

Artsenkrant

www.artsenkrant.com

DE REFERENTIE VOOR HUISARTSEN EN SPECIALISTEN

46STE JAAR NR 2795 - DINSDAG 15 APRIL 2025 - 3,00 € - TWEEWEEKLIJKS - P309577 - MEIBOOMLAAN 33, 8800 ROESELARE, BELGIË.



Op 26 april is het exact negen jaar geleden dat de Zweeds-Iraanse wetenschapper en gastprofessor aan de VUB Ahmadreza Djalali in Iran werd opgepakt. Samen met Amnesty International start prof. Gerlant Van Berlaer naar aanleiding van deze verjaardag een nieuwe campagne om zijn collega vrij te krijgen.

Toen dr. Ahmadreza Djalali in april 2016 naar zijn thuisland terugkeerde om er op vraag van een aantal bevriende collega's te komen spreken over zijn specialiteit, werd hij opgepakt en in isolatie opgesloten. "Hij bezocht eerst zijn moeder en zijn broer die nog steeds in Teheran verbleven en werd daarna op weg naar het congres opgepakt", vertelt Gerlant Van Berlaer. "Zoals het in Iran blijkbaar de gewoonte is, verdween hij gedurende enkele weken van de aardbol en wist niemand waar hij zich bevond."

Uiteindelijk liet het Iraanse regime weten dat Djalali was opgepakt op beschuldiging van spionage. In een schijnproces werd hij eind oktober 2017 ter dood veroordeeld voor het 'verspreiden van corruptie op aarde'. "Hij wordt door het regime ook – ten onrechte uiteraard – gelinkt aan de moord

op Iraanse nucleaire wetenschappers die betrokken waren bij de ontwikkeling van Iraanse kernwapens", vervolgt Gerlant Van Berlaer.

Dat Djalali gespecialiseerd is in de medische gevolgen van een nucleair accident of een nucleaire aanval is daar waarschijnlijk niet vreemd aan. In het doctoraat waarop hij in Zweden promoveerde, vergeleek Djalali de paraatheid (preparedness) van Iraanse, Zweedse en Italiaanse ziekenhuizen in geval van een nucleair accident of een nucleaire aanval.

Bij deze editie van *Artsenkrant* zit een affiche. U kan ze in uw wachtkamer of kabinet ophangen als teken van solidariteit met dr. Djalali.

Filip Ceulemans

Arts als pasmunt voor terroristen

10

Vista-B12TM Activ

B12 hooggedoseerd
onder de tong

Smelt onder de tong
fond sous la langue

EFFECTIEF - GOED AANVAARD

VISTA

POWERED BY **dk**

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. 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.

Astrid De Lamper, Emilie Dierckx, Kathlyn Moehlig en Lotte Vandeputte onderzochten onder begeleiding van promotor Lieve Peremans welke mogelijkheden de universiteiten hebben om de interesse bij studenten aan te wakkeren om huisarts te worden.

Ilse Van Genechten en Kato Van Look evalueerden onder begeleiding van promotor Jan Verbakel de huidige DUODECIM-richtlijn 'Urinary tract infection in a child' en onderzochten op welke manier deze beter kan worden afgesteld op de Belgische zorgcontext.

F.C.



DUODECIM-richtlijn aangepast aan noden Belgische huisartsen

12-13

Interesse voor huisartsgeneeskunde onder studenten onderzocht

14-15



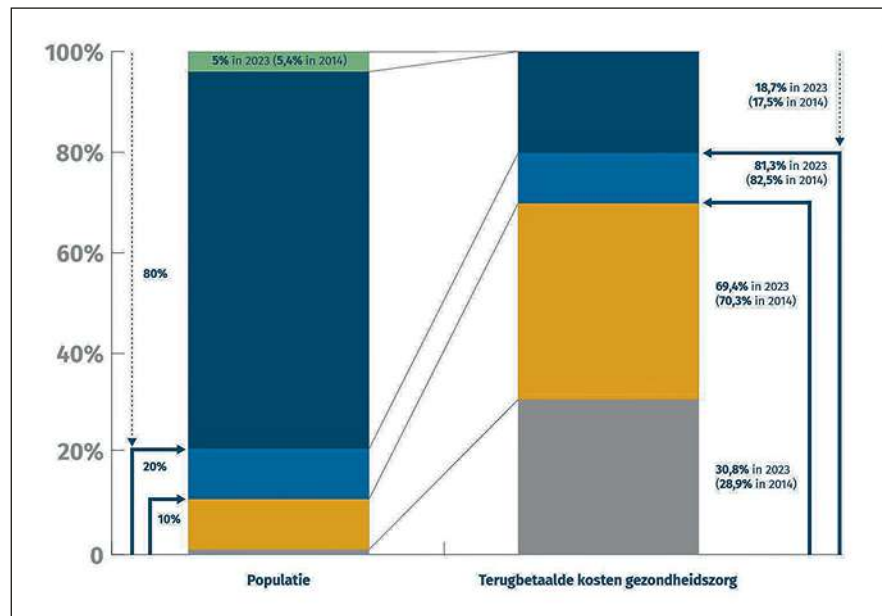
Filip Ceulemans

Humaniteit

Vijftien hulpverleners die met hun ambulance erbij in het zand worden begraven in Gaza. Het is het trieste dieptepunt van een oorlog waarbij ook artsen en andere zorgverstrekkers onverbiddelijk in het vizier worden genomen. Volgens het Palestijnse ministerie van Gezondheid zouden er sinds 7 oktober 2023 minstens 165 artsen, 260 verpleegkundigen en 76 apothekers zijn gedood. Andere bronnen spreken van bijna 1.400 gedode zorgverstrekkers. De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) maakt gewag van minstens 1.043 aanvallen op de gezondheidszorg in de Gazastrook, de Westelijke Jordaanoever en Oost-Jeruzalem. Volgens een rapport van Physicians for Human Rights (PHR) zijn er sinds de invasie van Rusland in Oekraïne in maart 2022 minstens 1.336 aanvallen gebeurd op het Oekraïense gezondheidssysteem. De WHO spreekt zelfs van minstens 2.254 gedocumenteerde aanvallen op ziekenhuizen en andere gezondheidsinstellingen. Hoeveel artsen en andere zorgverstrekkers daarbij om het leven kwamen, is moeilijk in te schatten. De WHO gaat ervan uit dat er minstens 128 doden en 288 gewonden vielen bij het medisch personeel. Het moge duidelijk zijn dat anno 2025 een rood kruis of een rode halve maan, internationaal erkende symbolen van zorgverstrekkers, geen garantie bieden op bescherming. In deze editie van *Artsenkrant* krijgen de vervolgte en aangevallen artsen en andere zorgverstrekkers een gezicht door één individueel geval: Ahmadreza Djalali. Negen jaar zit deze Iraanse arts intussen onschuldig in een cel in zijn thuisland. Vanuit humanitair oogpunt steunt *Artsenkrant* voluit de campagne die prof. dr. Gerlant Van Berlaer samen met Amnesty International opzet om Djalali eindelijk terug bij zijn familie in Zweden te krijgen. Hij staat als het ware symbool voor alle zorgverstrekkers die het hard te verduren krijgen in conflicten wereldwijd.

70% gezondheidsuitgaven voor 10% van patiënten

BUDGET 10% van de patiënten waren in 2023 verantwoordelijk voor ongeveer 70% van de terugbetaalde uitgaven in de ziekteverzekering, en de top 1% zelfs voor 30,8%. Dat blijkt uit een studie van de Onafhankelijke Ziekenfondsen.



1% van de populatie zorgt voor meer dan 30% van de uitgaven.

Het Pareto-principe geldt ook in de gezondheidszorg onverminderd, zo blijkt: 20% van de populatie is verantwoordelijk voor 81,3% van de uitgaven (terugbetaalde kosten in de ziekteverzekering). De top 10% zorgt voor ongeveer 70% van de uitgaven. De top 1% (die deel is van de top 10%) is goed voor 30,8% van de uitgaven; in 2014 was dat nog maar 28,9%. Van de OZ-leden had 5% dan weer geen enkele terugbetaalde uitgave.

80.000 euro per patiënt

In 2023 bedroegen de gemiddelde uitgaven per patiënt in de top 1% iets meer dan €80.000 – een toename met 51% ten opzichte van 2014. Bij deze top 1% lijden negen op de tien aan één of meer chronische ziekte(s); meer dan de helft heeft hypertensie, drie op de tien lijdt aan depressie, bijna drie op de tien lijdt aan kanker, meer dan een op de vijf is opgenomen omwille van psychische problemen en bijna een op de vijf heeft een luchtwegaandoening zoals astma of COPD (de cij-

fers bevatten comorbiditeiten). Diabetes en kanker zijn in opmars, terwijl hypertensie en depressie afnemen.

Binnen de top 1% is het aandeel chronische zieken, mensen die recht hebben op een verhoogde tegemoetkoming, en van mensen in arbeidsongeschiktheid significant hoger dan binnen de algemene populatie. Het aandeel 80-jarigen binnen de top 1% is wel afgenomen, volgens OZ mogelijk door sterfte als gevolg van de coronapandemie.

Aandacht voor preventie

De studie naar patiënten met de hoogste gezondheidsuitgaven is vanzelfsprekend niet bedoeld om hen te culpabiliseren – niemand kiest ervoor om ziek te worden. Wel is een analyse van het profiel van de patiënten essentieel om het zorgaanbod te optimaliseren en betere zorg te kunnen bieden, zeggen de Onafhankelijke Ziekenfondsen.

Bepaalde chronische aandoeningen zijn immers potentieel te vermijden door een gezondere levensstijl, een gezondere leefomgeving en andere primaire of secundaire preventieve maatregelen. De Onafhankelijke Ziekenfondsen pleiten daarom voor meer aandacht voor preventie en een proactief beheer van chronische ziektes.

Erik Derycke

3,5

In het Vlaams Gewest waren er in 2023 grofweg 3,5 miljoen ziekenhuisbezoeken, tegenover 1,7 miljoen in het Waals Gewest en ongeveer 425.000 in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. Voor heel België steeg het aantal verblijven met 5 procent tegenover het jaar ervoor (FOD Volksgezondheid).

Katleen Janssens, directeur van het Belgian Health Data Agency in *Zorgwijzer*.

Grote spelers zoals ziekenhuizen weten vaak al hoe ze gezondheidsgegevens kwalitatief moeten registreren en bijhouden. In een kleine kine- of artsenpraktijk liggen de kaarten soms anders. Niet per se uit slechte wil. Meestal is het een kwestie van te weinig praktische kennis of minder voeling hebben met de meerwaarde van faire data.



BMW i5 TOURING M EDITION.

INCLUSIEF M SPORTPAKKET.



De BMW i5 Touring M Edition
vanaf € 555 per maand excl. BTW
huur voor professionelen.*



GEEF VOORRANG AAN VEILIGHEID.

Milieu-informatie (KB 19/03/04): [bmw.be](https://www.bmw.be)

15,4 – 20,2 KWH/100 KM • 0 G/KM CO₂ (WLTP)

* Meer info op [bmw.be](https://www.bmw.be)

100% ELEKTRISCH

ESSENTIËLE GEGEVENS VAN DE SKP ▼ Dit geneesmiddel is onderworpen aan aanvullende monitoring. Daardoor kan snel nieuwe veiligheidsinformatie worden vastgesteld. Beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg wordt verzocht alle vermoedelijke bijwerkingen te melden. Zie rubriek 4.8 voor het rapporteren van bijwerkingen. **1. NAAM VAN HET GENEESMIDDEL** Mounjaro 2,5 mg oplossing voor injectie in voorgevulde pen Mounjaro 5 mg oplossing voor injectie in voorgevulde pen Mounjaro 7,5 mg oplossing voor injectie in voorgevulde pen Mounjaro 10 mg oplossing voor injectie in voorgevulde pen Mounjaro 12,5 mg oplossing voor injectie in voorgevulde pen Mounjaro 15 mg oplossing voor injectie in voorgevulde pen Mounjaro 2,5 mg oplossing voor injectie in injectieflacon Mounjaro 5 mg oplossing voor injectie in injectieflacon Mounjaro 7,5 mg oplossing voor injectie in injectieflacon Mounjaro 10 mg oplossing voor injectie in injectieflacon Mounjaro 12,5 mg oplossing voor injectie in injectieflacon Mounjaro 15 mg oplossing voor injectie in injectieflacon Mounjaro 2,5 mg/dosis KwikPen oplossing voor injectie in voorgevulde pen Mounjaro 5 mg/dosis KwikPen oplossing voor injectie in voorgevulde pen Mounjaro 7,5 mg/dosis KwikPen oplossing voor injectie in voorgevulde pen Mounjaro 10 mg/dosis KwikPen oplossing voor injectie in voorgevulde pen Mounjaro 12,5 mg/dosis KwikPen oplossing voor injectie in voorgevulde pen Mounjaro 15 mg/dosis KwikPen oplossing voor injectie in voorgevulde pen **2. KWALITATIEVE EN KWANTITATIEVE SAMENSTELLING** Voorgevulde pen, eenmalige dosis *Mounjaro 2,5 mg oplossing voor injectie in voorgevulde pen* Elke voorgevulde pen bevat 2,5 mg tirzepatide in 0,5 ml oplossing (5 mg/ml). *Mounjaro 5 mg oplossing voor injectie in voorgevulde pen* Elke voorgevulde pen bevat 5 mg tirzepatide in 0,5 ml oplossing (10 mg/ml). *Mounjaro 7,5 mg oplossing voor injectie in voorgevulde pen* Elke voorgevulde pen bevat 7,5 mg tirzepatide in 0,5 ml oplossing (15 mg/ml). *Mounjaro 10 mg oplossing voor injectie in voorgevulde pen* Elke voorgevulde pen bevat 10 mg tirzepatide in 0,5 ml oplossing (20 mg/ml). *Mounjaro 12,5 mg oplossing voor injectie in voorgevulde pen* Elke voorgevulde pen bevat 12,5 mg tirzepatide in 0,5 ml oplossing (25 mg/ml). *Mounjaro 15 mg oplossing voor injectie in voorgevulde pen* Elke voorgevulde pen bevat 15 mg tirzepatide in 0,5 ml oplossing (30 mg/ml). *Injectieflacon, eenmalige dosis Mounjaro 2,5 mg oplossing voor injectie in injectieflacon* Elke injectieflacon bevat 2,5 mg tirzepatide in 0,5 ml oplossing (5 mg/ml). *Mounjaro 5 mg oplossing voor injectie in injectieflacon* Elke injectieflacon bevat 5 mg tirzepatide in 0,5 ml oplossing (10 mg/ml). *Mounjaro 7,5 mg oplossing voor injectie in injectieflacon* Elke injectieflacon bevat 7,5 mg tirzepatide in 0,5 ml oplossing (15 mg/ml). *Mounjaro 10 mg oplossing voor injectie in injectieflacon* Elke injectieflacon bevat 10 mg tirzepatide in 0,5 ml oplossing (20 mg/ml). *Mounjaro 12,5 mg oplossing voor injectie in injectieflacon* Elke injectieflacon bevat 12,5 mg tirzepatide in 0,5 ml oplossing (25 mg/ml). *Mounjaro 15 mg oplossing voor injectie in injectieflacon* Elke injectieflacon bevat 15 mg tirzepatide in 0,5 ml oplossing (30 mg/ml). **Voorgevulde pen (KwikPen), meerdere doses** *Mounjaro 2,5 mg/dosis KwikPen oplossing voor injectie in voorgevulde pen* Elke dosis bevat 2,5 mg tirzepatide in 0,6 ml oplossing. Elke voorgevulde pen met meerdere doses bevat 10 mg tirzepatide in 2,4 ml (4,17 mg/ml). Elke pen levert 4 doses van 2,5 mg. *Mounjaro 5 mg/dosis KwikPen oplossing voor injectie in voorgevulde pen* Elke dosis bevat 5 mg tirzepatide in 0,6 ml oplossing. Elke voorgevulde pen met meerdere doses bevat 20 mg tirzepatide in 2,4 ml (8,33 mg/ml). Elke pen levert 4 doses van 5 mg. *Mounjaro 7,5 mg/dosis KwikPen oplossing voor injectie in voorgevulde pen* Elke dosis bevat 7,5 mg tirzepatide in 0,6 ml oplossing. Elke voorgevulde pen met meerdere doses bevat 30 mg tirzepatide in 2,4 ml (12,5 mg/ml). Elke pen levert 4 doses van 7,5 mg. *Mounjaro 10 mg/dosis KwikPen oplossing voor injectie in voorgevulde pen* Elke dosis bevat 10 mg tirzepatide in 0,6 ml oplossing. Elke voorgevulde pen voor meerdere doses bevat 40 mg tirzepatide in 2,4 ml (16,7 mg/ml). Elke pen levert 4 doses van 10 mg. *Mounjaro 12,5 mg/dosis KwikPen oplossing voor injectie in voorgevulde pen* Elke dosis bevat 12,5 mg tirzepatide in 0,6 ml oplossing. Elke voorgevulde pen voor meerdere doses bevat 50 mg tirzepatide in 2,4 ml (20,8 mg/ml). Elke pen levert 4 doses van 12,5 mg. *Mounjaro 15 mg/dosis KwikPen oplossing voor injectie in voorgevulde pen* Elke dosis bevat 15 mg tirzepatide in 0,6 ml oplossing. Elke voorgevulde pen met meerdere doses bevat 60 mg tirzepatide in 2,4 ml (25 mg/ml). Elke pen levert 4 doses van 15 mg. Voor de volledige lijst van hulpstoffen, zie rubriek 6.1. **3. FARMACEUTISCHE VORM** Oplossing voor injectie (injectie). Heldere, kleurloze tot lichtgele oplossing. **4. KLINISCHE GEGEVENS** **4.1 Therapeutische indicaties** *Diabetes mellitus type 2* Mounjaro is geïndiceerd voor de behandeling van volwassenen met onvoldoende gereguleerde diabetes mellitus type 2, als aanvulling op dieet en lichaamsbeweging als monotherapie wanneer metformine ongeschikt wordt geacht vanwege intolerantie of contra-indicaties in aanvulling op andere geneesmiddelen voor de behandeling van diabetes. Voor studieresultaten met betrekking tot combinaties, effecten op glykemische controle en de onderzochte populaties, zie rubriek 4.4, 4.5 en 5.1. **Gewichtsbeheersing** Mounjaro is geïndiceerd als aanvulling op een caloriearm dieet en verhoogde lichamelijke activiteit ten behoeve van gewichtsbeheersing, inclusief gewichtsverlies en gewichtsbewoud, bij volwassenen met een aanvankelijke Body Mass Index (BMI) van ≥ 30 kg/m² (obesitas) of ≥ 27 kg/m² tot < 30 kg/m² (overgewicht) die ten minste één gewichtsgerelateerde comorbide aandoening hebben (bijv. hypertensie, dyslipidemie, obstructieve slaapapneu, hart- en vaatziekten, prediabetes of diabetes mellitus type 2). Voor onderzoeksresultaten met betrekking tot obstructieve slaapapneu (OSA), zie rubriek 5.1. **4.2 Dosering en wijze van toediening** **Dosering** De startdosering van tirzepatide is 2,5 mg eenmaal per week. Na 4 weken moet de dosis worden verhoogd tot 5 mg eenmaal per week. Indien nodig kan de dosis worden verhoogd in stappen van 2,5 mg na minimaal 4 weken op de huidige dosering. De aanbevolen onderhoudsdoses zijn 5 mg, 10 mg en 15 mg. De maximale dosering is 15 mg eenmaal per week. Wanneer tirzepatide wordt toegevoegd aan een bestaande behandeling met metformine en/of natrium-glucose-cotransporter (SGLT)-2-remmer, kan de huidige dosis metformine en/of SGLT-2-remmer worden voortgezet. Wanneer tirzepatide wordt toegevoegd aan een bestaande therapie van een sulfonylureumderivaat en/of insuline, kan een verlaging van de dosis van het sulfonylureumderivaat of insuline worden overwogen om het risico op hypoglykemie te verlagen. Zelfcontrole van bloedglucose is noodzakelijk om de dosis van het sulfonylureumderivaat en insuline aan te passen. Een stapsgewijze dosisverlaging van insuline wordt aanbevolen (zie rubriek 4.4 en 4.8). **Gemiste doses** Als een dosis is vergeten, moet deze zo snel mogelijk binnen 4 dagen na de vergeten dosis worden toegediend. Als er meer dan 4 dagen zijn verstreken, sla dan de gemiste dosis over en dien de volgende dosis toe op de dag volgens het normale schema. In beide gevallen kunnen patiënten vervolgens hun normale doseringsschema van eenmaal per week hervatten. **Het doseringsschema wijzigen** De dag waarop de wekelijkse toediening plaatsvindt, kan indien nodig worden gewijzigd, zolang de tijd tussen twee doses ten minste 3 dagen is. **Speciale patiëntengroepen** **Ouderen, geslacht, ras, etniciteit of lichaamsgewicht** Er is geen dosisaanpassing nodig op basis van leeftijd, geslacht, ras, etniciteit of lichaamsgewicht (zie rubriek 5.1 en 5.2). Er zijn slechts zeer beperkte gegevens beschikbaar van patiënten ≥ 85 jaar. **Nierfunctiestoornis** Er is geen dosisaanpassing nodig voor patiënten met een nierfunctiestoornis, waaronder eindstadium nierziekte (ESRD). Ervaring met het gebruik van tirzepatide bij patiënten met een ernstige nierfunctiestoornis en ESRD is beperkt. Voorzichtigheid is geboden bij de behandeling van deze patiënten met tirzepatide (zie rubriek 5.2). **Leverfunctiestoornis** Er is geen dosisaanpassing nodig voor patiënten met leverfunctiestoornis. Ervaring met het gebruik van tirzepatide bij patiënten met een ernstige leverfunctiestoornis is beperkt. Voorzichtigheid is geboden bij de behandeling van deze patiënten met tirzepatide (zie rubriek 5.2). **Pediatrische patiënten** De veiligheid en werkzaamheid van tirzepatide bij kinderen jonger dan 18 jaar zijn niet vastgesteld. Er zijn geen gegevens beschikbaar. **Wijze van toediening** Mounjaro moet subcutaan in de buik, bovenbeen of bovenarm worden geïnjecteerd. De dosis kan op elk moment van de dag worden toegediend, met of zonder maaltijden. Injectieplaatsen moeten bij elke dosis worden gewisseld. Als een patiënt ook insuline injecteert, moet de patiënt Mounjaro op een andere injectieplaats injecteren. Patiënten moet worden geadviseerd om de gebruikershandleiding, die bijgesloten is in de bijsluiter, zorgvuldig te lezen voordat het geneesmiddel wordt toegediend **Injectieflacon** Patiënten en hun verzorgers moeten instructie krijgen in de subcutane injectietechniek voor toediening van Mounjaro. Voor meer informatie voorafgaand aan toediening, zie rubriek 6.6. **4.3 Contra-indicaties** Overgevoeligheid voor de werkzame stof(fen) of voor een van de in rubriek 6.1 vermelde hulpstof(fen). **4.8 Bijwerkingen** **Samenvatting van veiligheidsprofiel** In 12 voltooid fase 3-studies werden 8.158 patiënten blootgesteld aan tirzepatide alleen of in combinatie met andere glucoseverlagende geneesmiddelen. De meest frequent gemelde bijwerkingen waren maagdarmselandaandoeningen en deze reacties waren meestal licht of matig van ernst. De incidenties van nausea, diarree en braken waren hoger tijdens de dosisverhogingsperiode en namen in de loop van de tijd af (zie rubriek 4.2 en 4.4). **Lijst met bijwerkingen in tabelvorm** De volgende gerelateerde bijwerkingen uit klinische studies staan hieronder weergegeven volgens systeem/orgaanklasse en in volgorde van afnemende frequentie (zeer vaak: $\geq 1/10$; vaak: $\geq 1/100$ tot $< 1/10$; soms: $\geq 1/1.000$ tot $< 1/100$; zelden: $\geq 1/10.000$ tot $< 1/1.000$; zeer zelden: $< 1/10.000$). Binnen elke frequentiegroep worden de bijwerkingen weergegeven in volgorde van afnemende frequentie. **Tabel 1. Bijwerkingen Immuunsysteemaandoeningen** **Vaak** Overgevoeligheids-reacties **Zelden** Anafylactische reactie¹, Angio-oedeem¹ **Voedings- en stofwisselingsstoornissen** **Ze****r** **vaak** Hypoglykemie^{1*} bij gebruik met sulfonylureum derivaat of insuline **Vaak** Hypoglykemie^{1*} bij gebruik met metformine en SGLT-2-remmer, Verminderde eetlust **Soms** Hypoglykemie^{1*} bij gebruik met metformine, Gewichtsverlies **Zenuwstelselaandoeningen** **Vaak** Duizeligheid¹ **Soms** Dysgeusie, Dysesthesie **Bloedvataandoeningen** **Vaak** Hypotensie² **Maagdarmselandaandoeningen** **Ze****r** **vaak** Nausea, Diarree, Braken³, Abdominale pijn³, Constipatie³ **Vaak** Dyspepsie, Opgezette buik, Oprispingen, Flatulentie, Gastro-oesofageale refluxziekte **Soms** Cholelithiasis, Cholecystitis, Acute pancreatitis, Vertraagde maaglediging **Huid- en onderhuidaandoeningen** **Vaak** Haaruitval² **Algemene aandoeningen en toedieningsplaatsstoornissen** **Vaak** Vermoeidheid¹, Injectieplaatsreacties **Soms** Injectieplaatspijn **Onderzoeken** **Vaak** Verhoogde hartslag, Verhoogde lipase, Verhoogde amylase, Bloed calcitonine verhoogd⁴ ¹ Van post-marketing rapportages ² Hypoglykemie hieronder gedefinieerd. ³Vermoeidheid omvat de termen vermoeidheid, asthenie, malaise en lethargie. ⁴ Bijwerking die alleen van toepassing is op patiënten met diabetes mellitus type 2 (T2DM). ² Bijwerking die voornamelijk van toepassing is op patiënten met overgewicht of obesitas, met of zonder T2DM. ³ Frequentie was zeer vaak in gewichtsbeheersings- en OSA-studies en vaak in T2DM-studies. ⁴ Frequentie was vaak in gewichtsbeheersingsstudies en soms in T2DM- en OSA-studies. **Beschrijving van geselecteerde bijwerkingen** **Overgevoeligheidsreacties** Overgevoeligheidsreacties zijn gemeld met tirzepatide in de samengevoegde T2DM placebogecontroleerde studies, soms waren deze ernstig (bijv. urticaria en eczeem); overgevoeligheidsreacties werden gemeld bij 3,2% van de met tirzepatide behandelde patiënten, vergeleken met 1,7% van de met placebo behandelde patiënten. Gevallen van anafylactische reactie en angio-oedeem zijn zelden gemeld bij gebruik van tirzepatide in de markt. Overgevoeligheidsreacties zijn gemeld met tirzepatide in een samenvoeging van 3 placebogecontroleerde gewichtsbeheersingsstudies en in een samenvoeging van 2 placebogecontroleerde OSA-studies, soms ernstig (bijv. rash en dermatitis). Overgevoeligheidsreacties werden gemeld

KwikPen® oplossing voor injectie in voorgevulde pen	Terugbetaling	Publieksprijs
Mounjaro® 2,5 mg	In behandeling	€ 232,80
Mounjaro® 5 mg	In behandeling	€ 232,80
Mounjaro® 7,5 mg	In behandeling	€ 321,84
Mounjaro® 10 mg	In behandeling	€ 321,84
Mounjaro® 12,5 mg	In behandeling	Nog niet beschikbaar
Mounjaro® 15 mg	In behandeling	

bij 3,0 - 5,0% van de met tirzepatide behandelde patiënten, vergeleken met 2,1 - 3,8% van de met placebo behandelde patiënten. *Hypoglykemie bij patiënten met diabetes mellitus type 2* *Diabetes type 2-studies* Klinisch significante hypoglykemie (bloedglucose $< 3,0$ mmol/l (< 54 mg/dl)) of ernstige hypoglykemie (waarbij de hulp van een andere persoon nodig is) trad op bij 10 tot 14% (0,14 tot 0,16 voorvallen/patiëntjaar) van de patiënten wanneer tirzepatide werd toegevoegd aan een sulfonylureumderivaat en bij 14 tot 19% (0,43 tot 0,64 voorvallen/patiëntjaar) van de patiënten wanneer tirzepatide werd toegevoegd aan basale insuline. De mate van klinisch significante hypoglykemie bij gebruik van tirzepatide als monotherapie of bij toevoeging aan andere orale bloedglucoseverlagende geneesmiddelen was maximaal 0,04 voorvallen/patiëntjaar (zie tabel 1 en rubriek 4.2, 4.4 en 5.1). In klinische fase 3-studies rapporteerden 10 (0,2%) patiënten 12 episod

en van ernstige hypoglykemie. Van deze 10 patiënten gebruikten 5 (0,1%) gelijktijdig insuline glargine of een sulfonylureumderivaat, die ieder 1 episode rapporteerden. *Gewichtsbeheersingsstudie* In een placebogecontroleerde fase 3-gewichtsbeheersingsstudie bij patiënten met T2DM werd hypoglykemie (bloedglucose $< 3,0$ mmol/l (< 54 mg/dl)) gemeld bij 4,2% van de met tirzepatide behandelde patiënten versus 1,3% van de met placebo behandelde patiënten. In deze studie hadden patiënten die tirzepatide gebruikten in combinatie met een insulinesecretoagoo (bijv. sulfonylureumderivaat) een hogere incidentie van hypoglykemie (10,3%) in vergelijking met de met tirzepatide behandelde patiënten die geen sulfonylureumderivaat gebruikten (2,1%). Er werden geen episod

es van ernstige hypoglykemie gemeld. *Gastro-intestinale bijwerkingen* In de placebogecontroleerde T2DM fase 3-studies waren gastro-intestinale aandoeningen dosisafhankelijk verhoogd voor tirzepatide 5 mg (37,1%), 10 mg (39,6%) en 15 mg (43,6%) vergeleken met placebo (20,4%). Nausea trad op bij 12,2%, 15,4% en 18,3% versus 4,3% en diarree trad op bij 11,8%, 13,3% en 16,2% versus 8,9% voor tirzepatide 5 mg, 10 mg en 15 mg versus placebo. Gastro-intestinale bijwerkingen waren meestal licht (74%) of matig (23,3%) van ernst. De frequentie van nausea, braken en diarree was hoger tijdens de dosisescalatieperiode en nam in de loop van de tijd af. Er waren meer patiënten, in de groepen met tirzepatide 5 mg (3,0%), 10 mg (5,4%) en 15 mg (6,6%) die permanent de behandeling staakten vanwege het gastro-intestinale voorval dan in de placebogroep (0,4%). In een placebogecontroleerde fase 3-gewichtsbeheersingsstudie bij patiënten zonder T2DM, waren gastro-intestinale aandoeningen verhoogd voor tirzepatide 5 mg (55,6%), 10 mg (60,8%) en 15 mg (59,2%) vergeleken met placebo (30,3%). Nausea trad op bij 24,6%, 33,3% en 31,0% versus 9,5% en diarree trad op bij 18,7%, 21,2% en 23,0% versus 7,3% voor respectievelijk tirzepatide 5 mg, 10 mg en 15 mg versus placebo. Gastro-intestinale bijwerkingen waren meestal licht (60,8%) of matig (34,6%) van ernst. De frequentie van nausea, braken en diarree was hoger tijdens de dosisescalatieperiode en nam in de loop van de tijd af. Er waren meer patiënten in de groepen met tirzepatide 5 mg (1,9%), 10 mg (4,4%) en 15 mg (4,1%) die permanent de studiebehandeling staakten vanwege het gastro-intestinale voorval dan in de placebogroep (0,5%). *Galblaasgerelateerde gebeurtenissen* In een samenvoeging van 3 placebogecontroleerde fase 3-gewichtsbeheersingsstudies was de totale incidentie van cholecystitis en acute cholecystitis respectievelijk 0,6% en 0,2% voor met tirzepatide en placebo behandelde patiënten. In een samenvoeging van 3 placebogecontroleerde fase 3-gewichtsbeheersingsstudies en in een samenvoeging van 2 placebogecontroleerde fase 3-OSA-studies, werd acute galblaasziekte gemeld bij maximaal 2,0% van de met tirzepatide behandelde patiënten en bij maximaal 1,6% van de met placebo behandelde patiënten. In de fase 3-gewichtsbeheersingsstudies waren acute galblaasgerelateerde gebeurtenissen positief geassocieerd met gewichtsvermindering. *Immunogeniciteit* Er was geen bewijs van een veranderd farmacokinetisch profiel of een invloed op de werkzaamheid van tirzepatide in verband met de ontwikkeling van anti-drug antilichamen (ADA) of neutraliserende antilichamen. In de T2DM klinische fase 3-studies werden 5.025 met tirzepatide behandelde patiënten beoordeeld op ADA. Hiervan ontwikkelde 51,1% tijdens de behandeling optredende (*treatment-emergent* - TE) ADA tijdens de on-treatment periode. Bij 38,3% van de beoordeelde patiënten hielden TE ADA aan (d.w.z. TE ADA waren aanwezig gedurende een periode van 16 weken of langer). Van de patiënten hadden 1,9% en 2,1% neutraliserende antilichamen tegen tirzepatide-activiteit op respectievelijk de receptoren voor glucose-afhankelijke insulintrope polypeptide (GIP) en glucagon-achtige peptide-1 (GLP1) en 0,9% en 0,4% hadden neutraliserende antilichamen tegen respectievelijk lichaamseigen GIP en lichaamseigen GLP-1. In de 4 fase 3-gewichtsbeheersingsstudies en 2 fase 3-OSA-studies werden 3.710 met tirzepatide behandelde patiënten beoordeeld op ADA. Hiervan ontwikkelde 60,6 - 65,1% TE ADA tijdens de on-treatment periode. Bij 46,5 - 51,3% van de beoordeelde patiënten hielden TE ADA aan. Van de patiënten had maximaal 2,3% en 2,3% neutraliserende antilichamen tegen tirzepatide-activiteit op respectievelijk de receptoren voor GIP en GLP1 en maximaal 0,7% en 0,1% had neutraliserende antilichamen tegen respectievelijk lichaamseigen GIP en lichaamseigen GLP1. *Hartslag* In de placebogecontroleerde T2DM fase 3-studies resulteerde behandeling met tirzepatide in een maximaal gemiddelde verhoging van de hartslag van 3 tot 5 slagen per minuut (spm). De maximaal gemiddelde verhoging van de hartslag bij met placebo behandelde patiënten was 1 slag per minuut. Het percentage patiënten dat een verandering van de hartslagfrequentie bij baseline van > 20 spm bij 2 of meer opeenvolgende bezoeken had, was respectievelijk 2,1%, 3,8% en 2,9% voor tirzepatide 5 mg, 10 mg en 15 mg, vergeleken met 2,1% voor placebo. Er werden kleine gemiddelde verhogingen van het PR-interval waargenomen bij behandeling met tirzepatide in vergelijking met placebo (respectievelijk gemiddelde verhoging van 1,4 tot 3,2 msec en gemiddelde daling van 1,4 msec). Er werd geen verschil in aritmie en tijdens de behandeling optredende cardiale geleidingsstoornissen waargenomen tussen tirzepatide 5 mg, 10 mg, 15 mg en placebo (respectievelijk 3,8%, 2,1%, 3,7% en 3%). In 3 placebogecontroleerde fase 3-gewichtsbeheersingsstudies resulteerde behandeling met tirzepatide in een gemiddelde verhoging van de hartslag van 3 slagen per minuut. Er was geen gemiddelde toename van de hartslag bij de met placebo behandelde patiënten. In een placebogecontroleerde gewichtsbeheersingsstudie bij patiënten zonder T2DM was het percentage patiënten, dat een verandering van de hartslagfrequentie ten opzichte van baseline van > 20 spm bij 2 of meer opeenvolgende bezoeken had, respectievelijk 2,4%, 4,9% en 6,3% voor tirzepatide 5 mg, 10 mg en 15 mg, vergeleken met 1,2% voor placebo. Er werden kleine gemiddelde verhogingen van het PR-interval waargenomen bij behandeling met tirzepatide en placebo (gemiddelde verhoging van respectievelijk 0,3 tot 1,4 msec en van 0,5 msec). Er werd geen verschil in aritmie en tijdens de behandeling optredende cardiale geleidingsstoornis waargenomen tussen tirzepatide 5 mg, 10 mg, 15 mg en placebo (respectievelijk 3,7%, 3,3%, 3,3% en 3,6%). *Injectieplaatsreacties* In de placebogecontroleerde T2DM fase 3-studies waren de injectieplaatsreacties verhoogd voor tirzepatide (3,2%) vergeleken met placebo (0,4%). In 3 placebogecontroleerde fase 3-gewichtsbeheersingstudies en in 2 placebogecontroleerde fase 3-OSA-studies waren de injectieplaatsreacties verhoogd voor tirzepatide (8,0 - 8,6%) vergeleken met placebo (1,8 - 2,6%). Over het algemeen waren in fase 3-studies de meest voorkomende tekenen en symptomen van de injectieplaatsreacties erytheem en pruritus. De maximale ernst van de injectieplaatsreacties voor patiënten was licht (91%) of matig (9%). Er waren geen ernstige injectieplaatsreacties. *Pancreasenzymen* In de placebogecontroleerde T2DM fase 3-studies resulteerde behandeling met tirzepatide in gemiddelde verhogingen vanaf baseline van 33% tot 38% in pancreasamylase en van 31% tot 42% in lipase. Met placebo behandelde patiënten hadden een stijging van 4% ten opzichte van baseline in amylase en er werden geen veranderingen waargenomen in lipase. In 3 placebogecontroleerde fase 3-gewichtsbeheersingstudies en in 2 placebogecontroleerde fase 3-OSA-studies resulteerde behandeling met tirzepatide in gemiddelde verhogingen vanaf baseline van 23 - 24,6% in pancreasamylase en van 34 - 39% in lipase. Met placebo behandelde patiënten hadden een stijging van 0,7 - 1,8% ten opzichte van baseline in amylase en van 3,5 - 5,7% in lipase. **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, www.fagg.be, Afdeling Vigilantie: Website: www.eenbijwerkingmelden.be, e-mail: adr@fagg-afmps.be. **7. HOUDER VAN DE VERGUNNING VOOR HET IN DE HANDEL BRENGEN** Eli Lilly Nederland B.V., Papendorpseweg 83, 3528 BJ Utrecht, Nederland. **8. NUMMER(S) VAN DE VERGUNNING VOOR HET IN DE HANDEL BRENGEN** EU/1/22/1685/001 EU/1/22/1685/002 EU/1/22/1685/003 EU/1/22/1685/004 EU/1/22/1685/005 EU/1/22/1685/006 EU/1/22/1685/007 EU/1/22/1685/008 EU/1/22/1685/009 EU/1/22/1685/010 EU/1/22/1685/011 EU/1/22/1685/012 EU/1/22/1685/013 EU/1/22/1685/014 EU/1/22/1685/015 EU/1/22/1685/016 EU/1/22/1685/017 EU/1/22/1685/018 EU/1/22/1685/019 EU/1/22/1685/020 EU/1/22/1685/021 EU/1/22/1685/022 EU/1/22/1685/023 EU/1/22/1685/024 EU/1/22/1685/025 EU/1/22/1685/026 EU/1/22/1685/027 EU/1/22/1685/028 EU/1/22/1685/029 EU/1/22/1685/030 EU/1/22/1685/031 EU/1/22/1685/032 EU/1/22/1685/033 EU/1/22/1685/034 EU/1/22/1685/035 EU/1/22/1685/036 EU/1/22/1685/037 EU/1/22/1685/038 EU/1/22/1685/039 EU/1/22/1685/040 EU/1/22/1685/041 EU/1/22/1685/042 EU/1/22/1685/043 EU/1/22/1685/044 EU/1/22/1685/045 EU/1/22/1685/046 EU/1/22/1685/047 EU/1/22/1685/048 EU/1/22/1685/049 EU/1/22/1685/050 EU/1/22/1685/051 EU/1/22/1685/052 EU/1/22/1685/053 EU/1/22/1685/054 EU/1/22/1685/055 EU/1/22/1685/056 EU/1/22/1685/057 EU/1/22/1685/058 EU/1/22/1685/059 EU/1/22/1685/060 **9. DATUM VAN EERSTE VERLENING VAN DE VERGUNNING/VERLENGING VAN DE VERGUNNING** Datum van eerste verlening van de vergunning: 15 september 2022 **10. DATUM VAN HERZIENING VAN DE TEKST: 26 februari 2025.** Gedetailleerde informatie over dit geneesmiddel is beschikbaar op de website van het Europees Geneesmiddelenbureau <http://www.ema.europa.eu>. **AFLEVERINGSWIJZE** Geneesmiddel op medisch voorschrift.



mounjaro[®] ▼
tirzepatide injectie 1x/week

Nieuwe dosissen
7,5 en 10 mg
zijn beschikbaar

Een nieuw perspectief voor patiënten met

DIABETES TYPE 2

Superieure verlagingen van HbA_{1c}
versus semaglutide 1 mg^{1,2}



OBESITAS OF OVERGEWICHT*

Gewichtsvermindering
tot -23,6 kg (-22,5%)^{1,3}



Meer informatie vindt u door
de QR-code te scannen



*Mounjaro is geïndiceerd als aanvulling op een caloriearm dieet en verhoogde lichamelijke activiteit ten behoeve van gewichtsbeheersing, inclusief gewichtsverlies en gewichtsbewoud, bij volwassenen met een aanvankelijke Body Mass Index (BMI) van ≥ 30 kg/m² (obesitas) of ≥ 27 kg/m² tot < 30 kg/m² (overgewicht) die ten minste één gewichtsgelateerde comorbide aandoening hebben (bijv. hypertensie, dyslipidemie, obstructieve slaapapneu, hart- en vaatziekten, prediabetes of diabetes mellitus type 2).

1. SKP Mounjaro beschikbaar via: <https://www.fagg-afmps.be>;

2. Frias JP et al, N Engl J Med. 2021; 385(6):503-515;

3. Jastreboff AM et al, N Engl J Med. 2022; 387(3):205-216. Met Mounjaro 15 mg versus -2,4 kg met placebo in de Surmount-1 studie.

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

R.P.: Eli Lilly Benelux, Markiesstraat-Rue du Marquis 1/4B 1000 Brussel - Bruxelles | © 2025 - PP-TR-BE-0275 - Februari 2025

Dit materiaal is bestemd voor personen die wettelijk bevoegd zijn om geneesmiddelen voor te schrijven of af te leveren. Geneesmiddel op medisch voorschrift.

Lilly
A MEDICINE COMPANY



‘Voel dat je een arts bent en durf te shinen’

LEIDERSCHAP In de hedendaagse gezondheidszorg volstaat het voor medisch specialisten niet langer om uitsluitend te vertrouwen op hun klinische expertise; het beheersen van soft of smart skills, zoals effectieve communicatie, empathie en leiderschap is net zo belangrijk geworden. Dat zegt ook intensivist dr. Ilse Dapper, oprichter van het coachingsplatform BDapper.

Na ruim twintig jaar werkzaam te zijn geweest als intensivist, besloot Dapper in 2021 het roer om te gooien. Ze concentreerde zich volledig op haar in 2016 opgerichte bedrijf; niet omdat ze uitgekeken was op de medische wereld, maar juist omdat ze méér wil betekenen voor collega-specialisten die worstelen met het ontwikkelen van hun zogeheten *smart skills*. Volgens Dapper zijn die vaardigheden, die ze zelf vanuit *Harvard Business School* vertaalde naar de medische wereld, onmisbaar: ze versterken niet alleen de communicatie en samenwerking op de werkvloer, ze zorgen ook dat je als arts en artsteam gezond blijft functioneren.

Jonge specialisten krijgen al vroeg in hun carrière leidinggevende verantwoordelijkheden. Ze begeleiden co-assistenten, overleggen met verpleegkundigen en sturen regelmatig kleine teams aan. Toch komt deze niet-klinische kant van het vak nauwelijks aan bod in opleidingen, waardoor voor startende specialisten het begin van hun carrière overweldigend kan zijn.

“Daarom benadruk ik altijd het belang van het ontwikkelen van de (zelf)leiderschapsvaardigheid”, zegt Dapper. “Deze vaardigheid is voor ieder teamlid belangrijk. Leiderschap gaat namelijk niet enkel over het aansturen van collega’s. Het is ook de sleutel tot het ontwikkelen van je eigen talenten en sterk in je schoenen staan.”

Push- en pull-benadering

Een goed ontwikkelde (zelf)leiderschapsvaardigheid is om verschillende

redenen belangrijk, beargumenteert Dapper. “Als er iemand nieuw in een team komt, verandert de groepsdynamiek. Het begint met de vormfase waarin iedereen elkaar nog wat aftast. Daarna volgt de stormfase, waar meningen botsen. Dat lijkt negatief, maar betekent juist dat teamleden zich veilig genoeg voelen om zich uit te spreken.

‘Persoonlijke groei is cruciaal in een medische cultuur waar vermoeidheid, onzekerheid en falen moeilijk bespreekbaar blijven’

Vanuit die botsingen ontstaan gedeelde waarden, en belandt het team in de normfase, om zo uiteindelijk in de performfase te belanden. Komt er opnieuw iemand bij, dan begint het proces weer van voor af aan. Goed leiderschap speelt hierop in door niet alleen oog te hebben voor dit proces, maar ook voor de ontwikkeling van eigen talenten én door de communicatie open te houden.”

Volgens Dapper betekent (zelf)leiderschap dat je leert omgaan met teleurstellingen en de moed hebt om je eigen talenten te tonen en anderen daarmee te ‘besmetten’. “Een belangrijk onderdeel daarvan is het leren schakelen tussen de verschillende manieren om iemand te motiveren; namelijk een *push*- en een *pull*-benadering. Bij een *push*-benadering neem je op een directieve manier initiatief: je stuurt een team aan, begeleidt een patiënt tijdens een behandel-



Ilse Dapper:
“Wees niet bang.
Grijp het moment
en breid zoveel
mogelijk je
netwerk uit.
Experimenteer en
leer bij.”

traject of motiveert collega’s. Je pusht als het ware energie naar iemand toe. Dit werkt echter enkel wanneer jij de expert bent en de ander op een rationele manier kan reageren. Bij *pull* stel je juist vragen: wat heeft de ander nodig, en wat is de gemeenschappelijke visie? Als jonge specialist is het belangrijk om te leren switchen tussen de benaderingen”, legt Dapper uit.

Witte jas

Het advies van Dapper aan jonge specialisten is helder: “Doe je witte jas aan, letterlijk én figuurlijk. Voel dat je een arts bent en durf te *shinen*. Ontdek wat jouw onderliggende drijfveren zijn, en die van je collega’s. Zie de eerste jaren niet enkel als een vakinhoudelijke leerleschool, maar ook als een periode om jezelf persoonlijk te ontwikkelen.”

Persoonlijke groei is cruciaal in een medische cultuur waar vermoeidheid, onzekerheid en falen moeilijk bespreekbaar blijven. Jonge specialisten zijn vaak ambitieus en verantwoordelijk, maar hebben moeite met grenzen stellen. De opleiding versterkt dat, door een competitieve sfeer waarin specialis-

ten vanaf het begin als concurrenten worden gevormd. “Maar eenmaal in het werkveld ben je plots concullega’s die moeten samenwerken in het belang van de patiënt”, aldus Dapper.

Volgens Dapper kan zelfleiderschap daarin het verschil maken. “Ik begin altijd met het in kaart brengen van iemands onderliggende drijfveren. Dat is belangrijk, omdat het je helpt om op een andere manier naar jezelf én anderen te kijken. Van daaruit kan je onderzoeken waar het voor jou als specialist mogelijk kan vastlopen. Wil je graag een impact maken maar lukt dat niet, of heb je juist nood aan controle?”

Tot slot heeft Dapper een duidelijke boodschap voor specialisten in opleiding: “Wees niet bang. Grijp het moment en breid zoveel mogelijk je netwerk uit. Experimenteer en leer bij. Het voelt misschien alsof je opleiding eeuwig duurt, maar voor je het weet ben je specialist. En dan begint het pas echt.”

Floris Cup

>> VASO organiseert op 10 mei een symposium dat aandacht besteedt aan onder andere mentaal welzijn. Inschrijven via vaso.be/event-details-registration/vaso-symposium-2025.

Oproep tot academische boycot

GAZA Tijdens een informatieavond van de faculteit geneeskunde van de UAntwerpen toonden de aanwezige studenten en ook enkele professoren zich voorstander van een academische boycot van Israël zolang de oorlog in Gaza voortduurt.

Het Israëlische leger viseert systematisch gezondheids- en onderwijsinfrastructuur in Gaza en op de Westelijke Jordaanoever. Zo luidde de duidelijke boodschap van dr. Nabil El Aila, microbioloog aan de Al Aqsa University in Gaza, en dr. Mazen Abuqamar, hoogleraar Public Health aan de Al Azhar University in Gaza, tijdens de infosessie die de professoren Guido Vanham en Werner Van Peer samen met studenten organiseerden aan de faculteit geneeskunde van de UAntwerpen. “Sinds het begin van de oorlog werden 1.393 zorgverstrekkers gedood en 360 gevangen genomen. In totaal werden meer dan 400 aanvallen uitgevoerd op zorginfrastructuur. Amper 16% van de zorginfrastructuur in Noord-Gaza en 11% in Rafah is nog actief.”

“De gevolgen voor de volksgezondheid zijn desastreus”, vervolgden El Aila en Abuqamar. “Patiënten met kanker, dialysepatiënten en diabetici krijgen niet de noodzakelijk zorg. De mentale gezondheid van de bevolking gaat zienderogen achteruit. Ondervoeding is een groot probleem en een ziekte als polio, die uitgeroeid was, duikt terug op.”

Voor geneeskundestudente en lid van *Students for Palestine* Marieke Saeys is het duidelijk: “De universiteit kan in deze tijden van genocide niet ‘neutraal’ blijven. Israëlische universiteiten werken samen met de overheid en steunen het geweld. Door studenten die bij het Israëlische leger (IDF) willen gaan een vrijstelling te geven, door onderzoeksprogramma’s naar wapens te ontwikkelen. Het argument dat we moeten blijven dialogeren met universiteiten die meewerken aan de verwoesting van universiteiten in Gaza houdt geen steek. Daarom eisen we dat alle unilaterale banden met Israëlische universiteiten worden verbroken.”

Vicerector Nathalie Dens zei persoonlijk geraakt te worden door de beelden uit Gaza, maar is geen voorstander van een academische boycot. “We willen de dialoog open houden. Bovendien is het moeilijk te beoordelen of universiteiten effectief meewerken aan geweld. Ook wettelijk

rijzen er veel vragen bij een academische boycot. We hebben contracten gesloten waar we niet zomaar onderuit kunnen.”

Het officiële standpunt van de universiteit werd wel onderuit gehaald door Thalia Kruger, professor internationaal recht UAntwerpen. “Het Internationaal gerechtshof heeft al enkele malen herhaald

dat Israël het verbod op apartheid en genocide schendt. Dat brengt verplichtingen mee voor andere landen. Niemand mag hen hierbij ondersteunen. Dat verbod geldt voor de hele samenleving, dus ook voor de universiteit die niet moet wachten tot de overheid in actie schiet. Het is uitgebreid gedocumenteerd hoe universiteiten

deel uitmaken van het systeem, van het IDF. Werkt UAntwerpen daarmee samen, dan maakt de universiteit zich schuldig aan medeplichtigheid. Samenwerking kan enkel nog wanneer die gericht is op het stoppen van het geweld”, aldus de in Zuid-Afrika geboren juriste.

F.C.

Hooggedoseerde **B12** onder de tong






- 1 SMELTtablet /dag, onder de tong
- Hooggedoseerd: **1.000 mcg**
- Met de 3 biologisch actieve en natuurlijke vormen van B12:
METHYL cobalamine
ADENOSYL cobalamine
HYDROXO cobalamine

60 SMELTtabletten = **17,95€**

EFFECTIEF - NIET PIJNLIJK - GOED AANVAARD



BVAS betreurt afwijzing besparingsvoorstel

REMGELD Op 2 april ontving minister van Volksgezondheid Frank Vandenbroucke de artsensyndicaten voor een eerste overleg. BVAS had een eigen voorstel voor bereid om de gevraagde besparingen bij de artsenhonoraria door te voeren.

Concreet stelde BVAS voor om het remgeld voor raadplegingen bij huisartsen te verdubbelen, van 1 euro naar 2 euro voor patiënten met een verhoogde tegevoetkoming (VT) en van 4 euro naar 8 euro voor andere patiënten. Het ereloon voor de arts zou hetzelfde blijven, alleen het aandeel van de patiënt wordt groter.

Dit voorstel levert volgens BVAS een balans tussen begrotingsdiscipline enerzijds, en kwaliteitsgaranties en efficiëntiewinst anderzijds. Het zou een significante besparing binnen het RIZIV-budget betekenen, en tegelijk een bewustere zorgconsumptie stimuleren doordat patiënten meer worden geresponsabiliseerd. De vrijgekomen budgettaire marge zou ook toelaten om weer een correcte vergoeding voor teleconsultaties in te voeren.

Het voorstel viel echter op een koude steen. Niettemin blijft BVAS aandringen op de indexatie van het remgeld en wil het samen met de andere syndicaten zoeken naar een oplossing.

“We roepen de minister op om de stem van de artsen ernstig te nemen en samen te werken aan maatregelen die de toekomst van onze gezondheidszorg veiligstellen, zonder de verloning van artsen onevenredig onder druk te zetten”, zegt voorzitter Johan Blanckaert van BVAS. “Kwaliteitsvolle zorg staat of valt immers bij een correcte waardering van de artsen die zich dagelijks inzetten voor hun patiënten.”

E.D.



Chiesi

INHALE. EXHALE. NEXTHALE.

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

*MMAD (Mass Median Aerodynamic Diameter) < 2 µm³ • 1804/TCP/Trim/BE/01-2025 – FEB 2025
1. Trimbow® 88/5/9 µg inhalatiepoeder, SmPC 2022 2. Voshaar et al. Journal of Aerosol Medicine and Pulmonary Drug Delivery 2014; 27(5):363-370 3. GOLD report 2025

NAAM VAN HET GENEESMIDDEL:

Trimbow 88 microgram/5 microgram/
9 microgram inhalatiepoeder.

KWALITATIEVE EN KWANTITATIEVE SAMENSTELLING:

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

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

FARMACEUTISCHE VORM:

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

THERAPEUTISCHE INDICATIES:

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

DOSERING EN WIJZE VAN TOEDIENING:

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

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

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

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

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

CONTRA-INDICATIES:

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

BIJWERKINGEN:

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

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



Trimbow®
NE*Thaler®

Trimbow® 88/5/9 µg inhalatiepoeder

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



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

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

orgaanklasse en frequentie De frequenties worden als volgt gedefinieerd: zeer vaak ($\geq 1/10$); vaak ($\geq 1/100$, $< 1/10$); soms ($\geq 1/1.000$, $< 1/100$); zelden ($\geq 1/10.000$, $< 1/1.000$); zeer zelden ($< 1/10.000$) en niet bekend (kan met de beschikbare gegevens niet worden bepaald). **Infecties en parasitaire aandoeningen:** Vaak: Pneumonie (bij COPD patiënten), faryngitis, orale candidiasis, urineweginfectie, nasofaryngitis. Soms: Griep, orale schimmelinfectie, orofaryngeale candidiasis, slokdarmcandidiasis, (oro)faryngitis door schimmels, sinusitis, rinitis, gastro enteritis, vulvovaginale candidiasis. Zelden: Infectie van onderste luchtwegen (door schimmels). **Bloed en lymfestelselaandoeningen:** Soms: Granulocytopenie. Zeer zelden: Trombocytopenie. **Immuunsysteemaandoeningen:** Soms: Dermatitis allergisch. Zelden: Overgevoeligheidsreacties, waaronder erytheem, oedeem van lippen, gezicht, ogen, en farynx. **Endocriene aandoeningen:** Zeer zelden: Bijniersuppressie. **Voedings en stofwisselingsstoornissen:** Soms: Hypokaliëmie, hyperglykemie. Zelden: Verminderde eetlust. **Psychische stoornissen:** Soms: Rusteloosheid. Frequentie niet bekend: Psychomotorische hyperactiviteit, slaapstoornissen, angst, depressie, agressie, gedragsveranderingen (voornamelijk bij kinderen). Zelden: Insomnia. **Zenuwstelselaandoeningen:** Vaak: Hoofdpijn. Soms: Tremor, duizeligheid, dysgeusie, hypo esthesie. Zelden: Hypersomnie. **Oogaandoeningen:** Frequentie niet bekend: Gezichtsvermogen wazig (zie ook rubriek 4.4 van de SKP). Zeer zelden: Glaucoom, cataract. **Evenwichtsorgaan en ooraandoeningen:** Soms: Otosalingitis. **Hartaandoeningen:** Soms: Atriumfibrillatie, elektrokardiogram QT verlengd, tachycardie, tachyritmie, hartkloppingen. Zelden: Angina pectoris (stabiel en onstabiel), extrasystolen (ventriculair en supraventriculair), nodaal ritme, sinusbradycardie. **Bloedvataandoeningen:** Soms: Hyperemie, overmatig blozen, hypertensie. Zelden: Extravasatie. **Ademhalingsstelsel, borstkas en mediastinumaandoeningen:** Vaak: Dysfonie. Soms: Astmatische crisis, hoesten, productieve hoest, keelirritatie, bloedneus, faryngeaal erytheem. Zelden: Paradoxaal bronchospasme, exacerbatie van astma, orofaryngeale pijn, farynxontsteking, droge keel. Zeer zelden: Dyspneu. **Maagdarmsstelselaandoeningen:** Soms: Diarree, droge mond, dysfagie, nausea, dyspepsie, branderig gevoel van de lippen, tandcariës, (afteuze) stomatitis. **Huid en onderhuidaandoeningen:** Soms: Rash, urticaria, pruritus, hyperhidrose. Zelden: Angio oedeem. **Skeletspierstelsel en bindweefselstoornissen:** Soms: Spierspasmen, myalgie, pijn in extremiteit, skeletspierstelsel borstpijn. Zeer zelden: Groeivertraging. **Nier en urinewegaandoeningen:** Zelden: Dysurie, urineretentie, nefritis. **Algemene aandoeningen en toedieningsplaatsstoornissen:** Soms: Vermoeidheid. Zelden: Asthenie. Zeer zelden: Oedeem perifeer. **Onderzoeken:** Soms: C reactief proteïne verhoogd, bloedplaatjestelling verhoogd, vrije vetzuren verhoogd, bloedinsuline verhoogd, bloedketonlichaam

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

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

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

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

HOUDER VAN DE VERGUNNING VOOR HET IN DE HANDEL BRENGEN:

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

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

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

AFLEVERINGSWIJZE: Op medisch voorschrift.

DATUM VAN HERZIENING VAN DE TEKST: 24/03/2022.

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

Kartel-voorstel afgewezen

TELECONSULTATIES

Op 31 maart vond een vergadering plaats van de werkgroep die zich moet buigen over een nieuw kader voor telefonische consultaties. Het Kartel (ASGB/GBO/MODES) legde een concreet voorstel op tafel.

Het voorstel was gebaseerd op de resultaten van een enquête bij artsen. Die had onder meer duidelijk gemaakt dat artsen vragende partij zijn voor een indexatie van het remgeld op consultaties. “De 1 of 4 euro bij huisartsen zijn immers al lang niet meer van deze tijd”, aldus Kartel. Ook bleek dat zowel huisartsen als (bepaalde) specialisten nood hebben aan telefonische consultaties, maar dat omwille van praktische redenen een ander systeem voor elke groep nodig is.

Voor huisartsen stelde Kartel een jaarlijkse vergoeding van 5 euro per GMD voor, specifiek als vergoeding voor telefonische consultaties en uitbetaald aan de huisarts als afzonderlijk bedrag. Het gaat hierbij om reguliere huisartspraktijken, zonder New Deal of forfaitair georganiseerde praktijken. Als alternatief zou een huisarts een gemengd bedrag krijgen (deels forfait + deels per prestatie).

Voor specialisten wil Kartel duidelijke minimale voorwaarden om een telefonische consultatie aan te rekenen. Zo moet er een verslag beschikbaar en controleerbaar zijn. Dat verslag moet minstens een behandelvoorstel of beleidswijziging bevatten die tijdens het telefonisch consult werd besproken. De afspraak voor het telefonisch consult wordt vooraf vastgelegd in een afsprakenboek, en er is een limiet van twee telefonische consulten per patiënt per jaar. In dat geval zou de specialist 4 euro kunnen aanrekenen, plus 4 euro verplicht te innen remgeld via een (ziekenhuis-)factuur aan de patiënt.

De andere leden van de werkgroep – vertegenwoordigers van de andere artsensyndicaten en van de ziekenfondsen – wezen het voorstel echter af.

E.D.

Arts als pasmunt voor terroristen

VERVOLG COVER Het engagement van prof. dr. Gerlant Van Berlaer in zijn strijd voor de vrijlating van Ahmadreza Djalali kwam er niet toevallig. De twee leerden elkaar kennen als docent aan de European Master in Disaster Medicine, een samenwerking van de VUB met de Università del Piemonte Orientale.

Gerlant Van Berlaer en Ahmadreza Djalali leerden elkaar kennen toen ze de European Master in Disaster Medicine volgden. “Ik vanuit mijn interesse voor rampengeneeskunde als intensivist, urgentie- en kinderarts, Djalali als urgentie-arts gespecialiseerd in de gevolgen van nucleaire rampen. Omwille van de specifieke niche waarin hij gespecialiseerd is, werd hij vervolgens – net als ik – aangetrokken als docent voor het masterprogramma. De misdaden waarvan hij wordt beschuldigd stroken helemaal niet met waar hij mee bezig was, met zijn missie: ziekenhuizen en hulpverleners voorbereiden op een nucleair ongeluk.”

Oorspronkelijk wist de VUB niet dat Djalali was gearresteerd. “Pas toen hij in mei niet kwam opdagen voor de masteropleiding werden we ongerust”, vervolgt Gerlant Van Berlaer. “Het Centro di Ricerca in Disaster Medicine contacteerde zijn echtgenote in Zweden, maar uit vrees hem nog meer in gevaar te brengen, durfde ze eerst niets te zeggen en verzoon ze een verhaal dat hij een verkeersongeval had gehad en in coma lag. Na verloop van tijd werd duidelijk dat er iets anders aan de hand was.”

Beruchte gevangenis

Na zijn arrestatie werd Djalali naar de beruchte Evin-gevangenis gebracht waar voornamelijk politieke gevangenen worden opgesloten. “Hij werd er eerst ettelijke maanden in totale isolatie opgesloten, zonder contact met de buitenwereld. Pas veel later krijgt hij een advocaat toegewezen. Die lichtte de familie in en bracht hen op de hoogte van de beschuldiging van landverraad. Nog later mocht hij af en toe zijn gezin in Zweden bellen. Via zijn vrouw weet hij dat collega’s in België, Zweden en Italië actie voeren om hem vrij te krijgen. Ook ik heb al even kort met hem kunnen bellen. Dat was geen makkelijk gesprek omdat het voortdurend werd onderbroken door iemand die iets in het

Perzisch zei, wat ik uiteraard niet verstond.”

“Het was ons meteen duidelijk dat hij door het Iraanse regime vooral was opgepakt om als pasmunt te dienen om Iraniërs vrij te krijgen en een ruil te forceren. Vergelijk het met de situatie van onze landgenoot Olivier Vandecasteele die ook om onduidelijke redenen werd opgepakt en uiteindelijk werd geruild voor Iraniërs die in ons land werden veroordeeld omdat ze een aanslag planden. Zo houdt Iran meerdere gevangenen achter de hand, een politiek die het al voert sinds de revolutie van een halve eeuw geleden. Ze wringen de arm van andere landen om. Er is geen Europees of Noord-Amerikaans land dat eraan ontsnapt. Je kan je afvragen waarom je dan naar zo’n land gaat. Het is begrijpelijk dat hij zijn intussen overleden moeder en broer nog eens wilde bezoeken. Wanneer je dan een uitnodiging voor een congres krijgt, denk je veilig te zijn. Achteraf is het makkelijk om te zeggen dat het niet verantwoord

was. Djalali dacht niets te vrezen omdat hij zich nooit had geuit als opposant van het regime.”

Psychologische terreur

De omstandigheden waarin Djalali wordt vastgehouden, zijn mensonwaardig. “Hij zit opgesloten in een cel van enkele vierkante meter groot waar zelfs geen bed staat. Hij moet op de grond slapen terwijl het licht ook ’s nachts blijft branden zodat zijn dag-nachtritme volledig verstoord is. Als je als arts bent opgesloten, begin je na een tijdje verschillende kwalen te ontdekken. We weten ook dat zijn gezondheidstoestand er effectief sterk op achteruit gaat. Dat blijkt ook uit de schaarse foto’s die we van hem te zien krijgen. Na foltering legde hij een gedwongen bekentenis af en werd hij ter dood veroordeeld. Al meerdere malen werd hem gezegd dat het vonnis kortelings zou worden uitgevoerd en bovendien werd hij overgebracht naar de gevangenis die de laatste halte is

voor executie. Een vorm van psychologische terreur.”

Iraniër in hart en nieren

Gerlant Van Berlaer herinnert zich Djalali als een bescheiden en discreet man. “Geen tafelspringer of iemand die zich graag op het voorplan plaatst. Wel iemand die geïnteresseerd was in de studenten en in de gezondheidszorgsystemen van hun land en de manier waarop rampengeneeskunde er werd aangepakt. Ik had boeiende gesprekken over Iran, een land dat voor velen van ons onbekend is. Ik wist dat de Iraanse bevolking erg belezen is en een grote intellectuele capaciteit heeft. Wanneer Djalali het over zijn thuisland en de bevolking had, was dat steeds met veel passie. Hij bleef Iraniër in hart en nieren. Er kwam geen slecht woord over zijn land over zijn lippen.”

‘Met deze actie willen we zoveel mogelijk artsen aansporen om hun solidariteit te tonen met Ahmadreza Djalali’

Zowel in België als in Zweden en Italië voeren artsen met de steun van Amnesty International actie om Djalali vrij te krijgen. “We weten dat onze vorige acties aandacht kregen in Iran zelf. Daarom blijven we de hoop koesteren onze collega op deze manier vrij te krijgen. Tot nu toe bleek Iran steeds de deur van onderhandelingen toe te doen wanneer zijn naam ter sprake werd gebracht door bijvoorbeeld de Belgische of de Zweedse regering. Met deze actie willen we zoveel mogelijk artsen aansporen hun solidariteit te tonen, door de affiche zichtbaar op te hangen en door via de QR-code de petitie te ondertekenen om zijn vrijlating te eisen”, besluit Gerlant Van Berlaer.

Filip Ceulemans

>> Wie de actie financieel wil ondersteunen, kan een bijdrage doen op BE11 5230 8012 9048.



Gerlant Van Berlaer: “Het was ons meteen duidelijk dat dr. Djalali door het Iraanse regime was opgepakt om als pasmunt te dienen om Iraniërs vrij te krijgen en een ruil te forceren.”

Semi-dringende verwijzing

COMMUNICATIE Wanneer een Gentse huisarts vindt dat een van zijn patiënten binnen de drie weken moet worden gezien in een ziekenhuis, kan hij voortaan gebruik maken van de semi-dringende verwijsbrief. Huisartsenvereniging Gent (HVG) sloot hierover een akkoord met de Gentse ziekenhuizen.

Sinds twee jaar kunnen Gentse huisartsen hun patiënten mits een elektronische verwijsbrief naar een Gents ziekenhuis sturen. Er ontbrak echter nog iets aan het systeem: het was niet mogelijk om de urgentie van een verwijzing expliciet aan te geven. Dat zorgde voor onduidelijkheid over hoe de huisarts die inschatting moest communiceren. De oplossing lag er dan vaak in om als huisarts zelf het ziekenhuis te bellen.

Dat hoeft in de toekomst niet meer. Samen met de Gentse ziekenhuizen werkte Huisartsenvereniging Gent (HVG) een systeem van semi-dringende verwijzing uit. Het volstaat het vakje aan te klikken dat stipuleert dat een afspraak binnen de drie weken geïndiceerd is. Wordt het vakje aangevinkt, dan krijgt het ziekenhuis meteen een signaal. Vervolgens krijgt de patiënt binnen de vijf werkdagen een telefoon van het ziekenhuis om een datum te prikken. Gebeurt dat toch niet dan moet de patiënt contact opnemen met het secretariaat van de betrokken ziekenhuisdienst. De ziekenhuizen houden tijdsloten vrij om patiënten binnen de drie weken een afspraak te kunnen geven.

De invoering van het nieuwe systeem impliceert dat in Gent voortaan met drie gradaties van dringendheid wordt gewerkt. Bij een dringende verwijzing moet de patiënt dezelfde dag of uiterlijk de dag erna worden gezien. Voor zo'n dringende verwijzing belt de huisarts het ziekenhuis. Bij een niet-dringende doorverwijzing mag de afspraak langer dan drie weken op zich laten wachten.

Filip Ceulemans

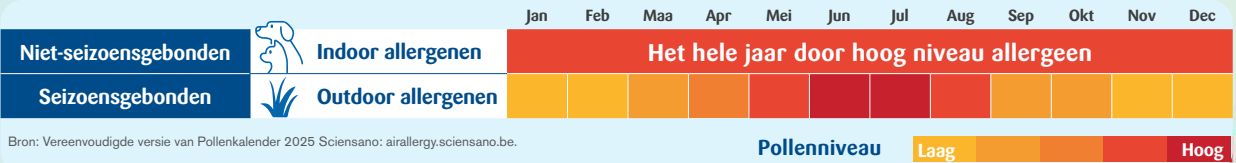
RhinoSinutab® biedt het hele jaar door ondersteuning aan uw allergiepatiënten



allergiesymptomen > 5 mg cetirizine
+
verstopte neus > 120 mg pseudo-efedrine



RhinoSinutab® combineert in één tablet allergieverlichting en nasale decongestie



SAMENVATTING VAN DE PRODUCTKENMERKEN / NAAM VAN HET GENEESMIDDEL: RHINOSINUTAB 5 MG / 120 MG TABLETTEN MET VERLENDE AFGIFTE

KWALITATIEVE EN KWANTITATIEVE SAMENSTELLING 1 tablet met verlengde afgifte bevat 5 mg cetirizinedihydrochloride en 120 mg pseudoefedrine hydrochloride. Hulpstoffen met bekend effect: bevat lactose en natrium. Voor de volledige lijst van hulpstoffen, zie rubriek 6.1. FARMACEUTISCHE VORM Tabletten met verlengde afgifte THERAPEUTISCHE INDICATIES RhinoSinutab is aangewezen voor de behandeling van symptomen, zoals neuscongestie, niezen, rhinorrhoea, nasale en oculaire pruritus, die gepaard gaan met allergische rhinitis, al dan niet seizoensgebonden. RhinoSinutab is aangewezen als zowel de anti-allergische activiteit van cetirizine als de nasale decongestie van pseudoefedrine gewenst zijn. DOSERING EN WIJZE VAN TOEDIENING Volwassenen en kinderen vanaf 12 jaar: 1 tablet tweemaal per dag ('s ochtends en 's avonds). De tabletten moeten worden ingenomen met een beetje vloeistof, zonder te breken of te kauwen, met of zonder voedsel. Neem niet meer dan 2 tabletten (10 mg cetirizine, 240 mg pseudoefedrine) in per 24 uur. De behandelingsduur mag de symptomatische periode niet overschrijden en zal niet langer zijn dan 2 à 3 weken. Na verdwijning van de nasale symptomen, kan de behandeling met enkel een antihistaminicum worden verdergezet. Hoewel cetirizine en pseudoefedrine hun doeltreffendheid bij kinderen ouder dan 2 jaar hebben bewezen, werd RhinoSinutab niet onderzocht bij kinderen jonger dan 12 jaar. Speciale populaties: Patiënten met nierfunctiestoornissen Bij patiënten met een nierfunctiestoornis zijn geen gegevens voorhanden voor het vaststellen van de ratio werkzaamheid/veiligheid. Omdat cetirizine voornamelijk via de nieren wordt uitgescheiden, moeten in het geval dat geen alternatieve behandeling kan worden toegepast, de doseringsintervallen individueel worden aangepast overeenkomstig de nierfunctie. Voor het aanpassen van de dosis wordt verwezen naar onderstaande tabel. Om van deze tabel gebruik te maken is een berekening noodzakelijk van de creatinineklaring (CLcr) van de patiënt in ml/min. De CLcr (ml/min) kan berekend worden uitgaande van de serumcreatininebepaling (mg/dl) door middel van de volgende formule:

CLcr = $\frac{[140 - \text{leeftijd (jaren)}] \times \text{gewicht (kg)}}{72 \times \text{serum creatinine (mg/dl)}}$ (x 0,85 voor vrouwen)

Dosisaanpassing bij volwassen patiënten met een nierfunctiestoornis: Nierfunctie - Creatinineklaring (ml/min) - Dosering en frequentie: Normaal: ≥ 80 - 10 mg cetirizine (overeenkomend met 2 tabletten RhinoSinutab) per dag. Licht verstoord: 50 - 79 - 10 mg cetirizine (overeenkomend met 2 tabletten RhinoSinutab) per dag. Matig verstoord: 30 - 49 - 5 mg cetirizine (overeenkomend met 1 tablet RhinoSinutab) per dag. Ernstig verstoord: < 30 - 5 mg cetirizine (overeenkomend met 1 tablet RhinoSinutab) om de 2 dagen. Terminale nierinsufficiëntie, Dialysepatiënten: < 10 - Gecontra-indiceerd. Patiënten met een leverfunctiestoornis Bij patiënten met uitsluitend een leverfunctiestoornis is geen aanpassing van de dosis nodig. Patiënten met een lever- en nierfunctiestoornis Aanpassing van de dosis wordt aanbevolen (zie: "Patiënten met nierfunctiestoornissen"

hierboven). Ouderen (65 jaar en ouder) De nierfunctie verslechtert met de leeftijd en het is aangetoond dat deze verslechtering een invloed heeft op de eliminatie van cetirizine. Daarom wordt een maximale dosis van 5 mg cetirizine (overeenkomend met 1 tablet RhinoSinutab) 1x/dag aanbevolen. CONTRA-INDICATIES RhinoSinutab is gecontra-indiceerd: - in geval van overgevoeligheid voor de werkzame stoffen, voor efedrine, hydroxyzine of elk ander piperazine of voor een van de in rubriek 6.1 vermelde hulpstoffen; - in geval van ernstige hypertensie of slecht gereguleerde hypertensie of coronaire aandoeningen; - in geval van een voorgeschiedenis van beroerte of een hoog risico op het ontwikkelen van een hemorragische beroerte; - in geval van ernstige acute of chronische nieraandoening/nierfalen; - in geval van zeer ernstige nierinsufficiëntie (creatinineklaring < 10 ml/min); - in geval van niet gecontroleerde hyperthyroïdie, ernstige aritmieën, toename van de oogdruk, urineretentie of feochromocytoom; - in geval van toediening van antihypertensiva, zoals β-blokkers, van sympathicomimetica, dihydroergotamine en amfetamines; - tijdens een behandeling met MAOI's, ook gedurende de eerste 2 weken na stopzetting van hun arts raadplegen als zenuwachtigheid, draaierigheid, slapierigheid, stuipen, slapeloosheid of hallucinaties optreden, of als de symptomen niet verbeteren. Ernstige cardiovasculaire effecten zoals hartkloppingen, tachycardie, hypertensie, angio-oedeem of cardiovasculaire collapsen werden waargenomen. Deze cardiotoxische effecten waren gewoonlijk geassocieerd met dosissen die hoger waren dan aanbevolen. Patiënten moeten dan de inname stopzetten en direct hun arts raadplegen. Overgevoeligheidsreacties zoals erythema fixatum werden gemeld; patiënten moeten de inname onmiddellijk stopzetten en hun arts contacteren als er tekenen van een allergische reactie optreden. De ongewenste reacties die zijn vastgesteld bij patiënten behandeld met cetirizine, pseudoefedrine of de combinatie van beide stoffen, tijdens klinische onderzoeken en ervaring nadat het product op de markt is gebracht, zijn hieronder vermeld per systeemorgaanklasse. De frequenties worden vermeld op basis van de volgende conventie: zeer vaak (≥ 1/10), vaak (≥ 1/100 en < 1/10), soms (≥ 1/1.000 en < 1/100), zelden (≥ 1/10.000 en < 1/1.000), zeer zelden (< 1/10.000), niet bekend (kan met de beschikbare gegevens niet worden bepaald). Een aantal van de bijwerkingen werden geïdentificeerd tijdens klinische studies met de hieronder vermelde frequentie. Een deel van de bijwerkingen werd echter spontaan gemeld tijdens het gebruik na het op de markt brengen. Daarvoor kon op basis van de beschikbare gegevens geen frequentie worden vastgesteld en is deze bijgevolg geklasseerd als 'niet bekend'. Ongewenste reacties vastgesteld met cetirizine, pseudoefedrine of de combinatie, tijdens klinische studies of door ervaring nadat het product op de markt is gebracht. Systeemorgaanklasse/ Frequentiecategorie: Cetirizine 5-20 mg / Pseudoefedrine 60-120 mg multi-dose/ Cetirizine 5 mg + Pseudoefedrine 120 mg multi-dose (N=3326) Ongewenste reactie: Immunsysteemaandoeningen:

Soms: Overgevoeligheidsreacties (waaronder anafylactische shock) Psychische stoornissen: Vaak: Slapeloosheid, Zenuwachtigheid; Soms: Angst, Agitatie; Zelden: Hallucinaties; Zeer zelden: Euforische stemming; Niet bekend: Hallucinatie, visueel, Rusteloosheid, Aggressie. Zenuwstelselaandoeningen: Zeer vaak: Hoofdpijn; Vaak: Slaperigheid, Vertigo, Draaierigheid, Duizeligheid; Zelden: Convulsies, Tremor; Zeer zelden: Syncopie, Psychomotorische hyperactiviteit (in de pediatrische populatie); Niet bekend: Cerebrovasculair accidenta, Posterieur reversibel, encefalopathiesyndroom (PRES) (zie rubriek 4.4), Reversibel cerebraal vasoconstrictiesyndroom (RCVS) (zie rubriek 4.4), Paresthesie, Dysgeusie, Dyskinesie/Dystonie, Geheugenstoornis. Oogaandoeningen: Soms: Oogzwelling; Zeer zelden: Wazig zien; Niet bekend: Accommodatieaandoening, Mydriase, Oogpijn, Verminderd gezichtsvermogen, Fotofobie, Ischemische opticusneuropathie. Hartaandoeningen: Vaak: Tachycardie; Soms: Hartkloppingen; Zelden: Aritmie; Niet bekend: Myocardinfarct. Bloedvataandoeningen: Soms: Hypertensie; Zeer zelden: Cardiovasculaire collaps. Ademhalingsstelsel-, borstkas- en mediastinum-aandoeningen: Soms: Dyspneu, Hoesten. Maagdarmsstelselaandoeningen: Vaak: Nausea, Droge mond; Soms: Diarree; Zelden: Braken; Niet bekend: Ischemische colitis, Abdominaal ongemak. Huid- en onderhuidaandoeningen: Soms: Urticaria, Pruritus; Zelden: Rash, Droge huid, Verhoogde zweetsecretie; Zeer zelden: Angio-oedeem, Erythema fixatum; Niet bekend: Acute gegeneraliseerde exanthemateuze pustulose. Skeletspierstelsel- en bindweefstelselaandoeningen: Niet bekend: Arthralgie. Nier- en urinewegaandoeningen: Zelden: Mictiestoornissen; Zeer zelden: Dysurie, Bedwateren, Urineretentie. Voortplantingsstelsel- en borstaandoeningen: Niet bekend: Erectiestoornis. Algemene aandoeningen en toedieningsplaatsstoornissen: Vaak: Asthenie, Vermoeidheid; Soms: Malaise; Zelden: Bleekheid; Zeer zelden: Abnormaal gevoel, Zich zenuwachtig voelen; Niet bekend: Jeuk na stopzetting. Onderzoeken: Zelden: Verhoogde leverfunctiewaarden; Niet bekend: Gewichtstoename. Deze voorvallen werden in zeer zeldzame gevallen gemeld na het in de handel brengen. Een recente veiligheidsstudie na toelating (PASS) leverde geen bewijs op van verhoogd risico op myocardiinfarct of cerebrovasculair accident als gevolg van het gebruik van vasoconstrictoren voor nasale decongestie, waaronder pseudoefedrine. Melding van vermoedelijke bijwerkingen: Het is belangrijk om na toelating van het geneesmiddel vermoedelijke bijwerkingen te melden. Op deze wijze kan de verhouding tussen voordelen en risico's van het geneesmiddel voortdurend worden gevolgd. Beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg wordt verzocht alle vermoedelijke bijwerkingen te melden via Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten www.fagg.be Afdeling Vigilantie: Website: www.eenbijwerkingmelden.be e-mail: adr@fagg-afmps.be. AFLEVERINGSWIJZE Geneesmiddel op medisch voorschrift of schriftelijke aanvraag. HOUDER VAN DE VERGUNNING VOOR HET IN DE HANDEL BRENGEN Johnson & Johnson Consumer NV/SA, Michel De Braeystraat 52, 2000 Antwerpen. NUMMER VAN DE VERGUNNING VOOR HET IN DE HANDEL BRENGEN BE262595. DATUM VAN HERZIENING VAN DE TEKST Datum van herziening van de tekst: 02/2024. Goedkeuringsdatum: 04/2024. V19.1 B17.0 Meer informatie is beschikbaar op verzoek. BE-SIN-2025-144829

DUODECIM-richtlijn aangepast aan noden Belgische huisartsen

POWERED BY 
PRIJS VAN DE JONGE
HUISARTS

PRIJS Urineweginfecties bij jonge kinderen zijn een veelvoorkomende pathologie in huisartsenpraktijken. De diagnose is echter vaak lastig vast te stellen, omdat de jonge patiënten atypische symptomen kunnen vertonen. Huisartsen dr. Ilse Van Genechten en dr. Kato Van Look evalueerden de huidige DUODECIM-richtlijn '*Urinary tract infection in a child*' en onderzochten op welke wijze deze beter kan worden afgesteld op de Belgische zorgcontext.

Voor beide huisartsen was de relevantie van het onderzoek een belangrijke motivator. Van Look: "Tijdens onze praktijkervaring zien we regelmatig zieke kinderen langskomen, waarbij het niet eenvoudig was om een urineweginfectie te onderscheiden van andere aandoeningen. Om te bepalen of een kind last heeft van een urineweginfectie wordt in ons land de DUODECIM-richtlijn aangereikt als leidraad voor huisartsen. Deze richtlijn is beschikbaar via EBPracticenet, maar is niet aangepast aan de Belgische eerstelijnszorgcontext", zegt Van Look. "Zo wordt het uitvoeren van een blaaspunctie als diagnosetool aanbevolen en zijn er verschillen in de aanbevelingen rond behandeling met die van de Belgische gids voor anti-infecti-

euze behandeling in de ambulante praktijk (BAPCOC)."

Van Genechten vult haar collega aan: "Het doel van ons onderzoek was daarom om de aanbevelingen uit de richtlijn te evalueren en aan te passen aan de Belgische zorgcontext. Dat proces verliep in drie fasen. In de eerste fase hebben we een viertal klinische vragen geformuleerd. Nadien hebben we op basis van een systematische zoektocht twee relevante internationale richtlijnen met betrekking tot urineweginfecties (NICE en AAP) geselecteerd, en deze beoordeeld aan de hand van de AGREE-tool", zegt de huisarts. "In de volgende fase hebben we deze richtlijnen vergeleken met de oorspronkelijke DUODECIM-richtlijn. Op basis van de vergelijking en de antwoorden op de klinische vragen hebben we een aantal aanbevelingen gedaan en deze een GRADE-score gegeven. In de laatste fase hebben we vervolgens de aanbevelingen verder verfijnd en laten beoordelen door een expertenpanel van huisartsen en pediaters."

'Clean catch'

Op basis van de beoordelingen van het expertenpanel, formuleerden de twee huisartsen een aantal aanbevelingen. "Het belangrijkste klinische teken van een urineweginfectie bij kinderen is koorts van 38°C of hoger, zonder duidelijke oorzaak. Hierbij wordt aanbevolen binnen 24 uur een urinestaal af te nemen. Andere symptomen variëren afhankelijk van de leeftijdscategorie van het kind: jonger dan drie maanden, ouder dan drie maanden maar nog niet sprekend (preverbaal), en ouder dan drie maanden en sprekend (verbaal). Deze symptomen hebben we in een overzichtelijk schema gerangschikt van meest naar minst voorkomend", zeggen de huisartsen.

"Daarnaast adviseren we dat voor screening de 'clean catch'-methode de eerste keuze is. Als deze methode niet haalbaar is, kunnen andere niet-invasieve methoden, zoals verzamelzakjes of -pads worden gebruikt. Bij aange-



Kato Van Look en Ilse Van Genechten formuleerden aanbevelingen voor aanpassing van de DUODECIM-richtlijn voor urineweginfecties bij kinderen aan de Belgische zorgcontext.

toonde pyurie is het aanbevolen om invasieve methoden, zoals blaassondage of suprapubische aspiratie te overwegen om de diagnose te bevestigen."

De twee huisartsen adviseren daarnaast een echografie bij kinderen met atypische urineweginfecties en bij kinderen jonger dan zes maanden. Bij kinderen die ouder zijn en een terugkerende infectie hebben, wordt eveneens een echografie geadviseerd.

"Voor de behandeling is het van belang om eerst te beslissen of een ver-

wijzing nodig is. Dit is het geval bij kinderen onder de leeftijd van drie maanden of bij oudere kinderen die ernstige veralgemeende symptomen hebben of orale therapie niet verdragen", aldus Van Genechten. "Als de behandeling thuis kan worden gestart bestaat deze uit trimethoprim of nitrofurantoïne voor een cystitis en uit cefalosporines of amoxicilline-clavulaanzuur indien de kiem hieraan gevoelig is bij een pyelonefritis. In het ziekenhuis zal parenterale behandeling bestaan uit cefalospo-

rines. De therapie dient altijd te worden aangepast aan de cultuur en antibioticogram.”

Logische keuze

De keuze voor huisartsgeneeskunde was voor Van Genechten snel gemaakt. “Als huisarts zie je een breed scala aan patiënten. Ik vind het ontzettend mooi om zowel jonge baby's, waar ik ook als arts bij Kind en Gezin regelmatig mee in contact kom, als oudere patiënten en alles ertussenin op te volgen. Je bouwt echt een vertrouwensband op, en dat aspect sprak me enorm aan”, zegt de huisarts. “In de praktijk waar ik werk heb ik jonge collega's om me heen en een prettige patiëntenpopulatie. Nu de winterperiode voorbij is, heb ik ook weer wat meer tijd om echt in gesprek te gaan met mijn patiënten en hen beter te leren kennen. Dat vind ik een van de mooiste aspecten van dit vak, omdat je met de psychosociale achtergrond echt een meerwaarde kan betekenen voor de kwaliteit van zorg voor een patiënt”, zo besluit Van Genechten die erover nadenkt om in de toekomst de speciali-

satie sportgeneeskunde te gaan volgen.

Van Look sluit zich hierbij aan en geeft op haar beurt aan dat de combinatie van wetenschap en menselijk contact haar ook aansprak. “Tijdens de middelbare school begon ik te kijken naar de verschillende wetenschappelijke richtingen, maar vond ik het ook belangrijk om voor een sociale, mensgerichte opleiding en beroep te kiezen. Het huisartsenberoep leek me daarom een logische keuze, omdat het de meest brede vorm is van geneeskunde; je bent de eerste contactpersoon voor patiënten, je speelt een verbindende rol tussen de patiënt en specialist, en je behandelt mensen van alle leeftijden. Die combinatie van sociale en wetenschappelijke aspecten maakt het beroep voor mij aantrekkelijk”, zegt Van Look. De huisarts bestudeert momenteel de mogelijkheid om een bijkomende opleiding tot LEIF-arts te volgen.

Floris Cup

>> ‘Urineweginfecties bij kinderen’.
Adaptatie van de DUODECIM-richtlijn.
Ilse Van Genechten en Kato Van Look.
Promotor: Jan Verbakel

Masterproef in het kort

Onze masterproef gaat over urineweginfecties bij kinderen. Concreet hebben we de Finse DUODECIM-richtlijn geactualiseerd en aangepast aan de Belgische zorgcontext om zo tot evidence-based aanbevelingen te komen voor de huisartsenpraktijk.

Waarom is jullie masterproef belangrijk?

Urineweginfecties bij kinderen hebben vaak een atypische presentatie, wat het risico op foutieve of laattijdige diagnoses verhoogt. Dit kan leiden tot ernstiger verloop, hospitalisatie en langdurige complicaties. Met een praktische leidraad willen we dit risico verkleinen en mogelijke onplezierige ervaringen voor kinderen en ouders voorkomen.

Wat is er nieuw aan jullie werk?

De DUODECIM-richtlijn werd geactualiseerd op basis van

internationale richtlijnen en recente literatuur. We introduceren een hands-on approach met praktische aanbevelingen. Zo vind je tabellen met symptomen per leeftijd, een handleiding voor het afnemen van een ‘clean catch’ en voor het eerst een antibioticabeleid voor pyelonefritis in de eerste lijn.

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

Het wordt als arts steeds belangrijker om evidence-based te werken. Om die reden vallen we als huisarts vaak terug op richtlijnen voor onze dagdagelijkse praktijkvoering. Met onze masterproef proberen we praktische handvaten te bieden voor het herkennen, diagnosticeren en opvolgen van kinderen met urineweginfecties in de huisartsenpraktijk.

Imutis Oplossingen voor het hele gezin



9 Miljard bacteriën

+

6 Miljard gisten

+ Blauwe bosbesextract

+ Sporogenen

+ FOS

+ Vitamine D



Gebruik:
1 tot 2 per dag.

Bestaat in 15, 30 en 60 capsules.

* 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



De onderzoekers bevelen universiteiten aan om liefst vroeg in de opleiding meer huisartsen te betrekken bij de basisopleiding.

Interesse voor huisartsgeneeskunde onder studenten onderzocht

PRIJS Het huisartsberoep in Vlaanderen staat onder druk. Op steeds meer plekken in ons land is er sprake van een tekort en moeten praktijken noodgedwongen een patiëntenstop invoeren. Een potentiële oplossing is het verhogen van het aantal startende studenten aan de vervolgopleiding huisartsgeneeskunde, maar cijfers tonen aan dat de interesse voor de specialisatie onder Vlaamse geneeskundestudenten achterblijft. De huisartsen dr. Astrid De Lamper, dr. Emilie Dierckx, dr. Kathlyn Moehlig en dr. Lotte Vandeputte onderzochten welke mogelijkheden universiteiten hebben om de interesse onder studenten aan te wakkeren.

De vier huisartsen zeggen dat ze tijdens hun opleiding aanvankelijk zelf ook hun twijfels hadden en niet altijd zeker wisten of huisartsgeneeskunde iets voor hen was. “Juist om die reden sprak het onderzoeksthema ons aan. We hebben dit keuzeproces als studenten ook doorlopen en hopen met het onderzoek een wetenschappelijke basis te leveren aan universiteiten om de interesse voor de specialisatie te verhogen”, zegt Moehlig.

Enorme groep twijfelaars

Om te onderzoeken door welke factoren geneeskundestudenten in hun keuze voor een vervolgopleiding in huisartsgeneeskunde worden beïnvloed, voerden de vier huisartsen zowel een kwantitatief als een kwalitatief onderzoek uit. Het kwantitatieve luik bestond uit een vragenlijst die werd afgenomen bij geneeskundestudenten uit alle opleidingsjaren aan de verschillende Vlaamse universiteiten. In het kwalitatieve luik werd aan de hand van

focusgesprekken met masterstudenten aan KU Leuven en Universiteit Antwerpen, dieper ingegaan op de verschillende factoren die hen beïnvloedden in hun keuzeproces voor huisartsgeneeskunde. Tenslotte werden de resultaten van de twee luiken gebundeld en geanalyseerd.

“Uit de resultaten blijkt dat slechts één op de vijf geneeskundestudenten de huisartsspecialisatie volledig uitsluit als vervolgopleiding”, zegt De Lamper. “Er is dus een enorme groep studenten

die met de juiste aanpak wél meegekregen zou kunnen worden. Het beslissingsproces van studenten blijkt daarnaast een dynamisch en multifactorieel proces te zijn, dat doorheen de verschillende opleidingsjaren fluctueert.”

Volgens de onderzoekers zijn er een aantal factoren die bijdragen aan de twijfel onder studenten. “Onder sommige studenten leeft het beeld dat huisartsgeneeskunde monotoon is, of geen volwaardige specialisatie”, vult Moehlig haar collega aan. “En veel van die vooroordelen komen niet alleen vanuit de studie, maar worden ook gecreëerd door de omgeving van de student, zoals ouders, vrienden, collega’s en familieleden. Die zeggen dan bijvoorbeeld: ‘Waarom zou je huisarts worden als je zulke hoge cijfers haalt?’.”

Stages

De huisartsen beargumenteren dat de stages een belangrijk moment zijn om de interesse in huisartsgeneeskunde aan te wakkeren en studenten een realistisch beeld te geven van het werkveld. “Studenten die stage lopen bij een huisartspraktijk geven vaak aan dat hun beeld van het vak positief is veranderd en dat ze het als een volwaardige specialisatie zien. Die ervaring maakt echt een verschil”, zegt Dierckx op haar beurt.

Masterproef in het kort

Dit onderzoek bestudeert door middel van vragenlijsten en focusgroepgesprekken het keuzeproces voor huisartsgeneeskunde bij Vlaamse geneeskundestudenten. Hieruit worden aanbevelingen voor de universiteiten om deze keuze aantrekkelijker te maken geformuleerd.

Waarom is jullie masterproef belangrijk?

Een goed uitgebouwde eerstelijnszorg gaat gepaard met kostenreductie, betere gezondheidsuitkomsten,... Drie op vier Vlaamse gemeenten zijn echter huisartsarm. Idealiter kiest 44% van de geneeskundestudenten voor huisartsgeneeskunde, nu is dit slechts 25-30%. Een veelbelovende aanpak is het verhogen van het aantal startende haio’s.

Wat is er nieuw aan jullie werk?

Er is een gebrek aan kwalitatieve studies over interventies om de interesse voor huisartsgeneeskunde te verhogen. Deze

studie hanteert een mixed-methods design, met een kwalitatief en kwantitatief luik. Volgende drie aanbevelingen vergroten de interesse: integratie van huisartsen in orgaanmodules, positieve stage-ervaringen en het informeren van studenten over de opleiding en het beroep. Deze studie kan de basis vormen voor bijkomend onderzoek in dit domein.

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

Slechts één op vijf studenten sluit de vervolgopleiding tot huisarts volledig uit. Deze studie weerhoudt verschillende factoren die een positieve keuze voor huisartsgeneeskunde bepalen. Positieve contacten met huisartsen doorheen de opleiding bleken belangrijk; ieder van ons kan dus een bijdrage leveren!

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.



"Studenten in onze focusgroepen vertellen dat ze juist door de stages enthousiast werden voor het beroep. Maar daar zit gelijk ook een belangrijk aandachtspunt; de juiste werkervaring maakt namelijk een groot verschil. Een student die tijdens het griepseizoen stage loopt krijgt geen volwaardig beeld van het

vak en zal denken dat we ons de hele dag enkel met verkoudheden bezighouden. Een bijkomende factor is dat een huisartsstage tijdens het stagejaar niet aan elke universiteit verplicht is."

De onderzoekers bevelen universiteiten daarom aan om liefst vroeg in de opleiding meer huisartsen te betrekken

bij de basisopleiding en om kwaliteitsvolle lessen en verplichte stages in de huisartsgeneeskunde aan te bieden.

Vandepotte vult aan: "We constateren ook dat er een groep studenten is voor wie huisartsgeneeskunde gewoon niks is. Dat moet je respecteren en daar kan je als opleidingscentrum ook niks aan veranderen. Maar laat ons dan wel

'Het zou mooi zijn als huisartsen studenten inspireren met inhoudelijke informatie en waardevolle stages, en minder via promotiepraatjes'

investeren in die grote groep studenten die wél openstaat voor het vak. Het zou mooi zijn als huisartsen studenten inspireren met inhoudelijke informatie en waardevolle stages, en minder via promotiepraatjes. Studenten voelen het meteen als het te hard 'verkocht' wordt, en dat werkt averechts. Geef hen liever

realistische en interessante praktijkvoorbeelden in de lessen/opleidingsmodules."

Vrijheid en variatie

Dat een promotiepraatje niet de meest effectieve manier is om studenten warm te maken voor huisartsgeneeskunde, blijkt uit de persoonlijke verhalen van de vier huisartsen. Hun uiteindelijke beslissing werd vooral beïnvloed door positieve stage-ervaringen, de afwisseling binnen het vak en de mogelijkheid om een eigen invulling te geven aan de praktijk. "Geen dag is hetzelfde", benadrukken ze. "Met ons onderzoek hopen we een bijdrage te leveren aan de positieve beeldvorming over huisartsgeneeskunde."

Floris Cup

>> Het huisartsentekort: begint het bij de opleiding? Een mixed-methods studie naar de interesse van geneeskundestudenten voor de opleiding huisartsgeneeskunde (FiNDGP-studie). Astrid De Lamper, Emilie Dierckx, Kathlyn Moehlig en Lotte Vandepotte. Promotor: Lieve Peremans.

Gewrichten¹ & Pezen

BEWEZEN VERBETERING
VAN DE GEWRICHTSMOBILITEIT²

98% Bewezen doeltreffendheid²

Natuurlijk

Max Hoog gedoseerd

1 tablet per dag



Ook beschikbaar in duopack

Mobilityl Max is een voedingssupplement op basis van kurkuma dat de doeltreffendheid van *Curcuma longa* combineert met die van 3 andere plantenextracten (*Boswellia serrata*, *Kaempferia galanga* en *Piper nigrum*).

Het resultaat ?

Een **complete samenstelling** met nog **snellere resultaten** tegen gevoelige gewrichten¹.

Piperine free

In de apotheek

¹ Kurkuma-extract draagt bij tot het behoud van de gewrichtsflexibiliteit.
² Amalraj A. et al., 2019. Evaluatie op basis van een daling van de CRP's.

Made in Belgium



www.mobilitylmax.com

Passion for family health

Trenker
by Erudite.Health

Voedingssupplementen - Biocondil - NUTRAS 2122 Mobilityl Max - NUTPL 2184 ©Trenker 2025-04

Linde Puttemans, een studente van negentien die zelf (nog) geen anticonceptie neemt: “Op TikTok zie ik heel wat mensen vertellen dat ze stoppen met de pil omdat ze merken dat de hormonen een negatieve impact hebben op hun lichaam.” Ze geeft toe dat de boodschappen op sociale media haar ideeën over hormonale anticonceptie beïnvloeden. “Als ik zo’n negatieve berichten zie, vraag ik me soms wel af waarom ik daarmee zou beginnen.”

Puttemans is lang niet de enige die zich vragen stelt bij hormonale anticonceptie. In België daalt het gebruik van de pil, de ring en de pleister al meer dan tien jaar. In 2013 kreeg 59,6 procent van de vrouwen tussen 18 en 20 jaar daarvoor een terugbetaling via een ziekenfonds. In 2023 was dat nog 43,1 procent. Sinds 2019 zet de daling zich sterker in. Het gebruik van de spiraal gaat in die leeftijdscategorie wel in stijgende lijn. In 2013 kreeg een procent van de vrouwen tussen 18 en 20 jaar daarvoor een terugbetaling via een ziekenfonds, in 2023 was dat 4,9 procent.

Ook gynaecologen merken dat er meer kritische vragen komen over (stoppen met) hormonale anticonceptie. “We merken dat er de afgelopen jaren vooral bij jonge vrouwen best wat weerstand tegen is gekomen”, zegt Susanne Housmans, die gynaecoloog is in het UZ Leuven. “Ze willen zo weinig mogelijk hormonen nemen en hun cyclus zo natuurlijk mogelijk houden.”

In de jaren 1960 speelde de anticonceptiepil een belangrijke rol in de emancipatie en het zelfbeschikkingsrecht van vrouwen. Dat zij sindsdien kunnen kiezen of en wanneer ze kinderen krijgen, maakt hen onafhankelijker. Maar vandaag staat een nieuwe groep vrouwen op die zich van hormonale anticonceptie wil bevrijden. De hormonen in de pil zouden volgens hen een negatieve invloed hebben op hun lichaam en geest.

“Op zich is het geen slechte evolutie dat vrouwen kritischer worden”, vindt Housmans. “Ik vind het ook logisch dat mensen vragen stellen en hun verwachtingen van een therapie duidelijk communiceren. Alleen pakt het wat lastig uit voor vrouwen die ook medische klachten hebben. Als zij de deur voor hormonale anticonceptie dichttrekken, zijn er soms weinig andere opties die hun klachten kunnen verlichten.”

De pil werkt namelijk niet uitsluitend contraceptief, maar heeft ook een rist

andere ‘bijwerkingen’ die heel wat vrouwen best handig vinden. Zo kunnen ze plannen wanneer en of ze ongesteld worden, ervaren ze minder sterke bloedingen, wordt menstruatiepijn verlicht en zijn de hormoonschommelingen die een natuurlijke cyclus met zich meebrengt minder uitgesproken.

“Vandaag is er zo’n breed gamma aan hormonale anticonceptie dat er vrijwel altijd een pil, staafje of spiraal wordt gevonden waar de patiënt zich goed bij voelt”, zegt professor Stefan Cosyns, afdelingshoofd gynaecologie aan het UZ Brussel. “Ik ben ervan overtuigd dat we vrouwen op een veilige manier van hormonale contraceptie kunnen voorzien. Maar dat is geen must. Wie zich goed voelt bij een natuurlijke cyclus, kan andere voorbehoedsmiddelen kiezen, zoals het condoom. Dat is een individuele keuze.”

Vraag 1: Heeft hormonale anticonceptie een invloed op het mentaal welzijn?

De wetenschappelijke studies die dat onderzocht hebben, spreken elkaar tegen. “Sommige onderzoeken laten een toename van stemmingsklachten zien, andere niet”, zegt professor Yves Jacquemyn, diensthoofd gynaecologie van het UZA. “Depressieve stoornissen of stemmingsverschillen treden bij een tot tien procent van de gebruiksters op, maar doen zich net zo goed voor in de controlegroep. Het is dus moeilijk om daar een conclusie uit te trekken.”

“Het is ook maar de vraag of de gerapporteerde stemmingsverschillen altijd gerelateerd zijn aan de pil”, merkt Steffi van Wessel op, die gynaecoloog is in het UZ Gent. “Er zijn tal van factoren die iemands stemming kunnen beïnvloeden. Bovendien zijn emotionele klachten moeilijk meetbaar.”

Hoewel de meeste vrouwen zich onder hormonale anticonceptie goed voelen, kunnen sommige patiënten volgens Cosyns wel sterker reageren op de synthetische hormonen die in de pil zitten. Zij kunnen gebaat zijn met een pil met bio-identieke hormonen.

Of hormonale anticonceptie het libido beïnvloedt, blijft binnen de wetenschappelijke literatuur ook een vraagteken. “De resultaten van onderzoek zijn tegenstrijdig en de kwaliteit van de studies matig”, aldus Jacquemyn.

Een daling in libido valt volgens Cosyns wel te verklaren. “Wie de pil neemt, krijgt een constante dosis hor-

Nee, het is niet bewezen dat de pil je ongelukkig maakt

Terwijl de pil in de jaren 1960 een prominente rol speelde in de emancipatie van de vrouw, staat er vandaag een groep vrouwen op die zich van hormonale anticonceptie wil bevrijden. Die zou volgens hen een negatieve impact hebben op lichaam én geest. We legden zeven vragen van jonge vrouwen voor aan experts.

monen binnen, wat niet het geval is bij een natuurlijke cyclus. Evolutionair gezien zorgt de natuur ervoor dat het libido piekt rond de eisprong, omdat de vrouw dan zwanger kan worden. Een behoud van het libido zie je wel bij vrouwen met een koperspiraal, en ook bij sommige hormoonspiraaltjes. Vrouwen die het gevoel hebben dat hun libido door de pil lager is, kunnen die opties proberen.”

Vraag 2: Is het belangrijk om bij de pil elke maand een stopweek in te lassen?

“Bij alle anticonceptie die bestaat uit een combinatie van een oestrogeen en een progestageen – de pil, de anticonceptiering en de pleister – kun je een stopweek inlassen, maar dat hoeft niet”, zegt van Wessel. “Methoden waarin alleen een progestageen zit moeten meestal zelfs doorgenomen worden – denk aan de minipil, de prikpil, het hormoonspiraal en het staafje.”

Housmans waarschuwt dat het van zwaarder gedoseerde pillen, die typisch gebruikt worden voor de behandeling van acne, niet bewezen is dat ze veilig zijn om door te nemen. Daarom raadt ze aan om het doornemen van de pil altijd met de huisarts of gynaecoloog te bespreken.

Waarom die stopweek dan toch ingeburgerd raakte, terwijl ze meestal overbodig is? “Omdat men er in de jaren 1960 van overtuigd was dat als men een pil op de markt zou brengen waardoor vrouwen niet meer zouden bloeden, niemand die pil zou willen nemen”, zegt Cosyns. “Vrouwen zouden zich dan afvragen waar het bloed blijft – iets wat sommige vrouwen vandaag nog bezighoudt.”

Maar de bloedingen die een vrouw krijgt wanneer ze hormonale anticonceptie neemt, hebben niets met de menstruatie te maken. Door het wegblijven van extra hormonen reageert het



lichaam tijdens de pauzeweek met een zogenaamde onttrekkingsbloeding, die vooral bestaat uit wat slijmvlies uit de baarmoederholte.

“Bij wie de pil neemt of een hormoonspiraal laat zetten, bouwt dat baarmoederslijmvlies minder op, waardoor het bloedverlies mindert”, zegt Cosyns. “Langdurig gebruik van de pil kan er zelfs voor zorgen dat vrouwen amper of zelfs geen bloedverlies meer hebben tijdens de stopweek.”

Als de pil wordt doorgenomen, is het enige nadeel dat het slijmvlies op een bepaald moment zodanig fijn en broos wordt, dat vrouwen tussentijds bloedverlies kunnen ervaren. “Dat zorgt dan voor wat bruinverlies of minimaal rood bloedverlies”, zegt Cosyns. “Dat is niets om ongerust over te zijn. Sommigen zullen dat al ervaren nadat ze een keer de pauzeweek overslaan, anderen kunnen een jaar lang de pil doornemen zonder ook maar een druppel bloed te verliezen.”

Het is dus doorgaans oké om de stopweek over te slaan, en dat mag volgens experts gerust maanden, zelfs jaren aan een stuk. “Zeker mensen die een pijnlijke menstruatie hebben, zijn daarbij gebaat”, aldus Cosyns. “Ook vrouwen met endometriose moeten vermijden om hun menstruatie te krijgen. Zij krijgen de pil jaar in jaar uit voorgeschreven.”

Bovendien zorgt continue inname van de hormonale anticonceptie er volgens Jacquemyn voor dat vrouwen extra beschermd zijn tegen eierstokkanker, baarmoederkanker en zelfs een beetje tegen darmkanker.

Vraag 3: Is het oké om de pil uitsluitend te nemen in periodes dat je seksueel actief bent?

Omwille van het risico op trombose, dat bij elke combinatiepil voorkomt, wordt dat afgeraden. “Bij het opstarten van een pil met een oestrogeen en pro-

gestageen erin, leidt dat tot een verhoging van een aantal eiwitten die in je lever geproduceerd worden, waardoor je een hoger risico op bloedklontervorming hebt”, zegt Housmans. “Na een tijd stabiliseert het risico weer, maar als je om de haverklap start en stopt met de pil, lok je ook telkens het verhoogd risico op trombose uit.”

Hoe groot dat tromboserisico is, hangt af van welke pil iemand neemt. Van de 100.000 vrouwen die de pil niet gebruiken, krijgen er per jaar vijf tot honderd een trombose. Van de 100.000 vrouwen die een pil van de tweede generatie nemen, krijgen er per jaar twintig tot vierhonderd een trombose. Dat type pil geeft dus een viermaal zo hoog risico. Bij vrouwen die pillen van de derde generatie gebruiken is het risico op veneuze trombose zes- tot achtmaal zo hoog als bij vrouwen die geen pil gebruiken. Bij pillen die enkel progestageen bevatten, is er geen verhoogd tromboserisico.

Vraag 4: Heeft de pil een invloed op het gewicht?

“In onderzoek zien we geen verschil in gewichtstoename tussen mensen die de pil nemen en mensen die een placebo krijgen”, zegt Jacquemyn. “Dat betekent natuurlijk niet dat je na het starten van de pil niet kunt aankomen, wel dat er blijkbaar evenveel mensen zijn die op gewicht blijven en dat er zelfs mensen zijn die gewicht verliezen.”

Of iemand aankomt van de pil, hangt vooral af van het type progestageen dat erin zit. “Als mensen verzwaren van de pil, dan komt dat meestal doordat ze daarop reageren en er vochtretentie optreedt”, zegt Cosyns. “Dat zorgt dan voor een gewichtstoename van gemiddeld één kilo. Zodra met de pil gestopt wordt, verliezen vrouwen dat gewicht weer. Soms kunnen vrouwen ook wat oedeem krijgen in de benen. Zij kunnen overschakelen op een pil met een vochtafdrijvend progestageentype.”

Vraag 5: Helpt de pil tegen acne?

Bijna alle combinatiepillen hebben een positief effect op acne. Volgens Jacquemyn hoeven vrouwen zelfs geen speciale pil te nemen om acne te bestrijden. “Er is geen bewijs dat die beter zouden werken dan andere.”

Toch zijn sommige pillen van de derde of vierde generatie speciaal ontwikkeld voor de behandeling van acne. Die pillen

bevatten cyproteronacetaat of drospirenon, waardoor ze de mannelijke hormonen counteren die een vette huid kunnen veroorzaken.

Housmans wijst erop dat het zeker tijdens de eerste maanden normaal is om effecten te ondervinden op huid en haar door het nemen van hormonale anticonceptie. “Na een paar maanden stabiliseert dat. Daarom adviseren we vrouwen om even vol te houden.”

Jacquemyn waarschuwt er ten slotte voor dat hormonale anticonceptie die enkel progestageen bevat, zoals de minipil en het hormoonspiraal, net wel acne kan veroorzaken.

Vraag 6: Als je de pil niet neemt, is het dan oké om na een seksueel contact telkens de morning-afterpil te nemen?

“Het is zeker een goede reflex om de morning-afterpil te halen om ongewenste zwangerschap te voorkomen”, zegt Housmans. “Maar als vorm van langdurige contraceptie zou ik het niet aanbevelen. Vroeger heette die pil de noodanticonceptiepil, en dat moet ze ook blijven.”

Als de morning-afterpil correct ingenomen wordt, zorgt die er wel degelijk voor dat de meeste kans op zwangerschap vermeden wordt. “Maar ze is zeker niet zo veilig als klassieke hormonale contraceptie”, waarschuwt Housmans. “Bovendien stuurt de morning-afterpil ook telkens de natuurlijke cyclus in de war.”

Vraag 7: Welke anticonceptie kunnen mannen voor hun rekening nemen?

Behalve de mannelijke sterilisatie, die definitief is, zijn er voor mannen weinig andere betrouwbare opties.

Al jaren wordt er onderzoek gedaan naar hormonale contraceptie voor mannen, maar voorlopig lijkt er weinig schot in de zaak te komen. “Er bestaan wel zaaddodende pasta’s, maar die bieden lang niet zo’n hoge bescherming, net zo min als technieken zoals terugtrekken”, zegt Housmans.

Bovendien vreest Cosyns dat, zelfs als er een mannenpil zou zijn, vrouwen nog altijd de controle over die contraceptie zouden willen behouden. “Als de mannenpil door slechte inname niet effectief is, dan denk ik dat vrouwen nog altijd liever de anticonceptie voor hun rekening nemen. Zij zijn immers degenen die zwanger kunnen worden als het misloopt.”

©Knack

Allen samen in de strijd tegen hartfalen



MULTIDISCIPLINAIR WERKEN HuisartsNu, het wetenschappelijk tijdschrift van Domus Medica, pakt deze maand uit met een themanummer rond hartfalen en de multidisciplinaire aanpak van de aandoening. Coördinator van het dossier is prof. dr. Miek Smeets.

Hartfalen is een vaak voorkomende chronische aandoening die een grote impact heeft op de levenskwaliteit van patiënten. “Patiënten met hartfalen lopen een groot risico herhaaldelijk in het ziekenhuis te belanden met hoge kosten voor patiënt en samenleving als gevolg. We weten uit de literatuur dat geïntegreerde, multidisciplinaire zorg het risico op hospitalisatie vermindert en de prognose en de levenskwaliteit van de patiënten verbetert”, zegt Miek Smeets. “Maar dat is niet de manier waarop de zorg rond hartfalen vandaag is georganiseerd in België. Het is toch vreemd dat zo’n aan-

pak er niet is voor deze grote groep patiënten, terwijl er wel een zorgtraject bestaat voor chronische nierinsufficiëntie en diabetes.”

In 2018 verdedigde Miek Smeets haar doctoraat over hoe kan worden toegewerkt naar een zorgprogramma voor patiënten met hartfalen in de huisartsenpraktijk. “Toen al bleken er op meerdere plaatsen in Vlaanderen lokale

samenwerkingsprogramma’s tussen ziekenhuizen en de eerste lijn te bestaan om een transmuraal zorgprogramma te organiseren. In het veld zagen veel zorgverstrekkers de nood van een zorgtraject in. Met de steun van het Fonds Daniel De Coninck van de Koning Boudewijnstichting konden we de projecten verenigen in een lerend netwerk hartfalen. Via dat fonds kreeg ik ook de

kans me als postdoc in te zetten om de zorg voor patiënten met hartfalen verder te verbeteren, om de bevindingen uit mijn doctoraat in de praktijk te brengen. We probeerden alle puzzelstukken samen te brengen die nodig zijn om geïntegreerde zorg aan te bieden, ook al is er dan nog geen overkoepelende steun of financiering van de overheid.”



‘Een belangrijke aanbeveling in de richtlijn – en dat is echt wel nieuw – is de aandacht die wordt gevraagd voor patiënteneducatie’
– prof. dr. Miek Smeets

Richtlijnen

Bij de pakken blijven zitten en wachten op de overheid, was geen optie voor Miek Smeets en anderen die zich inzetten voor de aanpak van hartfalen. “Een eerste stap was de herwerking van de bestaande richtlijn over chronisch hartfalen door de Werkgroep Ontwikkeling Richtlijnen Eerste Lijn (WOREL). De bestaande richtlijn dateerde uit 2011 en was aan revisie toe. Je kan van huisartsen moeilijk verwachten dat ze evidence-based zorg verstrekken als de richtlijnen niet up-to-date zijn. De volledige richtlijn is te vinden op de website van WOREL, een praktische samenvatting op de website van Domus Medica en in het themanummer van HuisartsNu.”

Helemaal nieuw is de richtlijn over palliatieve zorg bij patiënten met chronisch hartfalen. De motivatie om deze richtlijn te ontwikkelen, is meervoudig: de hoge incidentie en toenemende prevalentie van hartfalen, de impact van

Heart2Heart

Op zaterdag 26 april organiseren HeartsConnect, Wit-Gele Kruis Antwerpen, Thomas More Hogeschool en Universiteit Antwerpen in samenwerking met Domus Medica en de Belgian Working Group on Heart Failure (BWGHF) Heart2Heart, een multidisciplinair symposium over hartfalen.

Prof. dr. Miek Smeets en dr. Anneleen Janssen bespreken respectievelijk de nieuwe richtlijn over hartfalen en de nieuwe palliatieve richtlijn hartfalen.

Dr. David Derthoo gaat dieper in op het multidisciplinaire zorgpad hartfalen en dr. Karolien Baldewijns bespreekt de nieuwe educatiematerialen. Dr. Willem Raat zoomt in op de resultaten van de hospitalisatiecijfers in Vlaanderen en de lessen die daaruit kunnen worden getrokken. De keynote wordt verzorgd door prof. dr. Hans-Peter Brunner-La Rocca.

“Het symposium richt zich uitdrukkelijk niet uitsluitend tot huisartsen, maar wil ook patiënten met hartfalen,

mantelzorgers, verpleegkundigen in de eerste en de tweede lijn, apothekers, kinesitherapeuten, cardiologen en geriateren aanspreken”, zegt Miek Smeets. “Op die manier willen we ten volle het multidisciplinaire karakter van de zorg rond hartfalen benadrukken.” Heart2Heart, een multidisciplinair symposium vindt plaats op zaterdag 26 april van 9 tot 13.30 uur in de lokalen van Wit-Gele Kruis Antwerpen, Nonnenvest 1, 2200 Herentals.

>> Info: domusmedica.be

het ziektebeeld op de levenskwaliteit, de meerwaarde van palliatieve zorg voor deze patiëntenpopulatie en de vergrijzing waardoor de vraag naar palliatieve zorg toeneemt.

Multidisciplinair zorgpad

Samenwerking is het sleutelwoord in de zorg van patiënten met hartfalen. “We proberen binnen ons lerend netwerk zoveel mogelijk samen te werken met alle spelers die betrokken zijn bij de zorg rond hartfalen”, vervolgt Miek Smeets. “Een voorbeeld daarvan is de samenwerking met de Belgian Working Group on Heart Failure (BWGHF) wat resulteerde in een multidisciplinair zorgpad hartfalen ontwikkeld door dr. David Derthoo (zorgpadhartfalen.be). Dat zorgpad brengt in de praktijk wat in de richtlijn wordt voorgeschreven. Een zorgpad gaat immers verder dan een richtlijn. Het zorgpad richt zich uitdrukkelijk op alle zorgverstrekkers: huisartsen, eerstelijnspraktijken, verpleegkundigen in de huisartsenpraktijk, thuisverpleegkundigen en apothekers. Het geeft een blauwdruk van hoe we de zorg ideaal georganiseerd zouden willen zien in de hoop dat de overheid ook stappen in deze richting zal zetten.”

“Een belangrijke aanbeveling in de richtlijn – en dat is echt wel nieuw – is de aandacht die wordt gevraagd voor patiëneducatie. Bij diabetes wordt dat al erkend door te investeren in diabeteseducatoren, maar eigenlijk zou dat voor alle chronische aandoeningen moeten gebeuren. Het is belangrijk dat een patiënt weet wat hij heeft, wat de prognose is, hoe hij zichzelf kan opvolgen, wat de alarmsymptomen zijn, wat hij moet doen wanneer het niet goed gaat, kortom hoe hij zijn aandoening zelf kan managen. We hadden in de eerste lijn echter geen toegang tot patiëneducatiemateriaal voor hartfalen.”

Educatie

“Karolien Baldewijns en Hilde Vandenhoude van het lerend netwerk stelden patiënten de vraag wat ze vonden van het bestaande educatiemateriaal, dat vooral in ziekenhuizen beschikbaar is. Op basis van de antwoorden, ontwikkelden ze hartfaleneducatiemateriaal voor de eerste lijn, dat beschikbaar wordt gesteld via de website van Domus Medica. Het is een brochure met uitleg en een dagboek waarin patiënten hun parameters kunnen monitoren. Het kan ook dienen als communicatiemiddel.

Optimaal zouden we natuurlijk elektronisch communiceren binnen een multidisciplinair team. Maar daar zijn we nog niet en dus gebruiken we het dagboek om wijzigingen te noteren tijdens ons driemaandelijks contact met de patiënt. Zowel de cardioloog, die eenmaal per jaar wordt bezocht, als de apotheker en de thuisverpleegkundige behouden zo een overzicht van wat er met de patiënt gebeurt.”

Een van de problemen bij chronisch hartfalen is de niet altijd makkelijk te stellen diagnose. “De symptomen zijn redelijk aspecifiek. Oedeem en dikke voeten, vermoeidheid, verminderde inspanningstolerantie. Ze kunnen allemaal een andere oorzaak hebben. Het treft vaak oudere mensen, maar ligt het aan hun hart of is het gewoon een symptoom van de oude dag? Het is niet makkelijk als huisarts om de diagnose te stellen. Er bestaat nochtans een goede diagnostische test met de waardenbepaling van de natriuretische peptiden (BNP en NTproBNP) die is aanbevolen in internationale richtlijnen. De test wordt in nagenoeg alle Europese landen terugbetaald, behalve in België. Er werd al een drietal keer een terugbetalingsdossier ingediend, maar dat liep telkens vast op onderhandelingen met de klinisch biologen. We hopen dat het terugbetalingsdossier dat ingediend werd in januari 2024 wel goedgekeurd wordt.”

Telemonitoring

Sinds 1 januari van dit jaar is telemonitoring van hartfalen terugbetaald. “Met deze niet-invasieve techniek kunnen patiënten de eerste zes maanden na een hospitalisatie via een app opgevolgd worden door het ziekenhuis. Gespecialiseerde verpleegkundigen houden de data in het oog. De huisarts wordt op de hoogte gebracht wanneer de telemonitoring start en volgt de patiënt mee op. Vooral de eerste maand na een hospitalisatie is een cruciale fase waarin veel kan mislopen en waarin het risico op een nieuwe hospitalisatie groot is. Het is een eerste stap, maar in onze ogen wel ‘too little, too late’ omdat pas in actie wordt geschoten nadat de patiënt in het ziekenhuis is opgenomen. Nochtans zijn de tools aanwezig om te vermijden dat de patiënt opgenomen moet worden”, besluit Miek Smeets.

Filip Ceulemans

>> Info: worel.be, domusmedica.be en zorgpadhartfalen.be.

Voltaren Patch
Once Daily 140 mg

HALOON

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

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

DISCREET CONTINU GERICHT

GEPATENTEERDE TECHNOLOGIE

tot 24 U

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

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



©Netflix

We zijn ook maar een mens

Psychologe Briony (Erin Doherty) probeert te doorgronden wat er aan de basis van Jamies (Owen Cooper) gedrag kan liggen.

SERIE *Adolescence* is een van de meest besproken tv-series van het jaar. Niet alleen omwille van de acteerprestaties en de technische hoogstandjes (elk van de vier afleveringen is in één ononderbroken take opgenomen), maar vooral omwille van het vertrekpunt: Jamie, een dertienjarige jongen, heeft een klasgenote met messteken om het leven gebracht. De serie is een zoektocht in vier delen naar hoe het zo ver is kunnen komen.

De derde aflevering toont integraal de vijfde sessie van Jamie met psychologe Briony. Zij heeft een opdracht. Maar ook een missie. Want zo gaat dat. Het is niet zomaar een job. Psychologen zijn hulpverleners, *care givers*. Ze geven om mensen. Daar zijn ze meestal van nature goed in. Dat heeft hen naar een job als psycholoog geleid. Een groot hart.

Briony wil weten of Jamie begrijpt wat er gebeurt. Meer nog wil ze zelf begrijpen welke context mogelijk maakt dat een kind – waarbij we het liefst zouden uitgaan van onschuld – in staat is om iemand anders dood te maken. Is hij zelf slachtoffer van geweld? Wie doet hem kwaad? Waar leert hij te kijken naar zichzelf, de wereld en de mensen rond hem? Hoe warm of hoe koud is het in zijn gezin?

Ze heeft chocolademelk met marshmallows meegebracht – zijn favoriet. Zo toont ze Jamie dat ze hem ziet, dat hij een plek heeft. Dat hij waardig is. Ze maakt hiermee het verschil met de brutale inval waarmee de politie hem oppakte. Of hij zin heeft in haar sandwich (kaas met pickles), en of hij weet

waarvoor ze komt. Een eerste test. “*Ik hou niet van pickles.*”

Weerstand en verbinding

Het gesprek wordt een dans van weerstand en verbinding, van verbinding maken in de weerstand. Zachtjes een mandaat verwerven en binnengelaaten worden, met als belangrijkste bondgenoot de voelsprietten die we ‘intuïtie’ noemen – de seingever van wat een (hulp)relatie nodig heeft om tot ontwikkeling te kunnen komen.

Zijn woorden snijden in ons vel; we willen allemaal leuk gevonden worden

Soms lukt het, dan weer wordt ze buiten gekegeld. “*Je manipuleert me*”, zegt hij. Maar dat hoort bij de job. Het gesprek gaat verder, ze vindt opnieuw connectie, of alleszins een nieuwe ingang om het gesprek verder te zetten. Ze wil ergens naartoe. In haar hoofd heeft ze hypothesen gevormd over wat er aan de basis van zijn gedrag kan lig-

gen, en die wil ze toetsen. Een laag zelfbeeld. Zichzelf niet goed genoeg vinden. Ze klinken bekend, en kunnen grote hinderpalen vormen in de ontwikkeling van een mens. “*Je zegt niet dat je me leuk vindt.*” Dat komt binnen.

Het wordt een gesprek met uitdagingen en confrontaties. We zien hoe ze die met kalmte en gratie aanpakt. Ze navigeert rustig door het gesprek, begrijpend dat manipulatie en getest worden in haar grenzen deel zijn van het werk. De bluts met de buil – dat kennen we, we proberen er ons tegen te wapenen. Briony’s vermogen om kalm en empathisch te blijven is bewonderenswaardig. *Containen*, noemen we dat.

Complexiteit

Adolescence schetst de complexiteit waarin jongeren anno 2025 opgroeien. Waarin ouders en scholen hun uiterste best doen, maar moeten roeien met de riemen die ze hebben. Het gaat over jongerentaal in een digitale wereld waar ouders weinig zicht op hebben. Het gaat over visies op mannelijkheid en vrouwelijkheid, en over het onvermogen van ouders om hun kinderen hierin te begeleiden wanneer die visies zich

ontwikkelen in een wereld die niet de hunne is. Het gaat over gepest worden en over immense onmacht. Die complexiteit heeft Briony in haar hoofd wanneer ze met Jamie naar antwoorden zoekt. En haar eigen thema’s. Misschien wel dezelfde?

Na een woede-uitbarsting van Jamie gaat ze even weg. Een theetje. Een ander perspectief opzoeken. Video-beelden bekijken. En dan is daar de cipier met zijn zeer menselijke vragen over haar werk – of met zijn stomme opmerkingen, het is maar hoe je het bekijkt. De shift tussen de oppervlakkige normaliteit en wat het met je doet om dit soort lastige verhalen te begrijpen is voelbaar. Je krijgt het aan geen mens uitgelegd.

Diepe pijn

Dan moet ze afronden. Dit was hun laatste sessie. Ze raadt Jamie aan gebruik te maken van alle hulp die hem wordt aangeboden. “*Kom je niet meer terug?*” Met dat besef is het hek van de dam voor Jamie. “*Mag ik jou dan iets vragen: vind jij mij leuk?*”. Daar zit zijn diepe pijn. Dat is wat ze moest ontdekken. Met als inzet haar tijd, haar energie, haar eigen zelf. Zijn woorden snijden in ons vel; we willen allemaal leuk gevonden worden. Die bevestiging kan ze hem niet geven.

De complexe maatschappelijke, sociale en culturele context speelt een grote rol in ons doen en laten. Onze taak als hulpverlener is menselijk gedrag binnen deze context begrijpen. Dat is soms heel erg lastig en zwaar. Daarom hebben we goede opleidingen nodig, een professioneel netwerk, en ook de betrokken gezinnen, om onze tranen te mogen voelen, om die te kunnen begrijpen, om ook onszelf te stutten. Omwille van datgene wat we niet te zien krijgen, omwille van hun pijn, maar ook als bron van kracht en steun. Want als een kind lijdt, lijdt het hele gezin. En het is altijd samen, en nooit alleen.

Annemie Uyttersprot
(systeemtherapeut, docent Thomas More Hogeschool, bestuurslid Belgische Vereniging voor Relatien Gezinstherapie en Systeemcounseling (BVRGS)) & **Cinthe Lemmens** (systeemtherapeut bij groepspraktijk Traject, bestuurslid BVRGS)

>> *Adolescence* is te zien op Netflix.

Scan en lees

• **ZAS** ziet onrustwekkende toename mazelen

De voorbije weken heeft Ziekenhuis aan de Stroom (ZAS) mazelen vastgesteld bij elf kinderen. Dat zijn er meer dan in heel 2024.

• **Nederlandse zorgprofessionals** sceptisch over haalbaarheid lagere registratietijd

De Nederlandse regering wil de registratietijd in de zorg tegen 2030 halveren. Zorgprofessionals betwijfelen of dat haalbaar is, blijkt uit een onderzoek door Nivel.

• **Drie op tien Belgen** ervaart probleem met mentale gezondheid

In 2024 kampte 30% van de Belgen met een probleem op het gebied van mentale gezondheid. Dat blijkt uit een onderzoek over mentaal welzijn door verzekeraar AXA.

• **Grondwettelijk Hof:** wet Fonds Medische Ongevallen niet ongrondwettelijk

De wet waarmee het Fonds Medische Ongevallen werd opgericht, is niet ongrondwettelijk. Dat zegt het Grondwettelijk Hof in een recent arrest.

• **Nieuwe regels voor Patiëntenforum**

Het Staatsblad van 7 april maakt een KB van 29 maart 2025 bekend betreffende de samenstelling en de werkingsregels van het Patiëntenforum. Het KB treedt in werking op 7 april 2025.

• **Wetsvoorstel tot wijziging Zorgkwaliteitswet voor conventie-status**

Kamerlid Carmen Ramlot (Les Engagés) wil een einde maken aan de terugbetalingsverschillen naargelang van de conventiestatus van de gezondheidszorgbeoefenaar.

• **Huisartsen krijgen veel vragen over gezondheidsadvies op sociale media**

Huisartsen krijgen meer vragen over gezondheidsadvies op sociale media, en moeten vaak ook tussenkomen na foute adviezen. Dat blijkt uit onderzoek door VRT NWS.

>> 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. **FARMACEUTISCHE 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 onttrekkingsbloeding is opgetreden of niet. Een onttrekkingsbloeding begint meestal op de tweede tot derde dag na inname van de laatste witte tablet. Het kan voorkomen dat de onttrekkingsbloeding 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 steroidhormonen 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 premenarchale adolescenten. **Wijze van toediening.** Oraal gebruik. **Howe word 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. **Howe beginnen met Zoely. Geen voorafgaand gebruik van hormonale anticonceptiva (in de afgelopen maand).** Inname 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 anticonceptiemaatregelen 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 inname 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 placebotabletperiode 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 progestageenmethode (minipil, implantaat, prikpil) of van een hormonaal gevend 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 anticonceptiemaatregelen 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

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

Goede cycluscontrole²

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

Aanbevolen door RIZIV INAMI als COC in de peri-menopauze³

zoely®

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 dichtere 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. 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 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 onttrekkingsbloeding 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 onttrekkingsbloeding heeft in de dagen dat zij de gele placebotabletten inneemt, moet rekening worden gehouden met een mogelijke zwangerschap. Let 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 (vierde) 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 anticonceptiemaatregelen getroffen te worden. Als de vrouw binnen 3 tot 4 uur na inname van een witte tablet braakt, 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 genomen worden 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 onttrekkingsbloeding verschuiven of uitstellen.** Om een onttrekkingsbloeding 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 inname 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 onttrekkingsbloeding wil verplaatsen naar een andere dag van de week dan zij bij 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 onttrekkingsbloeding uitblijft en dat gedurende de daaropvolgende verpakking doorbraakbloedingen en spotting zullen optreden (net als bij het uitstellen van een onttrekkingsbloeding). **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. "Ingrijpende 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 (anticardioline-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 door gemaakte pancreatitis, indien geassocieerd met ernstige hypertriglyceridemie. "Bestaande of eerder door gemaakte ernstige leveraandoening, zolang de leverfunctiewaarden niet genormaliseerd zijn. "Bestaande levertumoren of 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 cirkel doorlopen. De vaakst gemelde bijwerkingen in deze klinische onderzoeken waren acne (15,4%) en onttrekkingsbloeding 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/orgaanklasse 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, vochtretentie; 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: contactliëntolerantie/ droog oog. Bloedvataandoeningen: Soms: opvliegers; Zelden: veneuze trombo-embolie (VTE). Maagdarmstelselaandoeningen: Vaak: misselijkheid; Soms: abdominale distensie; Zelden: droge mond. Lever- en galaandoeningen: Zelden: cholelithiasis, cholecystitis. Huid- en onderhuidsaandoeningen: Zelden: acne; Soms: hyperhidrose, alopecia, pruritus, droge huid, seborroe; Zelden: chloasma, hypertrichose. Skeletspierstelsel- en bindweefsel-aandoeningen: Soms: zwaar gevoel. Voortplantingsstelsel- en borstaandoeningen: Zelden: zeer vaak: abnormale onttrekkingsbloeding; Vaak: metrorragie, menorrhagie, borstpijn, buikpijn onderaan; Soms: hypomenorroe, gezwellen borsten, galactoor, baarmoederspasmus, premenstrueel syndroom, borstgezwel, dyspareunie, vulvovaginale droogheid; Zelden: vaginale geur, vulvovaginale ongemak. Algemene aandoeningen en toedieningsplaats-stoornissen: Soms: prikkelbaarheid, oedeem. Zelden: honger. Onderzoekers: Vaak: gewicht 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 geselecteerde 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. Beroepsbeoefenaars in de gezondheidszorg wordt verzocht alle vermoedelijke bijwerkingen te melden via het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten, Afdeling Vigilantie. Galilleelaan 5/03, 1210 BRUSSEL. Website: www.eenbijwerkingmelden.be, e-mail: adr@fagg.be. Informatie over de rubrieken Bijzondere waarschuwingen en voorzorgen bij gebruik, Interacties, Vruchtbaarheid, Zwangerschap en borstvoeding, Beïnvloeding van de rijvaardigheid en het vermogen om machines te bedienen, Overdosering, Farmacologische eigenschappen en Farmaceutische gegevens kan u vinden in de volledige versie van de Samenvatting van de Productkenmerken. **HOUDER VAN DE VERGUNNING VOOR HET IN DE HANDEL BRENGEN.** Theramex Ireland Limited, 3rd Floor, Kilmore House, Park Lane, Spencer Dock, Dublin 1, D01 Y64. **Ierland NUMMERS) 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. **Afleveringswijze:** 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



VA\$O 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
Havenlaan 2, 1080 Brussel



scan me

Meer info en inschrijven

6 Maanden gratis
Artsenkrant-digitaal
bij inschrijving!

Organisatoren

VA\$O | Vlaamse vereniging
voor arts-specialisten in opleiding

MAXSTER
SUPPORTING YOUR CORE BUSINESS

Artsen
krant

Sponsor

KBC

Goede zorg veronderstelt aandacht voor de hele persoon, inclusief diens sociale, mentale en spirituele welzijn. Zorgpastores spelen een belangrijke rol in onze ziekenhuizen. Hun nabijheid bij patiënten is essentieel voor hun mentale en emotionele welzijn. Ze hebben de tijd, ruimte en expertise om zieken op mentaal, sociaal en spiritueel gebied bij te staan.

Dr. Stefan De Smedt, voorzitter van de Belgische Medische Vereniging Sint-Lucas, in *Kerk & leven*.

Het asbestdossier blijft het vuilste dossier dat ik in mijn carrière ben tegengekomen. Het omvat alles wat de politiek niet mag zijn.

Kandidaat N-VA-voorzitter **Valerie Van Peel** in *De Morgen*.

Vroeger kon je de volle laag krijgen als je onderzoek deed naar de wortels van racisme. Vandaag kan dat ook gebeuren als je virussen onderzoekt. Echt alles wordt gepolariseerd.

Jan Van den Bulcke, diensthoofd Communicatiewetenschappen University of Michigan, in *De Standaard Weekblad*.

Te simplistische benaderingen van een gezond dieet, zoals 'minder eten en meer bewegen', zijn niet alleen ineffectief, maar kunnen door de onderliggende schuldgevoelens ook aanzienlijke psychologische schade aanrichten. Zelfs het simpelweg benoemen van iemands overgewicht kan onbedoeld stigmatiserend werken.

Jean-Luc Vandenbossche, professor emeritus cardiologie ULB, in *Hart & Slagaders*.

De wetenschappelijke geletterdheid van mensen is er ook niet op vooruitgegaan. Meer nog: het respect dat mensen hebben voor kennis verkregen door langdurige studie en voor voortschrijdend inzicht is weg. Ik weiger principieel debatten met mensen van extreemrechtse partijen. En ik ga ook niet in debat met virusontkenners. Er is geen enkele goede manier om tegen manifeste onzin in te gaan.

Viroloog **Marc Van Ranst** in *Medisch Contact*.

Als 80 procent van je antibiotica uit China komt, moet je investeren om die productie deels terug naar Europa te halen. Dat is even belangrijk als militaire veiligheid. Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid **Frank Vandenbroucke** in *Humo*.

Tijdens de covidcrisis liepen burens in een grote boog om mij heen, maar kletsten ze wel zonder mondkap met anderen op straat.

Michèle die als baby uit Zuid-Korea werd geadopteerd in *Bruzz*.

Genderdiversiteit (I)

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



Robin Heyse en Evelynne Van Laere
"We zorgen ervoor dat het kind zich in alle fasen van zijn zoektocht aanvaard voelt, om een harmonieus ontwikkelingsproces te stimuleren."

» Psychosociale begeleiding van kinderen en adolescenten



prof. Martine Cools
Een hormonale behandeling met het oog op gendertransitie wordt bij jonge zorguragiers pas ingesteld als de eerste lichamelijke kenmerken van de puberteit al aanwezig zijn, én na het afronden van uitgebreide psychodiagnostiek en een intensieve psychologische begeleiding.

» Hormonale behandeling bij kinderen en adolescenten



dr. Justine Defreyne, prof. Guy T'Sjoen, dr. Jeroen Vervaeke
Voor het instellen van een viriliserende of feminiserende hormonale behandeling zijn er duidelijke richtlijnen voorhanden. En hoelang wordt de behandeling voortgezet? Wat over de veiligheid op korte en langere termijn?

» Hormonale behandeling bij volwassenen (I) en (II)

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 elke maand 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/article047/article047-nl-be/?culture=nl-BE>





Psychosociale begeleiding van kinderen en adolescenten

“Kinderen met een zorgvraag voor genderdysforie kunnen bij ons terecht vanaf de leeftijd van negen jaar”, zegt Robin Heyse (psycholoog, genderteam UZ Gent). “Rijst er een zorgvraag rond een jonger kind, dan gaan we in eerste instantie met de ouders aan de slag.”

Anders dan bij adolescenten is er bij kinderen die zich aanmelden, een grote groep die het gendertraject onderbreekt vóór de hormonale behandeling van start gaat, omdat de genderdysforie spontaan uitdooft of omdat ze na enige psychologische begeleiding verder kunnen met hun lichaam zoals het is. “Vandaar dat we bij kinderen extra sterk de nadruk leggen op exploratie van de

genderidentiteit en de beleving daarvan”, aldus Robin Heyse.

“Het is belangrijk de ruimere identiteit van het kind te verkennen. Loopt het tegen een aantal problemen aan die voortvloeien uit zijn gendergevoel? Of is het andersom, en wordt het gendergevoel bepaald door een reeks andere problemen uit de bredere levenscontext? Zeker bij jonge kinderen bestaan er soms rigide opvattingen over

genderidentiteit of geslacht. Die zijn deels te verklaren vanuit de cognitieve, sociale en emotionele ontwikkeling van het jonge kind, maar kunnen ook ingegeven zijn door de opvoeding of ontstaan tegen een achtergrond van bijvoorbeeld autismespectrumstoornis. We gaan dan met die kinderen aan de slag om hun ideeën daarrond te verruimen, en/of we coachen de ouders. Naarmate het kind ruimer gaat denken over genderidentiteit, kan het gebeuren dat we zijn bekommernissen zien verdwijnen. We kunnen daaruit afleiden dat het probleem meer te maken had met bepaalde percepties rond gender dan met een ontevredenheid over het eigen lichaam. Dat is een onderscheid dat we tijdens de psychologische begeleiding absoluut moeten maken.”

“Hoe dan ook zullen we in de loop van dit traject, tot aan de puberteit, het kind zo genderneutraal mogelijk begeleiden, en verschillende identiteiten of rolmodellen ter sprake brengen. Op die manier kan het loskomen van stereotypen en voor zichzelf uitzoeken welk beeld het meest passend is. We zorgen ervoor dat het kind zich in alle fasen van zijn zoektocht aanvaard voelt, om een harmonieus ontwikkelingsproces te stimuleren. Zowat de helft van de pre-puberale kinderen die we begeleiden voor een zorgvraag rond genderidentiteit, wenst uiteindelijk in een transitieproces te stappen.”

Beginnende puberteit

Een kind dat zich aanmeldt bij het genderteam, wordt regelmatig onderzocht op uitingen van een beginnende puberteit. Stelt de endocrinoloog een Tannerstadium M2 vast bij meisjes en G2 bij jongens, dan geeft hij de psycholoog een signaal om het kind veel vaker te zien. Robin Heyse: “In dit stadium gaan we na of de ontwikkeling van puberteitskenmerken het psychisch lijden doet toenemen. Blijkt dat zo te zijn, dan bespreken we samen met kind en ouders – en

misschien personen uit de bredere omgeving – de implicaties van de hormonale behandeling. Dat gebeurt in samenwerking met de psychiater en de endocrinoloog. Als we tot de gemeenschappelijke conclusie komen dat hormonale behandeling voor het kind de juiste maatregel is, wordt er in eerste instantie een behandeling opgestart die de eigen hormoonaanmaak onderdrukt. In deze fase blijven we het kind intensief volgen, om na te gaan of de effecten van de behandeling stroken met zijn verwachtingen. Is dit wat het kind wil? Of moet er een stapje achteruitgezet worden?”

Een aandachtspunt in dit stadium is dat het kind geen puberteitsontwikkeling doormaakt, terwijl zijn leeftijdsgenoten dat wel doen. “In het begin stelt dat weinig problemen”, weet Robin Heyse. “Het kind is nog jong, en er bestaat individuele variatie rond de leeftijd waarop de puberteit van start gaat. Meestal loopt alles wat dat betreft vlot tot de leeftijd van 14 jaar. Maar rond dat ogenblik begint er in verband met de puberteitsontwikkeling wel soms een gevoel van verongelijkheid op te treden, zeker met het oog op de leeftijdsgenoten van het gewenste geslacht. Een trans jongen zal bijvoorbeeld betreuren dat zijn leeftijdsgenoten een stemwisseling vertonen en hij niet. De lijdenslast van de jonge tiener met genderdysforie vertoont zodoende een U-vormige curve. Het lijden neemt toe in het begin van de puberteit, bij het optreden van de eerste ongewenste geslachtskenmerken. Dankzij de hormonale remming treedt er vervolgens een periode van rust op. Maar rond de leeftijd van ongeveer 14 jaar begint het verschil in morfologie met de leeftijdsgenoten aan te tikken. Dat laatste is voor ons een belangrijk signaal om het invoeren van genderaffirmerende hormonen te overwegen. Sommige adolescenten die worden behandeld, hebben dat gevoel van onbehagen niet, waardoor we soms wachten tot na de leeftijd van 15 jaar om



Robin Heyse

genderaffirmerende hormonen toe te dienen. Het kan gebeuren dat de jongere in die omstandigheden beslist om de behandeling met genderaffirmerende hormonen niet op te starten.”

“Vragen en opmerkingen van leeftijdsgenoten rond de puberale ontwikkeling van de behandelde jongere zijn niet echt een probleem. Meestal zijn leeftijds- en klasgenoten al een tijdje vertrouwd met het anders-zijn van de betrokkene. Als we een kind met genderdysforie in behandeling nemen, bevelen we aan dit met de klas te bespreken nog vóór de leeftijd van de hormonale behandeling bereikt is, als het kind dat wenst en het sociaal mogelijk is. Om het contact tussen het kind en zijn klasgenoten vlot te laten verlopen, volstaat op jonge leeftijd vaak wat psycho-educatie, waarbij men de groep duidelijk maakt dat niet iedereen aan een stereotiep beeld hoeft te beantwoorden. Voor het kind zelf is het comfortabeler om niet met een ‘geheim’ te moeten rondlopen.”

Een verdere stap, als de jongere het wenst, is het toedienen van genderaffirmerende hormonen. Omdat de effecten hiervan grotendeels onomkeerbaar zijn, moeten deze effecten op voorhand zorgvuldig met de jongere besproken worden. Het genderspectrum is breed en fluïde, maar geslachtshormonen zijn binair: ze brengen ofwel een mannelijke, ofwel een vrouwelijke morfologie tot stand.

Aanmelding als adolescent

De grootste groep die zich aandient bij het genderteam, zijn jongeren in de loop van de puberteit. De subgroep van jongeren bij wie de genderdysforie pas ontstaat tijdens de puberteit is de laatste jaren sterk gegroeid. Tegelijkertijd is er een verschuiving opgetreden in het profiel van de zorgvragers. Terwijl de grote meerderheid aanvankelijk mannen waren die zich vrouw voelden, is het nu andersom. De oorzaak van deze verschuiving is onbekend. Een andere verschuiving is het groter wordende aandeel van non-binaire jongeren. Bovendien ziet men bij jongeren die zich aanmelden met genderdysforie een toenemende prevalentie van andere, verweven psychische problemen.

Gezegd mag ook dat er een verschil in dynamiek bestaat ten opzichte van jonge kinderen die zich aanmelden met

Sociale begeleiding

“Ik kom als sociaal werker binnen het genderteam voor kinderen en adolescenten hoofdzakelijk in beeld na opstarten van de genderaffirmerende hormoonbehandeling”, zegt Evelyne Van Laere. “Samen met de behandelde adolescent exploreer ik de verschillende levensdomeinen, om te kijken waar de noden liggen. Ik help mensen de gewenste hulp en dienst- of zorgverleners te vinden in hun woonomgeving. Als bijvoorbeeld een chirurgische ingreep in zicht komt, kijken we of iemand hen achteraf naar huis kan brengen, en of ze de nodige hulp hebben tijdens de herstelperiode. Daarnaast brengt de behandeling kosten met zich mee, die mensen moeten zien te dekken. Indien nodig, adviseren we hen om te sparen, een vakantiejob te vinden, enzovoort. Het gaat dus om een zeer ruime sociale begeleiding.”

een zorgvraag naar kinderdysforie: bij de jongste groep ziet men zoals al aangegeven de wens naar transitie relatief vaak verdwijnen in de loop van de psychologische begeleiding, maar bij personen die zich als adolescent aanmelden is de genderidentiteit veel stabiel. In deze groep gebeurt het minder vaak dat de zorgvrager het traject afrondt zonder een transitie te hebben aangevat.

“Los daarvan lijkt het traject van de psychologische begeleiding vrij goed op dat van kinderen”, commentarieert Robin Heyse. “Net zoals in de jongere groep nemen we bij adolescenten de tijd om de genderidentiteit te exploreren, en te kijken of er naast gendertransitie andere alternatieven zijn. Een verschil is dat we bij kinderen in de eerste fasen zeer genderneutraal optreden, terwijl we bij adolescenten toch wel sneller het genderneutrale kader verlaten, net omdat de genderidentiteit op die leeftijd al een stabiel gegeven is. We begeleiden de jongere bij een aantal stappen die de gewenste genderidentiteit progressief dichterbij brengen, zoals het informeren van de omgeving, het kiezen van een nieuwe voornaam, het gebruik van andere voornaamwoor-



Evelyne Van Laere

den, het kiezen van andere kleding. En we gaan na hoe de jongere dit allemaal beleeft: wordt het gevoel van welzijn groter naarmate het traject vordert?”

“We beginnen dus met niet-medische maatregelen. Het kan gebeuren dat de jongere op zeker ogenblik aangeeft dat we daarmee het gewenste resultaat hebben bereikt, en dat hormoonbehandeling niet hoeft. Verschillende varianten zijn mogelijk: sommige trans mannen willen bijvoorbeeld hun borsten laten verwijderen, maar wensen geen hormoonbehandeling.”

Psychologische begeleiding kan voor trans personen zeer lang nodig zijn. Ook al is het transitietraject sensu stricto afgerond, dan nog blijven deze mensen tegen een aantal potentiële obstakels aanlopen: werk vinden, relaties aanknopen, een kinderwens in vervulling laten gaan. “In principe worden personen die zich aanmelden vanaf 17 jaar door een volwassenenpsycholoog begeleid”, meldt Robin Heyse. “Personen die ik al jaren ken, blijf ik wel volgen na de leeftijd van 17 jaar, tot blijkt dat de problemen waarmee ze zich aanmelden duidelijk aansluiten bij de volwassenenpsychologie.

Afhankelijk van het type problematiek, kunnen trans personen ook op een bepaald ogenblik raadplegen bij een ambulante psycholoog.”

Leerdoelen

Na het lezen van dit artikel bent u vertrouwd met:

- » De leeftijdsgroep met genderdysforie die in aanmerking komt voor begeleiding bij de kinderpsycholoog van het genderteam.
- » Indicaties om met de ouders aan de slag te gaan, veeleer dan met het kind.
- » Specifieke aspecten van de psychologische begeleiding bij kinderen.
- » Specifieke aspecten van de psychologische begeleiding bij adolescenten.
- » De rol van de begeleiding door een sociaal werker.



Hormonale behandeling bij kinderen en adolescenten

Bij kinderen en jongeren met genderdysforie is een specifieke aanpak aan de orde. “We denken zelfs dat de groep tot de leeftijd van 23 à 25 jaar diezelfde specifieke aanpak nodig heeft”, zegt prof. Martine Cools (kinderendocrinoloog, dienst kindergeneeskunde – genderteam, UZ Gent). “We zien immers dat bij jonge twintigers de context en de problematiek vaak vergelijkbaar zijn met wat we vaststellen bij kinderen en adolescenten.”

Prof. Martine Cools: “Bovendien wonen jonge twintigers nog vaak bij hun ouders, van wie ze in die levensfase meestal emotioneel en financieel afhankelijk zijn. Het is dus belangrijk dat ouders ‘mee’ zijn in het verhaal van de jongere, en de stappen die hun kind wenst te nemen in het gendertraject, mee ondersteunen.”

Invloed puberteit?

Een hormonale behandeling met het oog op gendertransitie wordt bij jonge zorgvragers pas ingesteld als de eerste lichamelijke kenmerken van de puberteit al aanwezig zijn, én na het afronden van uitgebreide psychodiagnostiek en een intensieve psychologische begeleiding. “Diagnostisch is dat zeer belangrijk”, geeft prof. Cools aan. “Het gender-

team wil kunnen nagaan of de genderdysforie toeneemt bij het begin van de puberteit, dan wel of de lichamelijke veranderingen eigen aan de puberteit door de tiener worden aanvaard.”

Jonge tieners die zich aanmelden met een zorgvraag voor genderdysforie, worden daarom klinisch onderzocht op kenmerken van een beginnende puberteit. Meer concreet is dat een

Tannerstadium M2 bij meisjes en G2 bij jongens. Als dit het geval is, geeft de arts een signaal aan de psycholoog, want de psychologische begeleiding moet op dat ogenblik worden geïntensifieerd. De psycholoog en de kinderpsychiater gaan in deze fase na of de genderdysforie onder invloed van de puberteitsgebonden lichamelijke ontwikkeling toeneemt en of de wens om in het andere gender door te gaan, sterker wordt. Hun bevindingen worden besproken op een multidisciplinair overleg. Luidt de gezamenlijke conclusie dat er een indicatie is om verdere stappen te zetten, dan kan het kind hiervoor terecht bij de kinderendocrinoloog, op voorwaarde dat de psychologische begeleiding aangehouden wordt.

Onderdrukken eigen hormoonaanmaak

De eerste – voorzichtige – stap in dit traject is het onderdrukken van de eigen hormoonaanmaak. Deze fase is bedoeld om de nodige geleidelijkheid te scheppen in het psychisch en lichamelijk ingrijpende proces van de transitie. Adolescenten kunnen die periode te baat nemen om de sociale implicaties van hun transitie in te schatten en eventueel hun coming-out te doen. Bovendien moet met kandidaten voor transitie het aspect fertiliteit besproken worden, zodat cryopreservatie van gameten indien gewenst kan plaatsvinden. Kinderen van 10-12 jaar zijn daarvoor zowel mentaal als lichamelijk te jong. Wenst de jongere rond de leeftijd van 15 jaar gameten te laten bewaren, dan kan het onderdrukken van de eigen hormoonaanmaak negen à twaalf maanden worden opgeheven en vindt het oogsten plaats.



prof. Martine Cools

Het onderdrukken van de eigen hormoonaanmaak kan op twee manieren. De eerste manier is het gebruik van GnRH-analogen, met triptoreline (Decapeptyl®) als meest gebruikte preparaat. Deze middelen remmen de pulsatiele vrijlating van FSH en LH vanuit de hypofyse.

De tweede mogelijkheid is het toedienen van synthetische progestagenen. Deze onderdrukken de hypofyse niet maar verstoren de hormoonproductie ter hoogte van de gonaden. Bij trans jongens gebeurt dat met lynestrenol (Orgametril®), een progestageen met milde androgene werking dat de ovulatie en de menstruatie belemmert. “De menstruaties zijn bij trans jongens de belangrijkste lijdenslast”, merkt prof. Cools op.

Bij trans meisjes gebruikte men vroeger soms cyproteronacetaat (Androcur®), dat de aanmaak van testosteron doet afnemen en daarnaast een antiandrogeen effect uitoefent. Dit middel wordt de laatste tijd wegens de nevenwerkingen wat minder gebruikt. Spironolacton is een alternatief, dat hoofdzakelijk in de VS wordt aangewend. De meeste trans meisjes gebruiken een GnRH-analoog.

Welke keuze maakt men bij trans jongens tussen triptoreline versus lynestrenol? Tot 2022 werd triptoreline niet terugbetaald en kon het middel voor genderdysforie enkel in conventieverband worden voorgeschreven bij vroegpuberale jongeren (M2-3 of G2-3). Het was toen duidelijk: alle vroegpuberale jongeren kregen triptoreline, de oudere zorgvragers kregen lynestrenol (of cyproteronacetaat bij trans meisjes). “Daar zat een zekere logica in, omdat GnRH-analogen vergevorderde puberteitskenmerken niet doen wijken”, commentarieert Martine Cools. “Borstontwikkeling wordt door deze behandeling dus niet teruggedraaid. Net als met lynestrenol kan men met triptoreline bij trans jongens de menstruatie doen verdwijnen (bij trans meisjes zullen de erecties en de beharing afnemen, zoals dit ook met cyproteronacetaat gebeurt). Het voordeel van triptoreline is dus a priori onduidelijk bij gevorderde puberteit. Het is wél duidelijk in de vroege puberteit, omdat het de verdere ontwikkeling van de puberteitskenmerken stillegt. Bij vroegpubertaire trans jongens zal er

geen verdere ontwikkeling van de borsten optreden, zodat er achteraf geen borstverwijdering moet gebeuren – vroege borstontwikkeling zal onder triptoreline zelfs een regressie vertonen, zodat er er ten hoogste nog een beeld van adipomastie overblijft. Bij trans meisjes zorgt triptoreline ervoor dat er geen stemverlaging of peniele ontwikkeling optreedt. Deze effecten kan men met lynestrenol, respectievelijk cyproteronacetaat niet bereiken.”

Sinds 2022 kan iedere arts bij patiënten op iedere leeftijd triptoreline voorschrijven. Is de praktijk daardoor veranderd, en zo ja, hoe? Martine Cools: “Bij trans meisjes is de situatie vrij eenvoudig, omdat cyproteronacetaat nogal wat bijwerkingen heeft (verminderd energieniveau, depressie, ...) en versus triptoreline minder goed de testosteronspiegel onderdrukt, waardoor het effect op bijvoorbeeld erecties minder uitgesproken is. Triptoreline heeft ook bijwerkingen, maar is duidelijk efficiënter dan cyproteronacetaat, en draagt daarom meestal de voorkeur weg. In zeer specifieke gevallen, bijvoorbeeld als onze psychologen twijfelen of de jongere uiteindelijk voor transitie zal kiezen, maar op dit moment toch een grote lijdenslast ondervindt, dan zullen we mogelijk cyproteronacetaat opstarten. Zien we dat de jongere geen verdere stappen in zijn transitieproces onderneemt, dan kunnen we opnieuw met hem kijken of verderzetten van de behandeling wel zinvol is. Heel veel hangt immers van de jongere af. We zeggen nooit: het is nu tijd voor je volgende stap. Het initiatief moet van de jongere uitgaan. Ik geef terloops mee dat de transitie van man naar vrouw tegenwoordig bij kinderen en adolescenten minder frequent voorkomt. Vroeger was dat de meest frequente richting. Sinds enkele jaren is het andersom. Het aantal jongeren bij wie we cyproteronacetaat voorschrijven, is dus klein.”

De grootste groep zorgvragers die momenteel bij de kinderendocrinoloog terecht komt, zijn meisjes van geboorte die reeds op het einde van hun puberteit zijn, en bij wie de genderdysforie – voor zover bekend – niet aanwezig is vanop kinderleeftijd, maar ontstaat in de eerste jaren van de puberteit. “De literatuur vermeldt in die situatie vooral het gebruik van triptoreline,

Causaal verband

Adolescenten stappen zelden of nooit uit het transitieproces eens triptoreline is ingesteld. “Daarom krijgen we vanuit het brede publiek soms het verwijt te horen dat we met triptoreline die jongeren op een trein zetten waar ze niet meer af raken”, zegt prof. Cools. “Nu is er geen enkel psychologisch of endocrinologisch argument om aan te nemen dat triptoreline een keurslijf zou zijn. Het causaal verband ligt veeleer andersom: we stellen triptoreline in bij jongeren bij wie duidelijk is dat gendertransitie de enige mogelijke optie is. In minder duidelijke omstandigheden opteren we voor lynestrenol.”

omdat andere landen nooit geconfronteerd waren met de beperkte terugbetaling zoals die tot in 2022 in België bestond”, aldus prof. Cools. “Maar ook hier verschuift triptoreline naar de achtergrond als de diagnose niet eenduidig wijst in de richting van een gendertransitie als de enige mogelijke optie voor deze jongere. Dan kiezen we veeleer voor lynestrenol (zie ook kader *Causaal verband*).”

Correcte timing

Prof. Cools licht ten slotte de timing van de hormoonbehandeling toe: “Binnen het kader van genderdysforie starten we in ons centrum enkel met triptoreline bij kinderen van 10-12 jaar als de psychische diagnose voldoende argumenten biedt om aan te nemen dat gendertransitie voor de jongere de enige mogelijke weg is. We laten ons niet opjagen door het optreden van lichamelijke puberteitskenmerken, zolang de diagnose op psychisch vlak niet duidelijk is. Dat is een principe dat al vaak waardevol gebleken is. Want de druk kan soms groot zijn, vanuit de jongere en/of zijn omgeving. Regelmatig gaan zorgvragers er te sterk van uit dat men bij de eerste tekenen van de puberteit dan maar met de hormoonbehandeling moet starten, en dat de diagnostiek later wel zal komen.”

Genderaffirmerende hormonen worden niet toegediend vóór de leeftijd van 15 à 16 jaar. Als de diagnose duidelijk is bij een goed omkaderde rijpe jongere, kan men starten op de leeftijd van 15 jaar. Deze fase verschilt niet fundamenteel bij adolescenten versus volwassenen. Bij jongeren die nog geen eigen puberteit hebben doorgemaakt, worden de dosissen wat trager opgedreven, omdat hun lichaam nooit eerder met geslachtshormonen in contact kwam.

Leerdoelen

Na het lezen van dit artikel bent u vertrouwd met:

- » Inclusie van personen tot 23-25 jaar in de groep adolescenten met het oog op behandeling van genderdysforie.
- » Aanwezigheid van puberteitskenmerken als noodzakelijke voorwaarde voor het instellen van een hormonale behandeling.
- » Afronden van de psychodiagnostiek en psychosociale begeleiding als noodzakelijke voorwaarde voor het instellen van een hormonale behandeling.
- » Het onderdrukken van de eigen hormoonaanmaak als eerste stap in de hormonale behandeling.
- » Middelen die voor het onderdrukken van de eigen hormoonaanmaak kunnen worden gebruikt en de beargumenteerde keuze die hieruit wordt gemaakt.
- » Timing van de stappen in de hormonale behandeling.
- » Modaliteiten van toediening van genderaffirmerende hormonen.



Hormonale behandeling bij volwassenen (I)

“Bij personen die zich bij ons aanmelden voor een hormonale behandeling in het kader van een transitie vragen we systematisch een basisbloedanalyse aan”, zegt prof. Guy T’Sjoen.⁽¹⁾ “Meestal vinden we daarbij echter normale waarden voor de geslachtshormonen.”

Vroeger werd daar nogal eens een karyotype aan toegevoegd, maar ondertussen is dit gebruik ook verlaten. “Afwijkingen van het karyotype komen slechts uiterst zelden voor bij personen die wensen te starten met een medische transitie. Routinematig screenen naar dit soort afwijkingen lijkt op basis van wetenschappelijk onderzoek en onze eigen klinische expertise niet aangewezen. In een zeldzaam geval kan een karyogram nog steeds zinvol zijn, wanneer klinisch onderzoek, anamnese of bloedanalyse in de richting wijzen van een zeldzame aandoening van de seksuele differentiatie (DSD).”

Aandacht voor bijwerkingen

Dr. Justine Defreyne⁽²⁾ licht het verloop van de behandeling toe: “Zorgvragers gaan in de eerste plaats langs bij de psycholoog. Daar krijgen ze informatie over het verloop van de behandeling. Tegelijk worden ze beluisterd: past de hormonale behandeling bij hun verwachtingen? Of moeten er andere opties verkend worden? Na deze exploratie en informatieronde komen ze bij ons endocrinologen terecht. Na de zopas omschreven screening krijgen ze een voorschrift voor hun hormonale behandeling, die ze gewoon bij de eigen apotheek kunnen gaan afhalen.”

Voor het instellen van een viriliserende of feminiserende hormonale behandeling zijn er duidelijke richtlijnen voorhanden. Met de producten die daarvoor worden gebruikt en hun dosering, werd er een rijke ervaring opgedaan in andere indicaties, buiten de behandeling van genderdysforie, maar ondertussen zijn er ook meer en meer transgenderspecifieke gegevens bekend.

Een belangrijk aandachtspunt bij de genderbevestigende hormoontherapie is het risico op het ontstaan van eerder zeldzame maar ernstige bijwerkingen. In het bijzonder moet hierbij worden gedacht aan trombo-embolische events. Dit zijn niet alleen gevreesde bijwerkingen van oestrogeentherapie, ook testosteron kan door zijn stimulerende effect op het hematocriet klontervorming in de hand werken. “We moeten hier niet alleen als endocrinologen, maar ook als algemeen internisten optreden”, aldus prof. T’Sjoen. De patiënt wordt met een

brede blik bekeken, met aandacht voor de familiale anamnese, medische voorgeschiedenis en levensstijlfactoren. Zo kunnen zaken als roken, slaapapneu of overgewicht de testosteron-geïnduceerde erythrocytose nog verder in de hand werken.

Feminiserende behandeling

Bij een hormonale handeling die feminisatie beoogt, moet in eerste instantie de eigen testosteronaanmaak gereduceerd worden. Volledig stilleggen van de endogene testosteronproductie kan niet bereikt worden met veilige oestrogeendosissen. Vroeger legde men de testosteronaanmaak stil met cyproteronacetaat (Androcur®), maar intussen is er terugbetaling voor triptoreline (Decapeptyl®) voorhanden (zie ook het vorige artikel: *Hormonale behandeling bij kinderen en adolescenten*). Triptoreline wordt toegediend aan de hand van een injectie, vaak om de drie maanden, die de huisarts of thuisverpleegkundige kan plaatsen.



prof. Guy T’Sjoen



dr. Jeroen Vervalcke



“We verkiezen triptoreline boven cyproteronacetaat, dat bij patiënten mogelijk aanleiding kan geven tot depressieve klachten”, vult prof. T’Sjoen aan. “Daarnaast vermeldt de literatuur over cyproteronacetaat bij langdurig gebruik een iets verhoogd risico op meningioom. Dat laatste is doorslaggevend geweest om van het gebruik van cyproteronacetaat af te stappen. Het EMA beveelt overigens aan de dosering van dit middel te beperken tot 10 mg/dag gedurende maximum twee jaar. In de VS wordt spironolacton veel gebruikt als anti-androgeen. In onze ervaring is het effect op de testosteronspiegel daarmee wisselend. Bij sommige personen zien we een ontoereikende afname van de testosteronspiegels. Daarnaast kan ook de diuresebevorderende werking van het middel storende klachten geven.”

Tegelijk worden oestrogenen toegediend onder vorm van tabletten, een pleister of een gel. Hiervoor bestaan er in België geen preparaten met verlengde afgifte. De tabletten en de gel worden dagelijks gebruikt, terwijl de pleister om de drie dagen vervangen wordt.

De dosis die wordt toegepast, is aangegeven in een basisprotocol, maar kan worden aangepast aan het profiel en de wensen van de persoon. Met het oog op de sociale context van de betrokkene,

gaat men soms iets trager te werk, of met lagere dosissen.

Wat de feminiserende hormoonbehandling *sensu stricto* betreft, is een verhoogd risico op trombose in principe een contra-indicatie. Uiteraard is er steeds een proces van shared decision making wanneer de opstart van hormoontherapie absoluut gewenst is. Er wordt dan maximaal ingezet op de beperking van andere risicofactoren zoals gewichtsreductie en rookstop. Bij patiënten met een meer complex risicoprofiel of coagulopathieën wordt steeds overlegd met de dienst hematologie.

De effecten van de feminiserende behandeling (borstontwikkeling, veranderende lichaamscontouren, afname van de lichaamsbehaaring) voltrekken zich niet van de ene dag in de andere. “Het woord dat het vaakst op onze consultatie wordt uitgesproken, is geduld”, aldus Guy T’Sjoen. “Mensen zijn soms geneigd om feminiserende hormonen in iets hogere dosissen in te nemen dan wat hen voorgeschreven werd. We moeten hen daarvoor behoeven en hen duidelijk maken dat hun feminiseringsproces te vergelijken is met een tweede puberteit. Dat neemt tijd in beslag.”

Feminiserende hormonen doen de baardgroei, als die er eenmaal is, niet verdwijnen. Daarvoor is laserepilatie of indien nodig elektrische epilatie aangewezen. Ondanks hormoonbehandeling handhaaft ook de stem zich in het mannelijke register. Dat kan worden opgevangen door logopedie of eventueel stemchirurgie.

Viriliserende behandeling

“Een testosteronbehandeling slaagt er bij de meeste transgender mannen in om de gonadotropineproductie te onderdrukken. Er is dus geen associatie van een tweede geneesmiddel zoals triptoreline nodig om de endogene hormoonproductie stil te leggen”, weet dr. Jeroen Vervaeke.⁽²⁾ “Eén enkele keer zien we dat de aansturing van de menstruele cyclus vanuit de hypofyse bewaard blijft. Daarom maken we trans mannen erop attent dat testosteronbehandeling in se de zwangerschap niet voorkomt, zodat extra anticonceptie-maatregelen aan de orde zijn als de persoon seksueel actief is. Progestagenen kunnen daarnaast worden ingezet om

een snellere onderdrukking van de menses te bereiken.”

Testosteron is beschikbaar in gel en in injecties van langwerkende esters (toediening om de twaalf weken) of kortwerkende esters (toediening om de twee tot drie weken). “Wat de onderdrukking van de menstruatie betreft, is er een verschil tussen de preparaten”, zegt dr. Defreyne. “Met de kortwerkende esters blijven de menstruaties vaak al vrij snel na de opstart uit. Met langwerkende esters duurt dit soms enkele maanden. Bij een enkeling wordt pas na een jaar onderdrukking gezien. Na achttien maanden zijn de menstruaties met gelijk welk testosteronpreparaat verdwenen. Als we combineren met progestagenen, stellen we na drie tot zes maanden voor dit middel te stoppen. Meestal blijven de menstruaties dan alsnog weg.”

Testosteron is zeer doeltreffende medicatie, en de eerste tekenen van virilisatie worden vaak al snel opgemerkt. De eerste verandering is het dalen van de stemfrequentie, die na zes weken tot drie maanden voldoende aangepast is. Uit de frequentiemetingen blijkt echter dat bij twee op de tien de stemfrequentie toch onvoldoende daalt. Bij deze mannen kan logopedie helpen. Verder zal onder invloed van de testosteronbehandeling de spiermassa toenemen en de vetmassa afnemen, terwijl de lichaamsbehaaring een mannelijk patroon aanneemt en er baardgroei optreedt. Ook hier is geduld aan de orde. Op een aantal lichamelijke kenmerken, zoals de aanwezigheid van borsten, heeft de hormoontherapie weinig tot geen effect. Mensen die dat wensen kunnen als onderdeel van het transitietraject de borsten chirurgisch laten wegnemen.

Bijwerkingen van testosteron zijn milde tot ernstige acné, en na verloop van tijd ontstaan van alopecia androgenetica. Zoals eerder aangehaald is het hematocriet een parameter die moet worden bewaakt. Binnen drie maanden na het starten van de viriliserende behandeling kan het hematocriet al binnen de mannelijke referentiewaarden liggen. Het hematocriet wordt gevolgd, aanvankelijk om de drie tot zes maanden, achteraf om het jaar als de patiënt zich aan de bovengrens van het normale bereik bevindt – anders om de drie jaar. “We worden extra waakzaam als

het hematocriet stijgt boven 54%”, meldt prof. T’Sjoen. “In dat geval verlagen we de dosis testosteron of – indien van toepassing – motiveren we de patiënt tot rookstop, gewichtsreductie en/of behandeling in het slaaplabo. In zeldzame gevallen is er nood aan een therapeutische flebotomie.”

“In een stabiele context verhoogt het hematocriet niet meer na een jaar testosteronbehandeling”, vult dr. Defreyne aan. “Maar blijvende waakzaamheid is geboden, net omdat er iets aan de context kan veranderen, zoals roken of een beginnende slaapapneu.”

Oudere richtlijnen verwezen naar een verstoring van de levertests onder behandeling met testosteron. Met de huidige preparaten komt deze bijwerking niet meer voor. Ten hoogste meet men bij een minderheid van de behandelde personen een milde afwijking van de levertests, die bij een volgende controle verdwenen is. “We hebben nog nooit een behandeling met testosteron moeten onderbreken wegens leverproblemen”, aldus prof. T’Sjoen.

(1) Diensthoofd endocrinologie – genderteam, UZ Gent.

(2) Dienst endocrinologie – genderteam, UZ Gent.

Leerdoelen

Na het lezen van dit artikel bent u vertrouwd met:

- » De plaats van het karyotype bij de medische omkadering van personen die wensen te starten met een medische transitie.
- » De omkadering van het risico op bijwerkingen van de hormonale behandeling.
- » Producten die worden gebruikt bij de feminiserende hormonale behandeling.
- » Effecten van de feminiserende hormonale behandeling.
- » Producten die worden gebruikt bij de viriliserende hormonale behandeling.
- » Effecten van de viriliserende hormonale behandeling.



dr. Justine Defreyne



Hormonale behandeling bij volwassenen (II)

Fertiliteit is een onderwerp dat bij voorkeur steeds wordt besproken vóór men met de hormoonbehandeling start. En hoelang wordt de behandeling voortgezet? Wat over de veiligheid op korte en langere termijn? Als afsluiter bespreken de endocrinologen van het genderteam ook de begeleiding van gender non-binaire personen.

Hormoonbehandeling doet de fertiliteit heel snel slinken tot op het niveau van infertiliteit. “Kinderwens is echter een universeel gegeven”, zegt prof. Guy T’Sjoen.⁽¹⁾ Daarom moet men hierover in dialoog gaan bij voorkeur vóór de hormoonbehandeling wordt

opgestart en, indien aan de orde, de persoon motiveren voor cryopreservatie van zaadcellen of eicellen. Door onderbreken van de hormoonbehandeling kan men de fertiliteit opnieuw opwekken, maar voor de transgender persoon is dat vaak geen wenselijk schema.

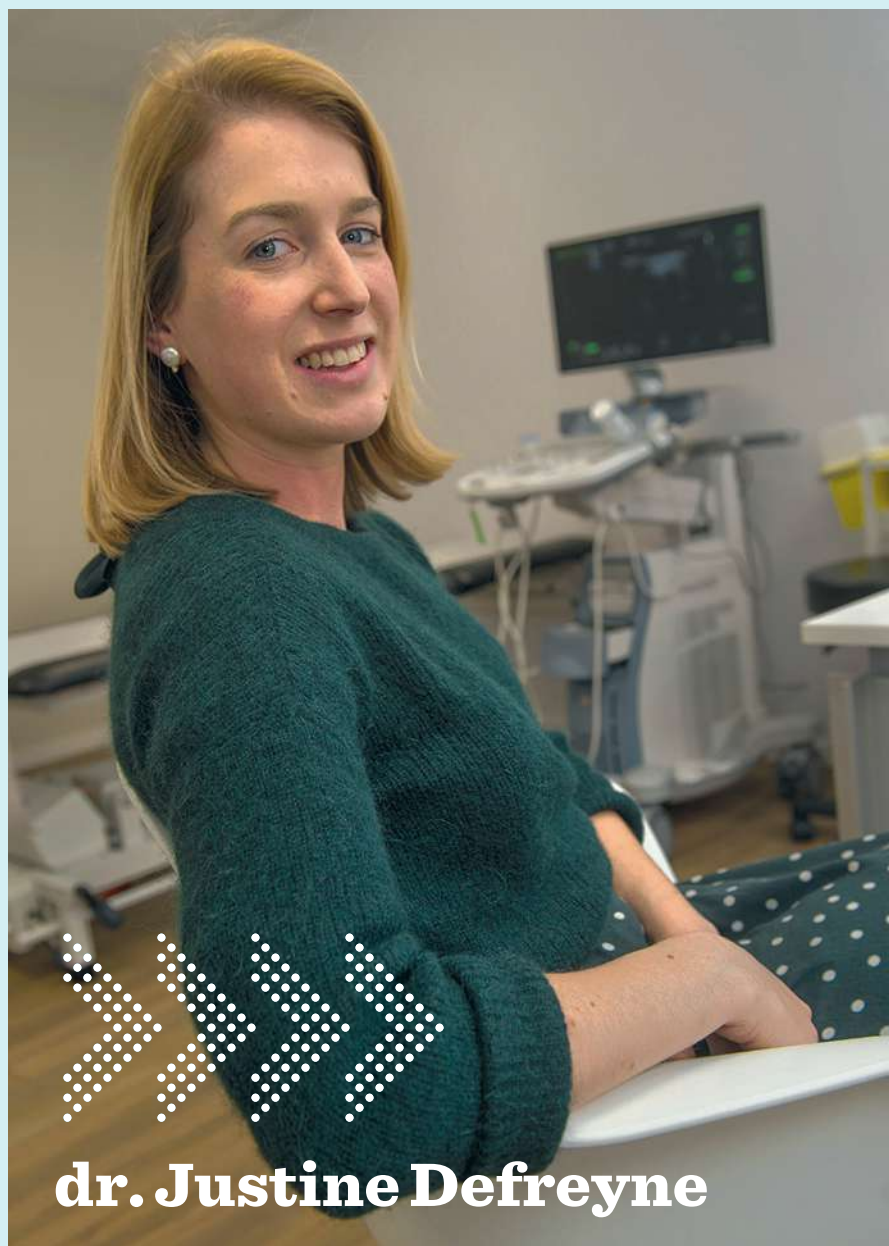
Op langere termijn

Wordt de feminiserende/viriliserende hormoonbehandeling levenslang genomen? “Transgender mannen gaan inderdaad gewoon door met de testosteronbehandeling, naar analogie van wat er gebeurt bij cisgender (cis) mannen, bij wie de testosteronwaarden een beetje dalen met het ouder worden, maar niet substantieel dalen”, aldus prof. T’Sjoen. “Bij transgender vrouwen ligt dat anders, omdat cis vrouwen in menopauze gaan. Men zou dus kunnen overwegen om op een bepaald ogenblik de oestrogeenbehandeling te stoppen of althans de dosissen te reduceren. In de praktijk bespreken we dat met de patiënte. Men kan de gebruikelijke dosis handhaven, maar opnieuw moet er dan worden gekeken naar de algemene internistische context: wat is de algemene gezondheidstoestand

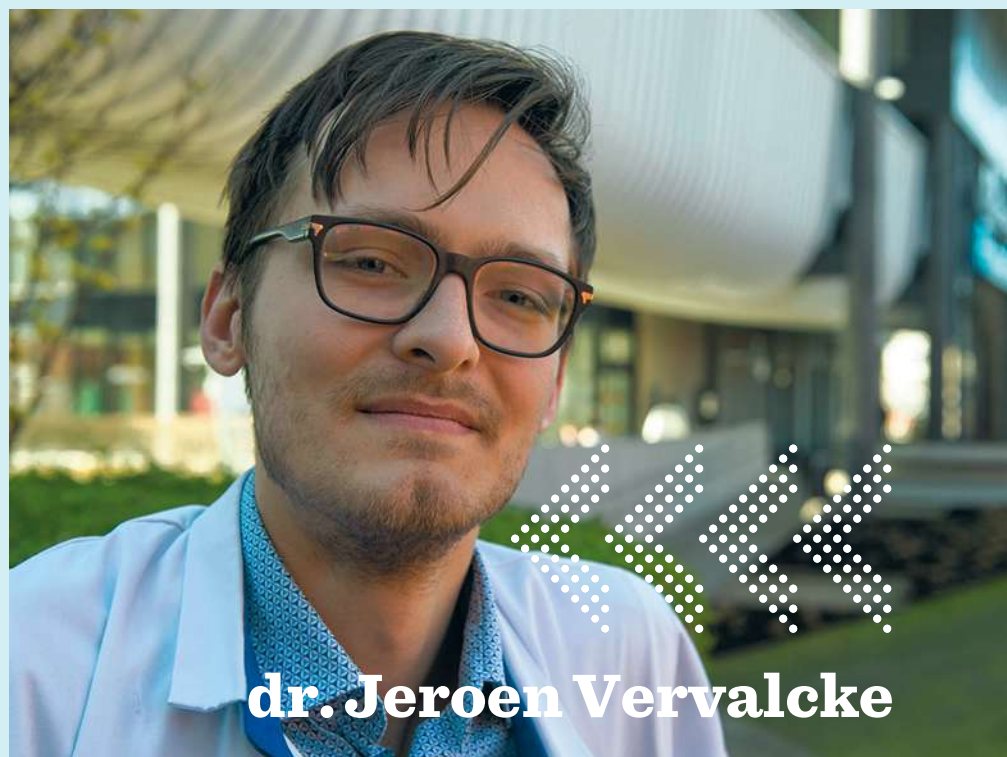
van de trans vrouw? Wat is de BMI, de bloeddruk, de rookstatus, etc.?”

De hormonale behandeling van transgender personen duurt minstens één jaar voor eventueel verdere chirurgische stappen worden gezet, zoals het verwijderen van de ovaria en de baarmoeder, respectievelijk de testikels, gevolgd door genitale chirurgie.

In 2018 is er een wetswijziging opgetreden, waardoor transgender personen niet langer verplicht waren een gonadectomie te ondergaan om administratief hun geslacht te laten aanpassen. “Sindsdien zien we dat steeds meer transgender personen ervoor kiezen om door het leven te gaan met hormoontherapie, terwijl hun oorspronkelijke pelviene organen en geslachtsorganen ter plaatse blijven”, meldt dr. Jeroen Vervaelcke.⁽²⁾ “Daarom hebben we een MRI-studie van de



dr. Justine Defreyne



dr. Jeroen Vervaelcke

baarmoeder en de eierstokken uitgevoerd bij een kleine cohorte van trans mannen die sinds vijf jaar of langer testosteron gebruikten. De resultaten van die verkennende studie waren geruststellend. Het endometrium was gaaf en dun, de eierstokken vertoonden geen cystische omvormingen. Toch één bedenking hierbij: deze groep personen wordt soms vergeten bij het motiveren tot screening naar baarmoederhalskanker, terwijl deze screening aangewezen is bij iedere persoon met een baarmoederhals die seksueel actief is of het geweest is. In België wordt het bevolkingsonderzoek gekoppeld aan het administratieve geslacht, waardoor heel wat trans mannen die hun geslacht administratief hebben laten aanpassen, niet langer voor screening uitgenodigd worden.”

Gegevens rond het effect op lange termijn van de hormoonbehandeling bij transgender personen zijn gunstig. De meeste transgender personen met hormoonbehandeling maken het op lange termijn goed en hebben normale laboresultaten. “We zien maar zelden ernstige complicaties, al zijn deze niet onbestaand. De belangrijkste bezorgdheid is de cardiovasculaire gezondheid”, weet prof. T’Sjoen. “Uit grote cohortestudies blijkt dat er meer cardiovasculaire aandoeningen zijn bij transgender personen dan bij cisgender personen. De vraag rijst of dat te maken heeft met de hormoonbehandeling, dan

Gender non-binaire personen welkom

Als men over transgender personen spreekt, komt klassiek het beeld op van iemand van wie het biologische geslacht niet overeenstemt met het ervaren geslacht, maar die zich wel degelijk man of vrouw voelt. Dat blijft een binair gegeven. Daarnaast bestaat er echter een groep transgender personen die zich niet man of vrouw voelen, maar van wie de genderbeleving zich ergens tussen de twee geslachten in bevindt, eventueel op een fluctuerende manier. Men spreekt van gender non-binaire personen. Naar schatting is één derde van de transgender personen gender non-binair. Meer en meer personen uit deze groep bieden zich bij het genderteam van het UZ Gent aan. “Zo’n vijftien jaar geleden werden er alleen behandelingen gegeven voor trans mannen en trans vrouwen”, stipt dr. Defreyne ⁽²⁾ aan. “Destijds kwamen gender non-binaire personen uiterst zelden naar onze raadpleging uit angst dat we hen niet zouden behandelen. Dat klopt niet: intussen is duidelijk gebleken dat genderidentiteit wel meer schakeringen inhoudt dan eenvoudigweg mannelijk of vrouwelijk, en alle genderidentiteiten die hulp zoeken, zijn bij ons welkom. Bij gender non-binaire personen gaan we na in welke mate ze een virilisatie of een feminisatie willen. Naargelang de gegevens

die uit het gesprek naar voren komen, kunnen we de behandeling sterk individualiseren bij alle geledingen van het team, dus zowel hormonaal als chirurgisch. Maar altijd wordt gestart bij de psychologische omkadering.”

“Dat spectrum brengt variaties in de hormonale therapie met zich mee”, zegt prof. T’Sjoen. “Ik geef een voorbeeld: gender non-binaire personen die een vermannelijking van hun uiterlijk willen. We schrijven die personen testosteron voor. Het kan gebeuren dat zo iemand na een tweetal jaar aangeeft dat het virilisatieproces zijn doel heeft bereikt – er is baardgroei opgetreden, de stem is lager geworden en de lichaamscontouren zijn veranderd –, maar dat levenslang doorgaan met de testosteronbehandeling niet gewenst is. Vervolgens wordt de behandeling gestopt. Omdat de ovaria nog ter plaatse zijn, neemt de endogene hormoonhuishouding het terug over van de exogene toedieningen. De hormonale cyclus herstelt zich, maar de doorgemaakte virilisatie blijft grotendeels behouden.” Bij een feminiserende behandeling zie we vaak dat de keuze valt op oestrogeenbehandeling, zonder antiandrogenen. Een andere variatie is het progressief afbouwen van het antiandrogeen, na langdurige oestrogeen-therapie. Dit is maatwerk.

wel met andere factoren, leefstijlkeuzes of de stress die trans personen een groot deel van hun leven ondervinden in verband met hun genderdysforie en/of transitie. Men spreekt van minderheidsstress als gezondheidsvariabele. Grote studies naar de onderliggende mechanismen die deze cardiovasculaire verschillen tussen transgender en

cisgender personen aansturen ontbreken tot op heden. Als referentiecentrum voor genderbevestigende zorg engageren we ons echter samen met een aantal buitenlandse onderzoekspartners om dit verhaal uit te klaren. Op die manier zetten we ons via onderzoek in voor werkzame en veilige hormoontherapie voor langdurige gebruikers.”

(1) Diensthoofd endocrinologie en genderteam, UZ Gent.

(2) Dienst endocrinologie en genderteam, UZ Gent.

Leerdoelen

Na het lezen van dit artikel bent u vertrouwd met:

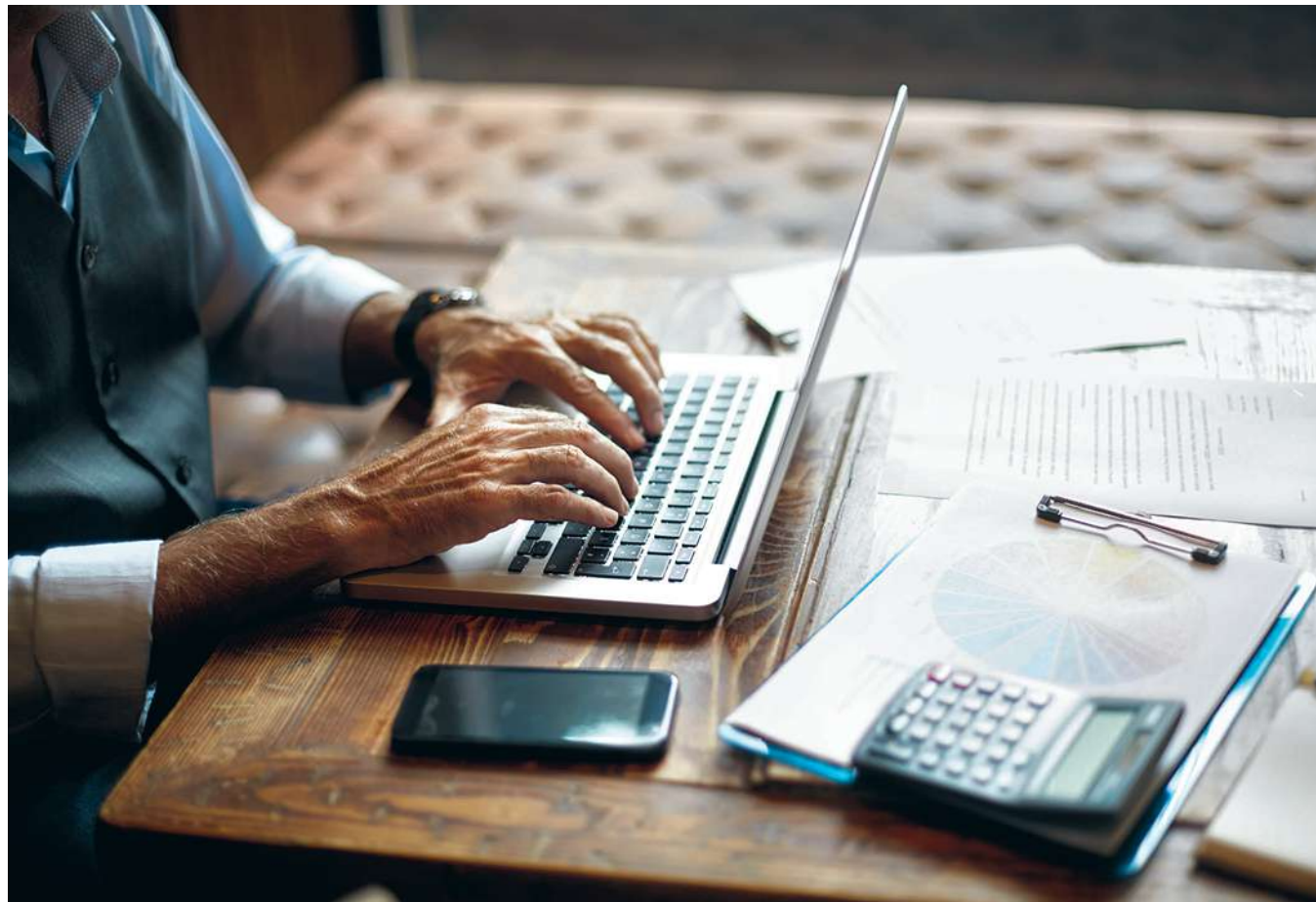
- » De aanbeveling om fertiliteit ter sprake te brengen vóór de start van de hormonale behandeling bij een persoon die transitie wenst.
- » De duur van de hormonale behandeling over het verdere verloop van het leven.
- » De duur van de hormonale behandeling vóór men eventueel verdere chirurgische stappen zet.
- » De effecten van de hormonale behandeling op langere termijn.
- » De begeleiding van gender non-binaire personen en de variaties in de hormoonbehandeling die dat met zich meebrengt.



prof. Guy T'Sjoen

Geld uit uw vennootschap halen – welke veranderingen zijn op til?

FISCUS Een eeuwig vraagstuk voor iedere ondernemer is hoe men winsten uit een vennootschap haalt en deze in de privéhanden van de aandeelhouders brengt. De nieuwe Arizona-regering wil de regels hiervoor veranderen.



De meest klassieke manier is om de winst als dividend uit te keren aan de aandeelhouders. De Belgische belastingwet voorziet een standaardtarief van 30% roerende voorheffing (RV) op dividenden. Deze roerende voorheffing wordt in principe ingehouden door de vennootschap en doorgestort aan de Schatkist.

De RV is in principe bevrijdend, zodat voor de inkomsten waarop roerende voorheffing werd ingehouden, de aangifte niet verplicht maar facultatief is. Een eerste schijf van dividenden is in de personenbelasting bovendien vrijgesteld van RV, wat een belastingvoordeel kan opleveren als u het aan geeft in de aangifte voor uw personenbelasting (onder code 1437 en 2437). De ingehouden roerende voorheffing

wordt dan verrekend met de belastingen die u moet betalen. Als u geen personenbelasting betaalt, wordt het ingehouden bedrag terugbetaald. Voor het inkomstenjaar 2024 (aanslagjaar 2025) kan u zo maximaal 249,90 euro roerende voorheffing recupereren, wat neerkomt op 833 euro aan dividenden (als ze onderworpen waren aan het RV-tarief van 30%).

Verlaagde RV

Op het standaardtarief van 30% bestaat een hele reeks uitzonderingen, verminderingen en wijzen van verrekening, waaronder enkele maatregelen specifiek gericht op het helpen van kleine ondernemingen, zoals hierna zal blijken.

Via het VVPRbis-regime of het aanleggen van een liquidatiereserve kun-

nen kleine vennootschappen bij het uitkeren van dividenden onder bepaalde voorwaarden een gunsttarief in de roerende voorheffing genieten. Kleine vennootschappen zijn vennootschappen die op jaarbasis niet aan meer dan één van de volgende criteria voldoen: een gemiddelde aantal werknemers van minstens vijftig, een netto-omzet van minstens 11.250.000 euro, en een balanstotaal van op zijn minst 6.000.000 euro.

Het verlaagde tarief roerende voorheffing voor zulke vennootschappen bedraagt onder het VVPRbis-regime 20% of 15%, naargelang respectievelijk wordt uitgekeerd ofwel in het tweede boekjaar ofwel vanaf het derde boekjaar, volgend op de inbreng.

Voor de liquidatiereserves bedraagt het gunsttarief 20% wanneer de uitge-

keerde gelden minder dan vijf jaar op een apart geboekte liquidatiereserve aan de passiefzijde van de balans stonden. Vanaf vijf jaar geldt zelfs een tarief van 5%. Als de uitkering pas gebeurt bij de vereffening van de vennootschap, geldt een tarief van 0%. Bij deze liquidatiereserves moet echter ook een afzonderlijke anticipatieve heffing van 10% in de vennootschapsbelasting in acht worden genomen.

Het loont dus zeker de moeite om te bekijken welke van beide regimes voor u het interessantst zijn. Naast de wachtermijnen gelden voor beide opties ook een reeks voorwaarden.

Voorwaarden VVPRbis-regime

Naast de wachtermijnen van twee en drie jaar bestaan nog enkele criteria voor het VVPRbis-regime. Een belangrijke voorwaarde is dat het gunsttarief in de RV enkel mogelijk is voor aandelen die verworven zijn door inbrengen in geld, hetgeen recent werd bevestigd in het arrest nr. 4/2025 van het Grondwettelijk Hof op 16 januari 2025. Bovendien moet het kapitaal dat deze aandelen vertegenwoordigen volledig volstort zijn op het moment van de uitkering. Inbrengen in natura zijn dus uitgesloten, zodat dividenduitkeringen in dat geval onderworpen zijn aan het normale tarief van 30%.

Daarnaast geldt dat de aandelen op naam en ononderbroken in volle eigendom moeten worden aangehouden vanaf het moment dat ze zijn uitgegeven. Als men van de regeling gebruik wil maken, is het met andere woorden niet mogelijk om de aandelen over te dragen (tenzij het gaat om erfopvolging of een schenking in rechte lijn of tussen echtgenoten).

Verder kan het VVPRbis-regime louter toegepast worden op aandelen die uitgegeven zijn vanaf 1 juli 2013.

Liquidatiereserves

Een kleine vennootschap kan het geheel of een gedeelte van de boekhoudkundige winst in een specifieke

reserve onderbrengen, de zogenaamde liquidatiereserve. Bij de aanleg van die reserve betaalt de vennootschap daar onmiddellijk een belasting van 10% op, die samen met de vennootschapsbelasting geïnd wordt. De RV op uitkeringen uit deze liquidatiereserve hangt zoals hierboven vermeld af van het tijdstip van uitkering.

De gunsttarieven die voorzien worden bij het VVPRbis-regime en de uitkering van liquidatiereserves zijn van groot belang voor kleine vennootschappen die fiscaal willen optimaliseren en op langere termijn dividenden kunnen uitkeren

Anders dan bij het VVPRbis-regime, is de aard van de inbreng (in geld of in natura) niet van belang. Verder heeft de liquidatiereserve een aantal competitieve voordelen, zoals het tarief van 0% bij vereffening van de vennootschap, en het feit dat een overdracht van de aandelen de voordelige uitkering vanuit de liquidatiereserve niet tegenhoudt.

Een nadeel is dat de liquidatiereserve alleen kan worden aangelegd uit de

winst van het betrokken boekjaar, zodat de vennootschap onmiddellijk de beslissing daartoe moet nemen. Voor de voordelige uitkering onder het VVPRbis-regime komen daarentegen alle winsten in aanmerking.

Bovendien loopt een vennootschap het risico om de liquidatiereserve kwijt te spelen, ingeval ze verlies draait en

deze verliezen op de aangelegde reserve worden aangerekend. De al betaalde 10% anticipatieve heffing valt in dat geval niet terug te vorderen.

Fiscale hervormingsplannen

Het regeerakkoord van de federale Arizona-regering wil de modaliteiten bij het uitkeren van de liquidatiereserves aanpassen. Daarmee wil de regering de wetgeving inzake het VVPRbis-

regime en liquidatiereserves gedeeltelijk harmoniseren.

Het plan bestaat erin om de wachtermijn voor de uitkering van de liquidatiereserve aan een verlaagd tarief te verlagen van vijf naar drie jaar, maar ook om het tarief van de roerende voorheffing te verhogen van 5% naar 6,5% voor vanaf 1 januari 2026 nieuw aangelegde liquidatiereserves.

Daardoor zal het effectieve tarief dat van toepassing is op de uitkering vanuit de liquidatiereserve stijgen van 13,64% naar 15%, hetzelfde als bij het VVPRbis-regime.

Uitkeringen vanuit de liquidatiereserve die binnen de verlaagde wachtermijn van drie jaar gebeuren, zullen belast worden aan het normale tarief van 30% in de roerende voorheffing, bovenop de op dat moment reeds betaalde afzonderlijke anticipatieve heffing van 10%.

Het is nog afwachten welke van deze aangekondigde maatregelen effectief zullen worden aangenomen en hoe ze in wetteksten worden gegoten. De exacte aanpassingen en voorwaarden kunnen dus nog veranderen.

Conclusie

De gunsttarieven die voorzien worden bij het VVPRbis-regime en de uitkering van liquidatiereserves zijn van groot belang voor kleine vennootschappen die fiscaal willen optimaliseren en op langere termijn dividenden kunnen uitkeren. Het is duidelijk dat de twee opties zowel voor- als nadelen hebben, die iedere vennootschap voor zich af dient te wegen. Hoewel de geplande gelijkschakeling van het effectieve tarief van roerende voorheffing een belangrijk voordeel van de liquidatiereserve ten aanzien van het VVPRbis-regime teniet zou doen, blijven beide te overwegen naargelang de omstandigheden.

De aangekondigde wijzigingen kunnen een impact hebben op uw toekomstige beslissingen. Wenst u hierbij bijstand of zit u met vragen, aarzel niet om contact op te nemen met uw fiscaal adviseur.

Ilke Vandenbroeck - Senior Counsel
KPMG Law

RIZIV-VAPZ

VAPZ

IPT

POZ

GEWAARBORGD INKOMEN

VERZEKERINGEN

GLOBAL NETTORENDEMENT IN

202120222023

4,5%



U zorgt voor de mensen, wij zorgen voor u

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

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

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

Neem vrijblijvend contact op



0800 96 119
www.amonis.be

AMONIS

Uw toekomst verdient een expert

In stilte genieten

AUTO De overname van Volvo door de Chinese autogroep Geely was voorpaginanieuws in 2010. Het Zweedse merk kreeg meer financiële armslag én rechtstreekse toegang tot technologische knowhow over elektrische auto's. Vijftien jaar later is de EX90 hét vlaggenschip van Volvo.



Veilige en comfortabele reiswagens die aangenaam verrast door de stilte aan boord.

Veiligheid en duurzaamheid vormen sinds 1927 de rode draad doorheen de geschiedenis van Volvo. Dat jaar rolde de eerste Volvo ÖV4 van de band. Legendarische modellen volgden, denk aan de Kattenrug, Amazon en P1800. Volvo werd synoniem van veilige en duurzame auto's die met name in de Verenigde Staten veel bijval kenden.

Na de overname in 2010 door het Chinese Geely kwam het Zweedse automerk in een stroomversnelling terecht, Volvo maakte van elektrificatie een toprioriteit. Het laatste nieuws hierover is dat 90 procent van het gamma tegen 2030 volledig elektrisch moet zijn. Intussen blijven de meeste modellen verkrijgbaar als hybride.

Mensgerichte technologie

De EX90 is het nieuwe parapetpaardje van Volvo dat nieuwe maatstaven zet inzake veiligheid en duurzaamheid. De mensgerichte technologie maakt het rijden makkelijker en aangener. De EX90 heeft Google aan boord en is uitgerust met radars, camera's en lidar-camera's van Luminar voor extra veiligheid. Dankzij een constante 5G-verbinding en

geregelde over-the-air software-updates worden alle functies in de auto constant uitgebreid en verbeterd. De EX90 laat ook bidirectioneel laden toe, waarbij de wagen functioneert als een thuisbatterij.

Om de woorden van Volvo-topman Jim Rowan te parafraseren... "Wij maken auto's die tijdens hun levensduur steeds beter worden dankzij *core computing* en software-updates. Ons parapetpaardje demonstreert onze capaciteiten op het vlak van *engineering* en bevestigt onze leiderspositie in de technologieshift die de autosector doormaakt."

De slimme nieuwkomer is de eerste auto ter wereld met een 'Abbey Road Studio'-modus. In combinatie met het fenomenale Bowers & Wilkins-audiosysteem tovert die de auto om in een concertzaal op wielen. In stilte genieten van je favoriete muziek geeft autorijden een nieuwe dimensie. Met de audio uit is die stilte hoorbaar – storende rolgeluiden en windgeruis dringen niet door in het interieur.

Alle functies worden bediend via een groot touchscreen of geactiveerd via spraakbediening. Essentiële rij-informatie vindt de bestuurder terug op een klein display op het dashboard.



Het interieurdesign focust op technologie, functionaliteit en soberheid.

Minimalistisch design

De EX90 meet 5,04 bij 1,96 bij 1,74 m en weegt bijna 2,8 ton, een indrukwekkende verschijning zonder meer. Eens te meer zijn wij positief verrast door de sereniteit en tijdloze elegantie van het rustgevend Scandinavische Volvo-design dat zich kenmerkt door heldere lijnen en duidelijk afgebakende geometrische vormen die getuigen van verfijnde smaak. Het contrast met de overdaad van de Duitse patersers kan niet groter én overtuigender zijn.

Met de audio uit is de stilte hoorbaar – storende rolgeluiden en windgeruis dringen niet door in het interieur

Diezelfde minimalistische benadering vinden wij ook terug in het interieur-design dat focust op technologie, functionaliteit en soberheid. Voor de aankleding van het interieur maakt Volvo consequent gebruik van duurzame en kwaliteitsvolle materialen. De stoelen zijn een weldaad voor elke rug. Een en ander verklaart allicht waarom almaar meer jonge wetenschappers en academici, kaderleden en vrije beroepen de weg naar het Zweedse automerk vinden. Volvo is hot!

Comfortabel én sportief

Zo sereen en cool hij oogt, zo rijdt de EX90 ook: aangenaam vlot en opvallend comfortabel, met dank aan de voortreffelijke luchtvering. Benut je het volle krachtreservoir van 517 pk en 910 Nm,

schiet die vooruit als een pijl uit een boog, van 0 naar 100 km/u in vijf seconden. Rijd je vooruitziend en met verstand, word je daarvoor beloond met een reëel rijbereik van 500 à 550 km, afhankelijk van rijgedrag en weersomstandigheden. Het opladen van de 110 kWh-batterij duurt net geen 30 minuten.

De EX90 Twin Motor Performance is standaard uitgerust met intelligente vierwielaandrijving die bliksemsnel anticipeert op het rijgedrag en de aard en staat van de rijweg. De Single Motor variant met 279 pk is enkel verkrijgbaar met achterwielaandrijving.

Door zijn lange wielbasis van bijna drie meter biedt de EX90 plaats aan vijf tot zeven inzittenden. Zelfs de configuratie van 7-zitter beschikt nog over een koffervolume van 384 liter waardoor hij een unieke plaats inneemt in zijn segment. De *frunk* vooraan heeft een inhoud van 46 liter, ruim voldoende voor het opbergen van de laadkabels.

Aanrader

De nieuwste EX90 Twin Motor Performance Ultra is een zeer ruime en uitermate comfortabele gezins- en reiswagen die bekoort door zijn minimalistisch design en stilte aan boord. Bovendien weet hij in aangename zin te verrassen door zijn flexibiliteit, uitstekende rijeigenschappen en laag energieverbruik. Als *full electric* geeft die daarenboven recht op fiscale voordelen wat hem extra interessant maakt voor vrije beroepen.

Urbain Vandormael

Hoe jeuk aanpakken?

BOEK Diëtist en stresscoach Evi Van den Bossche schreef een boek voor mensen die vaak last hebben van jeuk, en biedt inzichten om deze hinderlijke klacht aan te pakken.

Van den Bossche is ervaringsdeskundige: zij had als kind regelmatig last van jeuk en uitslag, terwijl haar identieke tweelingzus die problemen niet had. Ze werd industrieel ingenieur in voeding en dranken. Na een burn-out heroriënteerde ze zich tot diëtist en stresscoach in een privépraktijk.

De jeuk waar haar boek over gaat, heeft niet één duidelijke oorzaak, maar is het resultaat van een complexe combinatie van factoren, waaronder voeding, stress en omgevingsinvloeden. Van den Bossche legt uit hoe deze factoren kunnen leiden tot aanhoudende jeukklachten.

De meeste aandacht gaat naar de impact van voeding, die volgens Van den Bossche vaak onvoldoende erkend

wordt door artsen. Overschakelen op gevarieerde, verse, en onbewerkte voeding kan de ernst van de klachten al verminderen. Ze gaat vervolgens in op voedselallergieën, intoleranties en andere aandoeningen die samenhangen met voedselgevoeligheid.

Stress op zich veroorzaakt geen jeuk, maar is wel een cofactor bij allergische en gevoeligheidsreacties

Stress op zich veroorzaakt geen jeuk, maar is wel een cofactor bij allergische en gevoeligheidsreacties. De jeuk die

dan optreedt kan leiden tot meer stress, en zo ontstaat een vicieuze cirkel. Van den Bossche geeft tips om stress te verminderen en daarmee ook stressgerelateerde jeuk aan te pakken.

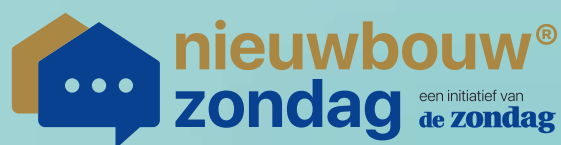
Vervolgens gaat ze in op een waslijst aan externe factoren die jeuk veroorzaken of verergeren: contactallergieën, chemische irritanten in schoonmaak- en verzorgingsproducten, pollen, huisstofmijt, huisdieren en insecten.

Het boek bevat niet alleen theoretische inzichten, maar ook praktische tips en adviezen waarmee lezers stappen kunnen zetten naar een jeukvrij leven. Dat de 'gespecialiseerd diëtist' daarbij een grotere rol krijgt toebedeeld dan de dermatoloog, mag geen verrassing zijn.

E.D.



>> Evi Van den Bossche, *Byebye jeuk. Stappenplan voor een jeukvrij leven*. Pelckmans, 2025.



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.





Stijn Geysenbergh is huisarts en lid raad van bestuur VAS Antwerpen, Vlaams-Brabant en Limburg.

De dood of de gladiolen

Traditioneel worden op 1 april de gekste nieuwtjes de wereld ingestuurd. Zo suggereerde een kwaliteitskrant dat we vanaf heden onze medische verslagen met emoticons zouden moeten opleuken. Een collega had dan weer te maken met patiënten die hadden begrepen dat ze zich moesten aanmelden met een koffie op de raadpleging omdat er tegenwoordig te weinig tijd is om te koffiekletsen op de consultatie van de huisarts. Maar de grootste grap kwam eigenlijk een dag later. De artsensyndicaten werden op de koffie verwacht bij de minister om de verschillende besparingsopties toe te lichten. Al zeker twee van de drie syndicaten zijn het idee genegen om na twintig jaar het remgeld nog eens te indexeren.

een week eerder in een communistische heilstaat te wonen. Hun pleidooi pro forfaitarisering volgde op een opiniestuk van een aanstaande collega van soortgelijke politieke gezindte. Zij schreef in *Pravda*, oeps, *De Morgen*, over een zeer oude fraile patiënt die alsnog werd geopereerd en overleed. Zeer boeiend ethisch debat rond wilsbekwaamheid en levenseindebeslissingen. Maar, beste lezer, het was de schuld van de prestatiefinanciering.

Hard werken schijnt hoe langer hoe meer als proxy gezien te worden voor fraude. U zal me die niet horen ontkennen, maar wanneer de redenering verschuift van het controleren van outliers naar het a priori veronderstellen van frauduleus gebruik (en daardoor weigeren in debat te gaan over bijvoorbeeld het per akte financieren van telefonische consultaties), dan is het debat ziek. Dan is ook het systeem ziek. En dat is helaas geen grap.

Voor het vrij beroep wordt deze legislatuur op die manier een beetje de dood of de gladiolen. Door ons uit elkaar te spelen rekent men op gebrek aan daadkracht. Ik hoorde van een parlements lid *off the record*: “Artsen? Nee, zelfs al moeten ze gratis werken, krijgen die nog geen deftige staking georganiseerd”. Ik antwoordde laconiek dat we de expertise van zijn partij in die materie dan misschien maar moesten inschakelen. Ik denk dat we beiden toen een beetje groen lachten. •

“Door ons uit elkaar te spelen rekent men op gebrek aan daadkracht”

Creëert ook een hoop budgettaire marge. Voor telefonische consulten, voor herwaardering van de huisartsenwachtdienst en nog zo wat besognes. Maar de minister zei in zijn beste Russisch: “Njet”.

Eigenlijk hadden we toen het aperitief al gehad. Vier professoren huisartsgeneeskunde meenden

De auteur schrijft in eigen naam.



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

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

Hoofdreducteur

Filip Ceulemans (filip.ceulemans@roularta.be)

Eindredactie

Karolien Van de Velde

Redactie

Erik Derycke, Nicolas de Pape, François Hardy,
dr. Hade Scheyving, Cécile Vrayenne, Laurent Zanella,
Floris Cup

Vaste medewerkers

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

Fotografie

Belga Image, Getty Image

Vormgeving

Opmaak magazines

Druk

Roularta Printing

Zoekertjes en Personeelsadvertenties

Natalie Vandewalle - 02-702.70.31
nvw@pmg.be

Artsenkrant papier

Adreswijzigingen enkel per e-mail: info@pmg.be.
149 euro - 050-24.04.04

Artsenkrant online

Aanpassen e-mailadres, koppeling Riziv-nummer, problemen met
registratie... : info@pmg.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
bcol@pmg.be

Sylvie Mayi - 0486-41.22.00
smz@pmg.be

Frontoffice assistant

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

Artsenkrant

is een uitgave van **PMH**
PMG HEALTHCARE
Torhoutsesteenweg 226 Bus 7 - 8210 Zedelgem

Medical Manager

Dr. Hade Scheyving

Operations Manager

Virginie Meysmans
vim@pmg.be

Uitgeefdirecteur

Andy Noyez

Verantwoordelijk uitgever

Fernand Vanrie

Digital manager

Jorgen Vanderdood



De almachtige arts ?

Silke Stalpaert

Huisarts - sportarts.

Bewustzijn is de basis voor mildheid. De patiënt heeft ons nodig en wil gehoord worden. Maar de arts heeft ook de patiënt nodig om

goede zorg te kunnen leveren. Zonder patiënten zijn we geen artsen. Zonder vertrouwen zijn we geen behandelaars. En zonder tevreden patiënten zijn we uiteindelijk ook geen succesvolle zorgverleners. We weten niet altijd alles. Maar wie luistert, wie écht aanwezig is, die betekent soms nog steeds alles. En

misschien ligt daarin onze grootste kracht. Niet in het absoluut weten of oplossen; dan wel in het aanwezig zijn. Of het nu vijf, vijftien of zestig minuten duurt. Echt aanwezig zijn, gehoor bieden en ruimte laten. Want de ander is niets zonder ons – maar wij evenmin iets zonder de ander. •



Transformatie en taakverschuiving

Jan Stroobants

Voorzitter Professional Committee,
European Society for Emergency
Medicine.

Stel je voor dat de arts of de verpleegkundige autonoom een oplijsting zou kunnen maken van tijdrovende, repetitieve, maar eenvoudige taken uit zijn pakket en wettelijk in de mogelijkheid zou worden gesteld om deze op de werkvloer aan te leren en onder zijn supervisie te laten uitvoeren door derden zonder al te veel vooropleiding. Het ondernemerschap bij artsen en verpleegkundigen zou toch getriggerd moeten worden bij dergelijke efficiëntie-oefening.

Natuurlijk vereist dit andere competenties en een andere attitude van de arts of verpleegkundige die in een dergelijke setting wenst te werken. Voor het overdragen van kennis en kunde en het superviseren van mensen zullen er wellicht een aantal zijn die passen, niet in het minst omdat ze het allemaal zelf zo graag doen en/of omdat ze het van ondergeschikt belang vinden dat er naast hun eigen gevulde dagtaak nog vele noden overblijven van patiënten die niet konden worden ingelost.



Tabak uit het zicht

Suzanne Gabriëls

Expert Tabakspreventie Stichting tegen Kanker.

Het verbod op het uitstellen van tabaksproducten trad in werking op 1 april 2025. Dit houdt in dat tabaksproducten niet meer zichtbaar mogen zijn binnenin of vanaf de buitenkant van het verkooppunt.

Drie buitenlandse voorbeelden, voorlopers bij het invoeren van een uitstalverbod, leren ons duidelijk dat je met zo'n maatregel volgende doelstellingen kan bereiken:

- Voorkomen dat jongeren beginnen te roken;
- Tabaksproducten denormaliseren;
- Ervoor zorgen dat mensen die gestopt zijn met roken niet makkelijk hervallen.

Soms vraag je je dan toch af waarom het in ons land zo lang geduurd heeft vooraleer deze beslissing genomen kon worden. •

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

Collega gezocht in Aalst:

- multidisciplinaire ondersteuning
- vlakke structuur met zin voor innovatie
- ruimte voor inspraak en specialisatie

Meer info: www.praktijkpopperode.be N09023

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

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

MUTAS

MUTAS, alarmcentrale voor medische bijstand in het buitenland, zoekt 1 arts, startdatum in overleg (onbepaalde duur, max 19u/week). Zie <https://mutasvzw.recruitee.com> N09025

HA-Associé gezocht, 10 km Gent.

Goede work/life balans. Care Connect. Groep 4 artsen, 2 VPK, 5 kabinetten. Aanbod zie www.MediKwatrecht.be/jobs. N09026

Opwijk ontvangt U, huisarts, met open armen! B(l)oeiende gemeente op zoek naar enthousiaste solo of duo (of meer) huisartsen. Evtl. moderne, instapklare praktijk beschikbaar als opstart. Aarzel niet : elke info via huisartsinopwijk@gmail.com. N09027

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

VERVANGINGEN

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

Mail voor meer info: tolhuislaan@hotmail.com NR1976

Graag vervanging voor huisarts tussen juni tot en met oktober 2025

volledig/gedeeltelijk wegens voettocht van 2.200 km in Pellenberg (Leuven). Solopraktijk met 5 therapeuten: synergeia. Complementaire kennis aanbevolen. Interesse info@synergeia.be NR1978

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

Verschillende mogelijkheden in tewerkstelling: voltijds, deeltijd, deel van deze periode, mogelijkheid tot langere tewerkstelling of associatie. Geen kosten, geen verplichting tot wachten over nemen (indien gewenst kan dit wel). Voor meer informatie: mail naar drsaralongin@gmail.com . NR1981

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

De huisartsenpraktijk in Zonhoven bestaat uit 6 aangenane 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

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

PRAKTIJK

Drukke solopraktijk te Humbeek over te nemen Verschillende opties zijn mogelijk: praktijkruimte kan afzonderlijk gehuurd worden, ruimte voor twee kabinetten, 2 of 3 artsen kunnen hier werken. **Optie 2: huis en praktijkruimte kunnen ook samen aangekocht worden.** Tijdelijke begeleiding door mijzelf is mogelijk. Contact: tel.: 02/269.04.72 of email: karel.willems@live.be. NC8275

Bloeiende solo - Huisartsenpraktijk te Stekene

over te nemen + huur kabinet. Tel 03 779 64 58 of 0486 58 28 38. NC8276

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

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

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

Buitenkans overname:

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

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, onderkelder, incl.privéparking te Lommel centrum. Tel. 0475/37.65.66. NB8030

Defensie is dringend op zoek naar zelfstandige arbeidsartsen in Kleine-Brogel, Leopoldsburg, Bevekom. Interesse? Stuur dan een mail naar dghr-hrb-vr-med@mil.be





Te koop: Droomvilla in Heverlee!

Perfect voor wonen/werken. Lichte woonkamer, ZW-tuin met jacuzzi, 4 slpk., volledig afgewerkt zolderverdiep. Ideaal voor prof. gebruik! Contact: BVM Vastgoed, 016 23 21 45 / info@bvm-vastgoed.be.

NB8031

UW ADVERTENTIE HIER



Interesse?

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



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, hoofddarts KEI (058 22 11 22) of Dr. Ortwin Debels, hoofddarts 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).



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



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?

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



‘Bruggen bouwen tussen standpunten’

DIPLOMATIE Studenten geneeskunde die zich bezighouden met internationale diplomatie? Het klinkt op het eerste gezicht als een verrassende combinatie. Toch tonen August Vermeire, Elisa Rommens en Wout Vander Gracht – allen studenten geneeskunde aan UGent – aan dat medische kennis en diplomatieke vaardigheden elkaar niet uitsluiten, maar juist versterken.

Jaarlijks organiseert Harvard University het prestigieuze WorldMUN, ook wel het wereldkampioenschap diplomatie genoemd. Tijdens deze simulatie van de Verenigde Naties worden studenten van over de hele wereld uitgedaagd om de rol van diplomaat op zich te nemen. Ze debatteren over complexe internationale kwesties zoals klimaatverandering, economische ongelijkheid en biodiversiteit. Dit jaar vond het evenement plaats in de Filipijnse hoofdstad Manilla en namen meer dan 1.500 studenten uit ruim honderd landen deel.

‘Soft skills en diplomatieke vaardigheden heb je ook nodig als arts’

De Belgische afvaardiging – MUN Society Belgium – wist voor het vijfde opeenvolgende jaar de wereldtitel binnen te halen en werd opnieuw uitgeroepen tot *Best Large Delegation*. Daarmee bevestigt België zijn positie als een van de meest succesvolle delegaties uit de geschiedenis van het kampioenschap.

Individuele awards

Twee van de Belgische deelnemers dit jaar zijn masterstudenten geneeskunde aan UGent: August Vermeire en Elisa Rommens. Beiden vertegenwoordigden tijdens WorldMUN niet hun eigen land, maar respectievelijk China en Colombia, elk in een andere commissie. “Ik vertegenwoordigde China in de Commissie voor Sociale Ontwikkelingen en besprak mogelijke oplossingen voor armoede”, vertelt August Vermeire. “Mijn collega Elisa Rommens nam Colombia voor haar rekening in de Vierde Commissie van de Algemene Vergadering en behandelde het thema biodiversiteit.”

“In elk comité zaten verschillende voorzitters van Harvard die het debat leiden en evalueren”, vult Rommens aan. “Voor hun evaluaties letten ze op



Geneeskundestudenten August Vermeire, Elisa Rommens en Wout Vander Gracht behaalden een succesvol resultaat op de WorldMUN.

vaardigheden als speechen, het leiden van het gesprek, luisteren naar anderen en het aandragen van oplossingen. Aan het einde van het kampioenschap werden per comité de verschillende winnaars bekendgemaakt. De Belgische delegatie won ook dit jaar de meeste individuele awards en werd uitgeroepen tot *Best Large Delegation*.”

Soft skills

“De belangrijkste vaardigheden die je nodig hebt om goed te presteren, zijn soft skills: helder en overtuigend ideeën overbrengen, actief luisteren, samenwerken en strategisch onderhandelen”, legt Vermeire uit. “Het gaat er niet om je eigen visie door te drukken, maar om bruggen te bouwen tussen de verschillende standpunten. Je moet als afgevaardigde kunnen samenwerken met mensen van diverse achtergronden, met vaak tegenstrijdige belangen.”

Volgens Rommens zijn dat precies de vaardigheden die je als arts ook nodig hebt. “Of je nu in overleg bent met

collega’s of communiceert met patiënten, je moet complexe informatie kunnen vertalen naar begrijpelijke taal en empathie tonen voor andere perspectieven.”

Grondige voorbereiding

Hoewel de andere geneeskundestudent Wout Vander Gracht dit jaar niet fysiek aanwezig was in Manilla, speelde hij een belangrijke rol in de voorbereiding van het team. “Diplomatie, leiderschap en een grondige kennis van de te bespreken onderwerpen zijn essentieel om in het comité uit te blinken”, legt hij uit. “Dat begint bij een diepe duik in de culturele en historische achtergrond van het land dat je vertegenwoordigt.”

Vander Gracht hielp zijn collega’s door met hen in de voorbereiding over de betreffende onderwerpen te debatteren en door het analyseren van meerdere VN-artikelen en beleidsdocumenten. “Daarnaast krijg je van de organisatie een *study guide* met thema’s die tijdens het kampioenschap besproken worden. Op basis daarvan doe je zelfstandig

onderzoek. Je moet begrijpen hoe het land dat je vertegenwoordigt zich positioneert in internationale debatten. Het is dus belangrijk om op de hoogte te zijn van het buitenlandbeleid en mee te zijn met de culturele waarden van het land”, zegt Vander Gracht.

Mondiale vraagstukken

De drie studenten geven aan dat hun interesses verder reiken dan de puur klinische kant van geneeskunde. “Ik wilde graag mijn soft skills verder ontwikkelen, zoals het presenteren van complexe zaken en het kunnen deelnemen aan het bredere maatschappelijke debat over geneeskunde”, aldus Rommens. “Dat zijn zaken die je niet automatisch meekrijgt tijdens de opleiding.” Vermeire en Vander Gracht beamen dat: “Je leert achtergronden onderzoeken, structuur aanbrengen in je argumentatie en helder communiceren. Dat zijn vaardigheden die in elke professionele context van pas komen.”

Floris Cup