vlaams Instituut voor Zorgkwaliteit (VIKZ) pakt uit met nieuwe resultaten van de kwaliteitsindicatoren van de algemene ziekenhuizen in Vlaanderen. De resultaten van de ziekenhuizen kunnen worden vergeleken op zorgkwaliteit.be.

• Euthanasie: recordaantal in 2023

In 2023 werd in ons land 3.423 keer euthanasie uitgevoerd. Een aantal dat beduidend hoger ligt dan een jaar eerder (2.966). Dat blijkt uit het tweejaarlijks verslag van de Federale Controle- en Evaluatiecommissie Euthanasie.

• RIZIV leidt consortium evaluatie van nieuwe geneesmiddelen in Europa

Het RIZIV gaat een consortium van agentschappen uit EU-lidstaten leiden dat nieuwe geneesmiddelen die op de markt komen moet evalueren.

• Budget voor PIT's gaat de hoogte in

Invoering van Paramedische Interventieteams (PIT's) zorgt voor afname van het aantal interventies door MUG's en ambulances. Dat blijkt uit het antwoord van minister van Volksgezondheid en Sociale Zaken Frank Vandenbroucke op een vraag van N-VA-kamerlid Kathleen Depoorter.

• Lode Godderis: 'Herinvoering ziektebriefje is stap achteruit'

Het plan in de supernota van formateur Bart De Wever om het ziektebriefje voor één dag weer te verplichten, stuit op onbegrip bij expert arbeidsgeneeskunde Lode Godderis.

• 87% van de Belgen woont minder dan 10 km van ziekenhuis

Meer dan de helft van de Belgen woont op minder dan 5 km van een ziekenhuis, en maar liefst 99% woont in een straal van 20 km rond een ziekenhuis. Dat blijkt uit cijfers van Statbel.

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



NIEUW



Bactiol® Women

Voel je volledig in balans

Krachtige probiotica met unieke 5-in-1 werking, speciaal ontwikkeld voor vrouwen.



Urogenitale gezondheid



Hormonale balans



Darmgezondheid



Immuniteit



Emotioneel welzijn

- ✓ Ondersteunt het **vrouwelijk evenwicht** in iedere levensfase ook bij de (peri)menopauze
- ✓ **Wetenschappelijk onderbouwd** (meer dan 80 klinische studies)
- ✓ **Vrij van allergenen**
- ✓ **Veilig tijdens de zwangerschap en borstvoeding**
- ✓ **Eenvoudig in gebruik:** 1 capsule per dag



30 capsules CNK 4875-712

20/02/'25 WEBINAR WOMEN'S HEALTH

Darmgezondheid, de sleutel tot vrouwelijke balans.

Inschrijven? Scan de QR-code!





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.



‘Gebruik ‘vredestijd’ om je voor te bereiden’

VERVOLG COVER Hoewel België het niet slecht deed tijdens de pandemie, kunnen er steeds lessen worden getrokken. Pierre Van Damme zet er enkele op een rijtje en stipt meteen aan welke rol Vaccinopolis daarin kan spelen.



© Frank Bahnmüller

“We moeten de tijd tussen nu en de volgende pandemie – hopelijk duurt dat nog even – gebruiken om ons voor te bereiden”, zegt Van Damme. “Ik gebruik daarbij liever ‘readiness’ dan ‘preparedness’. We zouden als het ware elk jaar een brandoefening moeten houden waarbij we simuleren dat er een pandemie is. Wie heeft de leiding? Zijn we voorbereid inzake antivirale middelen? Zijn we voorbereid inzake monoklonale antistoffen, die we nodig hebben tot er vaccins beschikbaar zijn of voor bepaalde kwetsbare populaties? Binnen Europa moeten we meer afstemmen waar onze krachten zich bevinden. Als we in vredestijd leren samenwerken, kan Europa een belangrijke speler zijn. Het moet gezegd: tijdens het Belgische voorzitterschap van de EU werd daar een degelijke basis voor gelegd. België zette een aantal zaken in beweging.”

Intranasaal

In een ideale wereld is nu al duidelijk waar nieuwe vaccins kunnen worden gemaakt. Of ze door een groot farmaceutisch bedrijf dan wel door een kleine biotechspeler worden geproduceerd, maakt voor Pierre Van Damme weinig uit. “Het is vooral belangrijk dat er duidelijke afspraken zijn waar het vaccin wordt gemaakt en wat de productiecapaciteit is. Wanneer er een vaccin is, moet de productiecapaciteit optimaal zijn.”

Een belangrijk gegeven hierbij is de verdere ontwikkeling van enerzijds intranasale vaccins die slijmvliesimmunitet zouden kunnen teweegbrengen met meer impact op transmissie en anderzijds intradermale vaccintoediening. Met een kleine hoeveelheid antigenen hebben

intradermale vaccins vaak hetzelfde effect als een intramusculair vaccin met vijf- tot zesmaal meer antigenen. “Kan je bij het begin van een pandemie weinig vaccins produceren, dan is het belangrijk deze innovatie te gebruiken.” Vaccinopolis kan hierbij ook een belangrijke rol spelen. “We nemen deel aan het nieuwe EU-project *European Vaccine Hub* waar we bijvoorbeeld meer onderzoek zullen doen naar de intradermale toediening van prepandemische griepvaccins versus intramusculaire toediening, wat van pas kan komen voor toekomstige H5N1-vaccins. In een ander project van CEPI zullen we een nieuwe generatie mucosale covid-19-vaccins via *human challenge studies* testen in quarantaine.”

Een ander aandachtspunt is de uitbouw van een soort biobank, niet van stalen maar wel van ‘challenge agents’. “Je zou van verschillende soorten covid-19-virusstammen op voorhand ‘challenge agents’ kunnen maken en die onderbrengen in een biobank waar elke onderzoeksinstelling ze kan gebruiken om studies uit te voeren, zodat de resultaten ten minste vergelijkbaar zijn en de werkwijze gestandaardiseerd is. Dat geldt trouwens ook voor het aanleggen van ‘challenge agents’-banken voor RSV en H5N1. In de nabije toekomst is het belangrijk dat we beschikken over één of twee stammen H5N1 die we kunnen gebruiken in ‘challenge agents’-studies. Je moet die nu hebben en niet wachten met de ontwikkeling tot er een nieuwe pandemie is. Dat neemt immers makkelijk negen tot twaalf maanden tijd in beslag. Op een veilige plek gestockeerd zouden deze laaggeconcentreerde, levend afgezwakte pathogenen publiek beschikbaar moeten zijn voor onderzoeksinstellingen. Nu gebruikt iedereen andere stammen waardoor vergelijking moeilijk is. Bekijk het als een soort brandverzekering. Die sluit je ook af vooraleer het brandt, niet erna.”

Filip Ceulemans

De covid-19-pandemie scherpte de bewustwording voor het belang van vaccinaties aan. “Zeker bij beleids mensen groeide het inzicht dat België verder moet blijven investeren in klinische studies”, stelt Pierre Van Damme vast. Toch ligt hier meteen ook een uitdaging. “Ons land stond in de top drie voor klinische studies. Intussen zijn we gezakt tot de zesde plaats. De daling is grotendeels te verklaren door de centrale procedures op Europees niveau, waardoor we minder concurrentieel werden ten opzichte van landen als China, de Verenigde Staten, Australië, Canada en het Verenigd Koninkrijk. Zowel Europa als ons land zijn zich hiervan bewust en bekijken hoe de procedures terug wat soepeler, en vooral sneller, kunnen verlopen.”

Pierre Van Damme ziet de toekomst op dit vlak allerminst somber in. “De kwaliteit van uitvoering van studies is zeer

goed in ons land. We hebben de expertise, een zeer professioneel agentschap zoals het FAGG, en we beschikken over goede opleidingen, universiteiten en ziekenhuizen. Het ecosysteem staat er en de overheid – zowel federaal als Vlaams – staat open voor de verdere uitbouw van de nodige infrastructuur.”

Krachten afstemmen

Misschien wel de belangrijkste les die te trekken is uit de covid-19-pandemie luidt dat men zich in ‘vredestijd’ moet voorbereiden op een ‘oorlog’. In ‘pandemische’ termen betekent het dat nu moet worden ingezet op investeringen in onderzoek naar vaccins en netwerken voor klinische en vaccinstudies. “Europa heeft dat begrepen zodat we niet langer afhankelijk zijn voor resultaten van landen als de Verenigde Staten of Israël. Die landen beschikten over veel data inzake de covid-19-vaccinatie, terwijl dat in Europa eerder afwezig was.”

‘Zonder covid-19 stond Vaccinopolis er nog niet’

Met Vaccinopolis (UAntwerpen) beschikt ons land over een infrastructuur waar de hele wereld ons om benijdt. Pierre Van Damme leidt ons exclusief rond.

Op de website van Vaccinopolis staat te lezen dat het Centrum van de Evaluatie van Vaccinaties, gehuisvest in Vaccinopolis, in 1994 werd opgericht door Pierre Van Damme. Zelf laat hij de ‘moderne geschiedenis’ van Vaccinopolis beginnen in 2017. “We voerden toen in opdracht van de Bill & Melinda Gates Foundation een studie uit naar een nieuw poliovaccin dat levend afgezwakt was. Dien je dat oraal toe, dan komt het in de stoelgang terecht en van daar in de omgeving. Je weet echter niet of dat veilig is voor de omgeving. De studie moest dus in volledige quarantaine gebeuren. Omdat we niet over die mogelijkheid beschikten, lieten we maar liefst 66 containers aanrukken die op de artsenparking van het UZA werden geplaatst. De artsen waren daar niet zo blij mee”, lacht Pierre Van Damme.

“In 2017 includeerden we de eerste patiënt in de studie. Het was een unieke studie waarin we twee kandidaatvaccins testten op veiligheid, immunogeniciteit en genetische stabiliteit van de afgezwakte poliovariant. Op basis van de studieresultaten werd voor één van de twee kandidaatvaccins gekozen welke op grote schaal geproduceerd werd door het Indonesische Biofarma, nadat de WHO het vaccin via een versnelde procedure had goedgekeurd. Intussen werden meer dan een miljard van die nOPV2-vaccins geproduceerd voor voornamelijk Zuidoost-Azië en Sub-Saharisch Afrika. Een mooi succesverhaal. Het idee rijpte daarom om van de tijdelijke pop-up naar een permanente faciliteit te evolueren. We klopten aan bij de Bill & Melinda Gates Foundation, maar die ging er niet op in. De Belgische overheid vond het wel belangrijk, maar eind 2018 werd de stekker uit de regering getrokken en belandde het project in de ijskast.”

Stikjaloers

In 2020, bij het begin van de covid-19-pandemie, kreeg Pierre Van Damme een telefoon van de regering met de vraag hoe het stond met het gebouw. “Dat stond uiteraard nergens en moest nu met spoed gerealiseerd worden. Het FAGG speelde daarbij een belangrijke rol. De federale overheid verleende financiële steun en Vlaanderen droeg vanuit het relanceplan haar steentje bij. Ook de Universiteit Antwerpen verleende steun. In 2021 werd de eerste steen van het nieuwe gebouw gelegd en in maart 2022 was het gebouw bouw-technisch af. Een echt huzarenstuk in covidtijden omdat architecten en aannemers voorrang verleenden aan deze werf. In oktober 2022 gingen we van start met de ambulante studies en werd er ook verder gewerkt aan het valideren van de hoge bioveiligheidslabo’s en quarantaine-eenheid. In een laatste fase, nemen we binnenkort de bovenste verdieping van het gebouw in gebruik met twee ‘human challenge studies’ in 2025 zodat we volledig operationeel zijn. Dat neemt allemaal de nodige tijd in beslag omdat elk onderdeel van het gebouw grondig moet worden gekeurd door de benodigde instanties, waaronder het FAGG. Ik denk wel te mogen stellen dat zonder covid-19 het gebouw er misschien nog niet had gestaan.”

Het resultaat mag echter wel gezien worden. Vaccinopolis is een state-of-the-art instituut waar veel andere landen stikjaloers op zijn. Een rondleiding door Pierre Van Damme maakt meteen duidelijk dat aan de kleinste details aandacht is besteed, met steeds veiligheid voor deelnemers, personeel en omgeving als leidraad. “Een eerste belangrijk principe is het gescheiden houden van de flow van mensen. Wie hier is voor een vergadering blijft beneden en komt niet in contact met de vrij-



De vrijwilligers die deelnemen aan quarantaine-onderzoeken naar covid-19-vaccins, verblijven gedurende twee weken in een afgesloten gedeelte waar ze elk hun eigen kamer hebben.

willigers op de eerste verdieping die deelnemen aan een klinische studie, met als bijkomend voordeel dat de privacy van de vrijwilliger gegarandeerd blijft. Momenteel hebben we ambulante studies lopen inzake griep, covid-19, HPV, RSV, gele koorts, rabiës en gecombineerde vaccins.”

Veiligheid

“Bij ambulante studies worden de vrijwilligers ontvangen in een consultatieruimte vergelijkbaar met het kabinet van een huisarts waar de ‘informed consent’ wordt overlopen en enkele medische onderzoeken plaatsvinden alvorens ze een vaccin in fase 1, 2 of 3 krijgen toegediend, met voor en enkele momenten na toediening een bloedafname. Afhankelijk van de fase worden ze gedurende een half uur of een uur geobserveerd voor ze naar huis mogen.”

Veiligheid is hét woord bij uitstek dat bij Vaccinopolis past. En dat op alle mogelijke vlakken. “De temperatuur van de ijskasten waarin de vaccins worden bewaard, wordt elke drie seconden gemeten en dat dag en nacht”, geeft Pierre Van Damme een voorbeeld. “Voor griepvaccins bedraagt de temperatuur tussen twee en acht graden. De covid-19-vaccins moesten bewaard

worden bij min tachtig graden. Daarvoor hebben we speciale investeringen moeten doen.”

Naargelang het Bio Safety Level (BSL) nemen de veiligheidsmaatregelen in Vaccinopolis toe. “Covid-19 behoort tot BSL 3. Dat is het hoogste niveau waarop Vaccinopolis kan werken. De vrijwilligers die deelnemen aan quarantaine-onderzoeken naar covid-19-vaccins, verblijven gedurende twee weken in een afgesloten gedeelte waar ze elk hun eigen kamer hebben. Om daar te komen moet je via een sluis die de druk regelt zodat er geen kiemen kunnen ontsnappen. Ook onderzoekers die met BSL 3 werken, moeten steeds via deze weg passeren.”

Filip Ceulemans

>> Bekijk de fotoreportage over Vaccinopolis op onze website.

Dit alles illustreert hoe belangrijk het is om telkens weer op vrijwilligers te kunnen rekenen. Zonder vrijwilligers geen nieuwe innovatieve medicatie of vaccins. Vandaar een warme oproep voor vrijwilligers. Wie interesse heeft kan zich inschrijven via vaccinopolis.be/nl/vrijwilligers.

Eredoctoraat voor Dokters van de Wereld

EREDOCTORAAT Naar aanleiding van hun 600-jarig bestaan reikte de KU Leuven op 3 februari gezamenlijke eredocoraten uit met zusteruniversiteit UCLouvain. Een van de nieuwe eredoctores is de medische hulporganisatie Dokters van de Wereld.



De Belgische afdeling van Dokters van de Wereld telt vandaag zowat 450 vrijwilligers.

Dokters van de Wereld is een internationale ontwikkelingsorganisatie die medische hulp verleent aan kwetsbare groepen overal ter wereld.

Ze helpt mensen die bij de reguliere zorg vaak uit de boot vallen, zoals mensen op de vlucht, daklozen en sekswerkers, slachtoffers van humanitaire crisissen en gewapende conflicten.

Dokters van de Wereld werd in 1980 opgericht door de Franse arts en politicus Bernard Kouchner en enkele collega's. De Belgische tak van Dokters van de Wereld kwam er in 1997. In eerste instantie werkten de artsen in ons land samen met daklozenorganisatie SamuSocial en het Baron Lambertziekenhuis, en zetten ze zich in voor vrouwen in kwetsbare posities. Later volgden projecten in onder meer Antwerpen, La Louvière, Oostende, Namen en Zeebrugge.

Dokters van de Wereld België is ook actief in het buitenland en kwam te hulp bij onder meer de aardbeving in Haïti, de hongersnood in de Hoorn van Afrika, en de oorlog in Syrië. De Belgische delegatie zet ook in op medische hulp aan vluchtelingen.

Vrijwilligers

De Belgische afdeling telt vandaag zowat 450 vrijwilligers. "Dat zijn niet allemaal artsen, maar er zitten er toch heel wat bij. Vaak zijn het artsen die zich na hun pensioen nog willen inzetten voor de maatschappij", zegt Pierre Van Heddeghem, verantwoordelijke voor de Belgische projecten van Dokters van de Wereld.

"Toch hebben we altijd een tekort aan vrijwilligers, vooral in de zomer. Oudere artsen willen dan graag tijd doorbrengen met hun kleinkinderen. Ook tandartsen vormen een gigantisch probleem. We hebben onze tandartspraktijk in Antwerpen al een of twee jaar moeten stopzetten, simpelweg omdat we geen vrijwillige tandartsen vinden."

In ons volgende nummer leest u een interview met Pierre Van Heddeghem en prof. dr. Wim Van Lancker (KU Leuven), promotor van het eredoctoraat.

Erik Derycke

ALFAGEN ORGANISEERT

LENTECONCERT 2025

"350 jaar cello in 60 minuten"

door ROEL DIELEIENS



ALFAGEN (de vereniging van Alumni van de Faculteit Geneeskunde van de KU Leuven) nodigt U graag uit op haar jaarlijkse benefietconcert

Het concert kadert dit jaar in de festiviteiten rond 600 jaar KUL.euven. De internationaal bekende cellovirtuoos Roel Dieleiens neemt de luisteraars mee op een mooie en verrassende reis doorheen de muziekwereld. Op zowel barok als moderne cello speelt hij een rijk gevarieerd programma. Soms intiem, dan weer spectaculair. Met werken van o.a. D. Gabrielli, JS Bach, JL Dupont, D. Popper, S. Gubaidulina en P. Casals.

ZATERDAG 15 MAART

- Grote Aula Maria Theresia – Leuven
- Onthaal vanaf 16u30
- Start concert om 17u30
- Einde concert om 19u

Na het concert bestaat de mogelijkheid om nog te netwerken.

INKOMPRIJS

Betalende leden ALFAGEN: € 30 p.p.

Andere: € 35 p.p.

Studenten: € 10 p.p.

Kinderen tot 12 jaar: gratis

U kan ter plaatse geen inkomkaarten meer bekomen.

Graag inschrijven vóór 28 februari 2025.

Inschrijven kan via www.alfagen.be of via deze QR-code



Waarvan akte

Quotes verzameld
door Filip Ceulemans

Ik ben als oorlogschirurg een vredesmilitant. Ik koester in het diepste van mezelf een afkeer voor elk type wapen. Ik plaats dialoog en diplomatie ver boven defensie. Vrede nastreven is geen passieve job, maar een actief engagement naar de actieve geweldloosheid van Mahatma Gandhi.

Réginald Moreels in *Mo**.

Ik herinner me zelfs, uit de tijd dat er nog geen leeftijdsgrens was voor ivf, een moeder die het kindje van haar dochter droeg en dus zwanger was van haar kleinkind. Dat je dat kunt doen voor je eigen kind is natuurlijk prachtig.

Groen-politica **Petra De Sutter** in *De Morgen*.

Wij zouden een factor twee, drie meer kunnen doen dan wat we nu doen. Maar we krijgen in heel beperkte mate de mogelijkheid van de Israëlische autoriteiten om mensen in en uit Gaza te halen en om onze medische items naar binnen te brengen. Spullen komen maanden later binnen, en het is vervolgens de vraag of we deze veilig van A naar B kunnen krijgen. Omdat de situatie zodanig is geëscaleerd, kan Israël als bezettende machthebber niet meer de verplichting nakomen om een bepaalde mate van orde in het gebied te handhaven.

Karel Hendriks, directeur Artsen Zonder Grenzen Nederland, in *Medisch Contact*.

Er is geen checklist die je invult waarna het resultaat verschijnt: ga nu alsjeblieft in therapie. Ik adviseer mensen om in therapie te gaan als ze last hebben van een bekend, vastgeroest patroon waar ze op eigen kracht niet uit kunnen komen.

Psychotherapeute **Philippa Perry** in *Knack*.

We zijn 25 jaar ver in deze eeuw. Kijk eens wat we hebben meegemaakt: de grootste financiële crisis sinds de Grote Depressie, de grootste pandemie sinds de Spaanse griep, een nieuwe oorlog in Europa. Maar we leven niet in een postapocalyptische wereld, integendeel: we hebben 30 procent geproduceerd van alle rijkdom die de mensheid ooit heeft gecreëerd, de extreme armoede is met 75 procent gedaald en de kindersterfte is gehalveerd. De gemiddelde levensverwachting is gestegen van 64 naar 70 jaar, de ongeletterdheid is gezakt van 20 naar 12 procent en het aantal kinderarbeiders is enorm afgenomen.

Auteur **Johan Norberg** in *Humo*.

Niets weerhoudt de regering-Trump ervan ziekenhuizen, restaurants en huizen binnen te gaan en individuen te arresteren.

Jason Houser, stafchef van immigratiedienst ICE onder Biden, in *This American Life*.



10 years

Betmiga™
mirabegron

improving the lives of **OAB patients**
OAB: Overactive bladder = Overactieve blaas

	Publieksprijs
BETMIGA™ tab. 50 mg x 30	€ 49,89
BETMIGA™ tab. 25 mg x 30	€ 49,89
BETMIGA™ tab. 50 mg x 90	€ 117,00
BETMIGA™ tab. 25 mg x 90	€ 117,00

Alle beta-3 agonisten hebben nu een vergelijkbare prijs op 1 januari 2025¹

Behandel met vertrouwen

- ✓ Tot op heden zijn **> 40 miljoen patiënten** met OAB behandeld met BETMIGA™²
- ✓ **> 23.000 patiënten** hebben deelgenomen aan **19 klinische onderzoeken**³-²⁷
- ✓ Real-world data afkomstig uit acht landen toont **verbeteringen in quality of life** met het bekende consistente veiligheidsprofiel van BETMIGA™²⁸



ABBREVIATED SUMMARY OF PRODUCT CHARACTERISTICS

1. NAME OF THE MEDICINAL PRODUCT Betmiga 25 mg prolonged-release tablets Betmiga 50 mg prolonged-release tablets **2. QUALITATIVE AND QUANTITATIVE COMPOSITION** Betmiga 25 mg prolonged-release tablets: Each tablet contains 25 mg of mirabegron. Betmiga 50 mg prolonged-release tablets: Each tablet contains 50 mg of mirabegron. For the full list of excipients, see section 6.1. **3. PHARMACEUTICAL FORM** Prolonged-release tablet. **Betmiga 25 mg tablets:** Oval, brown tablet, debossed with the company logo and "325" on the same side. **Betmiga 50 mg tablets:** Oval, yellow tablet, debossed with the company logo and "355" on the same side. **4. CLINICAL PARTICULARS** **4.1 Therapeutic indications** **Overactive bladder in adults:** Betmiga prolonged-release tablets are indicated for symptomatic treatment of urgency, increased micturition frequency and/or urgency incontinence as may occur in adult patients with overactive bladder (OAB) syndrome. **Neurogenic detrusor overactivity in the paediatric population:** Betmiga prolonged-release tablets are indicated for treatment of neurogenic detrusor overactivity (NDO) in paediatric patients aged 3 to less than 18 years. **4.2 Posology and method of administration** **Posology: Overactive bladder: Adults (including elderly patients)** The recommended dose is 50 mg once daily. **Neurogenic detrusor overactivity in the paediatric population:** Paediatric patients 3 to less than 18 years of age with NDO may be administered Betmiga prolonged-release tablets or Betmiga granules for prolonged-release oral suspension based on the body weight of the patient. The prolonged-release tablets may be administered to patients weighing 35 kg or more; the granules for prolonged-release oral suspension are recommended for patients below 35 kg. Patients administered 6 ml oral suspension dose may be switched to 25 mg tablet dose and patients administered 10 ml oral suspension dose may be switched to 50 mg tablet dose. The recommended starting dose of Betmiga prolonged-release tablets is 25 mg once daily with food. If needed, the dose may be increased to a maximum dose of 50 mg once daily with food after 4 to 8 weeks. During long-term therapy, patients should be periodically evaluated for treatment continuation and for potential dose adjustment, at least annually or more frequently if indicated. Patients should be instructed to take any missed doses, unless more than 12 hours have passed since the missed dose. If more than 12 hours have passed, the missed dose can be skipped, and the next dose should be taken at the usual time. **Special populations: Renal and hepatic impairment:** Betmiga has not been studied in patients with end stage renal disease (ESRD) (estimated glomerular filtration rate (eGFR) < 15 ml/min/1.73 m²), patients requiring haemodialysis, or patients with severe hepatic impairment (Child-Pugh Class C) and, therefore, it is not recommended for use in these patient populations (see sections 4.4 and 5.2). The following table provides the daily dosing recommendations for adult OAB patients with renal or hepatic impairment (see sections 4.4, 4.5 and 5.2). **Table 1: Daily dosing recommendations for adult OAB patients with renal or hepatic impairment**

Parameter	Classification	Dose (mg)
Renal impairment ⁽¹⁾	Mild/Moderate*	50
	Severe**	25
	ESRD	Not recommended
Hepatic impairment ⁽²⁾	Mild*	50
	Moderate**	25
	Severe	Not recommended

1. Mild/Moderate: eGFR 30 to 89 ml/min/1.73 m²; Severe: eGFR 15 to 29 ml/min/1.73 m²; ESRD: eGFR < 15 ml/min/1.73 m². 2. Mild: Child-Pugh Class A; Moderate: Child-Pugh Class B; Severe: Child-Pugh Class C. * In patients with mild to moderate renal impairment or mild hepatic impairment concomitantly receiving strong CYP3A inhibitors, the recommended dose is no more than 25 mg. ** Not recommended for use in patients with severe renal impairment or moderate hepatic impairment concomitantly receiving strong CYP3A inhibitors. The following table provides the daily dosing recommendations for paediatric NDO patients aged 3 to less than 18 years with renal or hepatic impairment weighing 35 kg or more (see sections 4.4 and 5.2). **Table 2: Daily dosing recommendations for paediatric NDO patients aged 3 to less than 18 years with renal or hepatic impairment weighing 35 kg or more**

Parameter	Classification	Starting dose (mg)	Maximum dose (mg)
Renal impairment ⁽¹⁾	Mild/Moderate*	25	50
	Severe**	25	25
	ESRD	Not recommended	
Hepatic impairment ⁽²⁾	Mild*	25	50
	Moderate**	25	25
	Severe	Not recommended	

1. Mild/Moderate: eGFR 30 to 89 ml/min/1.73 m²; Severe: eGFR 15 to 29 ml/min/1.73 m²; ESRD: eGFR < 15 ml/min/1.73 m². No dose adjustment is necessary for patients with mild to moderate renal impairment. 2. Mild: Child-Pugh Class A; Moderate: Child-Pugh Class B; Severe: Child-Pugh Class C. * In patients with mild to moderate renal impairment or mild hepatic impairment concomitantly receiving strong CYP3A inhibitors, the recommended dose is no more than 25 mg. ** Not recommended for use in patients with severe renal impairment or moderate hepatic impairment concomitantly receiving strong CYP3A inhibitors. **Gender:** No dose adjustment is necessary according to gender. **Paediatric population: Overactive bladder:** The safety and efficacy of mirabegron in children below 18 years of age with OAB have not yet been established. No data are available. **Neurogenic detrusor overactivity:** The safety and efficacy of mirabegron in children below 3 years of age have not yet been established. **Method of administration:** Overactive bladder in adults: The tablet is to be taken with liquids, swallowed whole, and is not to be chewed, divided, or crushed. It may be taken with or without food. **Neurogenic detrusor overactivity in the paediatric population:** The tablet is to be taken with liquids, swallowed whole, and is not to be chewed, divided, or crushed. It should be taken with food. **4.3 Contraindications** - Hypersensitivity to the active substance(s) or to any of the excipients listed in section 6.1. - Severe uncontrolled hypertension defined as systolic blood pressure ≥ 180 mm Hg and/or diastolic blood pressure ≥ 110 mm Hg or diastolic blood pressure ≥ 110 mm Hg/1.73 m² or patients requiring haemodialysis and, therefore, it is not recommended for use in this patient population. Data are limited in patients with severe renal impairment (eGFR 15 to 29 ml/min/1.73 m²), based on a pharmacokinetic study (see section 5.2) a dose of 25 mg once daily is recommended in this population. This medicinal product is not recommended for use in patients with severe renal impairment (eGFR 15 to 29 ml/min/1.73 m²) concomitantly receiving strong CYP3A inhibitors (see section 4.5). **Hepatic impairment:** Betmiga has not been studied in patients with severe hepatic impairment (Child-Pugh Class C) and, therefore, it is not recommended for use in this patient population. This medicinal product is not recommended for use in patients with moderate hepatic impairment (Child-Pugh B) concomitantly receiving strong CYP3A inhibitors (see section 4.5). **Hypertension:** Overactive bladder in adults: Mirabegron can increase blood pressure. Blood pressure should be measured at baseline and periodically during treatment with mirabegron, especially in hypertensive patients. Data are limited in patients with stage 2 hypertension (systolic blood pressure ≥ 160 mm Hg or diastolic blood pressure ≥ 100 mm Hg). **Neurogenic detrusor overactivity in the paediatric population:** Mirabegron can increase blood pressure in paediatric patients. Blood pressure increases may be larger in children (3 to less than 12 years of age) than in adolescents (12 to less than 18 years of age). Blood pressure should be measured at baseline and periodically during treatment with mirabegron. **Patients with congenital or acquired QT prolongation:** Betmiga, at therapeutic doses, has not demonstrated clinically relevant QT prolongation in clinical studies (see section 5.1). However, since patients with a known history of QT prolongation or patients who are taking medicinal products known to prolong the QT interval were not included in these studies, the effects of mirabegron in these patients is unknown. Caution should be exercised when administering mirabegron in these patients. **Patients with bladder outlet obstruction and patients taking antimuscarinic medicinal products for OAB:** Urinary retention in patients with bladder outlet obstruction (BOO) and in patients taking antimuscarinic medicinal products for the treatment of OAB has been reported in post-marketing experience in patients taking mirabegron. A controlled clinical safety study in patients with BOO did not demonstrate increased urinary retention in patients treated with Betmiga; however, Betmiga should be administered with caution to patients with clinically significant BOO. Betmiga should also be administered with caution to patients taking antimuscarinic medicinal products for the treatment of OAB. **4.8 Undesirable effects** **Summary of the safety profile:** The safety of Betmiga was evaluated in 8 433 adult patients with OAB, of which 5 648 received at least one dose of mirabegron in the phase 2/3 clinical program, and 622 patients received Betmiga for at least 1 year (365 days). In the three 12-week phase 3 double blind, placebo-controlled studies, 88% of the patients completed treatment with this medicinal product, and 4% of the patients discontinued due to adverse events. Most adverse reactions were mild to moderate in severity. The most common adverse reactions reported for adult patients treated with Betmiga 50 mg during the three 12-week phase 3 double blind, placebo-controlled studies are tachycardia and urinary

tract infections. The frequency of tachycardia was 1.2% in patients receiving Betmiga 50 mg. Tachycardia led to discontinuation in 0.1% patients receiving Betmiga 50 mg. The frequency of urinary tract infections was 2.9% in patients receiving Betmiga 50 mg. Urinary tract infections led to discontinuation in none of the patients receiving Betmiga 50 mg. Serious adverse reactions included atrial fibrillation (0.2%). Adverse reactions observed during the 1-year (long term) active controlled (muscarinic antagonist) study were similar in type and severity to those observed in the three 12-week phase 3 double blind, placebo-controlled studies. **Tabulated list of adverse reactions:** The table below reflects the adverse reactions observed with mirabegron in adults with OAB in the three 12-week phase 3 double blind, placebo-controlled studies. The frequency of adverse reactions is defined as follows: very common (≥ 1/10); common (≥ 1/100 to < 1/10); uncommon (≥ 1/1 000 to < 1/100); rare (≥ 1/10 000 to < 1/1 000); very rare (< 1/10 000) and not known (cannot be established from the available data). Within each frequency grouping, adverse reactions are presented in order of decreasing seriousness.

MedDRA System organ class	Common	Uncommon	Rare	Very rare	Not known (cannot be estimated from the available data)
Infections and infestations	Urinary tract infection	Vaginal infection Cystitis			
Psychiatric disorders					Insomnia* Confusional state*
Nervous system disorders	Headache* Dizziness*				
Eye disorders			Eyelid oedema		
Cardiac disorders	Tachycardia	Palpitation Atrial fibrillation			
Vascular disorders				Hypertensive crisis*	
Gastrointestinal disorders	Nausea* Constipation* Diarrhoea*	Dyspepsia Gastritis	Lip oedema		
Hepatobiliary disorders		GGT increased AST increased ALT increased			
Skin and subcutaneous tissue disorders		Urticaria Rash Rash macular Rash papular Pruritus	Leukocytoclastic vasculitis Purpura Angioedema*		
Musculoskeletal and connective tissue disorders		Joint swelling			
Renal and urinary disorders			Urinary retention*		
Reproductive system and breast disorders		Vulvovaginal pruritus			
Investigations		Blood pressure increased			

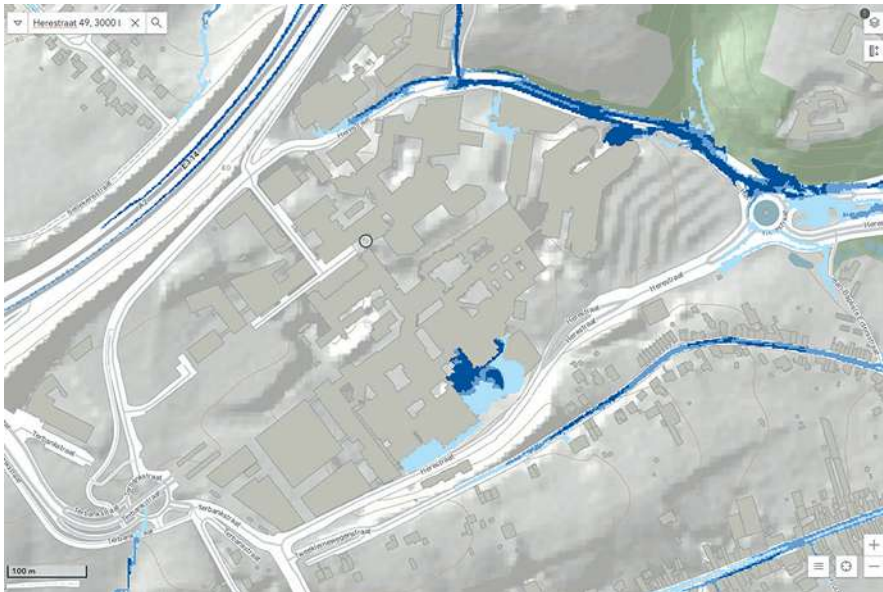
*observed during post-marketing experience **Paediatric population:** The safety of mirabegron tablets and oral suspension was evaluated in 86 paediatric patients aged 3 to less than 18 years with NDO in a 52-week, open-label, baseline-controlled, multicentre, dose titration study. The most commonly reported adverse reactions observed in the paediatric population were urinary tract infection, constipation, and nausea. In the paediatric patients with NDO, no severe adverse reactions were reported. Overall, the safety profile in children and adolescents is similar to that observed in adults. **Reporting of suspected adverse reactions:** Reporting suspected adverse reactions after authorisation of the medicinal product is important. It allows continued monitoring of the benefit/risk balance of the medicinal product. Healthcare professionals are asked to report any suspected adverse reactions via the national reporting system. **België/Belgique:** Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten / Agence fédérale des médicaments et des produits de santé www.fgmp.be / www.afmps.be **Afdeling Vigilantie / Division Vigilance:** Website : Site.internet : www.eerbielwerkingmelden.be / www.notifiernefnetindesirable.be e-mail: adr@afg-fgmps.be **Luxembourg:** Centre Régional de Pharmacovigilance de Nancy ou Division de la pharmacie et des médicaments de la Direction de la santé Site internet : www.guichet.lu/pharmacovigilance **Nederland:** Nederlands Bijwerkingen Centrum Lareb Website: www.lareb.nl **5. PHARMACOLOGICAL PROPERTIES** Pharmacotherapeutic group: Urologicals; drugs for urinary frequency and incontinence, ATC code: G04BD12. **7. MARKETING AUTHORISATION HOLDER:** Astellas Pharma Europe B.V. Syllusweg 62 2333 BE Leiden The Netherlands **8. MARKETING AUTHORISATION NUMBER(S):** EU/112/809/001 - 006 EU/112/809/008 - 013 EU/112/809/015 - 016 **10. DATE OF REVISION OF THE TEXT:** 06/2024 **Delivery Status:** subject to medical prescription. Astellas Pharma B.V., NL, Syllusweg 62, 2333 BE Leiden, The Netherlands BE/LU: Mediaalan 50, 1800 Vilvoorde, Belgium Detailed information on this medicinal product is available on the website of the European Medicines Agency <https://www.ema.europa.eu>.

References: 1. <https://bcl.be/nl/> (Geraadpleegd in januari 2025). 2. Data on File [MA-DOF-00606]. Astellas Periodic Safety Update Report for Mirabegron 2024. 3. Khulav V, et al. Eur Urol. 2013;63(2):283-295. 4. ClinicalTrials.gov. NCT00689104. Available at: <https://clinicaltrials.gov/study/NCT00689104>. 5. Nitti VW, et al. J Urol. 2013;189(4):1388-1395. 6. ClinicalTrials.gov. NCT00662909. Available at: <https://clinicaltrials.gov/study/NCT00662909>. 7. ClinicalTrials.gov. NCT00966004. Available at: <https://clinicaltrials.gov/study/NCT00966004>. 8. ClinicalTrials.gov. NCT00840645. Available at: <https://clinicaltrials.gov/study/NCT00840645>. 9. ClinicalTrials.gov. NCT01043666. Available at: <https://clinicaltrials.gov/study/NCT01043666>. 10. ClinicalTrials.gov. NCT00912964. Available at: <https://clinicaltrials.gov/study/NCT00912964>. 11. ClinicalTrials.gov. NCT00688688. Available at: <https://clinicaltrials.gov/study/NCT00688688>. 12. Abrams P, et al. Eur Urol. 2015;67(3):577-588. 13. ClinicalTrials.gov. NCT01340027. Available at: <https://clinicaltrials.gov/study/NCT01340027>. 14. ClinicalTrials.gov. NCT01638000. Available at: <https://clinicaltrials.gov/study/NCT01638000>. 15. ClinicalTrials.gov. NCT01745094. Available at: <https://clinicaltrials.gov/study/NCT01745094>. 16. ClinicalTrials.gov. NCT01908829. Available at: <https://clinicaltrials.gov/study/NCT01908829>. 17. Herschorn S, et al. BJU Int. 2017;120(4):582-575. 18. ClinicalTrials.gov. NCT02045862. Available at: <https://clinicaltrials.gov/study/NCT02045862>. 19. ClinicalTrials.gov. NCT02294396. Available at: <https://clinicaltrials.gov/study/NCT02294396>. 20. ClinicalTrials.gov. NCT01972841. Available at: <https://clinicaltrials.gov/study/NCT01972841>. 21. ClinicalTrials.gov. NCT02361502. Available at: <https://clinicaltrials.gov/study/NCT02361502>. 22. ClinicalTrials.gov. NCT02320773. Available at: <https://clinicaltrials.gov/study/NCT02320773>. 23. Kakizaki H, et al. Eur Urol Focus. 2020;6(4):729-737. 24. ClinicalTrials.gov. NCT02656173. Available at: <https://clinicaltrials.gov/study/NCT02656173>. 25. ClinicalTrials.gov. NCT02216214. Available at: <https://clinicaltrials.gov/study/NCT02216214>. 26. ClinicalTrials.gov. NCT02757768. Available at: <https://clinicaltrials.gov/study/NCT02757768>. 27. Chapple CR, et al. Eur Urol. 2013;63(2):296-305. 28. Freeman R, et al. Curr Med Res Opin. 2018;34(5):785-793.

Astellas Pharma B.V., Syllusweg 62, 2333 BE Leiden, the Netherlands / Mediaalan 50, 1800 Vilvoorde, Belgium
R.E.: V. Vandermoot Pharm. D., Astellas Pharma B.V. Mediaalan 50, 1800 Vilvoorde, Belgium
MAT-BE-BET-2024-00087

Wateroverlast in Vlaamse ziekenhuizen

VERVOLG COVER Artsenkrant onderzocht hoe kwetsbaar ziekenhuizen in Vlaanderen zijn voor wateroverlast door hevige neerslag.



Deze kaart toont het pluviale overstromingsrisico (klimaatmodel 2050) voor Campus Gasthuisberg van UZ Leuven in drie tinten blauw. Donkerblauw: grote kans (eens om de tien jaar); blauw: middelgrote kans (eens om de honderd jaar) en lichtblauw: kleine kans (eens om de duizend jaar). De noordelijke ringweg en een ruimte tussen gebouwen zijn kwetsbaar.

Voor dit onderzoek selecteerden we alle vestigingen van algemene en universitaire ziekenhuizen in Vlaanderen waar een spoeddienst aanwezig is. Campussen zonder spoeddienst en psychiatrische ziekenhuizen lieten we om praktische redenen buiten beschouwing. De lijst met locaties die we onderzochten telde 65 adressen.

Om na te gaan of die overstromingsgevoelig zijn, gebruiken we de 'Overstromingsgevaar- en risicokaarten' van de Vlaamse Milieumaatschappij (VMM). Deze digitale kaarten tonen voor elke locatie op het grondgebied van Vlaanderen de kans op wateroverlast doordat rivieren, kanalen of beken buiten hun oevers treden ('fluviale' overstromingen) en door hevige regenval ('pluviale' overstromingen).

De achterliggende rekenmodellen houden rekening met onder meer het reliëf, de bodemsoort en de verharding, om het lokale overstromingsrisico zo accuraat mogelijk te modelleren.

De kaarten hebben twee tijdsdimensies. De eerste dimensie toont het risico op overstromingen bij het huidige klimaat; de tweede toont het risico bij het

klimaat dat verwacht wordt tegen het jaar 2050. Door de klimaatverandering vergroot immers de kans op beide types wateroverlast. Warmere lucht kan meer water ophouden, waardoor er ook meer neerslag kan vallen. Als die neerslag over langere perioden gespreid is, neemt vooral het risico op fluviale overstromingen toe. Korte, intense wolkbreuken vergroten dan weer het risico op een pluviale overstroming.

Honderdjarige bui

Voor ons onderzoek keken we naar het pluviaal overstromingsgevaar in het toekomstig klimaat (2050). We kozen daarbij voor een scenario met 'middelgrote kans'. Dat is een regenbui die statistisch eens per honderd jaar voorkomt – anders gezegd: in het toekomstig klimaat is er elk jaar één kans op honderd op zo'n regenbui. (De kaarten tonen ook scenario's met een 'hoge kans' – een regenbui die eens per tien jaar voorkomt – en met een 'lage kans' – een regenbui die eens per duizend jaar voorkomt). Wellicht ten overvloede: het is niet zo dat men na zo'n bui voor honderd jaar veilig is.

In het rekenmodel van de VMM komt zo'n 'honderdjarige bui' overeen met een bui waarbij op een periode van 48 uur 120 liter neerslag per vierkante meter valt, met een piek van 50 liter per uur, zegt Bram Vogels, teamverantwoordelijke Watertoets bij de VMM. "Het is echter niet zo dat een 'honderdjarige' bui die we doorrekenen voor het klimaat 2050 voordien nooit kan voorkomen", verduidelijkt hij. "Die kan bij wijze van spreken morgen al vallen; alleen zal de kans op zo'n bui in 2050 aanzienlijk groter geworden zijn dan vandaag."

26 kwetsbare ziekenhuizen

Volgens de simulaties die we onderzochten, zijn in het toekomstig klimaat 26 van de 65 Vlaamse ziekenhuiscampussen met spoeddienst kwetsbaar voor dergelijke pluviale overstromingen met middelgrote kans. Meer dan één op drie ziekenhuizen dreigt dus ooit met de voeten in het water te staan. De kwetsbare locaties zijn over heel Vlaanderen verspreid; geen enkele provincie is veilig.

Wat de kaarten van de VMM niet tonen, is de specifieke situatie van elk ziekenhuis. In het rekenmodel is elk gebouw 'ondoordringbaar': het water komt tot tegen de buitenmuur, maar dan weet het model niet hoe het verder gaat. Het is mogelijk dat alleen de parking rond het ziekenhuis blank komt te

staan, maar het is evengoed mogelijk dat het water via kwetsbare punten zoals deuren, keldergaten of de inrit van ondergrondse parkeergarages een weg naar binnen zoekt.

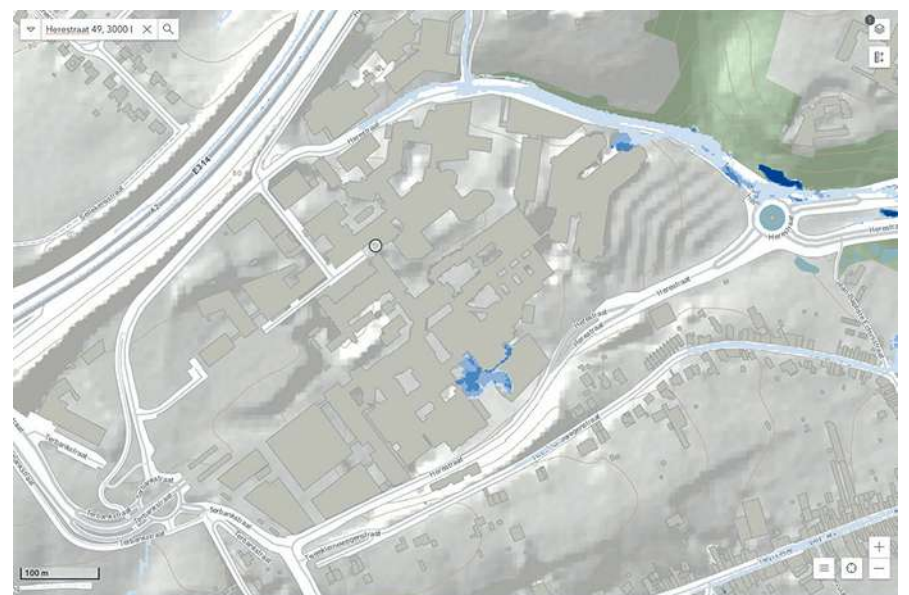
Artsenkrant contacteerde daarom de 26 kwetsbare ziekenhuizen met de vraag of ze zich van het risico bewust zijn, hoe ze de situatie op het terrein inschatten, en of ze al maatregelen hebben genomen tegen wateroverlast. In ons volgende nummer leest u hun reacties.

'Een verwachte waterdiepte van 30-40 cm lijkt misschien niet veel, maar wil jij riskeren om daar met een MUG door te rijden?'

– Bram Vogels, VMM

Bereikbaarheid

Wateroverlast op eigen domein is echter niet het enige risico waarmee de ziekenhuizen rekening moeten houden. Bij verschillende vestigingen die we onderzochten, lopen in het scenario (middelgrote kans op pluviale overstroming volgens het klimaatmodel 2050) de omliggende straten onder water – ook bij ziekenhuizen die volgens het model zelf de voeten droog kunnen houden.



De tweede kaart toont de verwachte waterdiepte bij een pluviale overstroming met 'middelgrote kans' in het klimaat 2050; het getroffen gebied komt dus overeen met de donkerblauwe en blauwe gedeeltes van de eerste kaart. De schaal bestaat uit vijf tinten blauw, van lichtblauw: 1 à 25 cm tot donkerblauw: > 200 cm.

“Dat toegangswegen naar ziekenhuizen in een scenario met een honderdjarige bui onder water staan, is in verstedelijkte regio's bijna een zekerheid”, zegt Bram Vogels. “Er valt meer neerslag dan er afgevoerd kan worden, en door de verharding kan dat water nergens naartoe.”

De kaarten van de VMM tonen ook de verwachte waterdiepte en stroomsnelheid bij de verschillende scenario's. Zo kan per locatie het risico ingeschat worden dat het ziekenhuis tijdelijk van de buitenwereld wordt afgesneden. “Een verwachte waterdiepte van 30-40 cm lijkt misschien niet veel, maar wil jij risikeran om daar met een MUG door te rijden? Bij dit scenario moet je er dus sowieso rekening mee houden dat het ziekenhuis en de spoeddiensten gedurende enige tijd niet bereikbaar zullen zijn”, zegt Bram Vogels.

Erik Derycke

In het volgende nummer:
reacties van de ziekenhuizen.

>> waterinfo.vlaanderen.be > Kaarten > Overstromingsrichtlijn

Waterrobuuste ziekenhuizen

Vlaanderen is uiteraard niet de enige regio met dit probleem. Het onafhankelijke Nederlandse onderzoeksinstituut TNO bracht al in 2015 een rapport uit waarin de 'waterrobuustheid' van Nederlandse ziekenhuizen werd onderzocht.

Volgens TNO ligt ongeveer 75% van de Nederlandse ziekenhuislocaties in een gebied met een fluviaal overstromingsrisico. Volgens het rapport kunnen alle Nederlandse ziekenhuizen te maken krijgen met tijdelijke pluviale wateroverlast als gevolg van extreme regenval.

Hoe het met bereikbaarheid zit, werd vorig jaar onderzocht door een Nederlands onderzoekscollectief bestaande uit Investico, NU.nl, De Gelderlander, De Stentor en De Groene Amsterdammer. Uit hun simulaties blijkt dat 17 van de 77 Nederlandse ziekenhuizen die acute zorg verlenen, bij een zeer zware bui tijdelijk onbereikbaar worden doordat de toegangswegen onder water staan.

Aanbevelingen

Het TNO-rapport bevat concrete aanbevelingen om ziekenhuisinfrastructuur waterrobuust te maken. Specifiek voor wateroverlast door hevige regenval stelt TNO de volgende maatregelen voor:

- op het terrein maatregelen treffen zodat water kan infiltreren of snel kan worden afgevoerd;

- maatregelen treffen rondom het ziekenhuisterrein, zodat geen regenwater van hoger gelegen gedeelten naar het ziekenhuisterrein kan stromen;
- de capaciteit van de hemelwaterafvoer (HWA) aanpassen op extreme watertoevoer, waarbij koppelstukken zodanig aan elkaar bevestigd zijn dat ze extreme waterdruk aankunnen;
- geen vitale functies en noodzakelijke technische voorzieningen ondergronds (in een kelder of souterrain) huisvesten;
- maatregelen treffen om wateroverlast op de begane grond te voorkomen. Bijvoorbeeld door vitale functies en noodstroomvoorzieningen hoger te situeren dan de mogelijke overstromingshoogte;
- geen kruipruimten realiseren (met bekabeling voor noodzakelijke technische installaties) die niet waterbestendig zijn;
- het vuilwatersysteem voorzien van terugslagkleppen of pompinstallatie om terugstromen te voorkomen;
- specifieke maatregelen nemen, zodat iedereen in de organisatie zich bewust is wat er moet gebeuren bij extreme regenval.

TNO merkt op dat een deel van de bovenstaande maatregelen alleen bij (volledige) nieuwbouw goed te implementeren is, en minder geschikt in geval van een renovatie of verbouwing.

>> G. van Beek e.a., *Waterrobuustheid Nederlandse ziekenhuizen*. TNO Report 2015 R11234.

VERLICHT UW MAAG in alle omstandigheden!

Antimetil®

Gember extract gestandaardiseerd op 10% gingerolen²

- Optimale dosering
- Uitstekende tolerantie
- De nummer 1 in gember sinds 2010³

Het volledige assortiment voor het hele gezin !



Drinkbare oplossing

- ✓ Ideaal voor kinderen
- ✓ Ideaal bij moeilijk slikken



Kleine tabletten

- ✓ Gemakkelijk in te slikken
- ✓ Het enige onderzochte gember extract tijdens de zwangerschap in België⁴



Gommetjes

- ✓ Praktisch
- ✓ Ideaal bij moeilijk slikken



¹ Gember draagt bij tot de goede werking van het spijsverteringsstelsel. ² 1 mg gestandaardiseerd extract komt overeen met 10 mg gemberpoeder
³ Bron IQVIA 2024 - OTC market ⁴ Laekeman et al. Planta Medica 2021 DOI 10.1055/a-1386-8848

www.antimetil.be



Dr. Nizar Mourad en prof. Antoine Buemi van het Universitair Ziekenhuis Saint-Luc (UCL).

Diabetes behandelen met eilandjestransplantatie

ENDOCRINOLOGIE In het Universitair Ziekenhuis Saint-Luc zet men in op een nieuwe behandeling voor diabetes type 1: de transplantatie van eilandjes van Langerhans. Die techniek blijkt veelbelovend te zijn om ernstige gevallen van de ziekte te stabiliseren.

Als we het hebben over de eilandjes van Langerhans, slaat dat uiteraard niet op een exotische archipel, maar op de mini-orgaantjes in de pancreas. Studies van een multidisciplinair team van het UZ Saint-Luc (UCL) hebben de techniek van eilandjestransplantatie, die nog best onbekend is, verder op punt gezet. Voor die behandeling isoleert men de endocriene cellen die insuline produceren (en ook glucagon, maar dat laatste is hier niet relevant) uit een donorpancreas, en spuit men die in in de lever van de patiënt.

Echogeleide injectie

“Het grote verschil met een klassieke pancreastransplantatie is dat dat niet gebeurt via invasieve chirurgie, maar door een injectie in de leverpoortader onder echografische controle”, aldus prof. Antoine Buemi, directeur van het transplantatiecentrum van de UCLouvain. Hij benadrukt echter dat de methode enkel geïndiceerd is voor patiënten bij wie het uiterst moeilijk is de diabetes onder controle te krijgen.

Diabetes type 1 wordt gekenmerkt door een auto-immune vernietiging van de bètacellen in de pancreas, die insuline produceren. Ondanks de ontwikke-

lingen in de behandeling met insuline en medische hulpmiddelen zoals slimme pompen geven sommige patiënten blijk van een uitgesproken metabole instabiliteit met frequente en onvoorspelbare episoden van hypoglykemie. “Het is net bij die patiënten dat zo’n eilandjestransplantatie de levenskwaliteit sterk kan verbeteren”, voegt dr. Nizar Mourad, onderzoeker experimentele transplantatie aan de UCL, eraan toe.

Duidelijke voordelen ...

Begin oktober hebben die twee versors de operatie voor het eerst uitgevoerd in Saint-Luc bij een 49-jarige patiënte. Bij

het schrijven van dit artikel stelt de patiënte het goed. Niet alleen heeft ze nu helemaal geen exogene insuline meer nodig, de glykemiecontrole is veel stabiel en ze vertoont veel minder ernstige episoden van hypoglykemie. We spraken de dame in kwestie toen ze op spreekuur kwam voor een routinecontrole. “De dagen na de ingreep zijn een beproeving geweest door de pijn en de immunosuppressieve behandeling, maar de nauwgezette follow-up hier in het UZ heeft me gerustgesteld. Ik kan opnieuw leven zonder bang te zijn dat ik ineens in elkaar stuikt.”

De transplantatie van eilandjes van Langerhans heeft nog twee andere grote voordelen. Je kan de transplantatie uitvoeren met de pancreas van een donor die aan minder strikte criteria moet voldoen dan bij een pancreastransplantatie (in België worden jaarlijks hooguit een vijftiental pancreastransplantaties uitgevoerd, omdat er te weinig organen ter beschikking komen die voldoen aan de selectiecriteria). Als de getransplanteerde cellen niet “aanslaan” (zie verderop), kan je de interventie bovendien herhalen als er een nieuwe pancreas wordt aangeboden.

... en beperkingen

Maar er zijn ook nog heel wat uitdagingen. Niet alleen is er een tekort aan donororganen, de getransplanteerde eilandjes verliezen vaak een gedeelte van hun levensvatbaarheid als gevolg van de extractie, aanvallen door het immuunsysteem en ontstekingsprocessen bij de ontvanger. “Gemiddeld wordt maar 50% van de eilandjes die in een donorpancreas zitten effectief geïnjecteerd bij de ontvanger. Als gevolg van immunologische en ontstekingsverschijnselen in het lichaam zal er over het algemeen maar 10-20% werkende eilandjes overblijven”, aldus dr. Mourad. Daarom moeten de patiënten ook levenslang immunosuppressiva innemen, met alle bijwerkingen van dien.

‘Het grote verschil met een klassieke pancreastransplantatie is dat deze techniek geen invasieve chirurgie vereist, maar een ‘simpele’ injectie in de leverpoortader’

– Prof. Antoine Buemi

In België wordt de eilandjestransplantatie volledig door het RIZIV terugbetaald, wat uniek is in Europa. “Terugbetaling van de kosten is essentieel om de techniek te democratiseren. De enzymen alleen al die we gebruiken om de eilandjes te isoleren, kosten enorm veel geld”, legt prof. Buemi uit.

Teamwerk

Het is een multidisciplinair gebeuren. Voor elke fase van het proces, van de extractie van de eilandjes tot de postoperatieve opvolging, worden meerdere specialisten ingezet. “Het is een echt teamwerk van diabetologen, biologen, radiologen en nog andere spe-

cialisten. Dat bepaalt het succes van de transplantatie”, aldus de chirurg.

De eilandjes worden in strikt aseptische omstandigheden geoogst en worden dan snel getransporteerd en ingeplant. “We kunnen ons geen enkele vertraging veroorloven. De eilandjes zijn immers zeer fragiel”, voegt dr. Mourad eraan toe. Vandaar het belang van een goed geoliede organisatie. Bij het uitvoeren van de operatie steunt het ziekenhuis op hun ‘Centrum voor Weefsel- en Celtherapie’, dat acht banken met menselijk lichaamsmateriaal omvat. Even belangrijk is de financiële steun van de Fondation Saint-Luc.

Rol voor de huisarts

De transplantatie van eilandjes van Langerhans kan nog niet worden beschouwd als een universele oplossing voor diabetes, maar is toch een belangrijke stap voorwaarts voor patiënten in een therapeutische impasse. Voor de artsen biedt de eilandjestransplantatie een extra alternatief, maar je moet de indicaties en de beperkingen van de techniek goed kennen.

“Ook is een goede dialoog tussen de huisarts, specialisten en het transplantatieteam nodig om de juiste kandidaten te selecteren”, benadrukt prof. Buemi. Misschien zullen we in de toekomst eilandjes kunnen creëren met stamcellen, of via genetische manipulatie. De patiënt heeft dan niet zoveel immunosuppressiva nodig. De wetenschappelijke gemeenschap heeft veel belangstelling voor die nieuwe ontwikkelingen. “Het onderzoek vordert met rasse schreden. We hopen dat we ooit een groter aantal patiënten zullen kunnen behandelen met de insuline-eilandjes”, concludeert dr. Mourad.

François Hardy

NAAM VAN HET GENEESMIDDEL SPASCUPREEL tabletten

KWALITATIEVE EN KWANTITATIEVE SAMENSTELLING 1 tablet van 301,5 mg bevat: Aconitum napellus D6 60 mg; Ammonium bromatum D4, Atropinum sulphuricum D6, Colocynthis D4,

Spascupreel® tabletten	
50 tabs	€ 16,95
250 tabs	€ 44,30

Gelsemium sempervirens D6, Magnesium phosphoricum D6, Veratrum album D6 à 30 mg; Agaricus muscarius D4, Chamomilla D3, Cuprum sulphuricum D6, Passiflora incarnata D2 à 15 mg. Hulpstoffen: Lactose monohydraat, Magnesiumstearaat. **FARMACEUTISCHE VORM** Tabletten. **KLINISCHE GEGEVENS Indicatie:** Spascupreel is een homeopatisch geneesmiddel met bestanddelen traditioneel gebruikt voor de symptomatische behandeling van spasmen en krampen van de gladde spieren van het gastro-intestinaal en het urogenitaal stelsel bv. prikkelbare darm syndroom, menstruatiekrampen en spasmen van de urinewegen; en spasmen en krampen van de dwarsgestreepte spieren bv. pijnlijke spanningen in de lage rug, torticollis. Dit homeopathische geneesmiddel wordt gebruikt volgens de principes van de bioregulerende geneeskunde. Het is aan te raden ernstige aandoeningen door een arts uit te laten sluiten voor de start van de behandeling. **Dosering:** Volwassenen en adolescenten 12-18 jaar: 3x daags 1 tablet innemen. Bij acute klachten, om het ½ uur tot 1 uur 1 tablet, daarna overgaan naar de gebruikelijke dosering (max. 12 tabl./dag). Kinderen 6-11 jaar: 2x daags 1 tablet innemen. Bij acute klachten, om het uur tot 2 uur 1 tablet, daarna overgaan naar de gebruikelijke dosering (max. 8 tabl./dag). Kinderen 2-5 jaar: 1-2x daags 1 tablet toedienen. Bij acute klachten, om het uur tot 2 uur 1 tablet, daarna overgaan naar de gebruikelijke dosering (max. 6 tabl./dag). Indien geen verbetering van de symptomen wordt waargenomen binnen de 7 dagen, dient een arts te worden geraadpleegd. **Toedieningswijze:** 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. Voor kinderen kunnen de tabletten eventueel geplet worden, toegevoegd worden aan een kleine hoeveelheid water en dan toegediend. **Contra-indicaties:** Overgevoeligheid voor een van de werkzame stoffen of hulpstoffen. Overgevoeligheid voor planten van de Compositenfamilie (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:** In geïsoleerde gevallen kunnen allergische reacties van voorbijgaande aard optreden. De frequentie van deze bijwerkingen is niet bekend. **HOUDER VAN DE VERGUNNING VOOR HET IN DE HANDEL BRENGEN** Heel Belgium NV, Boeiebos 25, B-9031 Drongen (Gent) **NUMMER VAN DE VERGUNNING VOOR HET IN DE HANDEL BRENGEN** HO-BE512720 **AFLEVERINGSWIJZE** Vrije aflevering **DATUM VAN HERZIENING VAN DE TEKST** 02/2022 Meer informatie op aanvraag beschikbaar.

1 Weiser M, Reus V. Treating spasmodic conditions with Spascupreel: results of a prospective study. *Biologische Medizin*. 2000;29(1):14-17.

2 SKP Spascupreel® tabletten, Juni 2017.

Spascupreel®

De enige veilige
breedwerkende spierontspanner



- Verlicht krampen en spasmen snel en doeltreffend¹
- Niet sederend², goed verdragen¹
- Acut en chronisch gebruik¹

Verkrijgbaar in tabletten en ampullen.

-Heel

Focus op medische actualiteit

U hebt ongetwijfeld gemerkt dat deze editie van Artsenkrant geen AK Academy bevat. Om meer op de medische actualiteit te kunnen inspelen, wisselen we voortaan AK Academy af met een aantal pagina's waarin we ingaan op wat er in de medische wereld gebeurt. De volgende editie bevat opnieuw een AK Academy.

De redactie

Een uitzonderlijke mapping van de vaginale microbiota

MICROBIOLOGIE De Isala-studie, die werd gepubliceerd in 'Nature Microbiology', vormt een keerpunt in het onderzoek van de vaginale microbiota. Bij analyse van stalen van 3.345 vrouwen hebben de vorsers complexe interacties vastgesteld tussen de vaginale bacteriën, de gezondheidstoestand en levenskeuzes van de vrouwen.

Grootschalige burgerwetenschap, zo kan je de Isala-studie⁽¹⁾ het best omschrijven. Meer dan 3.000 Belgische vrouwen hebben vrijwillig stalen van hun vaginale flora verstuurd voor het onderzoek.

Bij analyse bleek 78% van de vrouwen een microbiota met vooral lactobacillen te hebben, met name *Lactobacillus crispatus* (43,2%) en *L. iners* (27,7%). Die bacteriën produceren melkzuur. Melkzuur zorgt voor een

lage pH en beschermt zo tegen pathogenen. In 22% van de gevallen werd de microbiota minder gedomineerd door lactobacillen, en vond men een rijke populatie aan *Gardnerella* en *Prevotella*. Dit hing vaak samen met factoren zoals hormonale veranderingen, de menopauze en het gebruik van een spiraaltje.

De vorsers hebben ook 'microbiële modules' ontdekt: groepen bacteriën die samen in grote hoeveelheid voorkomen en specifiek correleren met de gezondheidstoestand en de levensgewoontes.

Zo correleerde de module met vooral *L. crispatus* met een hoge oestrogenspiegel en gebruik van gecombineerde hormonale anticonceptiva. Omgekeerd correleerde de *Gardnerella*-module met het gebruik van een hormoonspiraaltje en recente vaginale klachten.

"Die organisatie in modules weerspiegelt de complexe biologische interacties tussen bacteriën onderling, maar ook tussen de microbiota en de gastheer", aldus prof. Sarah Lebeer, bio-ingenieur en hoogleraar aan de Universiteit van Antwerpen. "Via die nieuwe classificaties zouden we een beter inzicht kunnen krijgen in de eventuele evenwichtsverstoringen tussen microben (*n.v.d.r.: 'vaginose'*).

Vaginale gemeenschap

In slechts tien dagen tijd hebben 6.007 vrouwen van 18-98 jaar zich ingeschreven om deel te nemen aan de studie. Dat maakt net de kracht van de studie. 3.345 vrouwen hebben een vaginaal staal teruggezonden en een gedetailleerde vragenlijst ingevuld over hun levenswijze, gezondheid en gewoontes. Zo kon men een ongeziene hoeveelheid data verzamelen en aspecten belichten die zelden op zo'n grote schaal worden onderzocht.

De monsters werden verkregen door middel van kits die per post werden verstuurd, zodat de deelnemers de vaginale stalen in alle privacy konden afnemen. De aanwezige bacteriën werden geanalyseerd a.d.h.v. DNA-sequencing. Met die precisiemethode hebben de vorsers de stalen in dertien vaginale gemeenschappen of 'community state types' (CST's) ingedeeld. Dat wordt nog niet veel gedaan in groot-schalige studies.

Beïnvloedende factoren

De vorsers hebben meerdere factoren ontdekt die invloed uitoefenen op de samenstelling van de vaginale microbiota. Een zwangerschap bijvoorbeeld heeft een langdurige invloed op de dominantie van de lactobacillen en kan ertoe leiden dat er bacteriën verschijnen die vaak worden teruggevonden in de intestinale microbiota, zoals *Bifidobacterium*. In de menopauze daalt de hoeveelheid lactobacillen en stijgt de hoeveelheid bacteriën zoals *Prevotella*.

Ook hormonale anticonceptiva hebben een sterke invloed. Gecombineerde hormonale anticonceptiva (oestrogeen + progestageen) bevorderen de dominantie van *L. crispatus* en een hormoonspiraaltje verhoogt de hoeveelheid *Gardnerella*. Het gebruik van tampons of menstruatiecups heeft heilzame effecten op de *L. crispatus*-gemeenschap, terwijl maandverband de hoeveelheid *Prevotella* verhoogt.

"De vaginale microbiota blijkt dus mede af te hangen van de keuzes die vrouwen maken, en van hormonale evenementen", preciseert prof. Lebeer. Voorzichtigheid is echter geboden bij het interpreteren van de resultaten. "Onze observaties moeten nog verder in de kliniek worden gevalideerd."

Medische praktijk

De resultaten van de Isala-studie bieden interessante perspectieven met het oog op een gepersonaliseerde geneeskunde. Zorgverstrekkers zouden de gegevens kunnen gebruiken om een disbalans in het vaginale microbiom gericht te diagnosticeren en te behandelen, door de behandeling aan te passen aan de microbiële modules in kwestie. Aangezien er een correlatie bestaat tussen anticonceptiva en de microbiota, kan de vrouw bij de keuze van een voorbehoedsmiddel rekening houden met het bacteriële profiel en haar medische voorgeschiedenis.

Het onderzoek wil ook de ontwikkeling van gerichte probiotica aansturen. Zo zou men microbiotische stammen als *L. crispatus* en *L. jensenii*, die een beschermende werking hebben, kunnen inzetten om een ontwrichting van het microbiële evenwicht te voorkomen of te herstellen.

François Hardy

(1) Lebeer, S., Ahannach, S., Gehrman, T. et al., "A citizen-science-enabled catalogue of the vaginal microbiome and associated factors", *Nat Microbiol* 8, 2183-2195 (2023).

De kracht van burgerwetenschap

De Isala-studie, zo genoemd naar Isala Van Diest, de eerste vrouwelijke arts in België, onderscheidt zich niet alleen door haar wetenschappelijke ontdekkingen, maar ook door de participatieve werkwijze.

De deelnemers hebben een centrale rol gespeeld in alle fasen van de studie. Ze hebben stalen geleverd en meegeschreven aan de vragenlijsten. Bovendien hebben ze informatie gekregen over hun eigen microbiologische profiel, iets wat in wetenschappelijk onderzoek zelden wordt gedaan.

De onderzoeksgroep heeft pedagogische tools ontwikkeld zoals video's en folders die meer uitleg geven, opdat de vrouwen de doelstellingen van de studie en de stappen bij het afnemen van stalen goed zouden begrijpen. Het is een gevoelig onderwerp, maar deze aanpak hielp een aantal barrières wegnemen voor de vrouwen en maakte hen tegelijk bewust van het belang van de vaginale gezondheid. Dankzij burgerwetenschap hebben de vorsers vrouwen kunnen rekruteren buiten de klassieke klinische circuits, meer bepaald gezonde vrouwen.

Een pacemaker voor de allerkleinsten

KINDERCARDIOLOGIE Medische technologieën evolueren steeds meer in de richting van miniaturisering en worden steeds minder invasief, een trend die we ook zien bij pacemakers.

Al geruime tijd bestaan er draadloze pacemakers voor volwassenen. Ze worden ingebracht via de liesader en rechtstreeks in de rechterhartkamer geïmplanteerd, onder plaatselijke verdoving. Het tijdperk waarin iedere patiënt met bradycardie een openhartoperatie moest ondergaan, ligt definitief achter ons. In oktober vorig jaar plaatste men voor het eerst in België draadloze minipacemakers met twee-kamerstimulatie. Het duale systeem stimuleert de kamer *en* voorkamer van het hart, voor een atrioventriculaire synchronisatie.

Dit zijn grote doorbraken. Kindercardiologen staan echter voor bijkomende uitdagingen, vooral zij die zich over pasgeborenen ontfemen. De anatomie van de kleinste patiëntjes, met hun piepkleine bloedvaten en hartkamers, leent zich niet voor draadloze pacemakers of implantatie langs transvenieuze weg. Voor deze baby's zijn andere benaderingen nodig.

Tijdelijke ingreep

Hoewel het uiterst zelden voorkomt, kan het gebeuren dat een kind al vanaf de geboorte een pacemaker nodig heeft, als gevolg van een aangeboren atrioventriculair (AV-)blok, of een aangeboren hartafwijking die een gelei-

dingsstoornis veroorzaakt. “De prognose van een aangeboren AV-blok, eenmaal behandeld, is goed. De overgrote meerderheid van de patiënten heeft een normale levenskwaliteit”, stelt dr. Christophe Vò, die actief is op de afdeling kindercardiologie van het Universitair Ziekenhuis Saint-Luc (UCL).

Vaak wordt die diagnose al bij de foetus gesteld, via echo(cardio)grafie. “Om het risico op hartfalen en intra-uteriene sterfte – de meest gevreesde complicatie – te vermijden, kan men een transcatale behandeling toedienen tijdens de zwangerschap, om de hartslag van de foetus te versnellen”, legt hij uit.

Na de geboorte zijn er verschillende mogelijkheden. Men kan ervoor kiezen om een conventionele pacemaker te plaatsen, maar zo'n apparaat is disproportioneel groot voor de pasgeborene, wat de wondheling bemoeilijkt. De wonde kan dan geïnfecteerd raken en dat vereist soms een heroperatie. Een andere optie is om eerst een intraveneuze behandeling met isoprenaline te geven. Dit sympathicomimetisch geneesmiddel versnelt tijdelijk de hartslag, en geeft de baby tijd om aan te komen en zo de ingreep beter te verdragen. Nog een alternatief is de tijdelijke pacemaker, waarbij de draden aan de oppervlakte van het hart worden geïmplanteerd, maar verbonden worden aan een uitwendig toestel. “Geen enkele van deze oplossingen is ideaal”, geeft dr. Vò toe. “De opnameduur kan erg lang zijn.”

Laag gewicht

Nu is er nog een laatste, gloednieuwe methode: een apparaatje met een geminiaturiseerde pacemaker dat in de buikholte wordt geïmplanteerd en via een geleidingsdraad met het hart van de baby wordt verbonden. Het gaat om een permanente pacemaker, die verschillende voordelen met zich meebrengt. “We vermijden een tijdelijke behandeling, wat het ziekenhuisver-



© Cliniques universitaires Saint-Luc

blijf aanzienlijk verkort. De omvang van de behuizing⁽¹⁾ is afgestemd op de allerkleinste patiënten⁽²⁾, wat het genezingsproces ten goede komt, en de chirurgische procedure blijft dezelfde”, voegt de cardioloog toe. “Technisch gezien is ze zelfs eenvoudiger, omdat de ruimte die we moeten vrijmaken in de buikholte (de ‘pocket’) veel kleiner is.”

‘De anatomie van de kleinste patiëntjes leent zich niet voor draadloze pacemakers of implantatie langs transvenieuze weg’

Het was Christophe Vò die de micro-pacemaker voorstelde toen bij een foetus met risico op vroeggeboorte een aangeboren AV-blok werd vastgesteld. “Ik hoorde over dit toestelletje, dat speciaal is ontworpen voor (prematuure of dysmatuure) pasgeborenen met een laag geboortegewicht (< 2,5 kg), op het PediRhythm congres.⁽³⁾ Er zijn er al een vijftigtal geïmplanteerd in de Verenigde Staten, met uitstekende resultaten”, meldt hij.

Experimenteel

Omdat het om een experimenteel medisch hulpmiddel gaat dat nog niet is goedgekeurd in Europa, mogen de bedrijven er geen reclame voor maken. “Als we de literatuur niet doorspitten of geen internationale congressen bij-

wonen, zijn we gewoon niet op de hoogte van deze nieuwe oplossingen. Maar een dergelijk goedkeuringsproces kan erg lang aanslepen, net omdat er een behoorlijk aantal ingrepen voor nodig is en de indicaties zo zeldzaam zijn”, weet dr. Vò. Voor deze patiënt kreeg Saint-Luc de toestemming van het FAGG.

Het kindje, dat geboren werd na ongeveer 35 weken zwangerschap, kreeg de nieuwe micro-pacemaker in december. Een primeur in België. De operatie verliep vlot, dankzij een solide coördinatie tussen de verschillende afdelingen: verloskunde, neonatologie, pediatrie intensive-careafdeling (PICU), kindercardiologie, anesthesie en chirurgie. “Het enige nadeel is dat de levensduur van de batterij veel korter is dan die van een traditionele pacemaker”, zegt de specialist. “Rond de leeftijd van 3-4 jaar zal een nieuwe ingreep nodig zijn. Op dat moment is de implantatie van een conventioneel toestel echter perfect aangewezen.”

dr. Hade Scheyving

Opmerkingen:

- (1) 29.4 x 16.6 x 9.6 mm
- (2) Het toestel is geïndiceerd voor prematuren en pasgeborenen met een laag geboortegewicht, maar kan ook nuttig zijn voor pediatrie patiënten met een maagsonde, een stoma of een andere abdominale problematiek.
- (3) Het wereldcongres voor pediatrie en aangeboren hartritme stoornissen.



Dr. Christophe Vò: “Het goedkeuringsproces voor nieuwe devices kan erg lang aanslepen, zeker in het geval van zeldzame, pediatrie indicaties.”

‘Ook het getuige zijn van agressie kan impact hebben op een zorgverlener’

TRAUMA Agressie ondervinden, slachtoffer of getuige zijn van een medisch incident en zoveel andere oorzaken leiden tot trauma's op de schouders van het merendeel van de artsen. Hoe kunnen professionals hier het best mee omgaan en waarom is het belangrijk om hierover met collega's te praten? In een webinar van Arts in Nood ging kinderpsychiater dr. Annik Lampo hierover in gesprek met klinisch psycholoog Sarah Bal.



kan worden in de verwerking. Helaas heerst er op de werkvloer nog altijd een stigma rondom het bespreken van trauma.”

Negeren

Maar hoe kan je als zorgprofessional het best omgaan met een mogelijk traumatische situatie, zoals een agressief persoon of een serieus beledigende opmerking? Bal maakt een onderscheid tussen agressief en grensoverschrijdend gedrag. “Bij agressief gedrag kan iemand bijvoorbeeld gaan roepen of een denigrerende opmerking maken. Terwijl bij grensoverschrijdend gedrag iemand fysiek wordt of een bedreiging hiertoe uit. Het is gericht op de zorgverlener en is bedoeld om iets te bereiken en niet enkel het uiten van frustraties.”

Bal geeft het advies om mildere vormen van agressie, zoals een denigrerende opmerking over een collega, een eerste keer te negeren. “Door geen reactie te geven zal de persoon beseffen dat die mogelijk een fout heeft gemaakt. Dat gebeurt helaas niet altijd. In dat geval moet je iemand tot de orde roepen en grenzen stellen. Als ook dat niet werkt moet je de patiënt de keuze geven om het gesprek te stoppen en op een andere dag te hervatten, of om een korte pauze te nemen en later verder te gaan. Maar als werkelijk niks werkt poog je de patiënt naar buiten te geleiden en maak je later de afweging of de behandeling verdergezet kan worden. Het is hierbij belangrijk dat je altijd advies vraagt aan collega's of anoniem contact opneemt met, bijvoorbeeld, Arts in Nood, zodat je de afweging niet alleen hoeft te maken.”

Fysieke agressie

Bal: “Fysieke agressie is een no-go. Dan heb je bijstand nodig van de beveiliging of politie. Dat heeft een grote impact op een zorgverlener en blijft

lang aan iemand plakken. Praat dus altijd met iemand over je ervaringen. En daar ligt ook een stuk verantwoordelijkheid van de werkgever, die zich betrokken moet voelen bij de verwerking van het trauma.”

Bal zegt dat het in een situatie met een agressief persoon prioriteit heeft om de emotionele lading zo snel mogelijk te laten zakken. “Dat kan het best door iemand erkenning te geven: ‘ik zie dat de situatie moeilijk voor u is, wat kan ik doen om het voor u te verbeteren?’. Je geeft de persoon geen gelijk, maar laat blijken dat je zijn frustraties erkent en een oplossing wil zoeken. Het is daarbij belangrijk dat je de leiding neemt in de situatie en duidelijke afspraken maakt hoe verder te gaan.”

‘Helaas heerst er op de werkvloer nog altijd een stigma rondom het bespreken van trauma’

Lampo is het daarmee eens: “Eerst erken je de emotionele lading. Die moet naar beneden voordat je rationeel met iemand kan praten. Je geeft vervolgens duidelijk de grenzen van het gesprek aan en wat je van iemand verwacht om met de behandeling verder te kunnen gaan. Als het gesprek goed verloopt, dan heb je het ter plekke voor jezelf afgerond en behoud je controle over je eigen emoties. Maar blijf ondanks de goede afsluiting altijd met collega's en je werkgever praten over je ervaringen. We komen met ons werk in aanraking met hevige emoties, en ook als zorgprofessional moeten we die verwerken. Het uitwisselen van ervaringen is belangrijk voor de verwerking van potentieel traumatische ervaringen.”

Floris Cup

Volgens kinderpsychiater Lampo hoeft een trauma niet altijd uit een directe negatieve ervaring voort te komen. “Ook het getuige zijn van agressie kan impact hebben op een zorgverlener, bijvoorbeeld een ouder die zich tijdens een spreekuur agressief tegenover zijn kind gedraagt of een slachtoffer die een traumatische ervaring deelt. De gebeurtenissen hoeven niet altijd levensbedreigend te zijn, maar kunnen wel een intens gevoel van machteloosheid opwekken wat leidt tot een trauma.”

Lampo stelt dat reacties op traumatische gebeurtenissen kunnen verschillen van persoon tot persoon. “Er is een zekere laag van subjectiviteit. Je kan als

het ware niet een checklist invullen om te bepalen of iemand een trauma heeft. De verwerking van een negatieve gebeurtenis moet zich dus richten op wat voor de persoon het heftigste element uit de situatie is.”

Klinisch psycholoog Bal vult haar collega aan: “Er zijn mensen die goed door een heftig trauma heenkomen, terwijl anderen helemaal vastlopen. Daar komt dan nog bij dat collega's en werkgevers zich vaak terughoudend opstellen en de persoon die in een verwerkingsproces zit gaan omzeilen. Ze willen hem of haar niet kwetsen of een trigger geven, terwijl het juist enorm belangrijk is om de gebeurtenis te bespreken en te kijken hoe de persoon het best ondersteund

Inzagerecht naasten in dossier overleden patiënt

RECHT Na het overlijden van een patiënt hebben diens naasten inzage in het patiëntendossier – voor zover hun verzoek voldoende gemotiveerd en gespecificeerd is en de patiënt zich hiertegen niet uitdrukkelijk heeft verzet. Een recent arrest werpt licht op die bepalingen.

Artikel 9 § 4 van de Wet Patiëntenrechten bepaalt dat na het overlijden van de patiënt, diens echtgenoot, wettelijk samenwonende partner, partner en de bloedverwanten tot en met de tweede graad van de patiënt recht hebben op inzage in het patiëntendossier – voor zover hun verzoek voldoende gemotiveerd en gespecificeerd is, en de patiënt zich hiertegen niet uitdrukkelijk heeft verzet.

In een arrest van 18 juni 2024 buigt het Hof van Beroep te Antwerpen zich over dit artikel. Aanleiding was de betwisting van een testament door een

oom van de opsteller ervan, wegens zogenaamde 'ongezondheid van geest'. Om die claim te ondersteunen had de advocaat van de oom inzage gevraagd in het patiëntendossier van de opsteller.

De begunstigde van het testament betwistte dat de oom inzage kon krijgen, omdat de oom door de opsteller zou zijn ontferd. Dat zou verzet tegen inzage impliceren.

Expliciete wil

Het Hof gaat niet mee in die redenering: enkel de patiënt die, meerdere keren, mondeling en schriftelijk de wil uitdrukt om definitief de relatie met een

naast familielid te verbreken, bevestigt ondubbelzinnig de expliciete wil om zich te verzetten tegen elke inmenging van dit familielid in zijn privéleven en, bijgevolg, tegen elke toegang tot gegevens met een persoonlijk karakter, ook na de dood.

Dat het verzoek uitging van de raadsman van de oom, tast de rechtsgeldigheid van deze inzage evenmin aan: een advocaat geniet een wettelijk vermoeden van volmacht. Het Hof vond ook dat de behandelend arts zijn beroepsgeheim niet had geschonden door inzage toe te staan, vermits de Wet Patiëntenrechten dit niet uitsluit.

Notaris

Het Hof geeft ook nog mee dat een notaris niet medisch geschoold is en niet bij machte is om op doorslaggevende wijze de gezondheid van geest te beoordelen van de opsteller van een testament, in de mate dat er geen ogenschijnlijk manifeste tekenen wijzen op de ongezondheid van geest.

*Gepubliceerd in het Rechtskundig Weekblad van 11 januari 2025.



Herman Nys,
em. prof. medisch
recht KU Leuven,
voorzitter VITAZ



4,5%

RENDEMENT!

DAT KAN SERIEUS AANSTEKELIJK ZIJN...

Voor je **RIZIV-premie**, je **pensioenoplossingen** (VAPZ, sociaal VAPZ, POZ, IPT) en je **verzekeringen** is Amonis de ideale partner. Amonis is een not-for-profit onderneming, zonder aandeelhouders die een vergoeding verwachten. Zo komt het rendement integraal ten goede aan de leden: **4,5% globaal nettorendement uitgekeerd in 2021, 2022 en 2023*** en **0% beheerskosten**. In 2023, net als in 2022 en 2021, konden onze leden rekenen op uitzonderlijke voorwaarden.

Geïnteresseerd?
Bel ons op 0800 96 119
of scan de QR code



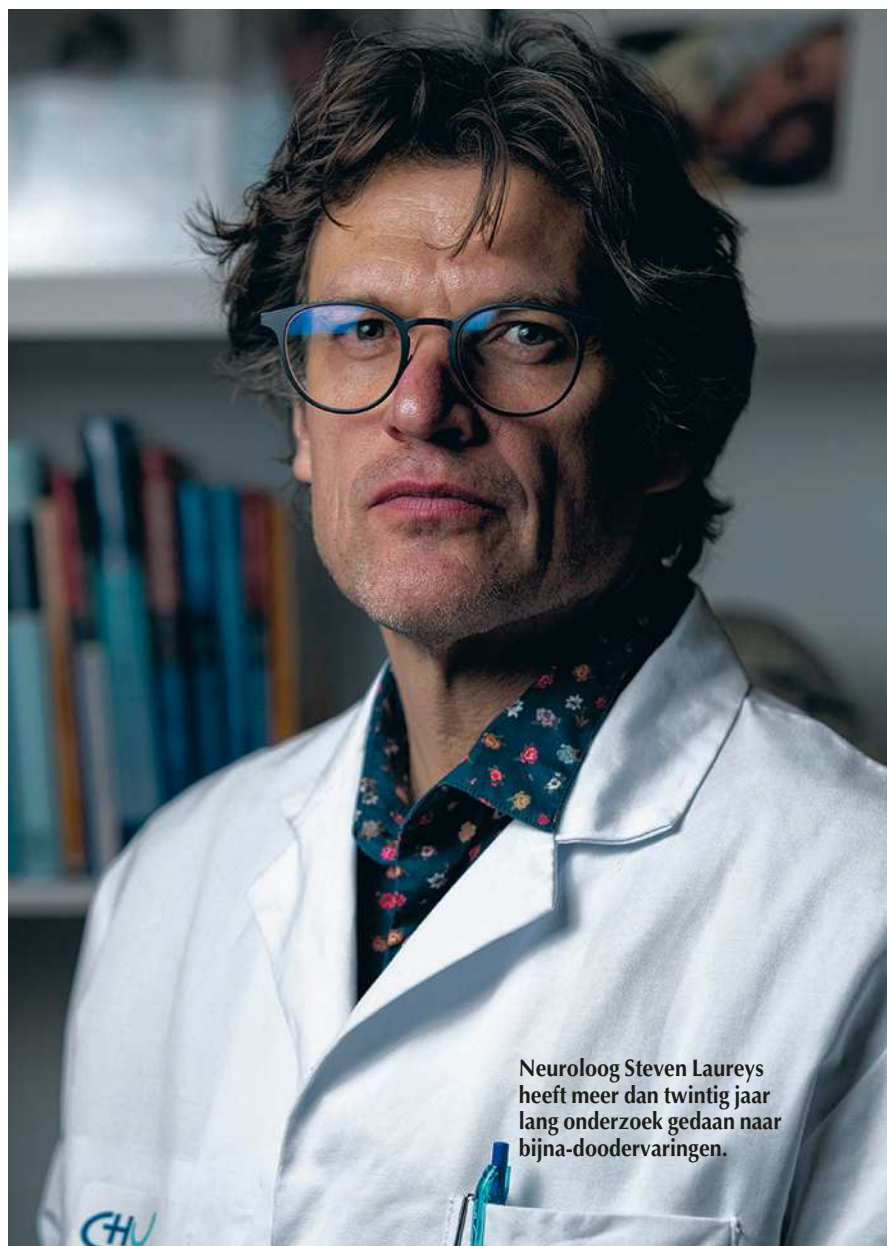
AMONIS

Uw toekomst
verdient
een expert

*4,5% globaal nettorendement op VAPZ, sociaal VAPZ, en POZ, volgens de toekenningsvoorwaarden. Rendementen uit het verleden bieden geen garantie voor de toekomst.

Is er meer tussen hemel en aarde?

BOEK Neuroloog Steven Laureys is wijd en zijd bekend voor zijn coma-onderzoek, specifiek bij personen met het locked-insyndroom. Minder bekend is dat hij over meditatie heeft geschreven. Wellicht onbekend is dat hij meer dan twintig jaar lang onderzoek heeft gedaan naar bijna-doodervaringen. Dit boek is het indrukwekkende resultaat ervan.



Neuroloog Steven Laureys heeft meer dan twintig jaar lang onderzoek gedaan naar bijna-doodervaringen.

Eerst een vooroordeel uit de weg ruimen. Bijna-doodervaringen (*near death experiences*, NDE) komen niet alleen voor bij een overlijden. Ze kunnen zich ook in heel wat andere situaties voordoen (verkeersongeval, operatie, een banaal gebeuren). In die zin dekt de term niet de lading.

Een tweede opmerking is dat er naast NDE ook 'gedeelde doodservaringen' (*shared death experiences*, SDE) voorkomen. Dit zijn ervaringen door naasten van overleden personen. De personen die een SDE aan den lijve ervaren, spreken van een gelijkwaardige ervaring.

Maar een SDE is meestal positief in vergelijking met een NDE die nogal eens negatief ervaren wordt.

De eerste hoofdstukken van het boek bieden uitklaring door een diepgaande verkenning van wat een bijna-doodervaring is, én van de dimensie tussen leven en dood. Op die wijze worden twee standpunten van de auteur duidelijk. Ten eerste baseert hij zich op (eigen) neurologisch wetenschappelijk onderzoek. Niet meer en niet minder.

Daarbij waarschuwt hij om deze fenomenen te pathologiseren wanneer hij het over de raakpunten tussen dromen

en een bijna-doodervaring heeft: "Om te beginnen zijn het allebei natuurlijke fenomenen en geen pathologieën of psychoses" (p. 181). Een sleutelconcept waarmee de auteur deze ervaringen wil verklaren is het autocreatieve brein. "(...) autocreatie, ontstaan uit een unieke mix van interne en externe stimuli" (p. 171). Buitengewone ervaringen kunnen daarmee het geval zijn. Kunstenaars weten dat maar al te goed.

Steven Laureys heeft zichzelf aan experimenten onderworpen, soms met levensgevaar, om een bijna-doodervaring mee te maken

Dood is dood

Ten tweede is zijn stelling 'dood is dood'. Dit als tegenargument van velen die leven na de dood ervaren. Laureys is wel voldoende genereus om Raymond Moody – die de bijna-doodervaring op de wereldkaart heeft gezet – te citeren: "De wetenschap weet te weinig over het universum om de bijna-doodervaring te kunnen verklaren" (p. 127).

De kunst en de kunde is om het wetenschappelijke, objectiverende perspectief te combineren met de subjectieve beleving

Laureys respecteert de belevingen en fenomenen van NDE als dusdanig. Hij doet ze niet af als onzin of onbestaande. Hij neemt ze au sérieux. "(...) Wie er een heeft meegemaakt, weet dat het écht was (p. 33)". In die zin geeft hij NDE de plaats die ze toekomen: bronnen waaruit de wetenschappen putten. De kunst en de kunde is om het wetenschappelijke, objectiverende perspectief te combineren met de subjectieve beleving.

Voor Laureys is dit in die mate een krachttoer, dat hij zichzelf aan experimenten heeft onderworpen, soms met levensgevaar, om een bijna-doodervaring mee te maken. Steeds opnieuw is hij ontgoocheld omdat het niet lukt. Hoewel. Vanaf zijn zestiende jaar deed hij regelmatig parachutesprongen. Telkens ervaarde hij hetzelfde als veel personen met NDE en SDE: "liefde is het antwoord" (p. 237). Als de Tom Waes onder de neurologen probeerde hij het subjectieve en objectieve perspectief te overbruggen.

In feite is die brug niet nodig. Denken we aan de gevleugelde uitspraak van Erwin Straus, Duits-Amerikaanse neuropsychiater en fenomenoloog, uit de eerste helft van de vorige eeuw: "Der Mensch denkt, nicht das Gehirn". Of meer hedendaags gezegd: we zijn ons brein niet.

Is er meer tussen hemel en aarde? Zoals Raymond Moody de bijna-doodervaring op de kaart heeft gezet, zet Steven Laureys dit op de wetenschappelijke kaart. Zijn onderzoek en bevindingen geven de aanzet om dit voor vol aan te zien en verder uit te diepen.

Immers, er is meer tussen hemel en aarde. Shakespeare had dit al door.

Marc Calmeyn

Psychiater en psychoanalyticus, expert Hoge Gezondheidsraad



>> Steven Laureys, *Bijna dood. De ervaring van je leven*. Pelckmans, 2024.

Interessante webinars



Medische aansprakelijkheid (12/02, 19.30 tot 21.30 uur)

Het nieuwe Burgerlijk Wetboek bevat nieuwe regels voor de 'buitencontractuele aansprakelijkheid'. ASGB organiseert een webinar over dit onderwerp, met als spreker mr. Christophe Lemmens van advocatenkantoor Dewallens & Partners. De deelname is

gratis voor leden van ASGB; niet-leden betalen 50 euro.

Inschrijven kan tot 10 februari via e-mail naar info@asgb.be (met vermelding van naam en RIZIV-nummer).

VAS StartersWebinar (17/02, 19 tot 21 uur)

Laatstejaars aso's en haio's en pas erkende artsen zullen na deze gratis

webinar goed voorbereid met praktische, juridische, fiscale en sociaalrechtelijke tips hun carrière kunnen starten. Ook de verplichting om vanaf 2025 digitaal te factureren komt aan bod.

Inschrijven kan via vlaamsartsensyndicaat.be/agenda.

CMV (25/02, 12.30 tot 13.30 uur)

Een infectie tijdens de zwangerschap met CMV is de belangrijkste niet-genetische oorzaak voor aangeboren doofheid en neurologische ontwikkelingsstoornissen. Een KCE-richtlijn van 2015 raadt systematische opsporing niet aan. Ondertussen zijn kennis en behandeling van CMV geëvolueerd. Dr. Lennart Van Der Veecken, gynaecoloog in UZA en specialist in foetale geneeskunde, bespreekt de multidisciplinaire TreatCMV-studie tijdens een gratis webinar van Domus Medica.

Inschrijven kan via domusmedica.be/vorming.

Medisch recht (18/02, 26/03, 26/05 & 17/06 - 19.45 uur)

Het Vlaams Artsensyndicaat, afdeling Oost- en West-Vlaanderen, organiseert een reeks webinars met meester Stefaan Callens van advocatenkantoor Callens, hoogleraar gezondheidsrecht aan de KU Leuven. De vier modules belichten recente wetgeving en de implicaties daarvan voor artsen. U kan inschrijven voor de hele reeks of voor afzonderlijke sessies. De onderwerpen zijn:

- Alles wat u moet weten over honoraria, afhoudingen, transparantiecodes en pseudocodes;
- Wijzigingen aan de Wet patiëntenrechten, Kwaliteitswet en nieuwe aansprakelijkheidsregels in het Burgerlijk wetboek;
- Het elektronisch patiëntendossier. Alle rechten en verplichtingen op een rij;
- Juridische aandachtspunten bij associaties van artsen.

Inschrijven kan via vaskor.be/Symposium.html.

E.D.



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

Beleef een onvergetelijke expeditiecruijs naar Groenland en IJsland aan boord van een comfortabel expeditievaartuig! 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 cruijs stelt Artsenkrant een uiteenlopend programma voor van in totaal 7 één uur durende sessies. Deze zullen gemodereerd worden door Prof. Dr. Frederik Vandenbroucke.

Accreditering wordt aangevraagd

Meer info en reservatie

Contacteer Rivages du Monde op info@rivagesdumonde.be of tel. 02 899 75 46 of surf naar www.akacademytravel.be voor uw gratis brochure



*Dr. Jochen Nijs
is gastro-enteroloog.*

Voorgeschiedenis, u welbekend

Kent u dat zinnetje: “Voorgeschiedenis u welbekend”? Je ziet het vaak op verwijsbrieven of in raadplegings- of hospitalisatieverslagen. Iedere keer zorgt het bij mij voor een kleine stijging van mijn adrenaline-spiegel en de daarbij gepaard gaande lichte stijging van bloeddruk, hart- en ademhalingsfrequentie. Het lijkt te zeggen: “Zoek het zelf maar uit!”. En al zeker als dit in een verwijsbrief geschreven wordt naar iemand die de patiënt voor de eerste keer ziet. En als dan ook nog eens de medicatielijst gedateerd is, is het beter om gewoon niets te schrijven.

Ik vraag me steeds af wat de reden is dat iemand schrijft: “voorgeschiedenis u welbekend”. Je zou er gemakkelijksheidshalve van kunnen uitgaan dat de schrijver effectief denkt dat de geschiedenis van de patiënt bij de ontvanger helemaal gekend is. Dat de voorgeschiedenis noteren overbodige info is. Maar zou het toch ook niet een vorm van nonchalance kunnen zijn? Een soort van je-m’en-foutisme? Misschien is de voorgeschiedenis niet even relevant voor iedere specialiteit? Maar wat kan er op tegen zijn om uw patiënt toch een beetje te kennen?

“Patiënten leggen erg veel vertrouwen in hun arts, alsook in de informatie die gekend is en wordt doorgegeven”

Patiënten leggen erg veel vertrouwen in hun arts, alsook in de informatie die gekend is en wordt doorgegeven. Hoe vaak krijg je niet als antwoord op een anamnestiche vraag over medicatie of klachten: “Het staat toch in de brief?” of “Staat dat niet in de computer?”.

Jammer maar helaas. Ondanks een maatschappij met verregaande informatisering blijft medische informatie vaak erg gefragmenteerd en niet op een eenvoudige wijze consulteerbaar. Een elektronisch medisch dossier is in de praktijk vaak niet veel meer

dan een ouderwetse fichebak met een hele stapel aan tekstdocumenten die, met wat geluk, in het juiste mapje gestockeerd worden. Hoe kan je aan iemand uitleggen dat het, anno 2025, erg moeilijk is om te achterhalen welke medicatie een patiënt neemt, ondanks het feit dat al deze medicatie elektronisch wordt voorgeschreven? Dit valt alleen maar uit te leggen doordat we in de geneeskunde met informaticasystemen werken die erg ‘jaren 90’ aanvoelen.

Resultaten van onderzoeken moeten gecopy-pastet worden om ze in een hospitalisatieverslag te krijgen. ‘Ctrl-c’ en ‘Ctrl-v’ zijn mijn favoriete sneltoetsen. En dat hospitalisatieverslag is dan ook weer een tekstbestand dat op een stapeltje gelegd wordt in datgene wat wij een elektronisch medisch dossier noemen. Een verzameling van letters die woorden vormen en woorden die zinnen maken. Er valt bitter weinig interactieve informatie uit te halen.

Hoe goed zou het zijn als informatie rechtstreeks en automatisch zou doorstromen naar een samenvattend verslag? Of dat informatie uit het medisch dossier gemakkelijk kan geanalyseerd worden? Dat er bepaalde parameters in het medisch dossier kunnen worden geselecteerd om bepaalde patronen te vinden? Of dat er misschien artificiële intelligentie op kan losgelaten worden om patronen te vinden die we zelf niet zien?

Het lijkt mij dat we nog erg ver af zijn van deze moderne omgang met informatie en medische datagegevens. Dus tot zo lang we daar nog niet zijn, zullen we moeten blijven tekstbestandjes genereren, informatie knippen en plakken, en de voorgeschiedenis van de patiënt navragen en noteren. Want ga er niet zomaar van uit dat die voorgeschiedenis wel zo goed bekend is bij de ontvanger. Dus beste student en assistent in opleiding die bij ons passeert: als ik nog eens een boom opzet over een onvolledig dossier, weet dan “voorgeschiedenis, u welbekend”. U bent gewaarschuwd. •

De auteur schrijft in eigen naam.



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.meymans@roularta.be

Uitgeefdirecteur

Luk Wynants

Verantwoordelijk uitgever

Sophie Van Iseghem

Digital manager

Jorgen Vanderdood

jorgen.vanderdood@roularta.be



Vrouw en gezondheidsonderzoek

Kathleen Depoorter

Apotheker, Kamerlid (N-VA) en

lid van de commissie Gezondheid en Gelijke Kansen.

Bij zowel loontrekkende als zelfstandige vrouwen steeg het aantal langdurig zieken procentueel bijna dubbel zo veel als bij hun mannelijke collega's. In 2023 telden we in totaal 314.000 langdurig zieke vrouwen, tegenover 212.000 mannen.

Uit gegevens van Statbel blijkt dat vrouwen vaker kampen met chronische aandoeningen zoals migraine, hoge bloeddruk, gewrichtsslijtage en nek- of schouderproblemen. Hoewel deze aandoeningen hinder-

lijk zijn, zouden veel vrouwen met de juiste ondersteuning en aanpassingen aan het werk kunnen blijven. Het is daarom cruciaal om op individuele basis en met voldoende zorg voor de aandoening op zoek te gaan naar werkbaar werk, waarbij re-integratietrajecten naar werk al bij de eerste symptomen opgestart worden. Daarnaast is een genderspecifieke aanpak in het gezondheidsonderzoek noodzakelijk. •



Morele entiteit

Jo Lisaerde

Huisarts, CRA-arts en voorzitter Palliatief Netwerk Vlaanderen.

Het huidige wetsvoorstel laat een blijvende onrechtvaardigheid voortbestaan voor mensen met dementie: zij zullen nog steeds geen euthanasie kunnen krijgen omwille van ondraaglijk lijden, omdat zij die op dat moment niet meer kunnen vragen. Artsen zijn opgeleid om lijden te ver-

lichten. In de toekomst zullen zij door dit wetsvoorstel te maken krijgen met patiënten die in de toestand zoals zij die vroeger beschreven geen vragende partij meer zijn voor euthanasie, terwijl wilsonbekwame patiënten die ondanks goede palliatieve zorg ondraaglijk lijden, maar

geen geldige wilsverklaring voor deze reden meer kunnen opstellen, niet geholpen kunnen worden. Het spreekt voor zich dat dit recente wetsvoorstel in zijn huidige vorm arts in vele situaties voor een moeilijk te nemen moreel dilemma kan stellen. •

Exotische parasiet in 15de-eeuwse Brugge

ARCHEOLOGIE Archeologisch onderzoek van de UGent en de Canadese McMaster University van een 15de-eeuwse beerput in Brugge leverde een verrassende ontdekking op: een exotische parasiet afkomstig uit Afrika.

In de vijftiende eeuw was Brugge één van de belangrijkste handelssteden van Europa, waar handelaars uit heel Europa elkaar ontmoetten. De Spaanse handelaars vonden onderdak in het Spaanse Natiehuis. Waar dat huis zich bevond, werd in 1996 een beerput ontdekt. De inhoud ervan werd pas onlangs onderzocht in het kader van het onderzoeksproject 'Hoog tij, laag tij'. Groot was de verrassing van de Gentse en Canadese onderzoekers toen ze plots een eitje van *Schistosoma mansoni* ontdekten in de beerput.

Dat het ei van de parasiet net in Brugge opduikt, is geen toeval. De stad was in de middeleeuwen een belangrijke schakel tussen de noordelijke Hanzesteden en het Middellandse Zeegebied. Portugese en Spaanse han-

delaars brachten luxeproducten vanuit Afrika en Azië naar Vlaanderen. "De vondst geeft niet enkel een nieuw inzicht in het dagelijks leven van mensen in het middeleeuwse Brugge, maar toont ook hoe de stad als internationaal knooppunt van mensen en goederen onvermijdelijk voor de verspreiding van ziekten zorgde", zegt archeoloog Maxime Poulain.

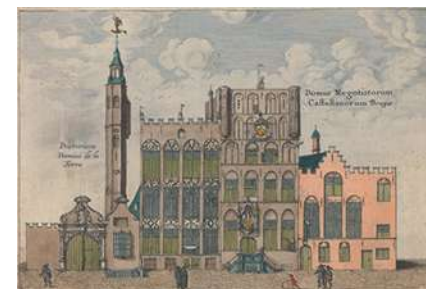
Koolstofdatering

De meest plausibele verklaring is dat de parasiet via handelaren en hun goederen in Brugge terechtgekomen is. Toch is het evenmin uitgesloten dat rechtstreekse Afrikaanse aanwezigheid voor de aanwezigheid van de parasiet zorgde. Het is weinig geweten, maar de eerste vermelding van een Afrikaan in Brugge dateert uit 1440. Tijdens de

Blijde Intrede van de Bourgondische hertog Filips de Goede werd gewag gemaakt van een Mauritaniër. In het nabijgelegen Kortrijk werden zelfs al in 1412 Ethiopische christenen gesignaleerd.

Koolstofdatering van twee kersenpitjes en de femur van een schaap die zich bevonden in de buurt van het parasieten, toonden aan dat het ei dateert uit het einde van de vijftiende, begin van de zestiende eeuw. In de latrine werden naast het ei van *S. mansoni* verder eitjes gevonden van vijf andere parasieten.

S. mansoni veroorzaakt schistosomiasis, een aandoening die vandaag minstens 250 miljoen mensen treft en door de WGO wordt bestempeld als een veronachtzaamde tropische ziekte. De ziekte komt voornamelijk in Afrika



Onderzoekers ontdekten een eitje van *Schistosoma mansoni* in de middeleeuwse beerput van het Spaanse Natiehuis in Brugge.

voor, hoewel ze zich intussen ook heeft verspreid in Zuid-Amerika. Na malaria is het de meest dodelijke parasitaire ziekte. Marissa Ledger (McMaster University) wil nu aan de hand van genetische analyse nagaan hoe ziekten in de loop der tijden worden beïnvloed door migratie.

Filip Ceulemans

TRAVEL & ACADEMY

De Douro

Rivier van goud

VAN 12 TOT 19 OKTOBER 2025



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

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.

Wetenschappelijk programma 2025:

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

Accreditering wordt aangevraagd

Meer info en reservatie

Contacteer Rivages du Monde op info@rivagesdumonde.be of tel. 02 899 75 46 of surf naar www.akacademytravel.be voor uw gratis brochure

WERKAANBOD

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.denoordbrug.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

Praktijk op de hoek in De Pinte zoekt deel-, half-of voltijdse huisarts. Toffe werksfeer met een mooie work-life balans. Info 0472/92.10.75. N09018

Voor de uitbreiding van onze huisartsen-praktijk met ruimte voor paramedici, zijn we op zoek naar 1 of 2 huisartsen, echtpaar kan ook. Contactpersoon : Dr Geukens Jos 0477/58.91.24. N09019



FEDASIL zoekt deeltijdse artsen voor de opvangcentra van Machelen, Brussel-Bordet, Lommel en Deurne!

Fedasil zoekt geëngageerde artsen (actief of gepensioneerd) die minimum 2 dagen per week beschikbaar zijn voor de bovenstaande opvangcentra. Je werkt steeds samen met de verpleegkundigen van het centrum en wordt betaald op A2-niveau.

Lokale huisartsen die bewoners met acute klachten in hun eigen praktijk kunnen ontvangen mogen ons ook steeds contacteren. Voor meer informatie raadpleeg de vacatures. <https://www.fedasil.be/nl/werken-bij-fedasil> of contacteer één van de medisch coördinatoren Dr. Jeroen Daelman, Medisch Coördinator Vlaanderen Fedasil via FHQ_med_noord@fedasil.be of 0471 98 26 61. Dr. Thibaut Corvilain, Medisch Coördinator Brussel Fedasil via thibaut.corvilain@fedasil.be of 0474 33 37 33.

N09020

WERKAANVRAAG

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

ND1586

VERVANGINGEN

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

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



az Vesalius is een algemeen ziekenhuis met campussen in Tongeren en Bilzen, met een volwaardig zorgaanbod van topkwaliteit voor de brede regio. We werken aan de gezondheidszorg van de toekomst, met veel aandacht voor warme zorg, dicht bij huis.

Sinds enkele jaren is er een duidelijke instroom van jonge artsen in verschillende disciplines, we bieden dan ook een aantrekkelijke werkomgeving voor arts-specialisten.

Binnen het ziekenhuisnetwerk Andreez werken al verschillende specialismen actief samen om een zo ruim mogelijk zorgaanbod te verzorgen.

WIJ ZOEKEN TWEE GYNAECOLOGEN (M/V/X)

De associatie gynaecologie is een team van ***5 geëngageerde artsen, die hoogwaardige zorg aanbieden voor moeder en kind. Samenwerking, collegialiteit en een gezonde work-life-balance zijn voor ons essentieel voor een goede werksfeer.

De dienst gynaecologie biedt een breed scala aan zorg, waaronder:

- Chirurgie: zowel laparoscopische, als uitgebreide hysteroscopische ingrepen
- Zwangerschapsbegeleiding: zowel preconceptionele zorg, prenatale echografie, als de gehele opvolging van de zwangerschap
- Verloskunde
- Algemene gynaecologie

WIE ZOEKEN WE?

Onze dienst wil ter uitbreiding van de dienst en gezien het nakende vertrek van één collega het team aanvullen met twee gynaecologen. In de toekomst willen we een team van minstens zes gynaecologen.

- Je bent een arts-specialist in de gynaecologie met een uitgesproken interesse in gynaecologie in de brede zin, met zowel een liefde voor zwangerschapsbegeleiding en bevallingen, als een interesse in het brede scala van gynaecologische pathologie. Daarbij verwachten we basis laparoscopische skills om de wacht zelfstandig te kunnen dragen.
- Je bent een teamgerichte collega
- Je draagt actief bij aan een kwalitatieve en innovatieve gynaecologische dienst en het verder uitbouwen hiervan.
- Je bent dynamisch, collegiaal, geëngageerd en communicatief.
- Respect en verantwoordelijkheidszin draag je hoog in het vaandel

VACATURE

GYNAECOLOGIE

- Profiel 1: Je bent een arts die interesse heeft voor verloskundige echografie, hiervoor een opleiding volgde of een bijkomende opleiding hierin wil volgen.
- Profiel 2: je bent een arts met een allround profiel die de ambitie heeft om een bijzondere interesse uit te bouwen die een meerwaarde kan zijn binnen onze werking.

WIJ BIEDEN:

Een staffunctie in een groeiende en jonge dienst, waar je nauw samenwerkt met elkaar en waar er ruimte is om eigen accenten te leggen. We staan als team heel erg open voor eigen inbreng, nieuwe visies en een toekomstgericht beeld op onze dienst gynaecologie.

- Een contract voor onbepaalde duur, na een proefperiode van 2 jaar
- Fulltime deelname aan de associatie betekent voor ons een tewerkstelling van 8 halve dagdelen (4/5e) per week. Deze kunnen, mits onderling overleg, zelfstandig gepland worden naar eigen wens.
- Een vast wachtsysteem
- De mogelijkheid om een specifieke interesse uit te bouwen
- Startdatum in overleg te bepalen
- Ook tijdelijke profielen zijn welkom

INTERESSE?

Richt je sollicitatiebrief met curriculum vitae aan Dr. Morgan De Greve, medisch diensthoofd Gynaecologie (morgan.degreve@azvesalius.be) en aan Dr. Alex Breugelmans, medisch directeur (alex.breugelmans@azvesalius.be).

Wil je meer weten over de functie? Dan kan je telefonisch contact opnemen via het nummer 012 39 78 86, secretariaat gynaecologie.

De Hulpkas voor ziekte-en invaliditeitsverzekering werft aan:

Adviserend arts

voor haar kantoor in Antwerpen



Bent u arts en bent u op zoek naar een nieuwe intellectuele uitdaging?

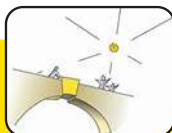
U wil een baan met een beduidende impact?

U wil genieten van een goed evenwicht tussen werk en privé?

Solliciteer bij ons!

- U verdiept zich graag in **complexe ziektebeelden en sociale wetgeving**.
- U wil **de leden van dichtbij opvolgen**.
- U wil uw **klinische ervaring en medische kennis** gebruiken om medische beslissingen te nemen.
- U bent geïnteresseerd om **mensen in arbeidsongeschiktheid te begeleiden** op hun weg naar herstel, werkhervatting of re-integratie.
- U wil uw **expertise ontwikkelen** in het bepalen van de herstelbehoeften in de gezondheidszorg.

Meer info of solliciteren ?
wrecruit@hziv.be



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

UW ADVERTENTIE HIER Interesse?

Mail ons voor de mogelijkheden op
vacature.healthcare@roularta.be

PRAKTIJK

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 multidisc. praktijk Nieuwpoort-Bad. Versch. formules mogelijk, ook per blok v 4u. Contact: sarah.terras@azoostende.be. NC8277

UW ADVERTENTIE HIER



Interesse?

Mail ons voor de mogelijkheden op
vacature.healthcare@roularta.be

Op zoek naar een nieuwe uitdaging?

Werken in een dynamisch team, deelnemen aan missies en unieke ervaringen beleven.

Als voltijdse militair of deeltijdse reservist?

Kom bij ons team via deze QR-code :





Radioloog

Vacature

AZ Klina in Brasschaat is het acuut referentie- en revalidatieziekenhuis voor patiënten en verwijzers uit de regio Noord-Antwerpen. Het ziekenhuis bestaat uit 3 campussen (campus Klina, campus De Mick en campus Coda) en telt 589 bedden. Meer dan 1700 gespecialiseerde artsen, medewerkers en vrijwilligers gaan elke dag samen voor elke patiënt 'Voluit voor zorg'.

AZ Klina is een innovatieve en lerende organisatie die kwalitatief hoogstaande zorg biedt en die continu wil verbeteren. Wij bieden patiënten een state-of-the-art infrastructuur, de nieuwste technologie en een brede waaier aan medische disciplines.

Profiel

- ▶ Arts - radioloog met kennis van de algemene radiologie, echografie, CT.
- ▶ Uitvoeren van echografische en CT geleide puncties/infiltraties is een onderdeel van de routine activiteit.
- ▶ Bijzondere bekwaamheid neuroradiologie en (MRI) mammografie is een vereiste en vormt de hoofdactiviteit.
- ▶ Een buitenlandse aanvullende specialisatie binnen het domein van neuroradiologie/mammografie strekt tot aanbeveling.

De kandidatuur met begeleidingsbrief moet vóór 28 februari 2025 aangetekend gestuurd worden naar Bart Van Daele, Voorzitter Raad van Bestuur, AZ Klina vzw, Augustijnslei 100, 2930 Brasschaat. Deze moet vergezeld zijn van:

- ▶ een omstandig CV met referenties en aanbevelingen
- ▶ een afschrift van het diploma van arts
- ▶ een recent getuigschrift van goed zedelijk gedrag

Voor bijkomende inlichtingen

- ▶ Dr. Peter Bracke, Arts-diensthoud Medische beeldvorming
T + 32 3 650 51 69 - peter.bracke@klina.be
- ▶ Dr. Christine Cuyt, Hoofdarts
T + 32 3 650 50 10 - christine.cuyt@klina.be
- ▶ Dr. Joost Baert, Algemeen Directeur
T + 32 3 650 50 10 - joost.baert@klina.be



Spoodarts

Vacature

AZ Klina in Brasschaat is het acuut referentie- en revalidatieziekenhuis voor patiënten en verwijzers uit de regio Noord-Antwerpen. Het ziekenhuis bestaat uit 3 campussen (campus Klina, campus De Mick en campus Coda) en telt 589 bedden. Meer dan 1700 gespecialiseerde artsen, medewerkers en vrijwilligers gaan elke dag samen voor elke patiënt 'Voluit voor zorg'.

AZ Klina is een innovatieve en lerende organisatie die kwalitatief hoogstaande zorg biedt en die continu wil verbeteren. Wij bieden patiënten een state-of-the-art infrastructuur, de nieuwste technologie en een brede waaier aan medische disciplines.

Profiel

- ▶ We zijn op zoek naar een enthousiast stressbestendige spoedarts, een teamspeler die werk ziet en evidence based uitvoert.
- ▶ Je komt te werken in een groot team waar deeltijds werken mogelijk is en waar collegialiteit tussen artsen en verpleegkundigen hoog in het vaandel wordt gedragen.
- ▶ Je komt te werken op een dienst die al jaren erkend is als opleidingsplaats voor Urgentiegeneeskunde, waar mogelijkheid is tot lesgeven (diverse lessen aan ASO, ook ALS, APLS en ETC in huis), waar kwaliteit van zorgen in de praktijk wordt gebracht en waar elke patiënt grondig kan worden uitgewerkt.

De kandidatuur met begeleidingsbrief moet vóór 28 februari 2025 aangetekend gestuurd worden naar Bart Van Daele, Voorzitter Raad van Bestuur, AZ Klina vzw, Augustijnslei 100, 2930 Brasschaat. Deze moet vergezeld zijn van:

- ▶ een omstandig CV met referenties en aanbevelingen
- ▶ een afschrift van het diploma van arts
- ▶ een recent getuigschrift van goed zedelijk gedrag

Voor bijkomende inlichtingen

- ▶ Dr. Frederik Vandereyken, Arts-diensthoud Spoedgevallen
T + 32 3 650 51 86 - frederik.vandereyken@klina.be
- ▶ Dr. Christine Cuyt, Hoofdarts
T + 32 3 650 50 10 - christine.cuyt@klina.be
- ▶ Dr. Joost Baert, Algemeen Directeur
T + 32 3 650 50 10 - joost.baert@klina.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

www.depiramidemenen.be



‘Ik kan binnen Petticoat mijn muzikale passie kwijt’

PORTRET De muzikale groep Petticoat uit Geel staat al ruim 12 jaar op de planken van theaters en muziekcentra in Vlaanderen. De zes vriendinnen steken met hun optredens bekende en minder bekende nummers in een creatief nieuw jasje en brengen sinds kort ook zelfgeschreven nummers ten gehore. “Ik kan binnen Petticoat mijn muzikale passie kwijt”, zegt huisarts dr. Nore Primus (27).



© Rita Dekkers

De zes meiden van Petticoat kennen elkaar sinds hun kleutertijd in Geel. Ze gingen naar dezelfde school en zongen in het kinder- en jeugdkoor Villanella. Deze vriendschap leidde enkele jaren later tot de oprichting van Petticoat. “Bij de oprichting waren we 16 jaar en hadden geen idee hoe ver Petticoat zou doorgroeien. Vanaf het begin kregen we gelukkig steun van theaterregisseur Luc Stevens, de vader van een van onze leden, wat ons een flinke duw in de rug heeft gegeven”, vertelt Primus.

Volgens de jonge huisarts was het voor Petticoat in het begin aardig zoeken naar de juiste muzikale richting. “We waren als groep zoekende, maar de laatste jaren hebben we onze richting weten te vinden. Door de jaren heen leerden we wat wel en wat niet werkt. Ook binnen de groep hebben we ons zelf ontwikkeld. Iedereen vindt haar eigen sterktes en ontwikkelt een eigen karakter. In het begin waren we meer bezig met alles eerlijk te verdelen, maar nu durven we meer in te spelen op de talenten van ieder lid.”

Met hun nieuwste show ‘Lang zullen we leven!’ viert de groep hun 12-jarig bestaan. “In deze show staan herkenbare mijlpalen uit ons leven centraal, zoals naar school gaan, studeren en beginnen

met werken. We benaderen deze thema’s vanuit het perspectief van jonge twintigers. Daarnaast kijken we ook naar de toekomst en de verschillende levensfases die ons nog te wachten staan”, vertelt Primus. “Onze voorstellingen zijn niet alleen muzikaal, maar bevatten ook theatrale elementen, waarmee we een extra visueel aspect toevoegen. We zingen allemaal, drie van ons spelen piano, van wie twee ook viool, en er is iemand die kleine percussie doet.”



© Petticoat

‘Petticoat vormt voor mij een welkome afwisseling en aanvulling op mijn werk. Ik merk aan mezelf dat ik het ook nodig heb’

– Nore Primus

Eigen nummers

De acts van Petticoat zijn door de jaren heen duidelijk geëvolueerd, zegt Primus. “Aanvankelijk brachten we alleen covers, waaraan we onze eigen draai gaven. Voor onze laatste voorstelling zijn we begonnen met het brengen van zelfgeschreven nummers. Dat maakt het niet alleen extra leuk, maar ook spannend, omdat het echt uit onszelf komt en we ons kwetsbaar opstellen. Bij een cover heb je een origineel waarvan je weet dat het muzikaal werkt

en bij mensen aanslaat. Maar bij een eigen compositie begin je vanaf nul en moet je afwachten hoe het bij mensen binnenkomt en of het hen aanspreekt. De zelfgeschreven nummers sluiten aan bij onze levenswereld en -fases, en dat maakt het oprecht.”

Primus: “Qua zang bezetten we alles; iedereen zingt bijvoorbeeld stukken als sopraan of als alt, en dat wisselen we tijdens het optreden ook af. In het verleden hadden we een nummer waarbij we een bordje voorhielden waarop stond

met welke zangstem we op dat moment zongen. Tijdens het nummer wisselden we voortdurend van zangstem en waren we de hele tijd bezig met het doorgeven van de bordjes, wat resulteerde in een hilarische chaos.”

Full circle

Ondanks dat het beroep van huisarts veel tijd vraagt, is het voor Primus mogelijk om met de groep te blijven optreden. “We treden vooral op in de weekenden en avonden. Ook heb ik

supertoffe collega’s die altijd voor me willen invallen mocht het nodig zijn”, zegt de huisarts. “Petticoat vormt voor mij een welkome afwisseling en aanvulling op mijn werk. Ik merk aan mezelf dat ik het ook nodig heb. Het zou ontzettend jammer zijn mocht het wegvallen. Ik kan er mijn muzikale passie in kwijt, wat me mentaal fris houdt.”

Een bijzonder moment voor de groep was afgelopen december, toen ze in Geel optraden met jeugdkoor Villanella, waarmee het jaren geleden allemaal was begonnen. “Dat was heel speciaal voor ons en voelde als een ‘full circle’-moment, waarin alle ervaringen van de afgelopen jaren samenkamen. We zijn nog steeds beste vriendinnen en het is geweldig dat we dit samen kunnen doen. Daar zijn we trots op”, vertelt Primus. “De afgelopen jaren heeft iedereen bepaalde prioriteiten moeten stellen in haar leven, en dan rijst de vraag in welke vorm we als groep kunnen doorgaan. Maar we delen allemaal hetzelfde doel: samen muziek blijven maken en de mooie kansen grijpen die op ons pad komen. Het mooiste compliment dat ik ooit kreeg was van iemand uit het publiek. Die zei: ‘Ik kan echt zien dat jullie vriendinnen zijn en dat jullie dat ook als groep uitstralen.’”

Floris Cup

>> petticoatmusic.com