



Artsen krant

www.artsenkrant.com

DE REFERENTIE VOOR HUISARTSEN EN SPECIALISTEN

46STE JAAR NR 2794 - DINSDAG 1 APRIL 2025 - 3,00 € - TWEEWEEKLIJKS - P309577 - MEIBOOMLAAN 33, 8800 ROESELARE, BELGIË.



De werven van Gennez

Een half jaar na haar aantreden als Vlaams minister bevoegd voor onder meer welzijn en gezondheidszorg legt Caroline Gennez (Vooruit) in een exclusief interview uit waar haar prioriteiten liggen.

Toen Caroline Gennez in september vorig jaar in de regering Diependaele Vlaams minister van Welzijn, Armoedebestrijding, Cultuur en Gelijke Kansen werd, zorgde ze voor een primeur. Voor het eerst kreeg een socialist dit departement in de Vlaamse regering in handen. Sinds het ontstaan van de Vlaamse regering in 1981 behoorden welzijn en gezondheidszorg haast exclusief tot de bevoegdheden die de christendemocraten naar zich toetrokken. Enkel tijdens het paars-groene intermezzo van 1999 tot 2003 werd het departement in de persoon van Mieke Vogels bestierd door de ecologisten.

Bij het aantreden van Gennez als Vlaams minister viel op dat er voor volksgezondheid of gezondheidszorg geen plaats was bij de bevoegdheden in haar titel. Enkel Welzijn wordt erin vernoemd. Bij haar voorgangers kreeg gezondheid wel een plaats in de titel. Maar daar moet niets achter gezocht worden, zet Gennez meteen de puntjes op de i. "Wie mijn beleids-

nota heeft gelezen, kan zien dat het gaat om Welzijn, Volksgezondheid, Gezin en Armoedebestrijding. Aangezien ik ook bevoegd ben voor Cultuur en Gelijke Kansen is dit in mijn titel afgekort naar Vlaams minister van Welzijn en Armoedebestrijding, Cultuur en Gelijke Kansen. Ik denk in alle eerlijkheid niet dat de burgers wakker liggen van welke termen er in een titel staan. Wel over hoe en waar ze terecht kunnen voor zorg en ondersteuning wanneer ze problemen ervaren. Daar wil ik volop op inzetten."

In de beleidsnota zet Caroline Gennez vijf prioritaire werven uit waarvan mentaal welzijn er één is. Maar in haar beleid wil ze uiteraard ook andere aspecten van gezondheidszorg aan bod laten komen.

Filip Ceulemans & Erik Derycke

'Weg met navelstaarderij'

10-11

POWERED BY 
PRIJS VAN DE JONGE
HUISARTS

Met medewerking van het Interuniversitair Centrum voor de Huisartsenopleiding (ICHO) en met de financiële steun van het Rode Kruis-Vlaanderen, organiseert Artsenkrant ook dit jaar opnieuw de 'Prijs van de Jonge Huisarts powered by Artsenkrant'.

In drie opeenvolgende edities stellen we de genomineerden en hun masterproefonderzoek aan u voor. Dit jaar dingen vijf kandidaten naar de prestigieuze prijs, die vorig jaar in de wacht werd gesleept door Evelyn Vander Straeten. Stemmen voor uw favoriet kan op artsenkrant.com nadat alle kandidaten in uw krant aan bod kwamen. De stemperiode loopt dit jaar van 29 april tot 20 mei.

De spits wordt in dit nummer afgebeten door dr. Marie Louagie, dr. Janne Konings en dr. Marilou Vandepitte. Deze drie jonge huisartsen onderzochten onder begeleiding van promotor Nicolas Delvaux op welke punten het Elektronisch Medisch Dossier verbeterd kan worden bij de opvolging van chronische en niet-somatische zorg. Hun aandacht ging daarbij naar de verbetering van het zogenoemde SOEP-registratiemodel.

Dr. Lien Lowie onderzocht in haar masterproef met als promotor Jan Verbakel hoe de dalende trend van het aantal antibioticavoorschriften door huisartsen in de afgelopen twintig jaar tot stand kwam, maar ook waarom de Belgische voorschrijfcijfers voor bepaalde aandoeningen nog steeds hoger liggen dan de Europese kwaliteitsnormen.

F.C.



EMD niet optimaal bij opvolging
chronische en niet-somatische zorg

6-7

Belgische antibioticacijfers voor bepaalde
aandoeningen liggen hoger dan Europese
kwaliteitsnormen

8-9



Filip Ceulemans

(Huis)Artsenkrant

Vanaf deze editie van *Artsenkrant* stellen we u de vijf genomineerden voor de Prijs van de Jonge Huisarts voor. Een initiatief waar we bijna twintig jaar nadat de prijs voor het eerst werd uitgereikt nog steeds enorm trots op zijn. Huisartsen vormen immers de ruggengraat van ons gezondheidszorgsysteem. En jonge huisartsen met een passie voor zowel de klinische praktijk als onderzoek vormen de toekomst van het beroep.

Toevallig is in dit nummer heel wat ruimte voorzien voor de situatie waarin de huisartsgeneeskunde anno 2025 verkeert. Hoewel bijna alle huisartsen die ik ken – en dat zijn er wel wat – me steeds opnieuw op het hart drukken dat huisarts het mooiste beroep ter wereld is, lijkt niet alles rozegeur en maneschijn. Denk maar aan de saga rond de voorlopige stopzetting van de vergoeding voor teleconsultaties. Akkoord, dit treft niet enkel huisartsen, maar het zijn toch voornamelijk zij die er gebruik van maken.

Een al langer aanslepend probleem betreft het tekort aan huisartsen, zeker in bepaalde regio's. Een 'mooi' voorbeeld daarvan is de Brusselse situatie, waar sommige gebieden kampen met ernstige tekorten (pagina 18). Daarin verschilt de hoofdstad niet van andere delen van het land zoals blijkt uit het Health Professionals Report (pagina's 16-17). Het Vlaams parlement debatteerde vorige week naar aanleiding van de beslissing van minister van Onderwijs Zuhair Demir (N-VA) om de subquota voor meerdere specialismen te verlagen over manieren om meer studenten voor huisartsgeneeskunde te laten kiezen. Laat ons hopen dat deze voorstellen leiden tot een grotere aantrekkingskracht. We weten immers uit internationale studies dat een gezondheidszorgsysteem maar zo sterk is als de huisartsen.

Medicatieoverzicht nu digitaal toegankelijk voor patiënten en zorgverleners

DIGITALISERING Sinds vorige week kan elke Belgische patiënt via de overheidswaarsite **Mijngezondheid.be** eenvoudig digitaal het overzicht van alle geneesmiddelen raadplegen die de afgelopen zes maanden voor hem of haar werden afgeleverd in Belgische apotheken.

Het initiatief, opgezet door FarmaFlux en het RIZIV in samenwerking met de FOD Volksgezondheid en het FAGG, moet het medicijngebruik transparanter maken, het correct gebruik bevorderen en de therapietrouw verhogen. Niet alleen patiënten hebben toegang; ook zorgverleners die toestemming hebben van hun patiënten kunnen voortaan deze gegevens inzien via het platform ProGezondheid. Dit moet dubbel gebruik, verkeerde doseringen en ongewenste interacties tussen geneesmiddelen voorkomen.

Mickaël Daubie, Directeur-generaal van de Dienst geneeskundige verzorging van het RIZIV, benadrukt dat de digitale toegang patiënten beter in staat



stelt hun eigen gezondheid actief te beheren. "Het RIZIV wil de participatie van elke persoon aan het behoud of de verbetering van zijn/haar eigen gezondheid bevorderen via de verster-

Het initiatief moet het medicijngebruik transparanter maken

king van de gezondheidsvaardigheden. De toegang tot alle geneesmiddelen die door de apotheek worden afgeleverd, is een stap in die richting, waardoor patiënten hun eigen behandeling beter kunnen opvolgen."

Koen Straetmans, voorzitter van FarmaFlux, voegt eraan toe dat apothekers op hun beurt bijdragen aan een efficiënte, datagedreven zorgverlening. "Onze sector heeft al jaren ervaring met een veilige gedigitaliseerde gegevensuitwisseling tussen apothekers onderling. We werken verder samen met de overheid en andere zorgverleners om in de nabije toekomst als apotheker ook gezondheidsgegevens te kunnen ontvangen en te raadplegen. Dit geeft ons een completer beeld om zo ons farmaceutisch advies en onze dienstverlening nog beter en op maat te verzorgen."

FL.C.

10,45

Het percentage langdurig ziekteverzuim onder werknemers van 55 jaar en ouder is in 2024 licht gedaald ten opzichte van 2023: van 10,45 procent naar 10,29 procent. Het blijft wel ver boven het gemiddelde liggen (Attentia).



Prof. **Yves Van Nieuwenhove**, obesitaschirurg in het UZ Gent, in *UZ Letters*.

Ik geloof heel sterk in de kracht van een goede babbel met de patiënt, van mens tot mens. Ik voel vrij goed aan wat patiënten nodig hebben. Dat is zeker niet altijd wat ze zeggen. Maar als je echt contact maakt, voel je dat. Mijn eerste levensjaren bracht ik in het café van mijn grootmoeder door, misschien heb ik mijn empathie daar al ontwikkeld.



Naam van het geneesmiddel: Tavoforce filmomhulde tabletten. Kwalitatieve en kwantitatieve samenstelling: Elke filmomhulde tablet bevat 240 mg extract (als droog extract, gezuiverd) van Ginkgo biloba L., folium (Ginkgo blad) (35 - 67:1), wat overeenkomt met: 52,8 mg tot 64,8 mg flavonoiden, uitgedrukt in flavonglycosiden; 6,72 mg tot 8,16 mg ginkgoliden A, B en C; 6,24 mg tot 7,68 mg bilobalide. Eerste extractiemiddel: aceton 60 % m/m. Hulpstof met bekend effect: natrium. Dit geneesmiddel bevat minder dan 1 mmol natrium (23 mg) per filmomhulde tablet. Farmaceutische vorm: Bruine, ovale filmomhulde tablet. Afmetingen: lengte ongeveer 14 mm, breedte ongeveer 8 mm. Therapeutische indicaties: Geneesmiddel op basis van planten ter verbetering van de (leeftijdsgebonden) cognitieve achteruitgang en de levenskwaliteit van volwassenen met milde demantie. Dosering en wijze van toediening: Dosering: Volwassenen en ouderen: 1 filmomhulde tablet per dag, bij voorkeur 's ochtends. Pediatrische patiënten: Er is geen relevante toepassing van Tavoforce bij kinderen en adolescenten jonger dan 18 jaar. Verminderde nier- en/of leverfunctie: Door het gebrek aan farmacokinetische gegevens in deze patiëntengroepen, kan er geen doseringsadvies worden gegeven. Wijze van toediening: Voor oraal gebruik. De filmomhulde tabletten moeten in hun geheel worden doorgeslikt met wat vloeistof, bij voorkeur een glas water. De tabletten moeten niet bij de maaltijd worden ingenomen. Duur van het gebruik: Tavoforce moet ononderbroken gedurende ten minste 8 weken worden ingenomen. Wanneer er na 3 maanden geen symptomatische verbetering is, of wanneer de pathologische symptomen toenemen, moet een arts worden geraadpleegd. Contra-indicaties: Overgevoeligheid voor de werkzame stof of voor een van de hulpstoffen. Zwangerschap. Bijwerkingen: De frequenties van de bijwerkingen worden als volgt weergegeven op basis van de frequentie categorieën volgens MedDRA: Zeer vaak ($\geq 1/10$); Vaak ($\geq 1/100$, $< 1/10$); Soms ($\geq 1/1.000$, $< 1/100$); Zelden ($\geq 1/10.000$, $< 1/1.000$); Zeer zelden ($< 1/10.000$); Niet bekend (kan met de beschikbare gegevens niet worden bepaald) Bloed- en lymfestelselaandoeningen: Bloedingen van bepaalde organen werden gemeld (oog-, neus-, hersen- en maagdarmbloeding). De frequentie is niet gekend. Zenuwstelselaandoeningen: Zeer vaak: hoofdpijn. Vaak: duizeligheid. Maagdarmsstelselaandoeningen: Vaak: diarree, abdominale pijn, nausea, braken. Immun-systeemaandoeningen: Overgevoelighedsreacties (allergische shock) kunnen voorkomen. De frequentie is niet bekend. Huid- en onderhuidaandoeningen: Allergische huidreacties (erytheem, oedeem, jeuk en rash) kunnen ook voorkomen. De frequentie hiervan is niet bekend. Indien er andere bijwerkingen optreden die hierboven niet

Verpakking	CNK	PP (incl. BTW)	€ per dag
Tavoforce® 30 tabletten	3705-019	€ 41,71	€ 1,39/dag
Tavoforce® 60 tabletten	3705-001	€ 73,22	€ 1,22/dag
Tavoforce® 90 tabletten	4103-115	€ 85,83	€ 0,95/dag

vermeld worden, moet een arts of apotheker worden geraadpleegd. Houder van de vergunning voor het in de handel brengen: Dr. Willmar Schwabe GmbH

& Co. KG, Willmar-Schwabe-Str. 4, 76227 Karlsruhe, Duitsland. BE519244. Afleveringswijze: Geneesmiddel op medisch voorschrift. Datum van herziening van de tekst: 08-2024

Referenties: 1. Kulic Ž, Lehner MD, Dietz GPH. Ginkgo biloba leaf extract EGb 761® as a paragon of the product by process concept. Front Pharmacol. 2022 Oct 11;13:1007746.doi:10.3389/fphar.2022.1007746 ; 2. Kasper S, Bancher C, Eckert A, Förstl H, Frölich L, Hort J, Korczyn AD, Kressig RW, Levin O, Palomo MSM. Management of mild cognitive impairment (MCI): The need for national and international guidelines. World J Biol Psychiatry. 2020 Oct;21(8):579-594. doi: 10.1080/15622975.2019.1696473 ; 3. Kandiah N, Ong PA, Yuda T, Ng LL, Mamun K, Merchant RA, Chen C, Dominguez J, Marasigan S, Ampil E, Nguyen VT, Yusoff S, Chan YF, Yong FM, Krairit O, Suthisisang C, Senanarong V, Ji Y, Thukral R, Ihl R. Treatment of dementia and mild cognitive impairment with or without cerebrovascular disease: Expert consensus on the use of Ginkgo biloba extract, EGb 761®. CNS Neurosci Ther. 2019 Feb;25(2):288-298.doi:10.1111/cns.13095 ; 4. Amieva H, Meillon C, Helmer C, Barberger-Gateau P, Dartigues JF. Ginkgo biloba extract and long-term cognitive decline: a 20-year follow-up population-based study. PLoS One. 2013;8(1):e52755. doi: 10.1371/journal.pone.0052755. ; 5. Tian J, Shi J, Wei M, Ni J, Fang Z, Gao J, Wang H, Yao H, Zhang J, Li J, Min M, Su L, Sun X, Wang B, Wang B, Yang F, Zou Y, Hu Y, Lin Y, Xu G, Li K, Li L, Zhen H, Xu J, Chen K, Wang Y; CHARM study group. Chinese herbal medicine Qinggongshoutao for the treatment of amnesic

mild cognitive impairment: A 52-week randomized controlled trial. Alzheimers Dement (N Y). 2019 Sep 4;5:441-449. doi: 10.1016/j.trci.2019.03.001. Erratum in: Alzheimers Dement (N Y). 2022 Jul 17;8(1):e12266. doi: 10.1002/trc2.12266 ; 6. BCFI ; 7. SKP Tavoforce® ; 8. Belgisch staatsblad. Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 29 augustus 1997 betreffende de fabricage van en de handel in voedingsmiddelen die uit planten of uit plantenbereidingen samengesteld zijn of deze bevatten. 2017. info@schwabe.be ; TAV redactie: 2025-02-24 N012

EGb 761®

EVIDENCE-BASED BEHANDELING BIJ COGNITIEVE STOORNISSEN ¹

EGb 761® is **het best bestudeerde Ginkgo biloba extract** en telt meer dan 2.000 zoekresultaten op PubMed. ¹



MCI

EGb 761® is de enige farmacologische behandeling aanbevolen in de huidige richtlijnen voor de behandeling van MCI (Mild Cognitive Impairment). ²



Dementie

EGb 761® is een evidence-based behandeling voor vasculaire dementie, de ziekte van Alzheimer en gemengde dementie (level of evidence A). ³

Klinische studies tonen aan dat EGb 761® de cognitieve achteruitgang vertraagt. ^{4, 5}

Tavoforce® is het enige hooggedoseerde Ginkgo biloba geneesmiddel in België. ⁶



- Tavoforce® is een geneesmiddel waarvan iedere tablet **240 mg** van het uniek en gestandaardiseerd *Ginkgo biloba* extract EGb 761® bevat. ^{1, 7}
- Eén tablet Tavoforce® bevat **een 3x hogere concentratie aan actieve bestanddelen dan de maximale dagdosis van om het even welk voedingssupplement**. Er bestaat immers een wettelijke beperking voor de dagelijkse concentratie actieve bestanddelen bij voedingssupplementen o.b.v. *Ginkgo biloba*. ⁸



Vandenbroucke: 'Ruimte maken voor overleg'

BELEIDSVERKLARING Op 18 maart stelde minister van Volksgezondheid Frank Vandenbroucke zijn beleidsverklaring voor in de Kamercommissie Gezondheid. De inhoud was al grotendeels bekend uit het regeerakkoord, en over de uitwerking bleef de minister vaag.



Prominent in de beleidsverklaring staat het behoud van de groeinorm. Die toegelaten reële uitgavengroei voor de ziekteverzekering bedraagt 2,5% voor het jaar 2025, voor 2026 en 2027 telkens 2%, voor 2028 is dat 2,6% en in 2029 tot slot 3%. Dat is gemiddeld 2,42% per jaar – iets hoger dan onder de Vivaldi-coalitie, maar lager dan de vooruitzichten van het Federaal Planbureau. Een bewuste keuze, zei Vandenbroucke. “De projecties van het Planbureau volgen zou geen goed beleid zijn. Het Planbureau voorspelt bijvoorbeeld een explosie van het budget voor medicijnen tot 12 miljard euro. We moeten die proberen te beheersen.”

Overleg

In het marathondebat dat volgde, vroegen verschillende Kamerleden Vandenbroucke om passages in de beleidsverklaring te verduidelijken en om de timing te concretiseren. De minister bleef in zijn replieken echter bewust vaag. “Ik ga vaak het antwoord schuldig blijven, en vaak is dat precies omdat ik iets wil doen wat vele mensen in deze vergadering hebben gevraagd, namelijk veel ruimte maken voor overleg met alle betrokkenen – met artsen, kinesitherapeuten, vroedvrouwen, zie-

kenhuizen, patiëntenorganisaties, verzekeringsinstellingen... Als u vraagt dat we ruimte maken voor overleg, dan betekent dat natuurlijk ook dat ik hier niet vooruit wil lopen op hoe we een aantal beleidspistes concreet invullen.”

Grote werven

De grote lijnen van de hervormingen van de nomenclatuur en van de ziekenhuisfinanciering liggen wel al vast. Tegen het einde van dit jaar zouden drie werkgroepen klaar moeten zijn met de herijking van de nomenclatuur voor technische medisch-chirurgische handelingen (ATMC), geautomatiseerde en aanverwante medisch-technische handelingen (AMTAA), en raadplegingen en aanverwante handelingen (ACA).

“De bedoeling is om hun werkzaamheden te integreren in een technisch voorstel met één geïntegreerde, relatieve waardenschaal – niet in euro’s maar in punten. Tegelijkertijd gaan we in de komende maanden een voorstel uitwerken voor het budget dat nodig is om het professionele gedeelte correct te vergoeden. En dan komt de cruciale oefening, namelijk dat we dat budget in euro’s omslaan naar die puntenschaal. Dat is het moment van de waarheid”, legde Vandenbroucke uit.

Ook nog dit jaar moet het onderzoek

naar de feitelijke kosten voor gehospitaliseerde patiënten afgerond zijn. Dat moet toelaten om de financiering op te splitsen in een zuiver honorarium en praktijkkosten (zowel voor ziekenhuizen als ambulante praktijken).

Idealiter zou de gecombineerde hervorming in 2028 van start gaan, zei Vandenbroucke, die eraan toevoegde dat hij ervan uit gaat dat voor gehospitaliseerde patiënten geen afdrachten meer ingehouden worden op het zuiver honorarium.

‘Als u vraagt dat we ruimte maken voor overleg, dan betekent dat natuurlijk ook dat ik hier niet vooruit wil lopen’

– Frank Vandenbroucke

Ziekenhuizen

Ook een hertekening van het ziekenhuislandschap staat op de agenda. De dag na de commissievergadering zette de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid een expertengroep aan het werk die een voorstel moet doen voor de taakverdeling tussen de 103 bestaande en algemene en universitaire ziekenhuizen, met een evenwicht tussen geografische toegankelijkheid en zorgconcentratie.

Frieda Gijbels (N-VA) wou weten of er bij een afbouw van acute bedden geen buffercapaciteit voorzien moet worden, zodat ziekenhuizen snel kunnen opschalen bij een gezondheidscrisis. “Vandaag hebben we eigenlijk al buffercapaciteit”, antwoordde Vandenbroucke, “bedden die niet gebruikt worden omdat we het personeel niet hebben. Ik vind de vraag naar buffercapaciteit belangrijk, maar we moeten daar naar kijken vanuit een realiteit waarbij het niet zozeer de infrastructuur is die ons mankeert, maar wel het personeel.”

Conventiemodel

In het regeerakkoord was al te lezen dat het conventiemodel hervormd zal worden om conventionering aantrekkelijker te maken. Vandenbroucke wil daarover in april in overleg gaan met de artsenorganisaties en andere betrokkenen, zodat het toegepast kan worden voor het volgende akkoord artsen-ziekenfondsen dat op 1 januari 2026 in werking moet treden. “De vraag is of we niet meerdere categorieën van premies afhankelijk maken van het feit dat men gekozen heeft voor het conventiesysteem”, gaf Vandenbroucke alvast als voorzet.

Erik Derycke

Roel Van Giel naar kabinet-Vandenbroucke

Voormalig Domus Medica-voorzitter Roel Van Giel gaat twee dagen per week als adviseur aan de slag op het kabinet-Vandenbroucke. De overige dagen blijft hij actief als huisarts in Kalmthout.

Kamerlid Jan Bertels (Vooruit), de voormalige kabinetschef van Vandenbroucke, noemde zich in de Kamercommissie

opgetogen met de komst van Van Giel naar de beleidscel. “Hij zal goed kunnen helpen om antwoorden te vinden op de uitdagingen voor de huisartsen en bij de versterking van de eerste lijn – die ruimer is dan alleen huisartsgeneeskunde, maar waarbij de huisarts een belangrijke actor is en zal blijven.”

>> * Kamerdocument DOC 56 0767/009

Scan en lees

• ASGB zet zich af tegen een verplichte keuze forfaitair of per prestatie

Artsensyndicaat ASGB kan zich niet vinden in de opinie die vier proffen huisartsgeneeskunde publiceerden in *De Morgen*. Een verplichte keuze tussen forfaitair of per prestatie is voor het syndicaat onaanvaardbaar.

• BVAS hekelt ‘aanval op prestatie-geneeskunde’

Artsensyndicaat BVAS reageert verontwaardigd op een opiniestuk van professoren huisartsgeneeskunde van de Vlaamse universiteiten dat verscheen in *De Morgen*. Volgens BVAS maakt het “welgemikt opiniestuk” deel uit van een georkestreerd offensief tegen de vrijheid van de arts.

• GIBBIS roept Brusselse politici tot de orde

GIBBIS, de pluralistische werkgeversfederatie van de sector van de openbare en private social profit gezondheidsinstellingen van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, roept de Brusselse politici op hun verantwoordelijkheid te nemen en een regering te vormen. “Er is genoeg tijd verspild.”

• Naar een Charter voor de rechten van de patiënt

Paragraaf 8 van de Beleidsverklaring Volksgezondheid van vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid Frank Vandenbroucke is gewijd aan ‘Patiëntenrechten en gezondheidsgesleddertheid’. Vandenbroucke kondigt onder meer een Charter voor de rechten van de patiënt aan.

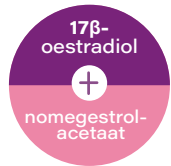
• Kom op tegen Kanker juicht uitstilverbod voor (e)-sigaretten toe

Op 1 april treedt het uitstilverbod voor (e)-sigaretten in voege. Een verbod dat op de nodige instemming kan rekenen van Kom op tegen Kanker. “Het verbod zal bijdragen tot het verder denormaliseren van roken en vaperen en helpen om de gezondheid van de volgende generatie te beschermen”, aldus Kom op tegen Kanker.

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



NAAM VAN HET GENEESMIDDEL. Zoely 2,5 mg/1,5 mg filmomhulde tabletten **KWALITATIEVE EN KWANTITATIEVE SAMENSTELLING.** Elke witte werkzame tablet bevat 2,5 mg nomegestrolacetaat en 1,5 mg oestradiol (als hemihydraat). Elke gele placebotablet bevat geen werkzame stoffen. **Hulpstoffen met bekend effect.** Elke witte werkzame tablet bevat 57,7 mg lactosemonohydraat. Elke gele placebotablet bevat 61,8 mg lactosemonohydraat. **FARMACUTISCHE VORM.** Filmomhulde tablet (tablet). De werkzame tablet is wit, rond en aan beide zijden gecodeerd met 'ne'. De placebotablet is geel, rond en aan beide zijden gecodeerd met 'p'. **KLINISCHE GEGEVENS. Therapeutische indicaties.** Orale anticonceptie. Bij de beslissing om Zoely voor te schrijven moet rekening worden gehouden met de huidige risicofactoren van de individuele vrouw, in het bijzonder met de risicofactoren voor veneuze trombo-embolie (VTE), en hoe het risico op VTE met Zoely zich verhoudt tot het risico met andere gecombineerde hormonale anticonceptiva (zie rubriek Contra-indicaties). **Dosering en wijze van toediening.** Dosering. Er dient dagelijks één tablet te worden ingenomen gedurende 28 opeenvolgende dagen. Elke verpakking begint met 24 witte werkzame tabletten, gevolgd door 4 gele placebotabletten. Er wordt met een volgende verpakking begonnen direct nadat de voorgaande verpakking is opgebruikt, zonder de dagelijkse tabletinname te onderbreken en ongeacht of er een ontstekingsbloeding is opgetreden of niet. Een ontstekingsbloeding begint meestal op de tweede tot derde dag na innamen van de laatste witte tablet. Het kan voorkomen dat de ontstekingsbloeding nog niet gestopt is voordat met de volgende verpakking gestart wordt. **Speciale populaties. Nierfunctiestoornis.** Hoewel er geen gegevens zijn over gebruik bij patiënten met een nierfunctiestoornis, zal een dergelijke stoornis waarschijnlijk geen invloed hebben op de eliminatie van nomegestrolacetaat en oestradiol. **Leverfunctiestoornis.** Er is geen klinisch onderzoek verricht bij patiënten met leverinsufficiëntie. Omdat het metabolisme van steroïdhormonen bij patiënten met een ernstige leveraandoening verminderd kan zijn, wordt gebruik van Zoely bij deze vrouwen niet aanbevolen zolang de leverfunctiewaarden niet genormaliseerd zijn (zie rubriek Contra-indicaties). **Pediatrische patiënten.** De veiligheid en werkzaamheid zijn niet vastgesteld bij adolescenten jonger dan 18 jaar. Er is geen relevant gebruik van Zoely bij kinderen en premenarische adolescenten. **Wijze van toediening.** Oraal gebruik. **Hoe wordt Zoely ingenomen.** De tabletten dienen elke dag rond dezelfde tijd te worden ingenomen. Dit kan met of zonder voedsel, dus onafhankelijk van de maaltijd. Tabletten moeten zo nodig met wat vloeistof worden ingenomen en in de volgorde die op de blisterverpakking staat aangegeven. Stickers waarop de dagen van de week zijn aangegeven worden meegeleverd. De vrouw moet de sticker die begint met de dag waarop zij start met de tabletinname op de blisterverpakking plakken. **Hoe beginnen met Zoely.** Geen voorafgaand gebruik van hormonale anticonceptiva (in de afgelopen maand). Innamen van de tabletten moet worden gestart op dag 1 van de menstruatiecycclus van de vrouw (d.w.z. de eerste dag van haar menstruatie). Wanneer dit wordt gedaan, zijn geen extra anticonceptie maatregelen noodzakelijk. **Overschakeling van een ander CHC (gecombineerd oraal anticonceptivum (combinatie-OAC), vaginale ring of transdermale pleister).** De vrouw moet bij voorkeur starten met Zoely op de dag na de innamen van de laatste werkzame tablet (de laatste tablet met werkzame bestanddelen) van het voorgaande combinatie-OAC, maar uiterlijk op de dag na de gebruikelijke tabletvrije periode of placeboperiode van het voorgaande combinatie-OAC. Als de vrouw een vaginale ring of transdermale pleister heeft gebruikt, moet zij bij voorkeur starten met Zoely op de dag van verwijdering, maar uiterlijk op de dag dat u de volgende ring of pleister zou plaatsen. **Overschakeling van een progestagenmethode (minipil, implantaat, prikpil) of van een hormonaal bevend intra-uterien systeem (IUS).** De vrouw mag op elke willekeurige dag overschakelen van de minipil, zij moet dan de daaropvolgende dag met Zoely starten. Een implantaat of IUS kan op elke willekeurige dag worden verwijderd. De vrouw moet in dat geval op de dag van verwijdering met Zoely starten. Bij overschakeling van een injectiepreparaat moet met Zoely worden gestart op de dag waarop de volgende injectie zou moeten worden gegeven. In al deze gevallen moet de vrouw worden geadviseerd om daarnaast nog een barrièremethode toe te passen totdat zij 7 dagen zonder onderbreking een witte werkzame tablet heeft ingenomen. Na een abortus in het eerste trimester. De vrouw mag direct starten met de tabletinname. Wanneer dit wordt gedaan, zijn geen extra anticonceptie maatregelen noodzakelijk. **Na een bevalling of na een abortus in het tweede trimester.** De vrouw moet worden geadviseerd om 21 tot 28 dagen na de bevalling of abortus in het tweede trimester te starten met de tabletinname. Start zij later, dan moet de vrouw worden geadviseerd om daarnaast nog een barrièremethode toe te passen totdat zij 7 dagen zonder onderbreking een witte werkzame



NATURALLY MATCHED WITH HER



24u bescherming bij vergeten pil¹



Goede cycluscontrole²



Risico op VTE en ATE vergelijkbaar met COC-LNG^{1,4}



Significant lager risico op een ongewenste zwangerschap^{1,5}

zoeely®

Aanbevolen door RIZIV INAMI als COC in de peri-menopauze³

tablet heeft ingenomen. Als de vrouw echter al geslachtsgemeenschap heeft gehad, moet zwangerschap worden uitgesloten voordat daadwerkelijk met het gecombineerde orale anticonceptivum begonnen wordt of moet de eerstvolgende menstruatie worden afgewacht. **Wat te doen na het vergeten van tabletten.** Het volgende advies geldt alleen als er witte werkzame tabletten vergeten zijn. Als de vrouw een werkzame tablet minder dan 24 uur te laat inneemt, is de anticonceptieve bescherming niet verminderd. De vrouw dient de tablet in te nemen zodra zij eraan denkt en de daaropvolgende tabletten op het gebruikelijke tijdstip in te nemen. Als de vrouw een werkzame tablet 24 uur of meer te laat inneemt, kan de anticonceptieve bescherming verminderd zijn. In geval van vergeten tabletten kunnen de onderstaande twee basisregels als richtlijn dienen: “De witte werkzame tabletten moeten 7 dagen ononderbroken worden ingenomen om de hypothalamus-hypofyse-ovarium-as adequaat te onderdrukken.” “Hoe meer witte werkzame tabletten vergeten zijn en hoe dicht deze bij de 4 gele placebotabletten liggen, hoe hoger het risico op een zwangerschap. **Dag 1-7.** De vrouw moet de laatste vergeten witte tablet innemen zodra zij eraan denkt, zelfs als dit betekent dat zij twee tabletten tegelijkertijd moet innemen. Vervolgens neemt ze de tabletten weer op het gebruikelijke tijdstip in. Bovendien moet zij een barrièremethode, zoals een condoom, toepassen totdat zij 7 dagen zonder onderbreking een witte tablet heeft ingenomen. Als zij in de voorgaande 7 dagen geslachtsgemeenschap heeft gehad, moet rekening worden gehouden met een mogelijke zwangerschap. **Dag 8-17.** De vrouw moet de laatste vergeten witte tablet innemen zodra zij eraan denkt, zelfs als dit betekent dat zij twee tabletten tegelijkertijd moet innemen. Vervolgens neemt ze de tabletten weer op het gebruikelijke tijdstip in. Mits de vrouw haar tabletten op de correcte manier heeft ingenomen in de 7 dagen voorafgaand aan de eerste vergeten tablet, is het niet nodig om een aanvullende anticonceptiemethode toe te passen. Echter, als zij meer dan 1 tablet vergeten heeft, moet de vrouw geadviseerd worden een aanvullende anticonceptiemethode toe te passen totdat zij 7 dagen zonder onderbreking een witte tablet heeft ingenomen. **Dag 18-24.** Het risico op verminderde betrouwbaarheid is hoger vanwege het aanstaande gele placebotabletinterval. Door echter het tabletinnameschema aan te passen, kan nog worden voorkomen dat de anticonceptieve betrouwbaarheid afneemt. Door een van de twee volgende opties aan te houden is het daarom niet nodig om een aanvullende anticonceptiemethode toe te passen, op voorwaarde dat de vrouw alle tabletten op de correcte manier heeft ingenomen in de 7 dagen voorafgaand aan de eerste vergeten tablet. Als dit niet het geval is, moet zij zich houden aan de eerste van deze twee opties en moet zij bovendien een aanvullende anticonceptiemethode toepassen gedurende de volgende 7 dagen. 1. De vrouw moet de laatste vergeten tablet innemen zodra zij eraan denkt, zelfs als dit betekent dat zij twee tabletten tegelijkertijd moet innemen. Vervolgens neemt ze de tabletten weer op het gebruikelijke tijdstip in totdat de werkzame tabletten opgebruikt zijn. De 4 placebotabletten uit de laatste rij dienen weggegooid te worden. Er moet meteen begonnen worden met de volgende blisterverpakking. Het is onwaarschijnlijk dat de vrouw een ontstekingsbloeding zal hebben totdat alle werkzame tabletten van de tweede verpakking opgebruikt zijn, maar in de periode dat zij de tabletten inneemt, kunnen zich spotting of doorbraakbloedingen voordoen. 2. De vrouw kan ook geadviseerd worden om te stoppen met het innemen van de werkzame tabletten van de huidige blisterverpakking. Zij moet dan placebotabletten uit de laatste rij innemen gedurende maximaal 3 dagen zodat het totale aantal placebotabletten plus vergeten witte werkzame tabletten niet meer is dan 4, om vervolgens door te gaan met de volgende blisterverpakking. Als de vrouw is vergeten tabletten in te nemen en vervolgens geen ontstekingsbloeding heeft in de dagen dat zij de gele placebotabletten inneemt, moet rekening worden gehouden met een mogelijke zwangerschap. Het op als de vrouw niet zeker is over het aantal of de kleur van de vergeten tabletten en welk advies op te volgen, moet een barrièremethode toegepast worden totdat zij 7 dagen zonder onderbreking een witte werkzame tablet heeft ingenomen. **Het volgende advies geldt alleen als er gele placebotabletten vergeten zijn.** De anticonceptieve bescherming is niet verminderd. De vergeten gele tabletten van de laatste (vrije) rij van de blisterverpakking kunnen buiten beschouwing worden gelaten. De vergeten tabletten dienen echter weggegooid te worden om te voorkomen dat de placebotabletten onbedoeld wordt verlengd. **Advies in geval van gastro-intestinale klachten.** In geval van ernstige gastro-intestinale klachten (bijv. braken of diarree) kan de

absorptie van de werkzame bestanddelen onvolledig zijn en dienen extra anticonceptie maatregelen getroffen te worden. Als de vrouw binnen 3 tot 4 uur na innamen van een witte tablet brak, moet de tablet als gemist worden beschouwd en moet een nieuwe tablet zo snel mogelijk worden ingenomen. Indien mogelijk moet de nieuwe tablet binnen 24 uur na het gebruikelijke tijdstip ingenomen worden. De volgende tablet moet dan weer worden ingenomen op het gebruikelijke tijdstip. Als er 24 uur of meer zijn verstreken na het innemen van de laatste tablet, geldt het advies met betrekking tot vergeten tabletten in rubriek Dosering en wijze van toediening “Wat te doen na het vergeten van tabletten”. Als de vrouw haar gebruikelijke tabletinnameschema niet wil veranderen, moet zij de extra witte tablet(ten) uit een andere verpakking nemen. **Een ontstekingsbloeding verschuiven of uitstellen.** Om een ontstekingsbloeding uit te stellen dient de vrouw met een nieuwe blisterverpakking van Zoely door te gaan zonder de gele placebotabletten uit de huidige verpakking in te nemen. Desgewenst kan de tabletinname worden verlengd tot de laatste witte werkzame tablet in de tweede verpakking. Vervolgens wordt de reguliere innamen van Zoely hervat nadat de gele placebotabletten uit de tweede verpakking zijn ingenomen. Tijdens de verlenging kunnen doorbraakbloedingen of spotting optreden. Als de vrouw haar ontstekingsbloeding wil verplaatsen naar een andere dag van de week dan zij gewend is met haar huidige schema, kan haar geadviseerd worden om de eerstvolgende periode dat zij de gele placebotablet inneemt met maximaal 4 dagen in te korten. Hoe korter het interval, hoe groter de kans dat de ontstekingsbloeding uitblijft en dat gedurende de daaropvolgende verpakking doorbraakbloedingen en spotting zullen optreden (niet als bij het uitstellen van een ontstekingsbloeding). **Contra-indicaties.** CHC's mogen niet worden gebruikt bij een van de volgende aandoeningen. Als een van deze aandoeningen voor het eerst optreedt tijdens het gebruik van Zoely, dan moet het gebruik van dit geneesmiddel direct worden gestaakt. **Aanwezigheid van of risico op veneuze trombo-embolie (VTE).** “Veneuze trombo-embolie – bestaande VTE (op anticoagulantia) of voorgeschiedenis van VTE (bijv. diepe veneuze trombose [DVT] of longembolie).” “Bekende erfelijke of verworven predispositie voor veneuze trombo-embolie, zoals geactiveerd proteïne C (APC)-resistentie (waaronder Factor V-Leiden), antitrombine III-deficiëntie, proteïne C-deficiëntie, proteïne S-deficiëntie.” “Ingridierende chirurgie met langdurige immobilisatie.” “Een hoog risico op veneuze trombo-embolie door de aanwezigheid van meerdere risicofactoren. **Aanwezigheid van of risico op arteriële trombo-embolie (ATE).** “Arteriële trombo-embolie – bestaande ATE, voorgeschiedenis van ATE (bijv. myocardinfarct) of prodromale aandoening (bijv. angina pectoris).” “Cerebrovasculaire ziekte – bestaande beroerte, voorgeschiedenis van beroerte of prodromale aandoening (bijv. transient ischaemic attack [TIA]).” “Bekende erfelijke of verworven predispositie voor arteriële trombo-embolie, zoals hyperhomocysteinemie en antifosfolipide-antilichamen (anticardiolipine-antilichamen, lupus anticoagulans).” “Voorgeschiedenis van migraine met focale neurologische symptomen.” “Een hoog risico op arteriële trombo-embolie door meerdere risicofactoren (of door de aanwezigheid van een ernstige risicofactor zoals: diabetes mellitus met vasculaire symptomen; ernstige hypertensie; ernstige dislipoproteïnemie. **Bestaande of eerder doorgemaakte pancreatitis, indien geassocieerd met ernstige hypertriglyceridemie.** **Bestaande of eerder doorgemaakte ernstige leveraandoening, zolang de leverfunctiewaarden niet genormaliseerd zijn.** **Bestaande levertuimernis van een voorgeschiedenis hiervan (goed- of kwaadaardig).** **Bekende of vermoede geslachtshormoonafhankelijke maligne aandoeningen (bijv. van de geslachtsorganen of de borsten).** **Meningeom of voorgeschiedenis van meningeom.** **Niet-gediagnosticeerde vaginale bloeding.** **Overgevoeligheid voor de werkzame stoffen of voor een van de hulpstoffen.** **Bijwerkingen.** **Samenvatting van het veiligheidsprofiel.** De veiligheid van Zoely is beoordeeld op basis van zes multicentrische klinische onderzoeken met een duur van maximaal één jaar. In totaal namen 3434 vrouwen in de leeftijd van 18-50 jaar deel en werden 33.828 cycli doorlopen. De vaakst gemelde bijwerkingen in deze klinische onderzoeken waren acne (15,4%) en ontstekingsbloeding onregelmatig (9,8%). Een verhoogd risico op veneuze en arteriële trombo-embolie, als veroorzakers van ernstige ongewenste voorvallen, is waargenomen bij het gebruik van CHC's. **Tablet met bijwerkingen.** In de onderstaande tabel staan mogelijk gerelateerde bijwerkingen vermeld die in klinisch onderzoek of tijdens postmarketinggebruik zijn gerapporteerd met Zoely. De bijwerkingen staan vermeld volgens het MedDRA-systeem/oraanklasse en zijn als volgt naar frequentie gerangschikt: zeer vaak (≥ 1/10), vaak (≥ 1/100 tot < 1/10), soms (≥ 1/1000 tot < 1/100) en zelden (≥ 1/10.000 tot < 1/1000). Lijst met bijwerkingen. Voedings- en stofwisselingsstoornissen: Soms:

	PP	>25 jaar ¹	<25 jaar ¹
ZOELY - 3 x 28 (24+4)	€ 34,05	€ 34,05	€ 25,05
ZOELY - 6 x 28 (24+4)	€ 57,90	€ 57,90	€ 39,90
ZOELY - 13 x 28 (24+4)	€ 113,55	€ 113,55	€ 74,55

toegenomen eetlust, ochtrentreite; Zelden: verminderde eetlust. Psychische stoornissen: Vaak: verminderd libido, depressie/depressieve stemming, stemming veranderd; Zelden: verhoogd libido. Zenuwstelsel-aandoeningen: Vaak: hoofdpijn, migraine; Zelden: cerebrovasculair accident, transient ischaemic attack (TIA), aandachtstoornis. Oogaandoeningen: Zelden: contactintolerantie/droog oog. Bloedvataandoeningen: Soms: opvlieger; Zelden: veneuze trombo-embolie (VTE). Maagdarmsstelselaandoeningen: Vaak: misselijkheid; Soms: abdominale distensie; Zelden: droge mond. Lever- en gelaandoeningen: Zelden: cholelithiasis, cholecystitis. Huid- en onderhuidaandoeningen: Zeer vaak: acne; Soms: hyperhidrose, alopecia, pruritus, droge huid, seborroe; Zelden: chloasma, hypertrichose. Skeletspierstelsel- en bindweefsel-aandoeningen: Soms: zwaar gevoel. Voortplantingsstelsel- en borstaandoeningen: Zeer vaak: abnormale ontstekingsbloeding; Vaak: metrorragie, menorrhagie, borstpijn, buikpijn onderaan; Soms: hypomenorroe, gezwellen borsten, galactoroe, baarmoederspasmus, premenstrueel syndroom, borstgezwel, dyspareunie, vulvovaginale droogheid; Zelden: vaginale geur, vulvovaginale ongenak. Algemene aandoeningen en toedieningsplaats-stoornissen: Soms: prikkelbaarheid, oedeem. Zelden: honger. Onderzoekers: Vaak: gewicht verhoogd; Soms: leverenzym verhoogd. 1De meest geschikte MedDRA-term om een bepaalde bijwerking te beschrijven staat vermeld. Synoniemen of aanverwante aandoeningen zijn niet vermeld, maar deze dienen wel in aanmerking genomen te worden. Naast bovengenoemde bijwerkingen zijn overgevoeligheidsreacties gemeld bij gebruikers van Zoely (frequentie niet bekend). **Beschrijving van geobserveerde bijwerkingen.** Bij vrouwen die gecombineerde hormonale anticonceptiva gebruiken is een verhoogd risico waargenomen op arteriële en veneuze trombotische en trombo-embolische voorvallen, waaronder myocardinfarct, beroerte, TIA, veneuze trombose en longembolie. **Melding van vermoedelijke bijwerkingen.** Het is belangrijk om na toelating van het geneesmiddel vermoedelijke bijwerkingen te melden. Op deze wijze kan de verhouding tussen voordelen en risico's van het geneesmiddel voortdurend worden gevolgd. Beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg wordt verzocht alle vermoedelijke bijwerkingen te melden via het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten, Afdeling Vigilantie. Galileelaan 5/03, 1210 BRUSSEL. Website: www.eenbijwerkingmelden.be; e-mail: adr@fagga.be. Informatie over de rubrieken Bijzondere waarschuwingen en voorzorgen bij gebruik, Interacties, Vruchtbaarheid, Zwangerschap en borstvoeding, Beïnvloeding van de rivaardigheid en het vermogen om machines te bedienen, Overdosering, Farmacologische eigenschappen en Farmaceutische gegevens kan u vinden in de volledige versie van de Samenvatting van de Productkenmerken. **HOUDER VAN DE VERGUNNING VOOR HET IN DE HANDEL BRENGEN.** Theramex Ireland Limited, 3rd Floor, Kilmore House, Park Lane, Spencer Dock, Dublin 1, D01 YE64. **Ierland NUMMER(S) VAN DE VERGUNNING VOOR HET IN DE HANDEL BRENGEN.** EU/1/11/690/001, EU/1/11/690/002, EU/1/11/690/003, EU/1/11/690/004. **Allevrijswijze:** Aan medisch voorschrift onderworpen geneesmiddel. **DATUM VAN HERZIENING VAN DE TEKST.** 10/2022. Gedetailleerde informatie over dit geneesmiddel is beschikbaar op de website van het Europees Geneesmiddelenbureau <http://www.ema.europa.eu>.

ATE = arteriële trombo-embolie; COC = gecombineerd oraal voorbehoedsmiddel; LNG = levonorgestrel; VTE = veneuze trombo-embolie **Referenties:** 1. Zoely. Summary of product characteristics. 2. Mansour D et al. Eur J Contracept Reprod Health Care 2011; 16: 430-43. 3. Aanpak van menopauze. Consensusvergadering 30 mei 2024. Riziv. 4. REED et al PRO-12 study - European Journal of Contraception and Reproductive Health Care 2021; 26: 6, 439-446. 5. S. REED et al. The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care, 2021, vol. 26, no. 6, 439-446. ZOELY_BE_DUT_21802_Maart2025



EMD niet optimaal bij opvolging chronische en niet-somatische zorg



De huisartsen Janne Konings, Marilou Vandepitte en Marie Louagie onderzochten op welke punten het SOEP-registratiemodel in het EMD verbeterd kan worden bij de opvolging van chronische en niet-somatische zorg.

PRIJS Een belangrijk werkinstrument van huisartsen is het Elektronisch Medisch Dossier (EMD). Het groeide de afgelopen decennia uit tot een functioneel en interactief registratie- en communicatiemiddel, maar niet zonder verbeterpunten. De huisartsen dr. Marie Louagie, dr. Janne Konings en dr. Marilou Vandepitte onderzochten op welke punten het instrument verbeterd kan worden bij de opvolging van chronische en niet-somatische zorg.

In eerste instantie was het onderzoek voor de drie huisartsen een vrij abstract thema. “Maar naarmate we ons er meer in verdiepten, zagen we het belang ervan”, zegt Louagie. “Het is een software-instrument waar huisartsen dagelijks mee werken, dus het is belangrijk dat het voortdurend mee-evolveert met de noden van het beroep en de huidige praktijkvormen. We signaleren echter dat er nog ruimte voor verbetering is, wat de maatschappelijke relevantie van ons onderzoek benadrukt.”

De drie artsen voerden een kwalitatief

beschrijvend onderzoek uit op basis van elf semigestructureerde interviews, onder actieve Vlaamse huisartsen met minstens vijf jaar praktijkervaring. Daarbij werden zes CareConnect-, drie Daktari-, één HealthOne-, en posthoc één Medispring-gebruiker betrokken. De interviewtranscripties werden vervolgens geanalyseerd volgens de systematische methode van de QUAGOL-gids (*The Qualitative Analysis Guide of Leuven*), waarbij een deductieve benadering werd gehanteerd. Op basis van deze analyse isoleerden de huisartsen een aantal belangrijke thema's die vervolgens de

basis vormden voor de voorstellen ter beantwoording van de onderzoeksvraag met betrekking tot chronische en niet-somatische zorg binnen het EMD.

De juiste sjablonen

Vandepitte: “Aan de hand van onze analyse signaleerden we enkele tekortkomingen in het SOEP-model. Zo zagen we dat er in het EMD geen vaste plaats voorzien is voor de ICE-bevraging, terwijl dit toch belangrijke informatie is tijdens het consult. Tot op heden wordt deze vaak binnen het ‘S’-onderdeel genoteerd. We stellen voor om bijvoor-

POWERED BY **PRIJS VAN DE JONGE HUISARTS**

beeld een vaste rubriek of een apart veld voor deze bevraging toe te voegen, zodat patiëntenverwachtingen beter kunnen worden meegenomen. Dit optimaliseren en het uitbreiden van pathologiespecifieke sjablonen binnen zowel het ‘S’- als ‘O’-onderdeel, voor chronische en psychische zorg, kan bovendien bijdragen tot een meer gestructureerde anamnese en registratie ervan in het EMD.”

De artsen merkten daarnaast op dat het ‘E’-onderdeel de mogelijkheid mist om differentiaaldiagnoses en evolutie binnen de diagnostiek weer te geven. Momenteel moeten artsen veel scrollen en klikken om eerdere consultaties te bekijken. Een longitudinaal overzicht of een horizontale tijdlijn zou de opvolging verbeteren, beargumenteren ze.

Konings vult haar collega's aan: “Het was niet ons hoofddoel, maar uit de interviews bleek eveneens dat in het kader van chronische zorg de interoperabiliteit van het EMD niet optimaal is. Het huidige registratiemodel is namelijk niet voldoende afgestemd op multidisciplinaire eerstelijnspraktijken, waardoor het uitwisselen van informatie tussen disciplines moeizaam verloopt. Dit kan bijvoorbeeld verbeterd worden met behulp van een gemeenschappelijke probleemlijst en door rechtstreekse automatische invoer in het EMD van parameters en vragenlijsten van patiënten.”

De drie huisartsen pleiten voor samenwerking tussen softwareontwikkelaars en gebruikers, zodat het EMD verder kan evolueren binnen de verschillende gebruiksdisciplines. Ook hopen ze dat het onderzoek een aanzet zal zijn voor verder wetenschappelijk onderzoek.

Sociaal geëngageerd

De interesse in wetenschap en het menselijk lichaam zat er bij de drie huisartsen al vroeg in. Vandepitte: "Het was al langere tijd mijn droom om arts te worden. Mijn motivatie kwam voort uit de drang om mensen te helpen en zorg te dragen voor anderen, gecombineerd met een bijzondere interesse in het menselijk lichaam. Tijdens mijn opleiding heb ik mijn brede blik behouden en verschillende specialisaties overwogen, maar huisartsgeneeskunde bleef altijd mijn favoriet", aldus de arts, die met name de bijzondere vertrouwensrelatie benadrukt die een huisarts opbouwt met haar patiënten. "Daarnaast werk ik nauw samen met andere disciplines, zoals kinesisten en verpleegkundigen, wat het werk extra interessant en plezierig maakt."

Ook haar collega Louagie benadrukt haar wens om mensen te helpen. "Maar mijn keuze voor geneeskunde kwam ook voort uit mijn interesse in het menselijk lichaam. Ik had niet van meet af aan beslist dat ik huisarts wilde worden, maar in mijn stagejaar begon ik steeds meer in te zien dat het voor mij persoonlijk de meest interessante vorm van geneeskunde is. Als huisarts moet je namelijk niet alleen een brede medische kennis hebben, maar ook inzicht

in de context van de patiënt. Ik haal veel energie en voldoening uit het patiënt-contact en het vertrouwen dat ik krijg. Elke dag brengt een nieuwe uitdaging en veel variatie, wat mijn werk leuk en boeiend maakt."

Konings benadrukt op haar beurt eveneens het sociale aspect van het beroep. "Ik startte mijn studie vanuit een wetenschappelijke interesse, maar was ook sociaal geëngageerd, bijvoorbeeld via de jeugdbeweging. Ik wist dat ik geen beroep wilde waarin ik alleen in een laboratorium of achter een bureau zou werken. Tijdens mijn studie hield ik dus de specialisatie huisarts in mijn achterhoofd, wat zich in mijn stagejaar steeds meer prominent op de voorgrond profileerde. Ik vind het een uitdagende specialisatie, waar ik veel voldoening uithaal. Ik zie mezelf dit werk nog lange tijd doen."

Floris Cup

>> Janne Konings, Marie Louagie en Marilou Vandepitte. Integratie van het Leuvens consultatiemodel naar het Elektronisch Medisch Dossier (EMD): kwalitatief onderzoek naar een meer bruikbaar model op basis van tekortkomingen van het huidige SOEP-model bij chronische en niet-somatische aandoeningen. Promotor: Nicolas Delvaux.

Masterproef in het kort

We verrichtten een kwalitatief onderzoek waarin we a.d.h.v. interviews met huisartsen onderzochten hoe het huidige SOEP-registratiemodel in het EMD aangepast zou kunnen worden in functie van chronische en niet-somatische zorg op een interoperabele manier.

Waarom is jullie masterproef belangrijk?

Het EMD is een onmisbare tool geworden voor de huisarts in de dagelijkse praktijk en staat in functie van kwaliteitsvolle zorg. Er is echter nog veel ruimte tot verbetering van de huidige software om tot een gebruiksvriendelijk instrument te komen dat is afgestemd op de noden en de huidige praktijkvormen.

Wat is er nieuw aan jullie werk?

We stelden vast dat er weinig wetenschappelijke evidentie en richtlijnen te vinden zijn over de functionaliteiten van het EMD. We hopen hiertoe aanzet te geven met ons onderzoek. Softwareontwikkelaars kunnen deze literatuur dan aanwenden om hun EMD te optimaliseren op een wetenschappelijk onderbouwde manier.

Waarom is het belangrijk dat andere (huis)artsen leren over jullie onderzoek?

Ten eerste hopen we huisartsen te kunnen inspireren om de huidige functionaliteiten van het EMD te ontdekken en optimaal te benutten in de dagelijkse praktijk. Daarnaast willen we de wisselwerking aanmoedigen tussen de gebruikers (huisartsen) en de softwareontwikkelaars om het EMD optimaal af te stemmen op de noden van het werkveld.

Verkrijgbaar in de apotheek

Voor intiem comfort en ondersteuning van de urinewegen en blaas

Het hoogste voorschrift percentage van alle vrij verkrijgbare producten voor urinewegzorg¹ in België.²

Vacramac®
Nutriphyt

Cranberry, D-Mannose & Lactobacillen
Canneberge, D-Mannose & Lactobacilles

Urinewegen en blaasfunctie,
Voies urinaires et fonction de la vessie,
Voedingssupplement / Complément alimentaire

Verpakking: 10, 30 of 90 capsules/doos

Gebruik: Kuur: 2 x 1 per dag | Onderhoud: 1 per dag

- Cranberry extract met 10% type-A PAC's: 40 mg PAC's per dag.
- Matcha groene thee helpt de **urinewegen, nier- en blaasfunctie** gezond te houden.
- 600 mg D-Mannose per dag.
- 10 miljard lactobacillen per capsule, 8 stammen, bevat de essentiële **L. crispatus** stam.
- Inuline en FOS als opstartvoeding.

¹ Bron: Gebaseerd op interne analyse door Nutriphyt België met gebruik van gegevens uit de volgende bron: IQVIA Belgium Offtake National OTC Maandelijkse data voor de periode: MAT augustus 2024; maatstaf - SO-eenheden, SO RX-eenheden, SO Pub/Eur; 12C1 PRODUCTEN VOOR URINAIRE CONDITIE, als schatting van de werkelijke activiteit in particuliere apotheken en ketens. Copyright IQVIA. Alle rechten voorbehouden.

² Voorschrift percentage (= SO RX-eenheden/SO-eenheden) voor producten met een minimale omzet van 100.000 euro.

Neem contact op via sales@nutriphyt.be voor het aanvragen van een bezoek van een vertegenwoordiger.

www.nutriphyt.be

Belgische antibioticacijfers voor bepaalde aandoeningen liggen hoger dan Europese kwaliteitsnormen

PRIJS Het aantal antibioticavoorschriften door huisartsen in ons land is de afgelopen twintig jaar gedaald. Huisarts dr. Lien Lowie onderzocht hoe deze dalende trend tot stand is gekomen en waarom de Belgische voorschrijfcijfers voor bepaalde aandoeningen nog steeds hoger liggen dan de Europese kwaliteitsnormen.

Volgens de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) overleden in 2019 wereldwijd meer dan 1,2 miljoen mensen als rechtstreeks gevolg van antimicrobiële resistentie (AMR). De gezondheidsorganisatie classificeerde AMR dan ook als een van de grootste bedreigingen voor de wereldwijde volksgezondheid. “AMR is een maatschappelijk relevant probleem, waardoor het onderwerp mij direct aansprak,” vertelt Lien Lowie. “Samen met mijn collega dr. Sien De Boodt, die zich later specialiseerde in Jeugdgezondheidszorg, en met doctoraatsstudent dr. Ruben Burvenich, onderzocht ik onder begeleiding van prof. dr. Jan Verbakel de trends in pediatrische antibioticavoorschriften en infectie-incidenties in de Vlaamse huisartsenpraktijk van 2002 tot 2022.”

Voor het onderzoek gebruikten Lien Lowie en haar collega's de gegevens van 162.507 patiënten uit het Vlaamse INTEGOnetwerk. Het netwerk verzamelt gegevens uit patiëntendossiers voor wetenschappelijk onderzoek en gezondheidsmonitoring, en is verbonden aan het Academisch Centrum voor Huisartsgeneeskunde van KU Leuven.

“Aan de hand van de gegevens uit het netwerk hebben we de aantallen en proporties van antibioticavoorschriften berekend, samen met incidentie en ernstige en niet-ernstige infecties. Deze hebben we uitgesplitst naar leeftijdscategorieën (0-1, 2-6 en 7-12 jaar) en gemeenten. Daarnaast voerden we tijdreeksanalyses uit met behulp van

autoregressieve moving-average-modellen (ARMA) en onderzochten we eventuele seizoensgebonden patronen”, zegt Lien Lowie.

Sensibiliseringscampagnes

Uit de onderzoeksresultaten blijkt dat het aantal antibioticavoorschriften in de periode 2002 tot 2022 significant is gedaald. Toch liggen de Vlaamse voorschrijfcijfers voor bepaalde aandoeningen, zoals acute otitis media en bronchitis, nog steeds hoger dan de Europese kwaliteitsnormen, vertelt Lowie. “Dat zou onder andere verklaard kunnen worden doordat ouders soms actief om antibiotica vragen, meestal vanuit bezorgdheid om hun kind. Daarnaast twijfelen artsen in sommige gevallen over de ernst van een infectie.

Masterproef in het kort

Het antibioticavoorschrijfpercentage voor kinderen in de Vlaamse huisartsenpraktijk is van 2002 tot 2022 sterk gedaald, maar blijft te hoog voor bronchitis/bronchiolitis en acute otitis media. In landelijke gebieden ligt het percentage het hoogst. 18% van de voorschriften is breedspectrum.

Waarom is de masterproef belangrijk?

Antibioticaresistentie blijft een grote bedreiging voor de gezondheidszorg. Het in kaart brengen van antibioticavoorschrijfgedrag helpt om knelpunten te identificeren en verder te



Dr. Lien Lowie: “Sensibilisering heeft écht effect, wat een opsteker is voor de toekomst.”

Beslissingsondersteunende systemen en tests, zoals de CRP-test, kunnen huisartsen helpen om beter te bepalen of antibiotica nodig zijn.”

“Verder tonen eerdere sensibiliseringscampagnes aan dat ze effectief werken om zowel patiënten als artsen bewuster te maken van verantwoord

kunnen aanpakken (bv. met een beslissingsondersteunend systeem). Studies over de link tussen antibioticavoorschriften door huisartsen en pediatrische infecties zijn binnen Europa beperkt.

Wat is er nieuw aan het werk?

De link tussen antibioticavoorschriften en het optreden van ernstige of niet-ernstige infecties bij Vlaamse kinderen werd tot nu toe nog niet onderzocht, gezien eerdere studies zich baseerden op farmaceutische data. Wij onderzochten data over Vlaamse huisartsenpraktijken en

hebben daarnaast de invloed van covid-19 en het aanvragen van labo- en CRP-testen geanalyseerd.

Waarom is het belangrijk dat andere (huis)artsen leren over het onderzoek?

Dit onderzoek biedt een helder overzicht van de evoluties in het voorschrijfgedrag van antibiotica voor kinderen door huisartsen. Om verdere verbeteringen in het antibioticagebruik te bekomen, is het belangrijk de huidige stand van zaken – met zowel positieve aspecten als verbeterpunten – onder de aandacht te brengen.

Naar jaarlijkse gewoonte organiseert Artsenkrant met medewerking van het Interuniversitair Centrum voor de Huisartsenopleiding (ICHO) en met de financiële steun van Rode Kruis-Vlaanderen de 'Prijz van de Jonge Huisarts powered by Artsenkrant'. In een eerste fase selecteerde het ICHO daarvoor vijf masterproeven huisartsgeneeskunde. Wij stellen de genomineerden voor in drie opeenvolgende edities, op **1 april, 15 april en 29 april**.

Wie de winnaar wordt, bepaalt een vakjury – de verantwoordelijken voor de masterproeven aan elke universiteit – en u, beste lezer. **Van 29 april tot 20 mei** hebben de lezers van Artsenkrant de gelegenheid hun stem uit te brengen via artsenkrant.com. De 'Prijz van de Jonge Huisarts powered by Artsenkrant' is goed voor een geldbedrag van 5.000 euro geschonken door Rode Kruis-Vlaanderen. Elke laureaat ontvangt ook een gratis abonnement op Artsenkrant voor de duur van één jaar.



antibioticagebruik", zegt de huisarts. In haar onderzoek verwijst ze specifiek naar de BAPCOC-campagne uit 2012. "Onze resultaten laten duidelijk zien dat de daling van het antibioticagebruik vanaf dat moment versneld is. Sensibilisering heeft dus écht effect, wat een opsteker is voor de toekomst. Wat ons verder nog opviel is dat huisartsen in landelijke gebieden vaker antibiotica voorschrijven dan hun collega's in stedelijke gebieden. Vervolgonderzoek zou kunnen bestuderen waarom deze verschillen zich laten zien."

Het onderzoek bleek ook voor Lien Lowie persoonlijk zeer waardevol. "Doordat ik intensief met het onderzoek bezig was, kreeg ik zelf ook meer aandacht voor het verantwoord voorschrijven van antibiotica. Daardoor kan ik beter aan patiënten uitleggen, in begrijpelijke taal, waarom een antibioticavoorschrift wel of niet nodig is. Daar reageren patiënten positief op; ze tonen begrip wanneer ze een duidelijke en heldere uitleg krijgen."

Verwachtingen overtroffen

Hoewel Lien Lowie sinds de lagere school wist dat ze arts wilde worden, werd de keuze voor huisartsgeneeskunde pas tijdens haar stagejaren gemaakt. "Ik keek enorm op naar artsen, omdat ze zieke mensen door middel van diagnose en advies faciliteren bij het genezingsproces. Daarnaast vond ik de werking van het menselijk lichaam altijd al fascinerend. Aanvankelijk wilde ik pediatrie doen, maar tijdens mijn huisartsenstage merkte ik dat het huisartsenberoep beter bij mij paste.

Het vakgebied is namelijk heel breed; je ziet patiënten van alle leeftijden en ook zijn de pathologieën zeer divers. Wat mij uiteindelijk overtuigde, was de sterke vertrouwensband tussen huisarts en patiënt, die ik tijdens mijn stage zag ontstaan. Dat vond ik bijzonder mooi en waardevol."

"Ik ben nog steeds volledig overtuigd van mijn keuze. De praktijk heeft mijn verwachtingen zelfs overtroffen", zegt ze. "Als huisarts kun je echt een verschil maken in het leven van mensen, en daar krijg je veel dankbaarheid voor terug. Het is bijzonder om patiënten jarenlang te begeleiden, hun positieve en negatieve evoluties mee te maken en hele families te leren kennen. Wat ik daarnaast heel fijn vind is de afwisseling van het werk: de consultaties, huisbezoeken, mogelijkheid tot specialiseren en het continu blijven bijscholen."

Voorlopig zegt Lien Lowie vooral haar ervaring te willen uitbreiden in de praktijk waar ze nog niet zo lang geleden begon. "Maar op termijn wil ik mezelf ook ontwikkelen in ontwikkelingsproblematiek en preventie, bijvoorbeeld binnen Kind en Gezin. Tegelijkertijd wil ik het vak zo breed mogelijk houden. Ik heb huisartsgeneeskunde gekozen vanwege de veelzijdigheid, dus ben ik van plan om in de toekomst diverse bijscholingen te volgen op andere gebieden, zoals geriatrie", besluit de huisarts.

Floris Cup

>> Het voorschrijfspercentage van antibiotica in België bij acuut zieke kinderen jonger dan 12 jaar in de ambulante zorg. Lien Lowie. Promotor: Jan Verbakel

NAAM VAN HET GENEESMIDDEL: ZEEL crème **KWALITATIEVE EN KWANTITATIEVE SAMENSTELLING** 100g crème bevat: Arnica montana radix D2 0,300 g; Cartilago suis D2, Chorda umbilicalis suis D2 à 0,001 g; Coenzyme A D6 0,010 g; Dulcamara D2 0,075 g; Embryo suis D2 0,001 g; Natrium diethylalacetatum D6 0,010 g; Nicotinamide adenine dinucleotide D6 0,010 g; Placenta suis D2 0,001 g; Rhus toxicodendron D2 0,270 g; Sanguinaria canadensis D2 0,225 g; Silicea D6 1,000 g; Sulphur D6 0,270 g; Symphytum officinale D8 0,750 g; Thiocticum acidum D6 0,010g. Hulpstoffen: cetostearylalcohol (type A), vloeibare paraffine, witte vaseline, gezuiverd water, ethanol 96 %. **FARMACEUTISCHE VORM** Crème **KLINISCHE GEGEVENS** Zeel is een homeopathisch geneesmiddel met bestanddelen traditioneel gebruikt ter verlichting van lokale symptomen bij gewrichtsaandoeningen (zoals artrose). **Doosering:** De crème 2 tot 4x per dag aanbrengen. **Toedieningswijze:** Gedaan gebruik. De crème is uitsluitend bestemd voor uitwendig gebruik. Breng de crème in een dunne laag aan op de te behandelen plekken. **Contra-indicaties:** Overgevoeligheid voor de werkzame bestanddelen of voor een van de hulpstoffen. Overgevoeligheid voor planten van de composietenfamilie (Asteraceae). **Bijzondere waarschuwingen en voorzorgen bij gebruik:** Dit middel bevat 1030 mg alcohol (ethanol) per 10 g (10,3% w/w). Dit middel kan een brandend gevoel geven op uw huid als uw huid beschadigd is. Cetostearylalcohol kan plaatselijke huidreacties veroorzaken (bv. contactdermatitis). Vermijd contact met ogen, slijmvliezen, open wonden of beschadigde huid. Mag enkel op een intacte huid worden aangebracht. Bij tekenen van huidinfectie dient een arts te worden geraadpleegd. **Bijwerkingen:** Zoals elk geneesmiddel kan ook dit geneesmiddel bijwerkingen hebben. Niet iedereen krijgt daarmee te maken. **HOUDER VAN DE VERGUNNING VOOR HET IN DE HANDEL BRENGEN** Heel Belgium NV, Boeiebos 25, B-9031 Drogen (Gent) **NUMMER VAN DE VERGUNNING VOOR HET IN DE HANDEL BRENGEN** HO-BE661193 **AFLEVERINGSWIJZE** Vrije aflevering **DATUM VAN HERZIENING VAN DE TEKST** 02/2023. Meer informatie op aanvraag.besikbaar.be. **NAAM VAN HET GENEESMIDDEL: ZEEL** tabletten **KWALITATIEVE EN KWANTITATIEVE SAMENSTELLING** 1 tablet van 301,5 mg bevat: Silicea D6 3 mg; Arnica montana radix M1=D1 0,6 mg; Rhus toxicodendron D2, Sulphur D6 à 0,54 mg; Sanguinaria canadensis D3 0,45 mg; Cartilago suis D4, Chorda umbilicalis suis D4, Embryo suis D4, Placenta suis D4 à 0,5 mg; Dulcamara D2, Symphytum officinale D8 à 0,15 mg; Coenzyme A D6, Natrium diethylalacetatum D6, Nicotinamide adenine dinucleotide D6, Thiocticum acidum D6 à 0,03 mg. Hulpstoffen: lactose monohydraat, magnesiumstearaat. **FARMACEUTISCHE VORM** Tabletten **KLINISCHE GEGEVENS** Zeel is een homeopathisch geneesmiddel met bestanddelen traditioneel gebruikt ter verlichting van symptomen van artrose en reumatische gewrichtsaandoeningen. Dit homeopathische geneesmiddel wordt gebruikt volgens de principes van de bioregulerende geneeskunde. **Doosering:** Volwassenen en adolescenten van 12 tot 18 jaar: Gebruikelijke dosering: 3x daags 1 tablet innemen. Bij acute klachten: om het ½ uur tot 1 uur 1 tablet innemen en daarna overgaan naar de gebruikelijke dosering (maximum 12 tabletten daags). Kinderen van 6 tot 11 jaar: Gebruikelijke dosering: 2x daags 1 tablet innemen. Bij acute klachten: om het uur tot 2 uur 1 tablet innemen en daarna overgaan naar de gebruikelijke dosering (maximum 8 tabletten daags). **Toedieningswijze:** Oraal/oromucosaal gebruik. Het wordt aanbevolen de tabletten in de mond te houden tot ze zacht worden, voor ze in te slikken. De tabletten moeten niet volledig opgelost zijn, maar eerder uit mekaar beginnen vallen en kunnen dan ingeslikt worden, indien gewenst met wat water. **Contra-indicaties:** Overgevoeligheid voor de werkzame stoffen of voor een van de hulpstoffen. Overgevoeligheid voor planten van de composietenfamilie (Asteraceae). **Bijzondere waarschuwingen en voorzorgen bij gebruik:** Patiënten met zeldzame erfelijke aandoeningen als galactose-intolerantie, algehele lactasedeficiëntie of glucose-galactose malabsorptie, dienen dit geneesmiddel niet te gebruiken. **Bijwerkingen:** Zoals elk geneesmiddel kan ook dit geneesmiddel bijwerkingen hebben. Niet iedereen krijgt daarmee te maken. In geïsoleerde gevallen zijn allergische huidreacties van voorbijgaande aard gerapporteerd. **HOUDER VAN DE VERGUNNING VOOR HET IN DE HANDEL BRENGEN** Heel Belgium NV, Boeiebos 25, B-9031 Drogen (Gent) **NUMMER VAN DE VERGUNNING VOOR HET IN DE HANDEL BRENGEN** HO-BE660432 **AFLEVERINGSWIJZE** Vrije aflevering **DATUM VAN HERZIENING VAN DE TEKST** 07/2022. Meer informatie op aanvraag.besikbaar.be. **REFERENTIES:** ¹ Sanchez C, et al. Reduction of Matrix Metalloproteinase 13 and Promotion of Chondrogenesis by Zeel T in Primary Human Osteoarthritic Chondrocytes. Front Pharmacol. 2021;12:635034. doi: 10.3389/fphar.2021.635034. ² Basini G, Santini SE, Bussolati S, Grasselli F. Sanguinarine inhibits VEGF-induced Akt phosphorylation. Ann N Y Acad Sci. 2007 Jan; 1095:371-6. ³ Basini G, Bussolati S, Santini SE, Grasselli F. Sanguinarine inhibits VEGF-induced angiogenesis in a fibrin gel matrix. Biofactors 2007;29(1):11-8. ⁴ Jaggi R, Wurgler U, Grandjean F, Weiser M. Dual inhibition of 5-lipoxygenase/cyclooxygenase by a reconstituted homeopathic remedy: possible explanation for clinical efficacy and favourable gastrointestinal tolerability. Inflammation Research. 2004;53(4):150-7. ⁵ Tunon H, Olavedotter C, Bohlin L. Evaluation of anti-inflammatory activity of some Swedish medicinal plants. Inhibition of prostaglandin biosynthesis and PAF-induced exocytosis. Journal of Ethnopharmacology. 1995;48:61-76. ⁶ Leone S, Ottani A, Bertolini A. Dual acting anti-inflammatory drugs. Current Topics in Medicinal Chemistry. 2007;7(3):265-275. ⁷ Schmolz M. Transforming Growth Factor beta (TGF-β): eine neue Regelstrecke für antiinflammatorische Therapien? Biologische Medizin. 2000;29(1):31-34. ⁸ Schmolz M, Heine H. Homöopathische Substanzen aus der anthomotoxischen Medizin modulieren die Synthese von TGF-β in menschlichen Vollblutkulturen. Biologische Medizin. 2001;30(2):61-65. ⁹ Heine H, Schmolz M. Induction of the immunological bystander reaction by plant extracts. Biomedical Therapy. 1998;16(3):224-226.

Zeel®

Rem artrose doeltreffend af met Zeel®



Zeel® vertraagt doeltreffend het proces van artrose:

1. Vertragen van degeneratie van het kraakbeen¹
2. Afremmen van angiogenese^{2,3}
3. Verminderen van pijn en ontsteking^{1,4-9}

Ook verkrijgbaar in ampullen



zeel.be

-Heel

‘Weg met navelstaarderij’

VERVOLG COVER In haar beleidsnota die ze eind vorig jaar in het Vlaams parlement voorstelde, stipt Vlaams minister van Welzijn Caroline Gennez vijf prioritaire werven aan. Mentaal welzijn is de enige werf die rechtstreeks met (volks)gezondheid te maken heeft. In dit exclusieve interview geeft ze aan waar haar andere prioriteiten inzake (volks)gezondheid liggen.



Caroline Gennez: “We gaan nog veel sterker inzetten op interdisciplinaire samenwerking, zodat artsen effectief deel kunnen worden van een interdisciplinair team en netwerk rond een patiënt. Als de taken beter worden verdeeld, kan de huisarts ontlast worden.”

Bij de vijf prioritaire werven is er één die rechtstreeks met volksgezondheid te maken heeft: mentaal welzijn. Waarom koos u dit als prioritaire werf?

Caroline Gennez: Door covid, maar eigenlijk al daarvoor, kwam het besef dat mentaal welzijn net zo belangrijk is als fysieke gezondheid. Wie zijn been breekt, krijgt meteen een plaaster. Waarom zou datzelfde principe dan niet gelden voor wie het mentaal moeilijk heeft? Net als bij fysieke gezondheid is het zo dat als je er snel bij bent, problemen minder ontspreiden. Bijvoorbeeld een eetstoornis, of

depressie. Er vroeg bij zijn, is de beste investering voor onze zorg. Ik focus mij op dit moment vooral op kinderen en jongeren, die vandaag heel veel druk ervaren. Ik wil alle bestaand onderzoek samenbrengen rond de impact van sociale media op kinderen en jongeren, om te kijken wat we daar kunnen doen.

En langs de andere kant heb je onze ouderen, die op hun beurt snel te kampen hebben met eenzaamheid. Het aantal zelfdodingen bij oudere mannen bijvoorbeeld ligt opmerkelijk veel hoger dan bij andere leeftijdsgroepen. Investeren in preventie en laagdrempelige, toegankelijke en kwalitatieve geestelijke gezond-

heidszorg in Vlaanderen – voor jong én oud – is absoluut noodzakelijk in een afgestemd beleid tussen de eerste lijn en de gespecialiseerde zorg.

Preventie is een belangrijke bevoegdheid van Vlaanderen. Bij de operationele doelstellingen inzake preventie zegt u de samenwerking tussen de eerste lijn en de geestelijke gezondheidszorg (huisarts en huisapotheker) te willen versterken. Hoe ziet u dat concreet?

Met het preventieve gezondheidsbeleid willen we de gezondheid en het welzijn van burgers bevorderen en beschermen. We streven naar een duur-

zaam beleid. Door een gezonde levensstijl te promoten en bevolkingsonderzoeken te faciliteren, willen we het voorkomen en vroegtijdig opsporen van ziektes en chronische aandoeningen zoals kanker, dementie, hart- en vaatziekten, verslaving, osteoporose en diabetes type 2 bevorderen en zo gezondheidswinsten boeken.

Daarnaast zijn huisartsen en apothekers ontzettend belangrijk. Ze zijn goed ingebed in buurten. Door hun nabijheid voelen ze goed aan wat er leeft. Door de vertrouwensband die ze hebben komen ze problemen sneller op het spoor. Die vertrouwensband en hun expertise bouwen

we verder uit, door de apotheker actief in te schakelen – net als de huisarts – bij het detecteren van mentale kwetsbaarheden bij iemand en multidisciplinair samen te werken. Een concreet voorbeeld: om de zorg voor suïcidale patiënten te verbeteren, is de deskundigheid van apothekers en artsen cruciaal. Het Vlaams Expertisecentrum voor Suïcidepreventie (VLESP) ontwikkelt vormen op maat om deskundigheid te bevorderen. Lokaal duidelijke afspraken maken over de aflevering en het veilige gebruik van medicatie kan plaatsvinden binnen het medisch-farmaceutisch overleg (MFO) en zo de multidisciplinaire samenwerking tussen artsen en apothekers stimuleren.

‘Om het vaccinatiebeleid nog te verbeteren, evoluties te monitoren en de vaccinatiegraden nog te verhogen zijn vaccinatiedata onontbeerlijk’

Een goede afstemming en samenwerking binnen de eerstelijnsactoren en gespecialiseerde zorg waaronder geestelijke gezondheidszorg is belangrijk wanneer we burgers met (beginnende) problemen sneller gepaste preventie en zorg op maat willen bieden. Vandaag zijn er reeds heel wat goede praktijken en zien we steeds meer multidisciplinaire samenwerkingen en brede eerstelijnspraktijken.

U wil het aanbod aan vaccinaties laagdrempeliger maken. Hoe wil u dat concreet aanpakken?

Vaccinaties zijn een belangrijk middel in de strijd tegen gevaarlijke infectieziekten. Vlaanderen doet het goed op dat vlak. We zetten verder in op het vaccinatieprogramma voor de jonge kinderen en de eliminatiedoelstelling mazelen, polio, hepatitis B en C. Om het vaccinatiebeleid nog te verbeteren, evoluties te monitoren en de vaccinatiegraden nog te verhogen zijn vaccinatiedata onontbeerlijk. Hier willen we verder op inzetten. Maar we merken dat – opnieuw – sinds covid er een soort van moeheid is opgetreden. Een recente studie over het vaccinatievertrouwen in Europese landen wees op een verminderd vertrouwen. We willen daarom in Vlaanderen goed in het oog houden hoe het vertrouwen in vaccinatie effectief evolueert en het versterken waar nodig.

Intussen gaan we op verschillende fronten te werk. We blijven inzetten op de vaccinatieprogramma's voor kinderen en volwassenen. Communicatiecampagnes voor die programma's moeten begrijpelijk en herkenbaar zijn. We willen de weg naar de prik ook vergemakkelijken. Samen met de federale overheid schakelen we ook apothekers in.

U wil in 2025 een nieuwe gezondheidsdoelstelling formuleren voor de bevolkingsonderzoeken naar kanker. Kan u daar al iets meer over zeggen?

Het klopt dat we dit jaar een nieuwe gezondheidsdoelstelling voor de bevolkingsonderzoeken naar kanker plannen. De voorbereidingen zijn momenteel in volle gang. We bouwen voort op de bestaande doelstelling en houden uiteraard rekening met de nieuwste wetenschappelijke ontwikkelingen. Later dit jaar zal er meer gedetailleerde informatie verstrekt worden over de gezondheidsdoelstellingen.

Wat houdt de verplichte kernset van indicatoren voor ziekenhuizen in?

Informatie over kwaliteit van zorg moet voor iedereen beschikbaar zijn. Transparante communicatie over kwaliteitsindicatoren moet leiden tot betere resultaten in de zorg. Het motiveert ziekenhuizen om zichzelf in vraag te stellen en het zo telkens nóg beter te willen doen. Dat is niet alleen goed voor de patiënten, maar ook voor de ziekenhuizen zelf.

‘De grote uitdaging in de gezondheidszorg is niet alleen geld, maar ook gewoon mensen. Daarom moet je ook slim hervormen’

We zien een blijvende bereidheid bij de ziekenhuizen om mee te werken aan de verbetering van de kwaliteit van zorg. In dat kader is de verplichte deelname op een bepaalde kernset van indicatoren een logische stap die breed gedragen wordt. Over welke indicatoren dat dan zal gaan, daar zijn we over aan het overleggen met de verschillende betrokkenen: het VIKZ, de ziekenhuizen en Zorgnet-Icuro. Ik ben heel blij dat de geesten daarvoor zijn gerijpt. Zo werken we samen aan de beste zorg voor elke patiënt.

U wil de samenwerking en werking van de Vlaamse ziekenhuisnetwer-

ken evalueren. Wat zijn daar mogelijke pijnpunten?

We komen nu al handen tekort. De grote uitdaging in de gezondheidszorg is niet alleen geld, maar ook gewoon mensen. Daarom moet je ook slim hervormen. Op dit moment worden de netwerken geëvalueerd. Zowel de federale overheid als de deelstaten buigen zich over het ziekenhuislandschap. We willen ervoor zorgen dat de patiënt op de juiste plek terecht kan voor zijn zorg. Nabij waar het kan. Maar ook met gespecialiseerde centra, waar expertise wordt gebundeld en zo de beste zorg voor handen is.

In Vlaanderen is de netwerking tussen de ziekenhuizen bottom-up vorm gegeven. Dit heeft tot mooie samenwerkingen geleid, maar er zijn ook gebieden waar dit moeilijker verloopt. Ziekenhuizen staan vandaag ook niet meer louter op zichzelf. De relatie tot de eerstelijnszorg, geestelijke gezondheidsnetwerken, woonzorgcentra en het ruime zorgveld moet absoluut in rekening worden gebracht bij de analyse. Maar de analyse van netwerken mag geen navelstaarderij zijn, het belangrijkste dat wij voor ogen houden is de zorg voor de patiënt en het welzijn van het personeel. En ik ben er zeker van dat we daar samen met de sector nog mooie stappen vooruit kunnen zetten, door logisch te hervormen en het zorglandschap toekomstbestendig te maken.

Het aantal huisartsenpraktijken dat een patiëntenstop invoert, neemt hand over hand toe. Hoe wil u daar een kentering bereiken? Is overleg met uw collega van Onderwijs in verband met het aantal studenten dat de studies geneeskunde mag aanvatten niet aangewezen?

De huisartsen van vandaag zijn niet meer de huisartsen van gisteren. Jonge huisartsen hebben terecht meer oog voor een betere work-lifebalance en ik geloof ook dat de patiënt daar eveneens bij gebaat is. Tegelijkertijd zijn ook de patiënten van vandaag niet meer de patiënten van gisteren. Ze hebben meer chronische en complexere aandoeningen, maar zijn ook mondiger. Daarom moeten we nog veel sterker gaan inzetten op interdisciplinaire samenwerking, zodat artsen effectief deel kunnen worden van een interdisciplinair team en netwerk rond een patiënt. Als de taken beter worden verdeeld, kan de huisarts ontlast worden.

Hiervoor is nog heel wat ruimte in België. Verpleegkundigen kunnen bijvoorbeeld een sterkere rol gaan spelen bij de opvolging van patiënten met bepaalde chronische aandoeningen, praktijkassistenten kunnen parameters nemen of bloed prikken, patiënten met een geestelijke gezondheidsproblematiek worden mee opgevolgd door klinisch psychologen/orthopedagogen, etc. Samen met mijn federaal collega Frank Vandenbroucke wil ik dit via een gericht beleid verder gaan stimuleren.

‘Ik wil alle bestaand onderzoek rond de impact van sociale media op kinderen en jongeren samenbrengen, om te kijken wat we daar kunnen doen’

In overleg met mijn collega van Onderwijs, heeft de Vlaamse regering onlangs beslist om het aantal studenten dat de studies geneeskunde mag aanvatten te verhogen met 30 voor artsen. Deze verhoging laat ook een verhoging van de subquota voor de huisartsenopleiding toe. Er gelden geen maximumquota voor de huisartsenopleiding. Ook dat moedigt studenten aan om voor huisarts te kiezen. Aan de decanen van de Vlaamse geneeskunde-faculteiten wordt wel aanbevolen om het richtquotum van 478 na te streven. In een eerste reactie op de beleidsnota vindt Domus Medica dat de huisartsen in de kou blijven staan. Begrijpt u die kritiek of kan u hen geruststellen?

De volledige zorgsector gaat gebukt onder druk. Niet enkel de huisartsen. Mensen worden – en gelukkig maar – ouder. De zorgnoden worden complexer. Patiënten vragen meer tijd van onze artsen en verpleegkundigen. Dat lossen we niet op met een vingerknip door er geld tegenaan te blijven smijten. Wij kiezen heel duidelijk om extra te investeren, maar dan met de broodnodige hervormingen om de uitdagingen van morgen aan te kunnen. Dat gaat over structuren, maar even goed over het zorgpersoneel. Er is ook eindelijk meer aandacht voor preventie. Ook in de huisartsenpraktijken. Met navelstaarderij gaan we er niet geraken. De volledige sector zal samen moeten werken.

Filip Ceulemans & Erik Derycke

ASGB-enquête: 'Koppel aanrekening van teleconsultatie aan GMD'



TELECONSULTATIES De voorlopige opschorting van de vergoeding voor teleconsultaties lokte begin dit jaar heel wat reactie uit. ASGB bevroeg zijn leden in een enquête naar de manier waarop de eventuele excessen kunnen worden tegengegaan.

Het was een vaak weerkerende bedenking bij de artsen die aan de enquête deelnamen: "Waarom kan het RIZIV niet gewoon de 29 grootste verbruikers aanpakken?". "Het antwoord is simpelweg dat we, gelukkig wellicht, nog steeds in een rechtstaat leven. Misbruik moet dus eerst bewezen worden vooraleer het kan worden bestraft", aldus het ASGB. "En laat het nu net daar zijn dat het schoentje wringt. Hoe kan bewezen worden dat een teleconsultatie niet heeft plaatsgevonden? Gezien de teleconsultaties via de derdebetalersregeling worden betaald, komen er geen klachten binnen van patiënten. De meest flagrante misbruikers niet direct vervolgen, is voor ons even frustrerend, maar als ASGB staan wij er toch ook voor dat de grondbeginselen van ons rechtssysteem worden gerespecteerd."

Helemaal geen controle uitvoeren omdat de grote meerderheid van de artsen het systeem correct gebruikt, is evenmin een optie voor het ASGB. "Hoe

genegen we dat standpunt ook zijn, we krijgen het op basis van de cijfers gewoon niet geloofwaardig uitgelegd." Daarom legde het syndicaat zijn leden drie grote controlemechanismen voor: controle via het medisch dossier, via de patiënt (remgeld, e-mailbericht, ...) of via een technische oplossing (aantallen, registratie van de duur van het consult, betaaltelefoon, ...).

Variabele inhoud

Een overgrote meerderheid (94,4%) vindt dat er controle via het medische dossier mogelijk moet zijn. 92,7% vindt zelfs dat er minstens een behandelvoorstel moet worden opgenomen in het dossier, terwijl 74,3% oordeelt dat er een anamnese in het dossier moet komen. Net iets minder dan de helft (49,2%) vindt dat een echte teleconsultatie als afspraak moet worden vastgelegd in het dossier. Uit de antwoorden van de artsen blijkt dat de inhoud van het teleconsult weliswaar variabel kan zijn, maar dat de duur van het contact en de uitgebreidheid van het consult

wel uit het dossier zouden moeten blijken. Dit sluit nauw aan bij de bestaande nomenclatuurregels. "Helaas volstaat dat dus in de realiteit niet", stelt het ASGB vast.

De optie om de controle te laten verlopen door middel van mechanismen via de patiënt, kunnen op minder enthousiasme rekenen. Net niet de helft (48,3%) vindt de ziekenfondsen goed geplaatst om de controles uit te oefenen. Een iets kleinere groep (43,1%) ziet wel wat in het sturen van een e-mailbericht naar de patiënt waarin wordt gezegd dat er een teleconsultatie is aangerekend op zijn naam. Steekproeven bij patiënten (34,5%) en het verplicht innen van remgeld (13,2%) kunnen slechts een minderheid van de artsen verleiden.

Besparingen

Een derde insteek was het gebruik van technische mogelijkheden. "Dat leidt tot veel discussie en zeer uiteenlopende meningen", stelt het ASGB vast. Geen enkel van de mogelijkheden kan op een meerderheid rekenen. De verplichte inschrijving in een afsprakenlijst voor er een contact plaatsvindt is nog het meest populair (39,6%). Andere voorstellen zoals een betaaltelefoon te betalen door het RIZIV (23,6%); een betaaltelefoon via de praktijk waarbij de eerste 10 of 15 minuten aangerekend worden aan het RIZIV (19,4%), een betaaltelefoon waarbij de patiënt 1 à 2 euro betaalt per minuut (18,8%) en een telefoon die een contactlijst registreert (18,1%) worden door minder dan een kwart van de artsen als een geldige manier gezien.

Het ASGB peilde niet enkel naar de manier waarop aan handhaving kan worden gedaan, maar ook naar de eventuele manieren waarop kan worden bespaard. Op de vraag waar kan worden bespaard, vallen de artsen uiteen in twee even grote groepen. Enerzijds zegt 46,4% "in alle specialismen behalve de mijne", anderzijds zegt een even grote groep "in mijn specialisme op voorwaarde dat het ook terugvloeit naar teleconsulten binnen mijn specialisme".

Van 7,3% mag de besparing in het eigen specialisme worden gezocht en hoeft het geld niet noodzakelijk daar terug naartoe te vloeien.

Het ASGB peilde niet enkel naar de manier waarop aan handhaving kan worden gedaan, maar ook naar de eventuele manieren waarop kan worden bespaard

Remgeld in het vizier

De artsen lijken vooral geneigd bepaalde prestaties en disciplines die worden ingeschat als overgefinancierd te onderzoeken en te corrigeren (61%). 38% vindt wel dat er eerst een grondige inventaris moet worden gemaakt. Ook prestaties die inhoudelijk moeilijk te controleren zijn, moeten voor meer dan vier artsen op tien (42,5%) bekeken worden.

Wanneer er buiten het budget van de artsen naar besparingen wordt gezocht, komen vooral de patiënten (60,6%) en de ziekenfondsen in het vizier (59,4%). De regelgevende en administratieve instanties (33,1%), het inkomen van de minister (30%), de administratie van het RIZIV (28,1%) en de ziekenhuisdirecties en andere ziekenhuisfuncties (15%) blijven evenmin buiten schot.

Vooraf het idee dat de patiënt te weinig zelf betaalt, is wijdverbreid. Responsabilisering van de patiënt staat hoog op de agenda. Veel artsen geven aan dat de vraag voor een teleconsultatie vaak van de patiënt komt. Een weerkerende verzuchting is de klacht over patiënten die misprijzend lachen met vier of één euro remgeld. Dat maakt dat maar liefst 85,8% voorstander is van een indexering van het remgeld. 8,9% vindt het remgeld dan weer te hoog en wil er niet meteen iets aan veranderen, terwijl 5,3% pleit voor de afschaffing van het remgeld.

Filip Ceulemans

Angelique Corthals, forensisch antropoloog aan de City University in New York, in *De Morgen*.

Mark Vermeulen, directeur van het Aidsfonds, in *Algemeen Dagblad*.

Vincent Koningsveld, voorzitter van het
Verbond Vlaamse Tandartsen, in *VVT
Magazine*.

Professor endocrinologie **Eveline Dirinck**
(Universiteit Antwerpen) in *Het Laatste Nieuws*.

Oncoloog **Aglaja De Pauw** (UZ Gent) in *Knack*.

Professor gezondheidsongelijkheid
Sara Willems (UGent) in
Vierdewereldblad.

MAT-BE-VEO-2025-00006 / February 2025



Wat staat er in de RIZIV-begroting 2025?

RIZIV Op 28 februari keurde de ministerraad – eindelijk – de begroting voor de gezondheidszorg voor het jaar 2025 goed. Het RIZIV mag dit jaar ruim 45 miljard euro uitgeven, maar alle sectoren moeten inspanningen leveren om de begroting dit en volgende jaren op het spoor te houden.

De groeinorm, die tijdens de regeringsonderhandelingen nog ter discussie stond, zorgt ervoor dat het budget voor de gezondheidszorg met 2,5% bovenop de indexeringsmag stijgen. De vergoedingen voor zorgverleners worden met 3,34% geïndexeerd.

Tegelijk drukt de toelichting bij de begroting de lezer met de neus op de realiteit: “De begrotingssituatie voor 2025 en de daarop volgende jaren vormt een uitdaging voor de sectoren. Correctiemaatregelen zijn noodzakelijk om te voorkomen dat de uitgaven de geplande budgettaire doelstellingen blijven overschrijden. Het is essentieel dat alle betrokken actoren samenwerken om de noodzakelijke correctiemaatregelen te realiseren, zonder de zorgkwaliteit of toegankelijkheid voor

patiënten in gevaar te brengen.”

Binnen de hen toegewezen doelstellingen kunnen overlegorganen, zoals de Nationale Commissie Artsen-Ziektefondsen (NCAZ), desgewenst ondergewaardeerde verstrekkingen herwaardeeren en overgewaardeerde verstrekkingen in evenwicht brengen. “Meer dan ooit dienen de sectoren rationele keuzes te maken om de begroting van de gezondheidszorg in evenwicht te houden”, waarschuwt de toelichting.

Budget geneeskundige verzorging

De totale uitgaven voor de verzekering voor geneeskundige verzorging in 2025 bedragen 45.221.741.000 euro – een toename met 5,69% ten opzichte van 2024. De hoofdbrok daarvan, net geen 40 miljard, gaat naar de terugbeta-

ling van geneeskundige verstrekkingen.

De beheerskosten stijgen met 4,77% tot 1,18 miljard. Het grootste deel daarvan gaat naar administratiekosten van de verzekeringsinstellingen (988 miljoen euro).

Onder ‘Externe overdrachten’ vallen bijdragen overeenkomstig de Ziekenhuizenwet (bijna 2,7 miljard), naast beperkte dotaties aan de Fonds Medische Ongevallen en het FAGG, en bijdragen aan de Dienst Overzeese Sociale Zekerheid en aan het protocolakkoord BelRAI.

De ‘Diverse uitgaven’ zijn een kleine post, maar wel een die met 25 procent groeit tegen 2024. Deze stijging is voornamelijk te verklaren door het wegvallen van ‘niet te besteden bedragen’ uit 2024. Onder deze post vallen onder

meer internationale verdragen, het sociaal statuut, en eHealth.

Uitgaven 2025 (in duizend euro)

Prestaties	39.812.150
Beheerskosten	1.188.516
Externe overdrachten	2.727.230
Diverse uitgaven	1.486.595
Relanceplan	7.250
TOTAAL	45.221.741

Honoraria

Onder uitgaven voor geneeskundige verstrekkingen vallen onder meer de honoraria van artsen (11,6 miljard euro) en van andere zorgverstrekkers, de far-

maceutische verstrekkingen (net geen 7 miljard euro), de verpleegdagprijs (8,5 miljard euro).

Bij de artsenhonoraria moest voor 73 miljoen euro aan besparingen gevonden worden. Zoals u in *Artsenkrant* al kon lezen, werd het gros daarvan gereali-seerd door het honorarium voor teleconsultaties op nul te zetten. De rest komt uit de verlaging van de vergoe-ding voor bepaalde heelkundige ingre-pen en medische beeldvorming.

Besparingen bij artsenhonoraria (in duizend euro)

Teleconsultaties	-68.404
Cerebrale angiografie	-516
Kleurenduplexonderzoek	-2.453
Complete urinaire echografie	-1.469
Appendectomie	-539
TOTAAL	-73.381

Budget artsenhonoraria (in duizend euro)

Klinische biologie	1.556.970
Medische beeldvorming	1.752.703
Raadplegingen, bezoeken, consultaties	3.566.427
Speciale verstrekkingen	1.955.396
Heelkunde	1.535.595
Gynaecologie	80.194
Toezicht	606.642
Honoraria buiten nomenclatuur	397.581
Onverdeeld	-2.404
Aanvullende financiering ziekenhuizen	193.460
TOTAAL	11.642.546

Medische huizen

Het budget voor de Medische Huizen (373.212.000 euro) hangt samen met het aantal aangemelde patiënten in hun forfaitair systeem. De regering wil dat bij een contact voortaan de elektronische

identiteitskaart van patiënten wordt ingelezen om een 'onrechtmatige groei' binnen de sector te vermijden – vorig jaar werd bekend dat een aantal medi-sche huizen in Brussel vergoedingen had aangerekend voor fictieve techni-sche prestaties (die buiten het forfait vallen). De opbrengst van deze maat-regel wordt geraamd op 991.000 euro.

Geneesmiddelen

Bij de opmaak van de begroting werd een grote overschrijding in 2024 en een sterke verwachte groei voor 2025 van het budget voor farmaceutische ver-strekkingen vastgesteld. "De verant-woordelijkheid voor de beheersing van het budget geneesmiddelen beperkt zich niet enkel tot de geneesmiddelen-industrie maar vergt ook een inspan-ning van de voorschrijvers, afleveraars en een controle op de nalevering van de afleveringsvoorwaarden", stelt de toe-lichting. De NCAZ moet tegen 1 mei 2025 een voorstel doen om doelmatiger voorschrijfgedrag te garanderen, en tegen 30 juni om de voorschrijfquota voor goedkope en goedkoopste genees-middelen te versterken.

Vooruitblik

De regering wijst de overeenkom-sten- en akkoordencommissies op hun verantwoordelijkheid om de begroting in evenwicht te houden. "Aan de Commissie voor Begrotingscontrole, het Verzekeringscomité en de akkoorden-en overeenkomstencommissies wordt gevraagd om de eventuele onverwachte en structurele groei van bepaalde rubrieken en subrubrieken van de begroting te analyseren, en initiatieven te nemen om de efficiëntie van de toe-wijzing van de middelen van de ziekte-verzekering te verbeteren."

Om voorzienbare budgettaire over-schrijdingen in 2026 te voorkomen, zal de minister van Sociale Zaken in overleg gaan met de betrokken sectoren om maatregelen uit te werken tegen ten laatste 30 juni 2025, met impact vanaf 1 januari 2026. "Het doel is om het gebruik van beschikbare middelen te optimaliseren en tegelijkertijd effec-tieve en duurzame zorg voor de samen-leving te garanderen."

Erik Derycke

Imutis Oplossingen voor het hele gezin

9 Miljard bacteriën + **6 Miljard gisten**

+ Blauwe bosbesextract
+ Sporogenen
+ FOS
+ Vitamine D

GASTRO PROTECT

Imutis Max
Normale stoelgang
60 capsules

Imutis Cerevisia
Saccharomyces cerevisiae
30 capsules

Imutis IBS
Medisch hulpmiddel prikkelbare darmstoornis
30 capsules

Imutis Digest
Spijvertering
60 capsules

Imutis Detox
Levenswijzing
60 capsules

Imutis Baby
60 capsules

Gebruik:
1 tot 2 per dag.
Bestaat in 15, 30 en 60 capsules.

Trenker
by Erudite.Health

* Blauwe bosbesextract draagt bij tot het normaliseren van de darmtransit • Voedingssupplementen: Imutis Max NUT/PL/AS 21/74 - Imutis Digest PL/AS 21/88 - Imutis Detox PL/AS 21/83 - Imutis Baby NUT/AS 21/43 - Imutis Cerevisia AS 21/91 • Medisch hulpmiddelen: Imutis colic CE0426 - Imutis IBS CE0477 ©Trenker - 2024-10

Made in Belgium



www.trenker.be
www.imutis.be

Passion for family health

Trenker
by Erudite.Health

Momentopname van het medisch korps in België

PRAKTIJKVARIATIES Het *Health Professionals Report: Capacity, Accessibility and Production* van het RIZIV biedt een schat aan cijfermateriaal over de diverse medische specialismen in ons land anno 2023. Alle specialismen in *Artsenkrant* behandelen is een schier onmogelijke taak. Daarom focussen we op de huisartsen – de grootste groep artsen – en drie andere ‘niet-technische’ specialismen.

Op basis van nomenclatuurcodes wordt geschat dat één VTE huisarts in 2023 200.092 euro uitgaven voor de ziekteverzekering genereert. Dit is een stijging met bijna 60.000 euro in tien jaar (141.360 in 2013). Vooral sinds 2018 (164.235 euro) is er sprake van een grote sprong, deels te verklaren door de toename van het aantal GMD's. Bijna 100% van de uitgaven voor huisartsen hebben betrekking op raadplegingen, huisbezoeken en GMD-forfaits. Het aandeel van (fysieke) raadplegingen daalde van 83% (2013) naar 77%, terwijl de GMD-forfaits stegen van 14% naar 17% van de uitgaven.

Praktijkvorm

De praktijkvorm waarin huisartsen actief zijn, kende de voorbije tien jaar een drastische verschuiving (zie grafiek). In 2013 was ongeveer een derde van de huisartsen (36%) actief in een groepspraktijk, in 2023 meer dan de helft (57%). Achter dit nationale gemiddelde gaan grote regionale verschillen schuil. In Vlaanderen is 68% van de huisartsen actief in een groepspraktijk, werkt 25% solo en 7% in een andere praktijkvorm. Ook in Brussel werkt meer dan de helft (53%) in een groepspraktijk, terwijl 37% solo werkt en 10% in een andere praktijkvorm. In Wallonië is de solopraktijk (51%) nog steeds nipt de norm. 38% kiest er voor

een groepspraktijk, 11% voor een andere praktijkvorm.

De verschillen tussen de leeftijdsgroepen zijn nog frappanter. De praktijkvorm van huisartsen jonger dan 34 jaar en huisartsen ouder dan 65 jaar lijken wel spiegelbeelden. Van de jonge huisartsen werkt 72% in een groepspraktijk en 20% solo. Bij de oudste groep huisartsen werkt 63% solo en 29% in een groepspraktijk.

In 2023 was dat meer dan verdubbeld tot 24%. Het toegenomen aandeel van jonge huisartsen vertaalt zich ook in een daling van de gemiddelde leeftijd. In Vlaanderen daalde de gemiddelde leeftijd van 51,2 tot 48,8 jaar.

In Vlaanderen is 68% van de huisartsen actief in een groepspraktijk

Demografie

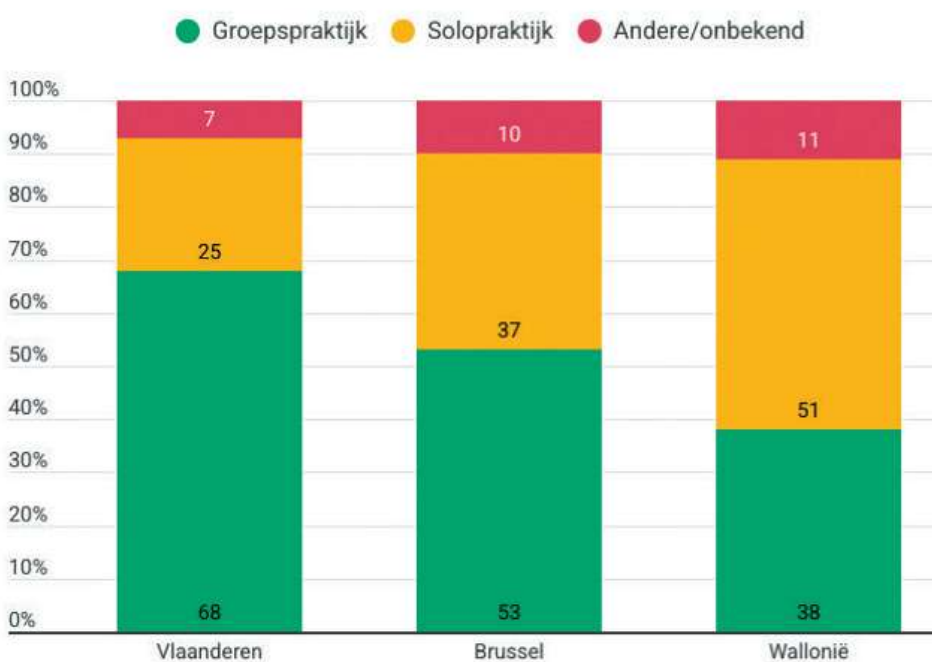
In 2023 telde ons land 14.286 actieve huisartsen, goed voor 9.615 VTE. Twee fenomenen springen in het oog: vervrouwelijking en verjonging. 49% van de huisartsenactiviteit werd in 2023 uitgevoerd door vrouwen (42% in 2019). In 2013 was amper één huisarts op tien jonger dan 35 jaar (zie grafiek).

Toegankelijkheid en werklast

België telt 8,35 huisartsen (VTE) per 10.000 inwoners. De provincie Luxemburg heeft met 10,34 de hoogste densiteit, op verre afstand gevolgd door Limburg (9,37). Helemaal onderaan bengelen de provincies Antwerpen (7,76) en Vlaams-Brabant (7,79). Om een

Praktijkvorm

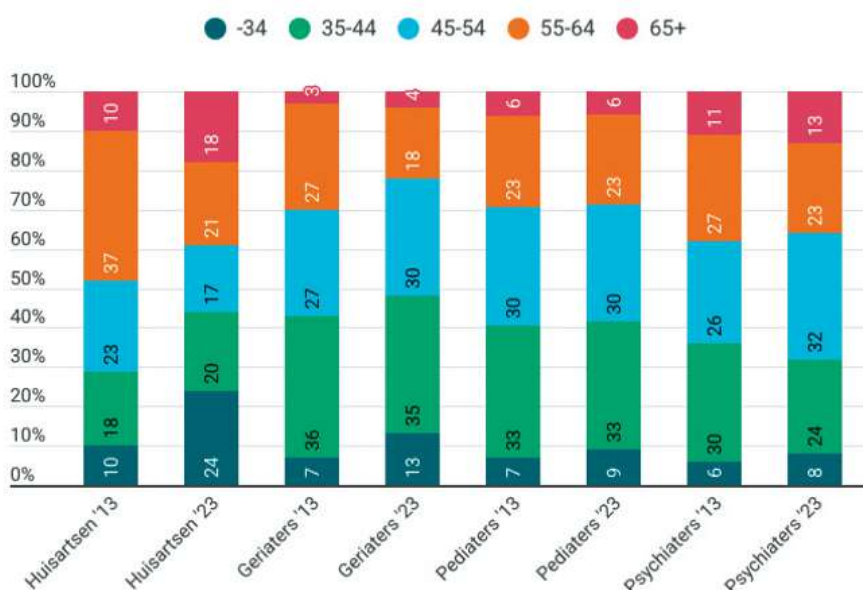
Verdeling per praktijkvorm bij huisartsen, per gewest



Bron: RIZIV

Hoe oud zijn onze artsen?

Aandeel artsen (VTE) per leeftijdsgroep, in 2013 en 2023



Bron: RIZIV

Geografische toegankelijkheid

Voltijds equivalenten (VTE) per 10.000 verzekerden in de ziekteverzekering

	Huisartsen	Geriaters	Pediaters	Psychiaters
West-Vlaanderen	8,42	0,33	0,62	0,88
Oost-Vlaanderen	8,49	0,27	0,79	0,95
Antwerpen	7,76	0,25	0,75	1,02
Limburg	9,37	0,29	0,45	1,02
Vlaams-Brabant	7,79	0,13	0,72	1,14
Brussel	8,11	0,29	1,84	2,15
Waals-Brabant	8,26	0,12	0,93	1,38
Henegouwen	7,99	0,27	0,89	0,99
Namen	9,04	0,18	0,88	1,05
Luik	8,90	0,22	1,26	1,30
Luxemburg	10,34	0,16	0,76	0,60
Totaal België	8,35	0,25	0,90	1,15

Bron: RIZIV

leefbare praktijk te hebben, moet een huisarts ongeveer duizend patiënten hebben. De provincies Luxemburg (903) en Limburg (992) halen als enige provincies dat cijfer niet. In de provincie Antwerpen (1.132) en het Brussels Hoofdstedelijk Gewest (1.174) hebben huisartsen gemiddeld het hoogste aantal patiënten. Mannelijke huisartsen hebben gemiddeld 1.153 patiënten, vrouwen 984.

Nationaal zijn er per huisarts jaarlijks 6.754 patiëntencontacten, een stijging met maar liefst 18,2% in vergelijking met 2018 (5.714). West-Vlaamse en Limburgse huisartsen hebben het hoogste aantal patiëntencontacten, respectievelijk 7.161 en 7.138.

Om de financiële toegankelijkheid van huisartsen te schatten, berekent het RIZIV een 'gewogen conventioneringsgraad'. Die ligt het laagst in Waals-Brabant (74%) en is het hoogst in Limburg (98%) en Namen (96%).

Geriaters, pediater, psychiaters

Wat geriaters, pediater en psychiaters gemeen hebben, naast een etymologische link met het Griekse woord *iatros* (arts), is dat ze minder technische prestaties verrichten dan de meeste andere specialismen. Het gros van hun inkomen uit terugbetaalde prestaties is afkomstig van raadplegingen en toezichten. Daardoor is hun gemiddeld inkomen ook lager dan dat van specialismen met meer technische prestaties.

Qua gemiddeld inkomen ontlopen pediater en psychiaters elkaar

amper, met respectievelijk 196.199 en 216.086 euro per voltijds equivalent (VTE). Het gemiddelde inkomen van een geriater ligt hoger (320.344 euro), maar is nog altijd een stuk lager dan het gemiddelde inkomen van een specialist inwendige geneeskunde (427.666 euro). Belangrijke voetnoot daarbij is dat het steeds gaat om bruto-inkomens, voor aftrek van eventuele praktijkkosten en opdrachten aan ziekenhuizen.

Vrouwelijke professionals vormen een ruime meerderheid bij de geriaters (72%) en pediater (76%), terwijl 57% van de psychiaters vrouwen zijn

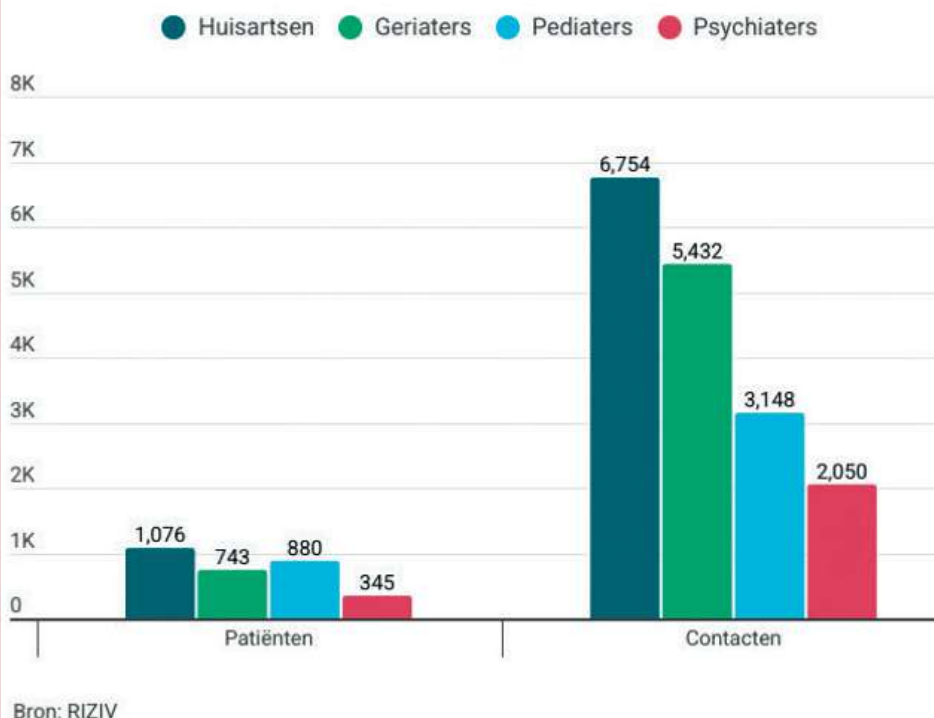
Demografie

In 2023 waren er 483 geriaters met een RIZIV-nummer, waarvan er 413 actief waren (wat in RIZIV-termen wil zeggen dat ze minstens één terugbetaalde prestatie aanrekenden). Volgens de RIZIV-rekenkunde komt dat overeen met 283 VTE's. Het RIZIV telde 2.177 pediater waarvan 1.593 actieve, voor een totaal van 1.038 VTE's. Van de 2.595 psychiaters waren er 2.056 actief, goed voor 1.324 VTE's.

Vrouwelijke professionals vormen een ruime meerderheid bij de geriaters (72%) en pediater (76%), terwijl 57% van de psychiaters vrouwen zijn.

Werklast

Gemiddeld aantal patiënten en patiëntcontacten per FTE (2022)



De gemiddelde leeftijd van een VTE in deze specialismen is het hoogst bij psychiaters (49,2 jaar voor Nederlandstaligen en 52,6 jaar voor Franstaligen), en het laagst bij geriaters (45,8 jaar voor Nederlandstaligen en 47,1 jaar voor Franstaligen). Pediater zitten er net tussen (47,5 jaar voor Nederlandstaligen en 48,2 jaar voor Franstaligen).

Als we de leeftijdsverdeling in detail bekijken (zie grafiek), valt op dat geriaters (4%) en pediater (6%) minder vaak na hun 65ste aan de slag blijven dan psychiaters. Een mogelijke verklaring is dat zij vaker dan psychiaters actief zijn in ziekenhuizen, waar een verplichte leeftijdsgrens kan bestaan.

Toegankelijkheid

De geografische dichtheid (zie tabel), gemeten als aantal VTE's per 10.000 verzekerden, is het hoogst voor psychiaters (1,15), gevolgd door pediater (0,9) en op ruime afstand geriaters (0,25). De dichtheid voor zowel pediater als psychiaters is het hoogst in Brussel (respectievelijk 1,84 en 2,15), die voor geriaters in West-Vlaanderen (0,33). In Waals-Brabant en Vlaams-Brabant zijn er het minst geriaters (0,13 en 0,12); pediater zijn in Limburg het minst dik gezaaid (0,45) en psychiaters in Luxemburg (0,60).

Voor alle drie specialismen geldt dat de overgrote meerderheid van de artsen geconventioneerd is. Bij geriaters bedraagt de gewogen conventioneringsgraad zelfs 100%. Bij pediater is dat 83%, bij psychiaters 89%.

Werklast

De werklast (zie grafiek) wordt gemeten via het aantal patiënten per VTE en het aantal patiëntcontacten per VTE. Geriaters hebben gemiddeld 743 patiënten, waarmee ze 4,5 contacten per jaar hebben. Pediater hebben meer patiënten (880) maar minder contacten per patiënt (1,8). Een VTE psychiater heeft slechts 345 patiënten, maar heeft daarmee wel meer contacten (6,1).

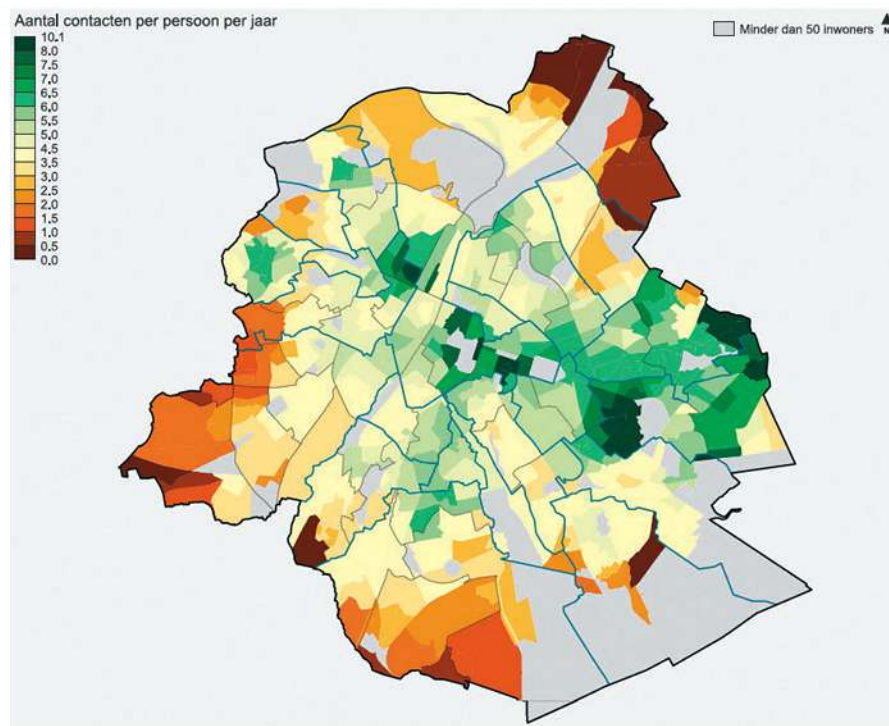
Filip Ceulemans & Erik Derycke

* Het RIZIV berekent voor dit rapport een voltijds equivalent (VTE) niet op basis van het aantal gepresteerde uren maar op basis van inkomen. Het kijkt naar de totale vergoedingen per zorgverlener in een bepaald jaar, gedeeld door de mediaan van de vergoedingen voor zorgverleners tussen 45 en 54 jaar in hetzelfde specialisme.

>> Rapporten voor andere specialismen zijn te vinden op gezondbelgie.be/nl > Medische praktijkvariëaties

Brussel: voldoende huisartsen, maar niet aan de rand

SPREIDING Er zijn voldoende huisartsen in het Brussels Gewest, maar de spreiding kan beter. Vooral in wijken aan de rand van het Gewest is de afstand tot een huisarts groot.



Huisartsentekorten in het Brussels Gewest volgens scenario 1 (huidige zorgvraag, zonder rekening te houden met de wens van de artsen om minder te werken en het vooruitzicht dat oudere artsen met pensioen gaan). Sectoren in grijs hebben minder dan 50 inwoners.

De hoofdstad telde 1.656 actieve huisartsen in 2023, ruim boven de federale norm van 9 huisartsen per 10.000 inwoners, zo blijkt uit een nieuwe studie van het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn (Vivalis). De onderzoekers baseren zich op een bevraging van de artsen zelf via de huisartsenkringen, en niet louter op administratieve gegevens zoals de rapporten in het voorgaande artikel.

Ongelijke verdeling

De huisartsenzorg is echter ongelijk verdeeld over het gewest. Het aanbod is het hoogst in de dichtst bevolkte wijken in de 'eerste kroon' (tussen de lanen van de kleine ring en de middenring). Ook in Sint-Gillis, in het oosten van Molenbeek en in het westen van Schaarbeek is er een hoge densiteit aan huisartsenzorg. Sommige dichtbevolkte

gebieden hebben daarentegen een lage densiteit van huisartsen, zoals Kuregem en de Matonge.

In het Brussels Gewest heeft 67,8% van de rechthebbenden een GMD en dus (hoogstwaarschijnlijk) een vaste huisarts. Dat aandeel is lager dan in Vlaanderen (87,8%) en in Wallonië (79,6%). Ook hier bestaan grote verschillen tussen de Brusselse gemeenten.

Demografisch profiel

De gemiddelde leeftijd van de actieve Brusselse huisartsen bedraagt 51 jaar voor mannen en 42 jaar voor vrouwen. Vrouwen zijn oververtegenwoordigd in de leeftijdscategorieën tot 54 jaar (met een aandeel tussen de 61% en de 70%) en mannen in de oudere leeftijdscategorieën. In de 'arme sikkels' – de buurten met de laagste inkomens, van Vorst over het oosten van Sint-Jans-

Molenbeek tot Sint-Joost-ten-Node – zijn huisartsen doorgaans jonger.

Van de artsen die deelnamen aan de bevraging en die de pensioenleeftijd naderen (60-64 jaar), is 44,7% van plan te stoppen als huisarts. Bij artsen tussen de leeftijd van 65 en 69 jaar, wenst 57% te stoppen. Onder de huisartsen die na hun 70ste nog verder werken, is het aandeel dat wenst te stoppen lager (44,4%).

Activiteitsvorm

Op basis van het werkadres blijken er 945 huisartsenpraktijken in het Brussels Gewest te zijn. Daarvan zijn er 566 individuele praktijken. Op 143 plaatsen bevinden zich monodisciplinaire groepspraktijken waar twee of meer huisartsen samenwerken. Daarnaast zijn er 236 multidisciplinaire groepspraktijken (met inbegrip van wijkgezondheidscentra). Meer dan de helft van de huisartsen onder de 45 jaar werkt in zo'n multidisciplinaire groepspraktijk.

Ook deze praktijktypes zijn niet gelijkmatig verdeeld. Op de grens van Sint-Gillis en Elsene, Etterbeek, het westen van Sint-Lambrechts-Woluwe en in de buurt van Koekelberg zijn er vooral individuele praktijken.

De dichtheid van multidisciplinaire groepspraktijken is het hoogst in de 'arme sikkels'. Daar is ook het aandeel van huisartsen met een forfaitair betalingssysteem het hoogst.

15% van de Brusselse huisartsen aanvaardt geen nieuwe patiënten meer en 48% doet dat slechts onder voorwaarden. Ook hier zijn er geografische verschillen: in het westen van Sint-Pieters-Woluwe, maar ook in het westen van Jette en Molenbeek hanteert meer dan een derde van de artsen een patiëntenstop.

Toegankelijkheid

De studie gaat ook erg diep in op de toegankelijkheid van de zorg. Een

plaatselijk tekort heeft niet enkel te maken met de aan- of afwezigheid van huisartsen in een bepaald gebied, maar ook met de omvang van de zorgnoden of de lokale zorgvraag.

De onderzoekers ontwikkelden een statistisch model dat zowel rekening houdt met de fysieke afstand tot de huisarts (een verafgelegen huisarts wordt beschouwd als minder bereikbaar) als met de beschikbaarheid van de huisartsen voor de bevolking in de buurt. Ze rekenden verschillende scenario's door, waarin ook rekening gehouden wordt met een groeiende zorgnood door de vergrijzing, met de wens van artsen om minder uren te presteren, en met de verwachting dat artsen minder vaak na de pensioenleeftijd zullen doorwerken.

Het aandeel Brusselaars dat binnen een straal van 600 m rond zijn woonplaats geen toegang heeft tot voldoende zorg (gedefinieerd als 3,9 consultaties per jaar) bij een huisarts varieert van 32% in het eerste scenario (dat het huidige aanbod volledig meerekent bij een onveranderde zorgvraag) tot 95% in het zesde scenario (waarin rekening gehouden wordt met de pensioenleeftijd van de huisartsen, de wens om minder uren te werken en waarin meer consultatietijd voorzien wordt voor kwetsbare personen).

Als er niets wordt gedaan, waar schuwen de auteurs van het onderzoek, kan een groot deel van de regio de komende jaren te maken krijgen met een verminderde toegang tot gezondheidszorg. De nakende pensionering van oudere artsen en het gebrek aan faciliteiten in bepaalde wijken maken de duurzaamheid van het systeem problematisch.

Erik Derycke

>> vivalis.brussels

‘Breng stageplaatsen naar huisartsarme regio’s’

SUBQUOTA Het voorstel van Vlaams minister van Onderwijs Zuhail Demir (N-VA) om de subquota voor specialisaties bij de start van het academiejaar 2028-2029 aan te scherpen om zo meer studenten voor huisartsgeneeskunde te laten kiezen, lokte een boeiend debat uit in de plenaire vergadering van het Vlaams parlement.

Steeds meer Vlaamse regio’s hebben te kampen met een tekort aan huisartsen. Patiënten vinden geen nieuwe huisarts omdat die alsmat vaker een patiëntenstop invoeren. Om dat probleem aan te pakken, wil Vlaams minister van Onderwijs bij de start van het academiejaar 2028-2029 de subquota voor twintig specialisaties verlagen, waardoor voortaan 43% van de studenten huisartsgeneeskunde moet kiezen. Vandaag is dat 35%.

Het voorstel van Demir leidde in de plenaire vergadering van het Vlaams parlement tot een debat waarin nage-

noeg alle partijen – enkel Groen kwam niet tussen – bijkomende voorstellen formuleerden om het huisartsentekort aan te pakken. Iedereen was het er alvast over eens dat iedereen recht heeft op een huisarts, bovendien op een huisarts die makkelijk bereikbaar en toegankelijk is.

Een specifiek aspect van het probleem is de geografische diversiteit. “Meer nog dan het aantal is de geografische spreiding een probleem”, zegt Brecht Warnez (CD&V). “Studenten blijven plakken in centrum- en afstudeerregio’s. Gent telt op vijf jaar tijd 17% meer huisartsen, Veurne 17%

minder.” De oplossing die de meeste fracties aandragen, is een betere spreiding van de stageplaatsen. “Als we meer stageplaatsen voorzien in huisartsarme regio’s ben ik ervan overtuigd dat de student daar ook graag wil blijven plakken”, denkt Warnez.

‘Studenten gaan aan de slag binnen een straal van 25 kilometer van hun stageplaats’

Andere profielen

“Studenten gaan aan de slag binnen een straal van 25 kilometer van hun stageplaats. Laat ons met die informatie aan de slag gaan en ervoor zorgen dat ook in Denderleeuw of bij ons in het Waasland voldoende huisartsen zijn”, trekt Tina Van Havere (Vooruit) de lokale kaart. Haar tussenkomst opent voor Zuhail Demir de deur om te pleiten

voor een masteropleiding geneeskunde in haar thuisprovincie Limburg, wat op het nodige enthousiasme wordt ontvaard door Tom Seurs (N-VA). Die is naast Vlaams parlements lid ook burgemeester van As.

Voor een opmerkelijke tussenkomst zorgde Aarschots burgemeester Gwendolyn Rutten (Open Vld). “Als je wil dat er meer studenten geïnteresseerd zijn om huisarts te worden, dan moet je daar bij de toelatingsproeven ook rekening mee houden. De selectieproeven richten zich heel erg – en ik begrijp waarom – op sterke wiskundige profielen. Een sterk wiskundig profiel hebben we nodig voor specialisaties, maar hebben we niet altijd nodig voor goede huisartsen. Die hebben ook andere, menselijke skills”, meent Rutten die Demir oproept om ook hier naar te kijken.

Filip Ceulemans



4,5%

RENDEMENT!

DAT KAN SERIEUS AANSTEKELIJK ZIJN...

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

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



AMONIS

Uw toekomst
verdient
een expert

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

Postgraduaat gezondheidsrecht: begin en einde leven

AHLEC De zesde module van het postgraduaat in het gezondheidsrecht en de gezondheidsethiek van de Leerstoel AHLEC (Antwerp Health Law and Ethics Chair) behandelt onderwerpen die te maken hebben met het begin en het eind van het leven.



Topics zoals levensbeëindiging, euthanasie, hulp bij zelfdoding, pijnbestrijding met mogelijk levensverkortend effect, palliatieve sedatie, staken of niet opstarten van behandelingen, en palliatieve zorg komen aan bod.

De module heeft dezelfde structuur als de vorige editie, zegt Evelien Delbeke, academisch coördinator van het postgraduaat en gastprofessor aan de Universiteit Antwerpen. Het eerste deel behandelt onder meer het recht op voortplanting, met de verschillende medisch begeleide bevruchtigingstechnieken, de voorwaarden waaronder dergelijke technieken gebruikt mogen worden, en de problematiek van draagmoederschap. “Zeer actueel hier is dat vorig jaar het Grondwettelijk Hof heeft geoordeeld dat het feit dat een kind dat verwekt is met donormateriaal vandaag op geen enkele wijze informatie over de donor kan verkrijgen, eigenlijk ongrondwettig is. De wetgever zal dat dus anders moeten regelen”, zegt Delbeke.

Ook de wetgeving inzake zwangerschapsafbreking komt aan bod. De problematiek wordt niet alleen vanuit juridische invalshoeken belicht; er staat ook een bezoek aan een abortuscentrum op het programma, vertelt Delbeke. Ook de mogelijke verlenging van de termijn voor zwangerschapsafbreking om niet-medische redenen, waarvoor het regeerakkoord een opening maakt, staat op de agenda.

Levensindebeslissingen

In het tweede deel komen topics zoals levensbeëindiging, euthanasie, hulp bij zelfdoding, pijnbestrijding met mogelijk levensverkortend effect, palliatieve sedatie, staken of niet opstarten van behandelingen, en palliatieve zorg aan bod.

Een belangrijk aandachtspunt hier zijn de recente wijzigingen aan de

euthanasiewet naar aanleiding van rechtspraak van het Grondwettelijk Hof en het Europees Hof voor de Rechten van de Mens. “Het Grondwettelijk Hof heeft geoordeeld dat het vroegere strafrechtelijke kader in strijd was met de grondwet, omdat dat niet proportioneel was. En het Europees Hof voor de Rechten van de Mens gaf aan dat de samenstelling van de Federale Controle- en Evaluatiecommissie Euthanasie niet voldoende garanties gaf op het voorkomen van belangenconflicten, omdat een arts die in die commissie zetelt, mogelijk zelf de uitvoerder van de euthanasie zou kunnen zijn.”

Het regeerakkoord maakt de uitbreiding van de voorafgaande wilsverklaring euthanasie naar personen met wils-onbekwaamheid omwille van dementie mogelijk. De parlementaire besprekingen hierover zijn volop aan de gang, en Delbeke was onlangs uitgenodigd als expert. “Een van mijn bedenkingen was of je moet vereisen dat de persoon met dementie lijdt. Ik vind van niet, want lijden is niet de reden waarom mensen die nog wilsbekwaam zijn vragen om euthanasie uit te voeren als ze dement zouden worden – ze vragen dat omwille van de persoonlijkheidsverandering. En wat ‘lijden’ is, kan je bovendien niet invullen voor iemand anders.”

Delbeke vindt ook dat de term wils-onbekwaamheid in het voorliggende wetsvoorstel nogal open werd gelaten, en daardoor voor veel misvattingen kan zorgen. “Je verwacht dan van een leek dat die heel goed begrijpt wat ‘wils-onbekwaamheid’ inhoudt. Ik vind daarom

dat een wilsverklaring het best in het bijzijn van een professional wordt opgesteld. Dat hoeft geen arts te zijn, maar het garandeert wel dat een euthanasieverklaring heel geïnformeerd is. Want het is echt niet evident voor een arts om euthanasie uit te voeren, zeker niet bij een patiënt die de arts niet heeft gekend op het moment dat die nog wilsbekwaam was. Je wilt echt zeker zijn dat je goed begrijpt wat die patiënt wou. Dat is een verzwarende procedure, dat beseft ik, maar ik vind dat wel gerechtvaardigd.”

Een belangrijk aandachtspunt zijn de recente wijzigingen aan de euthanasiewet

Na overlijden

In het derde deel komen onder meer de vaststelling van een overlijden, de overlijdensaangifte en de autopsie aan bod. Ten slotte worden de verschillende toegelaten vormen van lijkbezorging behandeld. “Een nieuwigheid dit jaar is dat een uitvaartondernemer komt spreken, zodat deelnemers een verhaal krijgen vanuit de praktijk”, vertelt Delbeke. “Er is recent ook een nieuwe techniek naast begraving en crematie bijgekomen: resomatie of watercrematie, wat veel milieuvriendelijker zou zijn dan crematie. Men is dat ook in België aan het onderzoeken, maar wet- telijk is het nog niet mogelijk.”

Erik Derycke

Postgraduaat gezondheidsrecht & -ethiek

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

ook apart te volgen als ‘micro-credential’.

De lessen vinden afwisselend plaats op dinsdagavond (online) en op zaterdag (Campus Drie Eiken).

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

Zorg staat centraal op Feest van de Filosofie

EVENEMENT Het jaarlijkse Feest van de Filosofie in Leuven neemt dit jaar zorg in haar verschillende vormen onder de loep.



Het Feest van de Filosofie is een organisatie van het Hoger Instituut voor Wijsbegeerte van de KU Leuven, en vaart dit jaar onder de vlag 'Zorgen voor morgen'.

"In een hufterige wereld is de zachtheid van zorg een zeldzaam goed. Zorg brengt traagheid, nabijheid en aandacht – kwaliteiten die ook de filosofie nauw aan het hart liggen. Het is dus niet toevallig dat het Feest van de Filosofie dit jaar voluit inzet op zorg", verantwoordt de initiatiefnemers de keuze voor het thema. "Misschien zit er wel meer filosofie dan we denken in onze levensnoodzakelijke, maar vaak al te fragiele relaties tot anderen, de natuur en onszelf. In dit geval kan filosofische reflectie kracht putten uit de zorg die we al uitdragen naar de wereld.

Programma

Gelauwerd filosoof Jean-Pierre Dupuy geeft de aftrap met een analyse van de kwetsbaarheid van nucleaire vrede. Moeten we ons zorgen maken over een nieuw nucleair conflict, gegeven de huidige politieke turbulentie in de Verenigde Staten en elders in de wereld?

Frank Vandenbroucke gaat in gesprek met prof. Erik Schokkaert (voorzitter van de Commissie Gezondheidszorgdoelstellingen) over de balans tussen vrijheid en solidariteit in het licht van de meest prangende uitdagingen voor onze sociale zekerheid.

Auteur Tommy Wieringa geeft een pleidooi voor moed in een wereld waarin het lijkt dat we niet meer vooruit durven te denken.

Jeannette Pols vertelt over de ethische aannames die zorgverleners elke dag in de praktijk brengen.

En wat met onze dodenzorg, die tijdens de lockdowns in de covidperiode

niet ontsnapte aan strenge regulering? Katia Vanhemelryck en Nele Buyst werpen een licht op de vormende rol van begrafenisrituelen voor ons gemeenschapsgevoel. Toon Vandeveldt herleest *La vieillesse* van Simone de Beauvoir, pionier van het feminisme, in 2025.

Paco Calvo, auteur van *Planta Sapiens* (2023), trekt het nieuwste wetenschap-

pelijke onderzoek over de gevoelswereld van planten door naar een filosofische reflectie over onze verhouding tot de natuur.

Het Feest sluit af met een concert en een documentaire.

E.D.

>> Het volledige programma en praktische informatie is te vinden op de website: feestvandenfilosofie.be

Festival

Symposium over de toekomst van ons beroep

PROGRAMMA

8u30	Welkom met koffie en netwerkmoment
9u00	Kick-off Dr. Amber Van Baelen, voorzitter VASO
9u10	Artsen in beleid en politiek Dr. Sam Proesmans
9u25	Welzijn bij artsen Dr. Lucas Vanderlinden
9u40	Keynote Minister van Volksgezondheid Frank Vandenbroucke over de hervormingen in de gezondheidszorg en de impact op jonge artsen.
10u15	Koffiepauze & Connectie
10u50	Forward Talks: inzichten in 10 minuten
	Slim Starten: Key take-aways bij het oprichten van een BV. KBC
	Ken je Rechten! Wat je als ASO zou moeten weten, maar niemand je vertelt. Mr. Tom De Gendt
	Vakantie met Impact: Hoe Artsen Zonder Vakantie hun vrije tijd inzetten voor internationale medische hulp. Artsen Zonder Vakantie
11u30	Paneldebat: Netwerken voor de Toekomst: Hoe vormen ziekenhuisnetwerken de specialist van morgen?
	Moderator: Jan Hautekiet
	Candice De Windt, zorgambassadeur kabinet Gennez
	Dr Patrick Vermeylen, voorzitter medische raad Imeldaziekenhuis
	Dr Merve Parmaksiz, de Jonge Specialist, Nederland
	Dr Eric Wyffels, diensthoofd Hartcentrum Aalst
	Prof. Dr Steven Claes, AZ Herentals – KU Leuven
12u30	Netwerklunch, Interactieve sessie met live muziek

10 Mei 2025
08:30 – 14:00

KBC Brussel
Av. du Port 6, 1080 Brussel

scan me

Meer info en inschrijven

6 Maanden gratis
Artsenkrant-digitaal bij inschrijving!

Organisatoren

VASO Vlaamse vereniging voor arts-specialisten in opleiding

MAXSTER SUPPORTING YOUR CARE BUSINESS

Artsenkrant

Sponsor KBC

Belgen onderschatten risico hart- en vaatziekten

CARDIOLOGIE Bijna de helft (45%) van de Belgen onderschat de impact van hart- en vaatziekten. En hoewel bijna 80% het belang van preventie erkent, gelooft 11,8% van de mannen dat er weinig te doen is aan cardiovasculaire risico's. Bij jongeren gaat het zelfs om 17,3%.

De cijfers komen uit een recente studie van iVOX bij 1.000 Belgen, uitgevoerd in opdracht van Novartis. Hart- en vaatziekten zijn verantwoordelijk voor 23,6% van de overlijdens in België, maar bijna de helft van de respondenten onderschat dit cijfer.

Door betere behandelingen en preventie is de mortaliteit de voorbije decennia wel gedaald, zegt prof. dr. Guido Claessen, cardioloog in het Hartcentrum Hasselt en voorzitter van de Belgische Werkgroep Preventieve Cardiologie.

Oudemensenziekte

Uit de studie blijkt inderdaad dat onvoldoende beweging, stress en ongezonde voeding sterk onderschat worden als risicofactoren. Opvallend is ook dat 11,8% van de mannelijke respondenten gelooft dat er weinig te doen is aan cardiovasculaire risico's. Bij jongeren (-34 jaar) gaat het zelfs om 17,3%.

Dat komt overeen met de ervaring van prof. Claessen. "Het is effectief zo dat veel mensen wel een zekere notie hebben van risicofactoren, maar zich niet bewust zijn van de gevaren die ze kunnen lopen. Hart- en vaatziekten worden vaak afgedaan als een aandoening van de oude dag – terwijl problemen al veel vroeger kunnen optreden. En nog belangrijker, de cijfers tonen aan dat er vooral bij jongeren te weinig kennis is van de risicofactoren. Dat is geen goed nieuws, want het proces van atherosclerose begint al op jonge leeftijd."

Meer beweging

Bijna alle respondenten erkennen dat fysieke activiteit de hartgezondheid ten

goede komt, maar toch beweegt 41,3% minder dan 1,5 uur per week. 60% haalt niet de door de WHO aanbevolen 2,5 uur matig-intensieve activiteit per week. De vaakst aangehaalde redenen zijn tijdsgebrek, niet houden van sporten en een gebrek aan kennis.

Claessen pleit ervoor om van bewegen een dagelijkse gewoonte te maken. "Beweging is een no-brainer. We zien veel gunstige effecten van beweging op hart- en vaatziekten, niet alleen voor de kransslagaders maar ook voor ouder-

tot een lager risico op hart- en vaatziekten, en daardoor heb je minder uitgaven voor cardiovasculaire zorg, ambulante zorg, hospitalisaties enzovoort. Maar gezonde mensen leven langer, maken langer gebruik van bepaalde geneesmiddelen, zullen misschien langer verblijven in een woonzorgcentrum – en wie vaker gaat skiën heeft een groter risico om een been te breken. Je kan dus niet zomaar stellen dat meer lichaamsbeweging rechtstreeks leidt tot kostenbesparingen."



'Je kan niet zomaar stellen dat meer lichaamsbeweging rechtstreeks leidt tot kostenbesparingen'
– prof. dr. Raf Van Gestel

domsgerelateerde verstijving van de hartspieren, hartritmestoornissen en hartfalen. Het goede nieuws is dat je niet gigantisch veel beweging nodig hebt om je gezondheid te verbeteren. Ik lees in de media regelmatig dat je elke dag 10.000 stappen moet zetten, maar dat cijfer is nergens op gebaseerd. De grootste winst is te halen bij mensen die nu helemaal niet bewegen. Als je hen kan aanzetten om vier keer per week 15 minuten te bewegen, krijg je tot 40% risicoreductie op het niveau van het individu."

Economische winst

De impact voor de gezondheidszorg is lastiger te berekenen, zegt prof. dr. Raf Van Gestel, gezondheidseconoom aan het Leuven Instituut voor Gezondheidszorgbeleid. "Meer bewegen leidt

Maar macro-economisch gezien is het voordeel van lichaamsbeweging onomstreden, zegt Van Gestel: "Een verhoogde fysieke activiteit leidt tot een hogere arbeidsproductiviteit, minder ziekteverzuim en minder presentisme." Als iedereen het WHO-streefdoel van 2,5 uur gematigd intensieve inspanning per week zou halen, zou dat leiden tot een toename van het BBP met 0,2% (ongeveer een miljard voor België). "De belangrijke economische voordelen van lichaamsbeweging liggen dus niet zozeer in het terugschroeven van kosten voor de gezondheidszorg, maar eerder in een betere algemene gezondheid en arbeidsproductiviteit", besluit Van Gestel.

Erik Derycke

'De grootste winst is te halen bij mensen die nu helemaal niet bewegen'
– prof. dr. Guido Claessen

"Het grootste effect komt door rookpreventie. We weten nog maar sinds de jaren 70 dat roken geassocieerd is met hart- en vaatziekten. Ook het belang van cholesterol en bloeddruk zijn goed gekend. Maar voor de drie risicofactoren overgewicht, fysieke inactiviteit en diabetes scoren we vandaag slechter dan enkele decennia geleden. Dat heeft voor een groot stuk te maken met een sedentaire levensstijl en ongezonde voedingspatronen."

Het geheugen

» PHILIPPE LAMBERT
» FOTO'S: THIERRY STRICKAERT



24

prof. Steve Majerus

In werkelijkheid hebben we meer dan één geheugen. Er zijn verschillende systemen en subsystemen, die samenwerken.

» De complexe structuur van het geheugen



26

Christine Bastin

Ieder concept binnen het semantische geheugen is samengesteld uit een geheel van karakteristieke eigenschappen, die flexibel en contextueel moeten worden beheerd.

» Onze algemene kennis over de wereld



28

Sylvie Willems

Het episodische geheugen omvat de herinneringen aan gebeurtenissen die we persoonlijk hebben meegemaakt. Het speelt een essentiële rol in de opbouw van onze identiteit.

» De basis van onze persoonlijke geschiedenis



30

prof. Steve Majerus

Het werkgeheugen is essentieel voor het uitvoeren van onze dagelijkse activiteiten. Dat neemt niet weg dat dit geheugensysteem kwetsbaar is en zeer beperkt in capaciteit.

» Ons geheugen aan het werk

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

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

<https://www.ak-academy.be/2025/article046/article046-nl-be/?culture=nl-BE>





De complexe structuur van het geheugen

Het geheugen is niet monolithisch. In werkelijkheid hebben we meer dan één geheugen. Er zijn verschillende systemen en subsystemen, die samenwerken.

Hoeveel boeken en internet-sites houden niet de belofte op dat ze u kunnen helpen uw geheugen aan te scherpen aan de hand van oefeningen? In werkelijkheid zijn dat loze beloften, want geheugenoefeningen op de computer, puzzels of het van buiten leren van woordenlijsten, bijvoorbeeld, verbeteren niet de globale geheugenprestaties en helpen niet tegen verschillende geheugenklachten die mensen kunnen uiten: zich de naam van bekende personen niet kunnen herinneren, afspraken vergeten, moeilijkheden hebben om een gesprek te volgen, regelmatig zijn sleutels verliezen, ... De mechanistische perceptie van het geheugen als een monolithische entiteit waarvan het gedrag vergelijkbaar zou

zijn met dat van een spier is al vijftig jaar geleden verlaten. Dit ondergraaft de geloofwaardigheid van wondermiddelen die worden aangeprezen om de geheugencapaciteit te verbeteren of te herstellen, soms onder het mom van een misleidende terminologie, zoals 'mentale gymnastiek'.

Volgens de huidige modellen is het geheugen meervoudig. Het bestaat uit verschillende, aparte systemen en subsystemen, die samenwerken. De cerebrale netwerken die de verschillende geheugentypes onderbouwen, berusten op neuro-anatomische substraten, waarvan sommige onderdelen maar tot één substraat behoren en andere gemeenschappelijk zijn. Dit concept van het meervoudig geheugen heeft geleid tot

een grondige herziening van de behandeling van geheugestoornissen.

Kwetsbaar geheugen

De Canadese psycholoog Endel Tulving (1927-2023) van de universiteit van Toronto definieerde in 1972 het episodische en het semantische geheugen. In 1995 stelde hij voor vijf geheugensystemen te onderscheiden: het episodische geheugen, het semantische geheugen, het procedurele geheugen, het perceptieve representatiesysteem⁽¹⁾ en het werkgeheugen. De eerste vier maken deel uit van het langetermijngeheugen. Het werkgeheugen leent zich tot memorisatie op korte termijn. Het model van Tulving oogstte veel succes, maar andere auteurs hebben het achteraf aangepast en uitgebreid. Prof. Steve Majerus, hoofd van de *Unité de recherche en psychologie et neurosciences cognitives* (PsyNCog) aan de universiteit van Luik, beschrijft bijvoorbeeld een geheugen op zeer korte termijn (enkele milliseconden tot één seconde). Het gaat om het sensorische (of perceptieve) geheugen, dat bij Tulving niet voorkwam. Dit geheugen staat in voor het opslaan van visuele, auditieve, kinesthetische, gustatieve en olfactieve indrukken gedurende een fractie van een seconde. "Het draagt bijvoorbeeld bij tot het feit dat we vloeiende bewegingen zien als we kijken naar een film die opgenomen is a rato van 24 beelden per seconde. Omdat de perceptieve informatie slechts kortstondig in het sensorische geheugen aanwezig blijft, zou de indruk van een continue beweging er niet meer zijn als het ritme van de beelden lager was dan 16 hertz: in die omstandigheden zien we geen beweging, maar een reeks stilstaande beelden", legt Steve Majerus uit.

Het tweede systeem dat de korte termijn overbruggt, is het werkgeheugen. Het dient om tijdelijk gegevens op te slaan onder een

vorm die zeer toegankelijk is voor het bewustzijn, en om die gegevens gecontroleerd te verwerken voor het uitvoeren van cognitieve taken. Voorbeelden zijn hoofdrekenen en het volgen van een gesprek. Daarnaast is het werkgeheugen essentieel voor leerprocessen. Alan Baddeley, van het departement psychologie van de universiteit van Bristol, stelde in 1974 een referentiemodel voor dit geheugen voor. Het omvat een centraal beheersysteem dat de processen coördineert. Bij hoofdrekenen bijvoorbeeld, regelt dit systeem het verloop van de verrichtingen. Twee ondergeschikte systemen – het visuospatiële kladblok voor de mentale beelden en de fonologische lus – moeten de gegevens tijdelijk opslaan.

"Het model van Baddeley is historisch het eerste en vele klinici werken er nog mee, maar in werkelijkheid bestaan er talrijke andere modellen, waarvan sommige nauwkeuriger en vollediger zijn. Artsen lopen soms wat verloren in deze massa modellen – er zijn er meer dan dertig – en houden het daarom bij het eerste dat werd voorgesteld", onderstreept prof. Majerus.

Het uitgebreide netwerk van systemen en subsystemen waar het werkgeheugen een beroep op doet, kan verschillende configuraties aannemen naargelang het doel van het proces en het soort gegevens dat erbij aan bod komt. Als het om visuospatiële gegevens gaat, bijvoorbeeld, zal het netwerk de pariëto-occipitale hersenzones laten tussenkomen. Moet de persoon daarentegen een gesprek volgen, dan worden de frontotemporale zones ingezet, omdat die betrokken zijn bij de taal. Het functioneren van het werkgeheugen vergt ook het toespitsen van de aandacht, evenals strategische en operationele interventies die afhangen van het executieve systeem (frontopariëtale zones), uitwisselingen met het episodische en het semantische geheugen (zie verderop) en ten slotte de mogelijkheid om serieel op te treden (de intrapariëtale en mogelijk hippocampische zones), met andere woorden, de gegevens in de juiste volgorde schikken. "Omdat er zoveel netwerken bij betrokken zijn, is het werkgeheugen kwetsbaar", zegt Steve Majerus. "Het risico is groot dat het beschadigd raakt door hersenletsels ten gevolge van een beroerte, een trauma, anoxie of een andere oorzaak."

Multimodaal coderen

Geheugenfuncties die op langere termijn werken, zijn ofwel expliciet (of



prof. Steve Majerus

declaratief – men kan zijn herinneringen in woorden uitdrukken), ofwel impliciet (of niet-declaratief). De eerste categorie kan nog eens onderverdeeld worden in twee modaliteiten, het episodische en het semantische geheugen. Het episodische geheugen betreft het opslaan en het bewust beleven van episoden in een bijzondere ruimtelijke of temporele context – dinsdag heb ik met mijn broer geluncht in een Italiaans restaurant waar het drukkend warm was. Dit geheugen bevat dus de inventaris van onze persoonlijke voor- geschiedenis. Als het beschadigd wordt, treedt amnesie op. Dankzij het episodische geheugen kunnen we ons ook situeren in het heden ten opzichte van het verleden en de toekomst. Dit geheugen berust op een zeer uitgebreid neuronale netwerk waarin de hippocampus (mediane helft van de temporale lob) een essentiële rol speelt bij het opslaan van de gegevens en de context waarin ze zich voorgedaan hebben. Ook corticale zones waar de informatie wordt opgeslagen en geconsolideerd via herhaalde leerprocessen zijn belangrijk.

Episodische herinneringen worden multimodaal opgeslagen, waardoor ze gemakkelijk weer opgehaald kunnen worden, in vergelijking met semantische herinneringen die niet gecontextualiseerd zijn, zoals verderop zal worden uitgelegd. Er zijn in zekere zin verschillende draadjes waaraan men kan trekken om een episodische herinnering vanonder het stof te halen. Denk maar aan een smaak of een geur die totaal onverwacht een herinnering aan een ver verleden kan oproepen. Prof. Majerus wijst erop dat emoties relevant zijn voor het opslaan van episodische herinneringen. Hij haalt daarbij een citaat van Voltaire aan: “Wat tot het hart spreekt, blijft in het geheugen hangen.”

In 1977 introduceerden Roger Brown en James Kulik van Harvard University het begrip ‘flitsherinneringen’ (flashbulb memories). Ze verwezen hiermee naar het zich herinneren van de omstandigheden waarin men een belangrijke publieke gebeurtenis vernomen heeft, zoals de ramp met het ruimteveer Challenger of de aanslagen van 11 september. Volgens de twee Amerikaanse psychologen leiden emotionele gebeurtenissen die het uitgangspunt van flitsherinneringen vormen, tot een meer gedetailleerd en preciezer opslaan van de context waarin men het gebeurde vernomen heeft. Daardoor zouden de herinneringen langer in het

geheugen aanwezig blijven. Studies hebben echter achteraf aangetoond dat deze herinneringen weliswaar meer gedetailleerd en langduriger worden opgeslagen, maar dat ze – net zoals andere episodische herinneringen – fouten en vertekeningen kunnen bevatten, en dat er mettertijd gegevens aan kunnen worden toegevoegd of eruit verwijderd. “Herinneringen zijn nooit een letterlijke weergave van wat er gebeurt: ze zijn het resultaat van opeenvolgende reconstructies”, commentarieert prof. Arnaud D’Argembeau, hoofdonderzoeker bij PsyNCog.

‘De mechanistische perceptie van het geheugen als een monolithische entiteit waarvan het gedrag vergelijkbaar zou zijn met dat van een spier is al vijftig jaar geleden verlaten’

Het ophalen van episodische herinneringen is een actief proces, dat berust op een strategisch zoeken naar informatie aan de hand van aanwijzingen. Steve Majerus wijst overigens op het belang van de slaap voor het consolideren van leerprocessen. In sommige fasen van de slaap is het alsof de hersenen de geleerde sequenties ‘opnieuw afspelen’. Onderzoek heeft ook uitgewezen dat herinneringen langer blijven bestaan als ze met relatief lange, en niet met kortere tussenpozen worden gereactiveerd.

Bouwen aan identiteit

Het tweede luik van het langdurige declaratieve geheugen is het semantische geheugen, dat algemene kennis over de wereld verzamelt. Dankzij het semantische geheugen weten we dat Rome de hoofdstad van Italië is, maar ook wat we moeten doen als we ons in een restaurant bevinden – gaan zitten, de kaart bekijken, bestellen, eten, enzovoort. “Het semantische geheugen omvat op feiten gebaseerde, algemene of persoonlijke kennis, waarvan we niet meer weten in welke context we ze precies verworven hebben”, legt prof. Majerus uit. “Deze gegevens kunnen snel en automatisch naar boven worden gehaald.” Het semantische geheugen stoelt op netwerken opgebouwd uit verschillende representatieniveaus, gaande van zeer algemeen (een hond is een dier) tot zeer specifiek (mijn

hond blaft naar mensen die een pet op hebben). Dit systeem leent zich tot het verzamelen van begrippen die samen een script kunnen vormen. Begrippen zoals ‘voedsel’, ‘restaurant’ en ‘omgangsvormen’ kunnen aanleiding geven tot een script dat ons zegt hoe we ons op restaurant moeten gedragen. Het neuroanatomisch substraat van het semantische geheugen omvat onder andere de anteriore temporale cortex en het onderste gedeelte van de linker prefrontale cortex.

Het autobiografische geheugen is een begrip dat werd ontwikkeld op het raak-

het procedureel geheugen”, merkt Steve Majerus op. “Men weet, zonder te moeten nadenken, hoe men de tong en de lippen moet bewegen, en hoe men de ademhaling onder controle moet houden om de woorden uit te spreken. Het gebrabbel van een jong kind dat leert spreken, is ook een procedureel leerproces.” Dit geheugen doet een beroep op de basale ganglia, en het cerebellum kan een belangrijke rol spelen bij de revalidatie ervan. Andere vormen van impliciet geheugen zijn emotionele conditionering, geconditioneerde reflexen en het priming-effect, waarbij een prikkel (de prime) die wordt gegeven net voor een andere prikkel (het doel), de manier beïnvloedt waarop deze laatste wordt verwerkt, zonder dat de persoon zich bewust is van deze beïnvloeding.

De verschillende soorten geheugen werken vaak nauw samen. Het werkgeheugen, waarvan de capaciteit zeer beperkt is – 7 plus of minus 2 gegevens bij een volwassene tussen 18 en 25 jaar –, kan zichzelf een aantal verrichtingen besparen door een link te leggen tussen de gegevens die op korte termijn moeten worden verwerkt en episodische of semantische herinneringen.

Opmerkingen:

1. Omschreven door Tulving als een geheugen dat de vorm en de structuur van voorwerpen, gezichten en woorden (los van hun semantische betekenis) opslaat. Dit geheugentype komt niet meer voor in de huidige modellen.

Leerdoelen

Na het lezen van dit artikel bent u vertrouwd met:

- » Het geheugen als complexe functie, wat verklaart waarom eenvoudige geheugenoefeningen niet werken.
- » De vijf geheugentypes beschreven door Tulving.
- » Toevoegingen aan dit model, zoals het geheugen op zeer korte termijn.
- » De beschrijving en functie van het werkgeheugen.
- » De beschrijving en functie van verschillende types langetermijngeheugen.



Onze algemene kennis over de wereld

Ieder concept binnen het semantische geheugen is samengesteld uit een geheel van karakteristieke eigenschappen, die flexibel en contextueel moeten worden beheerd.

Het geheugen is niet monolithisch, het is meervoudig. Het bestaat uit onafhankelijke systemen en subsystemen die met elkaar interageren. Het semantische geheugen is één van de belangrijkste stukken van die 'puzzel'. Het is een vorm van expliciet langetermijngeheugen. Daarom ook is het een declaratieve functie, want de herinneringen die erin opgeslagen zijn, kunnen worden weergegeven onder vorm van woorden.

Die laatste eigenschap heeft het semantische geheugen gemeen met het andere grote luik van het expliciete langetermijngeheugen: het episodische

geheugen, dat gericht is op episoden die de betrokkene persoonlijk heeft beleefd in een specifieke context. In tegenstelling tot het episodische geheugen is het semantische geheugen niet contextueel – men herinnert zich niet op welk ogenblik en in welke omstandigheden de informatie die erin vervat zit, verworven werd.

Het semantische geheugen is de inventaris van wat men doorgaans bestempelt als onze algemene kennis over de wereld. Dankzij dit geheugen weten we dat Nelson Mandela de eerste zwarte president van Zuid-Afrika was en dat de Seine door Parijs stroomt, maar er zit veel meer in dan alleen

geschiedkundige of aardrijkskundige kennis. Het is de onderbouw van onze kennis over de betekenis van woorden (woordenschat) of geluiden (we weten dat geblaf van een hond komt), over wiskundige begrippen – wat is een optelling? –, maar het bevat ook schema's, scripts rond wat we moeten doen op een bepaalde plek (een concertzaal, bijvoorbeeld) of rond het normale verloop van een gebeurtenis. "Omdat het semantische geheugen gegevens opslaat over de wereld, bevat het veel concepten die gemeen zijn voor een hele culturele gemeenschap. Ieder van ons weet welke landen er in Europa liggen, wat het woord 'vuilnisbak' betekent, en ook dat een supermarkt een plek is waar men boodschappen kan doen", onderstreept neuropsychologe Christine Bastin, onderzoekster aan het GIGA-CRC Human Imaging van de universiteit van Luik. Het ziet er overigens naar uit dat steeds meer gegevens uit het semantische geheugen tussen de verschillende culturen worden gedeeld, onder invloed van de mondialisering.

Christine Bastin wijst er overigens op dat het semantische geheugen in de loop van het leven altijd maar rijker wordt, in tegenstelling tot het episodische geheugen dat aan scherpte inboet naarmate iemand ouder wordt. Voorwaarde voor die gestadige verrijking is uiteraard dat het neuro-anatomisch substraat gespaard blijft van ziekteprocessen. Het semantische geheugen breidt zich uit omdat we voortdurend dingen beleven of gericht leren, zoals dat op school gebeurt.

De semantische hub

Volgens het breedst aanvaarde model doet het semantische geheugen een beroep op een netwerk van verspreide semantische eigenschappen. "Binnen

dit model wordt een concept gedefinieerd aan de hand van eigenschappen", legt Christine Bastin uit. "Zo wordt een auto gedefinieerd op basis van eigenschappen zoals 'iets wat rijdt', 'dient om zich te verplaatsen', 'motor', 'stuur', 'zetel', 'metaal', 'autoband', 'koffer', enzovoort." Anders gezegd, de representatie van een concept zou verspreid zijn over subsystemen van semantische attributen (vorm, geluid, materiaal, beweging, ...). Die attributen zouden opgeslagen zijn in aparte hersenzones die specifiek instaan voor de perceptie ervan. Zo zou de klank van een viool gerepresenteerd zijn in de auditieve cortex (temporale lob) en de vorm van het instrument, in de visuele cortex (occipitale lob).

De specifieke eigenschappen van een concept die worden geactiveerd in verschillende hersenzones, moeten natuurlijk wel samenkomen in één zone waar ze worden ineengeschoven om het concept zelf gestalte te geven. Die coördinerende eenheid werd door de Britse psychologe Karalyn Patterson van de universiteit van Cambridge bestempeld als 'de semantische hub'. Deze hub zou gelokaliseerd zijn in het voorste gedeelte van de temporale cortex. Dat betekent dat een letsel in deze cortex leidt tot een ernstig semantisch deficit. Een dergelijk beeld ziet men bij semantische dementie. "Bij deze ziekte kan de patiënt niet langer de betekenis van woorden en situaties duiden", geeft Christine Bastin aan. "De patiënt begrijpt niets meer, zodat men niet langer met hem kan praten. Hij spreekt vlot, maar zijn taalgebruik wordt steeds schriller (met veel woorden als 'ding' en 'spul'). De fouten die hij maakt zijn vooral semantische parafasieën (bijvoorbeeld: 'kleed' in plaats van 'broek').

Eigenschappen kunnen horen bij veel verschillende concepten, of andersom, bij weinig of geen concepten. Vier poten hebben is eigen aan veel dieren (gedeelde eigenschap), maar twee bulen in de rug hebben doet selectief aan een kameel denken (distinctieve eigenschap). Als er in de systemen letsels optreden, zullen vooral distinctieve eigenschappen verloren gaan. Gedeelde eigenschappen zijn robuuster, net omdat ze deel uitmaken van talrijke concepten en daardoor sterker verankerd zijn. Als voorbeeld verwijst



Christine Bastin

Christine Bastin naar een tijger en een leeuw. In hun uitzicht hebben ze ongeveer alles gemeen, behalve dat de tijger als distinctieve eigenschap strepen heeft, en de leeuw, manen. Patiënten met een letsel in de subsystemen die deze elementen behandelen, zullen het verschil niet meer zien tussen een tijger en een leeuw, maar ze zullen wel kunnen zeggen dat het allebei dieren zijn.

Daarnaast bestaat er meestal een verband tussen perceptieve en functionele eigenschappen. “Het concept ‘mes’ wordt mee gedefinieerd door de perceptieve eigenschap dat het een lemmet heeft, die zelf in verband staat met het functionele begrip snijden”, legt Christine Bastin uit. Volgens het model van verdeelde semantische eigenschappen zijn sterk gecorreleerde eigenschappen beter bestand tegen hersenschade dan weinig gecorreleerde eigenschappen. Een gecorreleerde eigenschap neemt een andere gecorreleerde eigenschap mee in haar slipstream, door middel van een priming-effect.

Concepten beheren

De reeks modellen die opgeslagen is in het semantische geheugen en de mogelijkheid om tot die modellen toegang te krijgen, zijn twee verschillende zaken. De toegang tot modellen uit het semantische geheugen is een parameter die in de jaren 2010 in het wetenschappelijk debat werd geïntroduceerd door psychologe Elisabeth Jefferies van de universiteit van Manchester. Een beroerte kan bijvoorbeeld hersenschade veroorzaken waardoor representaties verloren gaan en het semantische geheugen gedeeltelijk uitvalt⁽¹⁾. Een deficit van het semantische geheugen kan echter ook voortvloeien uit de onmogelijkheid om concepten te beheersen of er op een flexibele manier toegang toe te vinden, rekening houdend met de context.

“Als men een welomschreven concept nodig heeft voor een welomschreven doel, moet er een zeer strikte controle worden uitgeoefend op de concepten, meer bepaald om ze te beheersen, om diegene te selecteren die pertinent zijn en andere te onderdrukken. Het semantische geheugen biedt meestal een snelle en automatische toegang tot informatie, maar soms is het automatisch activeren van een concept

niet pertinent voor de situatie waarin men zich bevindt. Hier komt de ‘semantische controle’ in beeld”, legt Christine Bastin uit. De hersenzones die instaan voor het semantische geheugen zijn vooral het onderste gedeelte van de linker prefrontale cortex en de frontotemporale cortex – zones die bij uitstek belast zijn met de executieve functies.

Elisabeth Jefferies en haar team beschrijven patiënten die een moeilijke toegang hebben tot concepten, terwijl die concepten intact zijn. Die personen

‘In het eerste stadium van semantische dementie zal een patiënt het beeld van een eend herkennen, maar na een paar maanden zal hij nog alleen kunnen zeggen dat het een vogel is, en nog later gewoon een dier’

hebben een stoornis van de semantische controle veroorzaakt door letsels van één of beide hogergenoemde hersenzones. Men spreekt van ‘semantische afasie’. De betrokkenen hebben typisch problemen met polyseme woorden – woorden met meer dan één betekenis. Ze gaan systematisch uit van de dominante betekenis, die wordt geactiveerd ten koste van een betekenis die in sommige omstandigheden meer zin zou gehad hebben. Christine Bastin geeft een sprekend voorbeeld met een piano. “Als men op die piano wil spelen, roept men automatisch gegevens op over de rol van het klavier en de pedalen”, zegt ze. “Maar als het de bedoeling is die piano te verhuizen, moet men zich zijn gewicht voor de geest halen (hij is zwaar). Zijn betekenis als muziekinstrument is in die omstandigheden niet relevant en moet dus actief onderdrukt worden, net omdat ze eigenlijk domineert.”

Semantische dementie

Uit woordenschattoefeningen, onder andere, blijkt dat semantische kennis toeneemt met de leeftijd, omdat men steeds meer concepten opslaat. Onderzoek toont echter ook aan dat ouderen het iets moeilijker hebben om flexibel toegang te vinden tot concepten en meer bepaald om de dominante

betekenis te onderdrukken als de context dit vereist. Dit heeft geen belangrijke gevolgen in het dagelijkse leven en houdt verband met een algemene achteruitgang van de executieve functies. Bij personen met de ziekte van Alzheimer vindt een vervroegd verlies van concepten plaats omdat het netwerk dat instaat voor het semantische geheugen en zich essentieel in de temporale kwab bevindt, hersenzones deelt met het episodische geheugen, meer bepaald de entorhinale en de

perirhinale cortex, die doorgaans het eerst door deze aandoening getroffen worden. “Binnen het semantische geheugen zijn deze regio’s in het begin van de ziekte betrokken bij het potentieel om verwante begrippen van elkaar te onderscheiden, zoals tijger en leeuw”, zegt Christine Bastin. “Daarna evolueert de ziekte en worden de mankementen van het semantisch geheugen ernstiger.” Volgens verschillende auteurs, onder wie Louis Renoult van de University of East Anglia in Norwich, is het niet pertinent om een onderscheid te maken tussen het episodische en het semantische geheugen. Het gaat hier veeleer om een continuüm tussen zuiver episodische en zuiver semantische representaties. Tussen beide uitersten zouden er representaties bestaan die min of meer episodisch en min of meer semantisch zijn.

Semantische dementie is één van de drie vormen van frontotemporale lobaire degeneratie. Bij deze relatief zeldzame ziekte blijft het episodische geheugen theoretisch bewaard, evenals het werkgeheugen. Patiënten met semantische dementie verliezen hun al eerder verworven semantische gegevens en hebben ernstige problemen om er nieuwe te verwerven. Het team van Karalyn Patterson verwijst naar een karakteristiek profiel dat men bij deze

patiënten opmerkt. Ziehier de belangrijkste aspecten. “In het begin zal de patiënt zeggen dat hij een eend ziet als men hem een eend toont”, legt Christine Bastin uit. “Maar na een paar maanden, zegt hij nog alleen dat het een vogel is. Uiteindelijk herkent hij alleen nog een dier. Bovendien verliest hij de representaties waarvan de eigenschappen relatief weinig gecorreleerd zijn (aspecten die zeldzaam zijn of atypisch in hun categorie), pas daarna de representaties die robuuster zijn omdat ze sterker met elkaar verbonden zijn.” De patiënt een aanknopingspunt geven, zoals de eerste klank van een woord, helpt niet. Het concept is immers helemaal zoek, wat ook het protocol is van de test waaraan de patiënt deelneemt. En ongeacht de modaliteit (visueel, auditief, enzovoort) zijn de moeilijkheden die de patiënt ondervindt altijd dezelfde. “Als het concept ‘hond’ weg is, zal de patiënt dit dier niet meer kunnen herkennen aan de hand van zijn naam, zijn geblijf, of een afbeelding, ...”, benadrukt de spreker nog. Geen enkele neuropsychologische methode (of andere benadering) kan voor deze complexe problematiek een oplossing bieden.

Opmerkingen:

1. Beroerte is de frequentste oorzaak van schade aan het semantische geheugen.

Leerdoelen

Na het lezen van dit artikel bent u vertrouwd met:

- » Het semantische geheugen als niet-contextueel luik van het declaratieve geheugen.
- » De gestadige uitbreiding van het semantische geheugen met de leeftijd.
- » De semantische hub als coördinator bij het samenbrengen van de eigenschappen die samen een concept vormen.
- » Het begrip semantische controle.
- » Aandoeningen van het semantische geheugen, waaronder semantische dementie.



De basis van onze persoonlijke geschiedenis

Het episodische geheugen omvat de herinneringen aan gebeurtenissen die we persoonlijk hebben meegemaakt. Het speelt een essentiële rol in de opbouw van onze identiteit.

Het episodische geheugen is het deel van het langetermijngeheugen waarmee een individu persoonlijk beleefde episodes kan opslaan en bewust herinneren, net als de context waarin die episodes werden gecodeerd in het geheugen. Die codering is multimodaal en kan visuele, auditieve, olfactorische, kinesthetische, smaak- en emotionele elementen behelzen. Door deze veelheid aan modaliteiten kunnen we gemakkelijker herinneringen ophalen aan specifieke gebeurtenissen uit het verleden, zoals een familiemaaltijd met Kerstmis.

Het episodische geheugen bundelt zijn krachten met het semantische geheugen – de opslagplaats van onze algemene kennis over de wereld (zie artikel op pagina 26) – om het autobiografische geheugen te vormen. Hierin worden onze persoonlijk beleefde episodes en de context waarin de herinnering tot stand kwam onder eenzelfde noemer gebracht, samen met de algemene kennis die ons in staat stelt om ze te situeren binnen onze persoonlijke geschiedenis. Ons autobiografische geheugen ligt aan de basis van onze identiteitsvorming en ons vermogen om ons-

zelf in de toekomst te projecteren. Het episodische geheugen staat in wisselwerking met andere geheugentypes, in het bijzonder, naast het semantische geheugen, met het werkgeheugen, dat o.a. helpt te bepalen welke componenten van de ervaren gebeurtenis moeten worden gecodeerd, in overeenstemming met ons zelf, met wat voor ons 'klopt' of zinvol is.

Driedelig proces

Elke episodische herinnering is het resultaat van een driedelig proces: de informatie en daarbij horende context, worden gecodeerd, vervolgens worden ze opgeslagen en geconsolideerd, en ten slotte opgehaald. "In wakkere toestand kenmerkt het dagelijkse leven zich door een voortdurende stroom aan informatie", zegt Sylvie Willems, docente klinische neuropsychologie bij volwassenen aan de ULiège. "Codering in het episodische geheugen vereist in eerste instantie dat die informatie wordt opgedeeld in episodes met een begin- en eindpunt." Het vermogen om informatie te segmenteren kan aangetast zijn, bijvoorbeeld na een traumatisch hoofdletsel. Het is een belangrijke voorspeller van de geheugenkwaliteit.

Na dit segmentatieproces volgt het koppelingsproces – in het Engels spreekt men van 'binding' – waarbij de afzonderlijke componenten die een episode kenmerken aan elkaar worden verbonden. Het gaat om verschillende soorten zintuiglijke informatie, net als emotionele en conceptuele informatie, die opgeslagen zit op verschillende plaatsen in de unimodale en heteromodale associatiecortex, of in andere regio's van de hersenen die verantwoordelijk zijn voor de verwerking van emoties. De hippocampus en het diëncefalon (de tussenhersenen) spelen een sleutelrol in dit proces van 'binding', doordat ze een code creëren die deze verschillende stukjes informatie met elkaar verbindt tot een enkele, samenhangende voorstelling van de episode, die zich onderscheidt van die van gelijkaardige episodes.

Herinneringen of voorstellingen in het geheugen komen tot stand door toedoen van de hippocampus, maar om een herinnering duurzaam te maken en in lijn te brengen met onze waarden en doelen, moet ze geconsolideerd worden. Het consolidatieproces berust op de versterking van recent gevormde geheugensporen om langetermijnherinneringen te vormen. Er worden gaandeweg nieuwe intra- en intercorticale verbindingen gemaakt. Zo kunnen er connecties gelegd worden met eerdere herinneringen of met semantische kennis. Dit leidt tot veranderingen in de hersenactiviteit, zowel op cellulair als systemisch niveau.

Na verloop van tijd vervaagt de rol van de hippocampus en worden de geheugenrepresentaties stabiel vastgelegd in de neocortex. Naarmate de tijd verstrijkt en doordat de neocortex onafhankelijk werkt van de hippocampus, kunnen bepaalde herinneringen getransformeerd worden in meer schematische, minder episodische herinneringen. Anderzijds kan het ophalen van vroegere herinneringen leiden tot de reactivering van geheugensporen, of

zelfs tot het ontstaan van nieuwe verbindingen en nieuwe codes. Er kunnen dus meerdere codes worden gevormd in het hippocampuscomplex, een fenomeen dat de verankering van de herinnering zal verstevigen. "Het is ook algemeen aanvaard, met name dankzij het werk van prof. Philippe Peigneux van de ULB, dat de slaap een belangrijke rol speelt bij geheugenconsolidatie, via een dialoog tussen de hippocampus en de neocortex die meerdere weken kan duren", merkt Sylvie Willems op.

Reconstructies

Logischerwijs zijn de codering en consolidatie van herinneringen noodzakelijke stappen in het later ophalen ervan. Het oproepen van herinneringen verwijst naar het bewust en gecontroleerd ophalen van een episodische herinnering in al haar rijkdom, inclusief de context waarin ze tot stand kwam. Dit is waar het episodische geheugen een rol speelt in executieve functies; een reeks hogere denkprocessen die ons in staat stellen om ons aan te passen aan onze omgeving, wanneer routinematige handelingen tekortschieten. "Het episodische geheugen herstelt bewust een bepaalde context en zoekt hierbij actief naar aanknopingspunten waarmee de associatieve processen aan de slag kunnen om de verschillende elementen met elkaar te verbinden", licht Sylvie Willems toe.

"Het strategisch ophalen van episodische herinneringen vergt heel wat middelen ter hoogte van de executieve functies", benadrukt de neuropsychologe. Dit proces kan verstoord raken en leiden tot geheugenproblemen en geheugenverlies. Naast het actief, bewust ophalen van herinneringen, kan dit ook spontaan en onbewust gebeuren. Associatieve, meer automatische processen zorgen dan voor het oproepen van de episodische herinnering, op voorwaarde dat er voldoende aanwijzingen beschikbaar zijn om de afgehele voor-



stelling te reactiveren in het geheugen.

In 1994 publiceerde de Amerikaanse arts en filosoof Israël Rosenfield, destijds hoogleraar neurowetenschappen en ideeëngeschiedenis aan de City University van New York, het boek ‘The Invention of Memory’. Een veelzeggende titel, waarmee de auteur benadrukt dat het ophalen van een episodische herinnering altijd het resultaat is van een reconstructie. Dit impliceert dat de herinnering kan worden vervormd, uitvergroot of vervaagd wanneer ze wordt opgehaald, of zelfs dat er onjuiste herinneringen kunnen ontstaan. Die laatste komen voort uit een episode die nooit écht heeft plaatsgevonden, maar die eerder uitgaan van een droom, een wens, een bepaalde overtuiging, etc.

Geheugenverlies

Geheugenproblemen in het episodische geheugen kunnen veroorzaakt worden door verschillende soorten stoornissen: problemen met het segmentatieproces, het koppelingsproces (‘binding’ van informatie), het consolidatieproces, de ophaalstrategieën, of nog, met het vermogen om een verband te leggen tussen de doorgemaakte episode en semantische informatie. Als er geen structurele, organische disfunctie is, is geheugenverlies in principe het gevolg van laesies die verschillende hersengebieden kunnen aantasten. Een uitzondering op die regel is psychogene of dissociatieve amnesie, die veroorzaakt wordt door intense emotionele stress of een verleden van psychologisch trauma. Er zijn veel mogelijke oorzaken van hersenletsels: hersentrauma, hersentumor, hersenschade door zuurstoftekort, de ziekte van Alzheimer, het syndroom van Korsakoff, hersenvliesontsteking, ... De functie van de aangetaste gebieden bepaalt het profiel van de waargenomen geheugenstoornissen.

Sylvie Willems verduidelijkt dat organische amnesie van voorbijgaande of permanente aard kan zijn. In het laatste geval kan het geheugenverlies progressief of stabiel zijn. De stabiele variant kan zich beperken tot een bepaald materiaal (bijvoorbeeld visueel), maar kan ook globaal zijn. Het amnestisch syndroom is een extreem en zeldzaam ziektebeeld dat gekenmerkt wordt door een globaal verlies van de geheugenfunctie. “We hebben dan te maken met de combinatie van twee stoornissen: een ernstige anterograde amnesie, waardoor de patiënt geen nieuwe informatie of herinneringen kan opslaan, en een al dan niet ernstige vorm van retro-

grade amnesie, waarbij de patiënt moeite heeft om zich informatie te herinneren die vóór het hersenletsel is verworven”, legt de neuropsychologe uit.

Patiënt HM

Als gevolg van dagelijkse, gegeneraliseerde epileptische aanvallen onderging patiënt HM in 1953 een bilaterale ablatie van de mediale temporale kwabben, inclusief de hippocampus. Zijn casus werd in de wetenschappelijke literatuur het typevoorbeeld van het amnestisch syndroom. Na de operatie was hij namelijk niet in staat om zich de namen en gezichten van nieuwe mensen te herinneren, kon hij zich geen nieuwe gebeurtenissen sinds de operatie herinneren, herkende hij de arts die hem al jaren behandelde niet en las hij voortdurend dezelfde tijdschriften opnieuw. Tot zover het anterograde luik van zijn amnesie. “Hij leed ook aan retrograde amnesie met een temporele gradient”, zegt Sylvie Willems. “Hoewel hij in staat was om oude herinneringen op te halen, met name aan zijn kindertijd, was hij de herinneringen aan gebeurtenissen die kort voor het letsel hadden plaatsgevonden kwijt. Zo’n temporele gradiënt is typisch bij retrograde amnesie: de herinneringen die het dichtst liggen bij het optreden van de geheugenstoornis zijn het meest aangetast, met individuele verschillen tussen patiënten wat betreft de lengte van de periode in kwestie – een paar uur, een paar dagen, een jaar, vijf jaar, tien jaar, enzovoort. In zeer zeldzame gevallen gebeurt het dat de patiënt alles vergeten is, inclusief zeer oude herinneringen.

Geïsoleerde retrograde amnesie, zonder geassocieerde anterograde amnesie, zou totaal atypisch zijn in de context van organische geheugenstoornissen. “Gevallen van retrograde amnesie zonder anterograde amnesie komen alleen voor wanneer psychogene factoren aan de basis liggen van de geheugenstoornissen”, aldus Sylvie Willems. Ze wijst er ook op dat de behandeling van patiënten met geheugenverlies zich voornamelijk richt op anterograde amnesie. Het is namelijk die vorm van geheugenverlies die de grootste impact heeft op het dagelijks leven wanneer ze verstoord is.

Restcapaciteiten

Het geheugen is niet monolithisch, maar bestaat uit onafhankelijke systemen en subsystemen die met elkaar interageren – denk aan het episodische, semantische, pro-

cedureel en werkgeheugen, ... Het concept op zich van een meervoudig geheugen opent therapeutische perspectieven. Hoewel het vandaag onmogelijk is om verloren episodische geheugenvaardigheden te herstellen, is het wél mogelijk om een reorganisatieproces op gang te brengen, dat steunt op de geheugensystemen die nog intact zijn. Bij patiënten met mild cognitieve stoornissen zal de focus vooral liggen op het beter benutten van de restcapaciteiten van het episodische geheugen. Als de problemen zich bijvoorbeeld beperken tot verbaal materiaal (onvermogen om namen van mensen te onthouden, wat er gezegd wordt tijdens een gesprek, etc.), kunnen we de patiënt geheugentechnieken aanleren op basis van mentale beeldvorming, die bruikbaar zijn in het dagelijkse leven.

Patiënten met ernstig geheugenverlies – mensen die jou kort na je vertrek alweer vergeten zijn en die door hun familie of in een zorginstelling opgevangen moeten worden – kunnen we soms toch nog een zekere mate van autonomie teruggeven, door het verlies van het episodische geheugen te aanvaarden en aan de slag te gaan met de systemen van het langetermijngeheugen die nog intact zijn.

Zo slaagden neuropsychologen van de ULiège en de Cliniques Universitaires Saint-Luc er eind de jaren ‘90 al in om een patiënt met ernstig geheugenverlies, als gevolg van een traumatisch hoofdletsel, tekstverwerking aan te leren. Via conditionering met het stimulus-respons-model wisten ze het intacte procedureel geheugen van de patiënt (automatismen) te activeren. Door te steunen op de vaardigheden van zijn semantische geheugen, dat ook bewaard was gebleven, konden ze hem bovendien nieuwe, informatica-gerelateerde woordenschat aanleren. Een intensief leerproces van meer dan twee jaar! En de patiënt zal nooit weten hoe hij deze kennis, als bij toverslag, heeft verworven...

Geheugensteuntjes

“Die ‘interne strategieën’, die gebruik maken van de overgebleven cognitieve capaciteiten en die de patiënten ezelsbruggetjes bieden voor een betere codering van herinneringen, zijn in de klinische praktijk alleen toepasbaar bij patiënten met lichte tot milde cognitieve stoornissen”, benadrukt Sylvie Willems. In meer ernstige gevallen, met name bij het amnestisch syndroom, moet men zijn toevlucht nemen tot ‘externe strategieën’. Een voorbeeld van zo’n geheugensteun is

een notitieboekje waarin de patiënt alle handelingen noteert die hij of zij moet uitvoeren en de stappen die daarbij komen kijken (ik moet naar de bruiloft van mijn neef – ik moet een kostuum dragen – mijn zus haalt me om 11.15 uur op, etc.).

Op vergelijkbare wijze kan men gebruik maken van het zogenaamde geheugenboekje, waarbij patiënten worden aangemoedigd om belangrijke gebeurtenissen en dingen die ze zich zouden willen herinneren op te schrijven, zodat ze nadien die episodes kunnen ophalen die, door hun geheugenstoornis, aan codering ontsnappen. Het goede nieuws is dat studies hebben aangetoond dat door de herinnering te reactiveren, de kans vergroot dat ze alsnog gecodeerd geraakt in het geheugen. Zo’n dagboek of geheugenboek bijhouden helpt de patiënt na verloop van tijd om een gevoel van persoonlijke identiteit te ervaren en verbetert het welbevinden.

Tegenwoordig kan de smartphone zowel de dagplanner als het geheugenboekje vervangen. Nog een alternatief is om een kleine ‘body camera’ te dragen. Die maakt de hele dag door foto’s die men nadien op een computer kan bekijken.

Maar dan mogen die mensen met ernstig geheugenverlies natuurlijk niet vergeten om die geheugensteuntjes te gebruiken... Neuropsychologen beschikken over een aantal technieken om die valkuil te proberen te omzeilen.

Leerdoelen

Na het lezen van dit artikel bent u vertrouwd met:

- » De verschillende cerebrale processen en structuren die nodig zijn om een episodische herinnering tot stand te brengen.
- » De rol van het episodische geheugen in onze identiteitsvorming en bij executieve functies.
- » De kenmerken van retrograde en anterograde amnesie en de presentatie van het amnestisch syndroom.
- » De prognose en therapeutische strategieën bij milde en ernstige vormen van geheugenverlies.



Ons geheugen aan het werk

Het werkgeheugen is essentieel voor het uitvoeren van onze dagelijkse activiteiten. Dat neemt niet weg dat dit geheugensysteem kwetsbaar is en zeer beperkt in capaciteit. Het kenmerkt zich door de complexiteit van de cognitieve processen dat het activeert.



prof. Steve Majerus

Het werkgeheugen heeft een dubbele functie: het tijdelijk vasthouden van informatie (minder dan een minuut) in een vorm die gemakkelijk toegankelijk is voor het bewustzijn, en de gecontroleerde verwerking van die informatie, om cognitieve taken uit te voeren. Het werkgeheugen is daarom absoluut onmisbaar in het dagelijkse leven. We doen er bijna constant een beroep op. Zonder je werkgeheugen kan je bijvoorbeeld geen mentale rekensom maken. Wanneer je twee getallen uit het hoofd optelt, moet je ze in gedachten kunnen houden terwijl je de denkprocessen uitvoert die nodig zijn voor de berekening. En wanneer je een zin leest, moet je je het begin van die zin herinneren tot aan het einde van de zin, om de betekenis ervan te achterhalen.

Zonder werkgeheugen is het onmogelijk om een gesprek te volgen of actief deel te nemen aan een werkvergadering of discussie. Zo moet je tijdelijk de argumenten kunnen onthouden die je wil aanhalen als reactie op wat je collega of gesprekspartner aan het zeggen is. Bij het opnemen van een bestelling in een restaurant moet de ober onthouden wat de klanten hebben gekozen, tot hij de informatie kan doorspelen aan de keukens. Zo zijn er ontelbare voorbeelden, zonder hierbij te vergeten dat het werkgeheugen een cruciale rol speelt bij het leren, vooral op schoolniveau.

Conceptueel model

Zoals we al aangaven in het eerste artikel van deze reeks, getiteld 'De complexe structuur van het geheugen', zijn er vandaag talloze modellen die de opbouw en het functioneren van het werkgeheugen proberen te omschrijven. Omdat klinici verdwaald raken in deze overvloed aan modellen, hebben ze vaak de neiging om bij het allereer-

ste model te blijven, dat in 1974 werd voorgesteld door Alan Baddeley van de faculteit Psychologie aan de Universiteit van Bristol. Zoals prof. Steve Majerus, hoofd van de *Unité de recherche en psychologie et neurosciences cognitives* (PsyNCog) van de ULiège, opmerkt, is dit model er slechts een van de vele.

Recente modellen worden veelal gekaderd in computationele structuren, met een grotere conceptuele precisie en falsifieerbaarheid. "We verwijzen vandaag minder naar specifieke modellen, maar leggen veeleer de nadruk op een structuur waarover consensus bestaat voor belangrijke concepten binnen elk van de bestudeerde cognitieve functies." Want opdat het werkgeheugen goed zou kunnen functioneren, is er heel wat nodig: interactie van verschillende processen die de aandacht en de executieve functies aansturen, activatie van herinneringen of kennis uit het langetermijngeheugen. Ook aandacht voor de 'seriële volgorde', d.w.z. de rangschikking van informatie in de juiste volgorde.

Complexe denkprocessen

De capaciteit van het werkgeheugen is zeer beperkt. Men schat dat het maximale aantal items dat een individu correct kan ophalen slechts 7 ± 2 is voor een volwassene van 18 tot 25 jaar, 5 tot 6 voor een kind van 10 jaar, en 4 of 5 voor een kind van 5 jaar. Die 'scores' zijn gebaseerd op tests waarin de volwassene of het kind woord- en cijferreeksen moet herhalen. Uiteraard is deze geheugenspanne onderhevig aan aanzienlijke interindividuele variabiliteit, maar ze is ook deels afhankelijk van het soort informatie dat je moet onthouden. Als het gaat om vertrouwde informatie, zal het aantal items veel hoger liggen dan wanneer je bijvoorbeeld woorden moet herhalen in

een vreemde taal die je totaal niet beheerst.

De voornaamste reden waarom het werkgeheugen informatie put uit de langetermijngeheugens, specifiek uit het episodische en het semantische geheugen, is zijn beperkte capaciteit. Het werkgeheugen legt een verband tussen de te verwerken informatie en de reeds opgeslagen ervaringen of kennis in het langetermijngeheugen. Zo kan het een aantal processen overslaan en wordt er ruimte vrijgemaakt om andere informatie te verwerken.

‘Uit steeds meer gegevens blijkt dat taken die als eenvoudig worden bestempeld, zoals het herhalen van getallen of woorden, in feite complexe cognitieve processen omvatten’

Uit steeds meer gegevens blijkt dat taken die als eenvoudig worden bestempeld, zoals het herhalen van getallen of woorden, in feite complexe cognitieve processen omvatten, die bovendien deels overlappen met andere cognitieve functies. Het is dan ook niet verwonderlijk dat het werkgeheugen steunt op hersennetwerken die verschillen naargelang het te bereiken doel en de aard van de te verwerken informatie (visueel, auditief, etc.). Daarnaast doet het werkgeheugen een beroep op netwerken die de noodzakelijke aandachtsfocus op de te verwerken informatie ondersteunen, of op nog andere netwerken, zoals het executieve systeem (fronto-pariëtaal netwerk); het arsenaal dat de strategische en operationele interventies die het werkgeheugen moet uitvoeren, beheert.

Hersennetwerken

Laat ons eens overlopen welke processen allemaal moeten plaatsvinden. Ten eerste moet de informatie die je een beetje eerder hebt opgeslagen, onderdrukt worden om de informatie die je nu ontvangt te kunnen bijwerken. Ten tweede, moeten alle bronnen van afleiding uitgeschakeld worden tijdens de verwerking van pertinente informatie. Een derde proces, nodig bij ‘dual tasking’, betreft dan weer het

flexibel verdelen of verspringen van de aandacht tussen verschillende taken. Bijvoorbeeld, een scholier luistert naar de leerkracht en noteert tegelijkertijd wat de leerkracht enkele ogenblikken eerder heeft uitgelegd.

Nog andere netwerken zijn betrokken bij het functioneren van het werkgeheugen, met name het netwerk dat de interacties tussen het werkgeheugen en het episodische en semantische geheugen coördineert, en het netwerk dat de ‘seriële orde’ verwerkt. We kunnen die seriële orde eenvoudig schetsen met een

voorbeeld uit de taal. Elke taal heeft een eindig aantal fonemen. Het is de volgorde waarin ze gerangschikt zijn, die ons in staat stelt woorden van dezelfde lengte en syllabische structuur te onderscheiden. Seriële orde is niet minder belangrijk dan de algemene processen die aan het werk zijn in het kortetermijngeheugen, vooral als we het hebben over een leeromgeving. Al in 2010 schreef prof. Majerus hierover in het tijdschrift *Développements*: “Bepaalde recente theoretische modellen gaan ervan uit dat het vermogen om de volgorde van fonemen op te slaan in het kortetermijngeheugen bepalend is voor hoe snel we nieuwe woordreeksen kunnen opslaan in het langetermijngeheugen, want het gaat vooral om een nieuwe ordening van reeds gekende fonemen.”

Destijds toonde onderzoek in Luik en Brighton aan dat het woordenschatniveau van een kind op 6- of 7-jarige leeftijd sterk samenhangt met hun vermogen om ‘seriële orde’-informatie op te roepen, terwijl diezelfde vaardigheden op 4-jarige leeftijd de beste voorspellers zijn van hun woordenschatniveau een jaar later. Bij volwassenen geldt: hoe scherper dit vermogen, hoe sneller ze nieuwe woordenschat kunnen leren.

Een fundamentele vraag die we ons kunnen stellen over het werkgeheugen:

kan het wel als een geheugensysteem aan zich gedefinieerd worden, gezien de overvloed aan netwerken dat het activeert en die niet eigen zijn aan dat werkgeheugen? Een vraag die aansluit bij de trend van neurowetenschappers die het concept van geïsoleerde en specifieke cognitieve modules in vraag stellen en voorrang geven aan een constructie van integratieve processen.

Grote uitdaging

Naast de beperkte capaciteit heeft het werkgeheugen nog een ander kenmerk: het is erg kwetsbaar. Dat komt omdat het een beroep doet op een groot aantal hersennetwerken, die op hun beurt gebruik maken van allerlei systemen en subsystemen die anatomisch verspreid liggen in de hersenen. Bijgevolg is de kans groot dat na een beroerte, hoofdletsel, zuurstoftekort of een andere oorzaak, een of meer van deze structuren beschadigd raken, of dat er tussen sommige van deze structuren een verbindingsprobleem ontstaat. Afhankelijk van de getroffen hersengebieden kunnen de tekorten in het werkgeheugen variëren. Zo kan de aandachtscontrole aangetast zijn, maar ook subtielere vermogens, zoals het verwerken van de seriële orde – iets dat overigens vaak aangetast is bij leerstoornissen.

Het variabel profiel van de stoornissen in het werkgeheugen vraagt om een geïndividualiseerde therapeutische aanpak, die rekening houdt met de precieze aard van de deficiënte component(en) bij een bepaalde patiënt. Voor Steve Majerus vormt dit momenteel een grote uitdaging in de klinische praktijk, maar het is ongetwijfeld de weg vooruit. Anderzijds wordt de frequentie van sommige stoornissen onderschat omdat ze weinig opvallen.

Er is software op de markt, zowel voor de revalidatie als voor de versterking van het werkgeheugen. De meeste programma’s bootsen videospelletjes na. De aanpak, die veelal berust op het trainen van het werkgeheugen en van de aandacht, overtuigt niet echt. Sommige klinici maken wel gebruik van software zoals Cogmed, ontworpen door het Karolinska Instituut in Stockholm. Voor leerstoornissen, is de conclusie duidelijk: kinderen boeken alleen vooruitgang op de taken waarop ze hebben geoefend, maar het positieve effect verdwijnt zodra ze taken voorge-

schoteld krijgen die verder afdrijven van de taken waarop ze geoefend hebben. “Deze producten zijn erg populair bij het grote publiek. Ze worden al op de markt gebracht nog vóór de studies die hun therapeutische effectiviteit moeten aantonen afgerond zijn”, zegt het hoofd van de PsyNCog-afdeling. “Recente meta-analyses hebben uitgewezen dat, t.o.v. een controleconditie waarin het kind oefeningen krijgt die niet specifiek gericht zijn op het werkgeheugen of op de aandacht, het effect van de software zeer beperkt is.”

Om stoornissen in het werkgeheugen aan te pakken, worden logopedie en neuropsychologische behandelingen nog steeds het sterkst aanbevolen. Naast de voordelen die deze behandelingen bieden, vormt goed gestructureerd schoolonderwijs voor kinderen een natuurlijke, niet te onderschatten stimulans voor het werkgeheugen.

Sylvie Willems’ onderzoek wil het begrip en de behandeling van episodische geheugenstoornissen verbeteren. Hiervoor is haar team op zoek naar patiënten die, onlangs of in het verleden, mild of ernstig hersentrauma opliepen. Geïnteresseerde patiënten kunnen contact opnemen via maud.billet@uliege.be

Leerdoelen

Na het lezen van dit artikel bent u vertrouwd met:

- » De functies van het werkgeheugen en het belang ervan in het dagelijkse leven.
- » De verschillende geheugennetwerken en -systemen waarop het werkgeheugen steunt.
- » Het concept van ‘seriële orde’.
- » Het variabel profiel dat stoornissen van het werkgeheugen kunnen uiten en het belang van een geïndividualiseerde therapeutische aanpak.
- » De plaats van software in het revalideren van het werkgeheugen, en die van neuropsychologische of logopedische begeleiding.

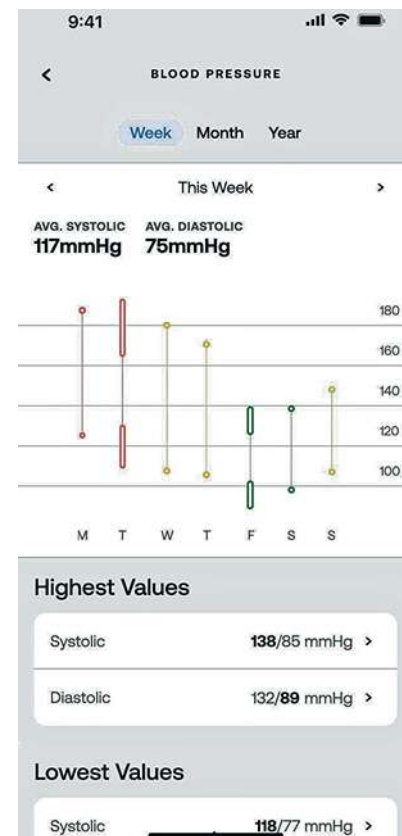
Hebben trendy bloeddrukmeters zin?

TECH Geen doktersbezoek zonder dat de bloeddrukmeter om de bovenarm gaat. Maar er bestaan intussen ook gadgets waarmee je de tensie eenvoudig eigenhandig kan opnemen. Is de klassieke meter rijp voor het museum?

Withings BPM Core

De BPM Core (de letters staan voor Blood Pressure Monitor) heeft nog enigszins de vertrouwde look van een traditionele bloeddrukmeter, maar daarachter gaat een brok hightech schuil. Via een ingebakken motortje spant de manchet zich automatisch strak rond de bovenarm. Even later lees je de systolische en diastolische bloeddruk af op het apparaat zelf, of met de Withings smartphone-app – compleet met kleurcodes die op eventuele risico's duiden. De app heeft ook een functie om de meetgegevens, waaronder je volledige bloeddrukgeschiedenis, meteen te delen met een arts.

Zelf je bloeddruk meten kan volgens de fabrikant ook helpen om gemaskeerde hypertensie op te sporen, waarbij de



Wat zegt de expert?

Hartspecialist dr. Guy Lenders is diensthoofd cardiologie in het AZ Monica in Deurne. Hij is verbonden aan het Thoraxcentrum Kontich en voert ook procedures uit in het UZA. Lenders meent dat deze bloeddrukgadgets zeker een meerwaarde kunnen bieden. Een cardioloog is in de praktijk erg beperkt in het analyseren, opvolgen en het behandelen van hypertensie van patiënten. Vaak gebeurt de meting maar één keer per jaar, wanneer ze op consultatie komen. “En een eenmalige hoge bloeddruk, daar kunnen wij ons beleid niet op afstemmen”, legt de hartspecialist uit. “Bloeddruk is namelijk de parameter bij uitstek die door allerlei factoren erg variabel is. Denk alleen al aan de wittejassenhypertensie als gevolg van zenuwachtigheid, stress op de parking van het ziekenhuis, en dergelijke. Daarom ben ik er voorstander van dat patiënten thuis, in rustige omstandigheden, zelf hun bloeddruk in de gaten houden.” Dr. Lenders stelt wel voorop dat zulke metingen met name bedoeld moeten zijn

voor patiënten met een mogelijke of gekende hypertensie, én voor ziekere mensen met bijvoorbeeld hartfalen of nierinsufficiëntie: “Zij nemen nauwelijks hun bloeddruk op, thuis al helemaal niet, waardoor ze over onvoldoende goede metingen beschikken.”

Voor gebruik bij niet-patiënten wil de cardioloog toch waarschuwen voor het gevaar van overmedicalisering: “Niet iedereen weet wat een normale bloeddruk is, of dat je bloeddruk ontzettend kan variëren. Dus als men te pas en te onpas gaat meten, zou dat kunnen leiden tot foute diagnoses en tot overbelasting van artsen door onnodige consultaties.”

Sharen is caren?

Wat de betrouwbaarheid van de gadgets zelf betreft: vroeger gold meting aan de bovenarm als de gouden standaard. “Maar er zijn intussen ook studies die aantonen dat er ook betrouwbare metingen mogelijk zijn met polsbloeddrukmeters”, weet dr. Lenders. “Al wachten we liever nog even tot dit allemaal echt gestandaardiseerd en



‘Geen enkele cardioloog zit erop te wachten dat al zijn patiënten continu dit soort data gaan doorsturen’

– dr. Guy Lenders

bestendigd is, omdat we dan pas met zekerheid kunnen zeggen dat het de klassieke meting aan de bovenarm kan vervangen. Het is bijvoorbeeld geweten dat polsbloeddrukmeters vaak wel heel accuraat zijn in de iets verhoogde of verlaagde range, maar soms onvoldoende correct bij een heel hoge of heel lage bloeddruk.” Via de bijbehorende app kan een patiënt de meetgegevens van zijn geconnecteerde bloeddrukmeter tegenwoordig ook eenvoudig delen met de arts. Maar zit een cardioloog daar op te wachten? “Op het gebied van hartritmestoornissen staan we daar al heel ver mee. Denk aan pacemakers en defibrillatoren die elke avond een verslag doorsturen naar het telemonitoringsecretariaat, waar gekeken wordt of er afwijkingen zijn”,

zegt dr. Lenders. Hij is ervan overtuigd dat dit op termijn ook voor bloeddrukmetingen geautomatiseerd zou kunnen verlopen – al is dat zeker niet altijd wenselijk. “In sommige centra gebeurt het al manueel, zij het alleen bij patiënten met hartfalen en nierinsufficiëntie. Zij sturen de gegevens dan vanuit de app zelf door naar hun arts. Tegelijk denk ik, met de drukte in de gezondheidszorg, dat geen enkele cardioloog erop zit te wachten dat al zijn patiënten continu dit soort data gaan doorsturen. Maar voor een bepaalde groep mensen met hypertensie zou het wel prettig zijn als ze niet meer fysiek moeten langskomen, en dat ze via teleconsultatie verder geadviseerd kunnen worden. Daar is ruimte voor verbetering, en daar zouden dit soort gadgets wellicht aan kunnen bijdragen.”

bloeddruk normaal lijkt in klinische omstandigheden, maar thuis verhoogd is. Dit is het tegenovergestelde van de gekende wittejashypertensie (een probleem dat onze expert in het kaderstuk aankaart).

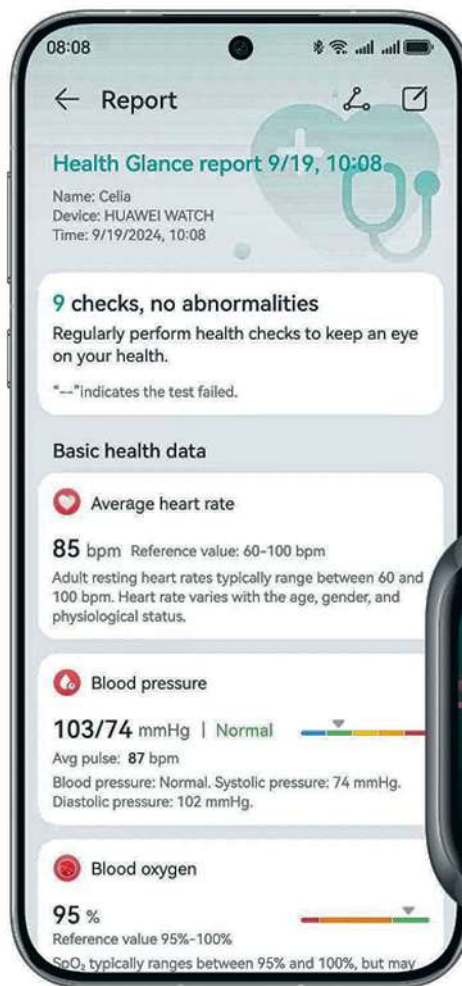
De Core is overigens het meer geavanceerde broertje van de BPM Connect (129,95 euro). Het topmodel heeft als belangrijkste extra's de mogelijkheid om een elektrocardiogram (ECG) te maken, en een 'digitale stethoscoop' die aan de hand van AI, getraind met behulp van duizenden echte hartgeluiden, storingen kan opsporen. Beide toestellen zijn volgens Withings 'klinisch gevalideerd'.

>> Info: withings.com

>> Richtprijs: 249,95 euro

Huawei Watch D2

Terwijl de geruchtenmolen al jaren zinspeelt op een Apple Watch met een geïntegreerde bloeddrukmeter, werd die primeur zopas weggekaapt door Huawei. De smartphones van het Chinese merk mogen door handelsbeperkingen opgelegd door de VS al even uit het Belgische straatbeeld zijn verdwenen, de slimme horloges van Huawei gaan bij ons nog steeds vlot over de



De Huawei Watch D2 beschikt over een bloeddrukmeter.



toonbank. En het nieuwste model, de Watch D2, beschikt nu dus ook over een bloeddrukmeter.

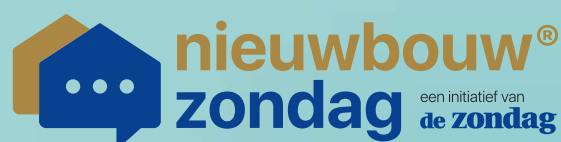
Het principe: ook weer een opblaasbare band, maar dan rond de pols. Die aanpak maakt het volgens Huawei mogelijk om je systolische en diastolische bloeddruk de klok rond te monitoren – ook tijdens de slaap. Daarmee voldoet het uurwerk aan de richtlijnen van de Europese Vereniging voor Hypertensie (ESH) voor ambulante bloeddrukmetingen aan met tussenpozen van 15 tot 30 minuten, met minstens twintig metingen overdag en zeven 's nachts (waarvan – voor de volledigheid – minimaal 70 procent succesvol moet zijn). De vraag is natuurlijk of zulke nachtelijke registraties je niet uit je slaap halen. Dat hebben we nog niet proefondervindelijk kunnen vaststellen.

De Huawei Watch D2 is ook geschikt voor het maken van hartfilmpjes (ECG), monitort je bloedzuurstof, nachtrust en stress, en beschikt daarnaast uiteraard over alle andere snufjes van een slim uurwerk.

>> Info: consumer.huawei.com

>> Richtprijs: 399 euro

Michel van der Ven



Deuren open, dromen binnen?

Ontdek op 1 dag tal van nieuwbouwprojecten die speciaal voor jou de deuren openzetten.

Zondag
27 april



Van plan te kopen, bouwen of investeren? Surf naar www.nieuwbouwzondag.be of scan de QR-code voor meer info.





Luc Bonneux is ouderenarts en epidemioloog.

Euthanasie bij psychisch lijden

In het Verenigd Koninkrijk wordt stevig gedebatteerd over 'assisted suicide', een weldra mogelijk toegestane vorm van euthanasie. Kritische filosofen mengen zich in dit debat. Een verrassend inzicht is dat euthanasie zelfdoding is. De wilsbekwame persoon geeft de taak hem te doden aan de arts, in plaats zelf te kiezen voor morsige of onveilige methoden. Dat toont een stevige tegenstelling: maatschappij en gezondheidszorg doen heel wat moeite om zelfdoding te voorkomen, maar organiseren zelf gemedicaliseerde zelfdoding.

Euthanasie is ontstaan ter voorkoming van onstilbaar lijden aan het einde van het leven. Door het wijkend geloof in God en het toenemende kunnen om de dood uit te stellen zagen arts en (vooral) patiënt het nut niet meer in van traag en onherroepelijk te creperen aan een onbehandelbare ziekte in haar laatste fase. Euthanasie maakt het mogelijk om lan-

Erg vaak zijn het jonge vrouwen. Vragen is daarom niet krijgen, maar feministische filosofen zijn bezorgd. Euthanasie kan een manier zijn om de specifieke zorgen en levensangsten van vrouwen drastisch op te lossen: het is een zeer efficiënte manier van zelfdoding. Psychisch lijden is erg fluctuerend, niet gemakkelijk te meten en nog moeilijker te voorspellen. Nog veel moeilijker te voorspellen is medische vooruitgang: een dertiger leeft nog een halve eeuw.

In de libertijnse visie geldt dat mensen individueel voor zichzelf beslissen: hun wil is wet. Dan moeten we de zelfmoordlijn afschaffen en vervangen door de boodschap: bij vragen over zelfdoding, praat met uw huisarts over euthanasie. Jonge vrouwen met anorexie die zich doodhongerend oefenen enkel hun recht op zelfbeschikking uit, behandeling is paternalisme. Labelen we anorexie als ziekte? Depressie niet, dan? Psychiatrische patiënten met een doodswens zijn ervaren in het manipuleren en shoppen tot ze vinden wie ze zoeken. Huisartsen hebben de kennis noch de ervaring om hiermee om te gaan.

Wij hebben een zelfmoordlijn, een komiek die een aangrijpend programma over zelfdoding durfde te maken. Dat is omdat mensen een zeer sociale aap zijn. Wij zorgen voor elkaar. Het assisenproces over de euthanasie van een jonge vrouw was barslecht drama omdat geen mens gelooft dat de betrokken artsen moordenaars waren. Maar het toonde wel de niet genezen wonden van de achterblijvers. Niet artsen, familie of (godbetert) de Kerk hadden zich te verantwoorden. Wel de vraag: is euthanasie bij psychisch lijden verantwoord en goed geregeld? •

“Is euthanasie bij psychisch lijden verantwoord en goed geregeld?”

ger van wat er nog rest van het leven te genieten, omdat we het laatste eindje ondraaglijk lijden mogen laten staan. Hetzelfde geldt ook voor erg oude mensen. Lijden door gevorderde aftakeling aan het einde van een lang bestaan is evengoed onherroepelijk, onstilbaar en zinloos.

Het cruciale zinnetje is “aan het einde van het leven”: de patiënt met een progressieve aandoening die om euthanasie vraagt wordt niet geacht nog lang te leven. Dat is anders bij psychisch lijden. Euthanasie is daar losgezongen van te verwachten ziekte en dood aan het einde van het bestaan.

De auteur schrijft in eigen naam.



AI en zorgkwaliteit

Open brief van IT-managers en IT-dienstverleners uit de zorgsector.

De gezondheidszorg staat op een belangrijk keerpunt. Veel zorginstellingen onderzoeken hoe AI hun werk kan verbeteren, maar de sector lijkt nog niet klaar voor grootschalige toepassingen. Vlaamse zorgspelers merken dat de helft van hun AI-projecten niet tot een succesvol einde worden gebracht. De voornaamste redenen? Povere datakwaliteit, gebrekkige risicoanalyses, stijgende kosten, te lage adoptie en

– opvallend – onduidelijkheid over de geleverde waarde. In de zorg draait alles om de patiënt, maar er komen ook veel ondersteunende processen bij kijken. AI kan in beide gevallen een groot verschil maken. Het achterliggende idee is in ieder geval dat toepassingen van AI in de zorgsector zich niet per se op louter tijdswinst richten, maar op het verbeteren van de zorgkwaliteit. •



Empathie en onderwijs

Pedro Brugada

Cardioloog, wetenschappelijk directeur van het Heart Rhythm Management Center van UZ Brussel.

Een hoge empathie verbetert het resultaat van de contacten tussen patiënt-arts-verpleegkunde. Tijdens een empathisch overleg begrijpt de patiënt veel beter alle aspecten van de gestelde diagnose, waardoor de verdere planning voor onderzoeken en behandelingen makkelijker door de patiënt geaccepteerd wordt. Als empathie zo belangrijk is, hoe lossen

we een gebrek aan empathie dan op? Misschien moeten we andere rolmodellen zoeken die studenten stimuleren om empathisch te worden. Verschillende wetenschappelijke studies suggereren dat AI een belangrijke rol kan spelen. Empathie gaat om de juiste vragen stellen aan de patiënt en om de juiste antwoorden geven. Met empathisch

juist wordt bedoeld het gevoel aan meevoelen door de arts of chatbot, het gevoel dat de patiënt een uniek mens is en geen nummer. Om dit niveau van empathie te bereiken, is kennis essentieel, niet emotie. AI kan triljoenen gegevens in een mum van tijd analyseren, wat totaal onmogelijk is voor een mens. •

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



Penalisatie van artsen

Stan Politis

Voorzitter van het VBS-GBS, bestuurslid BVAS/VAS.

De uitkeringen die aan langdurig zieken betaald werden, bedroegen in 2023 een recordbedrag van 11,7 miljard euro, waarvan 9,1 miljard euro voor mensen die al meer dan een jaar thuiszitten. Voor Minister Vandenbroucke is de remedie eenvoudig. Aangezien de gatekeepers die beslissen hoelang iemand moet thuisblijven artsen zijn (vaak huisartsen en psychiaters) zullen zij 'financieel' geresponsabiliseerd worden voor hun 'voorschrijfgedrag'. Er komt zelfs een 'kliklijn' waar werkgevers artsen kunnen aangeven die naar hun aanvoelen verdachte ziekteattesten en getuigschriften arbeidsongeschiktheid uitschrijven. Dit alles werd gebetonneerd in het regeerakkoord. Langdurige arbeidsongeschiktheid wordt hiermee afgedaan als een medisch probleem waarvoor artsen verantwoordelijk zijn – en als ze dat volume niet in toom kunnen houden, dan zullen ze dat voelen. •



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

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

Hoofredacteur

Filip Ceulemans (filip.ceulemans@roularta.be)

Eindredactie

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

Redactie

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

Vaste medewerkers

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

Fotografie

Belga Image, Getty Image

Vormgeving

Opmaak magazines

Druk

Roularta Printing

Zoekertjes en Personeelsadvertenties

Natalie Vandewalle - ☎ 02-702.70.31

vacature.healthcare@roularta.be

Artsenkrant papier

Adreswijzigingen enkel per e-mail: circulation.rhc@roularta.be.

149 euro - ☎ 078-35.33.13

Artsenkrant online

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

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

Commerciële afdeling

Account managers

Corry Bas - ☎ 0471-58.40.86

corry.bas@roularta.be

Sylvie Mayi - ☎ 0486-41.22.00

sylvie.mayi@roularta.be

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



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.



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

De Douro

Rivier van goud

VAN 12 TOT 19 OKTOBER 2025

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

Bezoek de wereldberoemde wijngaarden waar porto en vinho verde worden geproduceerd en geniet van een uitstap naar het historische Salamanca, Spanje. De thuisbasis van de oudste universiteit van Europa, opgericht in 1218. Deze reis combineert cultuur, natuur en wetenschap voor een onvergetelijke ervaring in Portugal.



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

Wetenschappelijk programma 2025:

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

Accreditering wordt aangevraagd

Groenland / Douro

Diabetes type 1 (deel 1)

Groenland / Douro

Diabetes type 1 (deel 2)

Groenland / Douro

Slaap

Groenland / Douro

Levensstijl

Groenland

Focale leverletsels

Groenland

Focale nierletsels

Groenland

Radiofrequentie ablatie

Meer info en reservatie

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

WERKAANBOD

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

N09015

Huisarts Noordbrug Kortrijk zoekt collega voor samenwerking.

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

N09016

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

N09017

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

N09018

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

N09019

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

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

Collega gezocht in Aalst:

- multidisciplinaire ondersteuning
 - vlakke structuur met zin voor innovatie
 - ruimte voor inspraak en specialisatie
- Meer info: www.praktijkopperode.be

N09023

Nieuwe collega huisarts gezocht in groepspraktijk De Genstberg in Alseberg, gelegen in de groene Rand van Brussel. Meer info: www.degenstberg.be. Contact: dr.deghellinck@degenstberg.be.

N09024

VERVANGINGEN

Zwangerschapsvervangings 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 drsalarongin@gmail.com .

NR1981

Vervangarts Gent centrum bevallingsverlof half mei - half aug 2025: huisartsen Tolhuis zoekt enthousiaste vervangarts van half mei tem half aug. Kom jij ons team versterken?

Mail voor meer info: tolhuislaan@hotmail.com

NR1976

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

NR1978

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



Ben jij een gedreven arts met specialisatie in **urgentiegeneeskunde**?

De **FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu** is op zoek naar

3 medisch directeurs 112

Je werkt op de medische afdeling van de 112 noodcentrales. Je hebt een sleutelrol en zorgt ervoor dat de operatoren de oproepen beter kunnen behandelen.

1 arts voor het Chief Medical Office

Je bouwt een Belgisch gezondheidswachtstelsel uit samen met je collega's en zorgt er zo rechtstreeks voor dat de risico's en crisissituaties op vlak van volksgezondheid beheersbaar zijn.

Ben jij klaar om het verschil te maken?
Solliciteer tot en met 9 april 2025!



Volksgezondheid
Veiligheid van de Voedselketen
Leefmilieu

werken voor 



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

dk Doc@work

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

Bent u op zoek naar personeel?

Defensie is dringend op zoek naar zelfstandige (huis)artsen voor de medische basiselectie in het Militair Hospitaal te Neder-Over-Heembeek. Interesse? Stuur dan een mail naar dghr-hrb-vr-med@mil.be



DEFENSIE

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

Buitenkans overname: grote dokterswoning + drukke huisartsenpraktijk + inboedel + auto in Oost-Vlaanderen. Bel 0496/161 961 NC8279

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

Buitenkans voor minimaal 2 jonge, ondernemende en geaccrediteerde huisartsen. Overname van heel drukke solopraktijk te Izegem wegens pensionering. Zeer gunstige voorwaarden en desgewenst begeleiding. Tel. 0491/64.89.09 of 051/30.74.67. NC8278

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

VASTGOED

Instapklaar handelspand te koop met 3 ruime behandelkamers, sterilisatie, airco, onderkelderd, incl.privéparking te Lommel centrum. Tel. 0475/37.65.66. NB8030

UW ADVERTENTIE HIER

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



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 geaffilieerd 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



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





Sint-Maarten

algemeen ziekenhuis
emmaüs



AZ Sint-Maarten is een hypermodern regionaal ziekenhuis met 643 hospitalisatiebedden en 120 plaatsen daghospitalisatie en telt zo'n 40 specialismen. We staan voor professionele, toegankelijke en betaalbare zorg die we continu verbeteren. Respect, openheid, kwaliteit, samenwerking én een gezonde ambitie zitten diepgeworteld in ons DNA.

Om onze gedreven teams te versterken, zijn we momenteel op zoek naar nieuwe collega's:

- Arts specialist Dermato – Venerologie
- Arts specialist Hematologie
- Arts specialist Urologie



Interesse?
www.azsintmaarten.be/vacatures

Het **Koningin Elisabeth Instituut (KEI)** is een referentieziekenhuis voor revalidatie gespecialiseerd in complexe revalidatie van locomotorische, neurologische, cardio-pulmonaire en psycho-geriatrische patiënten. Het KEI is gerenommeerd omwille van zijn kwalitatieve en holistische multidisciplinaire benadering van zowel gehospitaliseerde als ambulante patiënten. Patiënten komen vanuit de regio maar ook supra-regionaal in ons ziekenhuis revalideren voor complexe revalidatie: longrevalidatie, neurorevalidatie en andere orthopedische revalidatie. De associatie telt 3 artsen fysische geneeskunde en is op zoek naar een gedreven teamspeler om de snelle groei van de dienst verder vorm te geven. Je wordt ondersteund in het KEI door een gemotiveerd team van 3 zaalartsen en 2 andere arts-specialisten (geriater, pneumoloog-revalidatie-arts), gespecialiseerde paramedici en gemotiveerde verpleeg- en zorgkundigen. Het KEI is een organisatie die de lat hoog legt en belang hecht aan een omgeving waar de mens centraal staat.

Het **az West** heeft 234 erkende bedden, een dagziekenhuis, een erkende dienst intensieve zorgen, een erkende functie gespecialiseerde spoedgevalenzorg, een MUG-dienst en een dienst M met 400 bevallingen, E en N*. We zijn een sterk groeiend regionaal ziekenhuis met jaarlijks meer dan 800 MUG-interventies en 20.000 klassieke opnames en daghospitalisaties. Dagelijks staan bijna 70 artsen en 650 medewerkers in voor een kwaliteitsvolle zorg aan de patiënten.

In het kader van het duurzaam samenwerkingsverband tussen beide ziekenhuizen zijn wij op zoek naar een:

Arts-specialist fysische geneeskunde en revalidatie (m/v)

Profiel
Je genoot een algemene brede opleiding en bent erkend als arts-specialist in de fysische geneeskunde en revalidatie.

Artsen-specialisten in opleiding worden eveneens aangemoedigd hun interesse kenbaar te maken.

Je bent op zoek naar een fulltime functie in zelfstandig statuut aan de Westkust/Westhoek en je geeft blijk van:

- een bijzondere affiniteit voor beroertezorg en interesse in de uitbouw van neurologische revalidatie;
- een grote interesse in pluridisciplinaire revalidatie;
- een goede kennis van elektrofysiologie (vooral EMG);
- een gedegen kennis van musculoskeletale echografie of je bent bereid je dat eigen te maken;
- ervaring met infiltratietechnieken;
- bij voorkeur te beschikken over een bijkomende erkenning 834 of je bent bereid deze te behalen;
- ambitie om het ambulante revalidatie-aanbod in haar diverse facetten verder vorm te geven;
- goede klinische en organisatorische vaardigheden en je kan goed samenwerken met de medische, verpleegkundige en paramedische teams;
- een empathische ingesteldheid en je beschikt over goede communicatieve vaardigheden met daarenboven een goede kennis van zowel het Nederlands als het Frans;
- de bereidheid je activiteit in twee dynamische ziekenhuizen te ontploien.

Aanbod

- Wij bieden een voltijdse tewerkstelling in associatief verband met de andere artsen.

Voor bijkomende inlichtingen omtrent deze vacature kan je contact opnemen met:

- Dr. Hilde Deldycke, arts-specialist in de fysische geneeskunde en revalidatie (058 - 22 13 51 of hilde.deldycke@kei.be);
- Dr. Leen Pollet, hoofdarts KEI (058 22 11 22) of Dr. Ortwin Debels, hoofdarts az West (058 33 31 80);

Interesse?
Solliciteer dan asap schriftelijk door je kandidaatstelling met curriculum vitae te sturen:

- t.a.v. dr. Hilde Deldycke (hilde.deldycke@kei.be);
- met kopie aan de algemeen directeur mevr. Sabine De Brabant (sabine.debrabant@kei.be) en dhr. Bert Cleuren (bert.cleuren@azwest.be).

Samenwerken met een Nobelprijswinnaar

PORTRET Max den Boef uit Neerwinde zit vandaag in zijn vijfde jaar geneeskunde aan de KU Leuven. Dat had al een jaartje verder kunnen zijn, maar na het behalen van zijn bachelordiploma ging hij gedurende een jaar onderzoek doen aan de gerenommeerde Stanford University in Californië.

De kiem voor het verblijf van Max den Boef in de Verenigde Staten werd al gelegd in het eerste jaar geneeskunde tijdens een infosessie voor studenten die graag naar het buitenland wilden gaan. Een van de organisaties die een beurs ter beschikking stelden, was de Belgian American Educational Foundation (BAEF). De BAEF werd in 1914 door president Herbert Hoover opgericht als de Commission for Relief in Belgium, maar evolueerde na de Eerste Wereldoorlog tot een organisatie die de wetenschappelijke contacten tussen België en de Verenigde Staten moest uitbouwen. “Toen ik mijn geneeskunde-opleiding startte, was de BAEF net gestart met een beurs voor studenten die nog vrij vroeg in hun opleiding zitten”, vertelt Max den Boef. “Met die beurs wil de BAEF studenten kennis laten maken met onderzoek. Dat sprak me meteen erg aan en bleef in mijn achterhoofd zitten.”

In de derde bachelor pikte Max den Boef het idee terug op en diende hij zijn aanvraag in bij de BAEF. “Onderzoek heeft steeds mijn interesse weggedragen. Eén van de redenen waarom ik voor geneeskunde koos, is de rechtstreekse impact die je kan hebben op het leven van mensen. Dat kan door direct contact, maar ook via onderzoek kan je een gigantische impact hebben. Niet enkel op de lokale omgeving en de lokale patiënten, maar op populatieniveau. Vooral moleculaire, fundamentele wetenschap trekt me aan. In de tweede bachelor verbleef ik al zes weken in Duitsland om daar onderzoek te doen.”

Geen sinecure

Uitgekozen worden voor een beurs van de BAEF is geen sinecure. De kandidaten moeten niet enkel mooie voorafgaande studieresultaten kunnen voorleggen, maar ook zelf op zoek gaan naar een stageplaats. “Omdat ik geïnteresseerd ben in neurologie, en meer

specifiek neurodegeneratieve ziektes, begon ik in die richting te zoeken in de grote Amerikaanse universiteiten. Na het lezen van meerdere papers, veel mailtjes en een paar gesprekken, kwam ik uiteindelijk terecht bij professor Thomas Südhof. Zowel zijn onderzoek als de manier waarop hij research verricht, spraken me enorm aan. Hij geeft veel verantwoordelijkheid aan de studenten en laat hen zelfstandig werken. Dat paste volledig in mijn bedoeling om een eigen project te hebben waar ik een jaar mee aan de slag kon, een project dat ik van begin tot einde kon uitvoeren.”

‘Eén van de redenen waarom ik voor geneeskunde koos, is de rechtstreekse impact die je kan hebben op het leven van mensen’

In het internationaal gerenommeerde laboratorium van prof. Südhof aan de Stanford University kwam Max den Boef terecht in een internationale omgeving van onderzoekers met diverse nationaliteiten. De aantrekkingskracht van het laboratorium hoeft niet te verwonderen als je weet dat Südhof in 2013 de Nobelprijs geneeskunde in de wacht wist te slepen voor zijn onderzoek naar en ontdekking van het mechanisme dat het belangrijkste transportsysteem in cellen regelt. Het onderzoek van Max den Boef sloot hier nauw bij aan.

Nobelprijswinnaar

“Mijn onderzoek ging specifiek over de ontwikkeling van nieuwe methoden om op een snelle en goedkope basis eiwitten te kunnen onderzoeken die belangrijk zijn in de vorming van verbindingen tussen hersencellen. Ik zocht een methode waarmee we veel proteïnen kunnen screenen waarvan we niet weten of ze al dan niet belangrijk zijn voor die



Max den Boef: “Het staat wel mooi dat een van de copromotoren van je masterproef een Nobelprijswinnaar is.”

functie. De methodes die daar vandaag voor worden gebruikt, geven goede resultaten, maar zijn erg arbeidsintensief en gaan traag vooruit. Doel van mijn onderzoek was de ontwikkeling van een algemene tool die al een eerste selectie maakt waardoor het proces versnelt. Het afgeronde project vormt nu de basis voor de masterproef die ik ga schrijven onder begeleiding van prof. Südhof en Joris de Wit, professor synapsbiologie aan de KU Leuven. Südhof blijft me begeleiden. Het staat wel mooi dat een van je copromotoren een Nobelprijswinnaar is.”

De eerste ontmoeting met Südhof leverde Max den Boef toch wat stress op. “Ik ontmoette hem voordien enkel online. De kennismaking viel enorm mee. Voor een man van zijn kaliber is hij heel down-to-earth. Hij komt helemaal niet uit de hoogte over en behandelde me bijna als een gelijke. Wekelijks moest ik – samen met andere onderzoekers – een update geven over het verloop van het onderzoek. Hij volgde dat met veel aandacht op. We hadden ook meerdere gesprekken over waar ik mijn toekomstige carrière zag, meer kliniek of meer wetenschappelijk werk. Dat bracht toch

wel wat inzicht bij. Later zou ik graag kliniek en wetenschappelijk onderzoek combineren. Ik vind de combinatie van beide aspecten van de geneeskunde belangrijk.”

Vrees

Stanford is één van de topuniversiteiten van de Verenigde Staten. Toch ziet Max den Boef wel wat gelijkenissen met Leuven. “Het zijn allebei universiteiten waar veel internationale onderzoekers samenkomen. Het grote verschil ligt in de financiële middelen. Een laboratorium als dat van Südhof, kan rekenen op veel fondsen waardoor het kan werken met state-of-the-art materiaal en met de nieuwste technieken. Zelfs als student kon ik werken met de modernste apparaten. De huidige politieke situatie in de VS baart hen wel zorgen. Veel beginnende wetenschappers zijn voor de opstart van een laboratorium afhankelijk van financiële ondersteuning van de National Institutes of Health (NIH). Zij vrezen de gevolgen van de politiek van Trump om hier fors in te snoeien.”

Filip Ceulemans