



Artsen krant

• www.artsenkrant.com

DE REFERENTIE VOOR HUISARTSEN EN SPECIALISTEN

46STE JAAR NR 2792 - DINSDAG 4 MAART 2025 - 3,00 € - TWEEWEEKLIJKS - P309577 - MEIBOOMLAAN 33, 8800 ROESELARE, BELGIË.



Frank Vandenbroucke: 'Deze regering gaat fors investeren in gezondheidszorg'

In een exclusief gesprek met Artsenkrant geeft federaal minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid Frank Vandenbroucke (Vooruit) aan dat de Arizona-regering fors wil investeren in de gezondheidszorg. "Maar dat betekent niet dat het kraantje zomaar wordt opgedraaid."

Hoe evalueert u het regeerakkoord dat de Arizona-partijen eind januari afsloten?

Frank Vandenbroucke: Laat me beginnen met een belangrijk element in het regeerakkoord: we gaan fors investeren in gezondheidszorg. Terwijl elders 23 miljard euro besparingen moeten worden gevonden, gaan we in de gezondheidszorg tegen het einde van de regeerperiode bovenop de indexering van de honoraria een extra investering doen van vier miljard euro op jaarbasis. We vinden het belangrijk te investeren in gezondheidszorg omdat we met een verouderende bevolking zitten, die meer zorg vraagt. We staan ook voor belangrijke uitdagingen in de geestelijke gezondheidszorg en de tand- en mondzorg. De extra investering betekent niet dat de begroting niet moet worden bewaakt. We willen immers voorkomen dat de vier miljard euro gaat naar uitgaven die we misschien niet wenselijk vinden. De boodschap luidt: 'Investeren', niet 'Laat het geld maar rollen'. We gaan geen kraantje openzetten en alles laten lopen.

Wat betekent dit concreet?

De eerstkomende twee jaar moeten we naar mijn gevoel op de eerste plaats inzetten op het op de rails houden van de begroting en vermijden dat er ontsporingen in de uitgaven zijn. Uit de technische ramingen voor de uitgaven van de ziekteverzekering 2025 die we in september kregen, bleek dat er in 2024 in vergelijking met de overeengekomen doelstelling voor de artsenhonoraria al een risico was op een overschrijding van 185 miljoen euro. Dan moet je natuurlijk ingrijpen, een idee dat gesteund werd door zowel artsensyndicaten als ziekenfondsen. We spraken toen in overleg met alle betrokkenen af een pakket maatregelen te nemen met een nuttige impact van 216 miljoen euro op het begrotingsjaar 2025, zodat de groei niet meer is dan de norm van 2,5%. Een groot deel van het pakket zit in de uitgaven voor geneesmiddelen, een ander deel is erop gericht de aangekondigde overschrijding in de artsenhonoraria in zekere mate te beperken.

Filip Ceulemans

'Schandalige desinformatie'

Vooruit en PS mogen dan wel nog steeds hetzelfde gebouw delen aan de Keizerslaan in Brussel, sinds de Vlaamse socialisten in de regering zitten en hun Franstalige geestesgenoten oppositie voeren tegen de regering De Wever, loopt de spanning soms hoog op. Tijdens de plenaire vergadering in de Kamer kwam het tot een verhitte discussie tussen minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid Frank Vandenbroucke (Vooruit) en Ludivine De Donder (PS). Op de website van de PS staat een petitie om te protesteren tegen "de sluiting van de spoeddiensten van 23 Waalse en zes Brusselse ziekenhuizen", die hierdoor ook 's nachts de deuren zouden moeten sluiten. "De Franstaligen worden veel zwaarder geraakt dan de Vlamingen", wordt er nog aan toegevoegd. De helft van de Waalse ziekenhuizen en een derde van de Brusselse ziekenhuizen zouden volgens de PS getroffen worden tegenover slechts een vijfde van de Vlaamse ziekenhuizen. Dat alles staat volgens de Franstalige socialisten in een geheim akkoord dat binnen de regering werd afgesloten. Frank Vandenbroucke reageerde tijdens de plenaire vergadering erg verbolgen op de "enorme desinformatiecampagne die de PS voert via de (sociale) media. Die heeft als enige gevolg dat er onrust wordt gekweekt bij het zorgpersoneel van de betrokken ziekenhuizen en de bevolking van landelijke gebieden. De campagne van de PS is gewoon schandalig", schuwde de minister de zware woorden niet. "Er is geen geheim akkoord gesloten binnen de regering om de eenvoudige reden dat we geen beslissingen nemen zonder overleg met de sector."

F.C.



Frank Vandenbroucke wil (laten)
nadenken over beter systeem

4-5



Filip Ceulemans

Strategische sector

Doet-ie 't of doet-ie 't niet? Wat ooit een onderhoudend spelprogramma was op de Nederlandse televisie met Peter Jan Rens als presentator is vandaag harde realiteit wanneer Donald Trump ter sprake komt. De Amerikaanse president herhaalde nogmaals zijn dreigement dat hij 25% invoerheffing wil heffen op Europese producten. Of ook geneesmiddelen onder de maatregel zullen vallen, is niet meteen duidelijk. De kans is niet onbestaande vermits Trump de farmaceutische sector eerder al aanspoorde om geneesmiddelen voortaan in de Verenigde Staten te produceren.

De gevolgen voor Europa zouden dus wel eens erg groot kunnen zijn. Een van de lessen van de covid-19-pandemie is nochtans dat het belangrijk is om geneesmiddelen te fabriceren in Europa. Niet voor niets benadrukt Europees commissaris Olivér Várhelyi in een gesprek met *Artsenkrant* het belang van de Critical Medicines Act (CMA). Volgens hem is de geneesmiddelensector van even groot strategisch belang als de defensiesector. Met de CMA wil de Europese commissie voorkomen dat er – zoals tijdens de coronapandemie – een tekort ontstaat aan noodzakelijke geneesmiddelen.

De politiek van Donald Trump zou deze problematiek wel eens een heel andere dimensie kunnen geven. Wanneer de Amerikaanse farmaceutische industrie bezwijkt onder de dreigementen van de president en de productie vanuit Europa naar de Verenigde Staten verhuist, kan dat twee gevolgen hebben voor Europa. Vanuit de America First-doctrine zullen geneesmiddelen pas in tweede instantie naar Europa komen. Ook op de prijs van de geneesmiddelen zou de impact wel eens groot kunnen zijn. Niet geruststellend in een tijd waarin de buikriem moet worden aangetrokken, ook in het geneesmiddelenbudget.

Kleine kroniek van de teleconsultaties

TELECONSULTATIES De beslissing van de Nationale Commissie Artsen-Ziekenfondsen (NCAZ) om het honorarium voor telefonische consultaties op te schorten, blijft de gemoederen beroeren (zie hiernaast). Hoe is het zo ver gekomen?

De huidige regeling voor raadplegingen op afstand is te vinden in het Koninklijk besluit van 26 juni 2022.

Dat voegt een hoofdstuk XI 'Zorg op afstand' in de nomenclatuur in. Hieronder vallen vier verstrekkingen: drie types 'Videoraadpleging' (101673, 101695 en 101710) en de 'Telefonische raadpleging door een arts' (101732). Het is die laatste 'teleconsultatie' waar de discussie over gaat – voor videoraadplegingen verandert niets.

Volgens de omschrijving omvatten deze verstrekkingen "een volledige anamnese van de patiënt, een eventueel behandelvoorstel met daarbij het eventueel opmaken en ondertekenen van de nodige getuigschriften, voorschriften en allerlei bescheiden. De arts noteert in het patiëntendossier het contact, de reden van de raadpleging, de raadplegingen die werden verstrekt, de eventuele aanpassingen aan het behandelingschema en de aard van de documenten die werden afgeleverd."

Bij de invoering wordt verwacht dat een teleconsultatie een fysieke consultatie bij de arts of bij de patiënt thuis



Bij de invoering wordt verwacht dat een teleconsultatie een fysieke consultatie bij de arts of bij de patiënt thuis zou vervangen, en dat de invoering van het honorarium dus budgetneutraal zou zijn.

zou vervangen, en dat de invoering van het honorarium dus budgetneutraal zou zijn. Het aantal aangerekende verstrekkingen stijgt echter snel, van 4,4 miljoen in 2022 tot 5,6 miljoen in 2023. Huisartsen die nomenclatuurnummer 101732 aanrekenen, deden dat in 2023 gemiddeld 515 keer per jaar. 16% van de huisartsen rekenden meer dan 1.000 teleconsultaties per jaar aan, en 29 huisartsen rekenden er meer dan 5.000 per jaar aan.

Begrotingsperikelen

Bij de opmaak van de RIZIV-begroting 2025 komen de teleconsultaties daarom onder vuur. Op 7 oktober 2024 keurt het Verzekeringscomité van het RIZIV een begrotingsvoorstel goed. Om een verwachte budgetoverschrijding te vermijden, wordt in dit voorstel het honorarium voor teleconsultaties 'opgeschort' in afwachting van een nieuwe regeling. Dat moet een besparing van 68,4 miljoen euro opleveren.

Dat voorstel van het Verzekerings-

comité geraakt op 21 oktober niet goedgekeurd in de Algemene Raad van het RIZIV, wegens onenigheid op de regeeringsbank. Om de continuïteit na 1 januari 2025 te verzekeren, keurt het Algemeen Beheerscomité van het RIZIV op 4 december een 'ontwerp van globale begroting' goed.

Op 13 januari 2025 buigt de Nationale Commissie Artsen-Ziekenfondsen (NCAZ) zich over maatregelen om budgetoverschrijdingen in de artsenhonoraria te voorkomen. Er ligt een voorstel op tafel om het honorarium per teleconsultatie te verlagen en het aantal per arts en per patiënt te beperken.

Op 31 januari verwerpt de NCAZ de voorgestelde verlaging van het honorarium. Ze beslist om het honorarium vanaf 15 februari helemaal op te schorten. Een werkgroep zal zich buigen over een nieuw kader voor teleconsultaties dat vanaf 1 januari 2026 moet gelden.

Erik Derycke

5 Elke dag krijgen jaarlijks bijna 1.800 adolescenten en jongvolwassenen tussen de 16 en 35 jaar de diagnose van kanker, wat neerkomt op gemiddeld vijf per dag (Stichting Kankerregister).

Viroloog Steven Van Gucht in De Morgen.

We hebben sinds we op deze manier onze tellingen registreren, en dat is sinds 2008, nog nooit zo'n intense griep epidemie gekend. Niet zozeer qua zwaarte van de ziekte - de ziekenhuizen zijn gelukkig niet overbelast - maar wel qua aantal gevallen. Het is moeilijk te verklaren hoe dat komt, want de virussen zelf lijken heel hard op die van vorig jaar. Het is dus niet zo dat er een heel nieuwe variant aan het circuleren is en dat die een mismatch vormt met het griepvaccin, zoals je weleens hoort suggereren.

Gemengde reacties bij de syndicaten

TELECONSULTATIES De artsensyndicaten reageren uiteenlopend op de beslissing om de vergoeding voor teleconsultaties voorlopig op nul te zetten.

BVAS laat in een perscommuniqué niets aan duidelijkheid te wensen over: “15 februari zal een historische stap achteruit betekenen voor ons zorgstelsel. De beslissing van het Verzekeringscomité om de terugbetaling van teleconsultaties op nul te zetten onder het voorwendsel van een besparing van 66 miljoen euro, 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.”

In de communicatieoorlog met Frank Vandenbroucke (zie pagina 4 & 5) blijft het syndicaat herhalen dat zijn vertegenwoordigers in het Verzekeringscomité het mes op de keel werd gezet en voor voldongen feiten werd geplaatst om de maatregel goed te keuren. BVAS haalt daarbij ook scherp uit naar het socialistische ziekenfonds Solidaris en Domus Medica/AADM die het voorstel zouden hebben gelanceerd omdat de prestaties fraudegevoelig zijn. Solidaris liet deze aanval niet over zijn kant gaan en stuurde documenten rond waaruit moet blijken dat de BVAS zelf aanstuurde op het op nul zetten van de vergoeding. “Het is nu al duidelijk dat de overheid aanstuurt op verregaande for-

faitarisering en daarmee zoete broodjes bakt met AADM en de ziekenfondsen”, aldus BVAS.

Alle partners

Het ASGB/Kartel pleit voor enige rust en een genuanceerd debat. “Wij weten dat artsen door een overmaat aan telefoontjes worden geplaagd. We realiseren ons ook dat in een moderne samenleving er meer waardering en ruimte moet zijn voor digitale evoluties en digitale dienstverlening. We hebben als ASGB/Kartel altijd ingezet op dit dossier en zullen ons altijd blijven inzetten voor een billijke verloning, maar we kunnen niet om de cijfers heen en beseffen dat er iets moet gebeuren. Dat is ook de reden waarom in september alle partners, ook AADM en BVAS, hebben gestemd voor een tijdelijk op 0 zetten van het nomenclatuurnummer om verdere ontsporing tegen te gaan. We moeten concrete budgettaire voorstellen vinden en opties zoals een verhoging van het remgeld of pseudocodes liggen moeilijk bij sommige andere partners niet-artsen.”

Het ASGB/Kartel vermoedt dat er te vaak zaken worden aangerekend als teleconsultatie waar dat eigenlijk niet hoort. “De teleconsultatie is versneld



ingevoerd tijdens de coronacrisis, maar wordt verondersteld in de plaats te komen van een fysieke consultatie en zo het aantal fysieke consultaties te verminderen en niet er bovenop te komen. Over de hele lijn moet het budgetneutraal zijn. Dat zien we niet in de cijfers.”

Moeilijke boodschap

“We begrijpen dat dit een moeilijke boodschap is”, zegt AADM bij monde van Marieke Geijsels. “AADM zal daarom actief deelnemen aan de werkgroep die zich buigt over een structurele oplossing en zal erop toezien dat de periode zonder vergoeding voor teleconsultaties zo kort mogelijk blijft. Ons doel is een duurzame en billijke vergoeding voor teleconsultaties, zodat deze situatie zich in de toekomst niet herhaalt.”

Domus Medica ziet dat de onvrede rond de teleconsultaties resulteert in actiebereidheid bij de huisartsenkringen. “We begrijpen de frustratie en reacties, maar benadrukken ook het belang van een doordachte strategie om de belangen van zowel huisartsen als patiënten te beschermen”, zegt voorzitter Jeroen van den Brandt. Hij riep op donderdag 27 februari de kringvoorzitters samen voor een crisisberaad, waarop in dialoog werd gegaan om na te gaan welke acties als groep kunnen worden ondernomen.

Filip Ceulemans

>> Het crisisberaad was nog niet afgelopen op het moment dat deze editie van *Artsenkrant* in druk ging. Voor de resultaten van het overleg verwijzen we u naar onze website: artsenkrant.com.

Huisartsen op de barricade

Het voorlopig stopzetten van de vergoeding voor de teleconsultaties leidt tot een aantal acties van huisartsen. We lichten er enkele voor u uit.

En van de eerste initiatieven kwam van de Huisartsen Regio Mortsel, die een petitie lanceerden waarin ze waarschuwen voor een duurdere en minder toegankelijke eerstelijnszorg als gevolg van de maatregel. “Door telefonische consultaties af te schaffen, duwt het

RIZIV de huisartsen en de patiënten terug richting duurdere en meer tijdrovende fysieke consultaties voor onder meer de opvolging van resultaten, een tussentijdse terugkoppeling of een consultatie waarbij een klinisch onderzoek niet noodzakelijk is.” Op het moment dat deze editie van *Artsenkrant* werd

afgesloten, stond de teller op 408, maar er komen nog dagelijks ondertekenaars bij. Tegelijk roept de kring huisartsen op om van 15 februari tot 15 maart geen telefonische consultaties meer uit te voeren.

Bij de huisartsen van Huisartsenkoepel Waasland is de actiebereidheid erg groot. Vorige week voerde bijna driekwart van de praktijken actie tegen de maatregel. Bijna zes op de tien (58%) schafte tijdelijk de telefonische contacten of belmomenten af, terwijl 10%

zelfs een volledige telefoonstop invoerde. 15% hield het bij een poster in de wachtkamer waarbij patiënten worden opgeroepen een mail te versturen naar de minister met de vraag de terugbetaling opnieuw in te voeren. Het bestuur van de Koepel stuurde zelf al tweemaal – in oktober vorig jaar en in februari – een formeel protest naar de minister en het RIZIV.

F.C.

Frank Vandenbroucke wil (laten) nadenken over beter systeem

VERVOLG COVER De teleconsultaties beroeren intussen al enkele weken de gemoederen bij vooral de huisartsen. Frank Vandenbroucke geeft in dit exclusieve interview met Artsenkrant zijn visie over teleconsultaties en andere topics die op de agenda staan.



Frank Vandenbroucke: In de voorstellen van de artsensyndicaten zaten maatregelen die een impact hebben op de prestaties van specialisten en ook de regeling van de teleconsultaties. De artsenorganisaties brachten dat zelf aan omdat een kleine minderheid van de huisartsen oneigenlijk gebruik of zelfs misbruik maakt van het systeem. Er zijn 29 huisartsen die meer dan 5.000 teleconsultaties per jaar aanrekenen, met één extreem geval van maar liefst 11.000 teleconsultaties. De regeling zoals ze vandaag bestaat, leent zich spijtig genoeg tot dit soort misbruik. Een hervorming dringt zich dan ook op. Als eerste maatregel stelden de artsensyndicaten voor de vergoeding voor de teleconsultaties op nul te zetten. Let wel, het gaat hier om teleconsultaties en niet om videoconsultaties. Voor videoconsultaties verandert er niets. Ik wil ook even verduidelijken dat een teleconsultatie niet hetzelfde is als een telefoontje voor een resultaat van een onderzoek of de verlenging van een voorschrift. Een teleconsultatie is wel omschreven in de nomenclatuur. Het is een onderzoek via de telefoon waarbij men de tijd neemt om de patiënt vragen te stellen, in de mate van het mogelijke de conditie van de patiënt onderzoekt en op basis daarvan een behandeling voorstelt.

Het voorstel om de vergoeding voor teleconsultaties tijdelijk op nul te zetten, komt van de artsen en niet van de overheid?

Dit was inderdaad hun voorstel, in afwachting van een hervorming waarover men het eens kan worden. Het getuigt van verantwoordelijkheidszin van de artsensyndicaten dat ze dit zelf voorstelden. Alle syndicaten, dus ook de BVAS, gingen hiermee akkoord. Natuurlijk was er binnen de organisaties

ook discussie hierover, maar het officiële standpunt was duidelijk.

Tijdelijk op nul zetten, betekent dat de teleconsultatie niet helemaal wordt afgevoerd. Hoe moet het in de toekomst worden geregeld? Meer forfaitair?

In het budget dat de huisarts van de ziekteverzekering krijgt, zou ruimte moeten zijn om teleconsultaties te doen. Ik hoop dat de artsenorganisaties met voorstellen komen waarop we kunnen voortbouwen. Ik wil daar echter niet te veel op vooruitlopen, maar het idee dat je zonder limiet elk telefonisch contact als een aparte prestatie moet vergoeden, leidt tot oncontroleerbaarheid en bij een kleine minderheid tot misbruik. De grote meerderheid van de huisartsen gaat hier heel ernstig mee om en overdrijft niet, maar is wel het slachtoffer van een kleine minderheid die het systeem misbruikt. Ik roep daarom iedereen op na te denken over een beter systeem. Ik voeg daar meteen aan toe dat wanneer een hervormd systeem van teleconsultaties een budgettaire inspanning vraagt van de ziekteverzekering er elders maatregelen nodig zijn om bij te sturen. Het geld gaat niet uit de hemel vallen. We gaan in elke sector zorgvuldig moeten kijken of de euro's wel doelmatig worden besteed. Dat wordt een hele opdracht die best in overleg wordt gedaan.

De maatregelen zullen in overleg met onder meer de artsen worden uitgewerkt?

Ik heb me de voorbije maanden enorm geënerveerd dat de vorige eerste minister, Alexander De Croo (Open Vld), de resultaten van het overleg niet in politieke besluiten wilde omzetten. Die achterstand zullen we nu inhalen, denk aan wat nodig is om het farmabudget in het goede spoor te houden. Ik

hoop snel naar de nieuwe federale regering te kunnen trekken met een samenhangend pakket van voorstellen om de begroting 2025 op het goede spoor te houden. We kijken best ook al vooruit naar 2026. Het is immers heel plausibel dat er ook dat jaar een risico bestaat op belangrijke overschrijdingen. Dat wil ik bespreken met de artsenorganisaties. **In het regeerakkoord staat dat er een nieuw overleg- en conventiesysteem moet komen. Hoe ziet u dat?**

In een aantal specialismen, maar ook bij kinesitherapeuten en tandartsen, stellen we vast dat een grote groep zich niet meer conventioneert. Hoe kunnen we ervoor zorgen dat het verschil tussen wat geconventioneerde zorgverstrekkers krijgen van de ziekteverzekering groot genoeg is in vergelijking met de niet-geconventioneerde zorgverstrekkers. Daarover wil ik in overleg gaan met de artsen en met andere zorgverstrekkers. In het regeerakkoord staat ook dat we tegen begin 2026 een plan van aanpak moeten hebben rond doelmatig gebruik van zorg en de strijd tegen overconsumptie. Dat gaat ook deels over handhaving. Het moet toelaten dat de grote meerderheid van de artsen die ernstig omgaat met deontologie dat in de toekomst kan blijven doen. **Passen ook de hervorming van de ziekenhuisfinanciering en de herijking van de honoraria in dit kader?**

Dat past daar zeker in. Het doel van de hervorming van de ziekenhuisfinanciering is ervoor zorgen dat het voortdurende of alvast potentiële conflict tussen beheerders en artsen binnen een ziekenhuis stopt. Ik ben voorstander van een zuivere nomenclatuur voor specialisten die in ziekenhuizen werken. We moeten af van het systeem van afdrachten om de onkosten voor hospitalisatie van patiënten te dekken. Het moet gedaan zijn met ziekenhuisbeheerders die moeten gaan bedelen bij artsen om kosten als de verpleegkundige omkadering en het gebruik van apparatuur te vergoeden. Voor de gehospitaliseerde patiënt moet het ziekenhuis over een correct budget beschikken. Het potentieel conflictmodel moet baan ruimen voor een samenwerkingsmodel.

Blijft de vraag hoe hoog het artsenhonorarium moet zijn.

De honoraria moeten in essentie gebaseerd zijn op de tijd die de arts aan de patiënt besteedt, de complexiteit van de zorgverlening en de verantwoordelijkheid die daarmee samenhangt. Tijd, complexiteit en verantwoordelijkheid zullen richtinggevend zijn met als doel voor alle artsen een correcte en eerlijke vergoeding te voorzien. Dat debat moeten we ten laatste in 2026 voeren. Momenteel lopen de voorbereidende onderzoeken naar onder meer de feite-

lijke kosten die de ziekenhuizen hebben. Voor de ambulante sector – en daar zitten ook de poliklinieken en dagziekenhuizen in – moeten we een eigen model ontwikkelen, met zowel een stuk zuivere vergoeding voor het professionele werk als een stuk praktijktoelage. De herijking van de honoraria gaat er eindelijk komen?

Ik ga niet vooruitlopen op de discussie, maar de huidige honoraria stammen uit een periode waarbij sommige specialisten zoals radiologen en nefrologen, veel investeringen moesten doen in uitrusting en apparatuur, terwijl dat voor psychiaters, pediaters en gerieters veel minder het geval was. De huidige verschillen zijn vaak terug te brengen tot een periode waar een honorarium geen zuiver honorarium was. Wat mij betreft moet de herijking van de honoraria tijdens deze legislatuur worden gerealiseerd en idealiter vanaf 1 januari 2028 geïmplementeerd.

‘Alle syndicaten, dus ook de BVA, gingen akkoord met het voorstel om de vergoeding voor teleconsultaties tijdelijk op nul te zetten’

Enkele decennia geleden was er sprake van een plethora, vandaag lijken we in de tegenovergestelde situatie te verkeren. Hoe staat u tegenover deze problematiek?

Ik ben bijzonder blij dat men zowel in Vlaanderen als in Franstalig België wil werken op basis van planning van het aanbod. Dat is belangrijk voor de faculteiten geneeskunde en tandheelkunde. Zij moeten weten hoeveel studenten er aankomen. Een andere vraag is uiteraard hoe hoog de quota moeten liggen. Het algemeen gevoel, zowel in Vlaanderen als Franstalig België, is dat de quota verder omhoog moeten. Dat staat ook zo in het regeerakkoord. We moeten de quota uiteraard blijven baseren op de noden. Daarbij kan je niet rond de vaststelling dat jonge artsen vandaag niet meer dezelfde workload op zich nemen als artsen dertig jaar geleden, laat staan vijftig jaar geleden. Jonge artsen voelen zich vandaag ook verantwoordelijk voor hun gezin en waken over de balans tussen persoonlijk en professioneel leven.

Filip Ceulemans

years

Betmiga[™]

miraβegron

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

Tot op heden zijn > 40 miljoen patiënten met OAB behandeld met BETMIGATM2

astellasUROLOGY

Behandel met vertrouwen - Real-world data toont verbeteringen in quality of life met het bekende consistente veiligheidsprofiel van BETMIGATM3

ABBREVIATED SUMMARY OF PRODUCT CHARACTERISTICS

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

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

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

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

1. Mild/Moderate: eGFR 30 to 89 mL/min/1.73 m²; Severe: eGFR 15 to 29 mL/min/1.73 m²; ESRD: eGFR < 15 mL/min/1.73 m².
No dose adjustment is necessary for patients with mild to moderate renal impairment. 2. Mild: Child-Pugh Class A; Moderate: Child-Pugh Class B; Severe: Child-Pugh Class C. * In patients with mild to moderate renal impairment or mild hepatic impairment concomitantly receiving strong CYP3A inhibitors, the recommended dose is no more than the starting dose. ** Not recommended for use in patients with severe renal impairment or moderate hepatic impairment concomitantly receiving strong CYP3A inhibitors. Gender No dose adjustment is necessary according to gender. Paediatric population Overactive bladder The safety and efficacy of mirabegron in children below 18 years of age with OAB have not yet been established. No data are available. Neurogenic detrusor overactivity The safety and efficacy of mirabegron in children below 3 years of age have not yet been established. Method of administration Overactive bladder in adults The tablet is to be taken with liquids, swallowed whole, and is not to be chewed, divided, or crushed. It may be taken with or without food. Neurogenic detrusor overactivity in the paediatric population The tablet is to be taken with liquids, swallowed whole, and is not to be chewed, divided, or crushed. It should be taken with food. 4.3 Contraindications Hypersensitivity to the active substance(s) or to any of the excipients listed in section 6.1. Severe uncontrolled hypertension defined as systolic blood pressure ≥ 180 mm Hg and/or diastolic blood pressure ≥ 110 mm Hg. 4.4 Special warnings and precautions for use Renal impairment Betmiga has not been studied in patients with ESRD (eGFR < 15 mL/min/1.73 m²) or patients requiring haemodialysis and, therefore, it is not recommended for use in this patient population. Data are limited in patients with severe renal impairment (eGFR 15 to 29 mL/min/1.73 m²); based on a pharmacokinetic study (see section 5.2) a dose of 25 mg once daily is recommended in this population. This medicinal product is not recommended for use in patients with severe renal impairment (eGFR 15 to 29 mL/min/1.73 m²) concomitantly receiving strong CYP3A inhibitors (see section 4.5). Hepatic impairment Betmiga has not been studied in patients with severe hepatic impairment (Child-Pugh Class C) and, therefore, it is not recommended for use in this patient population. This medicinal product is not recommended for use in patients with moderate hepatic impairment (Child-Pugh B) concomitantly receiving strong CYP3A inhibitors (see section 4.5). Hypertension Overactive bladder in adults Mirabegron can increase blood pressure. Blood pressure should be measured at baseline and periodically during treatment with mirabegron, especially in hypertensive patients. Data are limited in patients with stage 2 hypertension (systolic blood pressure ≥ 160 mm Hg or diastolic blood pressure ≥ 100 mm Hg). Neurogenic detrusor overactivity in the paediatric population Mirabegron can increase blood pressure in paediatric patients. Blood pressure increases may be larger in children (3 to less than 12 years of age) than in adolescents (12 to less than 18 years of age). Blood pressure should be measured at baseline and periodically during treatment with mirabegron. Patients with congenital or acquired QT prolongation Betmiga, at therapeutic doses, has not demonstrated clinically relevant QT prolongation in clinical studies (see section 5.1). However, since patients with a known history of QT prolongation or patients who are taking medical products known to prolong the QT interval were not included in these studies, the effects of mirabegron in these patients is unknown. Caution should be exercised when administering mirabegron in these patients. Patients with bladder outlet obstruction and patients taking antimuscarinics medicinal products for OAB Urinary retention in

patients with bladder outlet obstruction (BOO) and in patients taking antimuscarinic medicinal products for the treatment of OAB has been reported in post-marketing experience in patients taking mirabegron. A controlled clinical safety study in patients with BOO did not demonstrate increased urinary retention in patients treated with Betmiga; however, Betmiga should be administered with caution to patients with clinically significant BOO. Betmiga should also be administered with caution to patients taking antimuscarinic medicinal products for the treatment of OAB. 4.8 Undesirable effects Summary of the safety profile. The safety of Betmiga was evaluated in 8 433 adult patients with OAB, of which 5 648 received at least one dose of mirabegron in the phase 2/3 clinical program, and 622 patients received Betmiga for at least 1 year (365 days). In the three 12-week phase 3 double blind, placebo-controlled studies, 88% of the patients completed treatment with this medicinal product, and 4% of the patients discontinued due to adverse events. Most adverse reactions were mild to moderate in severity. The most common adverse reactions reported for adult patients treated with Betmiga 50 mg during the three 12-week phase 3 double blind, placebo-controlled studies are tachycardia and urinary tract infections. The frequency of tachycardia was 1.2% in patients receiving Betmiga 50 mg. Tachycardia led to discontinuation in 0.1% patients receiving Betmiga 50 mg. The frequency of urinary tract infections was 2.9% in patients receiving Betmiga 50 mg. Urinary tract infections led to discontinuation in none of the patients receiving Betmiga 50 mg. Serious adverse reactions included atrial fibrillation (0.2%). Adverse reactions observed during the 1-year (long term) active controlled (muscarinic antagonist) study were similar in type and severity to those observed in the three 12-week phase 3 double blind, placebo-controlled studies. Tabulated list of adverse reactions. The table below reflects the adverse reactions observed with mirabegron in adults with OAB in the three 12-week phase 3 double blind, placebo-controlled studies. The frequency of adverse reactions is defined as follows: very common (≥ 1/10); common (≥ 1/100 to < 1/10); uncommon (≥ 1/1 000 to < 1/100); rare (≥ 1/10 000 to < 1/1 000); very rare (< 1/10 000) and not known (cannot be established from the available data). Within each frequency grouping, adverse reactions are presented in order of decreasing seriousness.

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

*observed during post-marketing experience Paediatric population The safety of mirabegron tablets and oral suspension was evaluated in 86 paediatric patients aged 3 to less than 18 years with NDO in a 52-week, open-label, baseline-controlled, multicentre, dose titration study. The most commonly reported adverse reactions observed in the paediatric population were urinary tract infection, constipation, and nausea. In the paediatric patients with NDO, no severe adverse



Vijf jaar covid-19

In onze reeks over de start van de covid-19-pandemie vijf jaar geleden brengen we deze keer de visie van enkele figuren uit de frontlinie.

We legden een aantal betrokken artsen en wetenschappers vier vragen voor.



‘Structureel is er weinig geleerd’

COVID-19 Tania Desmet is spoedarts in het UZ Gent. Ze hield tijdens de covidperiode een dagboek bij dat gepubliceerd werd in *De Standaard*.

1. België heeft het tijdens de pandemie niet slecht gedaan. Er werd snel gereageerd, de economische ondersteuning was solide en de vaccinatiecampagne liep vlot. Dat hielp om de crisis onder controle te houden.

2. Jongeren kregen te weinig aandacht, wat zich nu uit in een stijging van mentale problemen zoals eetstoornissen. Ook op ziekenhuisniveau kon het beter. In de eerste fase werd te veel zorg stilgelegd, waardoor zorgverleners thuis zaten ter-

wijl ze elders nuttig ingezet konden worden. Ziekenhuizen moeten in de toekomst meer autonomie krijgen om sneller in te spelen op lokale noden. Daarnaast bemoeilijkte de versnippering van bevoegdheden de samenwerking, bijvoorbeeld bij de hulp aan woonzorgcentra. Die gebrekkige coördinatie mag zich niet herhalen.

3. Ik heb zelf maar één keer en eerder laat merkbaar covid-19 gehad, in 2022. Ik voelde me een paar dagen pips, maar daar

bleef het verder bij. Ik ben op elk vaccinatieaanbod ingegaan.

4. België lijkt niet klaar voor een nieuwe pandemie. Structureel is er weinig geleerd: investeringen in opleidingen om snel extra capaciteit te creëren blijven uit, en versnipperde bevoegdheden hinderen een efficiënte aanpak. Zo zijn er bijvoorbeeld nog geen standaardprocedures ontwikkeld voor zorgverleners in de eerste lijn die hen snel op weg kunnen helpen bij een nieuwe pandemie. Ik denk dan aan een gepast basispakket met materiaal en richtlijnen en een communicatiekanaal waarlangs ze alle info ontvangen uit eerste hand.

Ook infectiepreventie in woonzorgcentra en andere faciliteiten voor chronische zorg blijft onderbelicht. De covid-19-pandemie toonde pijnlijk aan hoe kwetsbaar deze instellingen zijn, maar een gestructureerd beleid en voldoende financiële ondersteuning ontbreken nog steeds.

Ook in vaccinontwikkeling moeten we streven naar meer autonomie met voldoende capaciteit voor preklinisch veiligheidsonderzoek binnen België en Europa. Ik weet dat mijn collega's binnen het UZ Gent en de UGent daarin een sleutelrol willen spelen. We moeten nu investeren in strategische capaciteit, anders lopen we opnieuw achter de feiten aan.



‘Een gewaarschuwde arts is er twee waard’

Dr. Myrjam Cramm is huisarts in een praktijk in de Korte Nieuwstraat in Antwerpen. Ze is de echtgenote van vaccinoloog prof. Pierre Van Damme.

1. Ik onthoud vooral het wekelijkse overleg met experts uit verschillende domeinen, de ondersteunende maatregelen (financieel) voor de verschillende sectoren, en in het bijzonder de nomenclatuur voor de vergoeding van teleconsulten. Ook het oprichten van vaccinatiecentra was een geslaagd initiatief. Het betekende niet enkel een hele ontlasting voor de zorgsector, maar heeft zeker bijgedragen tot de hoge vaccinatiegraad in ons land! De blijken van respect naar de zorgsector tenslotte waren hartverwarmend! Uit bezorgdheid om de gezondheid van hulpverleners zijn ook een aantal initiatieven gegroeid. Ik denk hierbij aan De ZorgSamen, een initiatief van Zorgnet-Icuro, gesubsidieerd door de Vlaamse overheid!

2. Een heikel punt tijdens de coronapandemie was de communicatie naar de bevolking en vooral de zorgverleners toe. Meermaals wisten onze patiënten via de media al dat er nieuwe maatregelen van kracht waren zonder dat wij hierover officieel ingelicht waren!

Soms werden er ook maatregelen genomen met verregaande gevolgen, denk maar aan het verbod om patiënten op IZ of in WZC te bezoeken, waardoor veel mensen in eenzaamheid stierven, en hun naasten met een levenslang trauma achterblijven. Ook het gebrek aan mondklappers en ander beschermend materiaal was een belangrijk minpunt tijdens de eerste weken van de pandemie.

3. Zelf heb ik voor een eerste maal covid gehad in april 2022. Het was het einde van de lockdown en mijn echtgenoot en ik waren naar de Matteüspassie in Flagey gaan luisteren, het eerste live concert na twee jaar. De zaal zat stampvol, en enkele dagen later werd ik ziek: griepig gevoel met spierpijnen en een vervelende hoest. De sneltest liet er geen twijfel over bestaan! Gelukkig was ik volledig gevaccineerd en vielen de symptomen al bij al nog mee. Je mocht in die periode niet gaan werken als je besmet was, dus ik had er enkele extra vrije dagen bij na het Paasweekend! Spijtig genoeg miste ik de uitgestelde nieuwjaarsreceptie van onze huisartsenkring die dat weekend doorging...

4. Kan je echt helemaal klaar zijn voor een volgende pandemie als je niet op voorhand weet met welke ziekteverwekker je te maken zal hebben? Er zijn zoveel onvoorspelbare factoren die meespelen!

Bovendien worden er momenteel nog steeds lessen getrokken uit de covidpandemie. Zo investeert Europa momenteel in projecten rond nieuwe antivirale middelen en vaccins om op die manier beter voorbereid te zijn en minder afhankelijk van andere continenten, wat volgens mij zeker positief is!

Misschien is het ook een optie om op geregelde tijdstippen een soort ‘brandoefening’ te houden om te kijken of we inderdaad klaar zijn voor een toekomstige pandemie, en dat zowel op nationaal als op Europees niveau. In de praktijk merken we wel dat patiënten de hygiënische maatregelen blijven volgen: mondklapper dragen als je ziek bent, handen ontsmetten, geen handen geven,...

Zelf zorgen we ervoor dat we voldoende beschermmateriaal in voorraad hebben (maskers, schorten, handgel,...). Een gewaarschuwde arts is er twee waard...

1. Wat was er goed aan de Belgische aanpak van de covid-19-pandemie?
2. Wat kon er beter? Wat was er niet goed?
3. Hebt u zelf covid-19 gehad? Hoe hebt u dat ervaren?
4. Denkt u dat België klaar is voor een nieuwe pandemie?



‘Nog veel scenario’s mogelijk’

COVID-19 Professor Johan Neyts is viroloog aan het Rega Instituut voor Medisch Onderzoek, en hoogleraar virologie aan de Faculteit Geneeskunde van KU Leuven.

1. Eén van de meest opmerkelijke verwezenlijkingen was volgens mij de zeer efficiënte uitrol van de vaccinatiecampagne. Daarbij was de federale overheid onder andere verantwoordelijk voor de overkoepelende coördinatie en het voorzien van de vaccins terwijl de regio's zorgden voor de uitvoering, zoals het opzetten van de vaccinatiecentra en het logistieke beheer. De campagne was briljant georganiseerd en liep als een tierelier. Mede daardoor, en de prima communicatie daarover vanuit de verschillende overheden, was de vaccinatiegraad, zeker in Vlaanderen zeer hoog.

2. We moeten ervoor zorgen dat we in het eerste jaar van een volgende pandemie, en zeker vooraleer er vaccins zijn, de meest kwetsbare mensen beter beschermen. Ook de zorgkundigen, artsen en verpleegkundigen moeten we een betere bescherming kunnen bieden. Dat alles geldt uiteraard niet alleen voor België. Het is overigens ook geen zekerheid dat we volgende keer even snel werkzame vaccins zullen kunnen ontwikkelen. Denk maar aan hiv, HCV, HSV-2, CMV, allemaal virussen waartegen er na jarenlang onderzoek nog steeds geen vaccins bestaan. Daarom moeten we tegen iedere virusfamilie

waaruit problematische virussen kunnen ontstaan, krachtige oraal beschikbare virusremmers ontwikkelen. Dat is absoluut mogelijk. Pfizer ontwikkelde tijdens de pandemie bijvoorbeeld Paxlovid, een middel dat niet alleen werkt tegen SARS-CoV-2 maar ook tegen een brede waaier van andere coronavirussen. Studies in (nog niet gevaccineerde) hoogrisicopatiënten toonden aan dat de kans op ziekenhuisopname en overlijden door covid-19 met meer dan 90% werd gereduceerd als therapie werd opgestart binnen de eerste vijf dagen na de eerste symptomen. Stel je voor dat men tijdens het eerste jaar van de pandemie in onze woonzorgcentra over zo'n medicijn kon beschikken...

3. In juni 2021 en in juli 2023 heb ik covid-19 gehad maar het beperkte zich tot een verkoudheidsachtig beeld. Het

heeft me telkens een paar pakjes papieren zakdoekjes gekost. Ik ben vooral blij dat ik de infectie niet heb opgelopen in het eerste jaar van de pandemie zonder beschermd te zijn, door vaccinatie, tegen een eventueel ernstig ziektebeeld.

4. We hebben heel veel geleerd van de voorbije pandemie. Dat zal volgende keer zeker van pas komen; denk dan bijvoorbeeld weer aan het opzetten van de vaccinatiecampagne. Maar met een nieuw virus kan een en ander ook helemaal anders verlopen. Bij de Spaanse griep in 1918 bijvoorbeeld was de mortaliteit het hoogste bij de 20- tot 40-jarigen; niet bij de ouderen. Of stel je een mazelenachtig ding voor dat vooral gevaarlijk is voor kinderen. We moeten met veel scenario's rekening houden en vooral niet denken dat het volgende keer een copy-paste zal zijn van 2020-2021.



‘De samenleving werd gepolariseerd’

Professor Lieven Annemans is gezondheidseconoom aan de UGent. Hij was een tijd lid van het adviesorgaan Celeval tijdens de coronapandemie.

1. De tomeloze inzet van veel zorgverleners, en de spontane samenwerkingen die ontstonden, soms tegen de 'regeltjes' in. De inspanningen om de ziekenhuiscapaciteit te organiseren. De oprichting van relancecomités door de Vlaamse regering en het plan Vlaamse Veerkracht.

2. De eerste lockdown was begrijpelijk. Maar de nadien aanhoudende angstboodschappen en soms dwaze

(dwang-)maatregelen leverden veelal meer schade (angst, depressie, armoede, eenzaamheid, geweld,...) dan baten op. Huisartsen stonden buitenspel en kregen weinig of geen kans om hun patiënten therapeutisch (meteen na de eerste symptomen) en emotioneel bij te staan en verder leed te vermijden.

Sommige ziekenhuizen presteerden beter in de aanpak van ernstige covid-19,

maar succesvolle protocollen werden onvoldoende uitgewisseld. De keuze voor massavaccinatie was fout. Men claimde dat de inenting veilig en doeltreffend waren, quod non. Men 'vergat' daarbij ook het onderscheid tussen doeltreffendheid tegen ernstige covid en de veel lagere doeltreffendheid tegen besmetting. Dit werkte ook varianten in de hand. Het Covid Safe Ticket was een miskleun. Men had het voorzorgsprincipe moeten hanteren en de experimentele inenting beperken tot risicopopulaties. Het inenten van kinderen en jongeren was een triest historisch dieptepunt.

3. Ja, tweemaal. De eerste keer gaf lichte keelpijn; de tweede keer bleek een stevige verkoudheid. Zo verging het de meesten die over een goede natuurlijke immuniteit beschikken.

4. Ja, op technisch en logistiek gebied beter dan voordien. Op humaan gebied nog niet. De ethische principes van maatschappelijke gezondheid werden genegeerd en de samenleving werd gepolariseerd. Welke garantie hebben we dat dit niet opnieuw zal gebeuren? Er zijn ook veel meer investeringen in gezondheidsbevordering nodig.

De opleidingen kunnen niet langer om AI heen. Dus: of je zegt dat studenten het niet mogen gebruiken, zoals hier in Maastricht, of je leert hun hoe ze het verantwoord kunnen inzetten. Dat laatste is op den duur onvermijdelijk. Het kan toch niet zo zijn dat we straks in het ziekenhuis werken, maar nooit een AI-tool hebben gebruikt.

Bram Ooijen, derdejaars student geneeskunde, in *Arts in Spe*.

De feministische golf die daarop ontstond, streed volop voor gelijkheid. Maar 'gelijk' betekende decennialang 'manne-lijk', want dát was de norm. Dat er wel degelijk biologische verschillen tussen mannen en vrouwen bestaan, werd bewust genegeerd, net om het hokje van 'het zwakke geslacht' te omzeilen. Gevolg? Toen ik in 2022 aan mijn boek begon, wist ik zelf bijzonder weinig over de menopauze. Ik kwam niet verder dan opvliegers en 'geen maandstonden meer'.

Liesbeth Gijssels, auteur van *F*ck de menopauze*, in *De Morgen*.

Supplementen nemen is voor de gemiddelde Belg niet nodig en heeft weinig nut. Er zijn betere alternatieven: je armen en benen 15 minuten per dag blootstellen aan de zon of meer margarine en vette vis, zoals zalm en haring, eten.

Dirk Devroey, professor huisarts-geneeskunde aan de VUB, in *Gazet van Antwerpen*.

Psychisch voel ik de gevolgen van mijn auto-immuunaandoening nog steeds. Ik ervaar geluk minder intens en negatieve zaken raken me makkelijker. Mensen denken vaak dat zo'n ziekte opgelost raakt met een pilletje, maar ze heeft wel degelijk ook gevolgen voor je psychisch welzijn. Niet iedereen heeft daar begrip voor.

Kelly Baus, patiënt die lijdt aan de ziekte van Graves, in *De Morgen*.

Artsen worstelen met de vraag hoe zij de actuele wilsbekwaamheid moeten beoordelen bij iemand die langzaam grip op de werkelijkheid verliest. Naast vragen zich af of het euthanasieverzoek écht aansluit bij de wens die hun dierbare had voordat dementie zich verregaand ontwikkelde.

Wieke Paulusma, Tweede Kamerlid voor D66, in *Algemeen Dagblad*.

Het is niet omdat de bedrijfsarts door een werkgever wordt betaald dat die meer beslissingen in het voordeel van die werkgever zou nemen. Een arts is en blijft altijd onafhankelijk.

Professor arbeidsgeneeskunde **Lode Godderis** in *Gazet van Antwerpen*.



Chiesi

INHALE. EXHALE. NEXTHALE.

Het triple feedbackmechanisme is uniek aan **Trimbow® NE*Thaler®**, de enige vaste triple therapie met extrafijne* formulering voor uw COPD-patiënten.¹

*MMAD (Mass Median Aerodynamic Diameter) < 2 µm³ • 1804/TCP/Trim/BE/01-2025 – FEB 2025

1. Trimbow® 88/5/9 µg inhalatiepoeder, SmPC 2022 2. Voshaar et al. Journal of Aerosol Medicine and Pulmonary Drug Delivery 2014; 27(5):363-370 3. GOLD report 2025

NAAM VAN HET GENEESMIDDEL:

Trimbow 88 microgram/5 microgram/
9 microgram inhalatiepoeder.

KWALITATIEVE EN KWANTITATIEVE SAMENSTELLING:

Elke afgegeven dosis (de dosis die uit het mondstuk komt) bevat 88 microgram beclometasondipropionaat, 5 microgram formoterolfumaraatdihydraat en 9 microgram glycopyrronium (als 11 microgram glycopyrroniumbromide). Elke afgepaste dosis bevat 100 microgram beclometasondipropionaat, 6 microgram formoterolfumaraatdihydraat en 10 microgram glycopyrronium (als 12,5 microgram glycopyrroniumbromide).

Hulpstof met bekend effect: Elke inhalatie bevat 9,9 mg lactosemonohydraat. Voor de volledige lijst van hulpstoffen, zie rubriek 6.1 van de SKP.

FARMACEUTISCHE VORM:

Inhalatiepoeder. Wit of bijna wit poeder in een witte inhalator (NEXThaler).

THERAPEUTISCHE INDICATIES:

Onderhoudsbehandeling bij volwassen patiënten met matige tot ernstige chronische obstructieve longziekte (COPD) die niet voldoende kunnen worden behandeld met een combinatie van een inhalatiecorticosteroïde en een langwerkende bèta 2 agonist of een combinatie van een langwerkende bèta 2 agonist en een langwerkende muscarineantagonist (voor effecten op het onder controle krijgen van de symptomen en het voorkomen van exacerbaties, zie rubriek 5.1 van de SKP).

DOSERING EN WIJZE VAN TOEDIENING:

Dosering: De aanbevolen dosering is twee inhalaties tweemaal daags. De maximumdosering is twee inhalaties tweemaal daags.

Bijzondere populaties: Ouderen: De dosering hoeft niet te worden aangepast bij oudere patiënten (65 jaar en ouder). Nierfunctiestoornis: Trimbow kan worden gebruikt bij de aanbevolen dosering bij patiënten met een lichte (glomerulaire filtratiesnelheid [GFR] ≥50 tot <80 ml/min/1,73 m²) tot matige (GFR ≥30 tot <50 ml/min/1,73 m²) nierfunctiestoornis. Gebruik bij patiënten met een ernstige nierfunctiestoornis (GFR <30 ml/min/1,73 m²) of nierfalen (GFR <15 ml/min/1,73 m²) dat dialyse vereist, met name indien dit gepaard gaat met een significante daling van het lichaamsgewicht, mag alleen worden overwogen indien het verwachte voordeel opweegt tegen het mogelijke risico (zie rubriek 4.4 en 5.2 van

de SKP). Leverfunctiestoornis: Er zijn geen relevante gegevens over het gebruik van Trimbow bij patiënten met een ernstige leverfunctiestoornis (geclassificeerd als Child-Pugh-klasse C); het geneesmiddel moet met voorzichtigheid worden gebruikt bij deze patiënten (zie rubriek 4.4 en 5.2 van de SKP).

Pediatrische patiënten: Er is geen relevante toepassing van Trimbow bij kinderen (jonger dan 18 jaar) voor de indicatie van chronische obstructieve longziekte (COPD).

Wijze van toediening: Voor inhalatie. De inhalator is een ademgestuurde inhalator. Om er zeker van te zijn dat het geneesmiddel op de juiste wijze wordt toegediend, dient een arts of andere beroepsbeoefenaar in de gezondheidszorg de patiënt het correcte gebruik van de inhalator te tonen en regelmatig te controleren dat de inhalatietechniek van de patiënt adequaat is (zie "Gebruiksaanwijzing" hieronder). De patiënt dient te worden geadviseerd om de patiëntenbijsluiters zorgvuldig te lezen en zich te houden aan de gebruiksaanwijzingen zoals die in de bijsluiters staan. De patiënt moet na elke inhalatie de mond spoelen of gorgelen met water zonder het in te slikken of deze moet de tanden poetsen (zie rubriek 4.4 van de SKP). Gebruiksaanwijzing: zie rubriek 4.2 van de SKP.

CONTRA-INDICATIES:

Overgevoeligheid voor de werkzame stoffen of voor een van de in rubriek 6.1 van de SKP vermelde hulpstoffen.

BIJWERKINGEN:

Samenvatting van het veiligheidsprofiel: De meest frequent gemelde bijwerkingen bij patiënten met COPD of astma met Trimbow aerosol zijn respectievelijk dysfonie (0,3% en 1,5%) en orale candidiasis (0,8% en 0,3%), die doorgaans in verband worden gebracht met inhalatiecorticosteroïden; spierspasmen (0,4% en 0,2%), die kunnen worden toegeschreven aan de langwerkende bèta 2 agonist en een droge mond (0,4% en 0,5%), dat een typisch anticholinerg effect is. Zo ook werd droge mond gemeld bij 2 patiënten (0,6%) met Trimbow inhalatiepoeder. Bij astmatische patiënten bestaat de neiging tot clustervorming van de bijwerkingen tijdens de eerste 3 maanden na het instellen van de behandeling en komen de bijwerkingen minder vaak voor bij langduriger gebruik (na een behandeling van 6 maanden).

Lijst van bijwerkingen: Bijwerkingen die in verband worden gebracht met beclometasondipropionaat/formoterol/glycopyrronium die optraden tijdens klinische onderzoeken en ervaring na het in de handel brengen, alsmede bijwerkingen die worden vermeld voor de in de handel verkrijgbare afzonderlijke componenten, worden hieronder vermeld, onderverdeeld naar systeem/

Scan en lees

• Elektronische facturatie: RIZIV publiceert FAQ

Vanaf 1 september 2025 moeten artsen elektronisch factureren, ongeacht hun conventioneringsstatus. Het RIZIV heeft een FAQ opgesteld die deze procedure verduidelijkt.

• Colette Raymakers krijgt LEIF-time Achievement Award 2025

Maandag 24 februari werd in Gooik de LEIFtime Achievement Award 2025 uitgereikt aan Colette Raymakers. Zij is een pionier van de palliatieve zorg die al meer dan dertig jaar geleden een van de eerste was om een palliatieve thuis-equipe op te richten.

• Gewijzigd wetsvoorstel euthanasie schept meer rechtszekerheid

Kamerlid Irina De Knop (Open VLD) diende negen amendementen in bij haar wetsvoorstel tot wijziging van de euthanasiewet. Een van deze amendementen schept meer rechtszekerheid voor een arts die euthanasie toepast op basis van een wilsverklaring.

• Minstens 344 zorgtrajecten eetstoornissen opgestart

Iets meer dan een jaar geleden werd het zorgtraject eetstoornissen voor patiënten jonger dan 23 jaar opgestart. Uit nog onvolledige gegevens van het RIZIV blijkt dat voor minstens 344 patiënten een zorgtraject werd opgestart.

• Vandenbroucke: 'Dit jaar kwaliteitskader voor artsenopleiding'

Intimidatie, vernedering en grensoverschrijdend gedrag zijn volgens een reportage op RTBf schering en inslag tijdens de artsenopleiding. "Dit jaar komen er adviezen over stages van artsen in opleiding", zegt Frank Vandenbroucke (Vooruit).

• Pharma.be vraagt krachtig signaal van regering

Pharma.be, de koepel van de innovatieve geneesmiddelen vraagt de regering De Wever de fiscale en andere maatregelen die de biofarmaceutische innovatie in ons land ondersteunen minstens te behouden.

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



Trimbow® 88/5/9 µg inhalatiepoeder

VERPAKKING	PUBLIEKSPRIJS	PATIËNT ACTIEF	PATIËNT WIGW
Single pack (120 dosissen)	€ 63,99	€ 12,50	€ 8,30
Tripack (3 x 120 dosissen)	€ 165,44	€ 12,50	€ 8,30



Trimbow®
NE*Thaler®

Met Trimbow® NE*Thaler® horen, proeven en zien patiënten elke volledige dosisafgifte.^{1,2}
Elke dag opnieuw.

Scan de QR-code voor een staal en meer informatie.

orgaanklasse en frequentie De frequenties worden als volgt gedefinieerd: zeer vaak ($\geq 1/10$); vaak ($\geq 1/100$, $< 1/10$); soms ($\geq 1/1.000$, $< 1/100$); zelden ($\geq 1/10.000$, $< 1/1.000$); zeer zelden ($< 1/10.000$) en niet bekend (kan met de beschikbare gegevens niet worden bepaald). **Infecties en parasitaire aandoeningen:** Vaak: Pneumonie (bij COPD patiënten), faryngitis, orale candidiasis, urineweginfectie¹, nasofaryngitis¹. Soms: Griep¹, orale schimmelinfectie, orofaryngeale candidiasis, slokdarmcandidiasis, (oro)faryngitis door schimmels, sinusitis¹, rinitis¹, gastro enteritis¹, vulvovaginale candidiasis¹. Zelden: Infectie van onderste luchtwegen (door schimmels). **Bloed en lymfestelselaandoeningen:** Soms: Granulocytopenie¹. Zeer zelden: Trombocytopenie¹. **Immuunsysteemaandoeningen:** Soms: Dermatitis allergisch¹. Zelden: Overgevoeligheidsreacties, waaronder erytheem, oedeem van lippen, gezicht, ogen, en farynx. **Endocriene aandoeningen:** Zeer zelden: Bijniersuppressie¹. **Voedings en stofwisselingsstoornissen:** Soms: Hypokaliëmie, hyperglykemie. Zelden: Verminderde eetlust. **Psychische stoornissen:** Soms: Rusteloosheid¹. Frequentie niet bekend: Psychomotorische hyperactiviteit¹, slaapstoornissen¹, angst¹, depressie¹, agressie¹, gedragsveranderingen (voornamelijk bij kinderen)¹. Zelden: Insomnia. **Zenuwstelselaandoeningen:** Vaak: Hoofdpijn. Soms: Tremor, duizeligheid, dysgeusie¹, hypo esthesie¹. Zelden: Hypersomnie. **Oogaandoeningen:** Frequentie niet bekend: Gezichtsvermogen wazig¹ (zie ook rubriek 4.4 van de SKP). Zeer zelden: Glaucoom¹, cataract¹. **Evenwichtsorgaan en ooraandoeningen:** Soms: Otosalpingitis¹. **Hartaandoeningen:** Soms: Atriumfibrillatie, elektrocardiogram QT verlengd, tachycardie, tachyarritmie¹, hartkloppingen. Zelden: Angina pectoris (stabiel¹ en onstabiel¹), extrasystolen (ventriculair¹ en supraventriculair¹), nodaal ritme, sinusbradycardie. **Bloedvataandoeningen:** Soms: Hyperemie¹, overmatig blozen¹, hypertensie. Zelden: Extravasatie. **Ademhalingsstelsel, borstkas en mediastinumaandoeningen:** Vaak: Dysfonie. Soms: Astmatische crisis¹, hoesten, productieve hoest¹, keelirritatie, bloedneus¹, faryngeaal erytheem. Zelden: Paradoxaal bronchospasme¹, exacerbatie van astma, orofaryngeale pijn, farynxontsteking, droge keel. Zeer zelden: Dyspneu¹. **Maagdarmsstelselaandoeningen:** Soms: Diarree¹, droge mond, dysfagie¹, nausea, dyspepsie¹, branderig gevoel van de lippen¹, tandcariës¹, (afteuze) stomatitis. **Huid en onderhuidaandoeningen:** Soms: Rash¹, urticaria, pruritus, hyperhidrose¹. Zelden: Angio oedeem¹. **Skeletspierstelsel en bindweefselstoornissen:** Soms: Spierspasmen, myalgie, pijn in extremiteit¹, skeletspierstelsel borstpijn¹. Zeer zelden: Groeivertraging¹. **Nier en urinewegaandoeningen:** Zelden: Dysurie, urineretentie, nefritis¹. **Algemene aandoeningen en toedieningsplaatsstoornissen:** Soms: Vermoeidheid¹. Zelden: Asthenie. Zeer zelden: Oedeem perifeer¹. **Onderzoeken:** Soms: C reactief proteïne verhoogd¹, bloedplaatjestelling verhoogd¹, vrije vetzuren verhoogd¹, bloedinsuline verhoogd¹, bloedketonlichaam

verhoogd¹, cortisol verlaagd¹. Zelden: Bloeddruk verhoogd¹, bloeddruk verlaagd¹. Zeer zelden: Botdichtheid verlaagd¹. ¹Bijwerkingen gemeld in de SPC van ten minste een van de afzonderlijke componenten, maar niet waargenomen als bijwerkingen in de klinische ontwikkeling van Trimbow. Van de waargenomen bijwerkingen treden de volgende doorgaans op bij: *Beclometasondipropionaat*: Pneumonie, orale schimmelinfecties, infectie van de onderste luchtwegen door schimmels, dysfonie, keelirritatie, hyperglykemie, psychische stoornissen, cortisol verlaagd, wazig zien. *Formoterol*: Hypokaliëmie, hyperglykemie, tremor, hartkloppingen, spierspasmen, elektrocardiogram QT verlengd, bloeddruk verhoogd, bloeddruk verlaagd, atriumfibrillatie, tachycardie, tachyarritmie, angina pectoris (stabiel en instabiel), ventriculaire extrasystolen, nodaal ritme. *Glycopyrronium*: Glaucoom, atriumfibrillatie, tachycardie, hartkloppingen, een droge mond, tandcariës, dysurie, urineretentie, urineweginfectie.

Melding van vermoedelijke bijwerkingen: Het is belangrijk om na toelating van het geneesmiddel vermoedelijke bijwerkingen te melden. Op deze wijze kan de verhouding tussen voordelen en risico's van het geneesmiddel voortdurend worden gevolgd.

Beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg wordt verzocht alle vermoedelijke bijwerkingen te melden via het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten, Afdeling Vigilantie, Galileelaan 5/03, 1210 BRUSSEL.

Website: www.eenbijwerkingmelden.be
e-mail: adr@fagg.be

HOUDER VAN DE VERGUNNING VOOR HET IN DE HANDEL BRENGEN:

Chiesi Farmaceutici S.p.A., Via Palermo 26/A, 43122 Parma, Italië.

NUMMER(S) VAN DE VERGUNNING VOOR HET IN DE HANDEL BRENGEN:

EU/1/17/1208/010 - EU/1/17/1208/011 - EU/1/17/1208/012.

AFLEVERINGSWIJZE:

Op medisch voorschrift.

DATUM VAN HERZIENING VAN DE TEKST:

24/03/2022.
Gedetailleerde informatie over dit geneesmiddel is beschikbaar op de website van het Europees Geneesmiddelenbureau www.ema.europa.eu.

‘De infrastructuur van kritieke medicatie is net zo belangrijk als die van defensie’

GENEESMIDDELEN Steeds meer Europese landen rapporteren een tekort aan geneesmiddelen. De afgelopen jaren is de Europese medicijnvoorziening steeds afhankelijker geworden van landen buiten Europa, zoals China en India. Om deze afhankelijkheid te verminderen, bereidt de Europese Commissie verschillende maatregelen voor onder de Critical Medicines Act, onder leiding van Eurocommissaris voor Gezondheid en Dierenwelzijn Olivér Várhelyi.

De coronapandemie heeft een groeiend probleem in Europa aan het licht gebracht: een tekort aan kritieke medicijnen en medische apparatuur. Tijdens deze gezondheidscrisis meldden verschillende lidstaten medicijntekorten, wat volgens deskundigen aantoonde dat onze aanvoerketen van kritieke medicatie en ingrediënten te uitgerekt en niet divers genoeg was. De afgenomen wereldwijde medicijnproductie, logistieke problemen en het hamsteren van voorraden door landen als reactie op de crisis, hebben de situatie in de Europese Unie verergerd.

“Covid veroorzaakte een crisis die we in Europa nog nooit eerder hadden

meegemaakt”, zegt Eurocommissaris Várhelyi aan *Artsenkrant*. “Deze crisis heeft aangetoond hoe onze toeleveringsketen van medicatie onderhevig is aan de grillen van de mondiale politiek. In de afgelopen 20 jaar is de productie van geneesmiddelen, en dan met name goedkopere generische varianten, verschoven naar landen ver buiten Europa. Hierdoor is de EU sterk afhankelijk geworden van verre leveranciers buiten de Unie, zowel voor de productie als de ingrediënten die daarvoor worden gebruikt.”

Inspanningen om de Europese afhankelijkheid in kaart te brengen begonnen in 2023. Toen publiceerde het Europees Geneesmiddelenbureau een lijst met meer dan 200 essentiële ingrediënten en medicamenten, inclusief hun herkomst. Várhelyi benadrukt dat het voor de Europese Commissie duidelijk werd dat er dringend werk gemaakt moest worden van een eigen infrastructuur voor kritieke medicatie. “De infrastructuur van kritieke medicatie is in mijn ogen net zo belangrijk als die van transport of defensie. Medicatie moet altijd beschikbaar zijn voor Europeanen, dus we moeten onze

aanvoerketen diversifiëren en verkorten. We mogen niet afhankelijk blijven van een kleine groep landen buiten Europa”, aldus de Eurocommissaris.

‘Met de Critical Medicines Act willen we een raamwerk opzetten waarmee we snel kunnen inspelen op mogelijke tekorten op de Europese markt’

Solidariteitsmechanisme

Als onderdeel van het Europese plan om de afhankelijkheid te verminderen, werd in 2023 de Kritieke Geneesmiddelenalliantie opgericht. Dit initiatief introduceerde een solidariteitsmechanisme om de uitwisseling van medicatie tussen EU-lidstaten te vergemakkelijken. Dat bleek al in hetzelfde jaar waardevol: toen ons land kampte met een tekort aan trombolytica, leverde Frankrijk een deel van zijn overschot.

Een ander belangrijk initiatief dat in 2024 het levenslicht zag was de Critical Medicines Act (CMA), met als doel het verenigen van de verschillende Europese markten. “De CMA zal voortbouwen op het werk van de eerder gepresenteerde Kritieke Geneesmiddelenalliantie”, legt Várhelyi uit. “Een belangrijk doel van de CMA is het creëren van grotere markten door de gezamenlijke inkoop tussen geïnteresseerde lidstaten verder te stimuleren. Met de CMA willen we een raamwerk opzetten waarmee we snel kunnen inspelen op mogelijke tekorten op de Europese markt.” Het initiatief zal in maart dit jaar aan de Europese Commissie worden gepresenteerd door Várhelyi.

Aantrekkelijk ondernemerslandschap

Een ander belangrijk element voor het verbeteren van de beschikbaarheid van medicatie, is het creëren van een aantrekkelijk ondernemers- en vestigingsklimaat voor fabrikanten, aldus de Eurocommissaris. “We willen de farmaceutische industrie op lange termijn een gedetailleerd en voorspelbaar inzicht in de Europese markt bieden, zodat bedrijven bereid zijn om investeringen te doen. Op deze manier hopen we fabrikanten te overtuigen om een deel van hun productie dicht bij, of zelfs in Europa te vestigen. Dit zou zorgen voor een betrouwbare en korte productieketen en een veilige levering van geneesmiddelen garanderen”, aldus Várhelyi.

Critici stellen echter dat Europa lange tijd heeft geprofiteerd van de relatief lage lonen en minder strenge milieunormen in landen zoals China en India, wat zich weerspiegelt in de prijzen van geneesmiddelen. Volgens Várhelyi hoeft een productie dicht bij Europa echter niet per se te leiden tot hogere prijzen. “Lange toeleveringsketens en de afhankelijkheid van slechts enkele leveranciers doen dat wél, zeker in crisistijden zoals tijdens covid-19. Productie in of nabij Europa zorgt juist voor stabielere en betrouwbare leveringen. Als de kostenfactoren voor producenten voorspelbaar en betrouwbaar zijn, stimuleren we ze om zich te vestigen in de EU of in Europese landen die kandidaat-lidstaten zijn, zoals die in de Westelijke Balkan. Deze landen maken al deel uit van onze waardeketens, passen de EU-regels op het gebied van veiligheid en effectiviteit toe of zullen dat snel doen, en hebben de mogelijkheid om zich al vóór hun EU-lidmaatschap aan te sluiten bij de interne markt door middel van geleidelijke integratie”, besluit de Eurocommissaris.

Floris Cup



Eurocommissaris
Olivér Várhelyi

‘Worden we beter van de toenemende farma-uitgaven?’

SYMPOSIUM Met die vraag opende prof. dr. Stan Politis, voorzitter van het Verbond van Belgische beroepsverenigingen van Artsen-Specialisten (VBS), het symposium in de Koninklijke Bibliotheek te Brussel. Verschillende artsen-specialisten en vertegenwoordigers uit de Belgische medische wereld lieten tijdens het symposium hun licht schijnen op de vraag welke factoren de drijvende krachten zijn achter de stijgende uitgaven en op welke manier ze kunnen worden beteugeld.

Psychiater dr. Manuel Morrens trapt af met de constatering dat binnen de psychiatrie de farma-uitgaven sinds 2000 flink zijn toegenomen. “Het stigma rond psychiatrie is de afgelopen jaren enorm veranderd. De drempel om met mentale problemen naar een arts te stappen ligt tegenwoordig lager dan tientallen jaren geleden. Dit zien we terug in de cijfers: het aantal patiënten met een psychiatrische diagnose neemt toe.”

En een toename van het aantal patiënten betekent ook een stijging van de farma-uitgaven, zegt Morrens. “Daarnaast neemt het gebruik van nieuwe, vaak duurdere medicijnen toe. Meta-analyses tonen echter aan dat eerste- en tweedegeneratiegeneesmiddelen net zo effectief zijn, maar aanzienlijk goedkoper. Toch worden de nieuwere medicijnen vaker voorgeschreven, deels onder invloed van farmaceutische vertegenwoordigers, maar ook door de verwachtingen van patiënten zelf.”

Morrens: “Patiënten verwachten een snelle oplossing. Een psycholoog of psychiater bezoeken en de levensstijl aanpassen vergt meer inspanning dan

simpelweg een pilletje slikken.” Volgens de psychiater leiden deze ontwikkelingen tot stijgende farma-uitgaven, terwijl er verschillende mogelijkheden zijn om dezelfde kwalitatieve zorg te bieden aan een lagere prijs. “Non-farmacologische oplossingen, zoals een lichtbril (een bril met gekleurde glazen, red.) of sporten, staan nog altijd op de achtergrond, terwijl ze een waardevolle rol kunnen spelen binnen het behandelplan.”

‘Farma-uitgaven zijn een middel tot een doel: mensen genezen en gezond houden’

– dr. Patricia Van Dijck, Politiek en Medisch Directeur van Pharma.be

Vroegtijdige screening

Zowel kinderpsychiater dr. Laurent Servais als gynaecoloog dr. Patrick Neven benadrukken op hun beurt het belang van vroegtijdige screening van patiënten, wat op termijn farma-uitgaven scheelt. Volgens Neven is de overlevingskans bij kanker de laatste twintig jaar gestegen, onder andere door in te

zetten op primaire (bijvoorbeeld HPV-vaccinatie) en secundaire preventie (screening).

De specialisten zien een combinatie van eerste-, tweede- of derdegeneratiemedicatie, non-farmacologische oplossingen en preventie als reële opties binnen het werkveld.

Keuzes maken

Volgens Pedro Facon, adjunct-administrateur-generaal van het RIZIV, draaien farma-uitgaven in essentie om het maken van keuzes. “Elke euro kan maar één keer worden uitgegeven. Wat de staat extra uitgeeft aan gezondheidszorg, waaronder geneesmiddelen, kan niet geïnvesteerd worden in bijvoorbeeld onderwijs of defensie. Ook wij zien een switch naar de nieuwe en duurdere geneesmiddelen, zoals dr. Morrens in zijn betoog aanhaalde, waar we serieus onze vragen bij stellen.”

Facon pleit daarom voor een grondige evaluatie van geneesmiddelen. “We moeten niet alleen vooruitkijken, maar ook durven terugblikken. Zijn de middelen waar al een tegemoetkoming voor is nog steeds de beste keuzes? Maar daar wringt meteen de schoen: het her-

zien van de voorwaarden voor tegemoetkoming is een complex proces. Dat moeten we ons realiseren”, aldus Facon. “We hangen massaal aan de geneesmiddelen in ons land en ik voorspel dat de farma-uitgaven de komende jaren nog verder zullen stijgen.”

Investering

Dr. Patricia Van Dijck, Politiek en Medisch Directeur van Pharma.be, bekijkt de farma-uitgaven vanuit een ander perspectief. Volgens haar zijn deze kosten niet alleen een uitgave, maar ook een investering. “De afgelopen twintig jaar is de mortaliteit verminderd. Hepatitis is tegenwoordig te genezen en hiv is geen doodvonnis meer, dankzij innovatieve geneesmiddelen. Dit heeft niet alleen levens gered, maar ook miljarden euro’s bespaard.”

Van Dijck: “Maar willen we voorkomen dat de uitgaven de pan uit rijzen, dan moeten we blijven evalueren, op elk niveau. Wat is de meerwaarde van het product en hoe staat de meerprijs in verhouding met alternatieve middelen? Farma-uitgaven zijn een middel tot een doel: mensen genezen en gezond houden.”

Floris Cup

Geneeskunde heeft grote ecologische voetafdruk

ECOLOGIE Dat we getuige zijn van een klimaatopwarming met vaak dramatische gevolgen wordt vandaag door geen zinnig mens meer ontkend. De geneeskunde draagt daar met een relatief grote ecologische voetafdruk toe bij. Een symposium van de Mechelse Dodoenskring schetste de problemen, maar reikte ook oplossingen aan.



Vandaag moet medisch afval in grote gele containers worden vervoerd. Die zijn vaak slechts voor 20% gevuld, wat betekent dat er vooral lucht wordt vervoerd.

In aanloop naar het symposium berekende Laurens Dobbels, neuroloog verbonden aan het Imeldaziekenhuis in Bonheiden en initiatiefnemer van het symposium, de eigen ecologische voetafdruk. En die viel zwaarder uit dan gedacht. “Hoewel ik toch wel ecologisch leef en bijvoorbeeld steeds met de fiets naar het werk ga, stoot ik jaarlijks het equivalent van 3,6 ton CO₂ uit, goed voor 2,7 globale hectares, wat minder is dan het Belgische gemiddelde (7,6), maar meer dan wat er mondiaal ter beschikking staat per persoon (1,7). Met 5% van de totale koolstofvoetafdruk, waarvan een derde wordt gegenereerd in en rond het ziekenhuis, is de impact van geneeskunde niet te verwaarlozen”, zegt Laurens Dobbels.

“2024 was het warmste jaar ooit gemeten, waarbij voor het eerst de iconische kaap van 1,5 graden Celsius opwarming werd doorbroken”, stelt Guy Schols, anesthesist in het Imeldaziekenhuis. “De aarde is leefbaar omdat er zoveel water is. Het werkt als een soort airco die wereldwijd de temperatuur regelt. Wanneer de polen afsmelten heeft dat een impact op de hoeveelheid water en dat heeft op zijn

beurt een enorme impact op het klimaat. De toestand is wel degelijk ernstig nu er een aantal zogenoemde ‘tipping points’ zijn bereikt, kritieke drempels die onomkeerbaar zijn.”

De pogingen van ziekenhuizen om hun ecologische voetafdruk te verlagen, stuiten al te vaak op Kafkaïaanse overheidsregels

Lachgas

In haar State of the Union stelde de Europese Commissie voor de uitstoot tegen 2030 met 55% te beperken. “We weten nu al dat we daar niet zullen geraken”, zegt Schols. Anesthesisten kunnen op hun manier bijdragen tot een vermindering van de uitstoot vermits anesthesiegassen verantwoordelijk zijn voor de uitstoot van veel broeikasgassen. “De impact op de opwarming hangt af van meerdere factoren: de moleculaire structuur, de halveringstijd en de sterkte van het product. Binnen de anesthesiegassen bestaan er grote verschillen. Het CO₂-equivalent van één uur Monitored Anesthesia Care (MAC)

in gereden kilometers met de wagen bedraagt 6,5 kilometer voor sevoflurane, 14 kilometer voor isoflurane, 95 kilometer voor lachgas en maar liefst 320 kilometer voor desflurane. Twee weken desflurane gebruiken komt overeen met rond de wereld rijden in een auto.”

Het Imeldaziekenhuis nam alvast een aantal maatregelen om de uitstoot te verminderen. “Een eerste belangrijke beslissing was het stopzetten van het gebruik van lachgas waar mogelijk. Ook het gebruik van desflurane werd stopgezet. Voorts kochten we nieuwe, efficiëntere machines aan en gebruiken we efficiëntere anesthesietechnieken. Waar mogelijk werken we met totaal intraveneuze anesthesie (TIVA). Nadat we het gebruik van lachgas hadden afgebouwd, stelden we vast dat er toch amper een daling was van de hoeveelheid gebruikt lachgas. Een fenomeen dat ook in andere ziekenhuizen zoals Sint-Jan in Brugge werd vastgesteld. De oorzaak bleek te liggen in lekken in de leidingen. Omdat lachgas zo goedkoop is, werd dat niet opgemerkt. Daarom stopten we met de centrale distributie van lachgas en gebruiken we enkel nog kleine containers.”

Handschoenen

Het resultaat van deze ingrepen mag er wezen: het CO₂-equivalent bedroeg in 2018 1.720.370 kilogram. In 2024 was dat gedaald tot 78.230 kilogram. Een daling met maar liefst 95%. Maar voor Guy Schols hoeft het hier niet bij te blijven. “Het gebruik van lachgas gaan we verder afbouwen en uitsluitend nog pediatrisch gebruiken. We moeten ons ook vragen blijven stellen. Bij TIVA gebruiken we propofol. We moeten ons afvragen of we vervuiling van de lucht dan niet vervangen door vervuiling van het water. De oplos-

sing is zo weinig mogelijk inhalatie-anesthesie gebruiken. De kleinste voetafdruk wordt gegenereerd door regionale anesthesie. In het operatiekwartier kan ook nog op andere manieren een kleinere voetafdruk worden gegenereerd. Zo wordt er te kwistig omgesprongen met zuurstof en is het handschoenengebruik sinds covid-19 onwaarschijnlijk toegenomen. Hergebruik ligt door EU-regels moeilijk, maar er kan zeker worden nagedacht over een zinvoller gebruik. Vandaag worden handschoenen al te vaak fout gebruikt.”

In alle geledingen van het ziekenhuis kan meer ecologisch worden gedacht

In alle geledingen van het ziekenhuis kan meer ecologisch worden gedacht. Een goed voorbeeld daarvan is het gebruik van probiotische schoonmaakmiddelen in het Sint-Maartenziekenhuis in Mechelen. “Het duurde lang alvorens we de stap zetten naar deze schoonmaakmiddelen”, weet verpleegkundig ziekenhuishygiënist Els De Haes. “Dankzij de goede samenwerking tussen de facilitaire diensten en het team ziekenhuishygiëne konden we toch overgaan tot een testperiode. De resultaten waren positief met 54,8% minder ziekenhuisinfecties en een vermindering van meer dan 80% van het risico op ziekenhuispathogenen op oppervlakten. In aankoop zijn de probiotische schoonmaakproducten duurder, maar omdat je geen ontkalker of ontvetter meer moet kopen, is de totaalprijs lager.”

Kafka

De pogingen van ziekenhuizen om hun ecologische voetafdruk te verlagen, stuiten al te vaak op Kafkaïaanse overheidsregels, stelt Stefaan Claeys, facilitair directeur van het Imeldaziekenhuis. “Mediwaste is een project om de afvalberg te verminde-



houden. Tot daar ons goede plan. Het ultieme bewijs dat goede ideeën soms gefnuikt worden door regelgeving. De voorbeelden zijn legio. Vroeger werden instrumenten vaak zonder probleem gesteriliseerd, vandaag mag enkel nog single use.”

Laaghangend fruit

Nog zo’n voorbeeld is het gebruik van hemelwater. “We mogen dat gebruiken voor toiletten op de gang, maar niet voor toiletten op de kamer van een patiënt. Om legionella tegen te gaan, moeten alle kranen periodiek gedurende een kwartier worden gespoeld met water dat verwarmd is tot 60°. Hiervoor is zowel veel mankracht als veel water nodig. Nochtans zijn er andere manieren zoals het gebruik van chloor”, geeft Stefaan Claeys nog enkele voorbeelden.

“In het kader van dit symposium konden we slechts enkele topics aan bod laten komen”, zegt Laurens Dobbels. “Maar ook radiologie, nucleaire geneeskunde, klinische biologie, biomedisch onderzoek en artificiële intelligentie hebben een grote ecologi-

sche voetafdruk. Eén procent van de totale broeikasgassen wordt veroorzaakt door radiologie. Biomedisch onderzoek zorgt voor 55% meer uitstoot dan de auto-industrie. De ecologische impact van artificiële intelligentie is enorm en zorgt bijvoorbeeld in Ierland voor 35% van het energieverbruik. Microchips gebruiken veel zeldzame metalen. Er is 800 kilogram ruw materiaal nodig voor twee kilogram microchips.”

Om de ecologische voetafdruk van de geneeskunde te verminderen, helpt het ook laaghangend fruit te plukken. “Schakel je werkstation uit wanneer je het niet gebruikt. Schrijf medicatie voor die lokaal wordt geproduceerd. Vermijd onnodige onderzoeken en schrijf rationeel medicatie en radiologische onderzoeken voor”, geeft Laurens Dobbels enkele tips.

Filip Ceulemans

>> In de volgende editie van Artsenkrant meer over de koolstofafdruk van de huisartsgeneeskunde en de problematiek van geneesmiddelen in afvalwater.

ren. Vandaag moet medisch afval in grote gele containers worden vervoerd. Die zijn vaak slechts voor 20% gevuld, wat betekent dat er vooral lucht wordt vervoerd. Om dat probleem te omzeilen, willen we het medisch afval met een shredder vermalen waarna het wordt gesteriliseerd. Probleem: OVAM laat het niet toe. Dat ook de verbrandingsindustrie in OVAM zit, is daar waarschijnlijk niet vreemd aan.”

Nog een voorbeeld van Kafka? Om de hoeveelheid organisch afval, afkomstig van maaltijden, te verminderen, besloot het Imeldaziekenhuis kippen in huis te halen die deze afvalberg substantieel zouden verminderen. “Nadat we ermee in de media kwamen, kreeg ik een telefoon van het Federaal Agentschap voor de Veiligheid van de Voedselketen (FAVV). Het is voor een ziekenhuis verboden om kippen te

Flexofytol®

VIERT ZIJN 15 JAAR

Gewrichten, spieren & pezen¹:

EIS HET BESTE !



De enige formulering dubbelblinde placebogecontroleerde studie in België²



Uitstekende tolerantie



Nr. 1 in voorschriften³



www.flexofytol.be

Tilman®

¹ Kurkuma extract draagt bij tot het behoud van flexibiliteit en soepelheid van gewrichten en pezen. Boswellia extract draagt bij tot de soepelheid van de gewrichten. Vitamine D draagt bij tot de instandhouding van een normale spierfunctie.*

² Van de producten op basis van kurkuma en boswellia die in België op de markt zijn. Studie wordt momenteel gepubliceerd. • ³ IQVIA OTC Jointcare (systemic) - dec 2024. Voorschrijven van een voedingsmiddel aan de consument in overeenstemming met de kennisgeving en de status van het product

Solidaris vroeg gezondheidsgegevens via mail

INFORMATIE-UITWISSELING Ziekenfonds Solidaris heeft bij aanvragen voor terugbetaling van een borstreductie foto's opgevraagd via gewone mailkanalen. Volgens Solidaris gebeurde dat te goeder trouw. Het ziekenfonds heeft zijn adviserend artsen gevraagd om deze onveilige vorm van informatie-uitwisseling niet meer te gebruiken.

Bij een reducerende borstplastic is onder bepaalde voorwaarden een financiële tussenkomst van het ziekenfonds mogelijk. Zo moet de patiënte een BMI van minder dan 35 hebben, en moet er 400 gram of meer klierweefsel per borst verwijderd worden.

De terugbetaling wordt enkel verleend na het akkoord van de adviserend geneesheer voorafgaand aan de operatie. De behandelend arts dient hiervoor een standaardformulier in te vullen waarmee de patiënte een aanvraag tot terugbetaling kan indienen.

Volgens een plastisch chirurg die *Artsenkrant* contacteerde, vraagt het ziekenfonds Solidaris bij een dergelijke aanvraag aan de patiënte om foto's van de borsten te mailen. Zonder deze foto's zou de aanvraag worden geweigerd. Het zou niet volstaan dat de behandelend arts preoperatieve foto's in het patiëntendossier bewaart. Die werkwijze roept vragen op inzake privacy en gegevensbescherming.

Goede trouw

Artsenkrant vroeg Solidaris om een reactie. "Het is bij Solidaris niet toegestaan om mails met medische informatie zonder extra en afdoende beveiliging te versturen of uit te wisselen", antwoordt het ziekenfonds.

Tijdens de coronapandemie was informatie- en documentenuitwisseling via mail een tijdelijke noodoplossing, zegt Solidaris. Sinds eind 2023 werd deze mogelijkheid echter opgeschort. Maar "op het terrein blijken er, ondanks de richtlijnen, nog restanten van die werkwijze per mail aanwezig. Er vindt blijkbaar tussen behandelende artsen en adviserend artsen nog mailverkeer plaats waarin medische informatie circuleert", erkent Solidaris.

"Ze doen dit om de onvolledige aanvragen voor medische akkoorden snel te kunnen verwerken en de patiënten tijdig hun akkoord te kunnen leveren. Dit gebeurt te goeder trouw met het oog op een goede dienstverlening. De informatie-uitwisseling gebeurt aan de hand van specifieke, beschermde e-mailadressen voor adviserend artsen."

Geen mails meer

Gezien de privacyrisico's heeft Solidaris zijn adviserend artsen herinnerd aan de richtlijnen, gevraagd om deze niet langer toegestane vorm van informatie-uitwisseling meteen te stoppen, en zich te schikken naar de Europese regelgeving en de richtlijnen van de Orde der Artsen.

In een reactie zegt de Royal Belgian Society of Plastic Surgery (RBSPS) blij te zijn dat het ziekenfonds het probleem

van de verwerking van gezondheidsgegevens erkent en intern aanpakt. "Het argument dat de werkwijze teruggaat naar de covidperiode klopt echter niet voor wat betreft de vraag om foto's voor borstreducties, aangezien dit een recenter probleem is", zegt de RBSPS.

Gezien de privacyrisico's heeft Solidaris zijn adviserend artsen herinnerd aan de richtlijnen

Structurele oplossing

Solidaris wijst er op dat er nog geen sluitende structurele oplossing voor volledig beveiligde en versleutelde communicatie tussen artsen bestaat. "De bestaande platformen zoals de eHealthbox en MyBox (de eHealthbox van het ziekenfonds) zijn niet bij elke arts geïnstalleerd. Het Trio-platform [zie *Artsenkrant*, 18 februari 2025] zou zich daarvoor kunnen lenen, maar dat is voorlopig niet voorzien voor uitwisseling van gegevens in het kader van gezondheidszorg. We kijken ook naar MyCareNet voor een oplossing", aldus Solidaris.

Ook de RBSPS erkent de grote behoefte aan een goed werkend, beveiligd platform voor de efficiënte en veilige

uitwisseling van patiëntgegevens. "Dit is iets waar alle betrokkenen naar vragen."

De RBSPS pleit ook voor een verbeterde samenwerking tussen de ziekenfondsen en behandelende artsen, waarbij de vereniging ervan uitgaat dat beide partijen het beste willen voor de gezondheid van de patiënt en het welzijn van de samenleving.

"Wij zijn van mening dat we patiënten kunnen helpen bij het verkrijgen van een terugbetaling. We begrijpen dat ziekenfondsen controles moeten uitvoeren, maar deze controles moeten goed gereguleerd worden." De behandelend arts kan preoperatieve foto's in het medisch dossier van de patiënt opnemen en ter beschikking stellen van de arts van het ziekenfonds, stelt RBSPS.

"Verder wordt het moeilijk wanneer individuele ziekenfondsen of adviserende artsen criteria beginnen te hanteren zonder legitimiteit. De aanvraag voor een borstverkleining is goed vastgelegd in de nomenclatuur en dankzij de duidelijke criteria zelden voorwerp van discussie. Bij andere ingrepen, waarvoor geen preoperatief akkoord nodig is, worden echter vaak postoperatieve weigeringen gebaseerd op nieuwe, willekeurige gronden", besluit RBSPS.

Erik Derycke

Kandidaten gezocht voor de KARVA-prijs

PRIJS Elk jaar reikt de Koninklijke Artsenvereniging van Antwerpen (KARVA) de KARVA-prijs uit aan een arts, een groep artsen of een organisatie met artsen die door hun initiatief bijdragen aan een optimale relatie en actieve samenwerking tussen artsen onderling.

Artsen of organisaties in de bloemetjes zetten die bijdragen tot samenwerking tussen artsen onderling, in het bijzonder tussen huisartsen en specialisten, maar ook met andere gezondheidswerkers, interdisciplinair en over de grenzen van de vakgebieden heen. Dat is het doel van de jaarlijks door de Koninklijke Artsenvereniging van Antwerpen (KARVA) uitgereikte prijs. De KARVA-prijs kan enkel worden toegekend aan artsen of organisaties met

artsen die ingeschreven zijn op de lijst van de Nederlandstalige provinciale raden van de Orde der Artsen.

De inhoud van de onderscheiding sluit aan bij de ultieme opdracht van KARVA dat zich als organisatie tot doel stelt om alle artsen van welke discipline ook samen te brengen en zo elkaars expertise te leren kennen. Van de laureaat van de prijs wordt verwacht dat diens project toekomstgericht, origineel en creatief is en verder kan worden geïmplementeerd in de regio

Antwerpen en daarbuiten. Aan de prijs is een bedrag van 10.000 euro gekoppeld.

Hart van Winkelomheide

Vorig jaar ging de prijs naar het Hart van Winkelomheide, een innovatief en ambitieus project van dr. Tine Caeyers en dr. Ethel Brits. Deze twee huisartsen willen in Winkelomheide, een gehucht van Geel, een nieuw multidisciplinair zorgcentrum uitbouwen waar verschillende zorgverleners rond een sociale

ontmoetingsplek samenkomen. Vooral de locatie waar ze het zorgcentrum willen uitbouwen, is verrassend: de lokale Heilig Hartkerk. Toen ze in september vorig jaar de prijs in ontvangst mochten nemen, was nog niet definitief beslist dat de kerk ook effectief werd vrijgegeven om het zorgcentrum in onder te brengen. Intussen is ook die klip genomen. Andere laureaten van de voorgaande jaren waren onder meer het Therapeutische Atelier TheA, het project Zipster en het Zorgpunt voor Oekraïense ontheemden.

KARVA is momenteel op zoek naar kandidaturen voor de prijs. Die kunnen tot 31 mei worden ingediend via info@karva.be. Bij de kandidaatstelling hoort een beknopt curriculum vitae, een omstandige motivering en een overzicht van gerealiseerde of geplande activiteiten. De prijs wordt uitgereikt op 11 september 2025 tijdens de Geneeskundige Dagen van Antwerpen.

Filip Ceulemans

>> karva.be



ACR Post-Congres Webinar

Met professor Patrick Durez

Voor het herbekijken van de opname is accreditering toegekend.

Heeft u het ACR 2024 post-congres gemist of wilt u de belangrijkste inzichten nogmaals bekijken? Geen zorgen, de opname is beschikbaar!

Bekijk de webinar online



Met de institutionele steun van
abbvie

Voor elk wat wils

PRAKTIJKVORMEN Vandaag kunnen huisartsen grosso modo kiezen tussen drie praktijkvormen: een forfaitaire praktijk, een prestatiepraktijk en een New Dealpraktijk. Tijdens de Jaarstarter van Domus Medica stelden drie huisartsen elk een praktijkvorm voor, met voor- en nadelen. Conclusie: er is ruimte voor elke praktijkvorm. Een huisarts kiest best de praktijkvorm die hem of haar het meest ligt.



Tijdens de Jaarstarter van Domus Medica stelden drie huisartsen elk een praktijkvorm voor, met voor- en nadelen.

Sophie Petit startte haar huisartsen-carrière in een prestatiepraktijk, maar kwam al snel terecht in een Maison Médicale in Linkebeek. “Dat voelde voor mij als thuiskomen”, zegt Petit, die vandaag actief is in wijkgezondheidscentrum De Regent in Antwerpen. “Ik vind het belangrijk dat onze praktijk een erg groot sociaal engagement heeft en zich richt op de meest kwetsbare patiënten. Daar was ik naar op zoek.”

Een forfaitaire praktijk kan diverse vormen aannemen. Naast de wijkgezondheidscentra zijn er forfaitaire praktijken die Sophie Petit ‘liberaal’ noemt. “Niet omdat ze niet sociaal zouden zijn, maar omdat de huisarts er meer vrijheid heeft. In een WGC is de raad van bestuur vaak extern, waardoor je als huisarts minder de regie in eigen handen hebt. Wat ik in een WGC wel vind,

is een groot team en grote flexibiliteit. Contact met patiënten en het aanhoren van hun verhalen geeft me energie. Maar ik ben ook blij dat ik niet enkel met patiënten moet bezig zijn om geld te verdienen. Ik kan ook andere taken als praktijk- en populatiemanagement of een engagement bij Domus Medica opnemen. Dat voortdurend switchen tussen taken, ligt me wel.”

Vaste huisarts

Voor Sophie Petit is de taakverdeling binnen de praktijk belangrijk, maar ze pleit er wel voor dat de patiënt in de mate van het mogelijke een vaste huisarts behoudt. In mijn vorige praktijk was dat niet het geval en dan merk je toch dat zowel patiënten als zorgverstrekkers een beetje verloren lopen. Ik merk ook dat de patiënten een band opbouwen met de verpleegkundige.

Huisarts en verpleegkundige zijn erg aanvullend. De patiënt zegt andere dingen tegen de verpleegkundige dan tegen de huisarts. Daardoor gaat de kwaliteit van de zorg vooruit. Toch een kanttekening: het vraagt veel energie. Je moet dezelfde visie hebben binnen het WGC en verliest zo een stukje individuele vrijheid.”

Kris Bayens studeerde af in 1995 en kende nog de tijd van de plethora. “In mijn geboortedorp Ravels waren er zestien huisartsen voor ongeveer 15.000 inwoners. Het doel van de meeste huisartsen was toen elke dag de wachtzaal vol krijgen. Vijftien jaar later waren er nog tien huisartsen. Omdat het aantal huisartsen steeds verder afnam, vormden we in 2014 met vier collega’s een praktijk. Door omstandigheden bleven we enkele jaren later nog met twee huisartsen over voor 5.000 patiënten en kozen we voor een multidisciplinaire praktijk.”

Voor Sophie Petit is de taakverdeling binnen de praktijk belangrijk, maar ze pleit er wel voor dat de patiënt in de mate van het mogelijke een vaste huisarts behoudt

Patient empowerment

Om het werk leefbaar te houden, maakten Kris Bayens en zijn collega misschien ietwat noodgedwongen werk van taakdelegatie. Dat blijkt echter ook binnen een prestatiepraktijk een goede keuze. “Was het tien jaar geleden een kwestie van overleven, dan leveren we vandaag veel kwaliteit. Onze verpleegkundige is ook vroedvrouw. Door het aantal uitstrijkjes dat ze maakt, zit onze praktijk ongetwijfeld aan P97”, lacht Bayens. “Door de verpleegkundige goed in te zetten, verlopen de raadplegingen veel efficiënter. Ze bereidt dossiers voor, geeft medicatie en gaat na welke preventieve handelingen mogelijk zijn. Iets waar nog meer aandacht naartoe zou moeten gaan, is patient empowerment, patiënten die meedelen over het gebruik van de zorg. In elk systeem zou dat een slok op de bor-

rel schelen. Ik ben er ook van overtuigd dat huisartsen nog veel taken doen die ze makkelijk kunnen uitbesteden. We moeten leren bepaalde taken uit handen te geven. Ik wil wel graag familiedokter blijven, wat betekent dat ik op regelmatige basis de patiënt blijf zien.”

Praktijkmanager

Griet Verhelst is één van de huisartsen die ervoor koos in het systeem van de New Deal te stappen. Huisartsenpraktijk Ampersand in het West-Vlaamse Lendelede bestaat vandaag uit twee huisartsen, een verpleegkundige in een huisartsenpraktijk (VIHP), een praktijk-assistente en een praktijkmanager. “Een van de voordelen van de New Deal is het kwartaalbedrag dat je krijgt om een praktijkmanager te vergoeden. Hij werkt een halve tot een dag per week voor onze praktijk. In die tijd houdt hij onder meer bij hoeveel GMD’s er zijn en hoe die verdeeld worden over de praktijk of hoeveel patiënten er naar de verpleegkundige gaan. Komt er een haio in de praktijk dan past hij het dashboard aan. Hij zorgt ervoor dat de regels inzake brandveiligheid worden opgevolgd. Het zijn maar enkele voorbeelden van het werk dat de praktijkmanager overneemt van de huisarts, waardoor die zich meer met patiënten kan bezighouden.”

Financieel maakt de overstap van een prestatiepraktijk naar de New Deal weinig verschil voor Griet Verhelst. “We zien wel dat de kwaliteit van onze zorg toeneemt omdat we meer op populatieniveau gaan nadenken, terwijl dat voorheen toch meer op patiëntniveau gebeurde. Ik zie niet meer elke (chronische) patiënt om de drie maanden. Onze VIHP ziet diabetespatiënten vaker dan ik. Driemaal tegenover eenmaal per jaar. Wanneer er zich een probleem voordoet, komt de diabetespatiënt uiteraard wel meteen bij mij terecht. Op deze manier winnen we al wel drie raadplegingen op jaarbasis bij deze patiënt. Hetzelfde geldt voor onze frailty-patiënten. Ik zie ze om de vier maanden, maar elke maand gaat er wel een verpleegkundige langs. Opnieuw een verlaging van de werkdruk zonder dat de kwaliteit eronder lijdt.”

Filip Ceulemans

‘Artsen zijn vaak terughoudend om hun onzekerheden en twijfels over het beroep toe te geven’

TABOE Een artsencarrière is eigenlijk een loopbaan zoals iedere andere. Toch wordt het vak nog vaak een roeping genoemd en is het een taboe om tijdens of na de opleiding twijfels over het beroep te uiten, waardoor veel artsen hun persoonlijke moeilijkheden liever verbergen.

Volgens dr. Raymond Vandebeek, huisarts en als bestuurder en mentor verbonden aan Doctors 4 Doctors, is de drempel voor artsen hoog om openlijk over hun mentale problemen te praten. Sinds 2013 zet hij zich met de organisatie in voor het welzijn van collega-artsen door middel van trainingen, begeleiding en gesprekken.

Vandebeek: “Artsen zijn vaak terughoudend om hun onzekerheden en twijfels over het beroep toe te geven en te bespreken met collega’s. En eerlijk gezegd is dat begrijpelijk. Het is al moeilijk genoeg om voor jezelf te erkennen dat je niet helemaal op je plek zit. Ik spreek regelmatig artsen die jarenlang hun identiteit aan het vak hebben ontleend. Wanneer ze merken dat het werk hen niet meer de voldoening geeft die ze nodig hebben, raken ze emotioneel in de knel. Ze hebben er hard voor gestudeerd, en hun omgeving heeft hoge verwachtingen; ze zijn immers hoogopgeleide professionals. Daarnaast draagt ook de maatschappij bij aan het beeld van de arts als iemand die altijd stevig in zijn schoenen staat. Dat maakt het nog lastiger om openlijk te praten over persoonlijke onzekerheden.”

Vandebeek signaleert daarnaast een groep jonge artsen in opleiding, die bang zijn om na hun specialisatie aan het werk te gaan. “Veel van hen zijn de oorspronkelijke passie voor het vak kwijtgeraakt. Ze voelen zich onzeker en angstig, maar durven hun twijfels niet met collega’s te delen. Ik zie hoe deze groep moeite heeft om gemotiveerd te blijven en in sommige gevallen zelfs overweegt het vak helemaal te verlaten. Dat

beschouw ik als een persoonlijk, familiaal en maatschappelijk faillissement.”

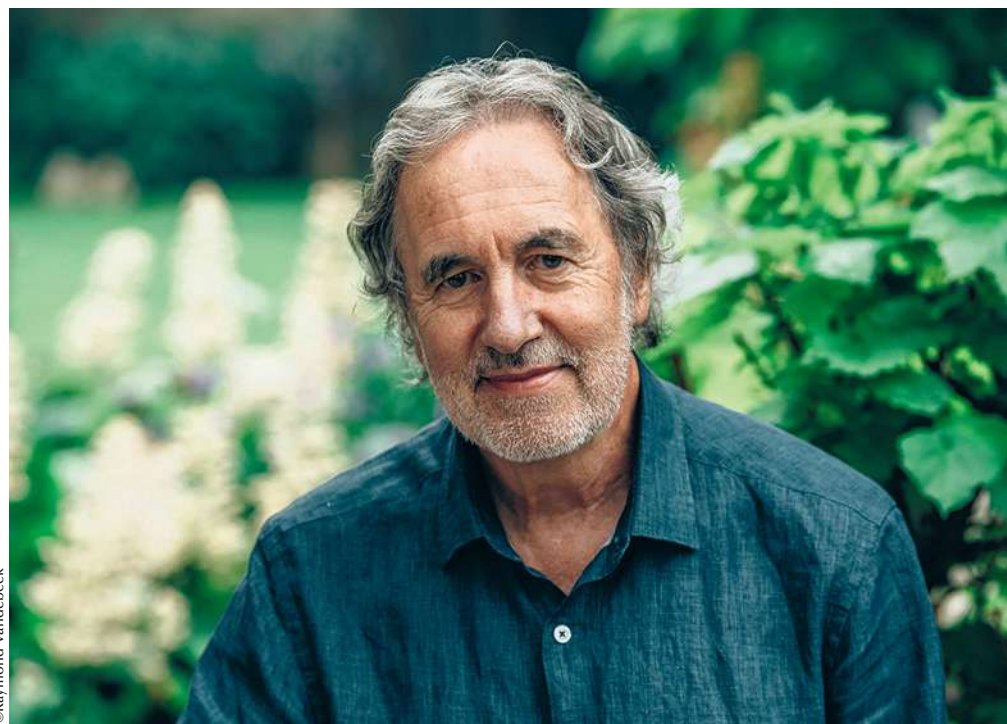
‘Je werkt met mensenlevens’

Het artseneroep brengt grote verantwoordelijkheden met zich mee en stelt hoge eisen, beaamt Vandebeek. “Als arts werk je met mensenlevens. Je wilt je werk altijd goed doen, bijna als een perfectionist. Veel collega’s leggen de lat extreem hoog voor zichzelf, wat niet alleen hen, maar ook hun collega’s onder druk zet”, zegt hij. “Die druk begint al tijdens de opleiding. Jonge artsen nemen uit enthousiasme veel werk en verantwoordelijkheid op zich, omdat ze zoveel mogelijk willen leren.

‘Wees eerlijk naar jezelf: waarom voldoet het werk niet meer aan mijn verwachtingen? En waar haal ik wél energie uit?’

Op zich is dat een positieve eigenschap, maar op de lange termijn kan het tegen hen werken. Wanneer ze met tegenslagen te maken krijgen, raken ze vaak in de knoop met zichzelf en vinden ze het moeilijk om daarover te praten, omdat er geen laagdrempelig overlegklimaat is. Ze voelen zich eenzaam in een veeleisende omgeving, waardoor hun onzekerheid alleen maar toeneemt.”

Vandebeek zegt dat hij tijdens zijn eigen carrière als huisarts tegen vergelijkbare problemen aanliep. “Er waren momenten dat ik me eenzaam voelde. Ik kon de problemen waar ik tegenaan liep



Raymond Vandebeek: “Ik spreek regelmatig artsen die jarenlang hun identiteit aan het vak hebben ontleend. Wanneer ze merken dat het werk hen niet meer de voldoening geeft die ze nodig hebben, raken ze emotioneel in de knel.”

niet altijd gemakkelijk met collega’s bespreken, omdat de drempel om je onzekerheden toe te geven hoog ligt.”

Volgens Vandebeek kiezen artsen hun beroep met een bepaalde verwachting, maar blijkt de realiteit vaak anders. In de dagelijkse praktijk verdwijnt de oorspronkelijke motivatie voor hun keuze naar de achtergrond. “Denk bijvoorbeeld aan de zware administratieve lasten of de onregelmatige wachtdiensten. Dit geldt natuurlijk niet voor iedereen, maar ik hoor van veel artsen dat hun passie voor het vak geleidelijk verwatert. Een manier om dit tegen te gaan, is door het financieeringsmodel van artsen en ziekenhuizen kritisch te herzien en grondig te hervormen. In mijn ogen is de balans scheef en te prestatiegericht, waardoor artsen minder ruimte krijgen om hun eigen invulling aan het beroep te geven.”

‘Wees eerlijk voor jezelf’

Vandebeek benadrukt hoe belangrijk het is voor artsen om stil te staan bij de reden waarom ze voor het vak hebben gekozen. “Wees eerlijk naar jezelf:

waarom voldoet het werk niet meer aan mijn verwachtingen? En waar haal ik wél energie uit? Schroom niet om hierover in gesprek te gaan met collega’s, en oordeel andersom niet over hun onzekerheden. Door ervaringen te delen en naar elkaar te luisteren, kun je herontdekken welke aspecten van het vak voor jou belangrijk zijn en je energie geven, en je werkzaamheden daarop inrichten. Oftewel aandacht hebben voor waardegeoriënteerd werken.”

Volgens de huisarts zouden opleidingsinstellingen meer aandacht moeten besteden aan het mentale welzijn van jonge artsen. “Artsen werken te veel langs elkaar heen. Iedereen zit op zijn eigen eiland, wat de communicatie bemoeilijkt. Studenten krijgen nu wel les in ethiek, maar waarom leren ze niet óók hoe ze als arts kunnen omgaan met emotionele uitdagingen?”.

Floris Cup

>> Meer info: doctors4doctors.be

>> VASO organiseert op 10 mei een symposium dat aandacht besteedt aan onder andere mentaal welzijn. Inschrijven via vaso.be/event/details-registration/vaso-symposium.

Rekening houden met de impact van de menopauze op het beroeps- en privéleven



GYNAECOLOGIE Tot voor kort ging het in medische opleidingen uitsluitend over de gevolgen die de menopauze heeft voor de gezondheid van de vrouw. “Hele generaties artsen zijn dan ook niet opgeleid om de andere gevolgen ervan in te schatten”, weet prof. Serge Rozenberg (Clinique Saint-Pierre en secretaris van de *Belgian Menopause Society*).

Het is iets dat sinds een tiental jaar in de aandacht komt. “Toen toonden de eerste studies aan dat de menopauze een significante invloed heeft op verschillende aspecten van het leven. Veel vrouwen die nu in de menopauze komen, zijn professioneel actief, iets wat vroeger minder het geval was. Bovendien is de levensverwachting toegenomen en is het begrip van levenskwaliteit veranderd doorheen de tijd, net als het belang dat mensen eraan hechten.”

In 2023 voerden wetenschappers van de Universiteit van Gent onderzoek uit voor Securex, waaruit bleek dat sterk symptomatische en onbehandelde

menopauzale vrouwen een zeer hoog ziekteverzuim hadden, met een groter risico op uitputting en burn-out. Omgekeerd kon men aantonen dat vrouwen in de menopauze die geen klachten hadden, of een effectieve behandeling kregen voor hun symptomen, net efficiënter werk leverden dan jongere mannen.

“Vergeet echter niet dat dit soort onderzoek een associatie aantoont, en geen oorzakelijk verband”, waarschuwt Serge Rozenberg. Toch concluderen ook andere (met name Amerikaanse) studies dat er een significante impact is op de productiviteit. Verschillende leden van de BMS werden uitgenodigd om te getuigen voor de

Senaat, die vervolgens een rapport⁽¹⁾ opstelde. In dit voorstel van resolutie wordt de menopauze erkend als een maatschappelijk fenomeen waarmee rekening moet gehouden worden, net als met de pathologieën die ermee gepaard gaan.”

Naast de maatschappelijke problematiek moeten we ook aandacht besteden aan vroegtijdige menopauzes en de gevolgen ervan voor de cardiovasculaire, bot- en mentale gezondheid (depressie), zonder het risico op gezinsbreuk te vergeten. Een andere belangrijke kwestie is de lage (of zelfs onbestaande) terugbetaling van verschillende geneesmiddelen geïndiceerd in de menopauze.

Impact op levenskwaliteit

“In 2024 kreeg ik voor het allereerst de vraag om voordrachten te gaan geven over de menopauze in professionele settings”, getuigt Serge Rozenberg. “Ook collega’s werden plots uitgenodigd voor dergelijke lezingen en initiatieven, georganiseerd door grote bedrijven voor hun personeel. Logisch

natuurlijk, want die bedrijven hebben duidelijk begrepen hoe belangrijk de gezondheid van hun werknemers is voor hun productiviteit. Het betekent ook dat de plaats en de rol van vrouwen in de samenleving aan het veranderen is. Toch worden vrouwen in sommige kringen nog steeds gestigmatiseerd vanwege de menopauze, zoals dat ook gebeurt voor zwangerschappen of dysmenorroe, en worden ze als minder productief bestempeld.”

Ongeveer 50% van de vrouwen zegt dat de menopauze een impact heeft op hun levenskwaliteit. Opvliegers spelen hier een rol in, net als de vaak verstoorde nachtrust door nachtelijk zweten, wat leidt tot concentratieproblemen overdag. Ze krijgen ook te maken met stemmingsstoornissen, die gelinkt kunnen zijn aan hormonale tekorten, slecht slapen en/of de maatschappelijke gevolgen van de menopauze. Die gevolgen kunnen nog versterkt zijn doordat deze levensfase vaak gepaard gaat met verschillende verplichtingen naast het werk, zoals de zorg voor adolescente kinderen, of voor ouders, die ouder

Over het registreren van infecties, vaccins en bijwerkingen

VACCINATIESYMPOSIUM In februari vond het 23e Valentijn Vaccinatiesymposium plaats in de UA Antwerpen. Men had het onder meer over het huidige RSV-preventiebeleid bij zuigelingen en gaf een statusupdate over de uitroeiing van polio.⁽¹⁾ De focus lag ook op het opvolgen van vaccinatiebijwerkingen en het melden van infectieziekten.

Het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten (FAGG) hecht veel belang aan de veiligheid van vaccins, niet alleen in de ontwikkelingsfase, maar ook nadat ze op de markt gebracht zijn. Om alles goed op te volgen, staat de registratie van bijwerkingen centraal. “Aangezien vaccins gericht zijn op de gezonde bevolking, is de tolerantiedrempel voor bijwerkingen zeer laag”, weet dr. Martine Sabbe van het FAGG. “We volgen dus ook zeldzame postvaccinale verschijnselen op, zonder dat hiervoor een oorzakelijk verband met het vaccin aangetoond hoeft te worden.”

‘Aangezien vaccins gericht zijn op de gezonde bevolking, is de tolerantiedrempel voor bijwerkingen zeer laag’

Post-marketing

Om aan te tonen waarom post-marketingonderzoek van vaccins zo belangrijk is, keren we terug naar de fase van het klinisch onderzoek. Een van de vereisten van het Europees Geneesmiddelenbureau (EMA) is dat men alle bijwerkingen moet vaststellen die voorkomen met een frequentie tussen 1/100 en 1/1.000 gevaccineerde personen vooraleer een vaccin op de markt mag worden gebracht. Dat wil zeggen dat frequente bijwerkingen, denk aan prikplaatsreacties en tijdelijke, systemische reactogeniciteit, opgemerkt worden in klinische trials. Maar het wil ook zeggen dat minder frequente bijwerkingen, die in uitzonderlijke gevallen

toch ernstig kunnen zijn, mogelijk niet gedetecteerd worden vóór de algemene bevolking aan de beurt is.

Zo is er 60% kans dat onderzoekers een zeer zeldzame bijwerking (met een frequentie van 0,01% of 1/10.000 gevaccineerden) missen in een populatie van 5.000 proefpersonen. Hoe groter de ‘veiligheidsdatabase’ bij autorisatie van het vaccin⁽²⁾, hoe kleiner die kans: voor een vaccin dat getest is bij 15.000 proefpersonen, gaat het om 22%.

Het is logisch dat een grotere populatie gevaccineerd moet worden om eventuele zeldzame reacties op te merken. Dr. Sabbe verwijst naar de zeldzame gevallen van myocarditis die aan het licht kwamen na covid-19-vaccinatie. Een ander mogelijk voorbeeld zijn febrile convulsies. Dergelijke bijwerkingen hebben natuurlijk een belangrijke impact op de aanvaarding van vaccinatie. “Ook voor bijwerkingen die optreden in specifieke populaties, zoals bij patiënten met immunologische aandoeningen, of na ‘off-label’-toediening van een vaccin, moeten we steunen op post-marketingonderzoek”, klinkt het. Meldingen zijn van groot belang om tot een betere kennis te komen van het veiligheidsprofiel van de vaccins.

Individueel en internationaal

Elk vermoeden van een bijwerking na vaccinatie (of na medicatie) kan je melden via eenbijwerkingmelden.be. Het FAGG onderzoekt de casus op individueel niveau, geeft een inschatting van causaliteit en zorgt voor een feedbackrapport op basis van recente literatuur. Soms zijn er aanvullende acties nodig, zoals de bijsluiter aanpassen, een melding uitsturen via de platformen van de Hoge Gezondheidsraad, het



BCFI, het FAGG, ... Heel af en toe moet men een vaccin van de markt halen, zoals het RotaShield®-vaccin in de VS.

Gemelde bijwerkingen kunnen nadien onderzocht worden op populatie- en internationaal niveau, bij het EMA en de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO). Men doorzoekt grote databanken⁽³⁾, kijkt naar epidemiologische studies en doet een beroep op adviesgroepen. “Het is altijd een risico-afweging. Bij een werkzaam vaccin, dat effectief beschermt tegen een bepaalde infectieziekte, is het soms *minder* veilig om een vaccinatieprogramma ‘on hold’ te zetten vanwege twijfels rond de vaccinatieveiligheid”, stelt prof. Jean-Michel Dogné, expert in de geneesmiddelenbewaking.

Uitbraakcontrole

Dr. Rosanne Wouters van het Departement Zorg hamert in haar lezing dan weer op het registreren van de vaccinaties zelf, iets wat belangrijk is voor de patiënten, gezondheidszorgbeoefenaars en het bredere beleid: “Dankzij die informatie kunnen we de vaccinatiegraad in de bevolking opvolgen, gerichte campagnes voeren en de volksgezondheid beschermen tegen uitbraken.” Vaccinaties registreren kan op vaccinet.be, of rechtstreeks in het elektronisch medisch dossier.

Tot slot moeten we ook bepaalde infectieziekten melden. Het Departement Zorg updatete die lijst nog in juni 2024.⁽⁴⁾ Je vindt er specifieke informatie voor zorgprofessionals zoals de incubatieperiode, de onmiddellijk te nemen maatregelen (bv. bron- en contactonderzoek), of er een vaccin beschikbaar is, etc. Enkele voorbeelden van meldingsplichtige infecties zijn gele koorts, dengue, buiktyfus, mazelen, kinkhoest, mpox en tuberculose. Ook collectieve uitbraken van gastro-enteritis en schurft moeten gemeld worden, net als nosocomiale infecties met multiresistente pathogenen.

dr. Hade Scheyving

Opmerkingen:

1. Op uantwerpen.be/nl/congressen/valentijn-vaccinatie-symposium vind je het volledige programma, inclusief de presentaties van de lezingen.
2. De wetenschappelijke bijsluiter van een product vermeldt het aantal mensen dat deelnam aan de klinische proeven.
3. Zo is er DARWIN EU: een platform dat toegang verleent tot ‘real world evidence’ van zo’n 130 miljoen patiënten uit dertien Europese landen.
4. Zie departementzorg.be/nl/overzicht-infectieziekten onder ‘meldingsplichtig’.

Therapeutische kankervaccins brengen hoop

KANKERONDERZOEK Vaccinatie is niet alleen zinvol in het kader van infectiepreventie. Ook voor de bestrijding van kanker, een genetische ziekte, kunnen vaccins een ware aanwinst vormen. Het gaat om gepersonaliseerde mRNA-vaccins die tumorspecifieke eiwitten als doelwit hebben en een gerichte T-cel-respons tegen de kankercellen op gang trekken.

Stichting tegen Kanker (STK) financiert het beloftevol onderzoek van prof. Diether Lambrechts, hoofd van het Laboratorium voor Translationele Genetica (VIB-KU Leuven). Zijn onderzoeksgroep zal, in samenwerking met het UZ Gent, 'mRNA-based' vaccins ontwikkelen voor patiënten met gevorderde leverkanker. In de klinische studie zal de vaccinatietherapie gekop-

peld worden aan immunotherapie met checkpointinhibitoren, de huidige standaardbehandeling. Het vaccin moet de immuunreactie boosten. Die aanpak gaf in het verleden al spectaculaire resultaten bij patiënten met pancreaskanker.

Respons optrekken

Hepatocellulair carcinoom is een van de meest voorkomende kankers, met een stijgende frequentie en een hoge

mortaliteit. "We weten dat deze tumoren immuungevoelig zijn: bij ongeveer een vierde van de patiënten slaan de PD-L1-inhibitoren aan. We willen de resistentie bij de 'non-responders' nu integraal wegnemen via mRNA-vaccinatie", legt prof. Lambrechts uit in een lezing van STK. De vaccins, ontwikkeld op basis van DNA- en RNA-sequencing op tumorbiopsieën, zullen zich richten op nieuwe soorten tumorantigenen en bevatten een krachtig adjuvans. Specifieke lipide nanopartikels moeten zorgen voor een verbeterde afgifte in het lichaam van de patiënt.

Kankervaccins brengen hoop, maar komen tegelijk met grote uitdagingen. Zo is de interactie tussen de gemuteerde antigenen of peptiden van de tumor en het immuunsysteem van de patiënt

ongelooflijk complex. Kankermutaties zijn ook uniek voor elke tumor en voor iedere patiënt.

Blinde vlekken

Vandaag richten mRNA-vaccins zich uitsluitend op puntmutaties in tumoren. "Ons onderzoek toont echter aan dat slechts 6% van de tumorantigenen veroorzaakt wordt door zo'n puntmutatie. 94% van de mutaties wordt momenteel buiten beschouwing gelaten", weet Diether Lambrechts. "Door deze 'dark antigens' mee te nemen, hopen we de behandeling drastisch te verbeteren."

Bovendien richt de tumorimmunologie zich puur op de activatie van CD8+ T-cellen, de 'killers' van kankercellen. Maar ook CD4+ T-cellen, de witte bloedcellen die een ondersteunende rol spelen in het immuunsysteem, zouden wel eens doorslaggevend kunnen zijn voor een succesvolle kankervaccinatie. Ook hier gaan de Gentse en Leuvense onderzoekers mee aan de slag, in fundamenteel onderzoek.

H.S.



4,5%

RENDEMENT!

DAT KAN SERIEUS AANSTEKELIJK ZIJN...

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

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



AMONIS

Uw toekomst
verdient
een expert

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

Overgewicht stadiëren in de huisartspraktijk

ENDOCRINOLOGIE Er is de laatste tijd heel wat te doen rond obesitas. De nieuwe definitie⁽¹⁾ focust minder op de BMI an sich en meer op de aanwezigheid van visceraal vet en de weerslag ervan op organen en weefsels, een mogelijke voorbode van complicaties. Om het behandelplan gericht aan te sturen, onderscheidt men preklinische en klinische obesitas. Hoe vertaalt dit zich nu naar de eerstelijnspraktijk?

Prof. Bart Van der Schueren is als endocrinoloog actief in de obesitaskliniek van het UZ Leuven en is voorzitter van de Belgian Association for the Study of Obesity (BASO). Naar aanleiding van Wereld Obesitas Dag geeft hij graag een woordje uitleg. Welke veranderingen bracht het consensusartikel in *The Lancet*⁽¹⁾ al dan niet teweeg, en welke gezondheidsparameters staan centraal bij het evalueren van zwaarlijvigheid? Wie maakt best een afspraak in de tweede lijn, en voor wie is dat niet opportuun?

De obesitasexpert hamert vooral op de 'staging' of stadiëring van overgewicht, waarvoor een 'Belgian Obesity Staging System' (BOSS)⁽²⁾ werd ontwikkeld. "Alleen door te stadiëren kunnen we ervoor zorgen dat nieuwe tools als GLP-1-analogen bij de juiste patiëntpopulatie terechtkomen", klinkt het.

BMI niet afschrijven

Een eerste belangrijke boodschap is dat de Body Mass Index niet plots overbodig is geworden. We weten al langer dan vandaag dat de BMI de

gezondheidstoestand niet altijd accuraat weergeeft. Een bodybuilder met een BMI van 32 moet niet op dieet; iemand met een BMI van 27 en risicofactoren, zoals een sedentaire levensstijl, kan een erg hoog cardiovasculair risico hebben. "De BMI is niet goed gecorreleerd met de overleving. Je moet die index verder aanvullen en je moet stadiëren. Maar, en dat is cruciaal: het blijft de meest laagdrempelige parameter om af te nemen. Daar moeten we mee beginnen", aldus Bart Van der Schueren.

Grootschalig onderzoek van zo'n 100.000 Belgische huisartsendossiers⁽³⁾ toont aan dat de BMI ontbreekt in drie kwart van de GMD's. "Als we de BMI niet berekenen, meten we ook de buikomtrek niet, laat staan dat we geavanceerder onderzoek van de lichaamsamenstelling voorschrijven, zoals een DEXA-scan of MRI", stelt de professor vast. Alles begint dus met de BMI. "Het is een goede eerste stap om de kwestie van overgewicht aan te kaarten en vervolgens te kijken welke patiënten hulp nodig hebben om hun gewicht onder controle te krijgen."

Weerslag

De overmatige aanwezigheid van vet is niet bij iedereen een medisch probleem. We moeten de locatie en de gevolgen van die vetstapeling evalueren. Hier komt de BOSS-score⁽²⁾ in het spel. Die combineert antropometrische data (lengte, gewicht, buikomtrek, ...) met de functionele weerslag van het overgewicht op het lichaam. Het gaat om de impact op het glucosemetabolisme, het cardiovasculair systeem, de nier- en leverfunctie, het musculoskeletaal systeem, de mentale gezondheid en het dagelijks functioneren.

"Eerder dan een DEXA-scan hebben we in eerste instantie een gerichte anamnese, lichamelijk onderzoek en een bloedafname nodig", benadrukt prof. Van der Schueren. Stadiëren doen we bij mensen met een BMI ≥ 25 kg/m² of bij wie de 'waist-height ratio' (de buikomtrek gedeeld door de lichaamslengte, in cm) $\geq 0,5$ bedraagt.

Gelaagde aanpak

Sinds 2011 kunnen we een beroep doen op het 'Edmonton Obesity Staging System' (EOSS). Maar omdat er over

bepaalde cut-offwaarden discussie bestond, en de score gebruiksvriendelijker kon, stelt de BASO nu de BOSS-score voorop. "Het is een objectievere variant van het eerdere classificatiesysteem, die de verschillende stadia van obesitas nauwkeuriger onderscheidt en rekening houdt met de wetenschappelijke inzichten die er begin 2025 bijkwamen", weet de specialist. "De BOSS-score is vanaf nu beschikbaar⁽²⁾ en iedereen kan zijn of haar input geven, zodat we de score verder kunnen finetunen en een breed draagvlak kunnen creëren voor het gebruik ervan."

Net zoals de EOSS-score, verdeelt de BOSS-score de mensen onder in vijf klassen. "BOSS 0 en BOSS 1 zijn preklinische stadia, categorieën die (nog) geen weerslag ervaren van de zwaarlijvigheid. Dat zijn mensen die je zo nodig tips kunt meegeven voor een gezonde levenshygiëne, maar die je vooral mag geruststellen", onderstreept prof. Van der Schueren. Onder meer doordat de BOSS-score gebruik maakt van de cardiovasculaire SCORE2⁽⁴⁾ komen gevoelig méér mensen terecht in de laagste klasse, en dat is positief: "Ook demedicaliseren is belangrijk."

BOSS 2-4 zijn de klinische stadia van obesitas, van 'early clinical' tot 'late clinical'. Die hogere categorieën moeten we van dichterbij opvolgen en laten begeleiden door een diëtist en/of bewegingscoach. Wanneer eerstelijnsmaatregelen

gelen niet voldoende helpen om het gewicht op peil te krijgen, is een raadpleging in een obesitaskliniek zinvol, om te kijken of farmacologische ondersteuning of eventueel bariatrische chirurgie aangewezen is. “Hier moeten we *medicaliseren*, om erger te voorkomen”, luidt het. Om de obesitaspandemie effectief aan te pakken, moeten we dus de gelaagdheid van ons zorgsysteem gebruiken.

Clichés loslaten

Er heerst nog heel wat stigma rond overgewicht en obesitas. Mensen krijgen een culpabiliserend discours te horen, moeten ‘gewoon wat meer bewegen en wat minder eten’. We gaan er van uit dat iedereen die te dik is, niet aan sport doet. “We moeten al die clichés loslaten. Obesitas is een chronische ziekte, die complex en multifactorieel is in haar ontstaan en naargelang het stadium een verschillende intensiteit van behandeling vraagt. We mogen er niet honend mee omgaan; we moeten handvatten aanbieden.”⁽⁵⁾ En die zijn er!

We kunnen de ziekte veel efficiënter behandelen dan vroeger”, voegt de endocrinoloog hoopvol toe.

Patiënten benaderen maar zelden de huisarts voor hun gewichtsproblematiek. Ze spreken erover met hun omgeving, zoeken informatie op online.

‘Eerder dan een DEXA-scan hebben we in eerste instantie een gerichte anamnese, lichamelijk onderzoek en een bloedafname nodig’

Sommigen nemen zelf contact op met een obesitaskliniek, maar ze vergeten hun huisarts. Uit schaamte? “Het gesprek zelf aangaan, is belangrijk. Ook bij patiënten die hun gewicht niet als een probleem zien. Idealiter doe je dat niet in het kader van een ander, acuut probleem, zoals rugpijn. Dan zullen de mensen je niet ‘horen’. Een aparte raad-



Prof. dr. Bart Van der Schueren: “Alleen door te stadiëren kunnen we ervoor zorgen dat nieuwe tools als GLP-1-analogen bij de juiste patiëntpopulatie terechtkomen.”

pleging leent zich beter”, meent prof. Van der Schueren, “om de weerslag van het overgewicht te evalueren en te luis-

teren naar hoe de patiënt er zelf tegenover staat.”

Vanwege de tekorten die we gezien hebben, mogen GLP-1-analogen (zoals semaglutide en liraglutide) en ‘twincretines’ (zoals tirzepatide) enkel voorgeschreven worden door endocrinologen. “Maar gezien de frequentie en de toename van obesitas, zal dit eerstelijnsmedicatie worden”, vermoedt de specialist. “Stadiëring is dus van zeer groot belang, om de medicatie gericht in te zetten”, besluit Bart Van der Schueren.

dr. Hade Scheyving

Opmerkingen en referenties:

1. Rubino F, et al. Definition and diagnostic criteria of clinical obesity. *Lancet Diabetes & Endocrinology* (Jan, 2025). DOI: 10.1016/S2213-8587(24)00316-4.
2. belgium.easo.org/diagnosis-and-staging-of-overweight-and-obesity/
3. intego.be/onderzoek
4. Algoritme van de European Society for Cardiology die het 10-jaars risico op hart- en vaatziekten evalueert.
5. Informatie (voor arts en patiënt) vind je onder meer op eetexpert.be



studenza



INVESTEER ZORGELOOS MET GEGARANDEERDE INKOMSTEN

Gegarandeerde inkomsten*
Maandelijks zekerheid van uw inkomsten dankzij poolsysteem.
De gemiddelde kotprijs in Vlaanderen stijgt naar € 500.
(Bron: De Tijd)

Zorgeloos beheer door ervaren uitbater*
Zo hoeft u geen operationele, technische of administratieve taken uit te voeren.

Moderne units voorzien van alle comfort
Keuze uit verschillende types.

Toplocatie aan campus Universiteit Antwerpen
Meer dan 95.000 studentenkoten tekort in Vlaanderen!

Te koop vanaf € 149.750* (excl. kosten)

*Cfr. de contractuele bepalingen.

LANCERING NIEUW PROJECT



ONTDEK ALLE VOORDELEN OP WWW.STUDENZA.BE



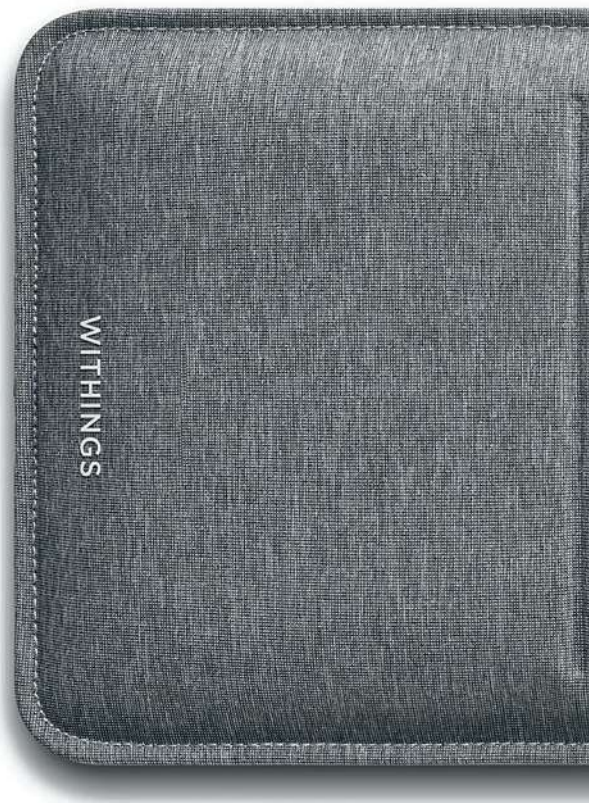
Beter slapen met slimme technologie (?)

TECH Een uitgeslapen mens is er twee waard. Maar hoe weet, of liever gezegd méét je eigenlijk of je een goede nachtrust hebt gehad? We bekeken drie gadgets die het graag vertellen, en vroegen een expert of die nachtelijke data kunnen leiden tot een beter slaappatroon.

Withings Sleep Analyzer

De Sleep Analyzer is het enige apparaatje van het trio dat uitsluitend bedoeld is om slaap in kaart te brengen. Maar dat doet deze *one-trick pony* wel heel uitgebreid. Eenmaal het 'matje' een plek onder de matras heeft gekregen, registreert het tijdens de nacht behoorlijk wat parameters.

Denk aan hartslag, slaapfasen (REM, diep, licht), het aantal onderbrekingen en uiteraard ook de slaapduur. Daar plakt het gadget 's ochtends een slaapkwaliteitsscore op, en met één druk op een knop wordt er desgewenst een compleet 'slaapdagboek' samengesteld dat de gebruiker eenvoudig kan delen met een arts.



De sensor is ook in staat om slaapapneu te detecteren. Die aandoening veroorzaakt vermoeidheid, maar kan ook gezondheidsproblemen met zich meebrengen, van hoge bloeddruk over beroertes tot hartfalen. Het matje vertelt zelfs of en hoe lang de gebruiker gesnurkt heeft; dat 's ochtends ontkennen heeft weinig zin meer.

Een bijkomende troef van de Sleep Analyzer is dat de gebruiker gedurende de nacht geen wearable moet dragen. Opladen hoeft evenmin, want energie haalt dit apparaat gewoon uit het stopcontact.

>> Info: withings.com

>> Richtprijs: 149,95 euro

Wat zegt de expert?

Dr. Inge Declercq, als neuroloog en somnoloog verbonden aan het UZA, benadert de toenemende populariteit van slaapgadgets met de nodige scepsis. "Want kunnen ze eigenlijk wel meten hoe goed je slaapt?", vraagt de slaapdeskundige zich af. "Ik moet de eerste studie die dat bewijst nog zien." Volgens Declercq maken fabrikanten van dergelijke toestelletjes vaak allerlei claims, maar wordt slechts een stukje daarvan ook daadwerkelijk gevalideerd. "Dat kan bijvoorbeeld zo zijn voor het detecteren van slaapapneu, maar lang niet altijd voor de slaapkwaliteit zelf. Daarvoor moet je immers niet alleen kijken naar parameters als hartslag en -variëteit, ademhaling en nachtelijke bewegingen, maar vooral ook naar de hersenactiviteit. Het is niet voor niets dat wij de patiënt voor een polysomnografie of slaaponderzoek volplakken met elektroden."

Korreltje zout

De huidige generatie slaapgadgets kan daar qua nauwkeurigheid nog niet aan tippen, stelt dr. Declercq: "Ze doen hooguit een poging om iemands nachtrust op te delen in een REM-fase, diepe slaap, lichte slaap, ... Hetzelfde geldt voor dat 'ideale moment van ontwaken' waarmee geadverteerd wordt. Het is niet de technologie die bepaalt hoe laat je best gaat slapen en weer opstaat, dat heeft te maken met jouw persoonlijke chronotype. Wil je dat écht weten, dan bestaat daarvoor een vragenlijst met negentien vragen die je online kan invullen." (lacht)

De nachtelijk geregistreerde data zijn dus met een korreltje zout te nemen. Sterker, de slaapdeskundige waarschuwt zelfs voor een omgekeerd effect. "Als je te veel bezig bent met al die meetresultaten, dan kan dat orthosomnie in de hand werken", zegt ze. Bij orthosomnie hebben mensen een obsessief verlangen naar de perfecte



'Als je te veel bezig bent met al die meetresultaten, dan kan dat orthosomnie in de hand werken'

– dr. Inge Declercq

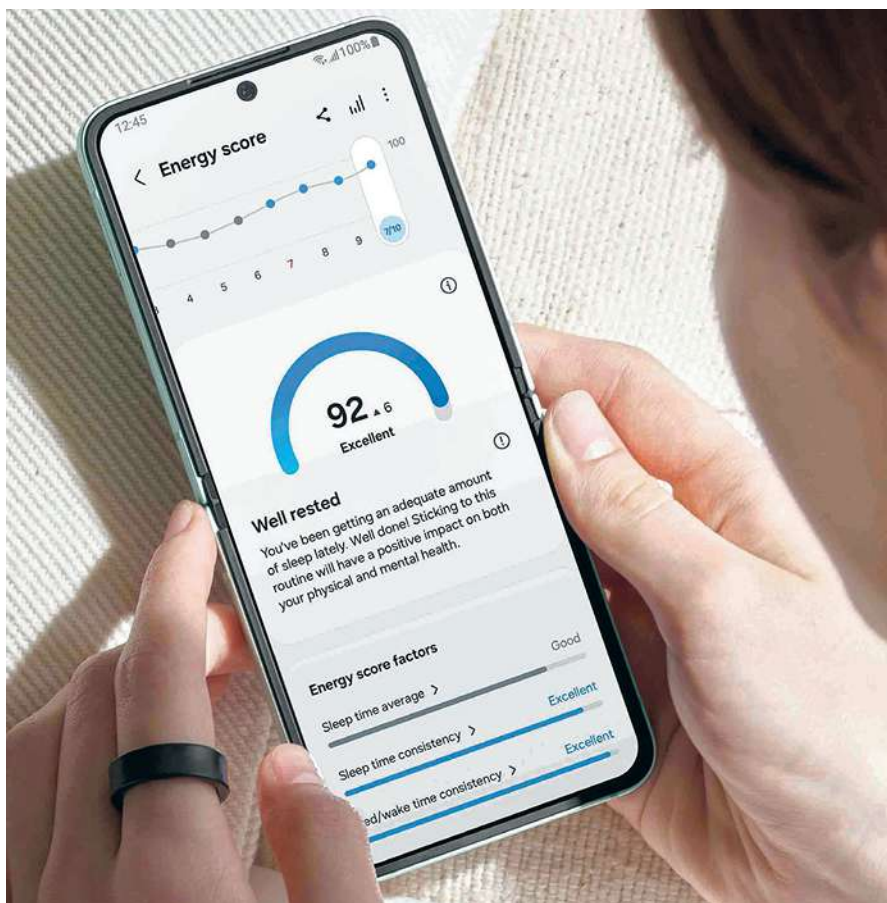
nachtrust. Ze willen de controle houden door metingen met devices, waardoor ze stress krijgen, angstig worden en daardoor juist slechter gaan slapen.

Tussen de oren

"Uiteindelijk heb je ook niet zoveel aan al dat meten", vertelt Declercq. "Slaap zit tussen je oren. We zijn als mens neurobiologisch gemaakt voor slaap 's nachts, dus luister gewoon naar de signalen van je lichaam, en probeer gezond in het leven te staan. Wanneer je je slaap te veel wil controleren, werkt dat averechts."

Zijn slaapgadgets dan helemaal nergens goed voor? Zo ver wil dr. Declercq ook weer niet gaan. "Ze vertellen je misschien niet hoe goed je slaapt, maar wel hoe veel. En die informatie is zeker bruikbaar om je slaapschuld aan te vullen – al is het voorkomen van een slaapttekort nog altijd beter. Verder helpen sommige apparaatjes je bij het ontdekken van slaapstoornissen, zoals apneu en snurken, waarmee je vervolgens naar de dokter kan stappen."

Maar ook op dat vlak is er nog werk aan de winkel. "Er zijn zes grote categorieën slaapstoornissen, en soms overlappen ze elkaar", legt de expert uit. "Je kan ze dus niet zomaar onder één noemer brengen, wat door de huidige gadgets vaak wel nog gebeurt. Hopelijk weten de fabrikanten dat nog verder te verfijnen; dat zou ik alleen maar toejuichen."



Samsung Galaxy Ring

Wie deze slimme ring wil bestellen, krijgt eerst een zogeheten *Sizing Kit* thuisgestuurd om de exacte maat te bepalen. Het kleinood is er in diverse maten (van S tot XL) en komt in drie kleuren: zilver, zwart en goud.

Volgens de Zuid-Koreaanse fabrikant monitort de ring de klok rond de gezondheid, door registratie van onder meer hartslag, stress en – daar is het ons vooral om te doen – de nachtrust. Net als de Withings Sleep Analyzer weet de Galaxy Ring slaapapneu te detecteren, en registreert het ook snurkpartijen. Mocht u twijfelen aan de correctheid van die gegevens: de ring kan de snurkgeluiden ook opnemen!

Voor een meer betrouwbare analyse, zo stelt Samsung, houdt de ring tijdens de nacht ook de bloedzuurstofniveaus en huidtemperatuur in de gaten – twee parameters die het matje van Withings niet registreert.

Ook de Galaxy Ring berekent een slaapscore, en combineert die met de dagdagelijkse activiteiten (aantal stappen, calorieverbranding) tot een overkoepelende energiescore. Eenmaal opgeladen gaat de geïntegreerde batterij ongeveer zeven dagen mee.

>> Info: samsung.com

>> Richtprijs: 449 euro

Whoop

De Whoop laat zich nog het best omschrijven als een activiteitentracker zónder display. Dat heeft zowel nadelen als voordelen, maar tijdens de nacht wegen die laatste nét iets zwaarder door.

Het maakt dit gadget niet alleen wat lichter om dragen; er is ook geen kans op verstoring door een oplichtend schermje wanneer er weer eens een notificatie of mail binnenrolt.

Maar zelfs al geeft de Whoop geen visuele feedback, het apparaat volgt de drager op de voet, met een arsenaal aan data over hartslag, aantal stappen, verbrande calorieën en dies meer. En 's nachts? Dan probeert de Whoop de verschillende slaapfasen te onderscheiden en de drager via een trilalarm op het 'ideale moment' te wekken – bijvoorbeeld wanneer die ten minste 67 procent herstellende slaap heeft genoten, maar niet vroeger dan 6u30 of later dan 7u30.

Origineel is dat de Whoop wordt bijgeladen via een opklikbare batterij. Daardoor hoeft de drager deze (waterdichte) wearable eigenlijk nooit uit te doen. Nog bijzonder is de abonnementsformule: u koopt de Whoop niet, maar gebruikt 'm via een lidmaatschap dat jaarlijks 264 euro kost.

Michel van der Ven



>> Info: whoop.com

>> Abonnement: vanaf 264 euro per jaar

Cholesfytol[®] NG

NIEUWE GENERATIE

De INNOVATIE voor uw CHOLESTEROL!

21 's avonds

Verkrijgbaar in 56 en 112 tabletten

Tilman

*Walnotenblad helpt bij het reguleren van de vetstofwisseling (cholesterol en triglyceriden), in combinatie met een evenwichtige voeding.

‘Constructieve kritiek moet niet als een aanval worden gezien, maar als een kans om te leren’



WERKSFEER In een professionele setting een fout toegeven of een origineel idee inbrengen. Daarvoor is psychologische veiligheid binnen een team noodzakelijk. Tijdens een webinar van Arts in Nood gingen prof. dr. Kris Vanhaecht en psychiater dr. Bart Van Daele aan de hand van een casus met elkaar in gesprek over dit thema.

Van Daele opent het webinar met: “Wat is psychologische veiligheid eigenlijk? Hoe definiëren we het?”. Vanhaecht antwoordt daarop dat veiligheid te maken heeft met jezelf kunnen zijn. “Dat je een ‘domme vraag’ durft te stellen, zonder dat je belachelijk wordt gemaakt.”

Om het belang van psychologische veiligheid te illustreren, beschrijft Van Daele een casus uit de praktijk binnen een ziekenhuisafdeling. “Op een bepaald moment belt een stafid naar de hoofddarts om een probleem op de afdeling aan te kaarten. Het diensthoofd zou zich tegenover verschillende collega’s negatief uitlaten over het personeel op de afdeling, wat veel collega’s een onbehaaglijk gevoel geeft en een sfeer van angst en terughoudendheid creëert. Tijdens patiëntbesprekingen durven medewerkers hierdoor hun mening niet te geven, uit vrees voor kritiek of slachtoffer te worden van roddels. Een

onbehaaglijke en daardoor mentaal onveilige werksfeer dus.”

Benaderbaarheid en actief luisteren spelen een sleutelrol in een veilige werkomgeving

Onveilige werksfeer

Van Daele: “Het effect van zo’n onveilige werksfeer mag niet onderschat worden. Verpleegkundigen, artsen en andere professionals voelen zo’n sfeer feilloos aan. Die spanning straalt af op het team en kan uiteindelijk zelfs een risico vormen voor de patiëntveiligheid.”

Volgens beide heren bevindt de hoofddarts zich in deze casus in een lastige positie. Enerzijds moet hij inschatten of het om een persoonlijke afrekening van het medisch diensthoofd gaat, terwijl hij anderzijds de alarmsignalen vanuit het team niet mag negeren.

Van Daele: “In dit geval is het belangrijk dat de hoofddarts het probleem niet in zijn eentje probeert op te lossen. Bespreek de situatie met andere leidinggevenden en onderzoek de verschillende perspectieven. In deze casus is uiteindelijk door de hoofddarts gekozen voor een open discussie met alle betrokkenen, inclusief het diensthoofd. Hoewel de bijeenkomst pittig was, verliep deze respectvol en constructief.”

Deze aanpak was niet eenvoudig, zo vertelde Van Daele, omdat er zaken ter sprake kwamen die medewerkers in vertrouwen aan de hoofddarts hadden gemeld. Toch was in dit geval het transparante gesprek noodzakelijk om de situatie op een eerlijke manier aan te pakken. Het personeel van de afdeling kon in een veilige omgeving hun verhaal kwijt, terwijl het diensthoofd hier op een discrete wijze kon reageren. “Het was een zinvol gesprek, omdat duidelijk werd dat het personeel van de afdeling nog altijd zeer gemotiveerd

was en openstond voor constructieve samenwerking met het diensthoofd. Het diensthoofd werd op zijn beurt op een respectvolle manier en ook in een voor hem veilige omgeving gecorrigeerd en beloofde zich aan te passen.”

Stabiele werksfeer

Volgens Vanhaecht is een ziekenhuis een organisatie waar psychologische veiligheid cruciaal is voor de stabiele werksfeer, aangezien personen daarbinnen met nieuwe frisse ideeën durven te komen en van elkaar kunnen leren. Belangrijke factoren daarbij zijn: regelmatige kleinschalige feedbacksessies, debriefings na moeilijke situaties, laagdrempelige meldingssystemen, en vertrouwenspersonen. “Het is daarbij belangrijk dat een cultuur van respect, openheid en samenwerking centraal staat”, zegt Vanhaecht. “Een cruciaal element is positief reageren op feedback. Constructieve kritiek moet niet als een aanval worden gezien, maar als een leerkans. Dit vraagt om een verwijt vrije cultuur, waarin fouten bespreekbaar zijn en feedback wordt gegeven met respect en begrip. Wanneer mensen zich gewaardeerd voelen, accepteren ze feedback eerder.”

Daarnaast is het essentieel om de bijdragen van anderen te erkennen. Net zoals een topsporter zijn overwinning aan het team toeschrijft, is het in een professionele omgeving belangrijk om successen gezamenlijk te vieren. Benaderbaarheid en actief luisteren spelen een sleutelrol in een veilige werkomgeving. “Een opendeurbeleid is nutteloos als iemand zich niet écht gehoord voelt. Verder is het noodzakelijk om onbeleefd of grensoverschrijdend gedrag direct aan te pakken. Wat voor de een humor is, kan voor de ander kwetsend zijn. Tot slot is het cruciaal om leren binnen het team te bevorderen. ‘Domme vragen’ bestaan niet; ze stimuleren nieuwsgierigheid en groei”, besluit Vanhaecht.

Floris Cup

Zet geen ultrabewerkt voedsel op tafel

BOEK Een van de factoren bij het ontstaan van obesitas is ultrabewerkte voeding. Die is verslavender en vooral dodelijker dan roken, stelt de Lommelse huisarts Staf Henderickx.

Voor de productie van ultrabewerkte voeding (UBV) worden gewassen zoals tarwe, maïs en soja ontmanteld in hun onderdelen: eiwitten, koolhydraten en vetten. Deze worden dan samen met additieven zoals kleurstoffen, conserveermiddelen, smaakversterkers en zoetstoffen verwerkt tot voedingsmiddelen die u vindt in de supermarkt bij u in de buurt. UBV zijn 'industriële geproduceerde eetbare substanties op smaak gebracht door chemische additieven', luidt de weinig smakelijke definitie. UBV is onevenwichtige voeding: ze bevat een overmaat aan suikers, vetten, zout en additieven, maar mist essentiële voedingsstoffen zoals vezels, vitaminen en mineralen.

De impact van UBV op de volksgezondheid is enorm, stelt Henderickx. Volgens onderzoek dat hij aanhaalt, speelt UBV een rol bij onder meer obesi-

tas, hart- en vaatziekten, kankers, allergische aandoeningen en auto-immuunziekten. Het boek biedt een onthutsende opsomming van de schade die UBV aanricht: van verstoring van het hormoonstelsel en het microbiom tot aantasting van de hersenen en zenuwen.

Ultrabewerkt voedsel zijn 'industriële geproduceerde eetbare substanties op smaak gebracht door chemische additieven'

Een van de misvattingen die Henderickx doorprijkt, is dat 'welvaartsziekten' zoals obesitas het resultaat zijn van de algemene welvaartstoename. Het zijn juist de sociaal-economisch kwets-

bare groepen die disproportioneel lijden onder de gevolgen van slechte voeding.

Wat kan de medische wereld hiertegen doen? De 'regel van drie' die in het boek wordt aangereikt – eet gevarieerd, eet het originele product en eet met mate – klinkt evident, maar is in de praktijk moeilijk realiseerbaar binnen een maatschappij waar ultrabewerkt voedsel overal beschikbaar is én goedkoper dan gezonde alternatieven.

Van de voedingsindustrie moeten we geen hulp verwachten, zegt Henderickx: die probeert de aandacht van het probleem af te leiden door met een beschuldigende vinger naar onze levensstijl te wijzen. Je wordt niet dik van chips en frisdrank, maar van gebrek aan beweging, luidt het dan. Een fundamentele aanpak van UBV is dan ook een bredere maatschappelijke uitdaging, net zoals de klimaatverandering.

E.D.



>> Staf Henderickx, *Dit slik ik niet meer!* Een bezorgde dokter over de ultrabewerkte voeding die ons ziek maakt. Lannoo, 2024.

De arts in het btw-stelsel

Medische handelingen zijn soms wel, soms niet vrijgesteld van btw. Stefan Ruyschaert, adviseur bij de FOD Financiën en docent aan de UGent en Odisee hogeschool, doet haarfijn uit de doeken hoe dat werkt.

Volgens artikel 44 van het Belgische BTW-wetboek is 'medische verzorging' vrijgesteld van btw. Die vrijstelling is echter niet van toepassing op ingrepen en behandelingen 'zonder therapeutisch doel'. Dat klinkt eenvoudig, maar noch het BTW-wetboek noch de Europese btw-richtlijn geeft een definitie van het begrip 'therapeutisch doel'.

Het Europese Hof van Justitie heeft verduidelijkt dat het moet gaan om medische handelingen 'die worden uitgevoerd om de gezondheid van de patiënt te beschermen, te behouden of te herstellen'. Dat laat nog steeds ruimte voor interpretatie. De vraag of een bepaalde handeling of ingreep al dan niet een therapeutisch doel heeft, moet

daarom vaak geval per geval beoordeeld worden aan de hand van rechtspraak van het Europese Hof van Justitie. Esthetische chirurgie die alleen tot doel heeft het fysieke voorkomen te verfijnen of te verbeteren is niet vrijgesteld; een esthetische ingreep bij personen die een ingreep ondergaan als gevolg van ziekte, letsel of een aangeboren afwijking wél.

Het boek bevat een uitgebreide casuïstiek voor artsen, andere gezondheidszorgberoepen en ziekenhuizen, en duidelijke FAQ's. Nu een honorarium voor euthanasie is goedgekeurd, is het wellicht relevant om te weten dat het uitvoeren van euthanasie wordt beschouwd als een medische handeling met een therapeutisch doel. Het vast-

stellen van een overlijden is eveneens vrijgesteld, maar een lijkschouwing niet.

Meewerken aan onderzoek in opdracht van de farmaceutische industrie of aan algemeen onderzoek, zoals dat van Sciensano, wordt niet als een therapeutische handeling beschouwd en geniet dus niet van de vrijstelling.

Ruyschaert gaat ook uitgebreid in op de formaliteiten om te voldoen aan de btw-wetgeving, en op de vrijstellingsregeling voor wie voor minder dan 25.000 euro per jaar btw-plichtige handelingen stelt.

Een zeer nuttig naslagwerk, maar misschien eerder voor uw accountant dan voor uzelf.

E.D.



>> Stefan Ruyschaert, *De arts in het btw-stelsel*. Maklu, 2024.



*Valerie Van Peel
en Frieda Gijbels
(Voormalig) Kamerlid N-VA.*

Decennialange strijd

Niet-werknemers die slachtoffer zijn van asbest moeten in alle gevallen een burgerlijke rechtsvordering kunnen opstarten. Dat kleine zinnetje in het nieuwe regeerakkoord, met die cruciale woorden 'in alle gevallen', is het resultaat van een decennialange strijd van velen. Een strijd die er nooit één had mogen zijn. Dit zinnetje is een eerbetoon aan de duizenden slachtoffers, de duizenden families die een geliefde een verschrikkelijke dood zagen sterven zonder enig moreel gevolg en aan strijders zoals Erik Meersschaert en Eric Jonckheere, die tot op hun laatste dag hebben gevochten tegen deze onrechtvaardigheid.

De eerste bewijzen van de link tussen asbest en kanker dateren al uit de jaren '50. Eind jaren '60 was er geen ontkennen meer aan. En toch bleef de asbestproductie in België duren tot 1997. De overheid draagt hiervoor een verpletterende verantwoordelijkheid, net als de producenten die miljoenen spendeerden aan lobbywerk om de waarheid te verdoezelen. Toen al wist men dat de eerste symptomen tientallen jaren op zich zouden laten wachten. Ruim de tijd nog – met andere woorden – om de business verder te laten draaien.

*‘Hoog tijd dat wij als
gehele gemeenschap in beroep gaan’*

En toch kon en durfde – in het grootste asbestland van Europa, België genaamd – tot nu toe enkel de familie Jonckheere een rechtszaak aanspannen tegen Eternit. In landen zoals Italië, Duitsland, het Verenigd Koninkrijk en Nederland vonden monsterprocessen plaats. Maar hier hield de wetgever de asbestproducenten al die jaren een hand boven het hoofd.

Via een 'historisch compromis' werd in 2007 onder de regering-Verhofstadt het Asbestfonds opgericht. Op het laatste moment voegde de premier zelf nog twee modaliteiten toe. Ten eerste werd elke werk-

gever verplicht het asbestfonds te spijzen, ook diegenen die nooit met asbest hadden gewerkt. En asbestslachtoffers die een vergoeding uit het fonds aanvaardden, werden verplicht af te zien van hun recht om het verantwoordelijke bedrijf aan te klagen. Zelfs de omgevingslachtoffers die door niemand vertegenwoordigd werden. Zwijggeld op je sterfbed. Omdat hun tijd en energie schaars is, kiezen nagenoeg alle slachtoffers meer dan begrijpelijk voor het Asbestfonds. En de vervuiler. Die betaalt geen cent.

Hier zijn we dan, weer een paar decennia later. In een land waar het aantal asbestdoden per jaar piekt, en er nog vele doden zullen volgen. Nog tientallen jaren zullen elke week vier tot vijf mensen een diagnose krijgen van asbestkanker. Bijna elke dag van het jaar zal er iemand in België overlijden aan asbest. Een land waar nog steeds in elke hoek, elke straat, elke school tonnen asbest te vinden zijn. Een land dat eindelijk inzet op de verwijdering ervan. Maar dat ook daarvoor te weinig naar de verantwoordelijken kijkt.

Binnenkort wordt Etex, het vroegere Eternit, verwacht op een hoorzitting over asbest. Hoe mooi zou het zijn als ze zichzelf overstijgen en mea culpa slaan? Wetende dat ze voortbouwen op het bloedgeld van destijds. Het zou getuigen van verantwoordelijkheid voor de immense schade die in het verleden werd berokkend als ze vandaag tenminste akkoord gaan om proportioneel mee bij te dragen aan de verwijdering ervan.

Maar we maken ons geen illusies. Recent kende de rechter een voorlopige schadevergoeding toe aan Eric Jonckheere, die onlangs als vijfde in zijn gezin aan longvlieskanker overleed. De rechter oordeelde dat Eternit bewust risico's heeft genomen en sprak van 'bedrog' en 'systematische manipulaties' om de schade te verbergen. Ocharme 50.000 euro beval het vonnis voor dit onnoemelijk leed. Eternit ging in beroep. Er is geen schaamte meer. Hoog tijd dat wij als gehele gemeenschap in beroep gaan. Tegen de cadeaus en onterechte schuldkwijtschelding die onder andere dit bedrijf al die jaren heeft ontvangen op de kap van duizenden doden. •

De auteur schrijft in eigen naam.



Brandalarm

Sofie Fransen

Chirurg, docent Universiteit Maastricht & coach voor artsen.

Uiteraard hebben we allemaal (mijn aanname) wel eens van die dagen dat we gewoon op een onbewoond eiland willen zitten, of een B&B willen opstarten in een mediterraan land, of dat we tijdens een vakantie een werkplan B maken. Dat zijn herkenbare gedachtes.

Maar wat blijkt: één op de vier tot één op de drie artsen heeft die gedachte vaker dan goed voor hen is. En daar blijft het niet bij, ze hebben vaker last van erge vermoeid-

heid, slapen slecht, voelen emotionele onregeling en gaan mentaal afstand nemen van het werk. Dat laatste is een soort van zelfverdediging als een disfunctionele poging om verdere uitputting te voorkomen. Dit kunnen allemaal symptomen zijn van burn-out. Lees goed: 'een medische aandoening' die we als artsen zeer goed bij onszelf negeren of niet als ziekte aanzien. Maar waarom – wij zijn toch ook maar mensen? •

„Wij zijn toch ook maar mensen?“



Droom

Donald Claeys

Chirurg, secretaris-generaal Verbond der Beroepsverenigingen van Artsen-Specialisten (VBS).

Voldoende gemotiveerde mensen vinden die in de zorg willen stappen en honderden zo niet duizenden noden aanvullen, wordt dramatisch zelfs met een bijhorende kostprijs. Hulp halen door zorgkundigen te ronselen uit landen die minder welstellend zijn is de wereld op zijn

kop, in hun land zijn ze immers prioritair nodig voor het in stand houden van hun reeds precair zorgniveau. Ondertussen wordt gezondheidszorg ervaren als een last op de staatsbegroting; het zou nochtans eerder een doel moeten zijn. Geven we dan maar ons solidariteitsmodel op om

de begroting van defensie bij te sturen? Zullen alle betrokken partijen nu een geneeskunde met twee snelheden toelaten? Het merendeel van de artsen zullen door de aard van hun engagement de laatsten zijn in de samenleving om deze evolutie toe te laten. •

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



Technologie in topvorm

Peter Peumans

CTO Health Technologies imec.

De opkomst van slimme sportkleding en AI-platformen maakt het mogelijk om sporters op een datagedreven manier te begeleiden. Dat opent nieuwe mogelijkheden om blessures te voorkomen. Bewegingsdata kan waarschuwen voor een verkeerde houding, een asymmetrische loopbeweging of een trainingsbelasting die te snel wordt opgevoerd. Kleine aanpassingen, zoals het corrigeren van een loopstijl, kunnen dan grotere blessures voorkomen.

Ook bij revalidatie bieden deze tools waarde: objectieve data helpen om te bepalen of een sporter klaar is om weer voluit te trainen, en voorkomen dat hersteltrajecten worden verlengd door overbelasting. Tegelijkertijd stelt de technologie sporters in staat om hun prestaties te optimaliseren. Wearables en sensoren bieden een nieuw perspectief op hoe trainingen het lichaam beïnvloeden en hoe snel herstel plaatsvindt. •



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

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

Hoofdredacteur

Filip Ceulemans (filip.ceulemans@roularta.be)

Eindredactie

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

Redactie

Erik Derycke (erik.derycke@roularta.be),
Nicolas de Pape, François Hardy,
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

Frontoffice assistant

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

Artsenkrant

is een uitgave van
Raketstraat 50 bus 14 - 1130 Brussel



Medical manager

Dr. Hade Scheyning

Operations Manager

Virginie Meysmans
virginie.meymans@roularta.be

Uitgeefdirecteur

Luk Wynants

Verantwoordelijk uitgever

Sophie Van Iseghem

Digital manager

Jorgen Vanderdood
jorgen.vanderdood@roularta.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

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.denoerbrug.be
contact: pjahermandoc@hotmail.com
tel: 0467/01.25.16 N09016

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

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 huisartsenpraktijk 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

Dr. Marius An zoekt dringend huisartsen voor dokterspraktijk De Boonvenne in Berlare. Drukke praktijk met gevarieerde patiëntenpopulatie. Nieuwbouw van 2018. Contact: doktersberlare@gmail.com N09021

Vacature huisarts te Lummen :

- Vast/tijdelijk/deeltijds/fulltime
 - 2 lange tot 18u, 2 korte tot 16u en 1 vrije dag
 - Min aan huisbezoeken
 - Geen instapkosten
 - Sociale voorzieningen voor ziekte- en moederschapsverlof
- Contact : info@hapcurtisjanssen.be of tel. 013/52 24 95. N09022

WERKAANVRAAG

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

VERVANGINGEN

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

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

Wenst u ook een vacature te plaatsen?
Mail naar
vacature.healthcare@roularta.be

Op zoek naar een nieuwe uitdaging?

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

Als voltijdse militair of deeltijdse reservist?

Kom bij ons team via deze QR-code :



Zwangerschapsvervanging gezocht te Wijer (Nieuwerkerken) van 28/7/25-28/11/25.

Verschillende mogelijkheden in tewerkstelling: voltijds, deeltijd, deel van deze periode, mogelijkheid tot langere tewerkstelling of associatie. Geen kosten, geen verplichting tot wachten over nemen (indien gewenst kan dit wel). Voor meer informatie: mail naar drsaralongin@gmail.com.

NR1981

PRAKTIJK

Drukke solopraktijk te Humbeek over te nemen

Verschillende opties zijn mogelijk: praktijkruimte kan afzonderlijk gehuurd worden, ruimte voor twee kabinetten, 2 of 3 artsen kunnen hier werken.

Optie 2: huis en praktijkruimte kunnen ook samen aangekocht worden. Tijdelijke begeleiding door mijzelf is mogelijk. Contact: tel.: 02/269.04.72 of email: karel.willems@live.be.

NC8275

Bloeiende solo - Huisartsenpraktijk te Stekene

over te nemen + huur kabinet. Tel 03 779 64 58 of 0486 58 28 38.

NC8276

TE HUUR: ingerichte kabinetten in nieuwe multidiscipl. praktijk Nieuwpoort-Bad.

Versch. formules mogelijk, ook per blok v 4u. Contact: sarah.terras@azoostende.be. NC8277

MEDISCH MATERIAAL

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

Te koop: NIDEK OCT RS-330 in zeer goede staat en met alle toebehoren: 5000€. valvekensfrank@hotmail.com NM2069

UW
ADVERTENTIE
HIER
Interesse?

Mail ons
voor de
mogelijkheden op
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

Sprekers:

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

REGISTRATIE LINK



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



Accreditering is aangevraagd



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?

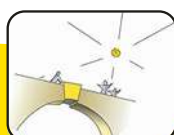
U wil een baan met een beduidende impact?

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



Cardioloog

Vacature

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

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

Profiel

- ▶ Voltijds cardioloog, gedreven, enthousiast en dynamisch
- ▶ Bereid om te werken in associatief verband in een multidisciplinaire setting
- ▶ De focus ligt op de uitbouw van de non-invasieve cardiologie met name de basis cardiologische zorg, klinisch en poliklinisch
- ▶ Kennis van cardiale MRI en pacemakerimplantatie strekt tot aanbeveling
- ▶ Assistenten in opleiding kunnen ook solliciteren

De kandidatuur met begeleidingsbrief moet vóór 31 maart 2025 aangetekend gestuurd worden naar Dr. Bart Van Daele, Voorzitter Raad van Bestuur, AZ Klina vzw, Augustijnslei 100, 2930 Brasschaat. Deze moet vergezeld zijn van:

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

Voor bijkomende inlichtingen

- ▶ Dr. Frank Cools, Arts-diensthoofd Cardiologie
T + 32 3 650 51 44 - frank.cools@klina.be
- ▶ Dr. Christine Cuyt, Hoofdarts
T + 32 3 650 50 06 - christine.cuyt@klina.be
- ▶ Dr. Joost Baert, Algemeen Directeur
T + 32 3 650 52 70 - joost.baert@klina.be

‘Ik voelde dat dit huis de wijk nog steeds iets te bieden heeft’

PORTRET Jarenlang konden mensen uit de Gentse Bloemekenswijk terecht in de dokterswoning van dr. Guido De Munck. Nu, na zijn pensioen en jaren nadat hij zijn praktijk verhuisde naar gezondheidscentrum De Kaai, opent de arts in rust opnieuw de deuren van de voormalige dokterswoning.

Het statige huis fungeerde ruim 30 jaar als praktijkruimte voor de huisarts, totdat de praktijk in 2005 verhuisde naar Wijkgezondheidscentrum De Kaai. Vanaf dat moment keerde de rust tijdelijk terug in de dokterswoning. Toen De Munck in 2016 eenmaal met pensioen ging, bleef hij ervan overtuigd dat het huis nog steeds een waardevolle maatschappelijke rol in de buurt kon blijven vervullen.

De Munck: “Na mijn pensioen ging ik niet stilzitten. Ik bleef als vrijwilliger actief rondom thema’s als eenzaamheid en rouwverwerking. Het idee dat de dokterswoning nog altijd een waardevolle rol kon spelen voor mensen in de buurt, speelde altijd in mijn achterhoofd, wat ik kenbaar maakte bij mijn oud-collega’s van De Kaai.”

Veilige plek

Voor de herbestemming heeft De Munck samen met Lara Hardeman, die deel uitmaakt van het team Gezondheids promotie De Kaai, onderzocht welke mogelijke rol het huis in de buurt zou kunnen blijven spelen. “We zagen al snel dat de voormalige dokterswoning voor veel mensen een veilige plek kan zijn, waar ze op een laagdrempelige manier en in een niet-medische omgeving over hun problemen kunnen praten. In deze wijk wonen mensen van verschillende sociale lagen en culturele achtergronden door elkaar, maar helaas ook langs elkaar heen. Juist door het huis open te stellen, hopen we dat mensen elkaar eerder en gemakkelijker weten te vinden om hun verhaal kwijt te kunnen.”

Toen het plan eenmaal was uitgewerkt en goedkeuring kreeg van de stad Gent, werd de voormalige dokters-

woning omgedoopt tot Villa Varen; wat niet enkel verwijst naar de varens in de tuin, maar ook zinspeelt op het in eigen hand nemen van de gezondheid. “Een eigen koers varen”, aldus de initiatiefnemers.

Sinds de heropening eerder dit jaar, worden er in Villa Varen verschillende bijeenkomsten georganiseerd rondom een centraal thema, zoals chronische pijn, eenzaamheid of mentale problemen

Sinds de heropening eerder dit jaar, worden er door De Kaai in Villa Varen verschillende bijeenkomsten georganiseerd rondom een centraal thema, zoals chronische pijn, eenzaamheid of mentale problemen. “Binnenstappen bij een bijeenkomst in Villa Varen is gemakkelijker dan met je problemen langsgaan bij een huisarts. Mensen voelen zich hier in de huiselijke omgeving op hun gemak en begrepen door lotgenoten. Medewerkers van het gezondheidscentrum geven dat ook aan; mensen voelen zich vrij en durven zich open te stellen”, zegt De Munck. “Ander voordeel is de bottom-up aanpak. Medewerkers signaleren vroegtijdig problemen en noden door met buurtbewoners te praten, waar artsen in het gezondheidscentrum op in kunnen spelen.”

Warme reacties

Voor De Munck was het in het begin wennen om zijn oude dokterswoning in een nieuwe rol te zien. “Het voelde eerder gezegd vreemd aan, maar al snel



Guido De Munck: “Binnenstappen bij een bijeenkomst in Villa Varen is gemakkelijker dan met je problemen langsgaan bij een huisarts. Mensen voelen zich hier in de huiselijke omgeving op hun gemak en begrepen door lotgenoten.”

voelde ik dat het goed zat. De warme en positieve reacties uit de buurt bevestigden dat het huis een nieuwe mooie bestemming heeft gekregen. Ik kreeg veel positieve reacties van oud-collega’s en vrienden, en zelfs van een voormalig klasgenoot.”

Volgens de gepensioneerd huisarts hebben verschillende collega’s uit de buurt aangegeven interesse te hebben in Villa Varen. “Er wordt bijvoorbeeld nagedacht over muziek- of schildertherapie, waarbij mensen met gelijkaardige problematiek elkaar kunnen steunen en een luisterend oor bieden. Sommige problemen zijn voor patiënten lastig te bespreken met hun huisarts, maar in een privésetting met lotgenoten lukt dat vaak wel”, zegt De Munck. “Ik hoop daarom dat er meer soortgelijke initiatieven volgen. Mentale gezondheid is een maatschappelijk thema dat een grote impact heeft op het algehele welzijn van een persoon, en juist deze laagdrempelige initiatieven kunnen een belangrijke rol spelen in de ondersteuning hiervan.”

Ook in de toekomst hoopt De Munck verbonden te blijven aan Villa Varen. “Als huisarts heb ik geleerd goed naar mensen te luisteren. Je bouwt met iemand een relatie, die je soms jarenlang blijft opvolgen en waardoor je een band krijgt. Ik heb jonge patiënten zien opgroeien en ouderen in hun laatste levensfase begeleid. Juist die diepere connectie met mensen maakte het vak voor mij zo bijzonder. Ik zat daarom te denken om samen met een groep vrijwilligers de tuin van het huis te gaan onderhouden, waarbij ik tegelijkertijd een luisterend oor kan bieden aan bijvoorbeeld ouderen, mensen die eenzaam zijn of misschien wel jonge gasten die hun weg in de maatschappij niet weten te vinden. Zo kan ik mijn skills blijven inzetten”, besluit De Munck.

Villa Varen heeft voor de komende 20 maanden van de Stad Gent een subsidie gekregen, maar hoopt het project ook na deze periode te blijven continueren met lokale partners.

Floris Cup