



Artsen krant

• www.artsenkrant.com

DE REFERENTIE VOOR HUISARTSEN EN SPECIALISTEN

46STE JAAR NR 2793 - DINSDAG 18 MAART 2025 - 3,00 € - TWEEWEEKLIJKS - P309577 - MEIBOOMLAAN 33, 8800 ROESELARE, BELGIË.

In snelheid gepakt door covid-19



Het mandaat van Hans Kluge als directeur Europa van de WHO startte ongeveer gelijktijdig met de covid-19-pandemie. Hij is dan ook de geschikte gesprekspartner om vanuit een meer globale visie terug te kijken op de pandemie en zo onze reeks van vijf edities naar aanleiding van vijf jaar covid-19 gepast af te sluiten.

Half februari was Hans Kluge enkele dagen in het land. Hij had er onder meer afspraken met de Europese commissie en met minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid Frank Vandenbroucke (Vooruit) en zijn collega van Buitenlandse Zaken Maxime Prévot (Les Engagés). Thuis is voor hem echter niet Brussel, maar wel Roeselare. Wanneer hij in België is, verblijft hij stevast in zijn geboortestad bij zijn ouders in de schaduw van het AZ Delta. Het is daar dat de Europese directeur van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) ons ontvangt voor het interview dat onze reeks over vijf jaar covid-19 afsluit.

Hans Kluge startte als regionaal directeur Europa van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) op 1 februari 2020. Amper een maand eerder waren uit China onrustwekkende berichten gekomen over een nog onbekend virus dat ongemeen hard toesloeg. Begin januari lieten Chinese wetenschappers weten dat het virus van mens op mens overging.

Dat leidde niet meteen tot paniek in de rest van de wereld, wel tot verscherpte waakzaamheid.

Bij het aantreden van Hans Kluge in zijn nieuwe functie bij de WHO waren er amper gevallen van covid-19 geregistreerd in Europa. Frankrijk was op 24 januari het eerste Europese land waar drie gevallen werden bevestigd, een dag later werden de eerste gevallen gesignaleerd in Oostenrijk en Zwitserland. Enkele dagen later volgden Duitsland en Nederland (27 januari), het Verenigd Koninkrijk (29 januari) en Spanje en Italië (31 januari). In ons land was op 4 februari iemand die uit Wuhan was geëvacueerd het eerste slachtoffer. Was er die laatste dagen van januari en de eerste dagen van februari voornamelijk sprake van slachtoffers die rechtstreeks of onrechtstreeks in contact kwamen met China, dan verspreidde het virus zich vervolgens onder meer via de skigebieden razendsnel over heel Europa.

'Vaccins hebben 1,4 miljoen Europese levens gered' 8-9

Artsen op de koffie bij Vandenbroucke

Begin deze maand nodigde minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid Frank Vandenbroucke (Vooruit) de drie artsensyndicaten uit op zijn kabinet. Hij gaf toelichting bij het regeerakkoord en de prioriteiten van de regering inzake gezondheidszorg.



De toestand in de wereld maakt dat de budgettaire situatie waarbinnen de regering moet ageren niet rooskleurig is. Met deze mededeling trapte Vandenbroucke een open deur in tijdens zijn overleg met de drie artsensyndicaten. Hij voegde er wel meteen aan toe dat gezondheidszorg een prioriteit blijft en dat bijkomende investeringen noodzakelijk zijn om de zorg toegankelijk en kwaliteitsvol te houden.

Aan de hand van het regeerakkoord stelde Frank Vandenbroucke tien werven voor die hij tijdens deze legislatuur wil aanpakken.

Thema's die aan bod kwamen, waren het budgettair kader van de gezondheidszorg, digitalisering en eHealth, administratieve vereenvoudiging, hervorming van de nomenclatuur en de ziekenhuisfinanciering, re-integratie van langdurig zieken, doelmatig werken en de huisartsen, het conventiesysteem en de pseudocodes. De minister en het RIZIV reiken hierbij de hand naar de artsen om samen aan deze werven te werken.

De artsensyndicaten reageren gematigd positief. Voor Marieke Geijsels (AADM) toonde het overleg dat er een nieuwe dynamiek is waarbij het kabinet de artsen actief wil betrekken en snel werk wil maken van ambitieuze plannen en uitdagingen. Johan Blanckaert zegt dat de BVAS zich constructief zal opstellen en met eigen voorstellen zal komen om de belangen van de artsen te verdedigen.

F.C.



Filip Ceulemans

Eerste steen

Vijf jaar geleden werden we in België en de rest van Europa geconfronteerd met een nooit eerder geziene lockdown. Het dagelijks leven viel nagenoeg volledig stil. Vanuit Italië bereikten ons de hallucinante beelden van overvolle ziekenhuizen. In Bergamo stierven slachtoffers van covid-19 eenzaam in de ziekenhuisgangen. Al snel volgden bijna identieke beelden uit Belgische ziekenhuizen, hoewel het nooit zo schrijnend werd als in Noord-Italië. Toenmalig minister van Volksgezondheid Maggie De Block beval ons met luide stem in 'ons kot te blijven'. Iedereen herinnert zich nog dat ze 'het meende'.

In deze editie van *Artsenkrant* sluiten we een reeks van artikels af waarin we terugblikken op deze onzalige periode. We startten de reeks eind januari in eigen land met coronacommissaris Pedro Facon en eindigen vandaag met Hans Kluge die als directeur van WHO Europa een meer internationale visie geeft. Niet zonder echter een bloemetje te werpen naar Pedro Facon, die de crisis al bij al in goede banen wist te leiden in ons land.

Zijn er in ons land en internationaal fouten gemaakt in de aanpak van de covid-19-pandemie? Zonder enige twijfel. Geen enkele van onze gesprekspartners van de voorbije weken trok dat in twijfel. Maar om het met een Bijbels citaat te zeggen: "Wie zonder zonde is, werpe de eerste steen." Uit de fouten die gemaakt werden in de uitzonderlijke situatie van een nieuw, onbekend virus, moeten lessen voor de toekomst worden getrokken. Op alle niveaus wordt daaraan gewerkt, zowel in België als internationaal. Iedereen beseft immers dat een nieuwe pandemie quasi onvermijdelijk is en geen decennia op zich zal laten wachten.

België heeft 30% meer zorginfecties dan EU-gemiddelde

ZORGINFECTIES In 2022 had 9,2% van de patiënten in Belgische acute ziekenhuizen een of meer zorginfecties. Dat is beduidend meer dan het Europese gemiddelde (7,1%).

De nieuwste publicatie van de kwaliteitsindicator QS-1 "Prevalentie van zorggerelateerde infecties in ziekenhuizen" heeft betrekking op het jaar 2022. De resultaten zijn niet zonder meer vergelijkbaar met oudere versies, omdat de nieuwe cijfers voor deze indicator nu ook zorginfecties includeren die de patiënten vanuit instellingen voor langdurige zorg (zoals woonzorgcentra) meebrachten naar acute ziekenhuizen. De cijfers van 2017 omvatten daarentegen enkel de zorginfecties die in de ziekenhuizen zelf werden opgelopen.

In 2022 had op een willekeurige dag naar schatting 9,2% van de patiënten in de Belgische acute ziekenhuizen een of meer zorginfecties. Wanneer geen rekening wordt gehouden met eerder opgelopen infecties vanuit instellingen voor langdurige zorg, ligt dit cijfer lager (8,5%), maar nog steeds hoger dan in 2017 (7,3%) en 2011 (7,1%) en dan het Europees gemiddelde (7,1%). De drie meest voorkomende zorginfecties in acute ziekenhuizen waren longontsteking (22%), urineweginfecties (18%) en postoperatieve wondinfecties (14%). Covid-19 eindigde op de zesde plaats, met iets minder dan 9% van de gevallen. Ongeveer een op de vijf (21%) van deze infecties werd in verband



gebracht met een invasief medisch hulpmiddel dat in het lichaam van de patiënt werd ingebracht.

De meest voorkomende zorginfecties in instellingen voor langdurige zorg waren longontsteking (36%), urineweginfecties (19%) en bloedstroominfecties (12%). In totaal werden in de deelnemende instellingen iets minder dan 900 verschillende ziektekiemen gerapporteerd bij patiënten met een zorginfectie. De meest voorkomende waren

E. coli (17%), *S. aureus* (11%) en *K. pneumoniae* (10%).

De Belgische cijfers laten een verslechterende trend zien, die verder onderzoek en preventie rechtvaardigt, stelt het KCE. Met name het beperkte aantal VTE's in Belgische ziekenhuizen voor acute zorg die zich bezighouden met infectiepreventie en -controle en met antimicrobiële resistentie zou een aandachtspunt moeten zijn.

E.D.

2.120

In 2024 rapporteerde het nationaal referentiecentrum voor invasieve pneumokokken 2.120 bevestigde gevallen, een recordaantal. December kende een piek met 345 bevestigde gevallen, en de circulatie blijft hoog begin 2025 met 377 bevestigde gevallen in januari (Nieuwsflash Infectieziekten).



Publicist **Quinten Jacobs** in *Zorgwijzer*.

Gezondheidszorg wordt steeds duurder. Sinds de zesde staatshervorming probeert elke federale minister de sector te hervormen en betaalbaar te houden, maar het is niet langer houdbaar om preventie en curatie gescheiden te houden. Dat is geen beleid. Dat is uitstelgedrag.

Nieuw statuut voor CRA's

CRA Op 1 april treedt het nieuwe statuut voor CRA's in voege dat de vorige Vlaamse regering in juli 2024 goedkeurde.

In 2021 ging een werkgroep van het departement Zorg van start die als taak had de functie-inhoud en het mandaat van de CRA te herdenken. Dat resulteerde in juli 2024 in een besluit van de Vlaamse regering tot wijziging van het decreet Vlaamse Sociale Bescherming en Woonzorg-decreet. Concreet werden onder meer de artikels over het medisch zorgbeleid en de aanstelling en de vergoeding van de CRA aangepast.

Voortaan maakt het medisch zorgbeleid integraal deel uit van het globale beleid van het woonzorgcentrum (WZC). Het wordt bepaald door de CRA en de inrichtende macht van het WZC en minstens elke twee jaar geëvalueerd en zo nodig geactualiseerd. De CRA geeft advies over beleidsmatige medische aangelegenheden, maar de inrichtende macht is eindverantwoordelijk voor het medisch zorgbeleid.

Bij de aanstelling van een CRA moet het WZC in dialoog gaan met de lokale huisartsenkring. Zowel kring als WZC kunnen kandidaten voordragen. Vanaf 1 april kunnen er meerdere CRA's zijn in een WZC. In dat geval voeren de CRA's samen de functie en taken van de CRA uit, maar wordt er wel één titelvoerend CRA benoemd. De vergoeding van de CRA bestaat uit twee delen: een aanwezigheidsvergoeding van 65,63 euro per uur en een functioneel honorarium. Van de CRA wordt verwacht dat hij – vanaf vijftig erkende woongelegenheden – gemiddeld minstens drie uur per week aanwezig is.

Ten laatste op 1 april moet er een nieuwe overeenkomst gesloten worden tussen CRA en WZC en dient er eveneens een aangepast Algemeen Reglement voor de Medische Activiteit te zijn.

Filip Ceulemans



Onze verpleegkundigen in uw praktijk? Het kan!

Via het Wit-Gele Kruis kan u een verpleegkundige inschakelen om u te ondersteunen in uw huisartsenpraktijk. Dit kan zelfs voor een bepaalde periode of bepaalde uren. Zo kan u zich meer focussen op uw inhoudelijke kerntaak als arts.

5 voordelen

Geen personeelsadministratie

Samen zoeken en plannen we een verpleegkundige voor uw praktijk en volgen alle personeelsadministratie op.

Transparante kosten

U betaalt een vast uurtarief zonder verborgen kosten.

Inzetbaarheid op maat van uw praktijk

U schakelt de verpleegkundige in op de momenten die u wenst. Het aantal uren ondersteuning kan op elk moment gewijzigd worden.

Tijdswinst

U delegeert taken aan de verpleegkundige. Zo kan u zich meer focussen op uw inhoudelijke kerntaak als arts en verlopen uw consultaties vlotter.

Professionele ondersteuning

Onze verpleegkundigen krijgen continue opleidingen en kunnen rekenen op een ondersteunend netwerk van gespecialiseerde verpleegkundigen.

Welke ondersteuning?

De verpleegkundige kan diverse A-, B1-, B2- en C-verstrekingen opnemen in uw praktijk, zoals educaties en preventie, vaccinaties, wondzorgen, bloedafnames, kathetherzorg ...

www.witgelekruis.be



‘We moeten vertrouwen geven aan onze mensen’

RECTORVERKIEZINGEN Gastro-enteroloog Severine Vermeire, gewoon hoogleraar aan de faculteit Geneeskunde en medisch stafid van de dienst maag-, darm- en leverziekten van het UZ Leuven, is kandidaat bij de nakende rectorverkiezingen aan KU Leuven. Over haar studiekeuze heeft ze lang getwijfeld, zegt ze in een gesprek met *Artsenkrant* in haar kantoor op Campus Gasthuisberg.

Severine Vermeire: “Ik heb Latijn-Grieks gestudeerd. Ik deed heel graag talen en geschiedenis, maar het beroep van arts sprak mij enorm aan. Ik ben naar de infodagen voor geschiedenis, rechten en geneeskunde gegaan en na die van geneeskunde wist ik: dit wordt het. Onze huisarts raadde me aan om in Leuven te beginnen. In die tijd was er nog geen ingangsexamen – misschien maar goed ook, want ik had in het middelbaar maar drie uur wiskunde per week gehad (*lacht*). Het eerste jaar heb ik hard moeten werken; ik heb veel gehad aan het monitaraat.”

Een deel van haar stages deed Vermeire in de Paraguayaanse hoofdstad Asunción. “Dat was een echte *eye-opener*. Ik heb er ziektes gezien die ik de rest van mijn leven niet meer zal zien. Maar vooral zal ik nooit vergeten hoe ouders daar elke dag kwamen vragen of hun kindje nog antibiotica nodig had, en dan de twee of drie pilletjes voor die dag kochten.”

Het was een van haar stagemeesters die haar aanraade om te specialiseren in inwendige geneeskunde. “Hij zei: ‘Je houdt ervan een probleem aan te pakken, je erin te verdiepen en een oplossing te zoeken. Dan is inwendige je op het lijf geschreven.’”

In haar eerste specialisatiejaar kreeg Vermeire de vraag of ze wou doctoren. “Ik had daar nooit bij stilgestaan, want ik was arts geworden om voor patiënten te zorgen. Mijn promotor Paul Rutgeerts, die helaas veel te vroeg is overleden, was een echte mentor voor me. Hij heeft me enorm geïnspireerd, zowel met zijn manier van werken, zijn

omgang met de patiënten en zijn stijl van leidinggeven. Van hem mocht ik anderhalf jaar naar Oxford, waar men toen focuste op de pas ontdekte rol van erfelijkheid bij inflammatoire darmziekten.”

‘Het is niet zo’n grote stap om te zeggen dat je zorg gaat dragen voor de hele universiteit’

Na haar doctoraat deed Vermeire klinisch onderzoek aan de McGill University in Montreal. Sinds 2003 is ze verbonden aan UZ Leuven en sinds 2005 geeft ze les aan de faculteit Geneeskunde. “Als hoogleraar in een universitair ziekenhuis moet je vier ballen in de lucht houden: naast onderwijs, onderzoek en dienstverlening heb je ook een klinische taak. Dat is soms pittig, dat lukt niet altijd op een werkdag van acht uur. Maar ik vind die afwisseling boeiend, en ook de wisselwerking. Je onderzoek leidt direct naar iets wat je patiënt kan helpen, en wat je aan je studenten kan doorgeven. Mijn lessen zijn elk jaar anders, gewoon omdat je steeds nieuwe inzichten opdoet.”

De klinische praktijk en het contact met patiënten zal Vermeire als rector het meest missen, zegt ze. “Dat was het moeilijkste aan mijn beslissing. Gelukkig heb ik fijne en bekwame collega’s; ik weet dat mijn patiënten in goede handen zullen zijn. Een aantal patiënten heeft het nieuws in de media vernomen en stuurt me hartverwarmende berichtjes – dat doet dan wel deugd.”



Severine Vermeire maakt kans om de eerste vrouwelijke rector aan de KU Leuven in 600 jaar te worden.

Wat kan haar ervaring in het UZ betekenen voor de universiteit, willen we weten. “Zorgen is iets wat voor mij vanzelfsprekend is: zorg dragen voor patiënten, maar ook voor de mensen die rond je werken. Het is niet zo’n grote stap om te zeggen dat je zorg gaat dragen voor de hele universiteit. Daarnaast zijn artsen gewend samen te werken, in een team met verpleegkundigen, paramedisch personeel, artsen uit andere disciplines. Dat impliceert ook dat je vertrouwen geeft aan je team. Dat wil ik in mijn campagne naar voren brengen: we moeten vertrouwen geven aan onze mensen, we moeten leren delegeren. We moeten hen een duwtje geven in plaats van aan hen te trekken.”

Severine Vermeire maakt kans om de eerste vrouwelijke rector in 600 jaar te worden. “We hebben echt wel een nieuwe wind nodig. Kijk naar de maatschappij: die is erg divers op vlak van genderidentiteit, sociale of migratieachtergrond. Bij de studenten zien we die diversiteit al weerspiegeld. Maar als je kijkt naar de werknemers van de universiteit, en zeker naar de beleidsfuncties, dan zijn er nog wel grote stappen te nemen.”

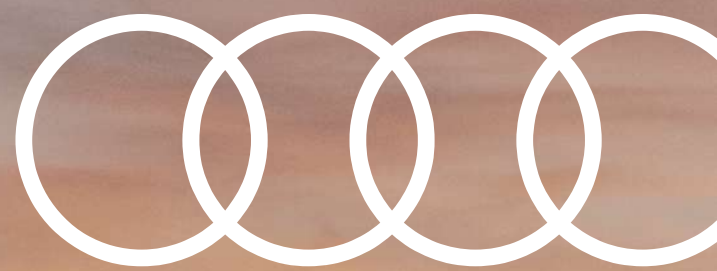
De Vlaamse regering heeft het startquotum voor artsen verhoogd van 1.600 naar 1.723. Is de KU Leuven daar klaar voor? “We kunnen dat aan. De faculteit geneeskunde is met meer dan 10.000 studenten nu al de grootste van de KU Leuven. We investeren in infrastructuur, zoals het vaardigheidscentrum. Er moeten voldoende stageplaatsen bijkomen, en daar is onze decaan en zijn ploeg volop mee bezig. Ik ben wel bezorgd dat we mogelijks met een plethora aan artsen zullen eindigen, maar dat is een ander debat.”

De Universiteit Hasselt wil graag een master geneeskunde aanbieden, en heeft daarover een voorakkoord met de KU Leuven. Hoe ziet Vermeire die samenwerking? “We moeten eerst een stapje terugzetten: er is voor die master nog geen decretaal vastgelegde onderwijsbevoegdheid verleend aan Universiteit Hasselt. Maar als die er komt, is er inderdaad een voorakkoord om dat samen met de KU Leuven te doen. We moeten dan rond de tafel zitten en goede afspraken maken. Ik ben daar niet bang voor: dat zal in orde komen.”

Erik Derycke

A6

e-tron Corporate



vanaf

€539/maand*

voor een Audi A6 Avant e-tron Corporate
excl. btw in Financiële Renting

Work Love Balance. This is Audi

Uw ideale bedrijfswagen, rijkelijk uitgerust en 100% fiscaal aftrekbaar.

14,4-17,5 kWh/100 KM ♦ 0g CO₂/KM (WLTP)

D'Ieteren  **GEEF VOORRANG AAN VEILIGHEID.** Milieu-informatie (KB 19/03/2004): www.audi.be

*Audi A6 Avant e-tron Corporate. Netto prijs excl. btw: € 52.407,42 (inclusief korting van € 7.100,83 excl. btw en leveringskosten). Offerte in Financiële Renting berekend op basis van 60 maanden en 100.000 kilometer, met een eerste verhoogde huurprijs van € 13.101,86 excl. btw en met een aankoopoptie van 30%. Aanbieding voorbehouden aan professionele gebruikers. Onder voorbehoud van aanvaarding van het dossier door D'Ieteren Lease nv, filiaal en verbonden kredietagent van Volkswagen D'Ieteren Finance nv; met maatschappelijke zetel te Leuvensesteenweg 679, 3071 Kortenberg, België - RPR Leuven - KBO 0402623937. Prijs op 4/3/2025 en geldig t.e.m. 5/5/2025. Afgebeeld model met opties. D'Ieteren Lease nv is een verzekeringsagent van P&V verzekeringen (code 0058). Aanbod onder voorbehoud van fouten en prijswijzigingen. Contacteer uw Audi verdeler voor alle informatie over de fiscaliteit van uw wagen. V.U./Adverteerder: D'Ieteren Automotive s.a./n.v., Audi Belgium, Taeymans Laura, Maliestraat 50, 1050 Elsene - KBO 0466 909 993, IBAN BE42 3100 1572 0554.

Wat denken huisartsen over digitale triage?

TRIAGE Digitale triage wordt voorgesteld als een oplossing om de werkdruk in een huisartsenpraktijk te verlichten. Eerstelijnszone Brugge heeft onderzocht hoe huisartsen daar zelf tegenover staan.

Bij een triagesysteem wordt de zorgvraag aan de hand van verschillende vragen in kaart gebracht om vooraf een betere inschatting te kunnen maken van urgentie, benodigde tijdsduur, meest aangewezen zorgverlener, eventueel geschikte kanalen, enz.

Die vraagstelling kan telefonisch (van vrij informeel tot sterk geprotocolleerd) of digitaal gebeuren. Een digitaal triagesysteem kan bijvoorbeeld inhouden dat een patiënt zijn of haar zorgvraag moet indienen via een webpagina. Het algoritme begeleidt de patiënt dan door een aantal voor de klacht relevante triagevragen.

De belangrijkste bezorgdheid is de verminderde toegankelijkheid voor bepaalde patiëntengroepen

De zorgvraag van de patiënt komt vervolgens – gekoppeld aan een suggestie over de urgentie van de klacht – binnen op een platform waar een medewerker de zorgvraag aan de meest gepaste zorgverlener (huisarts, verpleegkundige, ...) kan toewijzen. De hele procedure kan digitaal worden afgehandeld zonder de patiënt te moeten terugbellen.

Technisch kan dat allemaal perfect werken, maar hoe staan artsen daar zelf

tegenover? Eerstelijnszone Brugge deed hierover een bevraging waaraan 113 artsen deelnamen.

Werkdruk verlagen

Uit de bevraging blijkt dat huisartsenpraktijken al diverse methoden gebruiken om de werkdruk te beheersen. De meest gebruikte strategieën zijn minder huisbezoeken (81%), afstemmen van agenda's in de huisartsenpraktijk (76%), weekwacht (75%), een gedeel-

bijvoorbeeld verpleegkundigen (57%).

84 van de 113 deelnemers gebruiken al een vorm van telefonische triage. Deze wordt effectief bevonden voor een betere praktijkorganisatie en planning, het beheersen van de werkdruk en een betere patiëntenzorg.

38% overweegt digitale triage

Slechts zes deelnemers gebruiken al een vorm van digitale triage, zoals *bingli* of *moetiknaardedokter*. Dat is te weinig om valide uitspraken te doen over de effectiviteit van digitale triage. Wel is digitale triage de methode die het vaakst overwogen wordt – door 38% van de respondenten.

het verkrijgen van meer controle over de planning (94%), het verlagen van de werkdruk (89%), zorgvragen inplannen bij de meest geschikte zorgverlener (82%). De personeelskosten verlagen en de mogelijkheid bieden om buiten de werkuren een zorgvraag in te dienen zijn minder belangrijke redenen.

De respondenten halen ook argumenten contra digitale triage aan (zie grafiek). De belangrijkste bezorgdheid, aangehaald door 90% van de respondenten, is de verminderde toegankelijkheid die dit zou meebrengen voor bepaalde patiëntengroepen. Een groot deel van de respondenten, 80%, is ook bevreesd om door digitale triage bepaalde urgenties te missen. Daarnaast speelt ook de vrees voor minder persoonlijke zorg (78%).

Agendabeheer

De bevraging was deel van een innovatietraject voor digitale triage in het Interreg-project CrossCare 2.0, begeleid door Eerstelijnszone Brugge en POM West-Vlaanderen.

Deze bevraging kadert in het ruimere project 'Agendabeheer' van Domus Medica, waarbij huisartsen bevestigd worden over hun noden en wensen betreffende agendabeheer en praktijkorganisatie. Hierbij werd specifieke aandacht besteed aan evoluties als nieuwe praktijkvormen, de inzet van ondersteunende profielen, gebruik van telegeneeskunde, etc. Het expertise-domein ICT & eHealth van Domus Medica maakt een inventaris van de 15 bestaande agendasystemen, en gaat na of die beantwoorden aan de (veranderende) behoeften op het terrein.

Erik Derycke

Argumenten contra digitale triage



telijke (73%) of volledige (13%) patiëntenstop, functionaliteiten binnen het agendasysteem zoals het definiëren van de aard en de duur van een afspraak (68%), en taakdelegatie aan

De belangrijkste pluspunten van digitale triagesystemen die de respondenten aanhalen zijn: het geven van voorrang aan urgente gevallen (100%), het realistisch inplannen van de agenda (95%),

KCE pleit voor meer uniformiteit

COVID-19 Bij een nieuwe, nog onbekende infectieziekte – zoals vijf jaar geleden covid-19 – is het belangrijk dat de kenmerken van de eerste honderd patiënten, het verloop van de ziekte en het effect van de geprobeerde behandelingen zo snel mogelijk systematisch worden gemeld, geanalyseerd en gecommuniceerd. Dat zegt het KCE in een recent rapport.

De razendsnelle verspreiding van covid-19 exact vijf jaar geleden drukte de hele wereld met de neus op de harde feiten. Een pandemische uitbraak veroorzaakt door nieuwe of hernieuwde pathogenen vormen wereldwijd een bedreiging voor de volksgezondheid en vereisen dan ook een snelle, krachtige en gecoördineerde respons. De eerste patiënten en het natuurlijke verloop van de ziekte moeten zo snel mogelijk in kaart worden gebracht. Omdat een nieuwe infectieziekte vaak met een klein aantal slachtoffers begint, is het belangrijk op basis van de eerste honderd casussen een casusdefinitie te formuleren. Een versnelde beschrijving van de ziekte en het effect van de geprobeerde behandelingen kan beleidsmakers in staat stellen actie te ondernemen en kan een snelle opstart van klinische studies mogelijk maken.

Een analyse van de mogelijke systemen voor dataverzameling leidde het KCE al snel naar het systeem van de meldingsplichtige infectieziekten

Bij het begin van de covid-19-pandemie en telkens wanneer er een variant opdook, speelden infectiologen een cruciale rol bij het observeren en registreren van gegevens over de eerste honderd casussen. Wat ontbrak was een snellere terugkoppeling van de verzamelde gegevens en vooral van de behandelingsrespons op basis van geaggregeerde gegevens. De infectiologen ervoeren het proces als te langzaam, te rigide en te weinig transparant. Het probleem werd meermaals door hen aangekaart bij de Task Force Therapeutics Viral Diseases.

Rationele redenering

“Op het moment dat we middelen hadden om iets te registreren en te onderzoeken, waren we gebonden aan een formeel onderzoeksprotocol. We konden pas met de registratie beginnen nadat we de procedures hadden gevolgd, wat te veel tijd kostte. Tegen die tijd zaten we al in de tweede of de derde covid-19-golf. Tegelijkertijd werd er extreme druk uitgeoefend om zowat alles te gebruiken, zoals, bij covid-19, chloroquine zonder enige rationele redenering. Als een therapie wordt gebruikt, moeten op zijn minst de uitkomstgegevens worden verzameld”, aldus de infectiologen. Om in de toekomst soortgelijke problemen te vermijden, vroegen ze het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) na te gaan hoe de vroegtijdige gegevensverzamelings- en analyseprocessen sneller, flexibeler en transparanter kunnen verlopen.

Een analyse van de mogelijke systemen voor dataverzameling leidde het KCE al snel naar het systeem van de meldingsplichtige infectieziekten. Als een ziek persoon zich bij de huisarts of een ziekenhuis meldt met een infectieziekte die voorkomt op de lijst van meldingsplichtige ziekten moet de behandelende arts of het laboratorium dit verplicht melden aan de bevoegde regionale gezondheidsorganisatie. In België stuurt elke deelstaat vervolgens de informatie door naar wetenschappelijk instituut Sciensano voor verdere analyse. Tussen de deelstaten zijn er echter verschillen inzake platforms voor gegevensverzameling, meldingsplichtige ziekten, te verzamelen gegevens en frequentie van de rapportering aan Sciensano. Gevolg: een gebrek aan efficiëntie en snelheid.

Europa

De uitwerking van een gemeenschappelijke procedure door de Risk



Assessment Group (RAG) of de Risk Management Group (RMG) voor een gestandaardiseerde en snelle gegevensverzameling en -analyse in alle Belgische deelstaten is dan ook een logische eerste aanbeveling van het KCE. De procedure wordt door de RAG/RMG opgestart bij een nieuwe uitbraak of bij de opkomst van een variant die ernstige gevolgen kan hebben voor de volksgezondheid. Op basis van een voorlopige casusdefinitie op zijn beurt gebaseerd op de beschikbare informatie worden relevante zorgverstrekkers geïnformeerd over de verplichte rapportering.

Sciensano neemt vervolgens het voortouw en verfijnt de casusdefinitie, waarna het feedback geeft aan RAG/RMG over belangrijke epidemiologische of klinische kenmerken van het nieuwe pathogeen. RAG/RMG geven vervolgens snel feedback aan infectiologen en zorgverstrekkers.

Op internationaal vlak beveelt het KCE de Europese commissie aan samen met de lidstaten een gemeenschappelijke procedure, een template voor rapportering en een ICT-systeem te ontwikkelen.

Filip Ceulemans


**TRAVEL &
ACADEMY**



**De Douro
Rivier van goud**



www.akacademytravel.be

Vijf jaar covid-19

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



Hans Kluge: “De WHO riep in mei 2020 de *Public Health Emergency of International Concern* uit. Dat had vroeger gekund.”

‘Vaccins hebben 1,4 miljoen Europese levens gered’

COVID-19 Amper enkele dagen aan de slag als regionaal directeur Europa van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) werd Hans Kluge in februari 2020 geconfronteerd met de covid-19-pandemie, de zwaarste pandemie in meer dan een eeuw.

Was de WHO voorbereid op de wereldwijde covid-19-pandemie?

Hans Kluge: De WHO was voorbereid zo goed als men voorbereid kon zijn. We werden voor het eerst geconfronteerd met een SARS-CoV-2 met zo’n groot pandemisch potentieel. Dat zorgde voor veel vraagtekens. Als geboren optimist wil ik graag met het positieve beginnen. De WHO heeft met het *Global Influenza Surveillance and Response System* een belangrijk instrument in handen, dat miljoenen genomische sequenties deelt waardoor de aanmaak van vaccins mogelijk is. We vergeten soms dat we de pandemie

onder controle hebben gekregen. Natuurlijk zijn er veel, te veel mensen gestorven. Maar vergelijk het eens met de Spaanse griep. Alleen al in Europa hebben de vaccins 1,4 miljoen levens gered. Bij afwezigheid van een ‘Pandemic Treaty’ blijft wel de spanning bestaan tussen de nationale verantwoordelijkheid en de internationale veiligheid. Ik begrijp dat ook. Stel je voor dat verschillende huizen in brand staan. Welk huis blus je dan eerst? Je eigen huis natuurlijk. Binnen Europa is dat met de gemeenschappelijke aanpak van de vaccins eigenlijk heel goed gegaan. Maar als je het meer globaal

bekijkt – ik spreek ook vaak met Afrikaanse collega’s – laat het toch een wrange nasmaak achter. Ook binnen Europa verliep niet alles zonder slag of stoot. Denk maar aan de mondkapjes die niet vanuit Frankrijk doorstroomden naar België. De wereld was duidelijk niet klaar voor deze pandemie.

Speelde hier ook mee dat de pandemie in China begon en de informatiedoorstroming in het begin niet optimaal was?

Daar valt inderdaad veel over te zeggen. Om opnieuw positief te beginnen: de Chinese autoriteiten deelden vrij snel de genomische sequenties. Anders was het niet mogelijk geweest zo snel vaccins te ontwikkelen. Men focust – en ik begrijp dat – op transparantie over de origine van het virus. Dat is eigenlijk snel gebeurd. Ik geef toe dat dit – ook vanuit de WHO – misschien beter uitgelegd had kunnen worden.

We horen nu vaak dat de WHO met de Pandemic Treaty de nationale soevereiniteit van landen probeert aan te tasten. Dat is uiteraard niet waar. De WHO heeft geen echte macht, enkel zogenoemde ‘soft power’ door het geven van aanbevelingen. We moeten rekenen op de goodwill van landen. Terug

‘In tegenspraak met een wetenschappelijke aanpak moesten we soms richtlijnen geven voordat de evidentie er was. Maar het kon niet anders’

naar de transparantie. Op een bepaald moment deelden Zuid-Afrika en Botswana mee dat ze geconfronteerd werden met een nieuwe mutatie. Wat

gebeurde er? Europa sloot meteen zijn grenzen voor die landen. Voortaan denken zij twee keer na alvorens transparant te zijn. Er is nog te weinig het besef dat we moeten gaan naar 'Security for all, by all'. Dat is nog actueler door wat er met de Verenigde Staten gebeurt.

Wat houdt de Pandemic Treaty juist in?

Het idee is om een globaal raamwerk te maken om een pandemie aan te pakken. De onderhandelingen zitten in een laatste fase en worden normaal afgerond op de Wereldgezondheidsassemblee in mei van dit jaar. Bedoeling is om pathogenen op een transparante manier met elkaar te delen. Wie dat doet, moet daarna ook toegang krijgen tot vaccins. Een heikel punt zijn de intellectuele eigendomsrechten waar het Westen vaak moeilijk over doet. Een tweede luik is 'One Health' waarbij humane, dierlijke en omgevingsgezondheid aan elkaar worden gelinkt. Logisch want we weten dat de kans groot is dat de volgende pandemie opnieuw een zoönose zal zijn. Vraag is uiteraard wie dit gaat betalen. De Amerikanen al zeker niet. Zij nemen niet meer deel aan de afsluitende gesprekken.

Terugkijkend: heeft de WHO de pandemie goed aangepakt? En wat zijn eventuele verbeterpunten?

Het was misschien niet altijd zo zichtbaar, maar de WHO maakte erg snel richtlijnen en in april 2020 werd het COVAX-mechanisme opgestart, goed voor de verdeling van twee miljard vaccins. Voor de richtlijnen, surfte we op de wetenschappelijke evidentie zoals ze zich dag na dag aandien. Het was alle hens aan dek. Mijn ervaring bij Artsen Zonder Grenzen kwam hier goed van pas. Hebben we fouten gemaakt? Welke organisatie of land kan zeggen dat het geen fouten maakte? We legden misschien niet genoeg uit dat dit een volledig nieuw virus was en dat bijvoorbeeld asymptomatische mensen het virus konden verspreiden. In tegenpraak met een wetenschappelijke aanpak moesten we soms richtlijnen geven voordat de evidentie er was. Maar het kon niet anders. Dat maakte dat we beslissingen en richtlijnen soms moesten terugdraaien, wat bij de bevolking dan weer de reactie uitlokte dat we flipflopten. Denemarken counterde dat door op de dagelijkse persbriefing soms ook te zeggen dat men iets niet wist. Die duidelijkheid werd geapprecieerd en

creëerde vertrouwen. 'Communicate the uncertainties'. De Denen kozen er ook steeds voor een minister en een wetenschapper samen het woord te laten voeren en eensgezind te zijn. In sommige landen mangelde het aan die eensgezindheid en spraken wetenschap en politiek elkaar tegen.

De mensen waren niet altijd bezig met de vraag of ze ziek zouden worden, of ze risico liepen te overlijden, maar wel of hun kinderen naar school konden gaan, of ze hun job zouden behouden. De niet-medische vragen waarmee de bevolking kampte, hebben we onderschat. De communicatie van de overheid had breder moeten gaan.

'Het zal geen honderd jaar duren voor er een nieuwe pandemie is. De klimaatverandering speelt hier ook een rol'

Het inschakelen van boodschappers die het vertrouwen genieten van de bevolking of bepaalde segmenten ervan is een andere les die we leerden. Griekenland stelde vast dat de vaccinatiebereidheid bij ouderen in rurale gebieden en op eilanden een probleem vormde. Daarop zette de overheid orthodoxe priesters in om de boodschap te verspreiden. Ik ben zelf met een orthodoxe bisschop hierover gaan praten. Deze aanpak is erg verschillend van land tot land. In landen als België en Denemarken zijn huisartsen de aangewezen vertrouwenspersoon.

Vandaag hoor je vaak dat de maatregelen – dragen van een mondkap, lockdowns – overdreven waren. Terecht?

Ik heb vijf jaar in Myanmar gewerkt. Daar was het dragen van een mondkap bij een gezondheidscrisis zeer normaal. Dat geldt voor heel Azië. In Europa was men dat niet gewoon. Ik vermoed dat er bij een volgende crisis minder discussie zal zijn. Was men te strikt met lockdowns? Bij de uitbraak van de pandemie in Europa waren de ziekenhuizen er niet op voorbereid. Herinner je de beelden van de ziekenhuizen in Bergamo. De overheden gingen uit van het principe 'Better safe than sorry'. Stel je maar eens voor dat covid-19 even besmettelijk was geweest als mazelen en even dodelijk als ebola. Bij het begin van de pandemie was er nog veel onduidelijkheid. Het virus

muteerde sneller dan de wetenschap kon volgen.

Wat had de WHO beter anders aangepakt?

De WHO riep in mei 2020 de *Public Health Emergency of International Concern* uit. Dat had vroeger gekund. In het verleden reageerden landen soms boos wanneer de WHO de noodsituatie uitriep en er geen pandemie volgde. Het verklaart onze terughoudendheid. Maar vergelijk het met een brandverzekering. Wanneer je huis op het einde van het jaar niet is afgebrand, ben je toch ook niet boos dat je een verzekering hebt genomen. Wanneer er nu een virus met een pandemisch potentieel

opduikt, zal de WHO sneller de noodtoestand uitroepen.

De strijd tegen fake news hadden we beter moeten aanpakken. In de meeste landen heerst er nog steeds een groot vertrouwen in zorgverstrekkers. Geef hen het woord om fake news te ontkrachten. We moeten ze als influencers op sociale media uitspelen. De jeugd moeten we bereiken via kanalen als Instagram. Met het Youth for Health-initiatief speelt de WHO daar op in.

Heeft de WHO nog maatregelen genomen om een volgende pandemie anders aan te pakken?

De WHO helpt landen bij de uitwerking van plannen om voorbereid te zijn op een volgende pandemie. Zelfs in Europa waren er landen die niet over een plan van aanpak beschikten. Elk land zou een sterk pandemieplan moeten hebben. Van de 53 Europese landen zijn er dertig goed gevorderd, waarvan België er één is. België deed het trouwens, zoals bleek uit een OESO-onderzoek, niet zo slecht tijdens de pandemie. Ons land vond in haar aanpak een delicaat evenwicht. Iemand als Pedro Facon verdient daar zeker een pluim voor.

Vorig jaar keurde WHO Europa de *European Preparedness 2.0 Strategy* goed. Dat plan is er niet enkel voor pandemieën, maar ook voor andere bedreigingen zoals hittegolven of overstromingen. Die komen steeds vaker en ernstiger voor. Regionale weerbaarheid

en interregionale solidariteit zijn sleutelwoorden in de nieuwe aanpak. Ik richtte daarom de *Pan-European Network for Disease Control* op. Dat moet voor meer eenvormigheid zorgen. Tijdens de coronapandemie moest je in het ene land in een vliegtuig een mondkap dragen en in een ander land niet. Dat is natuurlijk ideaal om het vertrouwen te doen afkalven.

Het effect van de pandemie op de geestelijke gezondheid werd onderschat. Om geestelijke gezondheid uit het verdomhoekje te halen, richtte ik de *Pan-European Mental Health Coalition* op. Het is oké om niet oké te zijn. Op vraag van de Europese commissie voeren we momenteel een studie uit over geestelijke gezondheidszorg bij zorgverstrekkers. Nog zo'n grote les van de pandemie: ondersteun de zorgverstrekkers. Men vergeet soms dat ook zij onder druk staan. Dat hoeft niet altijd veel te kosten. Een aanspreekpunt waar je in vertrouwen je hart kan luchten, volstaat soms om te ventileren of om te merken dat men dicht bij een burn-out staat.

Op welke vlakken moet er nog vooruitgang worden geboekt?

Er is nog werk aan de winkel qua vaccingelijkheid. We moeten daar niet naïef in zijn. Een politicus wordt gekozen door zijn electoraat en handelt daar naar. In een land als Noorwegen, waar universaliteit en gelijkheid hoog staan aangeschreven, zei de minister van Volksgezondheid me dat zijn minister van Financiën niet zou toestaan dat er massaal vaccins naar Afrika gaan. We leven in een wereld die een groot dorps is. Infectieziekten respecteren geen grenzen.

Ziet u in de nabije toekomst opnieuw pandemieën opduiken in de grootte-orde van de covid-19-pandemie?

Ik heb geen glazen bol, maar we merken dat de tijdspanne tussen epidemieën steeds korter wordt. Het zal geen honderd jaar duren voor er een nieuwe pandemie is. De klimaatverandering speelt hier ook een rol. Een nieuwe pandemie is dus niet uit te sluiten. Weet je wat het echte drama is? We weten perfect wie de eerste slachtoffers zullen zijn van een nieuwe pandemie. De jongsten en de oudsten onder ons en de mensen met een onderliggende chronische aandoening. Kortom de zwaksten in de samenleving.

Filip Ceulemans

Ik schaam me niet voor het feit dat ik psychologische hulp nodig had om weer over-eind te krabbelen. Het is jammer dat mensen hun zwakke plekken zo weinig durven te tonen. Oké, dat maakt je kwetsbaar, maar waarom moeten we allemaal doen alsof we supermensen zijn? Iedereen heeft het perfecte leven, lijkt het. Hoeveel mensen posten iets op sociale media als ze zich verdrietig voelen? Als ik een moeilijke dag heb, toon ik dat aan mijn kinderen.

Minister van Asiel en Migratie **Anneleen Van Bossuyt** in *Humo*.

De mogelijkheid om patiënten te werven via promoties en kortingen heeft geleid tot de opkomst van buitenlandse esthetische klinieken in België. Sommige werken met erkende plastisch chirurgen, anderen opereren met minder strikte normen.

Plastisch chirurg **Alexis Verpaele** in *Trends*.

In Sarajevo is de wagen van Artsen Zonder Grenzen waarin ik zat doorzeefd. Die auto staat er nog altijd, als herinnering aan de oorlogswaanzin. Sarajevo is me lang blijven achtervolgen. Ik heb door posttraumatische stress een tijd een eetstoornis gehad.

Réginald Moreels in *Knack*.

Vivaldi was in het najaar van 2020 een poging tot antwoord op de macht van enkele virologen, die in een opvallend samenspel met de media in prime time het beleid stuurden. De politiek wilde de touwtjes terug in handen krijgen en zelf beleid bepalen.

Journalist **Wouter Verschelden** in *Doorbraak Magazine*.

De medische wereld focust op het redden van je leven. Maar daarna? Daarna sta je er alleen voor. Het gaat nooit over wat kanker doet met je echte leven. Niemand vertelt je hoe je verder moet met een lichaam dat je niet meer herkent.

Juliette Berguet, oprichtster van patiëntenorganisatie Baob, in *Bruzz*.

Het lijkt soms alsof er een taboe rust op het willen afvallen. Enerzijds is er sprake van 'fat shaming' en worden mensen met obesitas onheus behandeld, maar anderzijds is er de tegenbeweging van 'body positivity'. Je moet je lichaam graag zien zoals het is.

Huisarts **Silke Stalpaert** in *HuisartsNu*.

Ik stel vast dat sommigen zich onnodig verschuilen achter het beroepsgeheim: ze weigeren info te delen om andere redenen dan de geheimhoudingsplicht. Dat kan leiden tot frustratie bij collega's, politie of justitie. Tegelijk zie je ook hulpverleners die in snelheid gepakt worden: ze krijgen onverwacht telefoon van de procureur en delen meer info dan wettelijk toegestaan.

Jurist **Tim Opgenhaffen** in *Zorgwijzer*.

Flexagile®

SAMENVATTING VAN DE PRODUCTKENMERKEN.

NAAM VAN HET GENEESMIDDEL: Flexagile crème.

KWALITATIEVE EN KWANTITATIEVE SAMENSTELLING:

Flexagile crème bevat 35,0 g gezuiverd vloeibaar ethanologisch 60% (V/V) extract van smeerwortel (*Symphytum officinale* L.) [1:2], per 100 g crème.

FARMACEUTISCHE VORM: Crème

THERAPEUTISCHE INDICATIES: Volwassenen en kinderen vanaf 12 jaar:

Flexagile crème wordt gebruikt voor de symptomatische verlichting van milde tot matige lokale pijn als gevolg van spier- en ligamentletsels, bv. sportletsels. **Volwassenen:** Symptomatische verlichting van lichte tot matige lokale pijn door osteoartritis van de knie. Symptomatische verlichting van acute lichte hoge of lage rugpijn.

DOSERING EN WIJZE VAN TOEDIENING:

Cutaan gebruik voor volwassenen en kinderen vanaf 12 jaar. Tenzij anders voorgeschreven, afhankelijk van de grootte van de te behandelen lichaamsoppervlakte en de ernst van de symptomen, 2 tot 6 cm crème, twee tot drie keer per dag aanbrengen. Flexagile crème aanbrengen op de te behandelen lichaamszone en zorgvuldig masseren tot de crème volledig is opgenomen. Een crèmeverband kan worden aangebracht in geval van ernstigere klachten. Hiervoor eenmaal per dag 10 – 20 g crème aanbrengen en afdekken met een geschikt verband. De crème blijven aanbrengen totdat de symptomen verdwijnen of volgens het advies van uw arts. Gebruik Flexagile crème niet langer dan 1 maand. Er zijn geen gegevens over de veiligheid en werkzaamheid van Flexagile voor langdurig gebruik. **Pediatrische populatie:** De veiligheid en werkzaamheid bij kinderen jonger dan 12 jaar werden nog niet vastgesteld. Er zijn slechts beperkte gegevens beschikbaar. Tenzij anders voorgeschreven, is de dosering voor kinderen vanaf 12 jaar dezelfde als voor volwassenen.

CONTRA-INDICATIES: Overgevoeligheid voor smeerwortel, parabenen, pinda's of soja voor de werkzame stoffen of voor één van de hulpstoffen.

BIJWERKINGEN: Uit klinische onderzoeksgegevens blijkt dat bijwerkingen niet vaak werden gemeld en de gegevens zijn gebaseerd op een geringe blootstelling. Daarom vermeldt de lijst hieronder de voorvallen gemeld na het in de handel brengen, op basis van de therapieutische/aanbevolen dosis en waarvan beschouwd wordt dat ze toe te schrijven zijn aan het geneesmiddel. Aangezien de meeste bijwerkingen gebaseerd zijn op spontane meldingen na het in de handel brengen, is een precieze schatting van de frequentie niet mogelijk. De hulpstoffen kunnen gelokaliseerde huidreacties veroorzaken. Het gebruik van de crème kan overgevoeligheidsreacties teweegbrengen. Overgevoeligheidsreacties kunnen huidreacties op de toepassingsplaats zijn. In zeldzame gevallen kunnen ook systemische overgevoeligheidsreacties optreden. De bijwerkingen worden hieronder opgesomd per systeem/orgaanklasse: **Immuunsysteemaandoeningen:** Systemische overgevoeligheidsreacties van de huid (niet beperkt tot de toepassingsplaats), het maag-darmstelsel, de ogen of het ademhalingsstelsel. Overgevoeligheidsreacties op de toepassingsplaats. **Huid- en onderhuidaandoeningen:** Contactdermatitis, pijn, eczeem, jeuk, uitslag, branderig gevoel op de huid, erytheem. Medische hulp moet gezocht worden in ernstige gevallen. **Melding van vermoedelijke bijwerkingen:** Het is belangrijk om na toelating van het geneesmiddel vermoedelijke bijwerkingen te melden. Op deze wijze kan de verhouding tussen voordelen en risico's van het geneesmiddel voortdurend worden gevolgd. Beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg wordt verzocht alle vermoedelijke bijwerkingen te melden via Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten, www.fagg.be, Afdeling Vigilantie. Website: www.eenbijwerkingmelden.be, e-mail: adr@fagg-afmps.be.

HOUDER VAN DE VERGUNNING VOOR HET IN DE HANDEL BRENGEN: P&G Health Belgium BV/SRL, Temselaan 100, 1853 Strombeek-Bever. **NUMMER(S) VAN DE VERGUNNING VOOR HET IN DE HANDEL BRENGEN:** BE375961. **AFLEVERINGSWIJZE:** vrije aflevering. **DATUM VAN HERZIENING VAN DE TEKST:** 04/2024

Flexagile®

Flexagile 50g : € 11,00

Flexagile 100g : € 18,99

Flexagile 150g : € 26,99

Jouw **eerstelijns oplossing** voor lokale pijnverlichting¹

Hoewel orale of lokale niet-steroïdale anti-inflammatoire ontstekingsremmers (NSAID's) vaak worden aanbevolen, zijn ze niet geschikt voor iedereen en kunnen ze soms bijwerkingen veroorzaken zoals gastro-intestinale bijwerkingen². Het risico op deze bijwerkingen neemt toe met de leeftijd³.

Flexagile, met de kracht van smeerwortel voor

spierpijn, gewrichtspijn & acute rugpijn¹



DE KRACHT VAN SMEERWORTEL

Flexagile is werkzaam tegen verschillende soorten lokale pijn¹ en wordt goed verdragen door het lichaam.^{8,9,10}

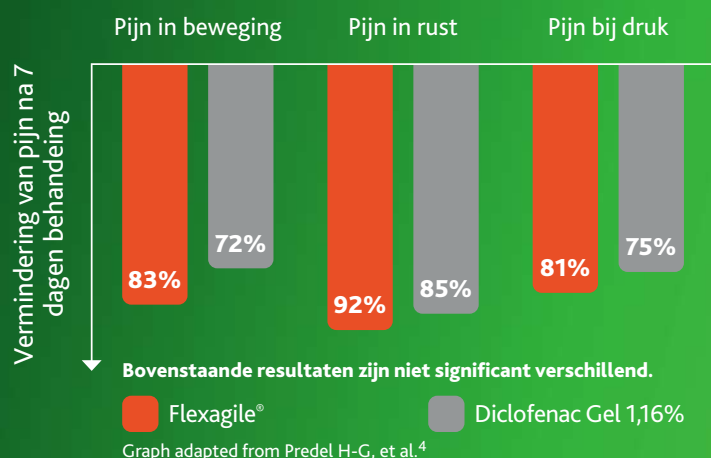
Klinisch bewezen even effectief voor pijnverlichting als diclofenac diethylamine⁴

Geen inhibitie van COX-1⁵; behoud van de maag-beschermende werking⁶

COX-1 speelt een belangrijke rol in de bescherming van het maagslijmvlies door prostaglandineproductie, die het maagslijmvlies helpt beschermen⁶

Combineerbaar met andere medicijnen⁷

Zoals orale NSAIDs en paracetamol



1. SKP 04/2024

2. Ghilichloo J, Gerriets V. Nonsteroidal Anti-inflammatory Drugs (NSAIDs). 2022 May 19. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 Jan.

3. Wongrakpanich S, Wongrakpanich A, Melhado K, Rangaswami J. A Comprehensive Review of Non-Steroidal Anti-Inflammatory Drug Use in The Elderly. Aging Dis. 2018;9(1):143-150.

4. As tested for Ankle sprain pain reduction in a clinical study in comparison to Diethylamine Diclofenac Gel – Predel H-G et al. Phytomedicine 2005;12:707-14.

5. Seigner J et al (2019) A Symphytum officinale Root Extract Exerts Anti-inflammatory Properties by Affecting Two Distinct Steps of NF-KB Signaling. Front. Pharmacol. 10:289.

6. Simon LS. Role and regulation of cyclooxygenase-2 during inflammation. Am J Med. 1999 May 31;106(5B):375-425. doi: 10.1016/s0002-9343(99)00115-1. PMID: 10390126.

7. SKP Flexagile 02/2019: 4.5 interacties met andere geneesmiddelen en andere vormen van interactie. Geen onderzoek naar interacties uitgevoerd.

*Volgens beschikbare veiligheidsgegevens en zoals gerapporteerd in klinische studies waarbij de tolerantie door patiënten en artsen als goed, zeer goed of uitstekend werd gerapporteerd^{8,9,10}.

8. Grube et al, Phytomedicine 14 (2007) 2-10. 73.6% of physicians and patients in the verum group rated the tolerance as very good.

9. Predel et al, Phytomedicine 12 (2005) 707-714. A majority of investigators and patients reported tolerability of Flexagile as excellent.

10. Giannetti BM et al. Br J Sports med 2010; 44: 637-641. Both the investigators and the patients rated tolerability of the comfrey ointment as "excellent" or "good" in most cases (98.3% and 95.0%, respectively).

Scan en lees

• Vlaams Belang stelt neutraliteit Sciensano in vraag

Door over te stappen van X naar Bluesky na de inauguratie van Donald Trump, maakt Sciensano een politiek statement, vindt Vlaams Belang. Nonsens volgens minister van Volksgezondheid en Sociale Zaken Frank Vandenbroucke (Vooruit).

• Raad van State verwerpt beroep tegen KB supraregionale zorgopdrachten

De Raad van State verwerpt het beroep dat AZ Delta, Vitaz, AZ Turnhout en het ziekenhuisnetwerk Mira hadden ingesteld tegen het KB dat supraregionale zorgopdrachten regelt. Volgens hen moet een PET-scanner als locoregionale zorgopdracht worden beschouwd.

• Be-SafeShare: efficiënte en veilige uitwisseling van medische informatie

Het project Be-SafeShare wil efficiënte en veilige uitwisseling van medische informatie tussen zorgverleners en met de patiënt mogelijk maken. Het RIZIV publiceerde zopas een lijvig document over het concept en de aanpak.

• Toegang medische studies in Franse Gemeenschap ongrondwettelijk?

Schendt het onderscheid tussen 'verblijvende' en 'niet-verblijvende studenten' inzake de toegang tot de studie geneeskunde in de Franse Gemeenschap de Grondwet? De Raad van State stelt hierover een prejudiciële vraag aan het Grondwettelijk Hof.

• Vandenbroucke: 'Geen aparte conventie voor elke zeldzame ziekte'

Voor elke zeldzame ziekte een expertisecentrum erkennen of een aparte conventie maken is niet de goede weg. Dat zei minister van Volksgezondheid Frank Vandenbroucke dinsdag in de Kamercommissie Gezondheid.

• Eén Belg op tien heeft nierschade

Chronische nierziekten treffen één Belg op tien, maar blijven vaak onopgemerkt omdat ze in de beginfase geen duidelijke klachten geven. De Nederlandstalige Belgische Vereniging voor Nefrologie (NBVN) pleit naar aanleiding van Wereldnierdag (13 maart) voor preventieve tests.

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



OESO vergelijkt patiënttevredenheid

OESO Hoe tevreden zijn patiënten over de zorg die ze krijgen, en hoe schatten ze hun gezondheid in? Het PaRIS-rapport van de OESO vergelijkt de situatie in 19 landen.

Patient-Reported Experience Measures (PREMs) en Patient-Reported Outcome Measures (PROMs) worden al langer gebruikt om de zorgervaringen en gezondheidsresultaten bij patiënten in kaart te brengen. Maar bij gebrek aan gestandaardiseerde criteria zijn de resultaten moeilijk vergelijkbaar tussen landen. Daar wil het PaRIS (*Patient-Reported Indicator Surveys*)-project van de Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling (OESO) iets aan doen.

Het PaRIS-project verzamelde gegevens van 107.000 patiënten van 45 jaar en ouder in 19 landen met een of meer chronische aandoeningen. Voor de VS werd de steekproef beperkt tot de populatie van 65 jaar en ouder die opgenomen is in het Medicare-programma. Ook werden 1.800 eerstelijnszorgpraktijken in de deelnemende landen bevraagd.

De tien indicatoren die PaRIS in kaart brengt, omvatten vijf PREMs (vertrouwen om aan zelfbeheer te doen, ervaren coördinatie van zorg, persoonsgerichte zorg, ervaren kwaliteit, en vertrouwen in zorgsysteem) en vijf PROMs (lichamelijke gezondheid, geestelijke gezondheid, sociaal functioneren, welzijn, en algemene gezondheid). Deze 'PaRIS10'-indicatoren laten toe om de prestaties

van gezondheidszorgsystemen in de 19 deelnemende landen te vergelijken.

Hoge zorgkwaliteit

Voor acht van de tien indicatoren scoort België in lijn met het OESO-gemiddelde. We doen het beter voor de PREMs 'persoonsgerichte zorg' (vierde plaats, na Zwitserland, de Verenigde Staten en Australië) en 'ervaren kwaliteit' (derde plaats, na Tsjechië en Zwitserland). Het vertrouwen in het gezondheidssysteem ligt het hoogst in Spanje (89%), gevolgd door Saudi-Arabië, Noorwegen, Zwitserland, Nederland en België (70%).

Bij de PROMs beoordeelt 72% van de bevraagde Belgen zijn algemene gezondheid als goed, zeer goed of uitstekend. Dat is meer dan het OESO-gemiddelde (60%), maar ver achter Saudi-Arabië (93%), Canada (83%) en de Verenigde Staten (74%). In alle landen vinden de respondenten hun mentale gezondheid beter dan hun fysieke gezondheid, wat te maken kan hebben met de beperking van de bevraging tot patiënten met chronische aandoeningen.

Positieve patiëntervaringen zijn significant geassocieerd met betere door de patiënt gerapporteerde gezondheidsuitkomsten, hoewel de correlatie niet altijd hoog is.



Sociale en genderverschillen

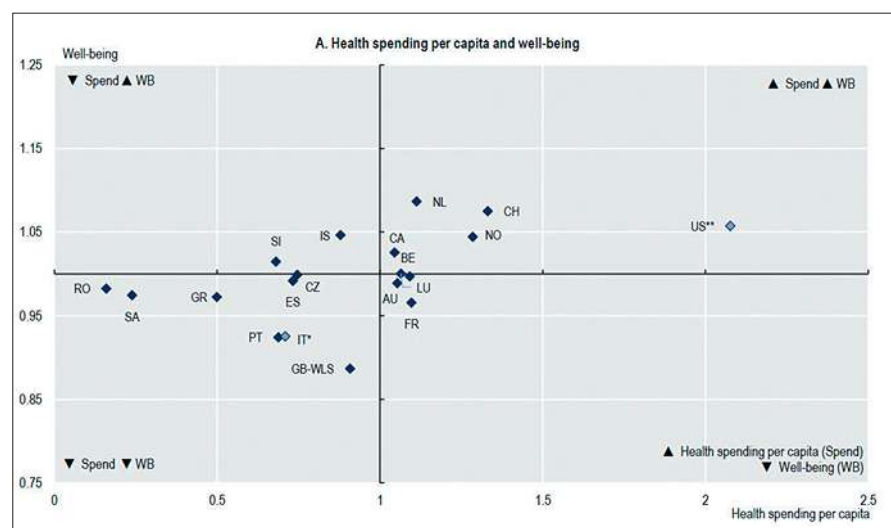
In alle landen van het onderzoek zijn er aanzienlijke genderkloven in de ervaringen en resultaten van patiënten. Gemiddeld liggen de welzijnsscores van vrouwen 3% tot 5% lager dan die van mannen. De kloof loopt op tot 9% in sommige landen. Socio-economische status, leeftijd en het aantal chronische aandoeningen verklaren een deel van het verschil, maar zelfs als deze factoren in aanmerking worden genomen, is het welzijn van vrouwen nog steeds slechter dan dat van mannen.

Kansarme mensen hebben een dubbel nadeel: ze worden eerder ziek en ont-

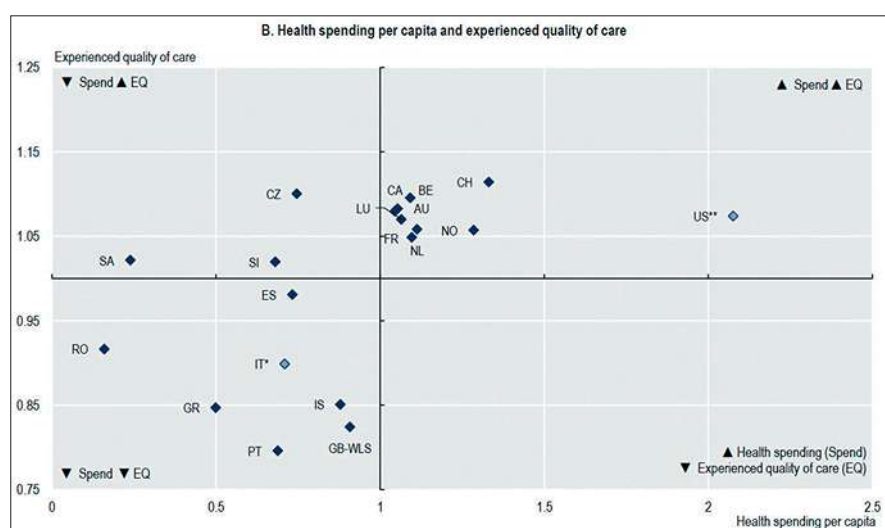
wikkelen meer chronische ziekten; en als ze eenmaal ziek zijn, ervaren ze slechtere gezondheidsresultaten.

Mensen belangrijker

PaRIS toont positieve relaties aan tussen de gezondheidsuitgaven in een land en hoge scores voor lichamelijke gezondheid, welzijn en ervaren kwaliteit van zorg. Deze correlaties zijn echter niet sterk, behalve voor lichamelijke gezondheid. Hogere gezondheidsuitgaven zijn dus geen garantie voor betere resultaten of ervaringen. Tsjechië en Slovenië scoren bijvoorbeeld goed voor de meeste PaRIS-indicatoren, terwijl ze relatief lage gezondheidsuitgaven per



Deze grafiek zet de PROM 'welzijn' (Y-as) af tegen de uitgaven per capita voor gezondheidszorg (X-as), waarbij 1 = het PaRIS-gemiddelde. De Verenigde Staten geven meer dan dubbel zo veel uit, maar scoren voor deze indicator slechter dan landen die minder uitgeven zoals Nederland en Zwitserland.



Deze grafiek zet de PREM 'ervaren kwaliteit van zorg' (Y-as) af tegen de uitgaven per capita voor gezondheidszorg (X-as), waarbij 1 = het PaRIS-gemiddelde. De Verenigde Staten geven meer dan dubbel zo veel uit, maar scoren voor deze indicator slechter dan landen die minder uitgeven.

hoofd van de bevolking hebben. De Verenigde Staten geven per capita meer dan dubbel zoveel uit als landen met vergelijkbare scores.

Landen met een hoger aantal artsen en verpleegkundigen per 1.000 inwoners, zoals IJsland, Noorwegen en Zwitserland, scoren beter voor welzijn, fysieke gezondheid en mentale gezondheid. Hoewel deze analyse geen causaliteit vaststelt, benadrukt het rapport de

potentiële voordelen van investeren in zorgpersoneel.

Digitale toekomst

Uit het rapport blijkt dat digitale technologie nog niet ten volle benut wordt in de gezondheidszorg. Slechts 7% van de patiënten met chronische aandoeningen heeft al een videoconsult gebruikt, en slechts 17% heeft online inzage gehad in hun medisch dossier.

Het rapport waarschuwt wel voor een digitale kloof. Oudere en lager opgeleide mensen hebben moeite met het begrijpen van gezondheidsinformatie en zijn minder vertrouwd met digitale technologie. Websites en digitale gezondheidstools moeten daarom makkelijk te begrijpen en te gebruiken zijn.

De continuïteit van de zorg lijdt onder slechte informatie-uitwisseling, zegt het rapport. Een kwart van de pati-

ënten heeft bij een zorgverlener al gezondheidsinformatie moeten herhalen die al in hun medisch dossier had moeten staan.

Terwijl 95% van de bevroagde eerstelijnspraktijken al elektronische patiëntendossiers gebruikt, kan slechts de helft van alle praktijken deze delen met andere praktijken. België scoort hiervoor zeer goed (92%, na Nederland met 97%).

Erik Derycke

Wat wil de patiënt?

Het rapport pleit ervoor om de patiënten meer te betrekken bij de besluitvorming over gezondheidszorg. Volgens het rapport vinden patiënten met name 'drie T's' belangrijk: *Time*, *Tailored care* en *Trouble-free and safe care*.

Patiënten waarderen korte wachttijden en meer tijd met eerstelijnszorgprofessionals. Mensen die aangaven dat hun zorgverlener genoeg tijd met hen doorbracht, hebben veel meer vertrouwen in het gezondheidszorgsysteem. Patiënten die

problematische wachttijden ervaren, hebben minder vertrouwen in het gezondheidszorgsysteem. Ook een langdurige relatie met een zorgprofessional leidt tot betere zorgervaringen. De hoogste percentages langdurige continuïteit werden waargenomen in Tsjechië, Nederland en Roemenië: in deze landen is meer dan de helft van de patiënten al tien jaar of langer bij dezelfde zorgverlener. Patiënten vragen ook zorg op maat. Bij zorg voor mensen met chronische aan-

doeningen is er geen 'one-size-fits-all' oplossing. Patiënten hebben aanzienlijk meer vertrouwen in het managen van hun gezondheid als artsen hen betrekken bij beslissingen en wanneer ze veel ondersteuning krijgen bij zelfmanagement. Zorgverleners moeten zaken daarom duidelijk uitleggen en schriftelijke instructies meegeven om patiënten te helpen hun zorg thuis te regelen. Regelmatige medicatiebeoordelingen en zorgplannen verbeteren de coördinatie van de zorg.

Patiënten die een gebeurtenis hebben meegemaakt die hen mogelijk schade kan berokkenen – zoals het niet kunnen krijgen van een afspraak, een verkeerde of vertraagde diagnose of behandeling, of communicatieproblemen tussen zorgverleners – vertrouwen het gezondheidszorgsysteem minder.

>> Het volledige rapport met toelichting van de gebruikte methodologie is te vinden op oecd.org/en/publications/does-healthcare-deliver_c8af05a5-en.html

RIZIV-
VAPZ
VAPZ
IPT
POZ
GEWAARBORGD
INKOMEN
VERZEKERINGEN

GLOBAL NETTORENDEMENT IN

2021 2022 2023

4,5%



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

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

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

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

AMONIS

Uw toekomst verdient een expert

Neem
vrijblijvend
contact op



0800 96 119
www.amonis.be

BEHANDELING VAN AANDOENINGEN VAN DE BOVENBUIK MET OF ZONDER PPI'S

(PROTON POMP INHIBITOREN)

ONDERSTEUNING VOOR UW PRAKTIJK

DINSDAG 25 MAART 2025, 20U - 22U



5 GOEDE REDENEN OM U IN TE SCHRIJVEN VOOR DIT ONLINE SYMPOSIUM

- 1 **Connecteer met de inzichten van expert Key Opinion Leaders:** Prof. J. Tack, Dr. K. Raymenants, Dr. F. Carbone, Prof. T. Vanuytsel
- 2 **Oplossingen** om sereen om te gaan met de uitdagingen van de door de overheid opgelegde indicatoren **ter afbouw van het PPI gebruik**
- 3 Analyse van **relevante en betrouwbare alternatieve behandelingen** van slokdarm- en maagaandoeningen **zonder PPI's** (reflux, dyspepsie, enz.)
- 4 Uw kennis updaten met behulp van de eerste resultaten van de **PEPPER-studie**
- 5 **Inschrijving gratis** voor de interactieve vorming (Accreditatie is aangevraagd)

REGISTRATIE LINK



Bewegen met Bart wint award

YOUTUBE Tijdens de uitreiking van de Jamies 2024, de Vlaamse online video awards, viel 'Bewegen met Bart' in de prijzen. Het kaapte de Good vibes Jamie weg, de award voor beste maker met maatschappelijke impact.

Sinds twee jaar geeft Bart Boddin dagelijks gratis een korte training op YouTube om ouderen aan te zetten meer te bewegen. Vorig jaar werden dankzij 'Bewegen met Bart' ruim 1,1 miljoen trainingen gedaan. Dat succes ging ook niet onopgemerkt voorbij aan de organisatoren van de Jamies, de Vlaamse online video awards, die hem prompt met de award voor beste maker met maatschappelijke impact bedachten. De dagelijkse trainingen bestaan uit een aantal eenvoudige spierversterkende oefeningen en duren ongeveer tien minuten. "Het voordeel is dat mensen vaak al na enkele weken het verschil voelen", legt Bart Boddin uit. "Ik zou honderden deelnemers kunnen citeren die enthousiast melden dat ze plots minder rugpijn hebben, vlotter de trap op kunnen of zich gewoon fitter voelen."

Mensen kunnen zich gratis abonneren op het YouTube-kanaal zodat ze elke ochtend een herinnering op de smartphone krijgen dat er een nieuwe work-out met eenvoudige oefeningen beschikbaar is. "Ik probeer mensen ook soms heel kort iets bij te brengen over het voordeel van bewegen voor je boten, je bloedsuikerspiegel, je hersenen of je bloeddruk. Dat werkt extra motiverend", aldus Bart Boddin. Intussen volgen 20.000 deelnemers de dagelijkse YouTube-filmpjes. Hoewel 'Bewegen met Bart' een Vlaams initiatief is, heeft het ook succes buiten de grenzen. Meer dan de helft van de volgers komt immers uit Nederland.

Filip Ceulemans

>> Youtube.com/@BewegenMetBart

Bijna acht op tien jonge huisartsen zouden dezelfde keuze maken

ENQUÊTE Jonge Vlaamse huisartsen zijn tevreden over hun opleiding en over het beroep. Dat blijkt uit een enquête van het Interuniversitair Centrum voor HuisartsenOpleiding (ICHO) bij de huisartsen die de voorbij tien jaar afstudeerden.

Huisartsgeneeskunde zit in de lift. In het academiejaar 2009-2010 volgden 253 artsen de interuniversitaire opleiding tot huisarts. In 2024 was dat aantal gestegen tot 1.103 huisartsen-in-opleiding (haio's). Het leek het ICHO het geschikte moment om de huisartsen die afstudeerden tussen 2014 en 2023 te bevragen over zowel de opleiding als hun job als huisarts. 772 huisartsen (31%) namen aan de bevraging deel. Omdat in 2018 de master-na-masteropleiding grondig werd hervormd van een tweejarige naar een driejarige opleiding werden voor het luik opleiding enkel de resultaten opgenomen van de huisartsen die het nieuwe curriculum volgden.

De belangrijkste reden om huisarts te worden, is de langdurige relatie die de huisarts onderhoudt met zijn patiënt (9,3/10). Ook de brede pathologie (9/10), de autonomie (9/10) en de holistische aanpak zijn elementen die een student geneeskunde ertoe brengen voor de huisartsgeneeskunde te kiezen. De huisartsen blijken ook na het afronden van hun studie en de eerste stappen in het beroep tevreden over de keuze die ze maakten. Slechts 2% van de afgestudeerden startte nooit als huisarts en amper 4,6% stopte in de loop van de eerste tien jaar als huisarts. 78% van de huisartsen zegt resoluut voor dezelfde opleiding te kiezen, terwijl 13% niet helemaal zeker is. Op de vraag of ze de komende vijf jaar hun beroep als huisarts willen blijven uitoefenen, geven ze een score van 8,3 op 10.

Werkweek

De meerderheid van de huisartsen (56%) werkt het aantal uren dat ze zelf wensen, maar een derde (33%) geeft aan liever minder uren te kloppen. De grootste groep (44%) werkt 40 tot 49 uur per week. Iets meer dan een kwart

van de huisartsen werkt tussen 30 en 39 uur, terwijl 16% aangeeft 50 tot 59 uur in de weer te zijn als huisarts. Een relatief groot aantal artsen ging als vervangarts aan de slag (29%). Vier huisartsen op tien geven aan ook actief te zijn in andere medische domeinen zoals Kind & Gezin, CRA of ploegarts.

Terugblikkend op de opleiding krijgt het nieuwe curriculum een mooie score van 8 op 10. Vooral de begeleiding door de stagecoördinator via seminars (8,9/10) en de praktijkwerking (8,4/10) worden gesmaakt. Het onderwijs zelf haalde nog 7 op 10, maar de masterproef kan op minder bijval rekenen (5,4/10). Het ICHO anticipeerde hier al op door sinds enkele jaren diverse types van masterproeven aan te bieden zoals kwaliteitsverbeterprojecten die nauw aansluiten bij de eigen praktijk.

Stageplaats

Bij de keuze van de stageplaats laat de haio zich voornamelijk leiden door de klik met de praktijkopleider en diens team (9,1/10), terwijl ook de persoonlijkheid (8,8/10) en de visie van de praktijkopleider (8,7/10) belangrijke elementen zijn. Ten slotte speelt ook de afstand tot de praktijk (8,6/10) een rol. De stageplaats speelt na het behalen van het diploma een belangrijke rol in de uiteindelijke vestigingsplaats van de startende huisarts. Bijna driekwart (73%) van de huisartsen vestigt zich binnen een straal van 25 kilometer van de stageplek.

Praktijken in huisartsarme zones stonden niet hoog op de voorkeurslijst, zowel bij de keuze van de stageplaats (2,6/10) als de vestigingsplaats (4,3/10). Minder dan de helft van de huisartsen (45,2%) gaf aan dat een incentive de keuze voor een huisartsarme regio had kunnen beïnvloeden. Die incentive kan zowel financieel (50%) zijn als in de vorm van praktijkondersteuning (43%).

Filip Ceulemans

Voltaren Patch
Once Daily 140 mg

HALOON

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

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

DISCREET CONTINU GERICHT

GEPATENTEERDE TECHNOLOGIE

tot 24 U

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

NAAM VAN HET GENEESMIDDEL Voltaren Patch Once Daily 140 mg pleister. **KWALITATIEVE EN KWANTITATIEVE SAMENSTELLING** Elke pleister bevat diclofenac onder de vorm van 140 mg diclofenacnatrium. Elke pleister bevat 2,90 mg butylhydroxyanisol. (E 320). **FARMACEUTISCHE VORM** Pleister. Witte zelfklevende pleister van 10x14 cm, gemaakt van niet-geweven materiaal aan de ene en papier aan de andere kant. **KLINISCHE GEGEVENS** **Therapeutische indicaties** Lokale symptomatische kortdurende behandeling (max. 7 dagen) van pijn bij acute verrekkingen, verstuikingen of kneuzingen van de extremiteiten na stomp letsel bij adolescenten vanaf 16 jaar en volwassenen. **Dosering en wijze van toediening** **Dosering:** volwassenen en adolescenten vanaf 16 jaar. Eenmaal per dag dient één pleister op de pijnlijke plek te worden geplakt. De maximale dagelijkse dosis is 1 pleister per dag, ook als er meer dan één pijnlijke plek moet worden behandeld. Daarom kan slechts één pijnlijke plek tegelijk worden behandeld. **Gebruiksduur:** Voltaren Patch Once Daily dient zo kort als nodig te worden gebruikt om de symptomen onder controle te houden. De gebruiksduur mag niet langer zijn dan 7 dagen. Het therapeutisch voordeel van langer gebruik is niet vastgesteld. **Bejaarde patiënten:** Dit geneesmiddel moet met voorzichtigheid worden gebruikt bij bejaarde patiënten die gevoeliger zijn voor bijwerkingen. **Patiënten met verminderde nier- of leverfunctie:** Bij de behandeling van patiënten met verminderde nier- of leverfunctie. **Pediatrische patiënten:** De veiligheid en werkzaamheid van Voltaren Patch Once Daily bij kinderen en adolescenten jonger dan 16 jaar zijn nog niet vastgesteld. Als dit geneesmiddel langer dan 7 dagen voor pijnverlichting nodig is of als de symptomen verergeren, wordt aangeraden dat de patiënt of diens ouders een arts raadplegen. **Wijze van toediening** Cutaan gebruik. De pleister mag alleen worden aangebracht op intacte, niet-zieke huid en mag niet worden gedragen tijdens het baden of douchen. De pleister mag niet in stukken worden geknipt. Zo nodig kan de pleister op zijn plaats worden gehouden met een netverband. De pleister mag niet samen met een occlusief verband worden gebruikt. **Contra-indicaties** • Overgevoeligheid voor de werkzame stof of voor een van de andere stoffen; • Overgevoeligheid voor acetylsalicylzuur of andere NSAID's; • Patiënten die eerder een astma-aanval, urticaria of acute rhinitis hebben gehad bij gebruik van acetylsalicylzuur of een andere NSAID; • Patiënten met een actief peptisch ulcus; • Gebruik op beschadigde huid, ongeacht het letsel: exudatieve dermatitis, eczeem, geïnfecteerde laesie, verbranding of wond; • Derde trimester van zwangerschap; • Kinderen en adolescenten jonger dan 16 jaar. **Bijwerkingen** De volgende frequentiecategories worden gebruikt voor het melden van bijwerkingen: Zeer vaak: ≥1/10, Vaak: ≥1/100, <1/10 Soms: ≥1/1.000, <1/100, Zelden: ≥1/10.000, <1/1.000, Zeer zelden: <1/10.000. Niet bekend: kan met de beschikbare gegevens niet worden bepaald. **Infecties en parasitaire aandoeningen:** Zeer zelden: Pustuleuze rash. **Immuunsysteemaandoeningen:** Zeer zelden: Overgevoeligheid (waaronder urticaria), angioneurotisch oedeem, anafylactische reactie. **Ademhalingsstelsel-, borstkas- en mediastinum-aandoeningen:** Zeer zelden: Astma. **Huid- en onderhuidaandoeningen:** Vaak: Rash, eczeem, erytheem, dermatitis (waaronder allergische en contactdermatitis), pruritus, Zelden: Bulleuze dermatitis (bijv. erythema bullosum), droge huid. Zeer zelden: Fotosensitiviteitsreactie. **Algemene aandoeningen en toedieningsplaatsstoornissen:** Vaak: Toedieningsplaatsreacties. De systemische diclofenacspiegels, gemeten tijdens voorgeschreven gebruik van de pleisters, zijn zeer laag in vergelijking met die welke worden verkregen na orale inname van diclofenac. Het risico van het ontstaan van systemisch geïnduceerde bijwerkingen (zoals maag-, lever- en nieraandoeningen, systemische overgevoeligheidsreacties) tijdens het gebruik van de pleister lijkt derhalve gering. Met name wanneer de pleister op een groot huidoppervlak en gedurende langere tijd wordt gebruikt, kunnen echter systemische bijwerkingen optreden. **Melding van vermoedelijke bijwerkingen** Het is belangrijk om na toelating van het geneesmiddel vermoedelijke bijwerkingen te melden. Op deze wijze kan de verhouding tussen voordelen en risico's van het geneesmiddel voortdurend worden gevolgd. Beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg wordt verzocht alle vermoedelijke bijwerkingen te melden via: Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten, www.fagg.be. Afdeling Vigilantie. Website: www.eenbijwerkingmelden.be. e-mail: adr@fagg-atmps.be. **Afleveringswijze:** vrij. **HOUDER VAN DE VERGUNNING VOOR HET IN DE HANDEL BRENGEN** Haleon Belgium, Da Vincilaan 5, B-1930 Zaventem. **NUMMER VAN DE VERGUNNING VOOR HET IN DE HANDEL BRENGEN** BE: BE662454. LU: 2024030083. **NUMÉROS nationaux:** 0958352, 0958366, 0958383, 0958397. **DATUM EERSTE VERGUNNINGVERLENING/VERLENGING VAN DE VERGUNNING** Datum van eerste verlening van de vergunning: 10/04/2024. **DATUM VAN HERZIENING VAN DE TEKST/GOEDKEURING VAN DE TEKST** Datum van goedkeuring: 10/2024. **DATE OF CREATION** 01/2025. Trademarks are owned by or licensed to the Haleon group of companies. ©2025 Haleon group of companies or its licensor. Haleon Belgium. PM-BE-VOLT-24-00053.

Weg met HPV-gerelateerde kankers

KANKER De vzw Gynca's stelt een ambitieus plan voor om tegen 2030 alle vormen van kanker die worden veroorzaakt door HPV de wereld uit te helpen. Systematische screening, data en monitoring, vaccinatie en samenwerking tussen alle beleidsniveaus zijn de sleutels om dat te bereiken.

In ons land worden elk jaar meer dan duizend nieuwe gevallen van kanker veroorzaakt door HPV gediagnosticeerd, met als uitschieter baarmoederhalskanker bij 639 vrouwen, waarvan er 236 overleden. Neem daar nog de meer dan achtduizend vrouwen bij die jaarlijks een conisatie ondergaan om baarmoederhalskanker te voorkomen en de impact van HPV is duidelijk. Zowel de WHO als de Europese commissie stellen doelen inzake vaccinatie, screening en behandeling om uiteindelijk te komen tot de eliminatie van baarmoederhalskanker.

Ook België moet streven naar de 90/90/2030-doelstelling, klonk het onlangs tijdens een ronde tafel in de Kamer, georganiseerd door patiëntenorganisatie Gynca's. Doel is dat tegen 2030 90% van de bevolking wordt gevaccineerd tegen HPV en dat 90% van de doelpopulatie wordt gescreend op baarmoederhalskanker. Het witboek dat tijdens de ronde tafel werd voorgesteld, geeft vier duidelijke aanbevelingen.

Drempel

De uitbouw van een efficiënt vaccinatieprogramma is cruciaal. Momenteel zijn er grote verschillen in vaccinatiegraad tussen Vlaanderen en Wallonië. In Vlaanderen gloort de kaap van 90% aan de einder met een vaccinatiegraad van 80,7% in 2020, terwijl die in Wallonië met 52,4% in 2023 nog veraf is. Er bestaat ook nog steeds een kloof tussen jongens en meisjes. Omdat de inhaalvaccinatie enkel wordt terugbetaald tot 18 jaar en dat een ernstige drempel vormt, wordt voorgesteld die te verlengen tot 30 jaar.

Ook de screening voor baarmoederhalskanker verloopt niet op hetzelfde niveau in de verschillende delen van het land. In Vlaanderen is 63,60% (2021) van de doelgroep gescreend, terwijl dat in Wallonië en Brussel met respectievelijk 48,2% en 46,3% toch een pak lager ligt. Enige nuance is misschien op zijn plaats omdat de cijfers



Patiëntenorganisatie vzw Gynca's stelt een ambitieus plan voor om tegen 2030 alle vormen van kanker die worden veroorzaakt door HPV de wereld uit te helpen.

van Wallonië en Brussel dateren uit 2017 en dat percentage intussen misschien wel wat is gestegen. In 2022 kondigde de Interministeriële conferentie Volksgezondheid aan dat alle vrouwen tussen 30 en 64 jaar vijfjaarlijks een screeningstest moeten krijgen met steeds het cijfer van 90% gescreende vrouwen in het achterhoofd. Een hiaat is er momenteel bij anale kanker die ook vaak aan HPV wordt gelinkt, maar waarvoor er momenteel geen georganiseerd screeningsprogramma bestaat.

Universeel vaccin

Gynaecoloog Kobe Dewilde (UZ Leuven) benadrukt het belang van vaccinatie in combinatie met screening: "Als kinderen gevaccineerd worden en vrouwen vanaf 25 jaar een uitstrijkje laten doen, kan baarmoederhalskanker quasi volledig uitgesloten worden." Hij wordt hierin bijgetreden door vaccinoloog Pierre Van Damme (Universiteit Antwerpen) die ervoor pleit HPV voortaan te beschouwen als een van de universele vaccins. "Net zoals bij zuigelingen moeten we er eigenlijk voor zorgen dat een hele leeftijdsgroep gevaccineerd wordt. Ik zie veel politieke bereidheid,

'Als kinderen gevaccineerd worden en vrouwen vanaf 25 jaar een uitstrijkje laten doen, kan baarmoederhalskanker quasi volledig uitgesloten worden'

– Kobe Dewilde, gynaecoloog UZ Leuven

maar er zijn nog grote verschillen over de verschillende regio's, we moeten dat niveau kunnen overstijgen om de vaccinatiegraad omhoog te krijgen. De grote uitdagingen voor beleidsmakers zullen zijn om het vaccin terugbetaald te krijgen tot 26 of 30 jaar, om ook apothekers een actieve rol te laten spelen in HPV-vaccinatie en om alle databanken op elkaar af te stemmen."

Een euvel waar in België wel eens vaker aan geleden wordt, is het gebrek aan volledige en correcte data. Daarom pleit het witboek ervoor de registratie van HPV-vaccinatie te verplichten voor alle vaccinatoren en een monitoring-systeem op te zetten dat vaccinatie-, screening- en kankerdata koppelt. Ten slotte vraagt het witboek een

'multi-stakeholder commitment', of met andere woorden een gezamenlijke inspanning van alle betrokken partners. Er wordt dan met name gekeken naar de federale overheid die de vraag krijgt HPV-eliminatie als prioriteit op te nemen in het nationaal kankerplan dat in het federale regeerakkoord is opgenomen. Een taskforce moet de ongelijkheden in vaccinatie en screening aanpakken en er moeten meer investeringen komen in het HPV-onderzoek.

"We zijn al enkele jaren bezig met het plan, maar merkten dat er nood was aan een volgende stap om het op de politieke agenda te krijgen", legt Anne De Middelaer van Gynca's uit waarom ze de ronde tafel organiseerden. Alvast Kathleen Depoorter (N-VA) staat helemaal achter de doelstellingen van het witboek en diende een resolutie in waarin ze vraagt HPV-vaccins volledig terug te betalen voor jongens en meisjes tot 30 jaar. Aan Franstalige zijde krijgt Gynca's steun van Julie Taton (MR), een ervaringsdeskundige die zelf al driemaal een conisatie onderging in de strijd tegen kanker.

Filip Ceulemans



‘Een ziekenhuis is geen koekjesfabriek’

Vorig jaar gingen de ceo's van de grootste universitaire ziekenhuizen van Vlaanderen allebei met emeritaat. AK Hospitals bracht Eric Mortier (UZ Gent) en Wim Robberecht (UZ Leuven) samen rond de tafel voor een openhartig gesprek over gezondheidszorg en de rol van (universitaire) ziekenhuizen daarin. **Filip Ceulemans & Erik Derycke**

Het weerzien op deredactie is hartelijk. Geen van beide emeriti is in een zwart gat gevallen, zo blijkt. Eric Mortier werkt aan een boek, en Wim Robberecht is weer gaan studeren: natuurkunde aan de KU Leuven – de eerste zittijd heeft hij net achter de rug. Onze eerste vraag: wat vinden ze van het langverwachte federaal regeerakkoord?

Eric Mortier: Bij de regeringsonderhandelingen heeft Frank Vandenbroucke de groeinorm kunnen behouden, maar dat is in feite een status quo. De groeinorm moet de verhoogde kosten van de vergrijzing en investeringen in innovatie opvangen; er gaat geen extra geld naar zorg. Ook aan Vlaamse kant moeten we niet veel verwachten van VIPA: daar wil men terecht meer investeren in kinderopvang en ouderen-

zorg. Dat betekent dat heel wat ziekenhuizen hun nieuwbouwplannen gaan moeten moduleren.

En zo zullen bedden op een natuurlijke wijze afgebouwd worden, omdat men ze niet meer zal kunnen betalen. Men zal ons de facto dwingen om te rationaliseren. Ik noem dat de ‘versterving’ van de ziekenhuizen.

Wim Robberecht: Ik geloof ook dat de omstandigheden ons zullen nopen om tamelijk snel in te grijpen. Maar we mogen niet vergeten dat 98% van de mensen zeer tevreden is over onze gezondheidszorg. We moeten dus niet alles zomaar omgooien. Veranderen is gemakkelijk, verbeteren is een stuk moeilijker.

‘Een privékliniek is een soort shopping mall’

18-21

‘Een privékliniek is een soort shopping mall’

In een uitgebreid gesprek hebben ex-ceo's Eric Mortier (UZ Gent) en Wim Robberecht (UZ Leuven) het over netwerken, centralisatie, governance en financiering – en over supplementen.

Filip Ceulemans & Erik Derycke

Wat vindt u van het voorstel van Zorgnet-Icuro om een vijfde van de algemene ziekenhuizen 's nachts te sluiten?

Robberecht: Dan moet men ook de voorwaarden om iets 'ziekenhuis' te mogen noemen en de financiering veranderen. Een ziekenhuis kan niet overleven met alleen maar ambulante aandoeningen. En het is gemakkelijker gezegd dan gedaan. Als er in zo'n dagziekenhuis zonder hospitalisatieafdeling iets misloopt, moet je zeker zijn dat het transport naar een ander ziekenhuis vlot gebeurt. Maar ziekenvervoer is op een middeleeuwse manier geregeld. Bovendien is de leeftijd van de gemiddelde patiënt dramatisch gestegen – heupoperaties gebeuren vandaag bij mensen van tachtig, negentig jaar. Gaan we die dan transporteren, of houden we toch een paar *medium care* bedden waar ze wel kunnen verblijven?

Mortier: Op sommige campussen zou men kleine activiteitencentra kunnen creëren waar beeldvorming, labo en kleine ingrepen kunnen gebeuren, maar waar een arts zegt: 'Deze ingreep kan ik hier niet doen, maar ik werk ook

in een andere instelling, en ik zal daar voor u zorgen.' Dus de patiënt volgt zijn arts.

‘ Er is soepelheid nodig in de regelgeving en die kun je alleen maar creëren door als overheid niet aan micromanagement te doen ’ – Wim Robberecht

Wim Robberecht studeerde geneeskunde aan de KU Leuven en specialiseerde zich in de neurologie. Hij was ceo van UZ Leuven van augustus 2018 tot augustus 2024. Hij is nog steeds lid van het bestuurscomité.

Was dat niet het idee achter de ziekenhuisnetwerken?

Robberecht: De netwerken zijn een mislukking aan het worden omdat de juridische structuur in de eerste plaats is gekomen. Men is begonnen met vzw's, met raden van bestuur, en voor je het weet zit je in een fusiebeweging. Maar dat was niet de bedoeling, want dan eindig je met mastodonten die niet goedkoper of kwalitatief beter zijn maar wel overal alles krampachtig in stand moeten houden. **Mortier:** Bij haar goedbedoelde initiatief heeft minister Maggie De Block onvoldoende rekening gehouden met wettelijke belemmeringen. Men moet van de praktijk starten en zeggen: hoe gaan we dat organiseren?

Robberecht: Spijtig genoeg zijn de netwerken snel onderhevig geweest aan een totaal andere dynamiek, genre 'als jij de patiënten met radiotherapie naar mij stuurt, dan stuur ik de kindjes voor neonatologie naar u'. Terwijl de bedoeling was: hoe kan je de gewone zorg, de zorg voor ouderen, diabetes, COPD, hartfalen, het best organiseren? Dat is de grote fout die met die netwerken gemaakt is. Ze waren bedoeld voor locoregionale zorg, maar houden zich alleen met supraregionale zaken bezig.

Wat is uw alternatief?

Robberecht: We moeten de stap zetten van geneeskunde gericht op het individu naar een populatiegeoriënteerde geneeskunde, waarbij je gefinancierd wordt voor een opdracht: een populatie van pakweg 400.000 mensen gezond houden. Dat betekent dat je ook aan preventie moet doen in plaats van alleen maar curatieve zorg toe te dienen. En dat



betekent ook dat je het hele idee van eerste, tweede en derde lijn laat varen, en de zorg meer als teams organiseert.

De overheid moet daarvoor een kader creëren, zonder daarbij te proberen eenheidsworst voor elke vierkante kilometer te maken. Het oosten van Vlaams-Brabant is niet hetzelfde als het westen. West-Vlaanderen, met een overschot aan bedden, is niet hetzelfde als Limburg waar men bedden te kort heeft. De situatie in Gent en Antwerpen is niet die van het platteland of in kleinere centrumsteden. Er is soepelheid nodig in de regelgeving en die kun je alleen maar creëren door als overheid niet aan micromanagement te doen.

Mortier: De kust bijvoorbeeld is een heel bijzondere strook. Er wonen veel oudere mensen, er is veel multimorbiditeit. In de zomer vervijfvoudigt de bevolking er. Je zou voor die regio een particuliere oplossing moeten kunnen maken in plaats van dat te forceren met netwerken.

Robberecht: Dat bedoel ik met populatiegezondheidszorg. Je moet met bepaalde demografische kenmerken rekening houden, en daarvoor kan je gezondheidsdoelstellingen bepalen. Stel dat je iets rond diabetes wil doen, dan is het doel niet dat iedereen tevreden is, maar een harde target waar je wil eindigen met hemoglobine HbA1c of een andere medische parameter.

Ik vind dat de universitaire ziekenhuizen daar geen passieve rol mogen in spelen. Wij moeten samen met de overheid en met de koepels helpen uitdokteren hoe ons systeem er over twintig, vijftig jaar moet uitzien, en welke stappen we moeten zetten om daar te geraken.

Daarom vind ik het ook zo belangrijk dat het onderzoek in universitaire ziekenhuizen niet alleen gericht is op medische en technologische vooruitgang, maar dat er ook wetenschappelijk wordt onderzocht welke andere modellen wij op poten kunnen zetten om die uitdagingen in de zorg aan te gaan. Om te vermijden dat we zaken doen die op het eerste gezicht goed lijken, maar waarvan we tien jaar later vaststellen dat ze niet werken.

De overheid legt steeds meer mechanismen op om bepaalde vormen van zorg te concentreren. Hoe staat u daar tegenover?

Mortier: Ik heb les gegeven, en ik bewonder de inzet en professionaliteit van onze geneeskundestudenten die een groot hart hebben en willen zorgen voor mensen. Maar laat ons eerlijk zijn: als je één keer per jaar een slokdarmresectie doet – dat gaat niet. Die zelfreflectie moet het artsenkorps maken. We hebben lang gestudeerd, we hebben een grote verantwoordelijkheid, we mogen best een goede boterham verdienen. Maar denk toch na waar de grenzen van uw kunnen liggen.

Robberecht: In de jaren dertig heeft de Franse chirurg René Leriche de pathologie verdeeld in vier kwadranten, met op de Y-as de kans op complicaties en mortaliteit, en op de X-as het voorkomen van die pathologie. Iets wat weinig voorkomt en weinig risico heeft, daar moet je je tijd niet insteken. Iets wat veel voorkomt en weinig risico heeft, dat moet iedereen kunnen.

Iets wat veel voorkomt met een hoog risico, dat kan je niet centraliseren – je kan niet alle borstpathologie in één



© JDB

ziekenhuis brengen. Maar je moet ervoor zorgen dat mensen die dit behandelen geaccrediteerd zijn en werken in omstandigheden waar dit routine wordt. Met andere woorden: daar is een beperkte centralisatie onvermijdelijk. Dan blijft er nog pathologie die weinig voorkomt maar een heel groot risico heeft: die moet je in een klein aantal centra samenbrengen, want anders hebben artsen nooit de kans om voldoende ervaring op te doen.

Eric Mortier studeerde geneeskunde aan de UGent en specialiseerde zich in de anesthesie. Hij was ceo van UZ Gent van juni 2011 tot juni 2024.

‘ Geneeskunde is een vrij beroep, maar de ziekteverzekering is geen verzekering gewaarborgd inkomen voor de arts ’
– Eric Mortier

Dat impliceert dat patiënten zich verder moeten verplaatsen?

Robberecht: Je gaat mij toch niet vertellen dat een patiënt ermee inziet om vijftien of twintig kilometer verder te rijden als het gaat over borstkanker? Dat is toch te gek? Mensen in zo’n situatie zouden hun huis verkopen om de beste zorg te krijgen.

Dat men een maximale aanrijtijd voor een materniteit aangeeft, daar kan ik nog inkomen. Maar je moet beseffen dat alles met alles samenhangt. Je kan geen materniteit openhouden zonder een dienst pediatrie, en dus moet er 24 uur op 24 een pediater beschikbaar zijn, en een anesthesist om een sectio te doen.

Mortier: De normering van bevallingen in functie van de kwaliteit van de *outcome* is een verkeerde kadering van het probleem. Het probleem zijn inderdaad de auxiliaire diensten die nodig zijn om dienstverlening op kwaliteitsvolle manier te handhaven. Er zijn ziekenhuizen waar alle pediaters vertrokken zijn naar een privépraktijk. Die ziekenhuizen hebben nog een materniteit zonder pediater, zonder anesthesist.



Vervolg van pagina 19

Is die centralisatiebeweging geen list van de universitaire ziekenhuizen om zelf zoveel mogelijk binnen te halen?

Mortier: Laat ons ernstig wezen. Wat is er nog universitair prerogatief? De transplantaties, de centra voor menselijke genetica, kinderoncologie en sommige *rare diseases* in het kader van een Europees netwerk? Dat is twee à drie procent van onze pathologie, niet meer dan dat. En neem het van mij aan: de meeste van die zaken zijn ondergefinancierd. Je scheurt daar je broek aan. Wim, ik denk niet dat het longtransplantatieprogramma van Leuven – dat wereldtop is – veel winst maakt?

Robberecht: Bovendien denk ik niet dat wij een luide stem hebben gehad in die centralisatieoefeningen. Integendeel, wij delen in de klappen.

‘ Je gaat mij toch niet vertellen dat een patiënt ermee inzit om vijftien of twintig kilometer verder te rijden als het gaat over borstkanker? ’
– Wim Robberecht

Moeten de universitaire ziekenhuizen zelf ook rationaliseren?

Mortier: Er zijn niet te veel universitaire ziekenhuizen, maar we moeten nadenken over herverdelen. Men zal tot een compromis moeten komen, zoals ooit voor studierichtingen is gebeurd. Gent had ooit een richting Egyptologie – dat is vandaag het privilege van Leuven. En dat is maar normaal, want daar zijn geen honderd studenten voor. Het grootste probleem is onze eigen achterban, want elkeen heeft kroonjuwelen nodig waar men mee kan uitpakken. Het zijn de artsen uit eigen stal die vaak de grootste weerstand bieden.

Robberecht: Een element dat ons belemmert om de juiste stappen te zetten is dat gezondheidszorg asymmetrisch is. Een deel is federaal, een deel is regionaal. Onderzoek en onderwijs zitten ook bij de regio's. En dan zijn er instanties zoals universitaire ziekenhuizen die tussen de twee vallen. Wij krijgen van subsidieverleners soms de vraag of een universitair ziekenhuis een bedrijf of een onderwijsinstelling is. Ze hebben ons dan maar geklasseerd bij diegenen die het minst kosten (*lacht*).

Mortier: Maar er is wel een probleem. De loonkost in UZ Gent is tussen 2021 en 2022 met 100 miljoen euro gestegen. Onze onderwijs- en opleidingsactiviteit wordt zodanig ondergefinancierd dat het een bedreiging begint te vormen. En dat is mijn grote angst.

Robberecht: Dat zie ik ook als deel van die opdracht-financiering. Universitaire ziekenhuizen hebben een heel duidelijke opdracht en eigenheid. En ik denk dat onze gezondheidszorg niet zonder universitaire ziekenhuizen kan.

Mortier: Men moet wel opletten dat men ons niet aan ons lot overlaat, want anders gaan we door de wilde beesten verscheurd worden. Ik kijk naar de regio Gent. Leuven is

nog relatief goed beschermd, tenzij er in Limburg iets gebeurt. Maar wij zitten in een moeilijk parket. Als Aalst zich volledig ontwikkelt, zitten wij op twintig kilometer met een moloch die alles kan wat wij kunnen, tenzij wat hen bij wet verboden wordt. Maar zoals ik al zei, dat is maar twee procent van onze omzet, dat is peanuts. Dus we gaan met die mensen goede afspraken moeten maken.

Volgens het regeerakkoord moet er dit jaar nog een geïntegreerd voorstel voor hervorming van de ziekenhuisfinanciering en de nomenclatuurvorming komen. Hoe staan jullie daar tegenover?

Mortier: Het zal een kwestie van herverdelen zijn. Het plan om met zuivere erelonen te werken, en om ziekenhuizen rechtstreeks te financieren wordt hoe dan ook een *zero sum game*. Het is een illusie om te veronderstellen dat er geld bijkomt. Tweede punt: vandaag zijn de artsensyndicaten geneigd om het systeem van de afdrachten te houden, omdat dat hen *leverage* oplevert. Dat het artsenkorps decisieve inspraak heeft in de koers van een ziekenhuis vind ik maar normaal, maar dan zal men dat op een andere manier moeten regelen.

Robberecht: Misschien een gevaarlijke opmerking: ik ben niet zeker of het concept van medische raden zoals we ze nu kennen, nog beantwoordt aan de actuele wensen en noden van een ziekenhuis. Maar ik ben het met Eric eens: artsen en wat mij betreft ook de andere geledingen die actief zijn in een ziekenhuis, moeten mee kunnen bepalen welke richting dat uitgaat. Een ziekenhuis is geen koekjesfabriek.

Maar nogmaals, we moeten eigenlijk vertrekken van de vraag: hoe moet onze gezondheidszorg er in 2040 of 2050 uitzien? Zelf denk ik dat financiering moet evolueren naar een vorm van opdrachtfinanciering. Hoe je artsen verloont, is daar maar een onderdeel van.

Mortier: Er is één groot gevaar. Als men de ziekenhuisfinanciering en de financiering van de artsen en hun prestaties in een te strak keurslijf plaatst, gaat men een uittocht krijgen naar privéklinieken, zoals in het Verenigd Koninkrijk is gebeurd. En wat is een privékliniek? Dat is een soort shopping mall die ruimte verhuurt aan mensen die er hun ding doen en zo weinig mogelijk voor die ruimte willen betalen. Dat is één van de grote problemen in privéklinieken: er gebeuren te weinig investeringen in IT, infrastructuur, logistiek enzoverder.

Je kan dat niet aan banden leggen, want we zitten met Europese regels. Dat is een moeilijke evenwichtsoefening en ik vind dat minister Vandenbroucke daar in de vorige legislatuur echt oog voor heeft gehad.

De artsen stellen dan dat geneeskunde een vrij beroep is, en dat zij zelf kiezen waar en hoe ze hun beroep uitoefenen.

Mortier: Geneeskunde is een vrij beroep, maar de ziekteverzekering is geen verzekering gewaarborgd inkomen voor de arts. Men moet dat goed uit elkaar houden. De opleiding tot arts is in België quasi gratis, de studie is een rode loper naar werkzekerheid en artsen verdienen zeker niet slecht. Ik vraag wel een beetje sociale return, en de meeste artsen doen dat perfect.



© JDB

Robberecht: Vandaag zitten we in een soort vijandig model waar het vooral draait om inkomsten die niet mogen verloren gaan. Het financiële element is zo belangrijk dat het het haalt op het inhoudelijke. Dat zou omgekeerd moeten zijn. Je zou moeten komen tot één geharmoniseerd systeem, van thuisverpleging en huisartsen tot ziekenhuisartsen en ziekenhuizen.

Mortier: Je hebt volledig gelijk. We moeten naar geïntegreerde zorg. Ik vergelijk dat met de aftiteling bij een film. Het is maar omdat al die mensen goed hebben samen-

gewerkt, dat je een product krijgt dat de moeite waard is om te bekijken. Maar je hebt wel een goede rolverdeling nodig, een regisseur, en een producer die het geld geeft. ■

‘ Een ziekenhuis kan niet overleven met alleen
maar ambulante aandoeningen ’
– Wim Robberecht

‘Ereloonsupplementen mogen ze morgen afschaffen’

Vlak voor ons gesprek bracht *De Standaard* aan het licht dat patiënten in UZ Brussel en UZ Leuven sneller een consultatie bij een dermatoloog krijgen als ze supplementen willen betalen. In het UZ Brussel kon de journalist sneller een afspraak voor botox-injecties dan voor een huidprobleem krijgen.

Robberecht: Hoe wij daar in het oog van de storm zijn beland is mij niet duidelijk, want wij zijn net bekend voor het feit dat we geen patiëntenstop hebben voor dermatologie. De cijfers zijn trouwens heel duidelijk: 8% van onze inkomsten zijn privégelden van de patiënt. In een perifeer ziekenhuis is dat gemiddeld 18%.

Ereloonsupplementen mogen ze van mij morgen afschaffen – en ik denk dat 80% van de artsen dat zal denken. Maar je kan uit onze sector niet zomaar 700 of 800 miljoen per jaar weghalen zonder dat dat gecompenseerd wordt.

Mortier: Ik volg uw redenering volledig. Er is natuurlijk één gevaar. Hospitalisatieverzekeringen zijn *big business*. Er is geen enkele verzekeraar die daarop verlies maakt. Dus we moeten wel opletten dat als we dergelijke maatregelen beginnen in te voeren, dat we niet in de situatie van het Verenigd Koninkrijk terechtkomen, waar een substantieel aantal mensen uit het systeem stapt. We moeten ons publiek systeem betaalbaar houden.

Duurzaam, snel en nauwkeurig

In 2021 lanceerde Siemens Healthineers zijn eerste fotonentellende CT-scanner. In vergelijking met de huidige generatie CT-scanners belooft het systeem een stuk minder invasief te zijn voor patiënten, een kleinere ecologische voetafdruk te hebben en scherpere beelden te produceren tegen een lagere stralingsdosis. Drie jaar later breidt het bedrijf zijn aanbod fotonentellende scanners verder uit met drie nieuwe systemen: een basisvariant Alpha.Prime en twee meer geavanceerde varianten Alpha.Pro en Alpha.Peak.

Floris Cup

Voor tal van medische situaties is een CT-scanner het aangewezen beeldvormingstoestel. Het apparaat maakt gebruik van röntgenstralen of fotonen die door het lichaam gestuurd worden. Een computer stelt met foto's uit verschillende hoeken een 3D-volumebeeld samen. Bij de huidige generatie toestellen kunnen echter niet alle fotonen worden geanalyseerd, waardoor niet de optimale resolutie wordt bereikt. Een fotonentellende CT-scanner onderscheidt zich van de huidige generatie door wél elke individuele foton te analyseren. Het resultaat zijn haast tweemaal zo scherpe beelden zonder ruis, met gemiddeld 30 procent minder straling en contrastvloeistof.

“Fotonscanners zijn aanzienlijk minder belastend voor patiënten. Zo hoeven zij bijvoorbeeld minder lang hun adem in te houden tijdens een scan, wat de ervaring veel aangenamer maakt”, legt Philipp Fischer uit, hoofd Computertomografie bij Siemens Healthineers. “Daarnaast biedt het nieuwe systeem scans met een hogere resolutie en beter contrast dan traditionele scanners, waardoor meer details zichtbaar worden. Bovendien wordt de workflow ondersteund door kunstmatige intelligentie (AI), die helpt bij het nauwkeurig uitlijnen van de patiënt en het optimaal instellen van het apparaat. Dit alles samen resulteert in snellere en nauwkeurigere scans.”

In de praktijk

Momenteel zijn er wereldwijd een 200-tal fotonentellende CT-scanners, waaronder één in het UZ Leuven. Prof. dr. Chantal Van Ongeval beschrijft de scanners als veelbelovend en

beaamt dat de kwaliteit van de geproduceerde scans een aanzienlijke stap vooruit is. “De scans maken het mogelijk om fijne structuren van het bot te zien, waardoor we botbreuken bij oudere mensen gemakkelijker kunnen signaleren en lokaliseren. Ook kunnen we veel duidelijker het verschil maken tussen het weefsel van de vaten en verkalkingen in slagaders”, zegt prof. Van Ongeval. “Hoewel we liever geen scans van kinderen maken bijvoorbeeld, is het soms onvermijdelijk. In zulke gevallen is het een bijkomend voordeel dat de stralingsdosis en de hoeveelheid contrastvloeistof die we gebruiken aanzienlijk lager zijn.”

Volgens prof. Van Ongeval nemen de mogelijkheden waarvoor het toestel optimaal gebruikt kan worden toe, wat te zien is aan het stijgende aantal aanvragen die collega-artsen en radiologen bij het UZ Leuven indienen om onderzoek uit te mogen voeren met het apparaat.

Verduurzaming

Volgens Dokus Mertens, CEO van Siemens Healthineers BeLux, hebben fotonscanners als bijkomend voordeel dat ze een bijdrage leveren aan de verduurzaming van de gezondheidszorg. “Klimaatverandering zorgt ervoor dat de wereldwijde mortaliteit met 5,5 procent stijgt voor elke graad dat de aarde opwarmt. Wanneer we dieper ingaan op klimaatverandering, blijkt dat de gezondheidszorg de vijfde grootste bijdrager is”, zegt Mertens. “Fotonenscanners gebruiken zo’n 67 procent minder contrastvloeistof, zijn compacter en de fysieke componenten zijn gemakkelijker te updaten, wat leidt tot minder plastic afval. Bovendien is de hoeveelheid contrastvloeistof die via de urine van patiënten in het riool terechtkomt beperkt. Mertens verwacht dat fotonentellende CT-scanners tegen 2040 de huidige generatie apparaten zullen vervangen.

Een lagere stralingsdosis, minder contrastvloeistof en een korte scantijd sturen ons gezondheidssysteem in de richting van een omgeving waarin het gebruik van de scanner voor screenings zich meer op de voorgrond zal profileren, zegt Glenn To, Business Manager Computed Tomography. “De drempel om een geïndiceerde CT-scan uit te voeren is door het systeem verlaagd. Dit hangt natuurlijk af van de individuele patiënt, maar er zullen gevallen zijn waarbij een arts in een vroeg stadium sneller een CT-scan zal kunnen uitvoeren. Hierdoor kunnen aandoeningen eerder gesignaleerd worden.” ■

Zorginstellingen hebben de keuze uit drie verschillende modellen: een basisvariant Alpha.Prime en twee meer geavanceerde varianten; Alpha.Pro en Alpha.Peak.

>> Met dank aan Northwestern Memorial Hospital, Chicago voor het fotomateriaal.



© Northwestern Memorial Hospital, Chicago



Hans Crampe
Algemeen directeur AZ Oudenaarde.

Hoe lenig ben jij?

Ik neem je mee naar een panelgesprek. In een grote, rode, ronde fluwelen zetel zitten drie ziekenhuisdirecteurs en een moedige moderator. Het Universitair Ziekenhuis spreekt trots over zijn leidende rol in de medische wetenschap met baanbrekend onderzoek, geavanceerde technologieën en een infrastructuur die is aangepast aan complexe zorg. Een groter regionaal ziekenhuis is het eens met zijn collega over het belang van centralisatie. Ze onderschrijven samen de mantra: meer centralisatie is een voorwaarde voor betere kwaliteit. Het kleinere, lokale ziekenhuis benadrukt daarentegen juist het belang van zorg dichtbij huis, waar artsen en zorgverleners hun patiënten en mantelzorgers persoonlijk kennen. Het gesprek kabbelt voort...

‘ Wanneer ben jij laatst grondig van mening veranderd over het nut van centralisatie van zorg? ’

En wat denk je? Zijn er nieuwe inzichten ontstaan na dit gesprek? Is er iemand van mening veranderd? Waarschijnlijk niet. Het overkomt iedereen. Zodra je een mening hebt gevormd, is het moeilijk om die bij te sturen. Het is zoals je jouw weegschaal alleen vertrouwt als het gewicht meevalt. Voor onze verre voorouders was dit een voordeel: bij dreiging van een grote tijger was een twijfelaar immers een gemakkelijke prooi. Twijfelen was fataal. Vechten of vluchten, dat was het motto. Ons brein is jarenlang zo geprogrammeerd. Bij tegenstrijdige informatie schiet je onbewust in de afweer. Je ervaart meteen een ongemakkelijk, rusteloos gevoel. Je spieren spannen zich aan, je tenen krullen. Je brein weet direct wat er moet gebeuren: herstel het evenwicht! Wat niet verenigbaar is, moet verdwijnen. Psychologen hebben hiervoor

de term cognitieve dissonantie bedacht. Dit fenomeen was vroeger beschermend, maar vandaag maakt het ons juist kortzichtig en kwetsbaar. Wat kun je eraan doen?

Ontwikkel je perspectivistische lenigheid! Met deze term en tongbreker helpt Lammert Kamphuis je in zijn boek *Verslaafd aan ons eigen gelijk* om tijdelijk afstand te nemen van je overtuigingen. Het is verstandig je mening over mensen en ideeën zo lang mogelijk uit te stellen als je helder wilt blijven kijken. Een vastomlijnde mening verhindert dat je nuance en complexiteit ziet. Nobelprijswinnaar Nassim Nicholas Taleb adviseert in *Antifragiel* om cognitieve dissonantie juist te omarmen. Zijn advies is duidelijk: strijd tegen de oncomfortabele zone met raadselachtige nieuwsgierigheid. Laat je brein zoeken naar nieuwe inzichten, als een hond die naar nieuwe botten speurt. Gebruik Google of ChatGPT als een goochelaar die geen konijnen, maar tegenstrijdige adviezen tevoorschijn tovert. Verdiep je in boeken die je overtuigingen tegenspreken. Zo bouw je bewust een antibibliotheek op.

Socrates begreep dit al: de kracht van een goed gesprek ligt niet in het overtuigen, maar in het stellen van de juiste vragen. En die vragen beginnen zelden met een werkwoord. Elke Wiss neemt je in haar boek *Socrates op Sneakers* mee op weg naar het stellen van diepgaande vragen, waarmee je je eigen mening steeds weer even kunt uitstellen. En even tussen ons: durf jij echt te luisteren, je eigen standpunt los te laten en te groeien door de perspectieven van anderen te verkennen? Hoe perspectivistisch lenig ben jij en hoe groot is jouw antibibliotheek? Wanneer ben jij laatst grondig van mening veranderd over het nut van centralisatie van zorg? Durf je je nieuwe inzichten te delen met ons door een mailtje te sturen naar akopinie@roularta.be? De mooiste reacties koppelen we graag naar jullie terug. Het kan inspirerend zijn voor een volgend panelgesprek!

Hartslag van de zorg

Op deze pagina zet de redactie van AK Hospitals opmerkelijke nieuwsberichten uit Belgische ziekenhuizen in de kijker.



© Jessa Ziekenhuis

Jessa Ziekenhuis voorziet Snotkompas

Het respiratoir seizoen legde een stevige druk op onze zorg tijdens de winter van 2025, met verschillende pathogenen die welig tierden. Het circulatiepatroon van die virussen en bacteriën is sinds covid minder voorspelbaar, wat de diagnose en behandeling kan bemoeilijken.

Om te evalueren welke microbe precies de snotneus (of griep) van hun patiënt veroorzaakte, konden medische professionals een beroep doen op het Snotkompas van het Jessa Ziekenhuis. Zo'n vijftien pathogenen werden gemonitord vanuit het Hasseltse labo en de barometer werd wekelijks geüpdatet.



© Martin Corlazzoli

Kunst voor kinderen in AZ Sint-Lucas

Het Gentse Museum voor Schone Kunsten (MSK) ontwierp 'MSK op post', een creatief pakket voor kinderen die in een ziekenhuis verblijven. Het pakket bestaat uit een enveloppe met losse kaartjes die creatieve (teken)opdrachten bevatten, geïnspireerd door kunstwerken uit de museumcollectie.

"Kunst en creativiteit kunnen een positieve impact hebben op het welzijn van onze patiëntjes", zegt dr. Tom Vercruysse, kinderarts in AZ Sint-Lucas. "Met dit pakketje zijn ze niet alleen even afgeleid van alle vervelende dingen in het ziekenhuis, maar stimuleren we ook hun verbeelding. Want zelfs vanuit een ziekenhuisbed blijft de wereld vol mogelijkheden."



© ZAS

Pathologen ZAS geven uitleg 'in mensentaal'

Patiënten van Ziekenhuis aan de Stroom (ZAS) in Antwerpen kunnen voortaan bij een patholoog terecht voor uitleg bij hun diagnose. Tijdens een gesprek van ongeveer twintig tot dertig minuten gaan de patholoog en patiënt dieper in op het weefselonderzoek en de diagnose.

"De wetenschappelijke literatuur leert dat patiënten die het ziekteproces beter begrijpen, ook trouwer hun behandeling volgen", zegt dr. Sabine Declercq, medisch diensthoofd van het laboratorium voor Pathologische Anatomie van ZAS. "Daarnaast krijgen patiënten vaker keuze in hun behandelingsplannen. Als je meer inzicht hebt in hoe je tumor groeit, kan dat helpen om gericht een keuze te maken."



© UZ Leuven

UZ Leuven positief over buitenlandse verpleegkundigen

In UZ Leuven is sinds oktober 2024 een groep van 25 verpleegkundigen uit India aan de slag. In afwachting van de gelijkgeschakeling van hun diploma voeren ze zorgondersteunende taken uit, onder supervisie van een verpleegkundige.

Het project wordt positief geëvalueerd, al zijn er ook lessen te trekken voor de toekomst – zoals de zeer trage procedure voor gelijkenschakeling van diploma's, zegt Koen Balcaen, verpleegkundig directeur in UZ Leuven. Een andere les is dat de taalverwerving veel vlotter verloopt op de werkvloer dan in de theoretische lessen voordien. UZ Leuven wil ook met andere landen soortgelijke projecten opstarten.

>> Zelf ook een leuk berichtje voor deze rubriek? Bezorg het ons via ak@roularta.be.

Postgraduaat gezondheidsrecht: geneesmiddelen en lichaamsmateriaal

AHLEC De vijfde module van het postgraduaat in het gezondheidsrecht en de gezondheidsethiek van de Leerstoel AHLEC (Antwerp Health Law and Ethics Chair) behandelt geneesmiddelen en gezondheidsproducten in de ruime zin.

Zowel lichaamsmateriaal, orgaan-transplantatie en bloed(producten), geneesmiddelen, drugs en drugsprecursoren, medische hulpmiddelen als experimenten op de mens komen aan bod, zegt coördinator Nick van Gelder, afdelingshoofd bij het FAGG en gastprofessor aan de Universiteit Antwerpen.

“We willen vooral meegeven dat het veld in volle beweging is. Zo is de revisie van de SOHO-verordening (*Substances of Human Origin*) er eind vorig jaar eindelijk doorgekomen. De hele reglementering van menselijk lichaamsmateriaal met uitzondering van organen wordt daardoor overhoop gehaald, met een overgangsfase tot 2027.”

De gereviseerde verordening wil het logge kluwen met actoren zoals banken voor menselijk lichaamsmateriaal, intermediaire structuren, productie-instellingen, bloedinstellingen, vereenvoudigen door te werken met twee categorieën: de SOHO-entiteit en de SOHO-instelling.

“Men probeert een veel ruimer zicht te krijgen op wat er allemaal met menselijk lichaamsmateriaal gebeurt. Daardoor zal ook een perifeer ziekenhuis dat alleen maar lichaamsmateriaal ontvangt en toepast, of bloed ontvangt en toepast, zich moeten registreren als SOHO-entiteit.” Daar horen een aantal rapporteringsverplichtingen bij die grotendeels wel in lijn liggen met wat deze ziekenhuizen nu al doen, zegt Van Gelder.

Farmawetgeving

De Europese Commissie werkt ook volop aan een revisie van de EU geneesmiddelenwetgeving. Die komt ook aan bod, met het caveat dat alles nog in onderhandeling zit, zegt Van Gelder. “We hebben een gastspreker die de vergaderingen van de werkgroepen nauw volgt, en die op anderhalf uur de krachtlijnen van de revisie zal doorneemen. We merken dat de Europese Commissie een zeer sterke focus legt op het voorkomen van onbeschikbaarheden, op het op de markt brengen van nieuwe geneesmiddelen in heel de Unie, en op een veel ruimere controle op de *environmental impact* van geneesmiddelen.” Op Europees niveau wil men ook proberen de vergunninghouders aan te zetten om onbeschikbaarheden van geneesmiddelen te voorkomen.

Onbeschikbaarheden

Het aantal geneesmiddelen dat (tijdelijk) onbeschikbaar is op de Belgische markt, neemt toe. Daarom heeft het FAGG de procedures om een alternatief te vinden veranderd. “De klassieke methode die nog altijd bestaat, is dat de arts een artsenverklaring tekent dat het geneesmiddel niet beschikbaar is in België, en dat de patiënt niet behandeld kan worden zonder dat product. Op basis van artikel 105 van het KB van 14 december 2006 kan een ziekenhuisapotheker of officina-apotheker dat geneesmiddel dan rechtstreeks importeren

vanuit het land van herkomst.”

“We proberen nu een ruimere marge te creëren om onbeschikbaarheden te voorkomen door aan groothandelaars de mogelijkheid te geven om een voorraad in andere lidstaten vergunde geneesmiddelen aan te leggen. Zij kunnen die voorraad dan ter beschikking stellen van ziekenhuisapotheken en officina-apotheken, ter vervanging van het onbeschikbare product.”

“De rechtsgrond blijft dezelfde, maar het vergemakkelijkt de situatie voor artsen en apothekers, omdat in principe niet meer gewerkt moet worden met een individuele artsenverklaring. De check of het geneesmiddel onbeschikbaar is, gebeurt op voorhand. En als de groothandelaar het ter beschikking stelt, dan mag de arts ervan uitgaan dat onderzocht is dat dit een degelijk alternatief is voor het onbeschikbare product. De voorwaarde daarvoor is wel

dat de samenstelling en dosering exact hetzelfde is, dus dat niet bijvoorbeeld een dosering van 500 mg vervangen wordt door 1 gram.”

Een van de praktische uitdagingen bij de nieuwe procedure is het informeren van de patiënt. Het KB voorziet dat de apotheker de verantwoordelijkheid heeft om een vertaalde bijsluiter te voorzien, maar die zal niet altijd beschikbaar zijn.

“De officina-apotheker en de arts spelen dan een sleutelrol. De apotheker zal bij het afleveren van het product moeten duiden dat het wel degelijk om hetzelfde geneesmiddel gaat, en moeten uitleggen hoe het gebruikt moet worden. In een ziekenhuiscontext voorzien we daar minder problemen, want daar bereidt de ziekenhuisapotheker normaal gezien de dosering voor”, zegt Nick van Gelder.

Erik Derycke

Postgraduaat gezondheidsrecht & -ethiek

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

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

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



‘AI is geen wondermiddel dat alle problemen in de gezondheidszorg oplost’

BOEK Artificiële intelligentie (AI) is niet uit het nieuws weg te slaan. In een nieuw boek buigt een team van experts zich over de meerwaarde en valkuilen van AI in de gezondheidszorg.

Het boek, samengesteld door Sigrid Sterckx (docent ethiek en politieke en sociale filosofie aan de Universiteit Gent) en Wim Van Biesen (nefroloog en medisch diensthoofd Nierziekten aan het UZ Gent), biedt een erg volledige stand van zaken van AI-technologie in de gezondheidszorg, bevat praktische voorbeelden uit de praktijk, en gaat in op maatschappelijke en ethische consequenties.

In de brede media staan vandaag vooral *large language models* (LLM's) zoals ChatGPT in de belangstelling. Van Biesen, die al dertig jaar met AI bezig is, vindt die erg fascinerend. “LLM's kunnen heel snel informatie doorlezen, verwerken en er teksten mee genereren. Je kunt mathematisch beschrijven wat er in zo'n model gebeurt, maar hoe het eigenlijk werkt, begrijpen we niet goed.”

Een medisch LLM zou bijvoorbeeld nuttig zijn om een patiëntendossier op te zoeken en samen te vatten voor de behandelend arts, en er meteen een versie van te maken in een taal die de patiënt begrijpt, zegt Van Biesen. “Zelf een dossier doorzoeken via CoZo is afgrijselijk omslachtig – dit zou een grote tijdswinst zijn. Bij AI stelt men zich soms blinkende robotachtige figuurtjes voor die de mens de hand reiken, maar in de gezondheidszorg hebben we vooral baat bij wat men ‘boring AI’ noemt: onsexy toepassingen die de efficiëntie verhogen.”

Meerwaarde

AI heeft de grootste meerwaarde wanneer er al digitale informatie bestaat en de uitkomst duidelijk is, zegt Van Biesen. “Het is geen verrassing dat AI binnen beeldvorming zo populair is.

Je hebt een breuk of je hebt geen breuk, er is een bloeding of er is geen bloeding. Een tumor omschrijven, dat is gesneden brood voor AI. Idem bij de ontwikkeling van nieuwe geneesmiddelen, waar AI nuttige moleculen kan identificeren en de eigenschappen ervan kan voorspellen. Daar kun je niet tegen zijn.”

“Je komt al op gevaarlijker terrein als je te maken krijgt met associaties”, zegt Van Biesen. “Je kan op basis van genetisch materiaal vaststellen dat iemand 6% kans heeft om tussen dit en 50 jaar een pancreastumor te ontwikkelen. Goed om weten, maar wat doe je daarna met die kennis?”

Dat is ook het probleem met op AI gebaseerde apps waarmee mensen zelf vlekjes op hun huid kunnen analyseren, legt Van Biesen uit. “We hebben de positieve en negatieve predictieve waarde van die tests bekeken, en afge-

zet tegen de prevalentie van huidtumoren. Wat bleek: als iedereen die app zou gebruiken, heb je alleen al in Oost-Vlaanderen 600 extra dermatologen nodig om alle mensen met een positief resultaat te controleren – waarbij het grootste deel valspositief zal zijn. De technologie is niet slecht, maar het theorema van Bayes is onverbiddelijk: als iets weinig voorkomt en de test is positief, dan is de kans klein dat het resultaat ook echt positief is.”

Er zijn ook domeinen waar AI niet kan helpen. “Bij een oncologische behandeling moet je je afvragen: wat vindt de patiënt zelf belangrijk? Wil hij vier weken langer leven, waarvan twee in het ziekenhuis? Of kiest iemand voor de kans om nog één keer met familie op reis te gaan? Ik zie AI die beslissing voorlopig nog niet maken”, zegt Van Biesen.

Vertrouwen

Het mag duidelijk zijn dat het boek geen onkritische lofzang op AI is. “De technologie zelf komt er wel, daar hoeven we niet aan te twijfelen”, zegt Sigrid Sterckx. “Maar de echte vraag is: hoe gaan we die gebruiken en wat zijn de gevolgen? Waar leggen we de nadruk op? Willen we enkel nieuwe moleculen en betere genetische analyses, of denken we ook na over de maatschappelijke invulling ervan? Hoe draagt dit uiteindelijk bij aan betere zorg voor de mens?”

Want zoals elke technologie is AI niet neutraal. Sterckx geeft het voorbeeld van een ‘intelligente pil’ die registreert wanneer de patiënt hem neemt. “Tijdens lezingen merk ik dat artsen daar enthousiast op reageren: ‘Eindelijk weet ik zeker of mijn patiënt zijn medicatie trouw neemt en kan hij niet meer liegen!’ Maar dat roept vragen op. Mag een patiënt dan nooit liegen? En omgekeerd, mogen artsen dan wel liegen? Een therapeutische relatie is toch gebouwd op vertrouwen, niet op controle?”

‘In de gezondheidszorg hebben we vooral baat bij ‘boring AI’: onsexy toepassingen die de efficiëntie verhogen’

“Je kan dan zeggen dat de patiënt mag weigeren zo’n pil te gebruiken. Maar als je daarvoor kiest, geef je impliciet al aan dat je iets te verbergen hebt. Verzekeringsmaatschappijen zouden daar meteen op inspelen: wie de slimme pil trouw neemt, krijgt korting, terwijl weigeraars een hogere premie betalen of zelfs geen verzekering meer krijgen.”

In de VS worden LLM’s al volop gebruikt voor het opnemen, transcriberen en samenvatten van consultaties. “Dat klinkt efficiënt en tijdsbesparend, maar het betekent wel dat alles wat in de spreekkamer wordt gezegd, wordt vastgelegd”, merkt Sterckx op. “Dat lijkt me een beangstigende gedachte. Wat als een patiënt ontevreden is en met het transcript naar een advocaat stapt, of naar een andere arts voor een second opinion? Kunnen artsen dan nog vrijuit spreken, zonder angst dat hun woorden tegen hen gebruikt worden?”

Vaardigheden

Een ander potentieel gevaar van AI is

deskilling (vaardigheidsverlies). “Als mensen zelf geen beslissingen meer hoeven te nemen, verliezen ze de vaardigheid om dat te doen”, verduidelijkt Van Biesen. “Je ziet dat bijvoorbeeld bij luchtvaartpiloten die te veel vertrouwen op de automatische piloot. Je moet een systeem zo ontwerpen dat de arts actief blijft nadenken. In plaats van kant-en-klare beslissingen voor te schotelen, kan AI bijvoorbeeld vragen: ‘Heb je ook hieraan gedacht?’ Uit onderzoek blijkt dat artsen dat soort suggesties niet erg vinden. Wat hen wel afschrikt, is een systeem dat dwingend zegt: ‘Je moet nu dit doen’. Geen enkele arts wil dat.”

“Als buitenstaander vind ik het bevreemdend om te zien waar dit naartoe gaat”, zegt Sterckx. “Wat als nieuwe generaties zorgverleners automatisch aannemen dat AI-systemen superieur zijn aan henzelf? Kunnen we de opleiding dan inkorten tot drie jaar, of vervangen we artsen deels door ingenieurs? Het is een ongemakkelijke vraag, de *elephant in the room* waarover je nauwelijks mag spreken. Men beweert dat artsen door hun opleiding ‘geïmmuniseerd’ worden tegen *deskilling*, maar dat is een illusie.”

Toch is het boek zeker geen pleidooi tegen het gebruik van AI in de gezondheidszorg, zegt Van Biesen. “Het lijkt vandaag soms wel alsof je verplicht enthousiast moet zijn wanneer je het over AI hebt. Zodra je oproept tot voorzichtigheid, word je weggezet als iemand die tegen technologie is. Uiteraard niet. Ik ben niet al 30 jaar met AI bezig omdat ik ertegen ben. AI kan veel, maar we moeten nadenken over de context waarin we het gebruiken en de mogelijke valkuilen. Het is geen wondermiddel dat alle problemen in de gezondheidszorg oplost.”

Erik Derycke



>> Sigrid Sterckx & Wim Van Biesen (red.), *Geneeskunde in tijden van AI*. Academia Press, 2024.

NAAM VAN HET GENEESMIDDEL GASTRICUMEEL tabletten **KWALITATIEVE EN KWANTITATIEVE SAMENSTELLING** 1 tablet van 301,5 mg bevat: Antimonium crudum D6; Carbo vegetabilis D6, Nux vomica D4, Pulsatilla pratensis D4 à 60 mg; Argentum nitricum D6, Arsenicum album D6 à 30 mg. **Hulpstoffen:** lactose monohydraat, magnesiumstearaat. **FARMACEUTISCHE VORM** Tabletten **KLINISCHE GEGEVENS** **Indicatie:** Gastricumeel is een homeopathisch geneesmiddel met bestanddelen traditioneel gebruikt voor de symptomatische behandeling van maagstoornissen, zoals reflux, brandend maagzuur en opgeblazen gevoel in de buik. **Dosering:** Volwassenen en adolescenten 12-18 jaar: 3x daags 1 tablet innemen. Bij **acute klachten, om het ½ uur tot 1 uur 1 tablet**, daarna overgaan naar de gebruikelijke dosering (max. 12 tabl./dag). **Kinderen 6-11 jaar:** 2x daags 1 tablet innemen. Bij acute klachten, om het uur tot 2 uur 1 tablet, daarna overgaan naar de gebruikelijke dosering (max. 8 tabl./dag). **Kinderen 2-5 jaar:** 1-2x daags 1 tablet toedienen. Bij acute klachten, om het uur tot 2 uur 1 tablet, daarna overgaan naar de gebruikelijke dosering (max. 6 tabl./dag). **Toedieningswijze:** Het wordt aanbevolen de **tabletten in de mond te houden tot ze zacht worden**, voor ze in te slikken. De tabletten moeten niet volledig opgelost zijn, maar eerder uit mekaar beginnen vallen en kunnen dan ingeslikt worden, indien gewenst met wat water. Voor kinderen kunnen de tabletten eventueel geplet worden, toegevoegd worden aan een kleine hoeveelheid water en dan toegediend. **Contra-indicaties:** Overgevoeligheid voor een van de werkzame bestanddelen of hulpstoffen. **Bijzondere waarschuwingen en voorzorgen bij gebruik:** Verder onderzoek dient te worden overwogen indien de symptomen aanhouden. Patiënten met zeldzame erfelijke aandoeningen als galactose-intolerantie, algehele lactasedeficiëntie of glucose-galactose malabsorptie, dienen dit geneesmiddel niet te gebruiken. **Bijwerkingen:** Zoals elk geneesmiddel kan ook dit geneesmiddel bijwerkingen hebben. Niet iedereen krijgt daarmee te maken. **HOUDER VAN DE VERGUNNING VOOR HET IN DE HANDEL BRENGEN** Heel Belgium NV, 9031 Drongen (Gent) **NUMMER VAN DE VERGUNNING VOOR HET IN DE HANDEL BRENGEN** HO-BE528986 **AFLEVERINGSWIJZE** Vrije aflevering **DATUM VAN HERZIENING VAN DE TEKST** November 2022. Meer informatie op aanvraag beschikbaar.

Gastricumeel® tabletten	
50 tabs	€ 16,46
250 tabs	€ 42,95

Gastricumeel®

Pakt terugkerende maagklachten aan

Verlicht maagstoornissen en vermindert het risico op herval:

- 1 verlicht de symptomen
- 2 reguleert de maagfunctie



gastricumeel.be

-Heel

Een heropleving van therapieën met psychedelica



PSYCHIATRIE Tijdens het webinar van Epsilon⁽¹⁾ hadden dr. Caroline Depuydt en Laetitia Vanderijst het over de praktische modaliteiten van psychedelica-geassisteerde therapieën, die ons uitnodigen om de psychiatrische aanpak te herzien.

Waarom spreken van een heropleving? Om die vraag te beantwoorden, verwijst Laetitia Vanderijst naar een citaat van Stanislav Grof, een Tsjechische psychiater, die onderzoek uitvoert naar gewijzigde bewustzijnstoestanden. “Mits een verantwoord gebruik en met de nodige voorzorgen, zouden psychedelica voor de psychiatrie kunnen betekenen wat de microscoop is voor de biologie en de geneeskunde.”

Hoe worden psychedelica gebruikt?

Dr. Caroline Depuydt, medisch directeur van de Clinique Fond’Roy: Psychedelica zijn uiterst krachtige middelen, die je verstandig en in een strikt omlijnd kader moet gebruiken. Sommigen vinden dat je psychedelica ruimer moet liberaliseren, maar daar ben ik geen voorstander van. We maken een onderscheid tussen recreatief gebruik (MDMA,...), wat ik ten stelligste afraad, gebruik in een ‘spiritueel’ kader van zelfonderzoek, en bin-

nen een therapeutisch kader. In België zijn die middelen, op esketamine na, nog verboden. Je kan ze dus enkel gebruiken in het kader van een research-protocol, zoals voor de studie die Laetitia Vanderijst aan het UVC Brugmann heeft uitgevoerd over alcoholontwenning.

Psilocybine-geassisteerde psychotherapie wordt toegepast bij therapieresistente depressie, overdadig middelengebruik en verslaving of angst die samengaat met een terminale ziekte.

MDMA wordt gebruikt bij posttraumatische stressstoornis. Er zijn nog andere mogelijke indicaties. Zo kunnen psychedelica inwerken op de mentale flexibiliteit. In dat geval focust men niet op een diagnose maar veeleer op mentale processen. Bij voedings- en eetstoornissen, bijvoorbeeld, weten we dat mentale rigiditeit op de voorgrond staat. We kunnen ons dus voorstellen dat het gebruik van psychedelica het therapeutische werk zou kunnen bevorderen.

Laetitia Vanderijst, psychologe, onderzoekster voor het FNRS ULB: We spreken van psychologische flexibiliteit en verankerde kennis. Bij psychedelische ervaringen beleef je iets niet alleen op cognitief vlak, maar ook op somatisch en emotioneel vlak. De patiënten vertellen dat ze zelfcompassie voelen, wat een therapeutisch proces in beweging kan zetten.

‘Psychedelica creëren een venster van neuronale plasticiteit, wat de therapeutische begeleiding bijzonder rijk kan maken’

– dr. Caroline Depuydt

Zijn psychedelica gevaarlijk en verslavend?

Depuydt: Dat is een van de grote bekommernissen. Je moet ze met de nodige voorzichtigheid gebruiken. Het gevaar van een middel wordt beoordeeld op basis van vier criteria: de verslavende werking, de schade die wordt berokkend bij de gebruiker, de schade aan de maatschappij en de verhouding tussen de werkzame en de letale dosis. De mortaliteit en morbiditeit zijn het hoogst met alcohol, gevolgd door heroïne, crack, cocaïne, benzodiazepines en ketamine. Het dodelijkste middel is heroïne. Psychedelica staan onderaan in de lijst. Hun letaliteitsratio is zeer laag: 1/1.000 voor LSD en psilocybine (tegen 1/10 met alcohol en 1/21 met tabak).

Zijn ze verslavend? Psychedelica activeren slechts matig het dopaminerge circuit (op MDMA na) en veroorzaken dan ook minder verslavingsverschijnselen. Psilocybine activeert hoofdzakelijk de serotoninerge receptoren, maar er treedt snel tolerantie op. Dat alles maakt dat psychedelica vrij weinig verslavend zijn, ook al zie je de problemen met ketamine op straat, maar dat komt doordat die ketamine vaak gemengd wordt met andere middelen.

Welke effecten veroorzaken ze?

Depuydt: Een toestand van gewijzigd bewustzijn, hoofdzakelijk een intensievere emotionele ervaring, hyperassociatie en het vervagen of verdwijnen van de lichaamsgrenzen of het ego, wat kan leiden tot mystieke toestanden, een sterke connectie met de wereld. Psilocybine vervormt de perceptie, LSD zorgt voor een beetje gelukzaligheid, een mystieke ervaring en MDMA heeft empathogene en entactogene effecten. De onmiddell-

ijke effecten kunnen vijf tot tien uren duren (wijziging in perceptie, cognitie en emoties). De residuele effecten duren enkele uren tot dagen (toestand van psychische verbetering) en de therapeutische effecten houden aan op de lange termijn. Die middelen creëren een venster van neuronale plasticiteit: er vor-



men zich meer connecties, je vindt meer nieuwe oplossingen en de therapeutische begeleiding op dat ogenblik kan dan ook bijzonder rijk zijn. Sommige patiënten hebben de indruk dat ze vijftien jaar psychotherapie hebben gekregen in één weekend.

Hoe verloopt een psychedelica-gesisteerde therapie?

Depuydt: Er zijn drie belangrijke stappen: voorbereiding, toediening en integratie. Tijdens de voorbereidingsfase evalueer je de vraag, de verwachtingen en de motivatie van de patiënt en geef je vooral informatie over de effecten van het middel. Bij gebruik van psychedelica, zijn mensen vooral bang gek te worden of te sterven. Dat zien we vaak, maar we blijven daar niet in steken. Je moet dus kunnen begeleiden, voorkomen en de patiënt proberen meegeven dat het belangrijk is het onvoorziene te omarmen. Je geeft informatie en vraagt dan de toestemming van de patiënt, je evalueert de indicaties, medicamenteuze interacties en contra-indicaties, vooral

psychiatrische contra-indicaties (psychose, bipolaire stoornis, ernstige persoonlijkheidsstoornis).

Tijdens de toediening zijn de set en de setting essentieel. De set verwijst naar de mentale toestand, de verwachtingen, de psychologische voorbereiding en de vertrouwensrelatie van de

sche bijwerkingen (hartkloppingen, stijging van de bloeddruk en de lichaamstemperatuur, hoofdpijn, nausea,...).

Waarvoor dient de integratie?

Depuydt: Het doel van integratie is om patiënten te helpen hun subjectieve ervaring te begrijpen en ze te gebruiken voor het psychotherapeutische werk. Dit kan inhouden dat je nieuw gedrag definieert, overtuigingen herwaardeert of nieuwe copingmechanismen ontwikkelt. Een van de vragen die de therapeuten stellen, is: “Wat is het eerste dat je gaat doen voor jezelf?” Na de integratiesessies moet je de patiënt regelmatig opvolgen om na te gaan of hij nog altijd positieve effecten van de ervaring ondervindt. Als hij bijvoorbeeld de playlist opnieuw beluistert, kan hij de toestand enigszins herbeleven. Maanden, zelfs jaren later kunnen er nog nieuwe inzichten naar boven komen... Het psychotherapeutisch werk is nooit ten einde.

‘Tijdens de zes tot acht uur durende ervaring is er altijd een therapeut aanwezig’

– Laetitia Vanderijst

Vanderijst: Het is geen wondermiddel, je moet actief deelnemen aan het proces. Soms confronteren psychedelica ons met een ongemakkelijke werkelijkheid. Dat kan moeilijk zijn voor het ego en dan moet er iemand de patiënt kunnen bijstaan. Soms stellen de mensen het een tijdje beter. Je kan dan die periode aangrijpen om structurele veranderingen te implementeren.

Moet je zelf een psychedelische ervaring hebben gehad om patiënten te begeleiden?

Depuydt: Velen raden dat aan, omdat de gewijzigde bewustzijnstoestand onder invloed van psychedelica moeilijk te beschrijven is. Je kan dat uiteraard niet aanraden in een land waar dat niet wettelijk is. Er zijn evenwel verschillende manieren om een toestand van gewijzigd bewustzijn te beleven zonder middelen te gebruiken: door meditatie, holotropisch ademwerk, zelf opgewekte cognitieve trance Anderzijds, als psychiater heb ik ook geen neuroleptica of benzodiazepines geprobeerd.

Martine Versonne

Opmerkingen:

1. epsylon.be, 9 december 2024.

Jongdementie: oplossingen voor een zorgtraject op maat

NEUROLOGIE Als vrij jonge, nog actieve mensen dement worden, spreken we van jongdementie. Dementie op jonge leeftijd plaatst ons voor unieke uitdagingen: moeilijke diagnose, impact op het beroeps- en het gezinsleven en vaak ontoereikende behandeling. Het KCE heeft concrete aanbevelingen gepubliceerd met het oog op een zorgtraject dat aangepast is aan die patiënten en hun naasten.

We moeten de organisatie van de zorg herzien, de toegang tot de zorg verbeteren en nieuwe oplossingen uitdokteren om de huidige tekortkomingen te corrigeren. Tekst en uitleg door Dominique Roberfroid, senior expert in de klinische evaluatie en epidemiologie.

Wat zijn de specifieke verschillen tussen jongdementie en dementie op latere leeftijd?

Dominique Roberfroid: De oorzaken van jongdementie zijn meer gevarieerd. In 30% van de gevallen gaat het om de ziekte van Alzheimer terwijl dat percentage oploopt tot 60% bij dementie op latere leeftijd. Neurodegeneratieve aandoeningen van de frontale en de temporale kwabben daarentegen zijn veel frequenter bij jongdementie en ook is er vaker een secundaire dementie door toedoen van een neurologische aandoening (ziekte van Huntington, multiple sclerose), een infectie (hiv, neurosyfilis) of intoxicatie (overmatig

alcoholgebruik). Bij 15% van de patiënten met een jongdementie en bij 50% van de patiënten die op zeer jonge leeftijd dement worden (begin voor de leeftijd van 45 jaar) zien we een genetische mutatie die autosomaal dominant wordt overgeërfd. Bovendien, en dat is vrij logisch, leiden deze meer uiteenlopende oorzaken ook tot een meer variabele klinische presentatie. Dat maakt het moeilijker de juiste diagnose te stellen, vooral bij vrij jonge mensen, een populatie bij wie de incidentie van dementie laag is (jongdementie is goed voor circa 4% van de gevallen van dementie in België).

Naast de aftakeling van de cognitieve functies, die je ook ziet bij dementie op latere leeftijd, zijn er alarmsignalen, die huisartsen goed zouden moeten kennen en die meteen tot een verhoogde alertheid en een grondiger aanpak zouden moeten leiden: 1) gedragswijzigingen, psychiatrische of cognitieve stoornissen die voor het eerst worden waargenomen bij een patiënt van 55-64 jaar zon-

der persoonlijke psychiatrische voorgeschiedenis, of gedragswijzigingen, psychiatrische of cognitieve stoornissen bij een patiënt met een familiale voorgeschiedenis van jongdementie; 2) psychiatrische symptomen die niet verbeteren ondanks de aanbevolen behandeling en/of psychotherapie; 3) neurologische symptomen die zich beetje bij beetje beginnen te manifesteren, zoals niet in staat zijn bepaalde vrijwillige bewegingen uit te voeren (apraxie), verticale blikparese, evenwichtsproblemen, vallen ...

Hoe komt het dat jongdementie toch zo vaak een hindernissenparcours is?

Een eerste probleem is dat de diagnose vaak niet tijdig wordt gesteld om de bovenvermelde redenen. Bovendien klagen de mensen die we in het kader van de studie geraadpleegd hebben, over een gebrek aan organisatie en expertise bij de behandeling van jongdementie. In het algemeen wordt de zorg als weinig specifiek ervaren, slecht

georganiseerd en niet aangepast aan die leeftijdsgroep, zelfs in geheugenklinieken die toch vrij gespecialiseerde structuren zijn. Ook kan de financiële en geografische toegankelijkheid van bepaalde diensten en zorg een probleem vormen.

Case managers

Wat leren de buitenlandse modellen ons?

We hebben de nationale dementieplannen van vier buurlanden, namelijk Duitsland, Engeland, Frankrijk en Nederland, tegen het licht gehouden. Geen enkel plan gaat specifiek over jongdementie, maar elk plan richt zich toch ook min of meer naar jongere patiënten. Het doel van die nationale dementieplannen is demente patiënten, ongeacht hun leeftijd en hun mantelzorgers, te ondersteunen en de patiënten te helpen om volwaardig te blijven functioneren in de maatschappij. In die vier landen spelen geheugenklinieken een belangrijke rol bij de aanpak van de

patiënten. In de meeste landen krijgt elke patiënt een unieke referentiepersoon toegewezen, case manager genoemd, die kan optreden als contactpersoon voor de patiënten, de mantelzorgers en andere betrokkenen. Frankrijk en Nederland beschikken ook over referentiecentra voor jongdementie, die de aanpak en het onderzoek coördineren op macroniveau.

Welke concrete mechanismen stelt u voor om de coördinatie tussen de verschillende zorgniveaus (eerstelijns-, gespecialiseerde, sociale zorg) te verbeteren, om tegemoet te komen aan de specifieke noden van patiënten met jongdementie en hun hulpverleners?

Het zorgtraject voor patiënten met jongdementie moet duidelijk worden gedefinieerd in het kader van een coherent regionaal/communautair totaalplan in de strijd tegen dementie zoals het Vlaamse dementieplan voor 2021-2025. De doelstellingen van dat plan zijn preventie van dementie, verbetering van de kwaliteit van de zorg en ondersteuning van mantelzorgers. Het plan specificeert ook de middelen die worden voorzien om de interventies te doen, geeft aan wie de actoren zijn die er verantwoordelijk voor zijn, beschrijft de follow-up en de evaluatie van de activiteiten en de resultaten.

Ten tweede, de oprichting op niveau van de gewesten van een referentiecentrum voor jongdementie om up-to-date evidence-based richtlijnen uit te werken en te implementeren, de beste praktijken te harmoniseren en de gezondheidswerkers op te leiden. Dat centrum zou ook informatie moeten geven over de middelen en de hulporganisaties en moet toegankelijk zijn via een gebruiksvriendelijke website of andere informatiedragers.

En dan als laatste en niet onbelangrijk: het traject van patiënten met jongdementie is er een van lange duur waar tal van zorgverstrekkers en instellingen bij betrokken zijn. Daarom moet elke patiënt die dat nodig heeft, een beroep kunnen doen op een case manager, die hem en zijn gezin begeleidt tijdens het hele zorgtraject en dat vanaf de eerste symptomen. De case manager is de schakel tussen de verschillende zorgverstrekkers en de sociale en administratieve diensten. Die rol wordt nu al ten dele vervuld door huisartsen, de maatschappelijke werkers van geheugenklinieken en referentieartsen in woonzorgcentra.

Kleinschalige woonvormen
Zijn er voldoende plaatsen om die vrij jonge patiënten op te vangen en is daar de nodige bereidheid toe?

Ik kan die vraag moeilijk beantwoorden omdat het juiste aantal patiënten met jongdementie in België niet bekend is. Als we de internationale gegevens doortrekken naar België, zou het gaan om 5.000 tot 8.000 mensen van 30-64 jaar. En het is al helemaal niet bekend welk percentage van die patiënten niet meer thuis kan wonen en dus in een instelling zou moeten worden opgenomen. De laatste jaren worden er echter meer en meer opvangplaatsen gecreëerd die een huiselijke omgeving bieden en waarin de patiënten een maximale controle over hun dagelijkse leven kunnen behouden.

‘Doordat jongdementie vele oorzaken heeft, is de klinische presentatie zeer gevarieerd. Dat bemoeilijkt de diagnose’

In Wallonië en Brussel is er een schrijnend gebrek aan expertise. Hoe kunnen we de geografische en financiële ongelijkheden inzake toegang tot gespecialiseerde diensten wegwerken?

Het is belangrijk dat elke patiënt met jongdementie, ongeacht waar hij of zij woont, toegang heeft tot een coherent zorgtraject (vroeg detectie van de ziekte, gecoördineerde diagnose en multidisciplinaire begeleiding zodra de diagnose is gesteld). Dat betekent o.a. een psychologische ondersteuning die aangepast is volgens de leeftijd en ook gericht is op het gezin, vooral op het moment van de diagnose, cognitieve revalidatie, psycho-educatieve en psychosociale interventies en een aanpassing van de woonplaats. Dat doel kan je maar realiseren met een case manager, die de patiënt continu begeleidt. Ook moet je de integratie van zorg en diensten bevorderen via een coherent gewestelijk/communautair plan om dementie te bestrijden en moet je de toegang tot correcte en nuttige informatie verbeteren via referentiecentra voor jongdementie (...).

Nicolas de Pape



De Inuit-dorpen van Groenland

VAN 18 TOT 30 AUGUSTUS 2025

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

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



Wetenschappelijk programma 2025:

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

Accreditering wordt aangevraagd

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

Meer info en reservatie

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



Opkomst en ondergang van Tesla

AUTO Tesla-topman Elon Musk heeft elektrisch autorijden sexy en populair gemaakt. Sinds hij als gevolmachtigde van president Trump op een drieste manier de Amerikaanse samenleving overhoop haalt, keren veel believers van het eerste uur Tesla nu de rug toe.



Tesla gaf het goede voorbeeld en bouwde een eigen netwerk van snelladers uit.

Het levensverhaal van Elon Musk, de in Zuid-Afrika geboren ingenieur/zakenman, is een aaneenschakeling van hoogten en laagten. Als rijkste man ter wereld (alleen al zijn Tesla-aandelenpakket is goed voor 150 miljard dollar) wil hij nu ook de machtigste worden.

De beurswaarde van Tesla schommelt rond 1,1 biljoen dollar: het bedrijf is op de beurs meer waard dan 17 van zijn grootste concurrenten samen. De koers-winstverhouding van Tesla bedraagt 135,49, die van Mercedes en BMW respectievelijk 6,19 en 5,96. Die fenomenaal hoge coëfficiënt berust op het geloof van de beleggers dat Tesla als eerste merk autonoom rijden mogelijk zal maken. Een belofte uit 2015 die Musk nog altijd niet heeft ingelost.

Wereldveroveraar

In de beginjaren van zijn carrière profileert Musk zich als een wereldverbeteraar die het milieu een warm hart toedraagt. Vorig jaar nam zijn carrière een nieuwe wending. Met een handgift van een kwart miljard dollar leverde hij een grote bijdrage aan de herverkiezing van Trump. Voor wat hoort wat. De nieuwe president gaf zijn gulle weldoener opdracht om de Amerikaanse overheids-

diensten op een efficiëntere manier te organiseren. Musk gaat zo driest tekeer dat de publieke dienstverlening in de VS in no time is ontworcht. De zelfverklaarde wereldverbeteraar ontpopt zich tot een wereldveroveraar die er niet voor terugdeinst in het openbaar de Hitlergroet te brengen.

Het is weinig waarschijnlijk dat Musk zijn oogappel zomaar laat verrotten

Schaamte

Nadat enkele topmanagers het bedrijf hebben verlaten, keren ook vele Tesla-rijders hun favoriete automerk de rug toe. Adoratie maakt plaats voor 'Teslaschaamte' en leidt tot een implosie van de verkoop: -63% in Frankrijk, -60% in Duitsland, -44% in Zweden en -38% in Noorwegen.

De meester-tovenaar haalt zich ook de woede van autoverhuurbedrijven op de hals. In een poging de terugloop van de verkoop te stoppen, heeft hij de nettoprijs van een aantal modellen zodanig verlaagd dat die goedkoper zijn dan occasies, en ook hun restwaarde fors is gedaald. Daardoor klopt het businessmodel van de leasemaatschappijen niet meer.

Tegelijk is ook de technologische voorsprong van Tesla kleiner geworden. Inzake software en efficiëntie moet het zijn meerdere erkennen in enkele Chinese constructeurs. Qua betrouwbaarheid, kwaliteit van gebruikte materialen en afwerking kan Tesla niet wedijveren met de Duitse premiummerken. Dat bewijst het TÜV Report 2025 waaruit Model 3 als slechtste van de klas tevoorschijn komt, slechter dan alle modellen van alle merken.

Tesla is ook notoir klantenvriendelijk. Het stelt zich niet inschikkelijk op tegenover gedupeerde klanten, brengt nieuwe modellen met jaren vertraging op de markt en wekt verwachtingen die niet worden ingelost zoals bij de Model 2. Kwatongen beweren dat die betaalbare stadsauto dood en begraven is, wegens niet winstgevend genoeg in de ogen van Musk.

Tesla slaagt er ook niet in zijn beloften over autonoom rijden in te lossen. De Tesla Autopilot maakt volgens deskundigen gebruik van goedkope technologische toepassingen die geen 100% veiligheid op de weg kunnen garanderen. In een recent deskundigenverslag, in opdracht van het Landgericht Traunstein, wordt de werking van de Autopilot van een Model 3 jaargang 2022 als 'ontoereikend' beschreven.

Einde verhaal?

Beleven wij het begin van het einde van Tesla? Het is weinig waarschijnlijk dat Musk zijn oogappel zomaar laat verrotten. Implodeert ook de beurskoers van Tesla verliest Musk immers meer dan een derde van zijn persoonlijk vermogen.

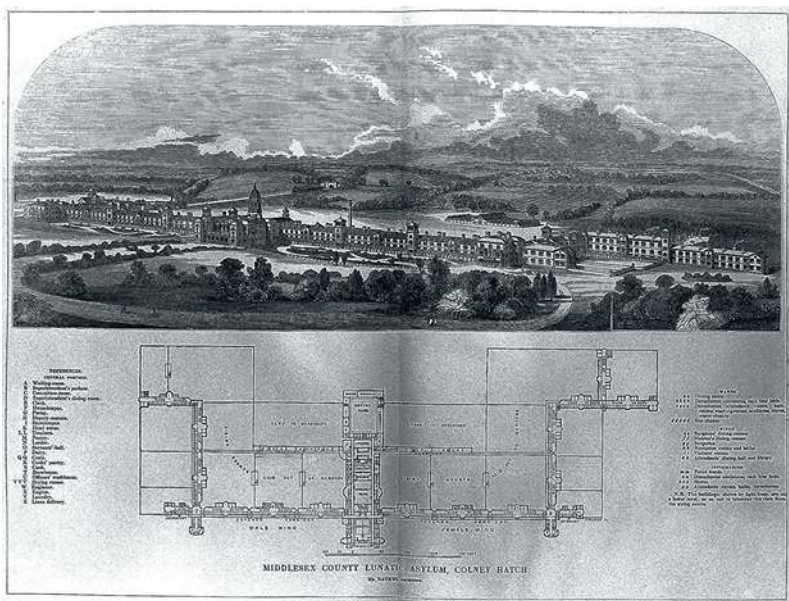
Met de rug tegen de muur is Musk tot alles in staat. De kans is reëel dat hij de bevoegde overheidsdienst opdoekt die de goede werking onderzoekt van de assistentiesystemen die autonoom rijden mogelijk moeten maken. Of hij geeft opdracht afzonderlijke akkoorden af te sluiten met bevriende Europese autoconstructeurs om zo de Europese Commissie buiten spel te zetten. Van BMW en Mercedes is geweten dat zij *on speaking terms* zijn met de nieuwe bazen in het Witte Huis.

Herinner u: het doel heiligt de middelen in de ogen van Musk. Hij is niet verkozen en is dus niet schatplichtig aan zijn kiezers, hij moet ook geen verantwoording afleggen tegenover het Congres. Als rijkste man ter wereld wil hij gewoon nog rijker en machtiger worden. Vanuit die optiek begrijp ik dat Tesla-rijders hun favoriete merk de rug toekeren. Voor Polestar en co een opportuniteit om uit de schaduw van Tesla te treden.

Urbain Vandormael

Geschiedenis van de ziekenhuisgang

ARCHITECTUUR Dat een ziekenhuis gestructureerd is rond lange gangen waar aan weerszijde kamers op uitkomen, lijkt vanzelfsprekend. Maar die architectuur is nog maar twee eeuwen oud.



Het Middlesex County Lunatic Asylum in Colney Hatch telde zes mijl aan gangen.

Elke winter, wanneer de Britse ziekenhuizen overspoeld worden met grieppatiënten, publiceren Britse tabloids dezelfde artikels met dezelfde foto's: patiënten worden in overvolle gangen getrieerd en moeten wachten tot er een bed vrij is. Dit jaar publiceerde de NHS zelfs jobadvertenties voor verpleegkundigen specifiek voor deze *corridor care*. In een lezing voor het *Leuven Centre for Health Humanities* vroeg historicus Roger Luckhurst zich af hoe een ziekenhuisgang een symbool van mislukking kon worden.

In de architectuurgeschiedenis is de gang een recent fenomeen, zegt Luckhurst. In oude huizen sloten kamers gewoon op elkaar aan. In paleizen en grootse landhuizen liggen deuropeningen in elkaars verlengde op een lange doorlopende as – een *enfilade*; er zijn wel gangen, maar die zijn verborgen en dienen alleen om dienstpersoneel ongezien te laten circuleren.

Pas in de 19de eeuw wordt de gang ontdekt als middel om gebouwen rationeel te structureren. Luckhurst verwijst naar de Franse socialistische theoreticus Charles Fourier, die de samenleving wou indelen in phalanstères – gemeenschappen van exact 1.620 volwassenen die in één groot gebouw rond een centrale

gang wonen en werken. Fouriers utopische ideeën werden nooit gerealiseerd, maar hadden wel een grote invloed op de architectuur van gevangenissen, ziekenhuizen en psychiatrische instellingen.

Zes mijl gangen

De zogenaamde 'Kirkbride-plan' asylums in de VS, in 1854 ontworpen door psychiater Thomas Kirkbride, zijn symmetrisch opgebouwd. Vanuit een centraal gebouw voor de directie en administratie vertrekken lange gangen met individuele kamers – mannelijke patiënten in de ene vleugel, vrouwelijke in de andere. Het volgens dit model gebouwde Middlesex County Lunatic Asylum in Colney Hatch telde maar liefst zes mijl aan gangen.

De afstand tot het centrum weerspiegelt de ernst van de aandoening: hoe verder een patiënt van de hoofdgang verwijderd was, hoe 'hopelozier' zijn toestand werd geacht. De gang is dus een fysieke, maar ook een morele route: wie 'beter' werd, bewoog zich geleidelijk naar de centrale zone en uiteindelijk naar de uitgang.

De gang in ziekenhuizen danken we aan Florence Nightingale. Zij observeerde tijdens de Krimoorlog dat de sterfte hoger lag bij patiënten in gemeenschappelijke zalen dan bij patiënten die in tenten werden verzorgd. Zij weet dit aan de slechte

lucht in de zalen, en ijverde voor een ziekenhuisarchitectuur met brede gangen voor optimale ventilatie. Het St. Thomas' Hospital in Londen (1868), met een centrale gang van 275 meter lang, was het eerste volgens dat plan.

Doolhof

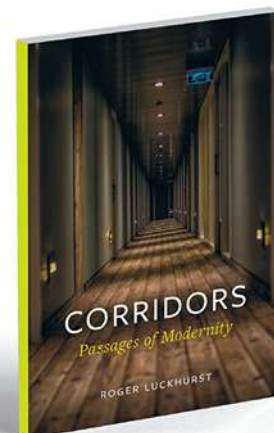
Vanaf de jaren zestig van vorige eeuw ontstond er een tegenbeweging. Maya Spivack wees op de psychologische effecten van lange, desoriënterende ziekenhuisgangen. "Ze beschreef een ziekenhuis in Washington DC met een gang van meer dan een mijl lang die ook nog eens afhelde, zodat je het gevoel had dat je zoals Alice in Wonderland tegen de zwaartekracht moet vechten om de juiste deur te bereiken", zei Luckhurst.

De anti-psychiatrische beweging nam dan weer de architectuur van psychiatrische instellingen onder vuur. De gang, ooit ingevoerd omwille van redelijkheid en vooruitgang, was een metafoor geworden voor institutioneel geweld.

In moderne ziekenhuisarchitectuur wordt de gang steeds vaker vervangen door open en lichtrijke atria, zoals in de Grafton Way Building van University College Hospital in Londen (2021).

In de populaire cultuur blijven de angsten die een gang oproept echter verder leven, vertelde Luckhurst – van de eindeloze gangen van het Overlook Hotel in Stanley Kubricks 'The Shining' tot wat hij *asylum porn* noemt: foto's van vervalLEN gangen in leegstaande instellingen en ziekenhuizen.

E. D.



>> Roger Luckhurst is houder van de leerstoel Geoffrey Tillotson voor negentiende-eeuwse studies aan Birkbeck (University of London). Hij gaf een wetenschappelijke editie van Arthur Conan Doyle's medische verhalen uit, *Round the Red Lamp* (2023). Over de cultuurgeschiedenis van gangen schreef hij *Corridors: Passages of Modernity* (University of Chicago Press, 2019).

Flexofytol®

VIERT ZIJN 15 JAAR

Gewrichten, spieren & pezen¹: EIS HET BESTE!

De enige wetenschappelijk onderzochte formulering in een dubbelblind studie tegen placebo²

Flexofytol® FORTE
1 tot 2 // dag
GEWRICHTEN, SPIEREN & PEZEN
EXCLUSIEVE formulering
Curcumine
Boswellia serrata
Vitamine D
Tilman

Verkrijgbaar in 28 tabletten en 84 tabletten

www.flexofytol.be

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.



Jan Stroobants

*Voorzitter professional
committee European Society
for Emergency Medicine en
ere-voorzitter Belgian
College of Emergency
Physicians.*

Oplossingen gevraagd voor tekort aan mankracht

Hoe gaan we onze gezondheidszorg betaalbaar houden? Dit was en zal altijd een grote bekommernis blijven, met een antwoord van financiële sturing. Wie zal er ons binnen 10-20-30 jaar überhaupt nog verzorgen? Dit is een beangstigende vraag van een totaal andere orde die minder lang circuleert, niet enkel met financiële sturing kan worden opgelost, maar helaas prioritair is geworden. Ze borrelt niet enkel op in ons land met noodkreten uit de ziekenhuizen, verzorgingsinstellingen en de eerstelijnszorg over het tekort aan beschikbare werkrachten op alle zorgniveaus, maar is een prangend algemeen Europees probleem dat inmiddels al heeft geleid tot de publicatie van diverse wakker schuddende rapporten en prognoses van de OESO en de WHO. Vanuit mijn natuurlijke biotoop, de spoedgevallen diensten, ben ik natuurlijk hyperalert voor deze materie. Wij beseffen maar al te goed dat wanneer de planbare zorg faalt, de niet-planbare zorg dubbel wordt getroffen. We kampen immers met dezelfde problemen van tekort aan mankracht, terwijl we tegelijk de patiënten die niet terecht kunnen in de planbare zorg er bovenop zullen krijgen. De spoedgevallendienst is voor de bevolking – en meer en meer ook voor collega's – het ultieme vangnet van de gezondheidszorg.

best zo snel mogelijk een concrete invulling krijgen. Het slechte nieuws is dat er eerlijkheidshalve weinig ruimte is voor *cherry picking* uit het scala van aangeboden oplossingen, maar dat het een en-enverhaal zal moeten worden om tijdig tot goede resultaten te komen. Het goede nieuws daarentegen is dat er mogelijkheden zijn om het probleem efficiënt aan te pakken mits het verstandig omarmen van technologische evoluties, het afstand nemen van corporatistische reflexen, het opkuisen van archaïsche regelgeving, het stimuleren van ondernemerschap bij artsen en verpleegkundigen en het maximaal afstemmen van opleiding in duurtijd, spreiding en inhoud, op de noden van de gezondheidsmarkt.

Regelmatig duiken in pers en debatten standpunten op van stakeholders die allen het probleem erkennen maar de verantwoordelijkheid en oplossingen volgens eigen inzichten enkel bij andere betrokkenen leggen. Zo gaat het natuurlijk niet lukken. Een juiste vibe vergt een verregaande bereidwilligheid van beleid, zorgverstrekkers, zorginstellingen, onderwijs en patiëntenvertegenwoordigers om samen de hand aan de ploeg te slaan met open mind en de neuzen in dezelfde richting.

Elk van de zes thema's voor oplossingen in het OESO-rapport, verdient op zijn minst een diepgaande reflectie en is hopelijk inspirerend voor degenen die de macht en de moed hebben om het schip in een voorspoedigere richting te draaien dan de faliekante koers waarin we momenteel zijn beland. De gevolgen van een alsmaar stijgende discrepantie tussen zorgnood en zorgvoorziening zijn echt voor niemand een prettig vooruitzicht.

De wijsheid van Darwin is volgens mij niet enkel van toepassing op diersoorten, maar ook op systemen: "het is niet de sterkste of de slimste die gaat overleven, maar degene die zich het best kan aanpassen". Laten we ons zo spoedig mogelijk aanpassen. Wie neemt het initiatief voor zo'n gezamenlijk project? •

Jan Stroobants gaat in een reeks van columns verder in op elementen die kunnen bijdragen om het tekort aan zorgverstrekkers op te lossen. Ontdek ze vanaf volgende week op onze website.

“Laten we ons zo spoedig mogelijk aanpassen”

In plaats van te blijven mokken over de vraag waarom weinigen hebben voorzien dat het stijgende belang van de work-lifebalance een dramatische impact zou hebben op de beschikbaarheid van de individuele zorgverlener of over de frustratie waarom planningsorganen ondanks alle theoretisch-wiskundige en statistische hoogstandjes er in de praktijk ferm naast zaten bij hun berekening, is het wellicht beter om meteen onze energie te steken in hoe het probleem van de *workforce shortage* het best wordt aangepakt.

Het OESO-rapport 'Health at a Glance – Europe 2024' lijkt me hiervoor een uitstekend startdocument, ook voor ons land. Het rapport bevat uiterst zinvolle aanbevelingen op verschillende fronten die



Toxisch?

Philippe Van Hootegem

Gewezen stagemeeester en voorzitter Erkeningscommissie gastro-enterologie.

Op 18 februari jl. werd in de Kamercommissie Volksgezondheid een vraag gesteld over 'toxisch gedrag bij opleiding ASO's'. Een buitenstaander zou de indruk kunnen krijgen dat de opleiding van vele ASO's gekenmerkt wordt door 'uitbuiting' tot bijna 'slavernij' en frequent gepaard gaat met grensoverschrijdend gedrag. In de praktijk zullen zich ongetwijfeld af en toe problemen voordoen. Alles kan natuurlijk beter en de problemen moeten aangepakt worden. Niettemin ben ik ervan overtuigd dat vele ASO's enthousiast en compe-

tent zijn en hard werken (weliswaar met wat minder beschikbaarheid dan vroeger) en daarbij een degelijke opleiding genieten waarvoor vele (óók hardwerkende) stagemeeesters zich met hart en ziel inzetten (en met veel, niet altijd gewaardeerd 'vrijwilligerswerk'). Dat was alleszins mijn ervaring gedurende bijna 30 jaar stagemeeesterschap. Het lijkt me tijd om de publieke opinie beter te informeren over eventuele problemen (en de aanpak ervan) maar vooral ook over de nog steeds aanwezige kwaliteit en de inzet van velen. •



Geïntegreerde aanpak obesitas

Evelyn Macken

Apotheker en Experte Geneesmiddelen Onafhankelijke Ziekenfondsen (Helan).

Obesitasmedicatie kan een belangrijke rol bij gewichtsverlies spelen, maar mag niet worden beschouwd als de heilige graal. Zonder investeringen in preventie blijven we miljarden uitgeven aan de gevolgen van obesitas. De federale en regionale overheden formuleerden in 2024 gezamenlijke

gezondheidsdoelen, zoals het verlengen van de levensduur in goede gezondheid, minder gezondheidsongelijkheid en het verzekeren van een gezond leefmilieu. Een holistisch plan tegen obesitas is een essentiële stap om deze doelen te bereiken. De vraag is dus niet óf obesitasmedi-

catie een rol moet spelen, maar eerder hoe we een duurzame strategie kunnen ontwikkelen voor preventie en behandeling, met slim gebruik van deze middelen. Alleen zo kunnen we een duurzame en effectieve strijd tegen overgewicht en obesitas voeren. •

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



Let's go mental!

Wim Van Hooste

Preventieadviseur-arbeidsarts.

Moet iemand zijn mentale pathologie bekendmaken op de werkvloer, of toch maar beter niet? Het Canadese *Institute for Work & Health* bracht onlangs een gratis tool uit, de *Decision-support for Communicating about Invisible Disabilities that are Episodic*, om werknemers te helpen om op een veilige manier te communiceren (of niet) over hun onzichtbare aandoening met de collega's, HR en de leidinggevenden.

Disclosure kan voordelen hebben, maar als het functioneren op de werkvloer niet of minimaal beïnvloed wordt, is het aangeraden volgens sommigen om het niet bekend te maken (Brouwers et al., 2020). Desondanks dat de meerderheid die het bekendmaakte positieve reacties kreeg, heeft ongeveer twaalf procent een negatieve ervaring (Dewa et al., 2021). Het geheim houden van een psychische aandoening geeft dan weer extra stressprikkelers. •



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

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

Hoofdredacteur

Filip Ceulemans (filip.ceulemans@roularta.be)

Eindredactie

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

Redactie

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

Vaste medewerkers

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

Fotografie

Belga Image, Getty Image

Vormgeving

Opmaak magazines

Druk

Roularta Printing

Zoekertjes en Personeelsadvertenties

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

Artsenkrant papier

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

Artsenkrant online

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

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

Commerciële afdeling

Account managers

Corry Bas - ☎ 0471-58.40.86
corry.bas@roularta.be
Sylvie Mayi - ☎ 0486-41.22.00
sylvie.mayi@roularta.be

Frontoffice assistant

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

Artsenkrant

is een uitgave van
Raketstraat 50 bus 14 - 1130 Brussel



Roularta
HealthCare

Medical Manager

Dr. Hade Scheyving

Operations Manager

Virginie Meysmans
virginie.meymans@roularta.be

Uitgeefdirecteur

Luk Wynants

Verantwoordelijk uitgever

Sophie Van Iseghem

Digital manager

Jorgen Vanderdood
jorgen.vanderdood@roularta.be





Duinhof Noord. Jouw unieke kans op een zeldzame plek aan de duinen.



Duinhof Noord: jouw kans om te genieten van pure rust aan de Cadzandse duinen. Ervaar de eindeloze stranden op slechts een paar stappen van jouw deur en laat je binnen verwelkomen door een uiterst hoogwaardige afwerking. Elk detail in Duinhof Noord ademt klasse uit. En jij? Jij komt er zelf ook volledig op adem. Want hier vind je niet alleen een prachtige plek om te verblijven, maar ook een nieuwe manier van leven waarbij ontspanning en elegantie hand in hand gaan.

Duinhof Noord wordt eind 2025 opgeleverd, maar gelukkig hoef je niet zo lang te wachten om het tijdloos design zelf te ervaren. Je kunt nu al ons modelappartement bezoeken en het ongeëvenaard comfort ontdekken. Neem vandaag nog contact met ons op. Ons team staat klaar om jou te laten kennismaken met de exclusieve charme van Cadzand.

Ontdek meer op duinhofnoordcadzand.nl of scan



DUINHOF·NOORD

DYNAMISCH GENIETEN

MET TROTS ONTWIKKELD DOOR



COMPAGNIE HET ZOOTE
HARMONY IN LIVING - SINCE 1908

 **Van der Poel**



**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



Voltijds klinisch bioloog voor uitbouw van het klinisch laboratorium AZ Glorieux

Wij zijn op zoek naar een gemotiveerde
en enthousiaste klinisch bioloog om ons
team te versterken binnen het klinisch
laboratorium.

Als klinisch bioloog neem je de verantwoordelijkheid op om de
kwaliteitsvereisten te realiseren en zet je je schouders onder
organisatorische taken in het laboratorium.

Wie ben jij?

- Je bent arts of apotheker met specialisatie in de klinische biologie.
- Je hebt interesse in klinische chemie en interesse voor moleculaire technieken in de microbiologie.
- Je hebt voldoende kennis in hematologie, inclusief beenmergmorfologie en immunofenotypering.
- Je bent vertrouwd met ICT-laboratoriumtoepassingen, kwaliteitssystemen en accreditatie volgens ISO15189.
- Je hebt uitstekende organisatorische en communicatieve vaardigheden.



Interesse of wens je meer informatie?
Scan de QR-code!
Of neem contact op via 055 23 37 11.



vzw Werken Glorieux, AZ Glorieux | Glorieuxlaan 55, 9600 Ronse | T 055 23 30 11
info@azglorieux.be | www.azglorieux.be | 0424.380.938 | RPR Gent, afd. Oudenaarde

WERKAANBOD

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

Huisarts Noordbrug Kortrijk zoekt collega voor samenwerking.

Huisarts zoekt collega om praktijk te versterken. Gevarieerd patiëntenbestand, netwerksamenwerking, wachtpost HZW, telesecretariaat, daktari-software. www.denoordbrug.be contact: pjahermandoc@hotmail.com tel: 0467/01.25.16 N09016

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

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

Voor de uitbreiding van onze huisartsen- praktijk met ruimte voor paramedici, zijn we op zoek naar 1 of 2 huisartsen, echtbaar 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

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 N09017

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

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

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

Jonge groepspraktijk met 5 huisartsen te Heppen (Limburg) zoekt vervangarts wegens zwangerschap, periode 09/2025 t.e.m. 12/2025. Raadpleging volledig op afspraak, voltijds secretariaat. Mogelijkheid tot associatie. Contact: info@heparts.be of 011/34 45 33. www.heparts.be. NR1983

Een kortlopende vervanging gezocht (4 weken) van 15 december 2025 tem 9 januari 2026

De huisartsenpraktijk in Zonhoven bestaat uit 6 aangename en jonge huisartsen (ieder met eigen kabinet) en er is een voltijds secretariaat bemand door 2 halftijdse praktijkassistenten. Wij werken met het softwarepakket CareConnect. De praktijk is nieuwbouw en uitgerust met alle moderne infrastructuur en beveiliging. Consultaties zijn op afspraak. Huisbezoeken voornamelijk in rusthuizen en bij oudere populatie. Het werkschema bevat een vrije namiddag en een vaste vrije dag. Er zijn geen week- of weekendwachten tijdens deze periode. Bij interesse of verdere vragen: inge_houben@hotmail.com NR1982

PRAKTIJK

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



Hart centrum AZ Delta



FELLOW INTERVENTIONELE CARDIOLOGIE

AZ Delta is een vooraanstaand ziekenhuis in Roeselare, België, met een gevestigde reputatie op het gebied van cardiovasculaire zorg. Ons team van 5 interventionele cardiologen biedt uitgebreide expertise in zowel percutane coronaire interventies als structurele interventies.

Functieomschrijving
Als Fellow interventionele cardiologie krijg je de kans om gedurende een periode van 2 jaar je interventionele vaardigheden te ontwikkelen, onder begeleiding van een ervaren cardioloog. Je zult betrokken zijn bij geavanceerde procedures zoals rotablatie, shock wave, OCT, IVUS, TAVI, harttoortje-en ASD-sluiting, en triclip procedures. Dit fellowship biedt een unieke gelegenheid om zich te perfectioneren in de interventionele cardiologie.

Vereisten
Afgeronde opleiding tot cardioloog.
Goede communicatieve vaardigheden, en het vermogen om vlot te werken binnen een multidisciplinair team.

Startdatum
Vanaf 1/9/2025

Contactpersoon
Dr Karl Dujardin
karl.dujardin@azdelta.be
+32 51237251

AZ Delta vzw Deltalaan 1, 8800 Roeselare t 051 23 71 11 e info@azdelta.be w www.azdelta.be
Ondernemingsnr. 0505.931.808 RIZIV-nr. 7-10117-20-000 Btw-nr. BE 0505.931.808

Uw ziekenhuis.



Zorgverblijf Ter Duinen
jouw verblijf, onze zorg

Zorgverblijf Ter Duinen Nieuwpoort is op zoek naar een tijdelijke ARTS

Tijdens de zomermaanden zijn we op zoek naar versterking (80%) om mede in te staan voor een kwalitatief hoogstaande verzorging van personen die herstellen van een acute aandoening of tijdelijk nood hebben aan zorgondersteuning.

Wens je een goede work-life balans?
Ben je benieuwd naar ons aanbod en voordelen?

Neem dan zeker een kijkje op onze website www.cm-zorgverblijven.be of neem contact op via 058 22 33 90 of e-mail: dokters@terduinen.be



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

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

Vacature | JAN YPERMAN ZIEKENHUIS ZOEKT:



Arts-specialist in de anesthesie

Het Jan Yperman Ziekenhuis is met meer dan 1400 medewerkers, 140 artsen en 532 bedden, modern, jong en dynamisch. Een ziekenhuis waar de patiënt in het streven naar de beste zorg centraal staat en zeer veel aandacht aan kwalitatief hoogstaande geneeskunde wordt besteed. Als vernieuwend ziekenhuis investeren we in een stimulerende werkomgeving en teamwerk. We reiken volop kansen aan voor persoonlijke en professionele groei, met de focus op continue ontwikkeling en opleiding.

ONS AANBOD

We leggen de nadruk op een fijne collegiale samenwerking om de groei van het operatiekwartier, intensieve zorgen en de pijnkliniek te ondersteunen.

Zo bouwen we mee aan een regionaal ziekenhuis dat professionele en attente zorg vooropstelt.

Het werkregime (voltijds/ deeltijds) staat vrij te bespreken.

PROFIEL

- Je bent een enthousiaste en gedreven teamspeler die bereid is een substantiële bijdrage te leveren in de verdere innovatieve uitbouw van onze dienst.
- Je geeft kwaliteit en veiligheid topprioriteit.
- Je vervoegt het huidige team van 17 anesthesisten.
- Je beschikt over een erkenning als algemeen anesthesist, een bijzondere beroepstitel in de intensieve zorg of bijzondere bekwaamheid in de algologie strekt tot aanbeveling.
- Je bent geïnteresseerd in de permanente opleiding van medewerkers en assistenten-in-opleiding.

Interesse? Bezorg ons je motivatiebrief en cv vóór 15 april

Dr. Stefan Van Hooreweghe, diensthoofd associatie anesthesie
Dr. Ann Verstraete, diensthoofd intensieve zorgen
Dr. Jan Dossche, diensthoofd pijnkliniek
Dr. Hans Feys, hoofdarts

stefan.vanhooreweghe@yperman.net
ann.verstraete@yperman.net
jan.dossche@yperman.net
hoofdarts@yperman.net

JAN YPERMAN ZIEKENHUIS | Briekestraat 12, 8900 Ieper - www.yperman.net

Meer info: jobs.yperman.net

We zijn nu op zoek naar een kinderneuroloog halftijdse vervanging tot 01/09/2025 (M/V/X)

Pulderbos - Revalidatiecentrum voor kinderen en jongeren vzw | Reebergenlaan 4, 2242 Zandhoven | T. +32(0)3 466 06 10 | www.revapulderbos.be

Pulderbos - Revalidatiecentrum voor kinderen en jongeren heeft een vijfsterrenaanbod. Dit zijn alvast de top vijf-redenen waarom jij voor ons zou moeten kiezen:

1. Ons team van gepassioneerde, deskundige professionals uit verschillende disciplines werken hecht samen om jongeren en hun gezinnen te helpen hun potentieel ten volle te bereiken.
2. We zetten ons in voor innovatieve, gespecialiseerde kinderrevalidatie en bieden state-of-the-art faciliteiten om dit te ondersteunen in een volledig nieuwe infrastructuur die we in 2025 willen voltooien.
3. We halen het beste uit elke dag en helpen jonge mensen nieuwe, positieve verhalen voor hun toekomst te schrijven.
4. We leggen sterk de nadruk op een gezond evenwicht tussen werk en privéleven en het bevorderen van een positieve en ondersteunende werkomgeving.
5. We geven je de kans een belangrijke rol te spelen in het positief beïnvloeden van het leven van kinderen en jongeren in nood.

Ons revalidatiecentrum is geaffiliëerd met UZ Leuven en werkt nauw samen met UZ Antwerpen. We zijn dus ook een opleidingsplaats voor artsen-specialisten in opleiding in de kindergeneeskunde en andere gezondheidszorgverleners. Bovendien hebben we zeer goede contacten met diverse verwijzende al dan niet universitaire ziekenhuizen in Vlaanderen, naast kinderartsen, multifunctionele centra en centra voor leerlingenbegeleiding.

OVER REVALIDATIECENTRUM PULDERBOS

Revalidatiecentrum Pulderbos is een toonaangevend interdisciplinair diagnose-, behandel- en expertisecentrum voor kinderen en jongeren met medische problemen die een grote impact hebben op hun functioneren. In onze warme en professionele omgeving bieden we hoogstaande revalidatiezorg, waarbij het kind en zijn gezin centraal staan.

JOUW ROL

Als kinderneuroloog draag je de medische verantwoordelijkheid voor een therapeutische leefgroep, waar voornamelijk kinderen met epilepsie revalideren.

- stuurt het medisch beleid aan op het vlak van epilepsie, neurologische problematiek en algemene pediatrie zorg.
- coördineert samen met de psycholoog de interdisciplinaire therapeutische zorg.
- begeleidt ouders en hun bredere context op medisch vlak.
- werkt nauw samen met een team van gepassioneerde kinderartsen en andere zorgprofessionals om het verschil te maken in het leven van onze patiënten.

WIE BEN JIJ?

- Je bent een kinderneuroloog met een hart voor chronische zorg.
- Je beschikt over sterke klinische en organisatorische vaardigheden.
- Je neemt graag deel aan interdisciplinaire overlegmomenten.
- Je hebt de nodige leidinggevende skills om een team aan te sturen.
- Je bent communicatief sterk en werkt graag samen.

WAT BIJEN WIJ?

Je komt terecht in een unieke revalidatiesetting waarin professionele zorg en een huiselijke sfeer hand in hand gaan. We hechten veel belang aan een gezond evenwicht tussen werk en privé en bieden een ondersteunende en positieve werkomgeving.



Voel je je aangesproken? → Solliciteer dan vandaag nog!

Stuur je kandidatuur met cv naar

- **Dr. Patricia van de Wijdeven, hoofdarts (patricia.vandewijdeven@revapulderbos.be)**
- **Steven hazenbosch, afgevaardigd bestuurder (steven.hazenbosch@revapulderbos.be)**

Voor meer informatie over de functie, het tewerkstellingspercentage en de verloning kan je terecht bij Dr. Patricia van de Wijdeven.



VACATURE

‘Schoonspringen geeft een enorme kick’

PORTRET Met één krachtige afzet zweeft hij door de lucht, draait sierlijk en verdwijnt nagenoeg zonder een spat in het water; schoonspringen is een kunst op zich. Maar voor huisarts dr. Karl Deleu is het vooral een passie waarin techniek, lef en eindeloze oefening samenkomen.

Springen vanaf een metershoge plank vereist lef en zelfvertrouwen. De adrenaline die vrijkomt na een geslaagde sprong is voor veel sporters dé reden om keer op keer de ladder van de springplank te beklimmen. Ook Deleu herkent dit gevoel: “Bij elke sprong voel je de spanning, terwijl je geconcentreerd op de plank boven het water staat. Voer je de beweging niet goed uit, dan kun je hard op het water terecht komen, of nog erger; de springplank. Maar juist de combinatie van hoogte, snelheid en een perfect uitgevoerde sprong zonder spat geeft een enorme kick. Dat is precies wat me aantrok in deze sport.”

Die interesse voor schoonspringen bleek er bij de huisarts al van jongs af aan in te zitten. “Als kind zag ik mijn vader altijd een mooie duik maken van de springplank. Dus sprong ik tijdens vakanties ook altijd van rotsen en duiktorens bij het zwembad. Ik kon altijd wel iets vinden om vanaf te springen. Het zoeken van die kick zat er dus van kinds af aan al in. Maar ondanks mijn

enthousiasme heeft het nog lang geduurd voordat ik me aansloot bij een vereniging.”

Technische sport

Het enthousiasme voor schoonspringen bleef jarenlang sluimeren. Ongeveer tien jaar geleden stuitte de huisarts toevallig op een affiche van de lokale schoonspringclub in Gent. “Ik deed er op dat moment nog niks mee, maar het bleef wel ergens in mijn achterhoofd hangen. Toen mijn vrouw later voor een project naar Ecuador ging besloot ik dat als zij iets ‘zots’ deed, ik ook het avontuur moest opzoeken. De schoonspringclub zat nog steeds in mijn achterhoofd en ik besloot me in te schrijven en begon op mijn 49ste met het beoefenen van de sport.”

Schoonspringen is geen conditioneel zware sport. Wél is het een sport die veel vraagt van de core, armen, benen en rug, omdat het uitvoeren van de bewegingen veel kracht vraagt. “In het begin ben je vooral bezig met leren je lichaam onder controle te krijgen. Je moet tege-

liktijd focussen op meerdere lichaamsdelen, terwijl je richting het water valt. Het vergt veel oefening om die coördinatie onder de knie te krijgen”, zegt Deleu. “Vooruitgang boeken kost veel tijd, want je moet ook aan je lenigheid werken. In de zomer train ik soms op een trampoline, maar de meeste uren maak ik doorheen het jaar in het zwembad. In de mannen-volwassenencompetitie zijn we in België slechts met zo’n vijftien springers. We kennen elkaar goed; het voelt meer als een vriendengroep. Binnen de club noemen ze me met een knipoog de ‘springdokter’.”

Het doel van schoonspringen is om tijdens een wedstrijd zoveel mogelijk punten te halen. Elke sprong wordt door vijf juryleden beoordeeld, waarbij de hoogste en laagste scores afvallen. De drie overgebleven scores worden vervolgens opgeteld en vermenigvuldigd met de moeilijkheidscoëfficiënt van de betreffende sprong. “Je kan als sporter dus kiezen om een makkelijke sprong perfect uit te voeren, of om juist een moeilijke sprong met een hoge coëfficiënt zo goed

mogelijk uit te voeren. Een goede sprong tijdens een wedstrijd maakt mijn dag al goed, dat gevoel is onbeschrijfelijk.”

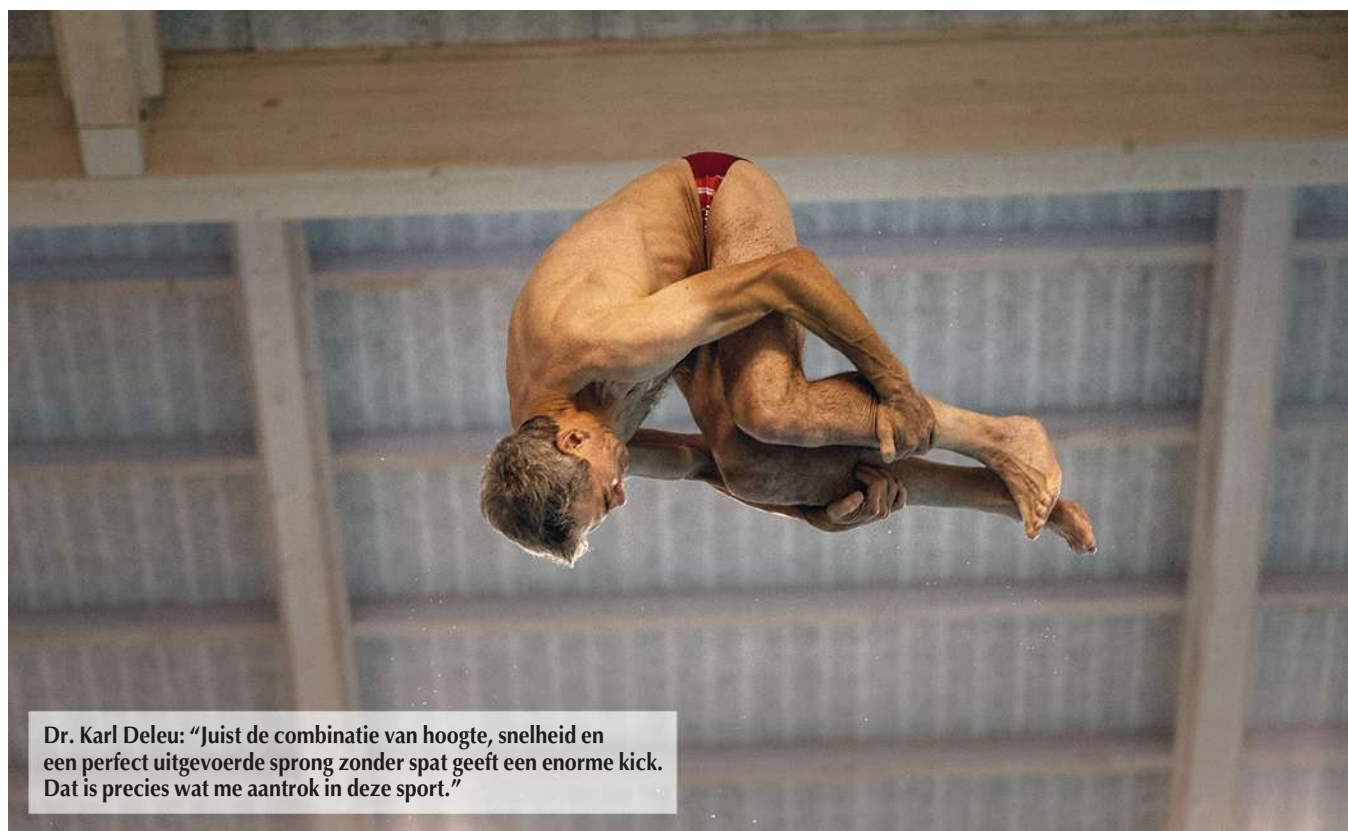
Binnen de club noemen ze me met een knipoog de ‘springdokter’

Schaafwonden

Iedere springer heeft uiteraard een favoriete sprong die hij steeds verder wil perfectioneren. Voor Deleu is dat de ‘binnenwaartse duik gebukt of gehurkt’. “Bij deze sprong sta ik met mijn rug naar het water, spring achteruit van de plank en duik vervolgens met mijn hoofd in de richting van de plank. Mentaal is dat een rare sprong, omdat je met je hoofd naar de plank beweegt”, vertelt de huisarts. “Je kunt met je voeten of vingers de plank raken, wat schaafwonden of zelfs breuken kan veroorzaken. Gelukkig leidt een verkeerde landing in het water zelden tot serieuze blessures, al kan het behoorlijk pijnlijk zijn. Voor de landing is het belangrijk om je schouders en armen maximaal op te spannen, vooral bij sprongen vanaf grotere hoogtes. De impact op de schouders is dan enorm en vergroot de kans op blessures.”

Deleu: “Op dit moment experimenteer ik met dubbele salto’s en extra schroeven om de moeilijkheidsgraad te verhogen. Het is een proces van voortdurend herhalen en bijschaven. De laatste indruk die de jury krijgt, is hoe je het water raakt; een cruciaal onderdeel van de sprong. De techniek bestaat uit het vormen van een “plankje” met je handen waarmee je een gat in het water slaat. In dat gat moet je ganse lichaam verdwijnen. Vervolgens moet je onder water je armen openen, zodat de meegevoerde lucht opzij wordt geduwd. Als je dit perfect uitvoert, ontstaat er geen opspattend water. Dat geeft een geweldig gevoel en een enorme adrenalinekick”, besluit Deleu.

Floris Cup



Dr. Karl Deleu: “Juist de combinatie van hoogte, snelheid en een perfect uitgevoerde sprong zonder spat geeft een enorme kick. Dat is precies wat me aantrok in deze sport.”

© Ivan Dupont