

 **TRAVEL & ACADEMY**

**De Inuit-dorpen van Groenland**

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



## Regeerakkoord knaagt aan conventiemodel

**N**a acht maanden onderhandelen is er eindelijk een regeerakkoord 2025-2029. Bepaalde passages daaruit zullen lezers van het boek *10 franke vragen aan Frank* (Artsenkrant, 17 mei 2024) bekend in de oren klinken. In dat boek kondigde oud en nieuw minister van Volksgezondheid Frank Vandenbroucke al aan dat hij het conventiemodel voor zorgverstrekkers grondig wil hervormen.

Volgens het regeerakkoord zal het verschil tussen geconventioneerden en niet-geconventioneerden groter worden. Een piste daarbij is dat geconventioneerde zorgverleners in bepaalde situaties en onder strenge voorwaarden een ‘soepeler tariefsysteem’ kunnen aanbieden met hogere maximumtarieven. Het RIZIV moet een voorstel voor dit nieuwe model uitwerken voor de akkoorden en overeenkomsten die vanaf 2026 in werking treden.

De representatieve organisaties van de zorgverleners zullen worden ‘geresponsabiliseerd’ om hun leden aan te zetten tot conventionering. En als men in de akkoorden- en conventiecommissies niet tijdig tot overeenkomsten komt, zal de regering zelf het initiatief nemen.

Ook de manier waarop de gezondheidszorg-begroting tot stand komt, zal wijzigen. De regering stelt een opdrachtenbrief met beleidsprioriteiten op, waarna het Verzekeringscomité een begrotingsvoorstel doet. Dat wordt eerst aan de regering voorgelegd voor er in de Algemene Raad van het RIZIV over wordt gestemd. Dit nieuwe proces moet een herhaling van de impasse bij de begrotingsopmaak voor 2025 voorkomen.

E.D.

Consensus bij ethische thema's	2
Het regeerakkoord over artsen en ziekenhuizen	3
'Goede zaak voor continuïteit van beleid'	4

# Ziekenhuizen voorbereid op overstromingen?

In ons vorige nummer onthulden we dat 26 Vlaamse ziekenhuis-campussen met een spoeddienst bij hevige regenval kwetsbaar zijn voor pluviale overstromingen. Artsenkrant vroeg deze ziekenhuizen of ze zich bewust zijn van dit risico, of ze al problemen hebben ondervonden en welke maatregelen ze hebben genomen.

**V**an de 26 aangeschreven ziekenhuizen hebben er 21 gereageerd. Zij zijn er zich terdege van bewust dat hun campus in overstromingsgevoelig gebied ligt dat met wateroverlast te maken kan krijgen.

Het is een thema dat leeft, zegt Dirk Van Gorp, directeur facilitaire diensten van het Noorderhartziekenhuis in Pelt. “Als technisch directeurs of facilitair directeurs overleggen we regelmatig met elkaar. Een aantal collega's was wel verrast nadat de VMM in 2021 – na de watersnoodramp in Wallonië – de overstromingsrisico's heeft herberekend, waardoor zij plots ook in overstromingsgevoelig gebied bleken te liggen.”

Sommige ziekenhuizen wijzen er op dat ze al decennia op dezelfde locatie gevestigd zijn, en dat het risico op overstromingen vroeger anders werd ingeschat. Als er toen al sprake was van overstromingsgevaar, hield men alleen rekening met fluviële overstromingen, dus van rivieren en beken in de buurt. Pluviale overstromingen staan nog niet zo lang op de agenda.

“Het Middelheimziekenhuis ging open in 1970 en is dus 55 jaar oud. Het klimaat is sindsdien erg

geëvolueerd, ook op vlak van neerslag”, luidt het bij ZAS. Het Jan Yperman ziekenhuis in Ieper laat weten dat het werd gebouwd in zones die op het moment van de bouw niet als overstromingsgevoelig ingekleurd stonden. Toch werd er toen al gedacht aan mogelijk overstromingsgevaar: “Het ziekenhuis is op een hoger gelegen perceel gebouwd, te midden van weilanden en akkers. Die vormen intussen een gloednieuw stadspark – de perfecte buffer bij mogelijke wateroverlast.”

AZ Diest erkent het risico, maar wijst er tegelijk op dat de overstromingsgevaar- en risicokaarten van de VMM geen rekening houden met maatregelen die de afgelopen jaren zijn genomen. Zo heeft de VMM in de Stad Diest werken uitgevoerd aan de Grote Steunbeer, een constructie die toelaat het waterpeil te regelen in de zijarm van de Demer waarlangs het ziekenhuis is gelegen.

Het Heilig Hartziekenhuis in Leuven heeft in 2024 een eigen risicoanalyse uitgevoerd. Hieruit bleek dat er voor het ziekenhuis geen groot risico bestaat.

E.D.





Erik Derycke

# Consensus bij ethische thema's

## Waterland

**G**oed nieuws is geen nieuws, luidt een journalistieke wijsheid. Als ik eerlijk ben: ik had een ander artikel in gedachten toen ik me voornam te onderzoeken of onze ziekenhuizen voorbereid zijn op wateroverlast.

De 21 ziekenhuizen in gevaarzones die op onze vragen antwoordden, blijken zich – gelukkig – terdege bewust van het probleem (naar de andere hebben we het raden). Ze buigen zich over overstromingsgebieden en bufferbekkens, of installeren middelen om water buiten te houden. En ze doen dat niet alleen: ze werken samen met lokale, provinciale en gewestelijke overheden en met andere hulpdiensten. Een dergelijke proactieve houding is lovenswaardig.

Tot zover het goede nieuws. Gelukkig kan ik nog op twee onderschatte risico's wijzen. Ten eerste: volgens onze gesprekspartners bij de VMM wordt bereikbaarheid bij overstromingen nog te vaak over het hoofd gezien. Ook ziekenhuizen die volgens de gevaarkaarten niet in overstromingsgevoelig gebied liggen, dreigen bij zware regen afgesneden te worden van de buitenwereld. Een ziekenhuis op een eiland, als het ware.

Ten tweede: onze overheden leveren nog steeds vergunningen af om te bouwen in overstromingsgevoelig gebied – ook voor ziekenhuizen. Daar zouden we beter mee stoppen, want anders blijft het dweilen met de kraan open.



**VERVOLG COVER** Diverse ethische thema's worden kort aangehaald in het regeerakkoord met bijzondere aandacht voor het begin en het einde van het leven.

**B**ij de vorming van de regering De Croo had CD&V bedongen dat er binnen de regering consensus moest worden bereikt over een eventuele uitbreiding van de periode waarbinnen abortus kan worden uitgevoerd. Dat leidde bij met name Open VLD en PS tot veel frustratie en ook Vooruit voelde zich in zekere zin gegijzeld.

Hoewel onder meer Frank Vandenbroucke tijdens een debat aan de VUB verklaarde niet meer in dezelfde situatie terecht te willen komen, lijkt CD&V – dit keer met steun van N-VA – opnieuw zijn slag thuis te halen. “We zetten het maatschappelijk debat rond de vrijwillige zwangerschapsafbreking verder op basis van het rapport van het expertencomité. Na

consensus tussen de meerderheidspartijen passen we de huidige abortuswetgeving aan”, luidt het in het regeerakkoord.

Ook dat andere heikele ethische thema – euthanasie – krijgt een plaats in het regeerakkoord. De uitbreiding van de voorafgaande wilsverklaring voor personen met wilsonbekwaamheid omwille van dementie zal op wetenschappelijke basis worden onderzocht. Dat moet leiden tot een antwoord op de vraag onder welke voorwaarden het haalbaar is. Als leidraad geldt dat er voldoende aandacht moet worden besteed aan de bescherming van de wilsonbekwame persoon en van de zorgverstrekker die de vraag tot euthanasie inwilligt op basis van de voorafgaande verklaring.

Keren we terug naar het begin van het leven. De regering vindt het belangrijk dat iedereen zijn eigen afkomst kent, dus ook donorkinderen. Daarom schaft ze anonieme sperma- of eicel-donatie af. Discreet bevallen – wat niet hetzelfde is als anoniem bevallen – blijft mogelijk. Bij een discrete bevalling worden de gegevens van de moeder genoteerd en kan men die later indien gewenst opvragen. De regering wil tevens een wetgevend kader ontwikkelen voor altruïstisch hoogtechnologisch draagmoederschap waarbij er geen genetische band is tussen de draagmoeder en het kind. Met een vooraf bij de familierechtbank afgesloten overeenkomst krijgen de wensouders vanaf de geboorte automatisch alle ouderlijke rechten. Ook alleenstaande wensouders en LGBT+-koppels komen hiervoor in aanmerking. Draagmoederschap uit financiële overwegingen wordt verboden.

Filip Ceulemans

# 108.680

In 2024 zijn er 108.680 geboorten geregistreerd. Dat cijfer ligt 4,6 procent lager dan in de periode van 2020 tot 2023, waar gemiddeld 113.861 geboorten per jaar werden geteld (Statbel).

**Els Hertogen**, algemeen directeur van 11.11.11, in *De Tijd*.

Geen geld voor ontwikkelingssamenwerking klinkt abstract en daadkrachtig, een cijfer op een begrotingslijn. Maar in de praktijk? Het betekent dat ergens, op dit moment, een arts zijn laatste dosis medicatie toedient, wetende dat er morgen niets meer is.

# De artsen in het regeerakkoord...

**VERVOLG COVER** Huisartsen en specialisten worden niet vergeten in het regeerakkoord van de Arizona-regering. Een niet-exhaustief overzicht van enkele opmerkelijke initiatieven die rechtstreeks impact hebben op de artsen.

**M**et de 'verantwoordelijke behandelende arts' creëert de regering een nieuwe functie. Deze arts, bij voorkeur de huisarts, krijgt een coördinerende rol bij het opvolgen en begeleiden van patiënten in langdurige arbeidsongeschiktheid en treedt op als eerste contactpersoon in de communicatie met de adviserend arts en de arbeidsarts. Dit kadert in de strijd van de regering tegen langdurige arbeidsongeschiktheid. In datzelfde kader wil de regering artsen die meer en/of voor langere periodes arbeidsongeschiktheid voorschrijven responsabiliseren.

Een passage in het regeerakkoord die ongetwijfeld nog veel inkt zal doen vloeien en discussies uitlokken, stipuleert dat een nomenclatuurhervorming bepaalde specialismen die met tekorten kampen aantrekkelijker moet maken en dat de tijd die wordt besteed aan luisteren, communiceren en coördineren

meer waarde moet krijgen. Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid Frank Vandenbroucke (Vooruit) liet al weten daar in 2026 tot een doorbraak te willen komen.

## Administratie

De hoge administratieve werklast is al langer een doorn in het oog van het medisch korps. De regering wil van een wit blad starten en enkel de hoogstnoodzakelijke administratie opnemen in een zogenoemde basislijst. Maximale digitalisatie en het 'only-once'-principe moet ook bijdragen tot minder administratieve rompslomp. De regering wil tevens werk maken van "een dynamisch medisch kadaster" om in overleg met de gemeenschappen een antwoord te bieden aan objectiveerbare behoeften en zo de artsenquota te verhogen.

De regering behoudt het principe van de vergoeding per prestatie, maar laat ruimte voor nieuwe financieringsmo-



dellen die interdisciplinaire samenwerking, zorgcontinuïteit, beschikbaarheid en preventie stimuleren. Voorts wil de regering werk maken van wat het een zuiver honorarium noemt.

Binnen de ziekenhuizen blijft co-governance een belangrijk principe

waarbij naast bestuurders ook artsen betrokken worden bij het beheer van de budgetten, die maximaal moeten worden ingezet om kwaliteitsvolle zorg aan te bieden.

Filip Ceulemans

## ... en de ziekenhuizen

**De nieuwe federale regering wil verdergaan met de fundamentele hervorming van de ziekenhuisfinanciering en de hertekening van het ziekenhuislandschap.**

**H**et huidige financieringsmodel wordt vervangen door een pathologiegestuurde basisfinanciering (waarbij een ziekenhuis per opname voor een specifieke aandoening een forfaitair bedrag ontvangt). Daarnaast krijgen ziekenhuizen ook een 'significant' budget op basis van 'pay for performance', wat moet aanzetten tot meer zorgvuldigheid en kwaliteit. De financiering zal voldoende rekening houden met sociale kenmerken van de populatie. Er komt ook een budget voor innovatieve investeringen.

De hervorming van de ziekenhuisfinanciering is niet los te zien van de nomenclatuurhervorming. Daarom moet het RIZIV in overleg met de FOD VVVL nog dit jaar een geïntegreerd voorstel over de ziekenhuis- en nomenclatuurhervorming overmaken. De regering zal daarop evenwel niet wachten om ereloonsupplementen in ziekenhuizen te beperken. Ze belooft wel overgangsmaatregelen zodat ziekenhuizen adequaat gefinancierd blijven.

De regering zal de procedure en timing voor deze hervorming in overleg met zorgverleners, ziekenhuizen en zieken-

fondsen afspreken, maar houdt een stok achter de deur: "Bij gebrek aan consensus onder de actoren, neemt de regering zelf beslissingen tegen eind 2026 over de hervorming en over de eventueel stapsgewijze invoering ervan."

## Ziekenhuislandschap

Ook aan de hervorming van het ziekenhuislandschap wordt verder gewerkt, in overleg met de deelstaten. Een eerste pijler is de omvorming van acute bedden naar bedden voor chronische patiënten, met daaraan gekoppeld een herschikking van ziekenhuissites en aantal bedden, en een verdere shift naar dag- en thuishospitalisatie.

De tweede pijler is de rationalisering van het aanbod, want het is "inefficiënt om identieke ziekenhuisactiviteiten te handhaven op locaties die slechts

enkele kilometers van elkaar verwijderd zijn." De regering wil daarom de locoregionale ziekenhuisnetwerken evalueren en in samenspraak met de gemeenschappen waar nodig herteekenen. Hooggespecialiseerde zorg wordt geconcentreerd in expertisecentra als dat noodzakelijk is voor de zorgkwaliteit. Die expertisecentra moeten op basis van objectieve kwaliteits- en kwantiteitscriteria worden aangeduid, en zowel universitaire als algemene ziekenhuizen kunnen een expertisecentrum worden.

Een onafhankelijke taskforce van experts moet al tegen 1 juli van dit jaar een globaal plan voor deze hervorming voorstellen, rekening houdend met de bestaande studies van het KCE.

E.D.



# ‘Goede zaak voor continuïteit van beleid’

**REGEERAKKOORD** AADM, ASGB/Kartel en BVAS reageren op het regeerakkoord en op de herbenoeming van Frank Vandenbroucke op Volksgezondheid. Ze verwachten dat de minister zijn hervormingen doorvoert in overleg met de artsen.

De syndicaten verwachten dat minister Vandenbroucke zijn hervormingen doorvoert in overleg met de artsen.



**A**lliance Artsenbelang Domus Medica (AADM) vindt het voor de continuïteit van het beleid alvast een goede zaak dat Vandenbroucke opnieuw minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid wordt. “[Hij] kan zonder inwerkperiode voortwerken aan lopende en nieuwe dossiers. Dit garandeert de voortzetting van eerder ingezette beleidslijnen en biedt de mogelijkheid om huidige en geplande hervormingen verder uit te werken. Zo blijft de visie behouden en kunnen belangrijke projecten worden voortgezet.”

“We mogen als artsen blij zijn met iemand die deze bevoegdheid bewust kiest en daarmee toont dat hij zich ervoor wil inzetten”, richt ASGB zich tot de minister. “U heeft deze complexe taak ook de voorbije jaren met toewijding opgenomen, en uw dossierkennis en politiek inzicht zijn ongeëvenaard.”

Ook BVAS-voorzitter dokter Johan Blanckaert zegt dat ervaring en continuïteit een belangrijke troef zijn in een periode waarin de gezondheidszorg voor grote uitdagingen staat, zoals de vergrijzing, de toenemende druk op

zorgverstrekkers en de nood aan modernisering.

## Oproep tot dialoog

Toch benadrukt BVAS dat continuïteit op zichzelf geen doel mag zijn. “Een effectieve gezondheidszorg vereist eerst en vooral een volwaardige dialoog met alle betrokken partners. Artsen spelen hierin een cruciale rol en wensen erkend te worden als essentiële actoren binnen de noodzakelijke hervorming van het gezondheidslandschap.” Artsen willen niet alleen als uitvoerders worden beschouwd, maar als volwaardige partners in de toekomst van de gezondheidszorg, aldus nog BVAS.

ASGB vraagt om nauwe afstemming met het werkveld en erkenning van de expertise en ervaring van artsen, om te

komen tot hervormingen die efficiënt en billijk zijn, en gedragen worden door degenen die ze dagelijks in de praktijk brengen. “We geloven in het overlegmodel en rekenen erop dat deze dialoog een centrale rol speelt in de verdere uitwerking van het gezondheidsbeleid.”

Ook volgens AADM kan een doeltreffend gezondheidsbeleid alleen slagen wanneer het in samenwerking met zorgverleners wordt uitgewerkt en uitgevoerd.

## Coherente visie

AADM vindt het positief dat de regering de versnippering van het gezondheidszorgbeleid aan wil pakken. Ook de nadruk op de principes van doelmatige zorg en geïntegreerde zorg beschouwt AADM als een positieve evolutie.

Als het gaat over het verminderen van administratieve lasten voor artsen, is het regeerakkoord echter niet consequent, vindt AADM: de invoering van het geschiktheidsattest (*fit note*) en de reductie van het aantal toegelaten ziekte-dagen zonder attest van drie naar twee hebben juist het tegenovergestelde effect.

Ook is AADM bezorgd over de aangekondigde sancties voor artsen die vaker of voor een langere periode arbeidsongeschiktheid voorschrijven – dat is overigens niet de enige keer dat in het regeerakkoord sprake is van het sanctioneren van artsen.

AADM benadrukt dat artsen in de eerste plaats ondersteuning nodig hebben om hun werkwijze aan te passen. “Momenteel ontbreekt het vaak aan duidelijke en toegankelijke informatie over hun eigen voorschrijfgedrag, wat het moeilijk maakt om hierin bij te sturen.” Een louter sanctionerende aanpak en communicatie leidt bovendien tot frustratie bij artsen.

## Ziekenhuizen

ASGB wijst erop dat er in de gezondheidszorg vandaag veel werven zijn – waarvan Vandenbroucke er zelf een reeks is opgestart. De ziekenhuisherleving, de nomenclatuurhervorming en de uitdagingen in de farma zijn cruciale dossiers die om inzicht, continuïteit en expertise vragen. Er zal ook medische expertise nodig zijn om binnen de projecten de best mogelijke zorg te realiseren.

ASGB merkt op dat Vandenbroucke tot nu toe vooral de focus heeft gelegd op het versterken van de eerste lijn, en vraagt ook aandacht voor de financiële situatie van ziekenhuizen en de toenemende belasting op ziekenhuisartsen.

## Verder kijken

Anders dan politici kijken artsen verder dan de duur van een legislatuur, zegt ASGB, dat hoopt dat de minister gaat voor hervormingen die niet alleen toekomstgericht en robuust zijn, maar ook werkbaar blijven in de praktijk en billijk voor artsen die van patiëntenzorg hun levenslange roeping maken.

BVAS wil zich blijven inzetten voor een sterke en werkbare gezondheidszorg waarin de expertise van artsen ten volle wordt benut. “Wij ondersteunen hervormingen die de kwaliteit en toegankelijkheid van zorg verbeteren, maar verwachten daarbij wel respect voor de artsen en hun essentiële bijdrage aan de zorg.”

**Erik Derycke**

**‘Een effectieve gezondheidszorg vereist eerst en vooral een volwaardige dialoog met alle betrokken partners’**  
– Johan Blanckaert (BVAS)

# Een focus op Milde Bovenste Luchtweginfecties

( 'Mild Upper Respiratory Tract Infections' - MURTI's )

## Position paper\*

### De behandeling van milde bovenste luchtweginfecties - een position paper met best practice aanbevelingen

door Smith A, Kardos P, Pfaar O, Randerath W, Estrada Riobos G, Braidó F, Sadofsky L.  
Drugs Context. 2023;12:2023-4-2.

\* Multidisciplinair internationaal panel van deskundigen (o.a. apothekers, artsen en wetenschappers uit verschillende disciplines, waaronder gezondheidspsychologie, respiratoire geneeskunde, KNO, allergologie en slaapgeneeskunde)

In een recente position paper werden de pathogenese en behandeling van milde bovenste luchtweginfecties besproken. De position paper stelt een leidraad op voor de behandeling van deze patiënten en richt zich op onderstaande 3 peilers:



#### Surf naar

<https://course.roulartahealthcare.be/rhc/luchtweginfecties>

#### of scan de QR code voor:

- een video samenvatting van deze position paper
- korte interviews met enkele experten uit deze position paper: Dr. Kardos, Dr. Sadofsky en Prof. Dr. Randerath
- Handige leermodules over de thematiek in deze position paper, bvb. de impact van stress en slaap op ons immuunsysteem, de fasen van een verkoudheid en hun behandeling, of de virussen die milde luchtweginfecties veroorzaken

## WEBINAR met:



Prof Dr Peter Hellings  
(Arts-specialist NKO)



Dr Kevin Raemdonck  
(Huisarts)



Apr. Ann Herzeel  
(Apotheker)

### In dit webinar lichten deze 3 Belgische experts hun visie toe:

- Wat zijn milde **bovenste luchtweginfecties**?
- Welke **zorgverleners** dienen betrokken te zijn in het management?
- Hoe kunnen ze **gemanaged** en/of **behandeld** worden?



#### Surf naar

<https://course.roulartahealthcare.be/rhc/luchtweginfecties-webinar>

#### of scan de QR code





Dr. Linde Tilley krijgt de Prijs van de Vlaamse en Brusselse huisarts 2024 uit handen van Domus Medica-voorzitter Jeroen van den Brandt.

# Linde Tilley: 'Het is belangrijk van mensen te houden'

**PRIJS** De Gentse huisarts Linde Tilley werd tijdens de Jaarstarter van Domus Medica gehuldigd als laureaat van de Prijs van de Vlaamse en Brusselse huisarts 2024.

**D**e collega die ik mag voorstellen, is een collega die zorgt voor verbinding op veel vlakken, gaf dr. Sarah Thooft, secretaris van de Gentse Huisartsenvereniging, van bij het begin van haar laudatio aan waarom niemand anders dan dr. Linde Tilley de Prijs van de Vlaamse en Brusselse huisarts 2024 verdient. "Deze prijs is een welverdiende erkenning voor haar tomeloze inzet, haar uitzonderlijke vaardigheden in verbindend leiderschap en haar onmiskenbare bijdrage aan de gezondheidszorg. Haar werk als huisarts, haar betrokkenheid bij de maatschappelijke zorg en haar onophoudelijke inzet voor onze huisartsenkring zijn stuk voor stuk fenomenaal en inspirerend."

De uitbouw van betere zorgstructuren in de psychosociale zorg, opleidingen rond intrafamiliaal geweld, de uitbouw van lokale netwerken voor geestelijke gezondheidszorg en actieve medewerking aan het kennisdomein psychosociale zorg van Domus Medica zijn maar enkele van de terreinen waarop Linde Tilley actief is. Met het project 'Tussen de Lijnen' sloeg ze in

Gent de brug tussen specialistische geestelijke gezondheidszorg en de eerste lijn. Als bestuurder van het Gents ziekenhuisnetwerk en als trekker van het overleg tussen de Gentse ziekenhuizen en de huisartsenkring strijdt ze voortdurend voor transmurale zorg.

"Haar leiderschap was van cruciaal belang tijdens de coronapandemie", vervolgde Sarah Thooft. "Haar kalme en doortastende aanpak hielp ons doorheen de crisis, terwijl ze tegelijkertijd jonge huisartsen steunde en hen de kans gaf te groeien en te bloeien in het vak. Ze combineerde haar rol als huisarts feilloos met die als kringvoorzitter, crisismanager en stagecoördinator." Via video zong met Lilly Willems ook een van de vorige Gentse laureaten van de prijs (2015) de lof van Linde Tilley. "Je bent voorzitter van de huisartsenvereniging, je werkt bij het ICHO, je hebt een eigen praktijk, je hebt een gezin en hobby's. Al die ballen in de lucht houden, kost zeer veel inzet en zeer veel energie. De prijs die je krijgt, is een bijzonder teken van waardering omdat hij wordt toegekend door collega's."

Als fervent lezer haalt Linde Tilley veel inspiratie voor haar werk in boeken, zei ze in haar dankwoord. "De vele verhalen die ik las, leerden me van mensen te houden. Als hulpverlener is het belangrijk om van mensen te houden en hun verhaal goed te lezen. Uit dat verhaal leer je vaak dat lichamelijke klachten verbonden zijn met psychische klachten, en omgekeerd. Je leert dat sociale problematiek vaak aan de basis ligt van een deel van de problematiek waarmee patiënten kampen. De gezondheidskloof is een reëel gegeven."

Daarom moet de zorgverstrekker een hart hebben voor mensen. Door te luisteren kom je tot doelgerichte oplossingen. Samen met de patiënten zoeken naar diens levensdoelen en dat omzetten naar een praktisch zorgplan geeft een zeer bevredigend gevoel. Ik ben dan ook heel dankbaar voor alle verhalen die bij mij op raadpleging langskomen en die ik kan aanhoren door de bijzondere band die huisartsen hebben met hun patiënten. Het verhaal van mens tot mens is erg belangrijk."

Filip Ceulemans

## Rijk palmares

**D**e Prijs van de Vlaamse en Brusselse huisarts werd in 1970 als tweejaarlijkse prijs in het leven geroepen door de toenmalige Wetenschappelijke Vereniging van Vlaamse Huisartsen (WVVH). In 2006 nam Domus Medica het stokje over en maakte er meteen een jaarlijkse prijs van. De laureaat moet zich verdienstelijk hebben gemaakt op het gebied van navorming, wetenschappelijk onderzoek en de uitbouw van de eerstelijnszorg. Wie de erelijst bekijkt, krijgt een mooi

beeld van waar de huisartsgeneeskunde in Vlaanderen voor staat. Een van de grootste verdiensten van de prijs is dat hij niet enkel academici bekroont, maar vooral ook aandacht heeft voor huisartsen die met twee voeten in het beroep staan. De laatste laureaten leveren daarvan een duidelijk bewijs. De meest symbolische prijs werd in 2021 uitgereikt aan alle Vlaamse en Brusselse huisartsen die het voorgaande jaar het beste van zichzelf gaven in de moeilijke covid-19-periode.

# Novo Nordisk bekroont innovatief onderzoek over de rol van voeding bij type 2-diabetes

Op 29 januari werd de tweejaarlijkse Novo Nordisk Prijs voor diabetologie, editie 2023-2024, uitgereikt aan prof. dr. Roman Vangoitsenhoven (UZ Leuven & KU Leuven). Zijn onderzoek spitst zich vooral toe op de rol van voeding in de ontwikkeling en ommekeer van type 2-diabetes.

De jury, onder voorzitterschap van prof. dr. Christophe De Block, diensthoofd Endocrinologie, Diabetes en Metabole ziekten van het UZA, loofde de combinatie van labo-onderzoek en klinisch werk door prof. dr. Roman Vangoitsenhoven. "Hij heeft ook de gave om kritisch te staan tegenover eigen bevindingen – dat is het kenmerk van een goede onderzoeker", zei prof. dr. De Block.

## De invloed van voeding

Op de prijsuitreiking gaf prof. dr. Vangoitsenhoven een overzicht van zijn onderzoek naar diabetes, te beginnen bij zijn doctoraat. "Mijn onderzoek begon met studies over voedselveiligheid, waarbij we ontdekten dat een bepaald toxine in slecht bewaard voedsel schadelijk kan zijn voor de bèta-cellen die insuline produceren", vertelde hij een geboeid publiek.

"In het tweede deel voerde ik labostudies uit. We lieten muizen eerst aankomen en vervolgens afvallen met verschillende diëten. Het bleek dat gewichtsverlies op zich goed is voor de gezondheid en de bloedsuikerregulatie, maar dat afvallen met een gezond dieet een veel grotere positieve impact heeft op de algehele gezondheid dan een ongezond, erg vetrijk dieet. We moeten natuurlijk voorzichtig zijn met het interpreteren van die resultaten, aangezien het onderzoek niet bij mensen is gebeurd. Voedingsstudies bij mensen zijn overigens zeer moeilijk uit te voeren, omdat het zeer complex is om exact te meten welke voedingsstoffen en welke hoeveelheden ze effectief binnenkrijgen."

## Klinische praktijk

Na zijn doctoraat trok prof. dr. Vangoitsenhoven naar de Cleveland Clinic, een toonaangevend centrum voor obesitaszorg in de V.S. "We stelden daar vast dat mensen met type 1-diabetes na een bariatrische ingreep wel het voordeel hebben van gewichtsverlies, maar dat hun suikerregulering niet verbetert. Dat kunnen we meenemen naar de klinische praktijk: als mensen in een behandelingstraject voor overgewicht stappen, is het belangrijk om na te kijken of ze diabetes hebben, en zo ja, welk type, omdat sommige mensen met diabetes zeer goed reageren op bariatrische chirurgie en anderen minder."

Tijdens de covid-19 pandemie onderzocht prof. dr. Vangoitsenhoven of mensen met type 1-diabetes een hoger risico hadden om ernstig ziek te worden. "Dat bleek niet het geval, wat een hele geruststelling was." Lopend onderzoek van prof. dr. Vangoitsenhoven spitst zich toe op de effectiviteit van obesitasmedicatie, de invloed van het hedonistisch systeem in de hersenen en van het microbioom op eetgedrag, en op monitoring met sensoren bij type 2-diabetes.

## Verder onderzoek nodig

Sinds 1990 erkent Novo Nordisk belangrijk onderzoek in diabetologie. In aanmerking komt onderzoek naar verschillende vormen van diabetes en hun complicaties, inclusief epidemiologische, etiologische, fysiologische, klinische en therapeutische aspecten. "Door de jaren heen hebben we zo al talloze wetenschappers en onderzoekers erkend die de grenzen verleggen in het onderzoek en de strijd tegen diabetes", zegt Axel De Muyt, General Manager van Novo Nordisk Belgium. Het bedrag van de Novo Nordisk Prijs (8.000 euro) is bedoeld om verder onderzoek te financieren. "Diabetes blijft een hardnekkige uitdaging, zowel wereldwijd als in België. In 2022 was bij 7,1% van de Belgische bevolking diabetes vastgesteld<sup>(1)</sup>" zegt Veronique Deschamp, Medisch Directeur van Novo Nordisk Belgium. "In zowel type 1- als type 2-diabetes zijn er onvervulde noden die een impact hebben op patiënten, gezondheidszorgsystemen en samenlevingen wereldwijd. Dit betekent dat ons werk nog lang niet gedaan is



V.l.n.r.: Axel De Muyt (Novo Nordisk), Prof. Roman Vangoitsenhoven (KU Leuven), Prof. Christophe De Block (UZ Leuven), Veronique Deschamp (Novo Nordisk)

en dat onze inzet voor onderzoek en innovatie onveranderd blijft."

Al meer dan een eeuw loopt Novo Nordisk voorop in de diabeteszorg en -behandeling. Onze missie is duidelijk: diabetes stoppen, omkeren en uiteindelijk genezen. Wij streven naar een toekomst waarin mensen langer en gezonder kunnen leven zonder deze ziekte. Een nieuwe editie van de Novo Nordisk prijs 2025-2026 wordt alvast ingepland.

## Laureaten Novo Nordisk Prijs

- 1991 – 1992: Prof. André Scheen (ULg)
- 1993 – 1994: Prof. Françoise Fery (ULB)
- 1995 – 1996: Prof. Frans Gorus (VUB)
- 1997 – 1998: Prof. Bart Keymeulen (VUB)
- 1999 – 2000: Prof. Frans Schuit (VUB)
- 2001 – 2002: Prof. Kristien Van Acker (UIA)
- 2003 – 2004: Prof. Miriam Cnop (ULB)
- 2005 – 2006: Prof. Chantal Mathieu (KU Leuven)
- 2007 – 2008: Prof. Ilse Weets (VUB) & Prof. Katelijn Decochez (VUB)
- 2009 – 2010: Prof. Pieter Gillard (KU Leuven)
- 2011 – 2012: Prof. Jean-Christophe Philips (ULg)
- 2013 – 2014: Prof. Geert Martens (VUB)
- 2015 – 2016: Prof. Christophe De Block (UZ Leuven)
- 2017 – 2018: Prof. Nico De Leu (VUB)
- 2019 – 2020: Prof. Katrien Benhalima (KU Leuven)
- 2021 – 2022: Prof. Willem Staels (VUB)
- 2023 – 2024: Prof. Roman Vangoitsenhoven (KU Leuven)

(1.) Sciensano. Niet-Overdraagbare Aandoeningen: Diabetes, Health Status Report, 08 Augustus 2024, Brussel, België, <https://www.gezondbelgie.be/nl/gezondheidstoestand/niet-overdraagbare-aandoeningen/diabetes>



# DRA: een wapen in de strijd tegen dementie

**COMPETENTIEDELING** Vanaf 1 maart gaan 31 Dementie ReferentieArtsen, ofwel DRA's, officieel van start. Zij moeten andere artsen ondersteunen bij de zorg voor een patiënt met dementie en hun naasten.

**V**laanderen (inclusief Brussel) telt momenteel ongeveer 150.000 patiënten met dementie. Prognoses gaan ervan uit dat hun aantal tegen 2070 zal verdubbelen. Huisartsen zullen er steeds vaker mee worden geconfronteerd. De problematiek is ook niet nieuw. Al sinds 2005 spelen Jurn Verschraegen, directeur van het Expertisecentrum Dementie Vlaanderen, en prof. Jan De Lepeleire met het idee naar analogie met de CRA ook te voorzien in een opleiding tot DRA.

## Vervlechting

Het was wachten tot mei 2023 alvorens een eerste lichting artsen de opleiding kon volgen. In mei van dit jaar start al een derde opleidingscyclus. "Het mooie aan de DRA-functie is dat je meteen de vervlechting ziet tussen diverse disciplines", stelt Domus Medica-voorzitter dr. Jeroen van den Brandt vast. "Onder de deelnemers bevinden zich huisartsen, geriater, CRA's, een psychiater, een neuroloog, een ethicus en een klinisch bioloog die zich na zijn carrière heeft omgevormd tot palliatief en Leif-arts. Eigenlijk ontstaat hier al een multidisciplinaire ploeg met partners uit de eerste en de tweede lijn."

Vanaf 1 maart kunnen (huis)artsen de 31 aangestelde DRA's raadplegen. "De taak van de DRA is drieledig", legt dr. Joke Pauwelyn, projectleider Dementie ReferentieArts bij Expertisecentrum Dementie Vlaanderen, uit. "In de eerste plaats moet hij of zij advies en ondersteuning bieden aan het gezondheidsnetwerk van collega-artsen. De tweede taak ligt in het uitbouwen van dat regionale netwerk. Vanuit dat netwerk kan hij als een soort loketfunctie vragen dispatchen naar de meest geschikte zorgverstrekker of instantie bij een bepaald probleem. Dit kan dankzij de medewerking van de regionale Expertisecentra

Dementie en de Eerstelijnszones. Ten derde, maar dat is op iets langere termijn, moet hij instaan voor bijscholing van collega's. Waarom niet elk jaar in de huisartsenkring een nascholing voorzien? Het zijn drie uiteenlopende, maar even belangrijke taken."

## Schakelmomenten

Een vrees die bij sommige DRA's leeft, is of ze wel voldoende tijd zullen hebben om al deze taken op zich te nemen. Bovendien is er op dit moment niet echt een adequate vergoeding voorzien. "De meeste DRA's doen dit met volle goesting, maar voor deze bescheiden financiering kunnen wij slechts een beperkt aantal taken invullen", zegt Joke Pauwelyn.

De ondersteunende en adviserende rol van de DRA komt vooral tot uiting op belangrijke schakelmomenten in het dementieproces. "Bij elk schakelmoment in de dementiezorg moet je eerst nagaan of er een onderliggende medische oorzaak is, waarom het gedrag van de patiënt of diens situatie verandert", vervolgt Joke. "Op dat moment is het belangrijk ondersteuning te krijgen van een team. Op die manier kunnen foute beslissingen vermeden worden. Ik denk dan aan een onnodige hospitalisatie of een vroegtijdige verhuis naar een woonzorgcentrum. Wordt een schakelmoment niet goed gemanaged dan krijg je een crisissituatie. Het is het moment waarop ook mantelzorgers afhaken. Op zo'n momenten moet de huisarts ondersteund worden en kan hij een beroep doen op de DRA."

## Onbegrepen gedrag

"Door de samenwerking en het beroep dat een arts kan doen op de DRA willen we vroegtijdig problemen kunnen inschatten en sneller schakelen", pikt Gunther D'hanis, huisarts in Hemiksem en senior-arts van het expertisedomein chronische aandoeningen



Dr. Joke Pauwelyn, projectleider Dementie ReferentieArts bij Expertisecentrum Dementie Vlaanderen, op de foto met dr. Steven Vandaele: "In de eerste plaats moet de DRA advies en ondersteuning bieden aan het gezondheidsnetwerk van collega-artsen."

van Domus Medica, in. "Vergelijk het een beetje met palliatieve zorg. Daar heb je een palliatieve equipe met een palliatief arts die de behandelende arts kan bijstaan. Het is niet de bedoeling dat de DRA dementiezorg overneemt. De huisarts hoeft niet te wachten tot een schakelmoment om de DRA in te schakelen. De DRA kan bijvoorbeeld om advies worden gevraagd bij onbegrepen gedrag van de patiënt met dementie, zowel in de thuiszorg, in kortverblijf als na een ziekenhuisopname. Op die manier kan onnodige medicatie mischien vermeden worden."

Vanaf 1 maart is nagenoeg heel Vlaanderen gedekt met een netwerk van DRA's. "Het doel was om in elke eerstelijnszone een DRA te hebben", legt Joke Pauwelyn uit. "Het was ook al snel duidelijk dat we moesten werken met een duo van DRA's bestaande uit een huisarts en een ziekenhuisarts. De eerstelijnsproblemen kunnen door het combineren van eerstelijnsexpertise met gespecialiseerde zorg worden aangepakt."

Via de website huisartsendementie.be kan een DRA in de buurt worden opgezocht. Het regionale DRA-team beslist wie de meest geschikte DRA is om de vraag te beantwoorden. "We vragen hen de tussenkomst te registreren zodat

we over heel Vlaanderen het aantal en het soort interventies in kaart kunnen brengen om daarmee naar de overheid te stappen", vervolgt Joke Pauwelyn. "Samen met het kabinet wordt bekeken onder welke voorwaarden het DRA-project wordt verlengd. De ontwikkelingen met betrekking tot het interfederaal plan geïntegreerde zorg zijn hiervoor richtinggevend. Hierbij zal verbinding worden gezocht met de concepten van taakdelegatie, subsidiariteit, zorgcoördinatie en casemanagement. In die optiek moeten we kijken hoe de huidige invulling van de DRA kan evolueren. De DRA-functie kan als concrete toepassing dienen voor de uitbouw van doelgerichte en geïntegreerde zorg." Hoewel er geen buitenlandse voorbeelden zijn van DRA's en hun unieke focus op dementie, verwijst Jeroen van den Brandt wel naar onze noorderburen. "In Nederland heb je de zogenoemde kaderartsen die werken rond onder meer ouderenzorg, diabetes, GGZ... Het is een belangrijk model om de eerste lijn en de chronische zorg voor kwetsbare ouderen te professionaliseren en competenties te delen binnen een netwerk."

Filip Ceulemans

>> Meer info: domusmedica.be/DRA.



# Jongeren bewegen te weinig

**LEEFSTIJL** Kinderen bewegen vandaag minder dan tien jaar geleden. Een betreurenswaardige evolutie die de volksgezondheid niet ten goede komt.

Minder dan een derde van de kinderen van drie tot negen jaar (31%) beweegt voldoende. Bij de adolescenten is dat zelfs minder dan één op vijf (19%). Dat blijkt uit de Voedselconsumptiepeiling van wetenschappelijk instituut Sciensano waarbij de lichaamsbeweging en het sedentair gedrag van de Belgische bevolking werd bevraagd en gemeten. De cijfers zouden kunnen verrassen omdat bijna de helft van de kinderen tussen drie en negen (46%) te voet, met de fiets of de step naar school gaan. Bij adolescenten is dat 41%.

Volgens de richtlijnen van de WGO moeten kinderen van drie à vier jaar minstens 180 minuten per dag bewegen, waarvan 60 minuten matig tot hoog intensief. Kinderen van vijf tot zeventien jaar zouden gemiddeld 60 minuten per dag matig of hoog intensief moeten bewegen, waarvan ten minste drie dagen aan hoge intensiteit. “Uit onze recente bevraging blijkt dat weinig kinderen voldoen aan deze richtlijnen voor lichaamsbeweging. Dat aantal is tegenover onze vorige bevraging in 2014-2015 over het algemeen gedaald”, zegt Sciensano-onderzoekster Vicka Versele.

De situatie verbetert er niet echt op wanneer de Belg volwassen is. Het percentage volwassenen dat voldoet aan de aanbevolen 150 minuten matige tot hoog intensieve lichaamsbeweging is sinds de vorige bevraging onveranderd gebleven. Nochtans heeft meer bewegen veel positieve effecten. “Bewegen is goed voor onze mentale en fysieke gezondheid, al van jongs af aan. Meer bewegen en minder zitten zorgt bijvoorbeeld voor minder obesitas. Het moet deel worden van ons dagelijks leven. Scholen en werkplekken kunnen daar een belangrijke rol in spelen”, besluit Vicka Versele.

Filip Ceulemans

▼ Dit geneesmiddel is onderworpen aan aanvullende monitoring. Daardoor kan snel nieuwe veiligheidsinformatie worden vastgesteld. Beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg wordt verzocht alle vermoedelijke bijwerkingen te melden.

**NAAM VAN HET GENEESMIDDEL.** Ysely 100 mg filmomhulde tabletten Ysely 200 mg filmomhulde tabletten. **KWALITATIEVE EN KWANTITATIEVE SAMENSTELLING.** Ysely 100 mg filmomhulde tabletten. Elke filmomhulde tablet bevat 100 mg linzagolix (als cholinezout). **Hulpstoffen** met bekend effect. Elke filmomhulde tablet bevat 119,4 mg lactose. Ysely 200 mg filmomhulde tabletten. Elke filmomhulde tablet bevat 200 mg linzagolix (als cholinezout). **Hulpstoffen** met bekend effect. Elke filmomhulde tablet bevat 238,8 mg lactose. **FARMACEUTISCHE VORM.** Filmomhulde tablet (tablet) Ysely 100 mg filmomhulde tabletten. Ronde, lichtgele, filmomhulde tabletten met een diameter van 10 mm, met de opdruk '100' op de ene zijde en zonder opdruk op de andere zijde. Ysely 200 mg filmomhulde tabletten. Langwerpige, lichtgele filmomhulde tabletten van 19 mm bij 9 mm, met de opdruk '200' op de ene zijde en zonder opdruk op de andere zijde. **KLINISCHE GEGEVENS. Therapeutische indicaties.** Ysely is geïndiceerd voor de behandeling van matige tot ernstige symptomen van uterusfibromen bij volwassen vrouwen in de vruchtbare leeftijd. **Dosering en wijze van toediening.** Dosering. De behandeling met Ysely moet worden gestart door en plaatsvinden onder toezicht van een arts met ervaring in de diagnose en behandeling van uterusfibromen. Zwangerschap moet worden uitgesloten voordat de behandeling met Ysely wordt gestart. De behandeling moet bij voorkeur in de eerste week van de menstruatiecyclus worden gestart. De behandeling bestaat uit eenmaal daags één tablet. De aanbevolen dosis Ysely is: 100 mg of, indien nodig, 200 mg eenmaal daags met gelijktijdige hormonale add-back-therapie (ABT, estradiol 1 mg en norethisteronacetataat 0,5 mg tablet eenmaal daags). 100 mg eenmaal daags voor vrouwen bij wie ABT niet wordt aanbevolen of die hormonale therapie liever vermijden. 200 mg eenmaal daags voor kortdurend gebruik (<6 maanden) in klinische situaties waarin vermindering van het volume van de uterus en de fibromen gewenst is. De omvang van de fibromen kan toenemen wanneer de behandeling wordt stopgezet. Vanwege het risico op afname van de botmineraaldichtheid (BMD) bij langdurig gebruik, mag de dosis van 200 mg zonder gelijktijdige ABT slechts voor een duur van ten hoogste 6 maanden worden voorgeschreven. Bij patiënten met risicofactoren voor osteoporose of botverlies wordt een *dual X-ray absorptiometry*-scan (DEXA-scan) aanbevolen voordat de behandeling met Ysely wordt gestart. Ysely kan zonder onderbreking worden ingenomen. Voor alle vrouwen wordt na één jaar behandeling een DEXA-scan aanbevolen en daarna is voortdurende controle van de BMD nodig. **Gemiste dosis.** Als een dosis wordt gemist, moet deze zo spoedig mogelijk worden ingenomen en moet de behandeling de volgende dag op het gebruikelijke tijdstip worden voortgezet. **Bijzondere populaties** **Leverinsufficiëntie.** Er is geen dosisaanpassing nodig bij vrouwen met lichte of matige leverinsufficiëntie (Child-Pugh A of B). Bij vrouwen met ernstige leverinsufficiëntie (Child-Pugh C) moet het gebruik van Ysely worden vermeden. **Nierinsufficiëntie.** Voorschrijvende artsen wordt aanbevolen vrouwen met lichte nierinsufficiëntie (eGFR –60-89 ml/min; te controleren op bijwerkingen, hoewel geen dosisaanpassing nodig is. Bij vrouwen met matige nierinsufficiëntie (eGFR –30-59 ml/min), ernstige nierinsufficiëntie (eGFR <30 ml/min) of terminaal nierfalen moet het gebruik van Ysely worden vermeden. **Pediatrische patiënten.** Er is geen relevante toepassing van Ysely bij kinderen jonger dan 18 jaar voor de indicatie behandeling van matige tot ernstige symptomen van uterusfibromen. **Wijze van toediening** Oraal gebruik. Ysely kan met of zonder voedsel worden ingenomen. De dosis van 200 mg kan worden ingenomen in de vorm van één tablet van 200 mg of tweemaal een tablet van 100 mg. **Contra-indicaties.** Overgevoeligheid voor de werkzame stof(fen) of voor een van de hulpstoffen. Zwangerschap of borstvoeding. Bekende osteoporose. Genitale bloeding met onbekende etiologie. Contra-indicaties in verband met ABT dienen in acht te worden genomen indien gelijktijdig ABT wordt toegediend. **Bijwerkingen.** **Samenvatting van het veiligheidsprofiel.** De meest voorkomende bijwerkingen die in de klinische fase 3-hoofdonderzoeken werden gemeld, waren opvliegers en hoofdpijn, die vaker werden gemeld bij hogere doses en minder vaak bij gelijktijdig gebruik van ABT (hieronder aangeduid als 'met ABT'). Opvliegers werden gemeld bij 5,2 %, 9,6 %, 10,1 % en 31 % van de vrouwen die werden behandeld met respectievelijk 100 mg met ABT, 200 mg met ABT, 100 mg en 200 mg. Ook werd hoofdpijn vaker gemeld bij hogere doses en nam deze af bij gelijktijdig gebruik van ABT (1,4 %, 2,4 %, 4 % en 6,2 % bij respectievelijk 100 mg met ABT, 200 mg met ABT, 100 mg en 200 mg). Alle andere bijwerkingen die hieronder staan vermeld, werden bij minder dan 3 % van de proefpersonen gemeld. **Tabel met de lijst van bijwerkingen.** Bijwerkingen in verband met linzagolix worden gemeld op basis van samengevoegde gegevens van twee fase 3-hoofdonderzoeken onder 828 patiënten met uterusfibromen die linzagolix toegediend kregen en 209 patiënten die placebo kregen, gedurende maximaal 6 maanden. Deze zijn hieronder opgenomen. De vermelde bijwerkingen zijn ingedeeld naar frequentiecategorie en systeem/orgaanklasse volgens MedDRA. Binnen iedere frequentiegroep worden bijwerkingen gerangschikt naar afnemende ernst. De frequenties worden gedefinieerd als: 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. **Bijwerkingen uit klinische hoofdonderzoeken Linzagolix 100 mg.** **Psychische stoornissen.** Vaak: Stemmingsstoornissen<sup>1</sup>. Soms: Verminderd libido. **Zenuwstelselaandoeningen.** Vaak: Hoofdpijn. **Bloedvataandoeningen.** Vaak: Opvliegers. Soms: Hypertensie. **Maagdarmsstelselaandoeningen.** Soms: Pijn in de bovenbuik. **Lever- en gelaandoeningen.** Vaak: Verhoogde leverenzymwaarden<sup>2</sup>. **Huid- en onderhuidsaandoeningen.** Vaak: Hyperhidrose. Soms: Nachtelijk zweten. **Skeletstelsel- en bindweefsel-aandoeningen.** Vaak: Artralgie. Soms: Afname van botmineraaldichtheid<sup>3</sup>. **Voorplantingsstelsel- en borst-aandoeningen.** Vaak: Vaginale bloeding<sup>4</sup>. **Bekkenpijn.** Soms: Vulvovaginale droogheid. **Verandering in menstruelebloedingspatroon<sup>5</sup>.** **Linzagolix 200 mg.** **Psychische stoornissen.** Vaak: Stemmingsstoornissen<sup>1</sup>. Soms: Verminderd libido. **Zenuwstelselaandoeningen.** Vaak: Hoofdpijn. **Bloedvataandoeningen.** Vaak: Opvliegers. Soms: Hypertensie. **Maagdarmsstelselaandoeningen.** Vaak: Misselijkheid, overgeven, verstopping (obstipatie). Soms: Pijn in de bovenbuik. **Lever- en gelaandoeningen.** Vaak: Verhoogde leverenzymwaarden<sup>2</sup>. **Huid- en onderhuidsaandoeningen.** Vaak: Hyperhidrose. Nachtelijk zweten. **Skeletstelsel- en bindweefsel-aandoeningen.** Vaak: Artralgie. **Afname van botmineraaldichtheid<sup>3</sup>.** **Voorplantingsstelsel- en borst-aandoeningen.** Vaak: Vaginale bloeding<sup>4</sup>. **Bekkenpijn.** Vaak: Vulvovaginale droogheid. Soms: Verandering in menstruelebloedingspatroon<sup>5</sup>. **Algemene aandoeningen en toedieningsplaatsstoornissen.** Soms:

Asthenie. **Linzagolix 200 mg met ABT.** **Psychische stoornissen.** Vaak: Stemmingsstoornissen<sup>1</sup>. Verminderd libido. **Zenuwstelselaandoeningen.** Vaak: Hoofdpijn. **Bloedvataandoeningen.** Vaak: Opvliegers, Hypertensie. **Maagdarmsstelselaandoeningen.** Vaak: Misselijkheid, overgeven. Soms: verstopping (obstipatie). **Lever- en gelaandoeningen.** Vaak: Verhoogde leverenzymwaarden<sup>2</sup>. **Huid- en onderhuidsaandoeningen.** Soms: Nachtelijk zweten. **Skeletstelsel- en bindweefsel-aandoeningen.** Vaak: Artralgie. Soms: Afname van botmineraaldichtheid<sup>3</sup>. **Voorplantingsstelsel- en borst-aandoeningen.** Vaak: Vaginale bloeding<sup>4</sup>. **Bekkenpijn.** Verandering in menstruelebloedingspatroon<sup>5</sup>. **Algemene aandoeningen en toedieningsplaatsstoornissen.** Soms: Asthenie. ABT: estradiol 1 mg en norethisteronacetataat 0,5 mg tablet eenmaal daags. <sup>1</sup>voor meer informatie zie rubriek 4.4 en/of 4.8. Beschrijving van geselecteerde bijwerkingen. **aDe gemelde stemmingsstoornissen** omvatten gevallen van stemmingswisselingen, affectabiliteit, emotionele stormis, prikkelbaarheid, veranderde stemming, angst, depressie, depressieve stemming. **bMeldingen van vaginale bloeding** omvatten gevallen van vaginale bloeding, metrorragie, menorrhagie, menometrorragie en uteriene bloeding. **cMeldingen van veranderingen in menstruelebloedingspatroon** omvatten gevallen van vertraagde menstruatie, onregelmatige menstruatie en amenorroe. **Beschrijving van geselecteerde bijwerkingen.** **Stemmingsstoornissen** De meest voorkomende stemmingsstoornissen waren stemmingswisselingen, die gemeld werden bij maximaal 1,5 % van de proefpersonen in alle dosistypen met linzagolix. Affectabiliteit en angst werden gemeld bij 0,6 % van de proefpersonen die linzagolix toegediend kregen. Angst werd alleen gemeld in de 200 mg-groepen met of zonder ABT. Depressie en depressieve stemming werden niet vaak gemeld. Niet meer dan één patiënt in elk van de behandelgroepen die linzagolix toegediend kregen, meldde depressie of depressieve stemming in de klinische fase 2- of fase 3-onderzoeken. **Verhoogde leverenzymwaarden.** Er werden asymptotische leverenzymstijgingen gemeld, voornamelijk van alanine- en aspartaataminotransferase (ALT en ASAT). In de meeste gevallen betrof het lichte verhogingen en bij voortgezette behandeling keerden de waarden doorgaans terug naar normaal. De incidentie van ALAT- en/of ASAT-verhogingen in de linzagolix-groepen was minder dan 3 %. Bij ongeveer 1 % van de proefpersonen stagen de ALAT/ASAT-waarden tot ten minste 3 keer de ULN, waarbij de grootste verhogingen werden gemeld bij linzagolix 200 mg of 200 mg met ABT. Er werd geen gelijktijdige verhoging van bilirubine waargenomen. **Veranderingen in botmineraaldichtheid** Het effect van linzagolix op de BMD werd beoordeeld met behulp van een DEXA-scan. In de 2 klinische fase 3-onderzoeken werden dosis- en tijdsafhankelijke veranderingen in BMD waargenomen. BMD-verlies werd verminderd door gelijktijdig toegediende ABT (zie tabel 1). Veranderingen in de BMD waren het meest uitgesproken bij een dosis van 200 mg: na een behandeling van 6 maanden werd een gemiddelde afname in de BMD van de lumbale wervelkolom van > 3 % en > 8 % ten opzichte van de uitgangswaarde waargenomen bij respectievelijk 55 % en 4 % van de patiënten. Na een behandeling van 12 maanden met linzagolix 100 mg, 100 mg met ABT en 200 mg met ABT werd een gemiddelde afname in de BMD van de lumbale wervelkolom van > 3 % en > 8 % waargenomen bij respectievelijk 38 % en 7 %, 16 % en 0 %, en 27 % en 1 % van de patiënten. **Percentage patiënten met verandering in BMD van de lumbale wervelkolom ten opzichte van baseline van >3 % en >8 % na 24 weken en na 52 weken behandeling in de studies PRIMROSE 1 en 2.** Percentage proefpersonen (%) met BMD CIB >3 % / >8 %. 24 weken behandeling: 36 / 3 (Linzagolix 100 mg), 20 / 0 (Linzagolix 100 mg met ABT), 55 / 4 (Linzagolix 200 mg), 26 / 1 (Linzagolix 200 mg met ABT), 52 weken behandeling: 38 / 7 (Linzagolix 100 mg), 16 / 0 (Linzagolix 100 mg met ABT), - / (Linzagolix 200 mg), 27 / 1 (Linzagolix 200 mg met ABT). <sup>2</sup>ABT: estradiol 1 mg en norethisteronacetataat 0,5 mg tablet eenmaal daags. CIB: verandering ten opzichte van baseline<sup>1</sup> Linzagolix 200 mg is tot 6 maanden onderzocht. Zes maanden na het einde van de behandeling werd in alle behandelgroepen een toename in de BMD opgemerkt, die wijzen op gedeeltelijk herstel. Zie "Dosering en wijze van toediening" voor specifieke aanbevelingen. **Vaginale bloeding.** Tijdens de behandeling met linzagolix werd melding gemaakt van vaginale bloeding (waaronder meldingen van vaginale bloeding, uteriene bloeding, metrorragie, menorrhagie en menometrorragie). De meest voorkomende bijwerkingen waren vaginale bloeding, metrorragie en menorrhagie, die werden gemeld bij respectievelijk 13 (1,6 %), 11 (1,3 %) en 5 (0,6 %) van de met linzagolix behandelde proefpersonen. Vaginale bloeding werd vaker gemeld bij proefpersonen in de groep die

	PP
Ysely® 100 mg 3 x 28 tabletten	€ 300,18
Ysely® 200 mg 3 x 28 tabletten	€ 300,18

NIEUW



## Manage fibroids, maximize quality of life



### De eerste orale GnRH-antagonist voor een hormoonvrije behandeling van symptomen van uterusfibromen<sup>1</sup>

- Flexibele dosering: 200 mg & 100 mg<sup>1</sup>
- Snelle verlichting van symptomen<sup>3</sup>
- 200 mg: Significante volumereductie van fibromen (tot 49%) & uterus (tot 43%)<sup>1,2</sup>
- 100 mg: doeltreffendheid op lange termijn (52 weken)<sup>\*\*2</sup>

Meer informatie over Ysely®?

Scan de QR code





linzagolix 100 mg en 200 mg met ABT toegediend kregen (tot 2,4 %) dan bij de groepen zonder ABT (1 %). Metrorragie werd gemeld bij 3 (1,5 %), 3 (1,4 %), 1 (0,5 %) en 4 (1,9 %) van de proefpersonen in de groepen met respectievelijk 100 mg, 100 mg met ABT, 200 mg en 200 mg met ABT, en menorrhagie werd gemeld bij respectievelijk 1 (0,5 %), 1 (0,5 %), 2 (1,0 %) en 1 (0,5 %) van de proefpersonen in de groepen met linzagolix 100 mg, 100 mg met ABT, 200 mg en 200 mg met ABT. **Melding van vermoedelijke bijwerkingen.** Het is belangrijk om na toelating van het geneesmiddel voortdurend worden gevolgd. Beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg wordt verzocht alle vermoedelijke bijwerkingen te melden via Federale Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten [www.fagg.be](http://www.fagg.be) - Afdeling Vigilantie-Website: [www.eertbijwerkingmelden.be](http://www.eertbijwerkingmelden.be) - e-mail: [adr@fagg-afzmps.be](mailto:adr@fagg-afzmps.be). Informatie over de rubrieken Bijzondere waarschuwingen en voorzorgen bij gebruik, Interacties, Vruchtbareid, Zwangerschap en borstvoeding, Beïnvloeding van de rijvaardigheid en het vermogen om machines te bedienen, Overdosering, Farmacologische eigenschappen en Farmaceutische gegevens kan u vinden in de volledige versie van de Samenvatting van de Productkenmerken. **HOUDER VAN DE VERGUNNING VOOR HET IN DE HANDEL BRENGEN.** Theramex Ireland Limited, 3<sup>rd</sup> floor, Kilmore House, Park Lane, Spencer Dock, Dublin 01, D01 YE64, Ireland. **AFLEVERINGSWIJZE.** Geneesmiddel op medisch voorschrift. **NUMMER(S) VAN DE VERGUNNING VOOR HET IN DE HANDEL BRENGEN.** EU/1/21/1606/001 EU/1/21/1606/002 EU/1/21/1606/003 EU/1/21/1606/004. **DATUM VAN HERZIENING VAN DE TEKST.** 04/2023. Gedetailleerde informatie over dit geneesmiddel is beschikbaar op de website van het Europees Geneesmiddelenbureau <http://www.ema.europa.eu>.

GnRH: gonadotropin-releasing hormone.

<sup>1</sup> In Primrose 2: <sup>\*\*</sup>100 mg tot 52 weken in Primrose 1&2.

**Referenties:** 1. Ysely® Samenvatting van de productkenmerken. 2. Donnez J et al. Lancet 2022;400:896–907. 3. Schwenk-hagen A et al. Poster presented at 66<sup>th</sup> German Congress of Endocrinology (DGE) 2023.

YSELY\_BE\_DUT\_19966\_0k124

Artsenkrant | 18 februari 2025 | Nr. 2791

9

Wat we absoluut niet nodig hebben, is een doemdenken dat ons enkel verder in de richting van bezuinigingen en afbraak van sociale zekerheid leidt.

PS-voorzitter **Paul Magnette** in *De Morgen*.

De Amerikaanse Vereniging voor Volksgezondheid heeft zo'n 25.000 leden, en ik geloof niet dat ook maar één van hen denkt dat de terugtrekking van de Verenigde Staten uit de WHO een goed idee is.

**Amy Hagopian**, hoogleraar in gezondheidswetenschappen aan de Washington School of Public Health, in *Trouw*.

Sommigen menen dat een noodpil enkel voor noodgevallen is en niet kan gebruikt worden als anticonceptie. Maar zelf ben ik het daar niet mee eens. Stel dat je maar een paar keer per maand seks hebt, dan is een paar keer de noodpil innemen een waardig alternatief voor de dagelijkse pil. Het is een volstrekt onschuldig medicijn.

Gynaecoloog **Hendrik Cammu** in *De Morgen*.

De VS mogen de lessen van corona niet vergeten. Als je je ogen niet opent voor wat in Afrika aan de gang is, kan er een mutatie van het virus optreden die een pandemie wordt en ons allemaal treft.

**Jean Kaseya**, het hoofd van de Africa Centres for Disease Control and Prevention, in *De Standaard*.

Er zijn natuurlijk partijen die voorstellen rond abortus zullen indienen in het parlement. Om dan te staan roepen: kijk eens, Vooruit is tegen! Maar dat is een show. Ze komen net uit een regering die nul heeft verwezenlijkt op ethisch vlak.

Vooruit-voorzitter **Conner Rousseau** in *De Morgen*.

Aan het eind van de dag heb ik een andere collega uit een concurrerend ziekenhuis die langskomt als patiënt. Ze is gespecialiseerd in borstkanker en ik verwijs dikwijls patiënten naar haar, gelet op haar uitstekende reputatie. Na een routine-onderzoek vraag ik wanneer zij voor het laatst gescreend is op borstkanker. 'Mmmm', zegt ze, 'uh, dat is alweer een jaartje of zeven geleden.' Ik val bijna van mijn stoel; dit is nu de tweede keer in korte tijd dat ik een collega meemaak die heel goed zou moeten weten wat de essentie is van regelmatig onderzoek.

**Aagje Bais**, Nederlandse gynaecologe die actief is in de VAE, in *Medisch Contact*.

# Blaasontsteking?

## Vanaf de eerste symptomen



DOELTREFFEND  
bij  
**90%**  
van de patiënten\*\*



**Uri-Cran® Forte AF\* is een medisch hulpmiddel; oraal gebruik.**

Consulteer een arts indien de symptomen niet verbeteren na 48u en in geval van koorts, zwangerschap en borstvoeding.

\*AF (Advanced formulation: verbeterde formule)

\*\*Dankzij het mucoprotectieve werkingsmechanisme van xyloglucaan/gelosecomplex.

Studie uitgevoerd op een medisch hulpmiddel met gereticuleerde gelatine met hibiscus en propolis.



**2x  
dag**

GEDURENDE  
5 DAGEN

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



# Zorg elke dag voor je urinair comfort<sup>1</sup>

Bied soelaas voor je blaas<sup>2</sup>!



## VERBETERDE FORMULE!

Met groene thee-extract

1 x per dag<sup>1</sup>



Uri-cran Daily Comfort is een voedingsupplement. <sup>1</sup>Geschikt voor langdurig gebruik. <sup>2</sup>Bevat groene thee. Groene thee wordt traditioneel gebruikt om bij te dragen tot normale eliminatie van de urine. Traditioneel gebruikt om de uitscheidingsfunctie van de nieren te ondersteunen. Mag niet worden geconsumeerd door zwangere vrouwen of vrouwen die borstvoeding geven, of door kinderen jonger dan 18 jaar.

P&G Health Belgium BV - Temselaan 100, 1853 Strombeek-Bever - België, 0461 017 640. MAT-BE-OTHER-24-000029 - May 2024

## Scan en lees

### • Aantal soa-gevallen stijgt in heel Europa

Steeds meer Europeanen krijgen last van een seksueel overdraagbare aandoening (soa). Met name gevallen van syfilis, gonorroe en chlamydia, aldus de meest recente cijfers van het Europees Centrum voor ziektepreventie en -bestrijding (ECDC).

### • Duitse artsen: 'Buitenlandse arbeidskrachten onmisbaar voor gezondheidszorg'

Duitse ziekenhuizen kunnen niet zonder geschoolde arbeidskrachten uit het buitenland. Daarom moet Duitsland een kosmopolitisch en tolerant land blijven, zegt een coalitie van Duitse zorgverstrekkers.

### • Planbureau: vergrijzing versnelt het volgende decennium

De Belgische bevolking vergrijst, en de komende jaren zelfs sneller. Dat blijkt uit de bevolkingsvooruitzichten 2024-2070 van het Federaal Planbureau.

### • Vergoeding voor toepassen van euthanasie

Het Verzekeringscomité van het RIZIV heeft een voorstel goedgekeurd om een nomenclatuurcodenummer toe te kennen voor de uitvoering van euthanasie – bijna drie jaar nadat die mogelijkheid werd gecreëerd.

### • BVAS: 'Afschaffen honorarium teleconsultaties is contraproductief'

De beslissing van het Verzekeringscomité om de terugbetaling van teleconsultaties op nul te zetten, is een kortzichtige maatregel die de toegang tot de zorg, de kwaliteit van de patiëntenzorg en het financiële evenwicht van ons zorgstelsel in gevaar brengt.

### • Opnames met RSV bijna gehalveerd

Het aantal kleine kinderen dat met een RSV-infectie werd opgenomen in het ziekenhuis, is dankzij immunisatie met bijna de helft gedaald.

### • Grondwettelijk Hof handhaaft supplementenverbod beeldvorming

Het Grondwettelijk Hof verwerpt het beroep tegen het verbod op ereloon-supplementen voor ambulante medische beeldvorming. BVAS en de Belgische Vereniging voor Radiologie (BVR) betreuren de uitspraak.

### • Ook Argentinië kondigt exit bij WHO aan

Nadat Amerikaans president Donald Trump vorige maand bekendmaakte dat de VS uit de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) zal stappen, kondigt ook Argentinië een exit aan.

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



# 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.



## ‘Niets is dodelijker dan een halfslachtig beleid’

**COVID-19** Tijdens de coronacrisis speelde infectiologe Erika Vlieghe als hoofd van de Groep van Experts belast met de Exit-Strategie (GEES) een grote rol bij het bepalen van het coronabeleid. Hoe blikt zij op die periode terug?

© Frank Toussaint



Erika Vlieghe: “Er zijn wel degelijk krachtdadige en moedige beslissingen geweest – maar vanuit een pandemiebeheersstandpunt zijn er ook beslissingen geweest die de situatie gewoon erger gemaakt hebben. De lockdown had veel sneller moeten ingaan.”

**A**n het begin keek ik met open mond naar wat er gebeurde. Er kwam een pandemie op ons af zoals we ze nog nooit gezien hadden. Ik was al ebolacoördinator geweest van 2014 tot 2016. Dat was achteraf bekeken *peanuts* in vergelijking met covid. Ik vond toen al dat onze structuren verre van ideaal waren voor een grote crisis.

Mij werd gezegd dat in zo’n geval de federale fase geactiveerd werd en het crisiscentrum de zaken zou overnemen. Maar toen het dan echt zo ver kwam,

leek er heel weinig ten gronde te gebeuren. Iedereen keek naar iedereen. Ik ben daar enorm van geschrokken.

**Hoe bent u in de rol van adviseur beland?**

We hadden geen draaiboek voor wat er op ons afkwam. We zagen wat er in China gebeurde en hoe het virus zich verspreidde in Azië. In de tweede helft van januari ben ik beginnen te waarschuwen dat de ziekenhuizen daar niet op voorbereid waren. Ik heb in de Risk Management Group (RMG) gevraagd of we het griepplan niet moesten

actualiseren voor de ziekenhuizen, en de repliek was: ja, doe maar.

Je had in die fase een aantal mensen nodig die vonden dat ze moesten zeggen waar het op stond, en ik was één van hen. Op mijn werk in het UZA vroegen mijn collega’s of ik niet ergens aan een alarmbel kon trekken, want we zouden over tien dagen zonder mondkapjes vallen. Als er iemand luid ‘brand’ moet roepen, dan wil ik dat wel doen. Ik heb toen minister Maggie De Block gecontacteerd. Zij heeft daarop positief gereageerd, maar ik kreeg

meteen tegenwind vanuit de FOD Volksgezondheid.

Gelukkig waren er in de administratie ook mensen die wel een *sense of urgency* hadden, die ook heel oplossingsgericht dachten, zoals Pedro Facon, Marcel Van der Auwera, Winne Haenen, ... Samen zijn we erin geslaagd om de inertie te doorbreken en zaken in beweging te zetten.

**‘Er zijn momenten geweest waarop wij in wanhoop en ongeloof met onze ogen gerold hebben’**

En dan heeft die eerste golf ons land overspoeld, met duizenden doden tot gevolg. Zoiets hadden we als maatschappij sinds decennia niet meer meegemaakt. Dat heeft op de beleidsmakers een enorme indruk gemaakt. Hun houding was vanaf dan: jullie hebben dit zien aankomen, jullie weten wat er moet gebeuren: *zeg ons wat we moeten doen*. Daarna werd er nauwgezet naar ons geluisterd, met weinig tegengewicht.

**In maart kwam er een lockdown, maar door de manier waarop die werd aangekondigd, waren er de avond voordien nog volop ‘lockdownfeestjes’. Meer algemeen: hoe beoordeelt u de vertaling van adviezen naar concrete beleidsmaatregelen?**

Er zijn inderdaad momenten geweest waarop wij in wanhoop en ongeloof met onze ogen gerold hebben. Nog voor de lockdown was er een regel dat evenementen met minder dan duizend deelnemers nog mochten doorgaan. Toen



vertelde een uitbater van een evenementenzaal trots dat hij 999 stoelen zou zetten. Op dat moment dacht ik: nee, zo gaan we er niet komen.

Tegelijkertijd, en dat wil ik ook wel gezegd hebben, moet het bijzonder moeilijk geweest zijn om in die periode beleidsbeslissingen te maken. Er zijn wel degelijk krachtadige en moedige beslissingen geweest – maar vanuit een pandemie-beheersstandpunt zijn er ook beslissingen geweest die de situatie gewoon erger gemaakt hebben. De lockdown had veel sneller moeten ingaan. Niets is dodelijker dan een halfslachtig beleid.

We waren vaak gefrustreerd over het verschil tussen wat wij adviseerden en de vertaling naar een beleid. Wij gaven een advies, de politiek vertaalde dat in een beslissing, en die werd omgezet in een ministerieel besluit. Dat werd dan gecommuniceerd, en verduidelijkt in de befaamde 'FAQ' – en wij werden aangesproken op hoe de mensen dat eindresultaat percipieerden, dat soms erg ver van ons oorspronkelijke advies lag.

**Onzekerheid en voortschrijdend inzicht zijn deel van de wetenschappelijke methode. Botste dat met het politieke bedrijf, waar van mening veranderen *not done* lijkt?**

Zeker in de beginfase stonden onze adviezen vol onzekerheden, en we schreven dat ook. Maar er werden van ons wel concrete adviezen verwacht: mogen kappers openblijven, wat met grensarbeiders, moeten er plexiglas-schermen gebruikt worden? We hadden niet de luxe om te zeggen dat er onvoldoende evidentie was voor een advies – dat kan je doen als je in alle rust richtlijnen voor preventieve geneeskunde opstelt, niet in een pandemie, waar je de schade zoveel mogelijk moet beperken.

Als wetenschapper moet je jezelf kunnen tegenspreken of corrigeren als er voortschrijdend inzicht is. Maar voor een beleidsmaker is dat heel moeilijk. Dat is een spanningsveld, en dat kan je alleen oplossen door veel met elkaar te spreken, zodat de beleidsmakers de wetenschappelijke logica begrijpen en omgekeerd.

Met minister Vandenbroucke ging dat heel goed. Hij had onze adviezen altijd tot de laatste komma gelezen, en wou weten wat de onderbouw was. En dan zag je dat er in zijn hoofd een knop omdraaide en hoe hij de filosofie van dat advies vertaalde naar concrete beleidsinitiatieven. Bij sommige zaken

zei hij duidelijk: 'Het spijt me, maar dat ga ik niet verkocht krijgen'.

**Pedro Facon zei dat in de eerste fases de focus te veel op de ziekenhuizen lag, en er te weinig aandacht was voor andere sectoren en mentaal welzijn. Bent u het daarmee eens?**

Absoluut, die kritiek is terecht. Maar dat was ook de eerste noodzaak. Als een patiënt binnenkomt met pijn op de borst, en je stelt een hartinfarct vast, dan moet dat hartinfarct urgent behandeld worden. Psychologische hulp en maatschappelijke ondersteuning komen dan in tweede tijd.

We hebben het verwijt gekregen dat we de woonzorgcentra hebben laten stikken. Dat is niet helemaal correct. Toen we bezig waren met het herorganiseren van de ziekenhuizen, hebben wij voorgesteld om iets gelijkaardigs op te richten voor de WZC's. De regio's wezen er toen op dat dat hun bevoegdheid was, wat correct is. We kregen in het begin ook heel weinig informatie uit woonzorgcentra. Tegen dat die er was, was de tragedie al gebeurd.

Er zijn uiteraard fouten gemaakt. We hebben parken en speeltuinen gesloten, omdat we wilden voorkomen dat daar te veel mensen zouden samenkomen. Dat hadden we niet moeten doen. Dat is het leergeld dat je betaalt in zo'n chaos, maar de kritiek is terecht.

Het sluiten van scholen was wel het allerlaatste wat we wilden doen – de eerste keer was dat overigens een zuiver politieke beslissing. Bij de sterkste

enthousiasme, maar mensen deden het wel. Tot op de dag van vandaag kom ik mensen tegen die zeggen 'Mevrouw Vlieghe, dank u wel voor wat u gedaan hebt'.

**Als we naar de toekomst kijken: zijn we vandaag beter voorbereid op een nieuwe pandemie?**

We moeten niet aan doemdenken doen, maar ik denk dat er nog veel werk aan de winkel is. De afgelopen jaren zijn er kleinere uitbraken geweest zoals marburg in Rwanda. Die hebben gediend als testcase voor het systeem: de Risk Assessment Group (RAG) maakt een epidemiologisch assessment, de RMG evalueert dat en stelt richtlijnen voor, met advies van de expertcomités en wetenschappelijke comités. Die structuren werken. Er worden ook plannen gemaakt voor het opschalen van ziekenhuizen, de herorganisatie van de eerste lijn, de organisatie van testing en contacttracing.

Veel zal afhangen van de timing. De mensen die dit alles tijdens corona mee georganiseerd hebben, zijn nu nog actief maar dat zal over tien of vijftien jaar niet meer het geval zijn. Daardoor verdwijnt het 'pandemisch geheugen'.

Wat we als maatschappij ook moeten doen, is ons bezinnen over hoever we willen gaan met maatregelen. Een van de discussiepunten tijdens covid was of we de hele maatschappij moeten stilleggen, als het toch vooral 85-plussers zijn die sterven? Dat was op zich geen correcte vraag, want dat was niet helemaal zo, er

Dat de VS zich uit de WHO gaat terugtrekken, is nefast. Voor een complexe problematiek als een pandemie heb je juist meer samenwerking, meer gezamenlijke surveillantie, meer gegevensdeling nodig, en een beleid dat op wetenschap is gebaseerd. Helaas zien we net het omgekeerde.

Daarom is er nood aan wetenschappelijke educatie en informatie voor het publiek. Vandaag wordt er vooral gecontra-educéerd, er wordt heel veel *fake news* verspreid. We zitten nu (*eind januari, n.v.d.r.*) in fase oranje van het luchtwegeninfectieplan, en dus vragen ziekenhuizen om mondklappers te dragen als je op bezoek komt. Dat wordt dan meteen geframed als 'ze willen ons allemaal weer achter slot en grendel'.

Ik zie daar een blijvende rol voor wetenschappers, en de brede groep van zorgverstrekkers. Om te proberen mensen te informeren, die brug te blijven slaan, zonder te polariseren. Mensen mogen twijfelen, mensen mogen bezorgd zijn. We moeten naar kritiek luisteren, en als die terecht is ons afvragen hoe we het beter kunnen doen.

**Hebt u nog een boodschap voor de lezers van *Artsenkrant*?**

De efficiëntie waarmee de ziekenhuizen zich gereorganiseerd hebben en de inventiviteit en innovaties die daaruit zijn voortgekomen, dat was voor mij een van de positieve verbazingen. Ook de eerste lijn heeft zich moeten, maar ook *kunnen* heruitvinden. De organisatie van de vaccinatiecentra vond ik hartverwarmend. Je hoort wel eens dat vandaag niemand nog iets voor een ander wil doen. *Forget it*: er is nog heel veel solidariteit. En veel van die vrijwilligers draaien of draiden mee in de zorg. Dat geeft mij een fier en warm gevoel.

De zorg gaat nog moeilijke tijden tegemoet, met de vergrijzing, met de besparingen. En wat er ons nog boven het hoofd hangt van klimaatrampen of overstromingen, nieuwe pandemieën of een oorlog, weet niemand. We moeten geen paniek zaaien, maar wel nuchter zijn. Tijdens corona hebben we bewezen dat we heel inventief en flexibel kunnen zijn in een crisis. Laat ons de problemen die op ons afkomen ook op die manier aanpakken. We kunnen dat.

**Erik Derycke**

>> Dit is een ingekorte versie van het gesprek. De volledige versie vindt u op onze website.

## **'Als wetenschapper moet je jezelf kunnen tegenspreken of corrigeren als er voortschrijdend inzicht is. Maar voor een beleidsmaker is dat heel moeilijk'**

pieken in de pandemie zagen we echter geen andere mogelijkheid om de boel onder controle te houden dan een pauze in te lassen, en daarna de scholen deeltijds weer te heropenen. België is een van de landen waar de scholen het meest open zijn gebleven doorheen de crisis. Desondanks werden we op de duur bijna verketterd als kinderhaters. Dat was pijnlijk, zeker als je zelf kinderen hebt waar je het beste mee voor hebt, en je ziet hoe moeilijk het organisatorisch en mentaal allemaal is.

Maar als ik heel de covidperiode bekijk, zie ik toch dat de overgrote meerderheid van de maatschappij mee was en de maatregelen bleef opvolgen. Misschien niet altijd met evenveel

waren een pak jongere mensen die ook ernstig ziek werden door covid.

Maar het is wel een debat dat we moet voeren: hoe we voor elke persoon die ernstig ziek is, de juiste zorg kunnen aanbieden. Hoe zwakker je gezondheid en zelfstandigheid, hoe meer je eigenlijk zelf zou moeten nadenken wat je zelf nog wenst, mocht je ernstig ziek worden. Luc Van Gorp is die discussie over vroegtijdige zorgplanning op een wat ongelukkige wijze aangegaan vorig jaar, en er is recent een boek over verschenen, *Grenzen aan de zorg* (zie *Artsenkrant* van 17/12/24, n.v.d.r.). We moeten in alle rust en sereniteit over dat soort vragen nadenken en het maatschappelijke debat voeren.

# Hoe houden ziekenhuizen het droog?

**VERVOLG COVER** Van de 21 ziekenhuizen die op onze vragen antwoordden, zeggen er zes dat ze effectief al met wateroverlast geconfronteerd werden. Ziekenhuizen nemen een hele reeks maatregelen om zich daartegen te wapenen.



Opruimwerken na overstroming van de kelder van een ziekenhuis.

**J**e zou het niet meteen verwachten gezien de ligging op een heuvel net buiten de stad, maar niettemin kreeg UZ Leuven Campus Gasthuisberg op 1 augustus 2024 af te rekenen met beperkte wateroverlast in niet-kritieke delen. Het Jessa Ziekenhuis in Hasselt kreeg al enkele keren te maken met wateroverlast bij hevige regenval.

Het Sint-Trudoziekenhuis in Sint-Truiden meldt dat het ooit wateroverlast kende in een kelder door een technisch probleem met de pompen die water moeten afvoeren, maar zonder impact op de werking van het ziekenhuis. Bij het Sint-Andriesziekenhuis in Tielt beperkt de wateroverlast zich tot waterinsijpeling in een ondergrondse verbindingsgang – eerder een bouwtechnisch probleem dan een overstromingsrisico.

Het Heilig Hartziekenhuis in Lier merkt vooral problemen bij hevige regenval wanneer de stadsriolering onvoldoende capaciteit heeft om het hemelwater af te voeren. “Dit leidde soms tot terugslag van stadswater naar ons ziekenhuis, vooral aan de achterzijde die zich op kelderniveau bevindt.”

Het Jan Portaels ziekenhuis in Vilvoorde werd meermaals getroffen door wateroverlast. Het investeerde daarom in installaties om het ziekenhuis voor te bereiden op eventuele nieuwe overstromingen, in afwachting van de geplande verhuis naar de nieuwbouw in 2027.

## Water bufferen

We vroegen ook hoe de ziekenhuizen zich voorbereiden op het toenemende risico op wateroverlast ten gevolge van klimaatverandering. We kunnen de

maatregelen die worden aangehaald indelen in een eerste-, tweede- en derde lijnsverdediging.

## Kritieke infrastructuur zoals noodvoeding of servers mag zich niet in kwetsbare ruimtes bevinden

Een eerste lijn houdt in: voorkomen dat het hemelwater tot bij het ziekenhuis komt. Dat vergt doorgaans ingrepen in de omgeving om water af te voeren of te bufferen. UZ Leuven startte in 2019 een masterplan waterhuishouding voor de hele campus Gasthuisberg; medio 2025 zal dit worden geactualiseerd op basis van de lessen uit het recente verleden. Het masterplan geeft aan op welke locaties en voor welke

volumes infiltratie- en/of bufferbekkens voor hemelwater moeten worden voorzien of uitgebreid.

Jan Ypermanziekenhuis in Ieper zet in op preventie door maximale ontharding van de site door vergroening, het gebruik van waterdoorlatende verhardingen, infiltratie en buffering van hemelwater, opvang in regenwaterputten voor hergebruik en het voorzien van extra goten bij toegangsdeuren en poorten in lagere zones die water afvoeren naar een nieuwe buffervijver. Ook de personeelsparkeergarage heeft grote stroken infiltratiezones als buffer tijdens hevige regenval.

AZ Sint-Maria in Halle ligt in een groene omgeving, waar bij hevig regenweer de natuur doorgaans het water kan slikken. Samen met de stad, de Vlaamse overheid, de provincie Vlaams-Brabant en het Regionaal



# Waterrobuust bouwen

Ondanks het toenemende risico op wateroverlast, leveren provinciale en gemeentebesturen nog steeds omgevingsvergunningen in overstromingsgevoelige gebieden af, zo blijkt uit onderzoek van het Vlaams Departement Omgeving.

Voor een subsidieaanvraag bij het Vlaams Infrastructuurfonds voor Persoonsgebonden Aangelegenheden (VIPA) dient de aanvrager wel een uitgebreide vragenlijst in te vullen om na te gaan of het

project voldoet aan de VIPA-criteria voor duurzaamheid, waaronder overstromingsgevoeligheid. Volgens deze VIPA-criteria is bouwen echter nog steeds mogelijk op sites die volgens de huidige kaarten een 'middelgrote kans' op pluviale overstroming hebben. Dat overstromingsrisico "kan in de meeste gevallen ondervangen worden door doordachte inplanting op de site en door maatregelen voor het waterrobuust/adaptief bouwen", luidt het bij VIPA. Er is

ook een advies van de waterbeheerder (meestal de VMM) nodig, maar dat is niet bindend. VIPA gaat er bij de subsidiëring van uit dat een ziekenhuis een nuttige levensduur van veertig jaar heeft. Een ziekenhuis dat dit jaar de deuren opent, zal dus minstens tot 2065 operationeel zijn. Bij de bouw kijkt men naar onze mening dan ook best verder dan de overstromingsgevoeligheid in het huidige klimaat. Want zoals u weet: voorkomen is beter dan genezen.

Landschap Pajottenland en Zennevallei wordt er gewerkt aan een parkland-schap van 8,5 hectare in de vallei van de Groebegracht, dat kan dienen als gecontroleerd overstromingsgebied. De plannen voorzien de aanleg van een dijk om zowel het ziekenhuis als huizen in de omgeving te beschermen. De stad Halle heeft ook geïnvesteerd in een bufferbekken dat 1.150 m<sup>3</sup> water kan stockeren. Het AZ Sint-Maria dringt ook aan op een extra keringscircuit om water weg te pompen.

Het Noorderhartziekenhuis in Pelt legde de bezoekersparking zodanig aan dat die als bufferbekken dienst kan doen. Bij intense regenval kan er tot 15 centimeter water op de oppervlakte van de parking komen te staan. De laad- en loszones van het ziekenhuis zelf liggen hoger.

Dergelijke preventieve maatregelen zijn makkelijker te nemen bij nieuwbouw. AZ Delta in Roeselare werd gebouwd in overstromingsgevoelig gebied, en besteedde daarom heel wat aandacht aan een duurzaam ontwerp. De kelder van het ziekenhuis is gebouwd op het niveau van het maaiveld; de 'gelijkvloerse' verdieping ligt met andere woorden al op een hoger niveau. Ook werd de loop van de Scheidingsbeek verlegd; de bedding van de beek werd langer en breder gemaakt zodat de capaciteit vergroot werd. De bezoekersparking bevindt zich op het laagste punt van de campus, zodat deze zone als eerste overstroomt. Door al deze maatregelen is de situatie op de campus Roeselare zelfs verbeterd, zegt het ziekenhuis. Proef op de som: bij de overvloedige regen in het voorjaar van 2024 waren er geen problemen met de capaciteit van de aanwezige beek en de bufferbekkens, laat het ziekenhuis weten.

## Water weren

Een tweedelijnsverdediging houdt in dat men water uit het ziekenhuis-

gebouw probeert te houden met pompen of met waterwerende schotten – van de klassieke 'zandzakjes' maakt geen enkel ziekenhuis gewag.

Het Heilig Hartziekenhuis in Lier investeerde in aluminium waterkerende schotten die snel kunnen worden geplaatst, en de installatie van een hoog-debietpomp die water rechtstreeks naar de omleidingsvaart pompt. Sinds deze maatregelen is de incidentie van inlopend water quasi tot nul herleid, zegt het ziekenhuis. Bij de uitbreiding van AZ Herentals worden automatische waterschotten in de nieuwbouw voorzien.

Bij de nieuwbouw in 2015 koos AZ Maria Middelaars voor een waterafvoersysteem met een uitgebreid pompstelsel. Het ziekenhuis liet een bijkomende risicoanalyse uitvoeren door een preventie-expert van Liantis. Een van de aanbevelingen daaruit was het voorzien van waterschotten. Voor AZ Sint-Vincentius Deinze in hetzelfde ziekenhuisnetwerk loopt er nog een dergelijke risicoanalyse.

AZ Sint-Maria in Halle heeft een noodplan waarbij de kruipkelders kunnen vollopen om wateroverlast in het ziekenhuis zelf te voorkomen.

## Infrastructuur beschermen

Als de maatregelen uit eerste en tweede lijn niet volstaan, komt het erop aan om ervoor te zorgen dat water de werking van het ziekenhuis zo min mogelijk verstoort. Dat veronderstelt dat kritieke infrastructuur zoals noodvoeding of servers zich niet in kwetsbare ruimtes mag bevinden – wat natuurlijk makkelijker gaat bij nieuwbouw of ingrijpende renovaties. Waar deze toch in kelderverdiepingen staat, wordt deze soms op een verhoogd niveau opgesteld.

Het Sint-Andriesziekenhuis Tielt vermijdt om technieken en kritieke infrastructuur in kelders of op 'stroomaf-

waartse' locaties te plaatsen. De medisch-technische diensten (medische beeldvorming, labo, ...) bevinden zich op de eerste verdieping of hoger, en de noodgeneratoren bevinden zich aan de minst kwetsbare zijde van het ziekenhuisgebouw.

## Verschillende ziekenhuizen hebben hun noodplannen aangepast aan het toenemend overstromingsrisico

Ook bij het ontwerp van de nieuwbouw voor het Jan Portaels ziekenhuis worden zoveel mogelijk kritieke installaties uit de kelder geweerd. Er is ook een valse vloer met lekdetectie. Systemen die alsnog op het laagste verdieping staan, zullen redundant uitgevoerd worden, meldt het ziekenhuis.

Bij het Sint-Andriesziekenhuis in Tielt zal bij grote wateroverlast het ondergronds parkeergebouw onder water lopen. Daar bevinden zich warmtepompen en koelinstallaties voor de luchtbehandeling. "In het slechtste geval worden deze installaties uit dienst genomen en verliest het ziekenhuis 50% van de koelcapaciteit, wat een beperkte impact zal hebben op het binnenklimaat", laat het ziekenhuis weten.

## Noodplanning

Elk ziekenhuis moet beschikken over een ziekenhuisnoodplan (ZNP). In een ziekenhuisnoodplan staan de procedures omschreven om het hoofd te bieden aan grote ongevallen binnen (bv. stroompanne, chemisch ongeval, ziekenhuisbacterie,...) en buiten het ziekenhuis (bv. kettingbotsingen, aanslagen,...). Omdat het overstromingsrisico in het toekomstig klimaat groter wordt, hebben verschillende ziekenhuizen hun noodplannen daaraan aangepast.

Ziekenhuizen overleggen daarvoor ook met lokale, provinciale en gewestelijke overheden en met brandweer- en hulpverleningszones. "We hebben regelmatig overleg met de noodplanambtenaar van de stad Lier, de brandweerzone Rivierenland en hulpverleningszone Rivierenland. We hebben concrete afspraken met de stad en de hulpverleningszone voor het geval we extra ondersteuning nodig hebben bij wateroverlast", meldt het Heilig Hartziekenhuis Lier.

Het Onze-Lieve-Vrouw van Lourdes Ziekenhuis in Waregem werkte hiervoor samen met Stad Waregem, de gemeentelijke veiligheidscel, de provinciale noodplanambtenaar, de federale gezondheidsinspectie, de brandweerzone Fluvia, en de Vlaamse Milieumaatschappij. De nodige preventieve maatregelen en procedures worden in detail in het ziekenhuisnoodplan opgenomen. Zo is er een faseringsplan dat aan de hand van de waterstanden vastlegt wat er moet gebeuren. Het ziekenhuis stelde ook een aangepast evacuatieplan op waarbij de lokale hulpdiensten ondersteuning bieden.

Wat bij dergelijke noodplanning zeker ook ter sprake moet komen, is de (tijdelijke) onbereikbaarheid van een ziekenhuis bij hevige neerslag. Bram Vogels, teamverantwoordelijke Watertoets bij de Vlaamse Milieumaatschappij, noemde het in ons vorige nummer "bijna een zekerheid" dat in verstedelijkte regio's de toegangswegen onder water zullen staan. "Doordat de Craeybeckxtunnel en de R1 [de Antwerpse ring] lager liggen dan het ziekenhuis, dreigen bij een waterbom grote problemen voor de bereikbaarheid van de stad en omgeving", beseft men bij ZAS Middelheim maar al te best.

Erik Derycke

# Dokters van de Wereld: toegang tot de zorg verzekeren

**EREDOCTORAAT** De medische hulporganisatie Dokters van de Wereld ontving op 3 februari een eredoctoraat van de KU Leuven en de UCLouvain. Wat doet deze organisatie, die ook in België actief is?



© KU Leuven - Rob Stevens

De medische hulporganisatie Dokters van de Wereld ontving op 3 februari een eredoctoraat van de KU Leuven en de UCLouvain.

Eerst een mogelijk misverstand uit de wereld helpen: Dokters van de Wereld (Médecins du Monde) is niet te verwarren met Artsen zonder Grenzen (Médecins sans Frontières). “We hebben een gelijkaardige geschiedenis, maar er zijn belangrijke verschillen”, zegt Pierre Van Heddegem, verantwoordelijke voor de Belgische projecten van Dokters van de Wereld.

Beide organisaties hebben dezelfde oprichter, de Franse arts Bernard Kouchner. Dokters van de Wereld werd in 1980 opgericht omdat Kouchner – naar aanleiding van een crisis rond Vietnamese bootvluchtelingen – ook politieke standpunten over toegang tot de zorg wou innemen. Maar het belangrijkste verschil is dat elke afdeling van Dokters van de Wereld (17 afdelingen wereldwijd) ook

activiteiten doet in eigen land, naast de meer dan 70 landen waar de beweging internationaal actief is.

De Belgische afdeling vierde vorig jaar haar 25ste verjaardag. “Het eerste land buiten België waar we zijn beginnen te werken was Mali; daar zijn we vandaag nog altijd. De Belgische afdeling is ook actief in Mali, in Niger, Burkina Faso, Benin, Congo, Kroatië en Tunesië”, vertelt Van Heddegem.

In België is de organisatie actief in de drie regio’s. “Naar gelang de regio focussen we op een verschillend doelpubliek, maar altijd op een publiek zonder toegang tot zorg. Dat kunnen mensen zonder papieren zijn, maar ook mensen die in theorie wel toegang hebben tot de zorg maar de weg niet vinden in de administratie. Daarvoor hebben we sociaal assis-

tenten in dienst. Gemiddeld duurt het 150 dagen voor we iemand in het systeem krijgen. In Brussel hangt de toegang tot dringende medische hulp voor mensen zonder papieren bijvoorbeeld af van de interpretatie door het OCMW. En daar zijn er in Brussel 19 van, die tot voor kort elk een eigen formulier hadden. Dat maakt het ook voor de artsen complex.”

## Lokale initiatieven

In Brussel heeft Dokters van de Wereld een Medibus die op verschillende locaties halt houdt. “Mensen kunnen in die bus terecht voor kleine verpleging en een kop koffie. Als ze meer zorg nodig hebben, dan is er het COZO (Centrum voor Oriëntatie, Zorg en Ondersteuning)”, zegt Van Heddegem. In Brussel is er ook een humanitaire hub waar Dokters van de Wereld samenwerkt met Rode Kruis België en andere humanitaire organisaties.

In Wallonië is het publiek anders: minder mensen met een migratieachtergrond, maar bijvoorbeeld sekswerkers en druggebruikers, vertelt Van Heddegem. In de Borinage bezoekt een ‘Adobus’ scholen om seksuele opvoeding te geven en te zorgen voor toegang tot contraceptie – de prevalentie van tienerzwangerschappen is in de regio vier keer zo hoog als in de rest van België.

Op diverse plaatsen zijn er ‘antennes’ waar vrijwilligers consultaties aanbieden aan mensen die geen toegang hebben tot de reguliere zorg. In Oostende gebeurt dat bij het CAW, in Brugge via het OCMW, in Zeebrugge bij Fernand Marechal, een priester die zich al jaren inzet voor vluchtelingen.

In België verzorgt Dokters van de Wereld elk jaar 15.000 consultaties. Dat gebeurt door vrijwilligers – vaak artsen die zich na hun pensioen willen inzetten. De organisatie heeft een afspraak met Polyclinique Baron Lambert om lokalen te gebruiken voor consultaties met bijvoorbeeld cardiologen, hematologen, neurologen.

## Toegankelijkheid

Hoewel België in internationale vergelijkingen goed scoort voor ‘toegankelijk-

heid van de zorg’, zijn er voor de groepen waarvoor Dokters van de Wereld zich inzet reële problemen. Het gaat dan niet om louter financiële barrières. “Er worden ook onbewuste barrières opgeworpen. Bij sommige artsen kun je bijvoorbeeld geen afspraak meer maken zonder via een Nederlandstalige website te gaan. Maar vooral de administratieve barrières vormen een probleem”, zegt Pierre Van Heddegem.

**‘Als ik één wens zou mogen doen, dan is het één universeel systeem dat toegang geeft tot zorg’**

– Pierre Van Heddegem

“Neem nu vluchtelingen: als je de juiste papieren hebt maar niet in een opvangcentrum verblijft, is de procedure anders dan wanneer je wél in een opvangcentrum zit. Heb je geen papieren, dan moet je naar het OCMW. Maak het toch niet zo ingewikkeld. Al die administratie kost ook geld, en een OCMW moet nu controleur spelen in plaats van mensen op te volgen.”

“Als ik één wens zou mogen doen, dan is het één universeel systeem dat toegang geeft tot zorg. Er mogen daarachter best verschillende administraties en betalingssystemen zitten, maar als patiënt zou je dat niet mogen merken.”

## Hulpwaardigheidsladder

Naar aanleiding van 600 jaar KU Leuven wou de universiteit naast de klassieke academische eredoctoraten ook een maatschappelijke organisatie huldigen, zegt prof. Wim Van Lancker, hoofddocent Faculteit Sociale Wetenschappen en promotor van het eredoctoraat. “We leven in een tijdsgewricht waar er bijzonder weinig empathie is voor mensen die aan die rafelrand van de maatschappij leven. Daar bestaat ook onderzoek over: als je mensen vraagt wie het verdient om hulp te krijgen van de samenleving, dan staan gepensioneerden en mensen met een





**Pierre Van Heddegem: “Er liggen nu voorstellen op tafel om ‘dringende medische hulp’ voor mensen zonder papieren zo restrictief mogelijk te interpreteren, tot alleen levensreddende zorg.”**

bepierking bovenaan. Dan volgen zieken, langdurig zieken, werklozen, mensen met een leefloon, en mensen met een migratieachtergrond. Vluchtelingen staan helemaal onderaan die ‘hulpwaardigheidsladder’. Beleidsmakers laten zich leiden door die grondstroom, terwijl organisaties zoals Dokters van de Wereld daar tegen ingaan. Ik vind het belangrijk dat de KU Leuven hierover een signaal kan geven.”

Wat Dokters van de Wereld doet, is op dit moment eigenlijk een onmisbaar deel van de welvaartsstaat, hoewel het niet als dusdanig erkend wordt of er de middelen voor krijgt, zegt Van Lancker. “Er is een schaduwwelvaartsstaat ontstaan, die taken overneemt die vroeger onder de sociale zekerheid en de gezondheidszorg vielen. Het is een soort veramerikaanisering van onze welvaartsstaat; het principe van universele toegang tot soci-

ale bescherming wordt losgelaten zonder dat we het goed beseffen.”

## Rationeel

Het verdwijnen van die universele toegang is volgens Pierre Van Heddegem onverantwoord. “Er liggen nu voorstellen op tafel om ‘dringende medische hulp’ voor mensen zonder papieren zo restrictief mogelijk te interpreteren, tot alleen levensreddende zorg.”

“Men denkt dan dat het gaat om mensen die hier gisteren zijn aangekomen. Maar in werkelijkheid zijn het vaak mensen die hier al tien of twintig jaar lang wonen, en al die tijd geen toegang tot het zorgsysteem hebben. Ze krijgen chronische gezondheidsproblemen die nooit behandeld zijn, waardoor de zorg duurder wordt wanneer ze uiteindelijk toch in een ziekenhuis moeten worden opgenomen. Zo’n maatregel is dus totaal niet rationeel. Dat heeft allemaal een kostprijs. Een humane kostprijs, maar ook een kostprijs voor de samenleving.”

Erik Derycke

NIEUW

# Bactiol® Women

Krachtige microbiotica 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 tijdens de (peri)menopauze
- ✓ **Wetenschappelijk onderbouwd** (meer dan 80 klinische studies)
- ✓ **Vrij van allergenen**
- ✓ **Veilig voor zwangere vrouwen en tijdens de borstvoeding**
- ✓ **Eenvoudig in gebruik: 1 capsule per dag**



30 capsules CNK 4875-712

[www.metagenics.eu](http://www.metagenics.eu)

**Metagenics®**



# Aanwinsten bij de behandeling van baarmoederfibromen

**GYNAECOLOGIE** De prevalentie van baarmoederfibroom, ook wel uterusmyoom of vleesboom genoemd, is bijzonder hoog. Deze bekkentumor is de frequentste tumor bij vrouwen en treft tot wel 80% van de vrouwen van vruchtbare leeftijd, stelt dr. Stavros Karampelas, hoofd van de Bleeding Clinic<sup>(1)</sup> en de endometriosekliniek van het UVC Brugmann. Baarmoederfibromen zijn niet zonder gevolgen: ze blijven tot vandaag de belangrijkste oorzaak van hysterectomie.

**D**e laatste jaren zagen we echter belangrijke therapeutische ontwikkelingen. Een goede gelegenheid om nog eens stil te staan bij deze veelvoorkomende aandoening.

## Demografische kenmerken

Zowel in België als in veel andere landen stijgt het aantal gevallen van baarmoederfibromen, en dat is vooral toe te schrijven aan demografische risicofactoren, zoals de vergrijzing van de

bevolking. Ook mogen we niet vergeten dat de prevalentie van deze tumoren hoger is bij zwarte en Aziatische vrouwen.

“Mogelijk is ook voeding een risicofactor”, aldus de gynaecoloog, “maar de prevalentie van fibromen is zo hoog en het voedingspatroon zo wisselend dat je met epidemiologisch onderzoek moeilijk kunt achterhalen of bepaalde voedingsmiddelen een oorzakelijke rol spelen. Er lijkt een correlatie te bestaan tussen baarmoederfibromen en hyper-

tensie, maar de onderliggende mechanismen zijn niet duidelijk.”

Ongeveer de helft van de vrouwen met baarmoederfibromen vertoont geen enkel symptoom. Bij de andere helft zijn de belangrijkste symptomen pijn, hypermenorroe, urinewegproblemen, constipatie en onvruchtbaarheid (kader). De impact op de levenskwaliteit is zeer groot, zo blijkt uit een enquête die enkele jaren geleden in Nederland werd afgenomen bij meer dan 40.000 vrouwen van 15 tot 45 jaar.<sup>(2)</sup> De prevalentie van dysmenorroe bedroeg wel 85%, 77% van de vrouwen vertoonde psychologische problemen en 71% had last van vermoeidheid. 38% van de vrouwen gaf aan dat ze tijdens de menstruatieperiode niet in staat waren al hun gebruikelijke dagelijkse activiteiten uit te voeren. Ze waren niet snel geneigd die beperkingen toe te lichten: nauwelijks de helft van de vrouwen vertelde hun gezin dat dit te wijten was aan menstruatiesymptomen.

## Scala aan behandelingen

Het is niet nodig een behandeling op te starten bij een vrouw die geen symptomen heeft. Opvolging kan dan volstaan. Voor symptomatische vrouwen bestaan er gelukkig tal van therapeutische mogelijkheden, zowel op medicamenteus als chirurgisch vlak. “Het beleid kan voor elke patiënte individueel worden afgestemd, op basis van haar noden, leeftijd en symptomen”, voegt de specialist eraan toe. Niet-hormonale opties zijn klassiek tranexaminezuur (om het bloeden tegen te gaan; er is echter discussie over de werkzaamheid ervan), NSAID's, aromataseremmers en toediening van ijzer in geval van ijzergebreksanemie door chronisch bloedverlies.

Overvloedig menstrueel bloedverlies wijst erop dat de baarmoederfibromen in contact zijn met het baarmoederlumen of in de baarmoederholte uitpuilen. “Je kan dan een gecombineerde hormonale pil voorschrijven. Je kan ook enkel een progestageen voorschrijven.



menopauze als gevolg. “Bij 70-80% van de patiënten zien we een significant resultaat na drie tot vier weken behandeling, met een sterke vermindering van het bloedverlies.”

GnRH-antagonisten in hoge doses, zoals linzagolix 200 mg/d, mogen gedurende een periode van maximaal zes maanden toegediend worden. Een langere behandeling dreigt osteoporose en vasomotorische problemen te veroorzaken. Tenzij je er een adjuvante hormoontherapie aan toevoegt (‘add-back therapy’). “In dat geval moet je minstens 1 mg/d oestradiol voorschrijven en 0,5 mg/d progestageen (norethisteronacetate). Dat zijn de minimumdoseringen nodig om de symptomen van een baarmoederfibroom significant te verminderen en tegelijk menopauzale symptomen te vermijden”, klinkt het. Tibolon kan efficiënt zijn om vasomotorische stoornissen tegen te gaan en vermindert het risico op spotting, maar wordt niet aanbevolen in geval van osteoporose.<sup>(3)</sup>

“Als linzagolix in een iets lagere dosering wordt toegediend (100 mg/d), kan het twee of drie maanden duren vooraleer je de bloedingen onder controle krijgt, maar je hebt dan geen adjuvante hormoontherapie nodig, doordat de ovaria wat oestrogenen blijven produceren. Dat kan geruststellend zijn voor patiënten die zich zorgen maken om de hormonale behandeling: ze behouden hun menstruatiecyclus.”

GnRH-antagonisten kunnen ook preoperatief zinvol zijn, in het kader van een geplande myomectomie. Ze doen het fibroom krimpen (tot 50% na zes maanden behandeling met een hoge dosering<sup>(4)</sup>), wat de ingreep aanzienlijk vergemakkelijkt.

### Van embolisatie tot hysterectomie

Uteriene arteriële embolisatie (UAE) is een zeer interessante therapeutische optie. “Maar de meeste patiënten die op consultatie komen met het oog op een myomectomie, hebben nog een kindwens, en UAE kan de vruchtbaarheid in het gedrang brengen”, waarschuwt Stavros Karampelas. “Het kan ook complicaties veroorzaken tijdens de zwangerschap en bij de bevalling en is dus eerder geïndiceerd voor vrouwen zonder kindwens. Na zo’n embolisatie is wel vaker een heringreep nodig dan na een myomectomie.”

Een laparoscopische myomectomie is minder invasief dan klassieke chirurgie

## Belangrijkste symptomen van baarmoederfibromen

- Hypermenorroe
- Spotting
- Ongemak of pijn in het bekken
- Pollakisurie
- Constipatie
- Rugpijn
- Dyspareunie
- Vruchtbaarheidsproblemen
- Pijn en oedeem van de onderste ledematen

en zeker dan een hysterectomie. Met een myomectomie blijft de baarmoeder en dus de vruchtbaarheid behouden.

Sinds enkele jaren is er ook de optie bijgekomen om een myomectomie uit te voeren via robotchirurgie, bv. met de Da Vinci-robot. Wat zijn de belangrijkste voordelen van die nieuwe operatietechniek? De resultaten zijn even goed als na een conventionele laparoscopie. De operatie is echter preciezer en de chirurg zal er veel minder moe van worden. In beide gevallen kan de ingreep drie tot vijf uur duren, afhankelijk van het aantal en de ligging van de te verwijderen gezwellen (waar een hysterectomie een tot twee uur duurt). De operatie kan wat langer duren met robotgeassisteerde chirurgie, maar de chirurg kan tijdens de operatie in een comfortabele houding zitten en opereren via een scherm met hoge resolutie en driedimensionaal beeld. Er treden minder complicaties op na robotchirurgie, de huidincisies zijn kleiner en de patiënte herstelt sneller.

### Aangetaste vrouwelijkheid

Een geslaagde myomectomie biedt echter nog geen waarborgen voor de toekomst. Na acht jaar bedraagt het recidiepercentage circa 70%. Een hysterectomie is nog altijd de ultieme oplossing. Sommige vrouwen nemen niet graag een hormoontherapie in, maar er zijn ook heel wat vrouwen die een hysterectomie weigeren, ook als ze geen kindwens (meer) hebben. Daar zijn vooral culturele verklaringen voor, legt de specialist uit. “In sommige culturen wordt een verlies van baarmoeder gelijkgesteld met een verlies van vrouwelijkheid. Dat bemoeilijkt natuurlijk de therapeutische aanpak bij zeer symptomatische patiëntes bij wie een hysterectomie de oplossing zou zijn.”

### Diagnose en beeldvorming

Radiofrequente ablatie (RFA) is een nieuwe, weinig invasieve myomectomiemethode, die aan belang blijkt te win-

nen. De ingreep wordt onder algemene anesthesie uitgevoerd en duurt veel minder lang (over het algemeen minder dan een uur).

Naar diagnose toe kenden we een belangrijke doorbraak voor endometriose: speekseltests die specifieke micro-RNA’s detecteren, waarmee de ziekte al in een vroeg stadium kan opgespoord worden, op laagdrempelige en betrouwbare manier. Mogen we hopen op een dergelijke vooruitgang in de diagnose van baarmoederfibromen?

“Speekseltests zijn inderdaad interessant voor endometriose, meer bepaald bij peritoneale endometriose, die moeilijk te diagnosticeren is”, erkent Stavros Karampelas. “Het zou me niet verbazen mochten er ook nieuwe middelen verschijnen om baarmoederfibromen te diagnosticeren, maar ik denk niet dat dat nodig is. Deze tumoren zijn immers gemakkelijker op te sporen: een simpele echografie volstaat.” Over beeldvorming gesproken, 3D-echografie en MRI zijn nog nuttig in een preoperatieve fase, om de locatie, het volume en het aantal knobbels dat moet worden weggenomen te evalueren.

dr. Claude Leroy

#### Opmerkingen en referenties:

- (1) De Bleeding Clinic spitst zich toe op abnormale bloedingen en baarmoederfibromen.
- (2) Schoep ME, Nieboer TE, van der Zanden M, Braat DDM, Nap AW. The impact of menstrual symptoms on everyday life: a survey among 42,879 women. *Am J Obstet Gynecol.* 2019 Jun;220(6):569.e1-569.e7. doi: 10.1016/j.ajog.2019.02.048
- (3) Formoso G, Perrone E, Maltoni S, Balduzzi S, Wilkinson J, Basevi V et al. Short-term and long-term effects of tibolone in postmenopausal women. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016 Oct 12;10(10):CD008536. doi: 10.1002/14651858.CD008536.pub3
- (4) Donnez J, Taylor HS, Stewart EA, Bradley L, Marsh E, Archer D et al. Linzagolix with and without hormonal add-back therapy for the treatment of symptomatic uterine fibroids: two randomised, placebo-controlled, phase 3 trials. *Lancet.* 2022 Sep 17;400(10356):896-907. doi: 10.1016/S0140-6736(22)01475-1

ven – in de vorm van een pil of hormoonspiraaltje – om het bloedverlies te verminderen, maar die behandeling zal het myoom niet doen inkrimpen: die zal even groot blijven of nog verder groeien.”

Het probleem is dat veel vrouwen weigerachtig staan tegenover de inname van hormonen, “hoewel die hormonale behandeling de eerste lijntherapie blijft voor baarmoederfibromen”. GnRH-antagonisten zijn een mogelijk alternatief. Afhankelijk van de dosering zal de synthese van FSH en LH zeer snel dalen, waardoor de productie van oestradiol in de ovaria drastisch afneemt, met een kunstmatige

**‘GnRH-antagonisten kunnen niet alleen therapeutisch, maar ook preoperatief zinvol zijn, in het kader van een geplande myomectomie’**



## ‘Regeerakkoord bevat mooie voornemens’

**ZELDZAME ZIEKTEN** Eva Schoeters, directeur van RaDiOrg, ziet meerdere positieve punten in het regeerakkoord dat de Arizona-partijen de laatste dag van januari afsloten. Nu komt het erop aan deze doelstellingen ook in de praktijk te brengen.

**A**ls directeur van RaDiOrg, de Belgische koepelvereniging voor mensen met een zeldzame ziekte, keek Eva Schoeters, die tevens voorzitter is van be-TSC, de Belgische vereniging voor wie (mee) leeft met Tubereuze Sclerose Complex, reikhalzend uit naar het regeerakkoord dat de regering De Wever afsloot. Waarschijnlijk bladerde ze meteen naar pagina 118 van het lijvige document. Daar staat immers welke plannen de regering heeft inzake zeldzame aandoeningen.

“Het verheugt ons dat Frank Vandenbroucke ervoor gezorgd heeft dat zeldzame ziekten zeer expliciet in het regeerakkoord zijn opgenomen”, steekt Eva Schoeters van wal. “In andere delen van het regeerakkoord

wordt meermaals benadrukt dat inter-federale samenwerking erg belangrijk is. We hopen dan ook dat de regionale ministers Genez en Coppieters de komende maanden zien waar zij binnen hun bevoegdheden mee het verschil kunnen maken. In het federale regeerakkoord zie ik meerdere punten terugkomen die wij al langer vragen. Daar ben ik echt tevreden mee.”

### Expertise

Een snelle diagnose en doorverwijzing naar erkende, wetenschappelijk onderbouwde expertise is een eerste streefdoel van de regering. “In het memorandum dat we vorig jaar schreven, benadrukten we het belang van erkende expertise”, aldus de directeur van RaDiOrg. “Na het diagnostisch parcours, dat vaak een echte odyssee is,

belanden de patiënt dikwijls in een nieuwe odyssee op zoek naar de aangegeven expertise. Het is een heel moeilijke weg naar mensen die hun ziekte echt kennen.”

voorzien wordt, terwijl dat niet zo is voor andere. Het Kankerplan is een voorbeeld omdat het duidelijk steun en multidisciplinair overleg voorziet. Sommige zeldzame ziekten – voorname-

**‘Heel veel patiënten ondervinden positieve gevolgen van de vroegtijdige toegang tot veelbelovende producten en therapieën. We stellen tot onze spijt echter vast dat België net als de rest van Europa achteruitboert’**

“Nog zo’n cruciaal punt is het verzekeren van een goed gecoördineerde multidisciplinaire zorg afgestemd op de specifieke noden van de patiënten en hun families. We merken dat dit vandaag voor bepaalde zeldzame ziektes

lijk metabole en neuromusculaire aandoeningen – hebben een conventie, voor het merendeel van de aandoeningen is dat echter niet voorzien.” Het stoort Eva Schoeters dat er door de beperking van multidisciplinair overleg



tot een aantal diagnoses, per definitie sprake is van ongelijke zorg. “Daar pleiten we zeer uitdrukkelijk tegen. We vragen dat de volledige groep van mensen met een zeldzame ziekte van multidisciplinaire zorg kan genieten.”

## Grenzen

Volgens Schoeters zijn de zorgverstrekkers ook vragende partij. “Zij botsen op grenzen. Nochtans is het cruciaal voor de patiënt. Als je als patiënt bijvoorbeeld zelf de verhalen aan elkaar moet knopen die de nefroloog, de pneumoloog en de cardioloog je vertellen, dan gaan vaak essentiële elementen verloren die aan elkaar moeten worden gelinkt. Voor een patiënt is dat niet eenvoudig. Neem alleen al maar het inplannen van raadplegingen. Het was uiteraard geen toeval dat we dit expliciet als een apart punt hebben opgenomen in ons memorandum.”

**‘Ook patiënten met een ziekte waar nog geen patiëntenvereniging voor bestaat, hebben recht op een gelijkwaardige toegang tot de gezondheidszorg’**

Administratieve vereenvoudiging is een begrip dat op meerdere plaatsen in het regeerakkoord opduikt. “Sterk vereenvoudigde administratieve regelingen en vlotte toegang tot geneesmiddelen, behandelingen en hulpmiddelen die een antwoord bieden op zeer specifieke noden”, luidt het in het luik over de zeldzame aandoeningen. Eva Schoeters is tevreden dat ook dit in het regeerakkoord is opgenomen. “Vooral in het kader van de maximumfactuur, de derdebetalersregeling en de toegang tot allerlei ondersteuning die wel mogelijk is, maar waar de patiënten hun weg niet naartoe vinden. In ons memorandum hingen we dat op aan de vraag naar een statuut zeldzame ziekten. In het statuut chronische aandoeningen is er een subluikje voorzien voor mensen met een zeldzame aandoening, maar eigenlijk gaat dat niet ver genoeg om echt te beantwoorden aan de reële noden van deze patiënten.”

## Maximumfactuur

Eva Schoeters denkt daarbij bijvoorbeeld aan hernieuwingen voor ziekten

die per definitie ongeneeslijk of degeneratief zijn. Patiënten ervaren dat als erg belastend. Ze moeten vaak op controle omdat controleartsen de ziekte niet goed kennen en bovendien de adviezen van experts niet ter harte nemen. “Je kan van de controleartsen niet verwachten dat ze alle zeldzame aandoeningen door en door kennen, maar je verwacht wel dat ze vertrouwen hebben in de aanwezige expertise. Erkenning van expertise zou daarbij kunnen helpen. Het zou het de controle- en adviserend artsen makkelijker maken om vertrouwen te stellen in bepaalde aanbevelingen.”

“De toegang tot geneesmiddelen, behandelingen en hulpmiddelen is uiteraard een cruciaal gegeven”, vervolgt Eva Schoeters. “We vinden het belangrijk dat bij de maximumfactuur het totaalpakket wordt meegerekend. We merken vaak dat expert-artsen bepaalde geneesmiddelen of behandelingen voorschrijven die niet noodzakelijk worden terugbetaald. En alles waar verkeerdelijk geen terugbetaling voor wordt voorzien, wordt niet meegerekend in de maximumfactuur. Dat zijn voorbeelden van toestanden waarop de patiënten stoten en waar er duidelijk sprake is van ongelijkheid in de kwaliteit van zorg die patiënten zich kunnen veroorloven.”

## Klinische studies

Een belangrijk punt voor mensen met een zeldzame aandoening is het engagement van de regering om een goede toegang te behouden tot klinische studies. “Heel veel patiënten ondervinden positieve gevolgen van de vroegtijdige toegang tot veelbelovende producten en therapieën. We stellen tot onze spijt echter vast dat België net als de rest van Europa achteruitboert. Een jammere evolutie, zeker omdat België tot vandaag samen met Denemarken koploper is. We moeten ervoor zorgen dat de farmaceutische industrie interesse blijft hebben in ons land.”

Eva Schoeters spreekt als ouder van een kind met een zeldzame ziekte uit eigen ervaring wanneer ze de problematiek van de klinische studies aansnijdt. “Dankzij een klinische trial heeft mijn kind toegang gekregen tot een weesgeneesmiddel waar het anders wellicht pas vijf jaar later mee van start had kunnen gaan. Nochtans was het belangrijk voor hem om zo snel mogelijk toegang te krijgen. Veel andere patiënten verkeren in dezelfde



situatie en staan te springen om te mogen deelnemen.”

## Centraal register

Een euvel waar België wel vaker aan lijdt, is het gebrek aan (betrouwbare) data. Het regeerakkoord zegt werk te willen maken van “performante registratie en opvolging van gegevens”. “Goed databeheer is belangrijk”, bevestigt Eva Schoeters. “Alle betrokken partijen geven aan dat er hier wel wat schort. Een doorn in ons oog is de manier waarop het centraal register zeldzame aandoeningen (Central Register Rare Diseases of CRRD) wordt beheerd. Geen verwijt aan de mensen van Sciensano die alles in het werk stellen om dit zo optimaal mogelijk te laten verlopen. Hun inspanningen ten spijt stellen we vast dat tien jaar na de start momenteel ongeveer 2% van het geschatte aantal Belgen met een zeldzame aandoening in het register zijn opgenomen. Op die manier kan het register zijn nut helemaal niet bewijzen. Het aantal ligt zo laag omdat er momenteel geen verplichting bestaat om een zeldzame aandoening te registreren. Tot voor kort was er bij Sciensano één persoon verantwoordelijk voor het register, sinds kort kwam er een tweede bij. Bij het Kankerregister zijn er dat minstens tien.”

“Evidence-based medicine is een mantra dat steeds wordt bovengehaald. Dan lijkt het me toch essentieel te weten welke patiënten er zijn en hoe ze worden opgevolgd. Pas wanneer we weten welke patiënten er zijn, kunnen we ze groeperen wat op zijn beurt belangrijk is voor de opbouw van expertise. Momenteel wordt in het register slechts een basisset van 21 gegevens bijgehouden. Maar zelfs dat kan al een belangrijk en essentieel hulpmiddel zijn om beleid op te baseren, om een gelijkwaar-

dige kans te geven aan iedereen die een zeldzame ziekte heeft en om alle zeldzame aandoeningen zichtbaar te maken. We merken immers dat het altijd de aandoeningen zijn die het meest media-aandacht krijgen, die ook op politieke interesse kunnen rekenen. Ook patiënten met een ziekte waar nog geen patiëntenvereniging voor bestaat, hebben recht op een gelijkwaardige toegang tot de gezondheidszorg.”

## Continuïteit

Een laatste punt waar het regeerakkoord aandacht aan besteedt, is de bijzondere aandacht die moet gaan naar de overgang van kind naar volwassene. Tegenwoordig blijven veel jongeren steken in de pediatrie, zeker wanneer ze kampen met een mentale beperking of bepaalde gedragsproblemen. “We merken dat artsen binnen de volwassen-geneeskunde vaak te weinig onderlegd en te weinig vertrouwd zijn om met patiënten met mentale beperkingen om te gaan. We stellen vast dat multidisciplinariteit beter geregeld is binnen de pediatrie. Los daarvan is de overgang van adolescentie naar volwassenheid voor alle patiënten een kwetsbare periode. Vragen over relatievorming, seksualiteit en de eigen toekomst steken de kop op.”

Dat Frank Vandenbroucke ook in de nieuwe regering minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid blijft, kan volgens Eva Schoeters een voordeel zijn. “We weten dat er continuïteit zal zijn met een minister die onze zaak ter harte neemt. We weten ook dat parlementsleden van de andere partijen in de meerderheid de problematiek min of meer kennen. Kathleen Depoorter (N-VA) bracht al meermaals een resolutie over zeldzame aandoeningen ter stemming”, kijkt Eva Schoeters positief naar de toekomst.

**Filip Ceulemans**

# ‘Artsen kunnen niet alles weten’

**ZELDZAME ZIEKTEN** In 2023 keurde het Verzekeringscomité van het RIZIV een investering van 2,3 miljoen euro goed voor een proefproject rond vier ziekten: Parkinson, multiple sclerose (MS), amyotrofe laterale sclerose (ALS) en de ziekte van Huntington. Het doel is om patiëntenverenigingen de rol van casemanager te laten opnemen.



been’ als het om zeldzame ziekten gaat. Waarom?

Het plan is op zich positief, omdat het multidisciplinaire zorg bevordert. Maar het plan richt zich vooral op complexe zorg en de behandeling van chronische patiënten.

Het idee om met zorgregio’s te werken, is nuttig voor chronische ziekten, maar minder geschikt voor zeldzame ziekten. Bij de ziekte van Huntington

liteit. Wanneer een arts met een onbekend geval wordt geconfronteerd, moet hij of zij de nederigheid hebben om zich te informeren en familiegeschiedenissen te onderzoeken.

**Kunnen artsen doorverwijzen naar de referentiecentra voor zeldzame ziekten?**

Theoretisch wel, maar in de praktijk hebben de referentiecentra weinig onderlinge samenwerking. In België zou-



**‘Het idee om met zorgregio’s te werken, is nuttig voor chronische ziekten, maar minder geschikt voor zeldzame ziekten’**

– Albert Counet

gaat het bijvoorbeeld om slechts zeven à acht patiënten per 200.000 inwoners. Wie heeft binnen zo’n regio de nodige kennis en middelen om deze patiënten adequaat te behandelen?

**In 2023 werd een proefproject gelanceerd rond vier ziekten: Parkinson, MS, ALS en Huntington. Wat houdt dit project in?**

Het idee is om de rol van casemanager toe te vertrouwen aan patiëntenverenigingen. Dit project omvat zowel chronische ziekten (zoals Parkinson en MS) als zeldzame ziekten (ALS en Huntington).

We ondertekenden een overeenkomst voor drie jaar en zitten nu halverwege. Het project is een test om te kijken of het haalbaar is de functie van casemanager over te dragen aan patiëntenverenigingen. Het vereist veel overleg en samenwerking tussen de deelnemende organisaties.

De rol van casemanager is erg waardevol. Momenteel neemt niemand deze functie echt op zich. Een casemanager is geen zorgverlener, maar iemand die patiënten en hun families begeleidt tijdens het ziekteproces.

Als het project slaagt, opent dit de deur voor andere verenigingen. Als het niet werkt, moeten we andere wegen verkennen, bijvoorbeeld door zeldzame ziekten te groeperen in categorieën zoals neurodegeneratieve ziekten.

**Heeft u een boodschap voor de medische sector?**

Jazeker: artsen kunnen niet alles weten. Dat is geen kritiek, maar een rea-

den we idealiter regionale aanspreekpunten moeten hebben binnen de Europese netwerken voor zeldzame ziekten.

**Is dit probleem groter dan België alleen?**

Ja, maar de aanpak moet wel aangepast zijn aan de Belgische situatie. Er is een gestructureerde, federale aanpak nodig, die waar nodig aansluiting vindt bij internationale netwerken. Dit is echter complex, omdat de zorg (care) onder de bevoegdheid van de regio’s valt en de medische behandeling (cure) federaal wordt geregeld. Dat is de Belgische realiteit.

**Zijn artsen zich voldoende bewust van uw organisatie? Verwijzen ze patiënten door naar patiëntenverenigingen?**

Ja en nee. Onze eerste focus ligt op de patiënt en zijn of haar familie. Daarna richten we ons op de erkende ziekenhuizen. De medische gemeenschap komt pas op de derde plaats. We moeten beter communiceren, zodat artsen ons beter kennen en gemakkelijker naar ons kunnen doorverwijzen.

Patiëntenverenigingen zijn onmisbaar en hun voortbestaan moet worden gewaarborgd. Wij bestaan al 25 jaar dankzij een facultatieve subsidie, maar we hopen over te stappen op een vierjarige overeenkomst. Dit dossier ligt bij de minister, maar het stond al op tafel tijdens de vorige twee regeringen.

Laurent Zanella

**E**en interview met Albert Counet, voorzitter van de Franstalige Huntington Liga. Tijdens het symposium van het Waalse Eerstelijnsplatform (PPLW) gaf u aan dat België geen adequaat plan heeft voor zeldzame ziekten.

**Albert Counet:** Dat klopt. In 2014 werd, na een studie van de Koning Boudewijnstichting, een plan voor zeldzame ziekten gepubliceerd, maar dit is eigenlijk geen plan. Het is een lijst van 32 goed doordachte maatregelen, maar zonder concrete structuur. Sindsdien gebeurt er weinig, behalve af en toe discussies in de Kamer en voorstellen die niet worden uitgevoerd.

Om een echt plan te maken, moet je bij de basis beginnen. Eerst moet er een uniforme lijst van ziekten komen, maar die bestaat niet in België. Elk ziekenhuis en elke ziekenfondsinstelling

werkt met een eigen lijst, waardoor ziekten soms erkend worden en soms niet. Nochtans bestaat er internationaal een standaardlijst, zoals de Orphanet-lijst die bijvoorbeeld in Frankrijk en andere Europese landen wordt gebruikt. Dit zou zorgen voor een uniforme communicatie.

Vanuit zo’n uniforme lijst kun je vervolgens een patiëntenregister opstellen en een budget bepalen. Pas dan kan er een echt plan ontstaan.

**Werkt minister Vandenbroucke aan een oplossing?**

Ja. Voor zover ik weet, werkt het RIZIV momenteel aan een plan voor zeldzame ziekten. Het zal tijd kosten, maar het is goed dat er vooruitgang wordt geboekt. Dit is een kans die we moeten grijpen.

**U noemt het interfederaal plan voor geïntegreerde zorg, gelanceerd in 2023, ‘een pleister op een houten**



# SEE ME HEAR ME

## Informatie

voor patiënten met ANCA-geassocieerde  
vasculitis en hun mantelzorgers

Het initiatief **SEE ME. HEAR ME** is opgezet door CSL Vifor om iedereen te ondersteunen die leeft met of getroffen wordt door ANCA-geassocieerde vasculitis (AAV).

AAV is een zeldzame ziekte die wordt gekenmerkt door ontsteking van de kleine bloedvaten. De tekenen en symptomen kunnen zich voordoen in verschillende delen van het lichaam, waaronder de nieren, longen, zenuwen, ogen en oren, met mogelijk ernstige gevolgen.<sup>1</sup>



Voor meer informatie over ANCA-geassocieerde vasculitis en voor het downloaden van de digitale brochure, zie:  
[www.myANCAvasculitis.com/nl](http://www.myANCAvasculitis.com/nl)

We hebben een brochure samengesteld met informatie, patiëntenverhalen, tips en hulpmiddelen voor mensen die leven met ANCA-geassocieerde vasculitis en hun begeleiders en mantelzorgers.

1. Al-Hussain T, et al. *Adv Anat Pathol* 2017;24(4):226–34.



Martina, MPA  
& Maresa, GPA,  
Duitsland





# ‘Tijd om echt op de patiënt te focussen’



**ZELDZAME ZIEKTEN** Rare Disorders Belgium (RDB) is een vzw gerund door vrijwilligers, die meer dan honderd patiëntenverenigingen bij elkaar brengt. De organisatie heeft als doel mensen met een zeldzame ziekte te informeren, te begeleiden en te ondersteunen, zodat hun zorgtraject zo min mogelijk obstakels kent. Yvan Lattenist, voorzitter van RDB, legt uit welke uitdagingen er zijn bij de behandeling van zeldzame ziekten en benadrukt het belang van patiëntenverenigingen.

Parkinson) te mengen met zeldzame ziekten. Hoe kunnen we uit zo’n gemengd project een coherente conclusie trekken?”

Volgens hem moet er eerst gekeken worden naar de behoeften van de patiënt. “We moeten zeldzame ziekten in clusters opdelen op basis van duidelijke criteria (bijvoorbeeld: invaliderend of niet, degeneratief of niet). Dit helpt bij het bepalen van de juiste middelen, inclusief de rol van patiëntenverenigingen. Want de zorg draait niet alleen om curatieve behandelingen; een zeldzame ziekte heeft ook psychologische en administratieve gevolgen.”

## Casemanager

Toch is er één aspect van het pilootproject waar Lattenist enthousiast over is: de rol van de casemanager. “Ik vind dit een uitstekend idee. Het past helemaal bij het concept van de patiënt-expert en de mantelzorger. Als ervaringsdeskundige geloof ik absoluut in deze rol binnen het zorgtraject – of eigenlijk in het hele levenspad van een patiënt. Wie anders dan een patiëntenvereniging kan de tijd nemen om ingewikkelde documenten voor ziekenfondsen in orde te brengen? Dat is niet

**N**et als Albert Counet (zie pagina 22) wijst Yvan Lattenist op het falen van het Belgische ‘Plan Zeldzame Aandoeningen’ uit 2014. “Al meer dan tien jaar is er niets veranderd. Bovendien maakt het plan geen duidelijk onderscheid tussen zeldzame en chronische ziekten. Zeldzame ziekten hebben hun eigen specifieke kenmerken, zoals de lange zoektocht naar een diagnose en het taboe om er openlijk over te praten.”

In een enquête die RDB uitvoerde in het kader van de elfde Europese Conferentie over Zeldzame Ziekten en Weesgeneesmiddelen (ECRD, 2022), werd onderzocht welke rol patiëntenverenigingen spelen en waarom sommige mensen aarzelen om contact op te nemen. Ook werd de *Lijn Zeldzame Ziekten* (0800/928.02) gepromoot. In totaal namen 265 personen deel aan de enquête, waarvan twee derde zelf een zeldzame ziekte had.

## Meerwaarde

“Het viel mij bijzonder op dat 76% van de respondenten aangaf via een patiëntenvereniging relevante medische informatie te hebben ontvangen, bovenop wat artsen hen al hadden verteld. Dit bewijst dat artsen niet alles alleen kunnen. Patiëntenverenigingen bieden een belangrijke meerwaarde.”

Daarnaast weerlegt Lattenist een vaak gehoord argument. “Een van de meest genoemde redenen om niet te handelen op het gebied van zeldzame ziekten is het argument van vertrouwelijkheid: ‘Ik wil niet over mijn ziekte praten, want dat kan mijn levensverzekering of mijn baan beïnvloeden.’ In werkelijkheid staat dit criterium onderaan de lijst van obstakels. Slechts 16% noemt dit als reden. De grootste belemmering is eigenlijk uitstelgedrag: ‘Ik hoef vandaag niet te bellen, ik kan het morgen doen als mijn toestand verslechtert.’ Maar het probleem met zeldzame ziekten is dat ze vaak degeneratief zijn. De



**‘Het probleem met zeldzame ziekten is dat ze vaak degeneratief zijn. De toekomst wordt zelden beter. Hoe eerder je handelt, hoe beter de zorg’**

– Yvan Lattenist

toekomst wordt zelden beter. Hoe eerder je handelt, hoe beter de zorg.”

## Gestructureerde aanpak

Om zeldzame ziekten beter te behandelen, is een gestructureerde aanpak nodig. “Voorlopig is die er niet in België. We moeten focussen op de behoeften van patiënten en hun naasten, hun lijden erkennen en diagnoses versnellen.” Lattenist plaatst kanttekeningen bij het lopende pilootproject waarin patiëntenverenigingen de rol van casemanager opnemen voor vier ziekten (Parkinson, multiple sclerose, ALS en Huntington). “Dit project zet de verwarring van het plan uit 2014 voort door chronische ziekten (zoals

de taak van een arts. En dit is slechts één voorbeeld van de vele manieren waarop patiëntenverenigingen een essentiële rol kunnen spelen als casemanager.”

**Laurent Zanella**

>> Evenement op 2 maart:  
Rare Disorders Belgium organiseert op zondag 2 maart om 10 uur een online reflectiebijeenkomst ter gelegenheid van de Internationale Dag van de Zeldzame Ziekten. Voor de editie van 2025 zullen de thema’s gericht zijn op een nieuwe visie op gezondheidszorg voor patiënten met zeldzame ziekten en hun naasten.

>> Meer informatie: [maladies-rares.be](http://maladies-rares.be).



**ALS DEZE LONGVATEN  
KONDEN SPREKEN...**

**ZOUDEN ZE JE UITNODIGEN OM  
MEER TE WETEN  
TE KOMEN  
OVER PAH**



**SCAN DE  
QR-CODE VOOR  
MEER INFO**

Illustratieve afbeelding.

PAH = Pulmonale Arteriële Hypertensie.

MSD Belgium BV  
Vorstlaan 25, 1170 Brussel  
BE-NON-02423 - Date of last revision: 01/2025





# Neonatale screening 2.0

**ZELDZAME ZIEKTEN** De eerste resultaten van DNA-sequencing bij neonatale screening, bekend als 'Baby Detect', werden eind januari gepubliceerd in *Nature Medicine*. Deze genomische test, ontwikkeld door het Universitair Ziekenhuis van Luik (CHU de Liège), werd al uitgevoerd bij bijna 6.000 baby's. In vergelijking met de klassieke Guthrie-test spoort deze screening veel meer ziekten op, wat sneller behandelen mogelijk maakt.



De Guthrie-test is beperkt door technologie, aangezien hij alleen gebaseerd is op biochemische indicatoren. Niet alle ziekten hebben zulke indicatoren. 'Baby Detect' daarentegen gebruikt DNA-sequencing.

**E**en gesprek met professor Laurent Servais, hoogleraar pediatrie neuromusculaire ziekten aan de Universiteit van Oxford en hoogleraar pediatrie neurologie aan de Universiteit van Luik (ULiège), en met Aymeric Harmant, CEO van Thameus, de spin-off die verantwoordelijk is voor de 'Baby Detect'-test. Uw test detecteert 165 ziekten, tegenover 23 bij de Guthrie-test.

**Aymeric Harmant:** Onder de 165 ziekten bevinden zich vrijwel alle aandoeningen die door de Guthrie-test worden opgespoord. Beide tests vullen elkaar aan. Voor sommige ziekten blijft de Guthrie-test beter, sneller en goedkoper. Maar deze test is beperkt door technologie, aangezien hij alleen gebaseerd is op biochemische indicatoren. Niet alle ziekten hebben zulke indicatoren. 'Baby Detect' daarentegen gebruikt DNA-sequencing.

Elk land heeft zijn eigen lijst van ziekten voor neonatale screening (NBS). Elke toegevoegde ziekte verhoogt de kosten. Met 'Baby Detect' zijn er echter geen extra kosten voor het toevoegen van ziekten, omdat

de enorme hoeveelheid DNA-data gebruikt kan worden om nieuwe aandoeningen te detecteren. Als er morgen een nieuwe behandeling op de markt komt en in België wordt terugbetaald voor een 166ste ziekte, kunnen we deze zonder extra kosten opnemen in de screening.

**'Baby Detect' screent alleen op ziekten die kunnen worden behandeld.**

**Harmant:** Ja, we hanteren specifieke criteria: de ziekte moet ernstig en pediatrisch zijn (zich vóór de leeftijd van vijf jaar manifesteren), behandelbaar zijn of beheersbaar tegen een redelijke kostprijs. Daarnaast moet er een gespecialiseerde kinderarts beschikbaar zijn in de kraamkliniek waar een baby met de ziekte wordt geboren. Tot slot moet de genetische analyse betrouwbaar zijn in het opsporen van de ziekte, met een reëel risico op ontwikkeling, om te veel valspositieven te vermijden.

**Bij de 3.847 pasgeborenen die in de Nature-studie werden getest, werden 71 ziekten gevonden: 44 met G6PD-tekort (glucose-6-fosfaat-dehydrogenase-deficiëntie) en 27 met andere ziekten. Welke waren dat?**

**Prof. Laurent Servais:** Mucoviscidose, hemofilie, glycogeenstapelingsziekten en cardiomyopathie. Onlangs ontdekten we een geval van de ziekte van Wilson. Van de 71 gedetecteerde gevallen werden er 41 uitsluitend door 'Baby Detect' opgespoord.

**Harmant:** De ziekte van Wilson is moeilijk te diagnosticeren en zou waarschijnlijk pas na jaren zijn vastgesteld, met een pijnlijk behandeltraject als gevolg. Een 20-jarige patiënte, bij wie de diagnose pas op vijfjarige leeftijd werd gesteld, is helaas enkele dagen vóór de screening van deze baby overleden.

**Het doel van de test is om zo vroeg mogelijk in te grijpen en de ziekteprogressie te vertragen.**

**Servais:** Ja, het idee is om effectieve behandelingen op het juiste moment toe te passen. We hebben veel voorbeelden waarbij tijd een cruciale factor is: als je een bepaald behandelvenster mist, is het te laat of zijn de resultaten veel minder goed. Het doel is om in te grijpen voordat onomkeerbare symptomen zich ontwikkelen.

**Hoe meer patiënten met zeldzame ziekten worden gescreend, hoe meer fundamenteel onderzoek wordt gevoed.**

**Servais:** Dit zal ons helpen om de incidentie van deze ziekten en hun varianten beter te begrijpen. Veel gevallen worden waarschijnlijk niet gediagnosticeerd of zijn atypisch, waardoor we er minder kennis over hebben. We hopen dat genomische screening ons een breder overzicht geeft van deze aandoeningen.

De studie wijst op uitdagingen, vooral bij de interpretatie van genetische varianten.

**Servais:** Iedereen heeft veel genetische varianten in zijn DNA. De meeste zijn niet schadelijk, maar sommige kunnen dat wel zijn. Het is een probleem dat er een grijs gebied is tussen varianten die altijd pathogeen zijn en diegenen die dat nooit zijn. Waar trekken we de grens? Dat wordt bijna een filosofische vraag. Onze keuze is om alleen die varianten te rapporteren waarvan we zeker weten dat ze pathogeen zijn. We proberen het aantal valspositieven zo laag mogelijk te houden, zelfs als dat betekent dat we af en toe een fout-negatief zullen missen. Het gaat erom een evenwicht te vinden, en dit evenwicht kan veranderen naarmate we meer leren.

**Waarom is de praktische implementatie van genomische screening complex, zoals u stelt in Nature.**

**Servais:** Om meerdere redenen. De eerste is economisch: de test is relatief duur. De tweede heeft te maken met infrastructuur: als we alle pasgeborenen willen screenen, hebben we sequencing-apparatuur nodig, laboranten die de tests uitvoeren en artsen die gespecialiseerd zijn in de behandeling van baby's met genetische aandoeningen.

Daarnaast moeten we een consensus bereiken over welke genen en varianten we opnemen, hoe we de communicatie met families aanpakken en hoe het zorgtraject voor elke ziekte wordt gestroomlijnd, zodat het in alle betrokken landen uniform is.

Dit zijn enorme uitdagingen, maar ze zijn één voor één oplosbaar. Ik ben ervan overtuigd dat er geen andere toekomst is dan deze. De vraag is vooral: hoe snel kunnen we deze test algemeen invoeren en hoe pakken we de obstakels aan? Uiteindelijk moeten we deze screening integreren in een bredere maatschappelijke strategie, zodat we zeldzame ernstige ziekten op de meest effectieve en kostenefficiënte manier kunnen behandelen.

Cécile Vrayenne





# 1 IN 20

## PEOPLE LIVE WITH A RARE DISEASE\*

We are *Rare*

Rare diseases are more common than you might expect. As a healthcare professional, you can have a positive impact on these patients' lives.

Your expertise is key to unlocking better outcomes and providing them with much-needed support.



Learn more on  
[chiesirarediseases.com](https://chiesirarediseases.com)



# Neonatale screening: hoge verwachtingen bij patiënten

**ZELDZAME ZIEKTEN** Een enquête van Eurordis uit 2023 toont aan dat de meeste patiënten met een zeldzame ziekte en hun naasten graag een diagnose hadden gekregen bij de geboorte. De verwachte voordelen gaan verder dan enkel therapeutische winst.

**D**e *Rare Barometer 2023*-enquête, uitgevoerd door Eurordis (een niet-gouvernementele alliantie van patiëntenorganisaties en individuen die actief zijn op het gebied van zeldzame ziekten), ondervroeg 5.569 mensen die op de een of andere manier betrokken zijn bij zeldzame ziekten. Van de respondenten is 45% zelf patiënt en 49% ouder van een persoon met een zeldzame ziekte.

Hoewel drie op de vier zeldzame ziekten een genetische oorsprong hebben, kreeg slechts 3% van de respondenten de diagnose vóór de geboorte. Voor de meeste anderen werd de diagnose gesteld tussen de leeftijd van twee en negen jaar (26%) of pas tussen de 30 en

**Uit de enquête blijkt een sterke vraag naar een uitbreiding van systematische screening bij de geboorte: 81% van de familieleden en 63% van de ondervraagde patiënten hadden een diagnose bij de geboorte gewenst**

49 jaar (20%). De tijd tussen de eerste medische consultatie en de uiteindelijke diagnose varieert sterk: bij 32% duurt dit tussen een maand en een jaar, terwijl 25% langer dan vijf jaar moet wachten.

Uit de enquête blijkt een sterke vraag naar een uitbreiding van systematische screening bij de geboorte: 81% van de familieleden en 63% van de ondervraagde patiënten hadden een diagnose bij de geboorte gewenst. 62% van de deelnemers vindt dat elke ernstige zeldzame ziekte die het leven van de patiënt bedreigt of tot ernstige handicaps leidt, bij de geboorte opgespoord zou moeten worden.

## Progressie verminderen

De voordelen van vroege screening worden breed erkend door de deelnemers aan het onderzoek. Het kan een enorme verbetering betekenen voor de medische zorg door een vroege en gerichte interventie mogelijk te maken, waardoor complicaties en de progressie van bepaalde ziekten worden vermindert. Zelfs wanneer er geen genezende behandelingen beschikbaar zijn, zien veel respondenten nog steeds het nut van neonatale screening. De helft vindt

het belangrijk een diagnose te kennen, terwijl 52% gelooft dat het de zorgverlening en de aanpassing van families aan de situatie zou verbeteren.

Naast betere zorg wordt ook het vooruit plannen als een belangrijk voordeel genoemd (86%). Vroege toegang tot ondersteunende zorg, zoals fysiotherapie of gedragsinterventies, wordt door 88% als essentieel beschouwd. Deze behandelingen kunnen helpen bij zelfregulatie en emotiebeheersing, waardoor de symptomen worden vermindert en de levenskwaliteit verbetert.

Verder wordt door 90% van de respondenten gewezen op het belang van een betere erkenning van handicaps, terwijl 87% deelname aan wetenschappelijk onderzoek als een potentieel voordeel ziet. Van hen zou 87% bijdragen aan onderzoek om hun eigen ziekte beter te begrijpen en 82% om de behandeling van anderen te verbeteren.

François Hardy

## Zeldzaam, maar talrijk

Op 28 februari vindt de jaarlijkse Zeldzame Ziekten Dag plaats, dit jaar met als thema 'Zeldzaam, maar talrijk'.

**D**e slogan van Zeldzame Ziekten Dag 2025 lijkt contradictorisch, maar is het niet. In België zijn er maar liefst een half miljoen mensen met een zeldzame ziekte. Mensen met een zeldzame aandoening zijn dus helemaal niet zo zeldzaam. De campagne probeert op diverse manieren de bevolking te mobiliseren. Daarbij is het verstrekken van correcte cijfers erg belangrijk.

· Er zijn meer dan 6.100 zeldzame aandoeningen bekend waarvoor expertise schaars is en de toegang tot optimale, betaalbare zorg moeilijk is en blijft;

· Men spreekt van een zeldzame aandoening wanneer minder dan een persoon op 2.000 eraan lijdt;

· Voor minder dan 6% van alle zeldzame aandoeningen bestaat een doeltreffende behandeling;

· Gemiddeld duurt het 4,9 jaar alvorens er een correcte diagnose wordt gesteld;

· 70% van de zeldzame aandoeningen starten op kinderleeftijd.

Andere problemen waarmee patiënten die lijden aan een zeldzame aandoening kampen, zijn een verhoogd risico op sociaal isolement en het moeilijk vinden van lotgenoten. Zeldzame aandoeningen zijn bovendien vaak complex en chronisch invaliderend. Niet zelden zijn ze degeneratief en levensbedreigend.

F.C.



**ZELDZAAM  
MAAR TALRIJK**  
'Deel je kleuren'

**ZELDZAME ZIEKTENDAG 28.02.2025**  
In België leven meer dan 500.000 mensen met een zeldzame ziekte. Toon hen je steun. Neem deel aan de sensibiliseringscampagne en deel je kleuren.

Ontdek hier hoe je kan deelnemen  
#RareDiseaseDay #ZeldzameZiektendag #DeelJeKleuren

Belgian campaign powered by **RaDiOrg** [www.rarediseaseday.be](https://www.rarediseaseday.be)



# Cardiomyopathie

» DR. MICHÈLE LANGENDRIES  
» FOTO'S: JERRY DE BRIE



30-31

## prof. Steven Droogmans

Er is de jongste tijd steeds meer aandacht voor cardiomyopathieën, in eerste instantie door de verbeterde diagnostiek, die mee wordt bepaald door evoluties in de genetica.

» Wat zijn cardiomyopathieën?



32-33

## dr. Matthias Dupont

De aanleiding voor de uiteindelijke diagnose van een cardiomyopathie kan drieërlei zijn: symptomen, toevallige bevindingen of familiale screening.

» De diagnose van cardiomyopathieën



34-37

## prof. Johan Van Cleemput

Nieuwe behandelingen specifiek gericht op de etiologie van de verschillende vormen van cardiomyopathie hebben deze aandoeningen in de voorbije jaren meer en meer voor het voetlicht gebracht.

» Behandeling van cardiomyopathie (I) en (II)



Dit dossier kwam tot stand in samenwerking met de Belgische Cardiologische Liga.

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

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

<https://www.ak-academy.be/2025/article045/article045-nl-be/?culture=nl-BE>





# Wat zijn cardiomyopathieën?

Cardiomyopathie is een ziekte van de hartspier, die structureel en functioneel afwijkend is, terwijl er bij de patiënt geen sprake is van aandoeningen zoals coronair lijden, hypertensie, kleplijden of een aangeboren hartafwijking die ernstig genoeg zijn om het lijden van de hartspier te kunnen verklaren. Omdat er heel wat uiteenlopende beelden bestaan, spreekt men vaak in het meervoud van cardiomyopathieën.

**E**r is de jongste tijd steeds meer aandacht voor cardiomyopathieën, in eerste instantie door de verbeterde diagnostiek, die mee wordt bepaald door evoluties in de genetica. Daarnaast zijn er belangrijke therapeutische ontwikkelingen die het mogelijk maken cardiomyopathieën beter te behandelen en te stabiliseren. In 2023 heeft de *European Society of Cardiology* voor het eerst richtlijnen gepubliceerd voor het beleid bij cardiomyopathie.

“Het is belangrijk zowel artsen als patiënten te sensibiliseren voor het bestaan van cardiomyopathieën, want deze groep aandoeningen komt vaker voor dan oorspronkelijk gedacht”, zegt

prof. Steven Droogmans (dienst cardiologie, UZ Brussel). De globale prevalentie wordt geschat op 1/500 tot 1/250 personen. Klachten kunnen variëren per patiënt of volledig afwezig zijn.

Patiënten kunnen zich met een cardiomyopathie aanmelden ofwel naar aanleiding van suggestieve klachten, ofwel op basis van toevalligheidsbevindingen bij het lichamelijk/aanvullend onderzoek, of ook in het kader van een familiale screening.

Suggestieve klachten zijn kortademigheid, pijn op de borst, palpitations, (pre)syncope of hartstilstand. Soms is de aanmeldingsproblematiek van een andere, niet-cardiale aard, maar komt een cardiomyopathie aan het

licht omdat ze deel uitmaakt van een onderliggende systeemziekte. Toevalligheidsbevindingen kunnen zijn: een hartgeruis, hartritmestoornissen, een afwijkend ecg, enzovoort.

Het klachtenpatroon varieert naargelang de leeftijd van de patiënt en het type cardiomyopathie. Hypertrofische cardiomyopathie, bijvoorbeeld, kan zich bij jongere mensen uiten in een hartstilstand met plotse dood als gevolg. Op latere leeftijd uit de ziekte zich veeleer door klachten die typisch zijn voor hartfalen of bijvoorbeeld een beroerte door hartritmestoornissen.

Cardiomyopathie ontstaat vaak door een combinatie van genetische factoren en omgevingsfactoren. De genetische

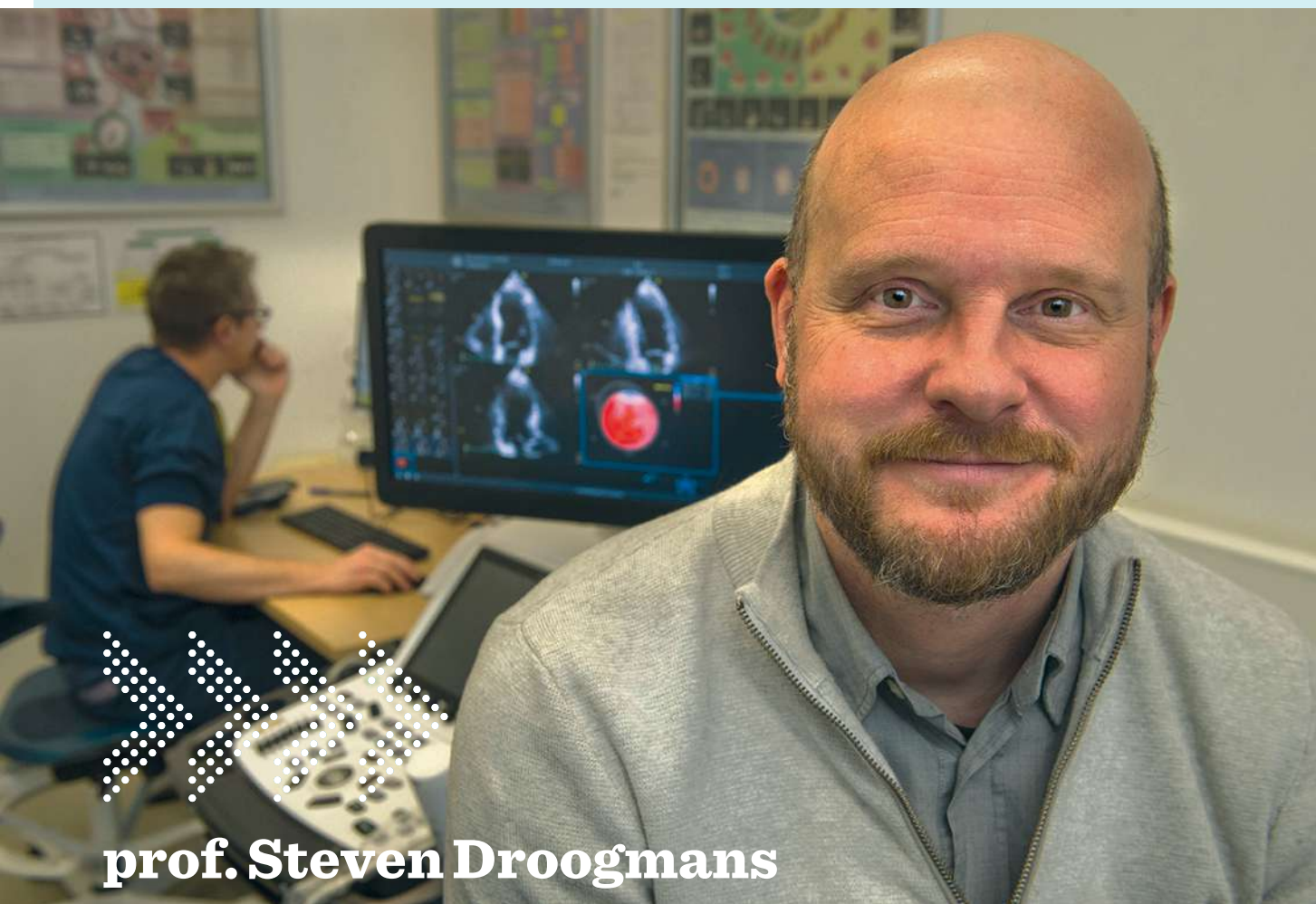
overerving kan gebeuren via een breed spectrum aan patronen: autosomaal dominant of recessief, X-gebonden dominant of recessief, mitochondriaal, multifactorieel, enzovoort. Relevante omgevingsfactoren zijn: infecties die het hart aantasten (myocarditis), overmatig alcoholgebruik, drugsgebruik (amfetamine en cocaïne), geneesmiddelen tegen kanker (cytostatica).

## Vijf subtypes (of fenotypes) en hun prevalentie

De diagnostiek berust op een classificatie aan de hand van de morfologie en de functie van de hartspier. Deze classificatie onderscheidt vijf subtypes of fenotypes van cardiomyopathie:

- Hypertrofische cardiomyopathie (HCM, prevalentie 1/500 volwassenen);
- Gedilateerde cardiomyopathie (DCM, prevalentie 1/2.500 – 1/500);
- Niet-gedilateerde linker ventriculaire cardiomyopathie (NDLVC, prevalentie nog onbekend);
- Aritmogene rechter ventriculaire cardiomyopathie (ARVC, 1/2.500);
- Restrictieve cardiomyopathie (RCM, zeldzaam).

“Uit de prevalentiecijfers blijkt dat vooral de hypertrofische en de gedilateerde cardiomyopathie belangrijke subtypes zijn. Aritmogene rechter ventriculaire cardiomyopathie is zeldzamer, maar niet onbelangrijk”, commentarieert prof. Droogmans. Prevalentiecijfers voor de verschillende subtypes cardiomyopathie evolueren en kunnen sterk verschillen naargelang de bron, wat te maken heeft met de groeiende bewustwording rond deze aandoeningen. De meest voorkomende vorm van restrictieve cardiomyopathie, bijvoorbeeld, is cardiale amyloidose. Prevalentiecijfers voor deze aandoening zijn de jongste jaren aanzienlijk gestegen. De prevalentie ervan wordt momenteel geschat op 1/1.000 in de algemene bevolking.



**prof. Steven Droogmans**



## De vijf subtypes van naderbij

· Hypertrofische cardiomyopathie (al dan niet obstructief) is een aandoening waarbij de hartspier er onaangepast verdikt uit ziet. Vaak, maar niet altijd, is dit te wijten aan een onderliggende genetische afwijking. Bij 40 tot 60% van de patiënten vindt men een afwijking in genen die coderen voor de sarcomeren (de kleinste contractiele eenheden van de hartspier). Deze patiënten kunnen lang asymptomatisch blijven, maar mogelijk ontstaan er op termijn hartritme stoornissen, soms met beroerte, en hartfalen. Typisch wordt de aandoening autosomaal dominant overgeërfd, wat betekent dat kinderen van een drager of draagster 50% kans hebben om zelf drager van het afwijkende gen te zijn. Dragerschap betekent niet noodzakelijk dat de persoon hypertrofische cardiomyopathie ontwikkelt, want de penetrantie is sterk uiteenlopend.

“Belangrijk is dat men zich bij de diagnose niet alleen baseert op de morfologie van de hartspier”, waarschuwt Steven Droogmans. “Er zijn immers ook aandoeningen die een verdikking van de hartspier veroorzaken, maar niet te wijten zijn aan een afwijking van de hartspier zelf. Ze ontstaan bijvoorbeeld door ophoping in het weefsel van afbraakproducten, zoals dat gebeurt bij een glycogenose of amyloidose. Men spreekt van fenokopieën: deze aandoeningen bootsen hypertrofische cardiomyopathie na, maar hebben een specifieke onderliggende oorzaak, en vaak een andere behandeling. Dergelijke ontstaansmechanismen worden gevonden bij ongeveer 10% van de patiënten met hypertrofische cardiomyopathie.” In de resterende 30 tot 40% van de gevallen vindt men geen onderliggende oorzaak.

· Gedilateerde cardiomyopathie ontstaat door uitzetting van de hartspier, waardoor de pompfunctie van het linkerventrikel afneemt. Ook hier kan er een onderliggende genetische predispositie zijn, maar minder vaak dan bij de hypertrofische cardiomyopathie (ongeveer 30 tot 40% van de gevallen). Daarom is het hier des te belangrijker te zoeken naar behandelbare onderliggende aandoeningen, die de cardiomyopathie tot uiting laten komen. Het kan gaan om middelenmisbruik (alcohol, cocaïne), endocriene stoornissen

(zoals hypo- of hyperthyreoïdie), voedingstekorten (selenium, zink), auto-immune ziekten, enzovoort. Behandeling van deze onderliggende aandoeningen kan de morfologie van de hartspier normaliseren.

· Niet-gedilateerde linkerventriculaire cardiomyopathie: deze aandoening is relatief recentelijk voor het eerst beschreven en wordt gediagnosticeerd bij patiënten met lokale afwijkingen in de hartspierfunctie, zonder uitzetting van de hartspier of coronair lijden. De oorzaak is hier vaak een infectie of een inflammatoir proces (myocarditis, sarcoidose).

‘Soms is de aanmeldingsproblematiek van een andere, niet-cardiale aard, maar komt een cardiomyopathie aan het licht omdat ze deel uitmaakt van een onderliggende systeemziekte’

· Aritmogene rechter ventriculaire cardiomyopathie wordt vaak gediagnosticeerd naar aanleiding van ritme stoornissen, mogelijk met plotse dood als gevolg. Deze patiënten hebben een vrij uitgezet rechter hart, soms gepaard gaande met een wat uitgezet linker hart. Bij hen vindt men regelmatig genetische afwijkingen (60% van de gevallen), meer bepaald in genen die coderen voor de connexines, een groep eiwitten die instaan voor het gecoördineerd depolariseren van de hartspier. Hierbij worden vooral de myocyten van het (rechter) hart vervangen door vet en fibrose, wat aanleiding geeft tot een verhoogd risico op hartritme stoornissen.

· Restrictieve cardiomyopathie is een beeld waarbij de hartspier zeer stijf wordt, zonder verdikking. Tegelijk ontstaat een aanzienlijke dilatatie van de voorkamers. De zuiver primaire vorm, te wijten aan een genmutatie, is zeer zeldzaam. Daarnaast bestaan er secundaire vormen, gerelateerd aan uiteenlopende factoren, zoals amyloidose, een glycogenose of drugsmisbruik.

“Deze opsomming leidt tot het besef dat eenzelfde oorzaak (zoals amyloidose) verschillende subtypes van cardiomyopathie kan uitlokken, wat een grondig diagnostisch onderzoek

vereist”, sluit prof. Droogmans zijn beschouwing af.

## Concrete voorbeelden

Voor een correcte diagnose is het belangrijk alle beschikbare gegevens te integreren: de anamnese en het klinisch onderzoek, waarbij niet alleen met cardiale maar ook met extracardiale symptomen rekening wordt gehouden, de familiale voorgeschiedenis, een algemene en soms gerichte bloedafname, weefselonderzoek en genetische tests. Enkele concrete voorbeelden kunnen bovenstaande beschouwingen verduidelijken.

De ziekte van Fabry is een stapelingsziekte gekenmerkt door een ophoping van sfingolipiden in verschillende weefsels. De ziekte wordt veroorzaakt door een X-gebonden monogenetische afwijking. Heterozygote vrouwen kunnen soms ook dergelijk ziektebeeld vertonen. Het klinisch beeld omvat onder andere huid- en nierafwijkingen, maar vooral neuropathie. Vaak gaat de ziekte gepaard met een fenotype van hypertrofische cardiomyopathie, die aan de oorsprong ligt van specifieke afwijkingen op het ecg.

Cardiale amyloidose kan verschillende oorzaken hebben. De aandoening kan te wijten zijn aan de neerslag van afwijkende eiwitten gepaard gaande met een andere ziekte, zoals een multipel myeloom. Een andere oorzaak is neerslag van afwijkend transthyretine (het transporteiwit van thyroxine en vitamine A), veroorzaakt door een monogenetische afwijking (familiale of hereditaire ATTR) of door hogere leeftijd (wild-type ATTR). De neerslagen kunnen ontstaan in de polsen, de rug en de pezen. Tien tot 15 jaar voor de patiënt cardiale symptomen ontwikkelt, kan de ziekte tot uiting komen in een bilateraal carpaaltunnelsyndroom, lage lumbale stenose en spontane peesrupturen. Dit zijn red flags die artsen alert

moeten maken voor het later optreden van cardiomyopathie.

## Waarom alertheid belangrijk is

“Kennis van cardiomyopathiën is belangrijk om verschillende redenen”, vat prof. Droogmans het hele plaatje nog eens samen. “De diagnose van een cardiomyopathie kan behandelaars bedacht maken op een onderliggend ziektebeeld, waarbij mogelijk ook andere organen zijn aangetast. Daarnaast neemt het aantal mogelijke behandelingen voor cardiomyopathie toe, wat een vroegtijdige diagnose extra wenselijk maakt. Op basis van de diagnose kan men een risicostratificatie uitvoeren, onder andere met het oog op potentieel fatale ritme stoornissen (plaatsen van een defibrillator), en alert blijven voor complicaties zoals het risico op trombo-embolie. Gediagnosticeerde patiënten kunnen relevant advies krijgen, bijvoorbeeld voor sportbeoefening of zwangerschap. In geval van een monogenetische afwijking kan het ten slotte aangewezen zijn de naasten te screenen, eventueel met het oog op pre-implantatiediagnostiek.”

## Leerdoelen

Na het lezen van dit artikel bent u vertrouwd met:

- » De definitie van cardiomyopathie.
- » Verklaringen waarom cardiomyopathie momenteel een groeiende belangstelling geniet.
- » De verschillende situaties waarin een cardiomyopathie kan worden gediagnosticeerd.
- » Suggestieve klachten voor cardiomyopathie, verschillende klinische beelden binnen één familie.
- » De verschillende genetische overervingspatronen.
- » De vijf subtypes van cardiomyopathie.
- » Enkele concrete voorbeelden.



# De diagnose van cardiomyopathieën

De aanleiding voor de uiteindelijke diagnose van een cardiomyopathie kan drieërlei zijn: symptomen, toevallige bevindingen of familiale screening.

**D**e symptomen kunnen in twee categorieën geplaatst worden. Enerzijds symptomen van hartfalen (ademnood, druk op de borst, enkeloedeem). Anderzijds symptomen van een ritmestoornis (palpaties, presyncope/syncope of cardiaal arrest).

Een toevallige vondst betekent dat men een afwijking vaststelt op een toevallig genomen ecg, bijvoorbeeld preoperatief. Er kan dan sprake zijn van een ritmestoornis, zoals voorkamerfibrillatie. Een geruis dat toevallig wordt vastgesteld bij auscultatie, is een andere mogelijkheid.

Sinds een paar decennia zien we meer en meer dat een patiënt op consultatie komt omdat iemand in zijn familie de diagnose cardiomyopathie gekregen heeft.

Het doel van verder onderzoek is de diagnose van cardiomyopathie te stellen

en die onder te brengen bij één van de gekende fenotypes. Indien mogelijk, wordt er ook gezocht naar de etiologie van de afwijking, omdat dit relevant kan zijn voor de behandeling. Ook het bepalen van de ernst van de cardiomyopathie is belangrijk (LVEF, aanwezigheid van littekens in het myocard).

De eerste elementen van de diagnose omvatten de anamnese, het lichamelijk onderzoek, aangevuld met een ecg en een basisbloedonderzoek. In de tweede lijn kan een algemeen cardioloog daarnaast een echocardiografie en een Holter-onderzoek aanvragen. Met deze onderzoeken krijgt men al vrij veel duidelijkheid over de vraag of de patiënt een cardiomyopathie heeft.

In een volgende stap kan de diagnostiek worden verfijnd met minder toegankelijke onderzoeken, zoals een MRI, een bot-

scan (zie casuïstiek verderop in het artikel) of PET-scan, genetisch onderzoek en – eerder zelden – een endomyocardiopsie.

Kinderen met cardiomyopathie ontwikkelen globaal hetzelfde ziektebeeld als volwassenen, maar kennen een sneller en agressiever verloop. Bij hen is de diagnostiek moeilijker. De vraag rijst dan of het nodig is het diagnostisch proces al op gang te brengen, in geval er toch geen therapeutische implicaties zijn. Zolang de ziekte asymptomatisch blijft, is een afwachtend beleid een mogelijke optie.

## Een zorgvuldige anamnese

Naast de klassieke cardiale symptomen loont het ook de moeite in de anamnese naar andere symptomen te vragen, zeker als er een familiaal verband bestaat of vermoed wordt. Relevant zijn slechtiendheid of slechthorendheid bij jonge personen – hierbij moet men denken aan een genetische oorzaak. Verdere aanwijzingen voor een systemische of genetische aandoening zijn:

- Ontwikkelingsstoornissen;
- Gangstoornissen, spierzwakte of andere spieraandoeningen;
- Bepaalde huidaandoeningen (zoals angiokeratomata);
- Neuropathie.

De familiale anamnese mag zich niet beperken tot de vraag of er familieleden met een hartziekte bestaan. Het kan nuttig zijn minstens voor de eerstegraadsverwanten (en zelfs neven of nichten) expliciet te vragen naar relevante gezondheidsproblemen, zoals syncope of het plaatsen van een defibrillator. Ook de doodsoorzaak van naasten is een aandachtspunt, onder andere omdat mensen plotse dood (op jonge leeftijd) niet altijd met een cardiaal probleem associëren. “Plotse dood wordt vaak aan een arterieel incident toegeschreven, zoals een ruptuur van de aorta, maar bij een 40-jarige die dood wordt aangetroffen in zijn bed, is cardiomyopathie een veel realistischer veronderstelling”, zegt dr.

Matthias Dupont (dienst cardiologie, Ziekenhuis Oost-Limburg, Genk). “Andere incidenten die een belletje kunnen doen rinkelen, zijn onverklaarde auto-ongevallen, verdrinking en wiegendood.”

De meeste cardiomyopathieën worden autosomaal dominant overgedragen, wat betekent dat in de familie globaal één op de twee personen is aangetast, met een even hoge prevalentie bij mannen als bij vrouwen – hoewel de penetrantie kan variëren per persoon, wat betekent dat de genetische afwijking niet altijd op dezelfde manier in het fenotype tot uiting komt. Als mannen duidelijk meer aangetast zijn dan vrouwen en er geen overdracht van vader op zoon bestaat, moet men denken aan een X-gebonden pathologie. Recessieve cardiomyopathie komt vooral tot uiting bij de kinderen van bloedverwante ouders. Bij een mitochondriale aandoening geven alleen vrouwen de aandoening door aan het nageslacht.

## Ecg en beeldvorming

Cardiomyopathie veroorzaakt meestal één of andere afwijking op het ecg, hoewel het tracé in uitzonderlijke gevallen normaal kan zijn. Bij hypertrofische cardiomyopathie vallen de hoge voltages op, in vele gevallen van gedilateerde cardiomyopathie ziet men vooral geleidingsvertraging. Ook de repolarisatie kan verstoord zijn.

De hoeksteen van de diagnose bij de cardioloog is beeldvorming. Dit omvat echocardiografie en veelal MRI. De echocardiografie laat typisch toe het fenotype te karakteriseren. MRI heeft dan weer ten opzichte van echocardiografie een aantal specifieke voordelen, voornamelijk dat de structuur van het myocard zelf veel beter kan beoordeeld worden. Men ziet bijvoorbeeld veel beter of de spier vervangen is door littekenweefsel. MRI geeft zodoende een aantal aanwijzingen die veel sterker suggestief zijn voor een bepaalde etiologie. Een ervaren radioloog kan soms al op basis van het beeld op MRI een suggestie doen rond de etiologie. Ten slotte mag nog gezegd dat MRI bij obese mensen gemakkelijker uit te voeren is dan echocardiografie. Het dragen van een defibrillator is niet langer een absolute contra-indicatie voor het uitvoeren van een MRI.

## Genetisch onderzoek

Genetisch onderzoek is bij cardiomyopathie belangrijk voor diagnose, prognose, behandeling en reproductief advies. De



**dr. Matthias Dupont**



meeste cardiomyopathieën zijn monogenetische aandoeningen met een mendeliaans overervingspatroon, dat – zoals hierboven aangegeven – voornamelijk autosomaal dominant is. Men moet er zich wel voor hoeden om iedere nieuwe mutatie als pathogeen te bestempelen. Segregatieonderzoek brengt hier meer duidelijkheid: de mutatie wordt opgespoord bij familieleden, en als ze systematisch gepaard gaat met de ziekte waarvoor het onderzoek wordt ingesteld, heeft men vrij veel zekerheid dat ze pathogeen is. In het andere geval gaat het om een variant van onbekende betekenis.

Eenzelfde mutatie kan zich binnen één familie op verschillende manieren uiten, en op een verschillende leeftijd – dit is de variabele penetrantie, waarnaar al eerder verwezen werd. Soms zijn er twee oorzaken nodig om een cardiomyopathie tot uiting te laten komen: een persoon kan drager zijn van een mutatie die op zich niet erg bedreigend is, maar daar een tweede factor aan koppelen, zoals alcoholmisbruik, wat er uiteindelijk voor zorgt dat de ziekte alsnog tot ontwikkeling komt. Hoewel er momenteel veel genetisch onderzoek wordt uitgevoerd, vindt men bij cardiomyopathie een genetische oorzaak in de minderheid van de gevallen – iets minder dan 50%. Typisch vindt men de oorzakelijke mutatie iets vaker bij hypertrofische dan bij gedilateerde cardiomyopathie.

Het resultaat van het genetisch onderzoek laat enige tijd op zich wachten, dikwijls een paar maanden. Als er een genetische afwijking gevonden wordt, classificeert men die als volgt: benigne, waarschijnlijk benigne, van onduidelijke betekenis, waarschijnlijk schadelijk, en ten slotte, schadelijk.

Als er geen genetische afwijking wordt gevonden, zijn er drie mogelijkheden:

- de ziekte is niet genetisch van oorsprong,
- de ziekte is wel genetisch bepaald, maar gaat uit van een gen dat niet getest werd,
- de ziekte wordt bepaald door verschillende varianten, elk met een kleinere effectgrootte (ze is dus multigenetisch).

Om het geheel van de bovenstaande gegevens te illustreren, bespreekt dr. Dupont drie casussen.

## Een familiaal antecedent van 'longembolie'

Twee broers komen ieder afzonderlijk, in een tijdspanne van een week, voor het eerst op de raadpleging. De rechtstreekse

aanleiding is dat hun vader op een zeker ogenblik stents had moeten krijgen, weliswaar met een normale hartfunctie. Uit de anamnese blijkt dat de broers destijds een vijftienjarig zusje hebben verloren aan plotse dood ten gevolge van een longembolie, zo vertellen ze. Het meisje werd 's morgens dood in haar bed aangetroffen. Er vond geen autopsie plaats. De moeder, met wie er geen contact meer is, lijkt cardiaal gezond te zijn.

Het ecg van beide broers wordt niet als afwijkend bestempeld. "Met deze gegevens – een longembolie bij de zus en een normaal ecg bij de patiënten – zou het hier voor de huisarts kunnen stoppen", geeft dr. Dupont toe. De cardioloog doet echter verder onderzoek. Broer 1 heeft een normale echocardiografie, maar broer 2 heeft op de echocardiografie een hart dat 5,8 cm breed is en toch wat hypocontractiel blijkt te zijn. "Samen met het antecedent van de zus, kan je als derdelijns cardioloog een dergelijk verhaal niet zomaar naast je neerleggen", aldus Matthias Dupont. Er wordt dus verder onderzoek gepland.

Beide broers blijken een sterk afwijkende MRI te hebben, met op verschillende plaatsen fibrose van het myocard. Broer 1 heeft littekenweefsel, maar ook een normale ejectiefraction. Hem zou men dus kunnen bestempelen als iemand met een niet-gedilateerde linkerventrikelcardiomyopathie. Broer 2 heeft een al gedilateerd fenotype, met een LVEF van 37% en verschillende littekens. Genetisch onderzoek wordt aangevraagd.

Zes maanden later blijkt uit het resultaat van het genetisch onderzoek dat beide patiënten drager zijn van een mutatie in het DSP-gen (desmoplakine-gen). Desmoplakine is een eiwit dat deel uitmaakt van het desmosoom, de structuur die twee cellen met elkaar verbindt, ook de myocardecellen. Het protocol geeft aan dat de betrokken mutatie nog niet in de literatuur beschreven werd. De geneticus acht het echter redelijk aan te nemen dat ze kan leiden tot een verminderde of afwezige productie van desmoplakine. De conclusie luidt dat de mutatie waarschijnlijk pathogeen is. Afwijkingen in het DSP-gen zijn overigens goed gedocumenteerd als oorzaak van gedilateerde cardiomyopathie. Beide broers krijgen een defibrillator.

De conclusies uit deze casus zijn:

- Blijf waakzaam/sceptisch bij diagnosen zoals ruptuur van aneurysma of longembolie bij plotse dood, zeker als er geen

autopsie heeft plaatsgevonden.

- Een normaal ecg geeft niet altijd uitsluit.
- De MRI geeft veel meer gegevens over de myocardstructuur dan echocardiografie.
- Eenzelfde mutatie kan een verschillende expressie/penetrantie hebben bij verschillende leden van eenzelfde familie.

## Hartziekten in de familie

Een 42-jarige vrouw heeft een lichte hypertensie en een licht afwijkend ecg, afgenomen door de arbeidsarts. Ze komt op het consult omdat er toch flink wat cardiale antecedenten in de familie aanwezig zijn:

- Haar grootvader stierf aan een plotse dood op 62-jarige leeftijd;
- Haar moeder moest overbruggingen krijgen;
- Haar oom heeft stents gekregen;
- Haar broer heeft niet nader omschreven hartproblemen, waarvoor hij in een ander ziekenhuis gevolgd wordt.

De patiënte voelt af en toe een steek op de borst. Ze rookt. Het labo toont een LDL-cholesterol van 228 mg/dl. Het ecg wijst op een lichte linkerventrikelhypertrofie. De transthoracale echografie toont een septumdikte van 14 mm, wat iets te veel is.

De cardioloog kijkt naar de beschikbare familiale gegevens. Over de grootvader zijn er geen medische gegevens binnen handbereik. De moeder blijkt een klassiek drietaksliden te hebben, wat de overbruggingen verklaart. Haar echocardiografie is normaal. De LDL-cholesterol bedraagt 240 mg/dl. De oom van de patiënte heeft al driemaal een PTCA gehad en heeft een akinesie van de inferieure hartwand als gevolg van een infarct. De LDL-cholesterol bedraagt 145 mg/dl. De broer heeft een PTCA gehad op de LAD. De transthoracale echocardiografie was toen normaal. De LDL-cholesterol bedroeg 268 mg/dl.

"Niet alle familiaal voorkomend hartlijden is cardiomyopathie", commentarieert dr. Dupont. "Deze gegevens wijzen veeleer op vroegtijdig ischemisch hartlijden. De volgende stap is hier de behandeling van de risicofactoren en het uitvoeren van een genetisch onderzoek naar familiale hypercholesterolemie (en niet naar cardiomyopathie). In dit geval bleek het genetisch onderzoek positief, met een mutatie in de LDL-receptor."

## Vroeger veel sport gedaan

De laatste casus betreft een 78-jarige ingenieur op rust, die lang marathon gelo-

pen heeft. Hij komt op de raadpleging met progressief toenemende ademnood. Hij jogt nog altijd, maar het gaat de laatste tijd wat moeilijker. De patiënt heeft arteriële hypertensie. Hij vertoont een licht enkel-oedeem. Op het bloedonderzoek zijn NT-pro-BNP en troponine beide wat verhoogd. Het ecg is zonder bijzonderheden, maar de echocardiografie toont een uitgesproken hypertrofie van het linkerventrikel en een restrictief inflow-patroon. "Een dergelijke mate van hypertrofie kan niet te wijten zijn aan hypertensie of een voorgeschiedenis van intensieve sportbeoefening", aldus dr. Dupont. "Op basis van de kliniek, de echocardiografie en de verhoogde waarde van NT-pro-BNP stellen we hier dus de diagnose van een hypertrofische cardiomyopathie, met een restrictieve disfunctie. Op de leeftijd van de patiënt is de meest klassieke oorzaak daarvan amyloïdose."

"Voor deze diagnose hebben we gelukkig zeer sensitieve en specifieke beeldvorming. Op de botscan van de patiënt tekende het hart, wat bij een gezond hart niet gebeurt. Dit resultaat wijst op cardiale transthyretine-amyloïdose, na uitsluiten van AL-amyloïdose (dat laatste is amyloïdose veroorzaakt door het neerslaan van lichte antilichaamketens bij een specifieke vorm van multipel myeloom). Door het identificeren van de etiologie is gerichte therapie mogelijk."

## Leerdoelen

Na het lezen van dit artikel bent u vertrouwd met:

- » De drie aangrijpingspunten die aanleiding kunnen geven tot de diagnose van een cardiomyopathie.
- » Het belang van een zorgvuldige anamnese.
- » Genetische overervingspatronen en de manier waarop ze tot uiting komen in de familiale anamnese.
- » De plaats van het ecg, de echocardiografie en MRI bij de diagnose van een cardiomyopathie.
- » Het genetisch onderzoek en de correcte interpretatie daarvan.



# Behandeling van cardiomyopathie (I)

De behandeling van cardiomyopathie kan men stratificeren in drie niveaus: de algemene of symptomatische behandeling, de behandeling die specifiek gericht is op het fenotype, en de behandeling van de onderliggende etiologie of van de genetische oorzaak.

**W**at behelst de algemene behandeling? Bij een patiënt met een gedilateerde cardiomyopathie (DCM) die klachten van hartfalen ontwikkelt en op de echocardiografie een verminderde linker ventrikel ejectiefractie (LVEF) heeft, zal men behandelings-

richtlijnen toepassen die gelden voor patiënten met hartfalen met een verminderde ejectiefractie (HF-rEF).

In alle klinische studies over de behandeling van HF-rEF waren patiënten met een DCM talrijk aanwezig, zodat men bij hen de behandelingsrichtlijnen voor HF-rEF rustig kan toe-

passen. “Het is echter uitkijken als men de behandeling van HF-rEF of hartfalen met een bewaarde ejectiefractie (HF-pEF) toepast bij patiënten met een hypertrofische of een restrictieve cardiomyopathie. Deze patiënten zijn immers vaak zeer gevoelig voor ondervulling en afterload-

reductie”, waarschuwt prof. Johan Van Cleemput (dienst cardiologie, UZ Leuven), “waardoor ze het onder behandeling net minder goed doen.”

Patiënten met cardiomyopathie ontwikkelen vaak een voorkamerfibrillatie. Ook hier kunnen de richtlijnen die opgesteld zijn voor de gemiddelde patiënt met voorkamerfibrillatie, niet zonder meer worden toegepast. Patiënten met cardiomyopathie hebben vaak een veel hoger risico op trombo-embolische incidenten. Dit betekent dat we bij hen laagdrempeliger anticoagulantia moeten inzetten dan wat de CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>VA-score zou suggereren. Bovendien zijn er argumenten om bij patiënten met cardiomyopathie de voorkeur te geven aan ritmecontrole (*rhythm control*) boven frequentiecontrole (*rate control*). Het sinusritme wordt in deze groep patiënten bij voorkeur hersteld door



**prof. Johan Van Cleemput**



AF-ablatie, veeleer dan met antiaritmische medicatie.

Voor het plaatsen van een defibrillator gelden eveneens specifieke richtlijnen. In de populatie met ischemisch hartlijden wordt een defibrillator primair of secundair geplaatst als de LVEF lager is dan 35%. Bij specifieke vormen van cardiomyopathie, zoals hypertrofische cardiomyopathie of bepaalde soorten van aritmogene cardiomyopathie, gebruikt men meer specifieke, gevalideerde risicocalculator om de indicatie voor de implantatie van een ICD te stellen. Zoals voor heel wat andere behandelingen is overleg met de (vaak jongere) patiënt (*shared decision making*) hier aan de orde. De patiënt moet begrijpen wat de voor- en nadelen van een defibrillator zijn. Omdat magnetische resonantie (MRI) een belangrijke rol speelt bij de follow-up van patiënten met een cardiomyopathie, wordt zoveel mogelijk geopteerd voor een toestel dat MRI-compatibel is.

### Concrete evoluties en toekomstmuziek

Zowel de fenotypische als de etiologische behandeling is de jongste tien jaar sterk geëvolueerd. Net die evolutie heeft ervoor gezorgd dat de verschillende cardiomyopathiën tegenwoordig veel meer aandacht krijgen.

Ze houdt bijvoorbeeld in dat men bij een hypertrofische cardiomyopathie nakijkt of het om een obstructieve dan wel een niet-obstructieve vorm gaat. Is er sprake van een obstructieve vorm, dan kan men een myomectomie, een alcoholseptumablatie of specifieke medicatie overwegen (zie artikel *Behandeling van cardiomyopathie II*).

Wanneer de MRI, de botscan, de endomyocardiopsie en de paraproteïnes bij een restrictieve cardiomyopathie wijzen op een AL-amyloïdose, wordt de patiënt verwezen naar de hematoloog voor een specifieke behandeling van light chain multiple myeloma (LCMM, zie verder).

Wijst het onderzoek bij een restrictieve cardiomyopathie op een vorm van transthyretine (ATTR) cardiomyopathie, dan is behandeling mogelijk met verschillende geneesmiddelen, waaronder stabilisatoren van transthyretine (TTR, zie verder).

Gentherapie (gene-editing) is momenteel nog niet beschikbaar voor de behandeling van familiale vormen van cardiomyopathie. Als de verantwoordelijke mutatie bekend is, zal men in de toekomst proberen die met CRISPR-Cas9-technieken te corrigeren. “Dat is op dit moment nog toekomstmuziek”, aldus prof. Van Cleemput. Wél kan men bij een vrouw of een man die een pathogene mutatie draagt en een kindervens heeft, verhinderen dat de mutatie wordt doorgegeven door gebruik te maken van IVF gevolgd door pre-implantatiediagnostiek.

Patiënten met cardiomyopathie hebben vaak een veel hoger risico op trombo-embolische incidenten, waardoor we bij hen laagdrempeliger anticoagulantia moeten inzetten dan wat de CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>VA-score zou suggereren

### Waarop berust de behandeling van cardiale amyloïdose?

Eén aandoening waarbij opmerkelijke vooruitgang werd geboekt, is cardiale amyloïdose. De populatie van patiënten met cardiale amyloïdose valt uiteen in twee grote groepen. De eerste groep heeft AL-amyloïdose. Deze afwijking komt voor bij bepaalde vormen van multipel myeloom, met name light chain multiple myeloma (LCMM). Hierbij zijn de afwijkende plasmacellen niet in staat de zware ketens van de immunoglobulines aan te maken, zodat ze enkel lichte ketens afscheiden. Die kunnen in het bloed worden gedetecteerd en slaan in de weefsels neer onder vorm van amyloïd. AL-amyloïdose kan ook voorkomen bij patiënten die geen actief multipel myeloom hebben. In die gevallen zijn de lichte ketens afkomstig uit een zeer kleine haard van afwijkende plasmacellen, die door het beenmerg-onderzoek vaak nog niet wordt aangetoond. Soms is dit een voorstadium dat uiteindelijk naar een multipel myeloom zal evolueren, maar de evolutie is trager. De behandeling is dezelfde als voor multipel myeloom.

Prof. Van Cleemput richt zich vooral op de groep patiënten met een ATTR-amyloïdose. Bij hen wordt het amyloïd opgebouwd uit transthyretine. Dit eiwit wordt voor 95% aangemaakt door de lever en transporteert vitamine A en schildklierhormoon. Bij ATTR onderscheidt men twee subtypes:

Sommige patiënten hebben een structureel normaal transthyretine, maar slagen er op een bepaald ogenblik niet langer in dit eiwit af te breken en te mobiliseren, zodat het zich opstapelt in de zenuwen en de hartspier. Dit is het meest voorko-

mende subtype, dat men vooral bij ouderen ziet. Vroeger sprak men van seniele amyloïdose, de huidige benaming is wild type-ATTR.

De tweede groep patiënten heeft een gemuteerd transthyretine, dat wegens zijn abnormale structuur kan neerslaan onder vorm van amyloïd, in de zenuwen en de hartspier. Deze vorm van amyloïdose, hATTR (hereditaire ATTR), ontstaat op jongere leeftijd dan wild type-ATTR.

Voor het toelichten van de behandelingsopties, gaat prof. Van Cleemput dieper in op het ontstaansmechanisme van de amyloïdneerslag in het hart: “Het proces begint bij de synthese van transthyretine in de lever, die het eiwit afscheidt onder vorm van een tetrameer. Het probleem ontstaat als het tetrameer uiteenvalt in monomeren, die zich abnormaal opvouwen (misfolding). Deze monomeren vormen oligomeren, die aanleiding geven tot het ontstaan van amyloïdfibrillen. Als dat gebeurt in het hart, zal de hartspier verdikken en verstijven, wat HF-pEF veroorzaakt.”

Behandelingsperspectieven in het verlengde van deze pathofysiologische en moleculaire inzichten worden in het volgende artikel belicht.

## Preventie bij asymptomatische dragers

Moet men preventie toepassen bij personen die drager zijn van een pathogene mutatie, maar nog geen ziekteverschijnselen hebben, om te voorkomen dat ze binnen afzienbare tijd een cardiomyopathie en hartfalen ontwikkelen? “Deze vraag blijft voorlopig onbeantwoord”, weet prof. Van Cleemput. “Slechts één studie, de EARLY GENE TRIAL, is hierover aan de gang. Ze includeerde 320 asymptomatische dragers van een mutatie die aanleiding kan geven tot gedilateerde cardiomyopathie. De patiënten werden gerandomiseerd naar een klassieke behandeling voor HF-rEF (candesartan 16-32 mg/dag) of placebo. Voor het starten van de behandeling en drie jaar later worden de deelnemers onderzocht met MRI. De eindpunten zijn een relevante afname van de LVEF ( $\geq 10\%$ ) of een belangrijke toename van het einddiastolisch volume ( $\geq 10\%$ ).”

## Leerdoelen

Na het lezen van dit artikel bent u vertrouwd met:

- » De algemene of symptomatische behandeling van cardiomyopathie.
- » Enkele markante aspecten van de etiologische behandeling van cardiomyopathie.
- » Toekomstperspectieven bij de behandeling van cardiomyopathie.
- » De behandeling van cardiale amyloïdose.
- » Onderzoek rond het mogelijke nut van een preventieve behandeling bij dragers van een mutatie die aanleiding kan geven tot cardiomyopathie.





# Behandeling van cardiomyopathie (II)



**prof. Johan Van Cleemput**

Nieuwe behandelingen specifiek gericht op de etiologie van de verschillende vormen van cardiomyopathie hebben deze aandoeningen in de voorbije jaren meer en meer voor het voetlicht gebracht. Prof. Johan Van Cleemput (dienst cardiologie, UZ Leuven) bespreekt de recente en toekomstige therapeutische ontwikkelingen voor ATTR-cardiomyopathie, en voor obstructieve vormen van hypertrofische cardiomyopathie.

**V**roeger behandelde men de erfelijke vorm van ATTR-cardiomyopathie met een levertransplantatie.

Tegenwoordig beschikt men over transthyretine-stabilisatoren, die verhinderen dat het stabiele tetrameer uiteenvalt in labiele monomeren (zie vorig artikel). Twee moleculen zijn hier beschikbaar: tafamidis en acoramidis.

Een placebogecontroleerde studie uit 2018 bij ongeveer 400 patiënten heeft aangetoond dat tafamidis bij ATTR-amyloïdose het risico op cardiovasculaire hospitalisatie significant doet afnemen, terwijl de overleving significant toeneemt.<sup>(1)</sup> Dat gold zowel voor de hereditaire als voor de wild-type variant. Opmerkelijk – en onverklaard – waren de resultaten verschillend naargelang patiënten zich bevonden in NYHA-klasse I/II of in NYHA-klasse III. Qua overleving leverde tafamidis in beide subgroepen ongeveer even goede resultaten op. Maar het risico op cardiovasculaire hospitalisatie was in de subgroep met NYHA-klasse III significant lager onder placebo, terwijl het in de subgroep met NYHA-klasse I/II significant lager was onder tafamidis. “Dat verklaart waarom we tafamidis voorlopig alleen voorschrijven aan patiënten met ATTR-amyloïdose als ze zich in een



NYHA-klasse I/II bevinden”, duidt prof. Van Cleemput.

Dezelfde studie wees ook uit dat de resultaten van de 6 minuten-wandeltest en de levenskwaliteit significant trager achteruitgaan onder tafamidis in vergelijking met placebo. “Als we een behandeling met tafamidis voorstellen, leggen we de patiënt duidelijk uit dat hij met die behandeling niet zal genezen, maar dat het ziekteproces wordt afgeremd”, zegt de Leuvense cardioloog. Acoramidis is een recentere TTR-stabilisator, waarover een studie uit 2024 resultaten toonde die vergelijkbaar zijn met die van tafamidis.<sup>(2)</sup>

## Gene editing en hTTR

Nog recentere behandelingen, die beogen om bij hATTR-gerelateerde cardiale amyloidose de aanmaak van het afwijkende transthyretine tegen te gaan, zijn beschikbaar of in ontwikkeling. Het gaat om gene silencing, waarbij het mRNA niet meer overgeschreven wordt om het eiwit op te bouwen, en gene editing, waarbij het gen dat codeert voor het afwijkende transthyretine rechtstreeks uitgeschakeld wordt met de CRISPR-Cas9-techniek.

Prof. Van Cleemput legt uit hoe het TTR-gen kan worden uitgeschakeld met behulp van de CRISPR-Cas9-techniek. De behandeling wordt naar de lever gebracht door een lipide-nanopartikel. Daarin wordt een RNA-sequens aangebracht die complementair is met de DNA-sequens van het TTR-gen – men spreekt van het guide RNA. De tweede component in het nanopartikel is een mRNA-molecule die codeert voor Cas9 – een endonuclease enzym dat DNA kan knippen. Na intraveneuze toediening worden de nanopartikels in de lever opgenomen en ontbonden. De productie van Cas9 endonuclease komt op gang en het Cas9 endonuclease bindt zich aan het guide RNA, dat het geheel naar de celkern begeleidt, op de plaats waar het TTR-gen in het DNA aanwezig is. Cas9 geeft een knip in het gen. De cel zal achteraf de continuïteit van de DNA-molecule herstellen, maar omdat het herstel deficiënt is, neemt de aanmaak van TTR drastisch af. Bij apen kan men op deze manier twaalf maanden na de behandeling nog altijd een aanzienlijke afname van de concentratie aan TTR in het bloed aantonen.<sup>(3)</sup>

Deze beloftevolle resultaten werden ondertussen bij een kleine groep patiënten bevestigd.<sup>(4)</sup> Momenteel loopt een grote studie die nagaat of de behandeling een gunstige invloed heeft op de overleving en het risico op cardiovasculaire incidenten.

Er zijn geen argumenten om aan te nemen dat bovenstaande behandelingen het reeds opgestapelde amyloïd uit

zich met elkaar verbinden. Om deze koppeling te realiseren, wordt energie uit ATP vrijgemaakt door de ATPase-functie van myosine. Remming van deze functie door een cardiale myosine ATPase-inhibitor doet de contractie van de hartspiervezels afnemen. Cardiale myosine ATPase-inhibitoren brengen zodoende een negatief inotropisch effect teweeg.

## Om het reeds opgestapelde amyloïd uit de weefsels te verwijderen, ontwikkelt men op dit moment monoklonale antilichamen die het amyloïd merken

de weefsels kunnen verwijderen, terwijl de diagnose vaak pas gesteld wordt in een stadium waarin al heel wat opstapeling heeft plaatsgevonden. Daarom ontwikkelt men op dit moment monoklonale antilichamen die het amyloïd merken, zodat het door het immuunsysteem van de patiënt gelokaliseerd en afgebroken wordt. Bij individuele patiënten heeft men kunnen aantonen dat, bij gebruik van deze antilichamen, de opname van radioactief isotoop in het myocard (op de botscan) na een paar maanden sterk afneemt.<sup>(5)</sup> Een fase 3-studie onderzoekt momenteel verder de mogelijkheden van deze benadering.

## Nieuwe behandelingen voor hypertrofische cardiomyopathie

Bij de obstructieve vorm van hypertrofische cardiomyopathie (oHCM) treedt een aanzienlijke verdikking van het interventriculair septum op, waardoor de uitstroombaan van het bloed vanuit het linkerventrikel naar de aorta vernauwt. Als de patiënt een inspanning doet, wordt de hartspier nog dikker, de ventrikelholte kleiner en de uitstroombaan nauwer. Zo ontstaan er klachten van abnormale dyspnoe, angor of syncope.

Een oHCM kan behandeld worden met een alcohol-septumablatie of een myomectomie. Intussen zijn ook cardiale myosine ATPase-inhibitoren beschikbaar. Hoe werken deze middelen? Voor contractie van de hartspier moeten de actine- en de myosinevezels

NYHA I-klasse evolueerden. In de placebogroep was dat een stuk minder uitgesproken. Kortom, vroeger moesten patiënten met een oHCM een myomectomie krijgen, nu kunnen we hen helpen met een geneesmiddel. Momenteel loopt er ook een studie met mavacamten bij patiënten met niet-obstructieve hypertrofische cardiomyopathie (nHCM). We hopen dat de behandeling even doeltreffend zal zijn in die groep”, concludeert prof. Van Cleemput.

1. N Engl J Med. 2018 Sep 13;379(11):1007-1016.
2. N Engl J Med. 2024 Jan 11;390(2):132-142.
3. N Engl J Med. 2021 Aug 5;385(6):493-502.
4. Glob Cardiol Sci Pract. 2023 Jan 30;2023(1):e202304.
5. N Engl J Med. 2023 Jul 20;389(3):239-250.
6. Lancet. 2020 Sep 12;396(10253):759-769.

## Leerdoelen

Na het lezen van dit artikel bent u vertrouwd met:

- » De behandeling van ATTR-amyloidose met transthyretine-stabilisatoren.
- » Gene silencing en gene editing voor de behandeling van hATTR-gerelateerde cardiale amyloidose.
- » Het gebruik van de CRISPR-Cas9-techniek om het TTR-gen uit te schakelen bij hATTR.
- » De ontwikkeling van monoklonale antilichamen om bij hATTR-gerelateerde cardiale amyloidose het reeds opgestapelde amyloïd uit de weefsels te verwijderen.
- » De behandeling van obstructieve hypertrofische cardiomyopathie met alcohol-septumablatie of myomectomie.
- » De behandeling van obstructieve hypertrofische cardiomyopathie met cardiale myosine ATPase-inhibitoren.



# Adviezen voor een gezonder leven

**BOEK** In 'Zo gaat het beter', hun nieuwe boek dat vandaag verschijnt, geven Filip De Keyser en Heidi Van de Keere met honderd tips aan hoe iedereen elke dag een stapje voorwaarts kan zetten om de eigen gezondheid te verbeteren.

**R**eumatoloog Filip De Keyser en apotheker Heidi Van de Keere zijn met 'Zo gaat het beter' niet aan hun proefstuk toe. Het is in zekere zin een logische verderzetting van de boeken die ze eerder schreven. "Tien jaar geleden schreven we het boek 'Mensen met artritis' waaruit we vanuit mijn medische specialiteit verhalen brachten van mensen die aan artritis leden, maar daar toch op een andere manier mee omgingen", vertelt Filip De Keyser. "We stelden ons in dat boek de vraag waarom de behandeling bij sommige patiënten succesvol was en bij anderen niet. Op vraag van de patiëntenorganisaties schreven we daarna 'Reumapositief' waarin we aan de hand van positieve psychologie aantoonde dat patiënten op een positieve manier een nieuwe route kunnen uitstippelen. Daarna volgde nog een boek waarin we dezelfde principes toepasten op andere aandoeningen."

Het nieuwste boek van De Keyser en Van de Keere is in zekere zin een synthese van de vorige boeken. "Een beetje kort door de bocht zou je het een receptenboek kunnen noemen: rechttoe rechtaan, honderd korte adviezen die telkens passen op één A4'tje. In onze visie floreert een goede gezondheid op drie pijlers: de professionele medische zorg, de zelfzorg en een gezonde omgeving. In ons boeken zoomen we in op het evenwicht tussen medische zorg en zelfzorg. Ik sta zelf mijn hele carrière in het medisch onderzoek en dat is fantastisch geëvolueerd. Tegelijk zijn we enigszins vergeten aandacht te besteden aan zelfzorg."

## Complementariteit

De verklaring hiervoor vindt De Keyser in de manier waarop de gezond-



Filip De Keyser en Heidi Van de Keere verzamelden honderd tips over hoe iedereen elke dag een stapje voorwaarts kan zetten om de eigen gezondheid te verbeteren.

heidszorg gestructureerd is. "De ziekteverzekering is gebaseerd op de terugbetaling van medische zorg, terwijl zelfzorg daar buiten valt. Geneesmiddelen worden terugbetaald, maar fitness niet. Ook mentale hulp wordt slechts sporadisch terugbetaald. Door het huidige zorginfarct komen artsen er nog amper toe om zelfzorg even ter sprake te brengen bij hun patiënten. Nochtans zou dat kunnen helpen. Wanneer een arts spreekt over het belang van een behandeling of een ingreep ervaart de patiënt dat als belangrijk. Zwijgt de arts er over, dan zal het wel onbelangrijk zijn, redeneert de patiënt. Zo raken we in een vicieuze cirkel. Je kan ons boek dan ook zien als een pleidooi voor meer complementariteit tussen medische zorg en zelfzorg."

Filip De Keyser haalt obesitas aan als voorbeeld. "Gaan we dat oplossen met een spuitje of gaan we in gesprek met de patiënt om diens levensstijl te verbeteren? We mogen het daarbij niet laten bij het benoemen van het probleem en de mogelijke oplossingen in zelfzorg, maar moeten ook de verdere opvolging doen. Positief is alvast dat de grote wetenschappelijke organisaties – ook internationaal – stilaan het belang van niet-farmacologische zelfzorg beginnen in te zien. In mijn eigen vakgebied wijdde

het American College of Rheumatology er in 2022 een publicatie aan."

## Illustraties

In hun boek geven De Keyser en Van de Keere honderd concrete en behapbare adviezen om je welzijn in eigen handen te nemen. "Elk advies is opgehangen aan een citaat. We lezen dagelijks een drietal kranten en het is een soort hobby om daaruit citaten te verzamelen", lacht Filip De Keyser. "Uit een verzameling van meer dan duizend quotes zochten we honderd citaten die passen bij een advies. We vertrekken wel steeds vanuit de boodschap die we willen brengen en haken daar dan een citaat aan vast. Citaten hebben het voordeel dat ze lang blijven hangen en makkelijk te herhalen zijn."

Bij de thema's die in het boek aan bod komen, bevinden zich de 'usual suspects' als voeding en beweging. Daarnaast zijn er misschien verrassender invalshoeken als mindset, compassie, balans en winnaars hebben een plan. Elk advies is opgebouwd rond hetzelfde stramen: een citaat, een pagina met uitleg bij het advies en dat alles verlicht met telkens een illustratie van Trui Chielens. Wat het boek boeiend maakt, is de variëteit aan adviezen en citaten. Die komen soms uit onver-

wachte hoek. Of wat dacht u van "Zonder doel kun je niet scoren", een citaat dat losjes gebaseerd is op Lewis Carrolls klassieker 'Alice in Wonderland'. Alice vraagt een voorbijganger welke weg ze moet nemen. Wanneer ze op zijn wedervraag antwoordt dat ze niet weet waar ze naartoe gaat, zegt hij haar niet te kunnen helpen. Voor de auteurs het perfecte citaat bij het advies om duidelijke doelen te formuleren.

Filip Ceulemans



>> Filip De Keyser en Heidi Van de Keere, "Zo gaat het beter – 100 wegwijzers naar een gezonder leven", Uitgeverij Lannoo, 22,99 euro, 240 blz., ISBN 9789020921113







# Busje komt zo



**AUTO** De 'VW-bus' behoort tot de meest iconische modellen van Volkswagen. Sinds 2022 is die onder de naam ID.Buzz ook verkrijgbaar met elektrische aandrijving. Een trendy hebbeding voor milieubewuste, sportieve families.

De familievriendelijke ID. Buzz rijdt aangenaam, comfortabel en veilig.

**V**olkswagen beleeft niet de meest voorspoedige periode uit zijn bestaan. De verkoop valt tegen en daardoor ook de bedrijfsresultaten. Met name op de Chinese markt, decennialang een winnend gebied voor de Duitse autobouwer, gaat het van kwaad naar erger. Chinese merken hebben hun technologische achterstand op het vlak van elektrische aandrijving en digitalisering omgebogen in een voorsprong, waardoor Made in Germany in de ogen van de doorsnee Chinees niet langer hét kwaliteitslabel is waarmee hij of zij maatschappelijk aanzien verwerft.

## Trendy hebbeding

Volkswagen doet er alles aan om het tij te keren en wordt daar ook voor beloond: VW-modellen komen tegenwoordig weer als winnaar uit de bus in vergelijkende roadtests. In het geval van de ID.Buzz LWB (*long wheel base*) is dat niet moeilijk, wegens wijd en zijd geen concurrent in zicht.

Je kan de ID.Buzz de elektrisch aangedreven versie van de VW Multivan noemen; hij is verkrijgbaar als standaard 5-zitter en als 7-zitter (de LWB-versie). Met het blote oog valt het verschil in lengte van een kwart meter

tussen beide nauwelijks op, de verhoudingen kloppen. Zelfs in smalle straten in grote steden merk je als bestuurder niet dat je onderweg bent met een gevaarte van net geen vijf meter lang. Daar zit de kleine draaicirkel van 11,8 meter voor iets tussen.

Door de hoge zit en het royale plaatsaanbod krijgen de inzittenden ongewild een andere kijk op de wereld rondom hen. Elk voordeel heeft echter zijn nadeel: het in- en uitstappen vergt enige behendigheid van pa en ma. Het sleutellose sluit- en startstelsel ontgrendelt alle deuren, ook de schuifdeuren, zodra je de wagen nadert. De optionele elektrische dichttrekhelp sluit de schuifdeuren en leidt ze voorzichtig in het slot, totdat ze veilig vergrendelen. Zelfs wanneer de deur slechts licht in het slot valt, wordt ze automatisch gesloten. Niet onbelangrijk: bevindt zich iemand tussen de deur, onderbreekt de klembeveiliging meteen de sluitbeweging.

## Flexibel

De ID. Buzz LWB is een ruimtewonder op wielen. Zelfs met zeven inzittenden aan boord beschikt die nog over een koffervolume van 306 liter, met neergeklapte tweede en derde stoelrij

groeit het volume tot 2.469 liter. De twee zitjes van de derde stoelrij kunnen worden uitgenomen, om meer kofferruimte te genereren.

## Door de hoge zit en het royale plaatsaanbod krijgen de inzittenden ongewild een andere kijk op de wereld rondom hen

Er is een opbergvak voor vrijwel alles, inclusief voor je mobieltje. Alle courante smartphones kunnen inductief worden opgeladen of met een USB C-kabel aangesloten op het infotainmentsysteem. De drie standaard USB C-interfaces voorin het voertuig en twee op de derde stoelrij maken het mogelijk om meerdere apparaten van stroom te voorzien.

Het standaard multifunctionele stuurwiel overtuigt door een hoog bedieningscomfort. Met de knoppen bedien je onder andere de DAB+-radio, het optionele navigatiesysteem, je smartphone en snelheidsregelaar. De optionele stuurwielverwarming is aangenaam maar vreet stroom en dat gaat ten koste van het rijbereik.

Met kinderen aan boord kan het wel eens luid worden en worden er hoge

eisen gesteld aan de geluidskwaliteit. Welnu, het premium-soundsysteem van Harman Kardon maakt van de ID.Buzz een rijdende concertzaal met een uitstekende balans van hoge en lage tonen.

Via het vrijstaande, elegante 12 duim kleurentouchscreen bedient de bestuurder de meeste voertuigfuncties. Persoonlijk geef ik de voorkeur aan fysieke knoppen omdat de bediening van functies via een touchscreen de blik afleidt van het verkeer waardoor er gevaarlijke situaties kunnen ontstaan. Gelukkig wordt alle belangrijke rijinformatie geprojecteerd op het optionele head-upschermbin het gezichtsveld van de bestuurder zodat die tijdens het rijden niet wordt afgeleid. Volgens de constructeur werken geregelde Over-The-Air (OTA) updates de software bij naar de nieuwste versie.

## Rijden maar

De LWP beschikt over een krachtigere batterij dan de 5-zitter: 91 kWh, wat een WLTP-rijbereik van 474 km garandeert. Bij temperaturen van rond het vriespunt krimpt de actieradius evenwel tot 350 km. Of tot 250 km, met zeven personen en bagage aan boord.

350 km rijbereik volstaat voor woon-werkverkeer of een dagje uit



## Rijbereik e-auto's daalt in winterse omstandigheden

Wij hebben het in deze rubriek al meermaals gehad over de grote verschillen tussen het WLTP-rijbereik van elektrische auto's en hun reële actieradius. Afhankelijk van de omstandigheden loopt die op tot 32 procent. De Noorse Automobielfederatie NAF testte recent 24 elektrische auto's op hun reële actieradius in winterse omstandigheden. Die vergelijkende test leverde verrassende resultaten op. Tesla Model 3 en Polestar 3 reden beide met één volle acculading 531 kilometer ver. Dat de Polestar 3 als winnaar uit de bus kwam, heeft die te danken aan het

geringe verschil van vijf procent met de WLTP-actieradius (560 km). Bij de Tesla Model 3 bedraagt het verschil echter maar liefst 24 procent. Het grootste verschil (- 32 procent) liet de Peugeot E-3008 optekenen, gevolgd door de Voyah Dream (- 29%), Peugeot E-5008 (- 26%) en VW ID.7 GTX (- 23%). Bij de Audi Q6 e-tron, Porsche Macan en Xpeng G6 noteerden de testpiloten een verschil van - 22%. Van de geteste modellen had de Voyah Dream met 344 kilometer de kleinste reële actieradius, gevolgd door de Smart #3 (346 km) en de Peugeot E-3008 (347 km).



Het standaard multifunctionele stuurwiel overtuigt door een hoog bedieningscomfort.

naar zee maar is ontoereikend om zonder *range anxiety* met de familie naar de sneeuw in Oostenrijk of naar de zon aan de Franse of Italiaanse Riviera te rijden. Want laden doet de ID.Buzz niet supersnel omdat die geen gebruikmaakt van 800 Volt technologie. Reken op een half uurtje laadtijd van 10 tot 80 procent. Op die manier duurt een vakantierit van duizend kilometer toch al snel twee à drie uur langer dan met een benzine- of dieselwagen.

Weet ook dat er weinig snellaadstations zijn in de hogergelegen skistations en dat er in het hoogseizoen vele tienduizenden wintersporters onderweg zijn. Eén snellader kan bovendien, in het beste geval, maar vier e-rijders per uur gelukkig maken. Ja, elektrisch

autorijden heeft nog nadelen wanneer je verre verplaatsingen onderneemt.

Dat neemt niet weg dat de achterwiel-aangedreven ID. Buzz LWB met een vermogen van 286 pk pittig en comfortabel rijdt, keurig is afgewerkt en voorzien is van zo'n 30 assistentiesystemen die autorijden veiliger en aangener maken.

De instapprijs van 61.710 euro zet een domper op de vreugde. Want vink je enkele zinvolle optionele voorzieningen aan, ben je snel 75.000 euro kwijt. Voor wie niet kan genieten van fiscale aftrekken, is dat veel geld. Dat komt ervan als een hebbeding geen concurrentie heeft.

Urbain Vandormael

**Voltaren Patch**  
Once Daily 140 mg

DISCREET CONTINU GERICHT

GEPATENTEERDE TECHNOLOGIE

**HALOON**

Voltaren Patch Once Daily 140 mg 5 stuks CNK 4789-814 € 15,84

Voltaren Patch Once Daily 140 mg 10 stuks CNK 4789-822 € 27,26

**tot 24 U**

**Verlicht pijn bij acute verrekkingen, verstuikingen of kneuzingen tot 24 uur lang!**

**NAAM VAN HET GENEESMIDDEL** Voltaren Patch Once Daily 140 mg pleister. **KWALITATIEVE EN KWANTITATIEVE SAMENSTELLING** Elke pleister bevat diclofenac onder de vorm van 140 mg diclofenacnatrium. Elke pleister bevat 2,90 mg butylhydroxyanisol. (E 320). **FARMACEUTISCHE VORM** Pleister. Witte zelfklevende pleister van 10x14 cm, gemaakt van niet-geweven materiaal aan de ene en papier aan de andere kant. **KLINISCHE GEGEVENS** **Therapeutische indicaties** Lokale symptomatische kortdurende behandeling (max. 7 dagen) van pijn bij acute verrekkingen, verstuikingen of kneuzingen van de extremiteiten na stomp letsel bij adolescenten vanaf 16 jaar en volwassenen. **Dosering en wijze van toediening** **Dosering:** volwassenen en adolescenten vanaf 16 jaar. Eenmaal per dag dient één pleister op de pijnlijke plek te worden geplakt. De maximale dagelijkse dosis is 1 pleister per dag, ook als er meer dan één pijnlijke plek moet worden behandeld. Daarom kan slechts één pijnlijke plek tegelijk worden behandeld. **Gebruiksduur:** Voltaren Patch Once Daily dient zo kort als nodig te worden gebruikt om de symptomen onder controle te houden. De gebruiksduur mag niet langer zijn dan 7 dagen. Het therapeutisch voordeel van langer gebruik is niet vastgesteld. **Bejaarde patiënten:** Dit geneesmiddel moet met voorzichtigheid worden gebruikt bij bejaarde patiënten die gevoeliger zijn voor bijwerkingen. **Patiënten met verminderde nier- of leverfunctie:** Bij de behandeling van patiënten met verminderde nier- of leverfunctie. **Pediatrische patiënten:** De veiligheid en werkzaamheid van Voltaren Patch Once Daily bij kinderen en adolescenten jonger dan 16 jaar zijn nog niet vastgesteld. Als dit geneesmiddel langer dan 7 dagen voor pijnverlichting nodig is of als de symptomen verergeren, wordt aangeraden dat de patiënt of diens ouders een arts raadplegen. **Wijze van toediening** Cutaan gebruik. De pleister mag alleen worden aangebracht op intacte, niet-zieke huid en mag niet worden gedragen tijdens het baden of douchen. De pleister mag niet in stukken worden geknipt. Zo nodig kan de pleister op zijn plaats worden gehouden met een netverband. De pleister mag niet samen met een occlusief verband worden gebruikt. **Contra-indicaties** • Overgevoeligheid voor de werkzame stof of voor een van de andere stoffen; • Overgevoeligheid voor acetylsalicylzuur of andere NSAID's; • Patiënten die eerder een astma-aanval, urticaria of acute rhinitis hebben gehad bij gebruik van acetylsalicylzuur of een andere NSAID; • Patiënten met een actief peptisch ulcus; • Gebruik op beschadigde huid, ongeacht het letsel: exudatieve dermatitis, eczeem, geïnfecteerde laesie, verbranding of wond; • Derde trimester van zwangerschap; • Kinderen en adolescenten jonger dan 16 jaar. **Bijwerkingen** De volgende frequentiecategories worden gebruikt voor het melden van bijwerkingen: 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. **Infecties en parasitaire aandoeningen:** Zeer zelden: Pustuleuze rash. **Immuunsysteemaandoeningen:** Zeer zelden: Overgevoeligheid (waaronder urticaria), angioneurotisch oedeem, anafylactische reactie. **Ademhalingsstelsel, borstkas- en mediastinum-aandoeningen:** Zeer zelden: Astma. **Huid- en onderhuidaandoeningen:** Vaak: Rash, eczeem, erytheem, dermatitis (waaronder allergische en contactdermatitis), pruritus, Zelden: Bulleuze dermatitis (bijv. erythema bullosum), droge huid, Zeer zelden: Fotosensitiviteitsreactie. **Algemene aandoeningen en toedieningsplaatsstoornissen:** Vaak: Toedieningsplaatsreacties. De systemische diclofenacspiegels, gemeten tijdens voorgeschreven gebruik van de pleisters, zijn zeer laag in vergelijking met die welke worden verkregen na orale inname van diclofenac. Het risico van het ontstaan van systemisch geïnduceerde bijwerkingen (zoals maag-, lever- en nieraandoeningen, systemische overgevoeligheidsreacties) tijdens het gebruik van de pleister lijkt derhalve gering. Met name wanneer de pleister op een groot huidoppervlak en gedurende langere tijd wordt gebruikt, kunnen echter systemische bijwerkingen optreden. **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: Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten, www.fagg.be. Afdeling Vigilantie. Website: www.eenbijwerkingmelden.be. e-mail: adr@fagg-afmps.be. **Afleveringswijze:** vrij. **HOUDER VAN DE VERGUNNING VOOR HET IN DE HANDEL BRENGEN** Haleon Belgium, Da Vincilaan 5, B-1930 Zaventem. **NUMMER VAN DE VERGUNNING VOOR HET IN DE HANDEL BRENGEN** BE: BE662454, LU: 2024030083. Numéros nationaux: 0958352, 0958366, 0958383, 0958397. **DATUM EERSTE VERGUNNINGVERLENING/VERLENING VAN DE VERGUNNING** Datum van eerste verlening van de vergunning: 10/04/2024. **DATUM VAN HERZIENING VAN DE TEKST/GOEDKEURING VAN DE TEKST** Datum van goedkeuring: 10/2024. **DATE OF CREATION** 01/2025. Trademarks are owned by or licensed to the Haleon group of companies. ©2025 Haleon group of companies or its licensor. Haleon Belgium. PM-BE-VOLT-24-00053.





*Iris Elens is kinder-  
en jeugdpsychiater.*

## Quousque tandem?

**S**interklaas is uit het land, en de paashaas nog niet in zicht. De verzuchtingen binnen de sector van de gezondheidszorg echoën luid, maar budgettaire mogelijkheden zijn beperkt met dank aan dubieuze politieke agenda's in het verleden. Klaagzangen mogen zich echter niet beperken tot de geldkraan. Niet elke impactvolle verandering behoeft een financiële injectie.

Persoonlijke ervaringen en gesprekken met collega's leren dat de veranderde maatschappelijke attitude ten aanzien van zorgverleners aan de basis ligt van toenemende frustraties over kwaliteit en kwantiteit van onze job, wat uiteindelijk de draagkracht ondermijnt.

*‘Hoelang nog worden wij  
de stuipen op het lijf gejaagd?’*

Zo is er het reeds veelvuldig aangeklaagde oneigenlijk gebruik van spoedeisende hulp. Inderdaad kan overbevraging van de eerste lijn een rol spelen. Echter kunnen of willen patiënten adviezen van hun huisarts niet altijd afwachten, of richten ze zich tot spoed hopen op een boodschap die hen beter zint.

Ik pleit zeker niet voor een terugkeer naar de hiërarchische arts-patiëntrelatie, waarbij die laatste met vermanend vingertje wordt gedicteerd wat te doen. Echter is de slinger doorgeslagen

naar ronduit arrogantie bij sommigen die om onze zorg vragen. Een gesprekje met Chat-GPT vervangt écht geen jarenlange en toegewijde studie. Respect voor onze onderbouwde en afgewogen adviezen is dan ook op z'n plaats. Overboekte agenda's verbieden lichtzinnig omspringen met afspraken, zeker wanneer tot een dringend consult wordt verzocht. Sommigen ontbreekt het zelfs de beleefdheid bij verlet af te bellen of zich op z'n minst te verontschuldigen.

Agressie kruipt langdurig in het systeem en heeft een desastreus effect op lichaam en geest, getuige waarvan vele burn-outs bij zorgverleners. Hierbij mag ook niet voorbijgegaan worden aan coverte agressie zoals bedreigingen en manipulatie. Paradoxaal genoeg zal dit op termijn in het nadeel spelen van de patiënt. De patiënt leert immers niet met frustraties om te gaan tot deze cul- en fulmineren bij een arts of ordehandhaver die resoluut een streep in het zand trekt. Uit angst voor represailles of reputatieschade – in een oogwenk ontkiemd binnen onze digitale maatschappij – is toegeven aan eisen om een obsoleete, zinloze of zelfs iatrogen schadelijke behandeling begrijpelijk. De uiteindelijke kost voor mens én maatschappij is echter hoog.

Er is dringend nood aan een collectieve en fundamentele mentaliteitswijziging, waarbij toenevende individualisering en focus op rechten eerder dan plichten wordt in vraag gesteld. Hoelang nog worden wij de stuipen op het lijf gejaagd? Hoelang nog moeten we uitgebluste collega's de doktersjas aan de haak zien hangen?

Hoelang nog, Dorpsstraat?

Quousque tandem, Wetstraat? •

*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"

**Hoofredacteur**

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,  
Urbain 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 assistent**

Lara Brems

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

**Artsenkrant**

is een uitgave van

**Roularta**  
HealthCare

Raketstraat 50 bus 14 - 1130 Brussel

**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

**Artsen Met Grenzen****Athena Beckers**

Psychiater.

Ik erken uw (van minister van Volksgezondheid Vandenbroucke, n.v.d.r.) inspanningen voor de meest kwetsbaren in onze samenleving. Het is een belangrijke taak, en ik zie dat u daarvoor vecht. Maar ik vrees dat u zich onvoldoende bewust bent van het feit dat goede zorg begint bij gezonde en gemotiveerde zorgverleners. Artsen die zich gehoord voelen, die met hun expertise kunnen

bijdragen aan beleid, en die voldoende ruimte krijgen om te doen waar ze goed in zijn: zorg verlenen. Helaas ervaren veel collega's het tegenovergestelde. Ze voelen zich niet gehoord en er heerst structureel ongenoegen. Artsen voelen zich overvraagd, overvleugeld door administratieve rompslomp en steeds verder gecontroleerd en beperkt in hun werk. •

*“We worden steeds meer geconfronteerd met een beleid dat onze autonomie als professionals aantast”*

**OVERSTROMINGEN IN ZIEKENHUIZEN**

Kim

**ChatGPT****Tom Braekeleers**

HealthTech Adviseur, Podcaster en Nexxworks-spreker.

Met de introductie van ChatGPT in november 2022 ontstond een tsunami aan nieuwe ideeën, boude uitspraken, voorspellingen en plots gingen we alles anders doen. Toegegeven, voor veel dagelijkse taken voor kenniswerkers is de komst van generatieve AI een (niet altijd) welkome oplossing.

Sommige beroepsgroepen voelen nu al de gevolgen, maar in gesprekken met artsen kwam steevast een overtuiging naar boven dat het voor hen niet zo'n vaart zal lopen.

En ik ben daar mee akkoord, maar ook weer niet. Het klopt dat we niet moeten over-hypen dat het er van vandaag

op morgen helemaal anders zal uit zien, maar het is wel voor het eerst dat er een technologie is die het potentieel heeft om heel wat te disrupteren. Er zal stevig aan de boom geschud worden. AI heeft het potentieel om een nieuw penicilline-moment in te luiden. •

# Ligt er straks eendenkroos op je bord?

**VOEDING** Het is misschien even wennen, maar het blijkt hartstikke gezond: eendenkroos, ook wel bekend als waterlinzen. Het groene spul mag vanaf deze maand verkocht worden als voedsel voor mensen. Het is het resultaat van jarenlang onderzoek van de Nederlandse Wageningen University.

**E**en nootachtige smaak en een stevige 'bite'; zo wordt het eten van waterlinzen beschreven. Volgens onderzoekers van de Nederlandse universiteit zijn de groene plantjes hartstikke gezond, zitten ze bomvol vitaminen en mineralen, en zijn ze rijk aan eiwitten. Ook is de opbrengst per hectare zeer hoog; omdat de plant zich razendsnel vermeerderd kan het wekelijks worden geoogst. Hiervoor is slechts een klein laagje water met wat meststoffen nodig, zonder bestrijdingsmiddelen of extra licht. Doordat de teelt maar weinig oppervlakte nodig heeft, zien experts

eendenkroos als één van de gewassen die de impact van klimaatverandering kunnen verminderen.

## Stamppot

Onderzoekers van de Wageningen University kweekten zelf eendenkroos en onderzochten het uitgebreid op mogelijke ziekteverwekkers, pesticiden en andere schadelijke stoffen. Daarnaast namen vrijwilligers deel aan een proef om het gewas te testen op verterbaarheid en eventuele gezondheids-effecten, die allemaal positief bleken.

Een uitdaging blijft echter de verpakking en houdbaarheid. Daarom wordt



er nu gedacht aan verwerking in diepvriesblokjes. Naast soep, quiche en stamppot kan eendenkroos mogelijk ook worden verwerkt in salades, pesto, ravioli en groenteburgers.

Hoewel eendenkroos in Europa nauwelijks wordt gegeten, vonden onder-

zoekers een verwijzing naar het gewas in een Nederlands kruidenboek uit 1644. In Aziatische landen, waaronder Thailand, Vietnam en Laos, is het daarentegen al langer een bekend ingrediënt in de keuken.

Fl.C.

RIZIV-  
VAPZ
VAPZ
IPT
POZ
GEWAARBORGD  
INKOMEN
VERZEKERINGEN

GLOBALAAL NETTORENDEMENT IN

2021
2022
2023

4,5%

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

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

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

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

**AMONIS**

Uw toekomst verdient een expert

Neem vrijblijvend contact op

0800 96 119  
www.amonis.be





**Bent u op zoek  
naar  
personeel?**

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



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

#### 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](http://www.denoordbrug.be)  
contact: [pjahermandoc@hotmail.com](mailto: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](mailto: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

#### UW ADVERTENTIE HIER



#### Interesse?

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



#### 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\\_](mailto:FHQ_med_noord@fedasil.be)  
[med\\_noord@fedasil.be](mailto:med_noord@fedasil.be) of 0471 98 26 61.  
Dr. Thibaut Corvilain, Medisch Coördinator  
Brussel Fedasil via [thibaut.corvilain@fedasil.be](mailto:thibaut.corvilain@fedasil.be)  
of 0474 33 37 33.

N09020

Dr. Marius An zoekt dringend huisartsen voor  
dokterspraktijk De Boonvenne in Berlare.  
Drukke praktijk met gevarieerde  
patiëntenpopulatie. Nieuwbouw van 2018.  
Contact: [doktersberlare@gmail.com](mailto:doktersberlare@gmail.com)

N09021

#### 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

Meer zoekertjes  
op onze website  
**[www.artsenkrant.com](http://www.artsenkrant.com)**





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

**dk** Doc@work

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

**Bent u op zoek  
naar personeel?**

## 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](mailto: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](mailto:info@synergeia.be)  
NR1978

## 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](mailto: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](mailto:terras@azoostende.be).  
NC8277

**Te koop in Zwevegem: dokterspraktijk  
met 3 ruime praktijkruimtes, RX-ruimte,  
wachtzaal, sanitair en extra praktijkruimtes. Veel  
parking. Info: 056/29.30.30 (BIV 500875).**  
NC8278

## MEDISCH MATERIAAL

Te koop: Ecosysteem Wisonic Clover 60  
Color Doppler in perfecte staat met convexe  
en endovaginale transducer en trolley. T  
0468/11.59.67.  
NM2068

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?

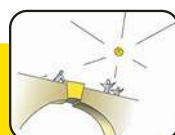
U wil een baan met een beduidende impact?

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 ?  
[werecruit@hziv.be](mailto:werecruit@hziv.be)




**HIER HAD  
UW ADVERTENTIE  
KUNNEN STAAN.**

**Interesse?**  
Mail ons voor  
de mogelijkheden:

[vacature.healthcare@roularta.be](mailto:vacature.healthcare@roularta.be)



## NAAR AANLEIDING VAN DE NIEUWE RIZIV INDICATOREN VOOR HET VOORSCHRIJVEN VAN PROTONPOMPINHIBITOREN

### ONLINE SYMPOSIUM

AANPAK VAN BOVENBUIKKLACHTEN MET EN ZONDER PROTON POMP INHIBITOREN (PPI): UPDATE VOOR DE PRAKTIJK IN 2025



**DINSDAG 25 MAART 2025, 20 - 22 UUR**

#### Spreekers:

Prof. J. Tack, Dr. K. Raymenants, Dr. F. Carbone, Prof. T. Vanuytsel

#### Topics:

- Richtlijnen en actueel gebruik van PPI
- Nadelen en risico's van PPI
- Behandeling van refluxklachten met en zonder PPI
- Behandeling van dyspepsie met en zonder PPI
- Een blik op de toekomst: PEPPER studie

Edition francophone  
Mercredi 26 mars  
2025



English edition  
Thursday March  
27th 2025



#### REGISTRATIE LINK



Accreditering is aangevraagd



## Borstchirurg - gynaecoloog Vacature

De Borstkliniek Voorkempen is een officiële samenwerking tussen AZ Klinica en AZ Voorkempen en is sinds 2008 een erkende borstkliniek. Met meer dan 300 nieuwe diagnoses per jaar staan wij voor hoogkwalitatieve zorg en expertise. Onze kliniek behaalde in 2015 het prestigieuze EUSOMA-certificaat, als een van de eerste borstklinieken in Vlaanderen. Dit erkent onze toewijding aan de hoogste Europese normen voor borstkankerzorg. Bij ons werkt een dynamisch multidisciplinair team, waarin iedere schakel een cruciale bijdrage levert. We hebben een actieve deelname aan klinische studies (clinical trials) en worden hierin ondersteund door een ervaren team van study nurses. Daarnaast beschikt de site AZ Klinica over een afdeling radiotherapie, waarmee we geïntegreerde zorg kunnen bieden aan onze patiënten.

Als arts binnen de Borstkliniek Voorkempen zal je werkzaam zijn binnen de dienst gynaecologie van AZ Voorkempen en parttime als borstchirurg in AZ Klinica. Je krijgt de kans om je medische expertise breed in te zetten en verder te ontwikkelen. De verdeling van jouw tijd is zo ingericht dat je voldoet aan de Europese en Belgische normering, terwijl je je vaardigheden op het hoogste niveau behoudt.

#### Profiel

- ▶ Opleiding en ervaring: Je bent arts-specialist in de gynaecologie-verloskunde en beschikt over een bijzondere erkenning in borstchirurgie, verkregen via een fellowship van minimaal één jaar in een erkend centrum.
- ▶ Extra troeven: Buitenlandse ervaring, publicaties en wetenschappelijk werk worden beschouwd als een belangrijke meerwaarde.
- ▶ Persoonlijkheid: Je bent een dynamische en collegiale teamspeler met uitstekende communicatieve vaardigheden.
- ▶ Jouw enthousiasme en betrokkenheid dragen bij aan een positieve teamgeest.
- ▶ Arts-specialisten in opleiding met een specifieke interesse in borstchirurgie komen ook in aanmerking.

#### Interesse?

De kandidatuur met begeleidingsbrief moet vóór 21 maart aangekondigd worden aan dhr. Koen Vancraeynest, algemeen directeur AZ Voorkempen (Koen.Vancraeynest@emmaus.be), aan dr. Philip Ardies, voorzitter medische raad AZ Voorkempen (Philip.Ardies@emmaus.be), aan dr. Pieter Jan Simons, hoofdarts-medisch directeur AZ Voorkempen (Pieterjan.Simons@emmaus.be) en aan dhr. Bart Van Daele, voorzitter raad van bestuur AZ Klinica (AZ Klinica 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. Frederic Caris, medisch diensthoofd gynaecologie AZ Voorkempen, via frederic.caris@emmaus.be
- ▶ Dr. Kristof Kinget, arts-diensthoofd gynaecologie AZ Klinica, via 03 650 51 92 of kristof.kinget@klinica.be



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 Andreaz 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.degrev@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.

# ‘Het gevoel van ‘wij doen dit samen’ houdt me in de sportwereld’



© Brecht Steenhoutwer

**SPORT** Elk jaar kijken wielersfans reikhalzend uit naar het nieuwe wielerseizoen. Ook dr. Milan Holvoet, hoofdarts van Lotto Cycling Team. Dankzij zijn werk is de arts aanwezig op zo goed als elke klassieker, zoals de Tour de France, de Ronde van Vlaanderen, Parijs Roubaix, de Vuelta en de Giro.

Dr. Milan Holvoet (rechts op de foto): “Als team werken we samen rond hetzelfde doel: de renners zo optimaal mogelijk begeleiden.”

**H**et sportieve avontuur begon toen Holvoet eind 2017 werd gecontacteerd door de toenmalig hoofdarts van Lotto-Soudal. “Die vroeg of ik interesse had om voor de wielerploeg te werken. Sport heeft me altijd geboeid. Ik kende de grote klassiekers en de renners, maar het technische aspect van de sport was nieuw voor mij. Toen ik begon, ging er een compleet nieuwe wereld voor me open.”

Hoewel Holvoet minder bekend was met de technische kant van de sport, was de overstap naar het wielerteam geen onlogische keuze. “Tijdens mijn studie wilde ik mij aanvankelijk specialiseren in orthopedie, maar koos uiteindelijk voor huisartsgeneeskunde omdat ik daarin mijn eigen accenten kon leggen en me verder kon specialiseren in sportgeneeskunde.” Ook staat Holvoet een à twee dagen per week op de spoeddienst in het AZ Maria Middelaars en is hij sportarts bij Health & Sports Hub KAA Gent en bij Vitori Medical&Sport Center.

## Vorbereidingen

Voor Holvoet begint het werk voor

het wielerteam al vóór de start van het wielerseizoen. Dan ondergaat elke renner een uitgebreide medische controle om de gezondheid en fitheid in kaart te brengen. “We nemen bloed af en maken in samenwerking met het Jessa Ziekenhuis in Hasselt een elektrocardiogram zowel in rust als tijdens inspanning op de fiets, voeren een echografie van het hart uit en een Holtermonitoring. Bij nieuwe renners maken we ook nog een MRI van het hart”, zegt Holvoet. “Daarna verdelen we de renners over de verschillende teamartsen. Vanaf dat moment staan we 24/7 paraat en zijn we het eerste aanspreekpunt bij medische vragen.”

De medische begeleiding in het wielrennen verloopt anders dan bij teamsporten als voetbal. “Waar voetballers bijna dagelijks samenkomen op het trainingscomplex, trainen wielrenners meestal zelfstandig of zijn ze op trainingskamp”, legt de arts uit. “Het dagelijks contact verloopt meestal via telefoon of WhatsApp, wat minder direct is. Zeker wanneer renners langere tijd in het buitenland verblijven, vormt dat een uitdaging. Als arts moet je dan crea-

tief zijn om de communicatie zo effectief mogelijk te laten verlopen.”

**‘Ik houd van deze sport, maar ben ook arts en de gezondheid van onze renners moet altijd op de eerste plaats komen’**

## Koersen

Tijdens de wedstrijden is Holvoet nauw betrokken bij de dagelijkse gang van zaken binnen het team. “Elke dag is anders, maar er is een vast ritme in de manier waarop we werken. Zelf ben ik graag vroeg aanwezig bij het ontbijt, omdat dat een belangrijk moment is om in te checken bij de renners: ‘Hoe hebben ze geslapen? Hoe voelen ze zich?’. Die eerste indruk geeft direct inzicht in hun fysieke en mentale toestand. Tijdens de rit naar de start zorgen we ervoor dat iedereen voldoende gegeten heeft en klaar is om te presteren. Bij warme weersomstandigheden, zoals in de Tour de France, controleren we de hydratatiestatus via de urine om te zien

of ze voldoende hebben gedronken. Als iemand in een eerdere etappe gevallen is of vermoeid oogt, bespreken we de tactiek; volop koersen of wellicht rustiger aan doen.”

Holvoet: “Ook let ik goed op de veiligheid van onze renners. Gelukkig is er steeds meer aandacht voor, maar het blijft een punt waar verbetering mogelijk is. Er zijn genoeg zomerse wedstrijden waarin renners ’s middags bij temperaturen van 35 graden moeten starten, zonder enige vorm van schaduw. Ik houd van deze sport, maar ben ook arts en de gezondheid van onze renners moet altijd op de eerste plaats komen. Ik hoop dat de sport blijft evolveren om de veiligheid van renners te verbeteren.”

## Schaafwonden

Tijdens de wedstrijd valt de medische zorg over de renners onder de verantwoordelijkheid van de wedstrijdartsen, waardoor de medische taken van Holvoet naar de achtergrond verdwijnen. “Na de wedstrijd wachten we de renners op bij de finish, wat mij de kans geeft om te bekijken hoe ze er fysiek aan toe zijn. Ik let vooral op mogelijke schaafwonden. Hier heb ik me binnen het team in gespecialiseerd, omdat deze wonden een grote impact kunnen hebben op het herstel van de renner. Een goed verzorgde wond geneest sneller, veroorzaakt minder pijn en stelt de renner in staat sneller terug op de fiets te stappen.”

Onvergetelijk moment voor Holvoet was zijn eerste tour als ploegarts, bij de Ronde van Catalonië. “Tijdens de derde rit, toen Thomas De Gendt iedereen naar huis reed en de overwinning behaalde, maakte ik als jonge arts mijn debuut. Het was een bijzondere binnenkomer; een nieuwe job, een belangrijke koers én meteen een ritzege. Als team werken we samen rond hetzelfde doel: de renners zo optimaal mogelijk begeleiden. Die saamhorigheid is voor mij het mooiste aspect. Het gevoel van ‘wij doen dit samen’ houdt me in de sportwereld”, besluit Holvoet.

**Floris Cup**