



Artsen krant

• www.artsenkrant.com

DE REFERENTIE VOOR HUISARTSEN EN SPECIALISTEN

46STE JAAR NR 2796 - DINSDAG 29 APRIL 2025 - 3,00 € - TWEEWEEKLIJKS - P309577 - MEIBOOMLAAN 33, 8800 ROESELARE, BELGIË.



Paasakkoord: ziektebriefje beperkt tot drie maanden

Tijdens het eerste jaar van arbeidsongeschiktheid wordt de duur van een ziektebriefje beperkt tot drie maanden. Bij afwijkend voorschrijfgedrag riskeren artsen boetes. Dat besliste de regering-De Wever in haar 'Paasakkoord'.

De maatregelen zijn onderdeel van het 'terug-naar-werkbeleid' (TNW) om langdurig arbeidsongeschikten te activeren. Nu komen daarbij de attesten voor arbeidsongeschiktheid die artsen afleveren in het vizier. Om artsen aan te zetten patiënten sneller op te volgen, zou de duur van een attest in het eerste jaar arbeidsongeschiktheid beperkt worden tot drie maanden.

De regering wil ook nagaan of sommige artsen systematisch langdurige arbeidsongeschiktheid voorschrijven. Daartoe moet er een databank komen waarin alle attesten verzameld worden – attesten zouden dan ook alleen nog digitaal afgeleverd mogen worden.

Analyse van deze databank moet toelaten om 'afwijkend voorschrijfgedrag' op te sporen. "We zullen focussen op het aantal voorgeschreven attesten, maar ook op de duur van de voorgeschreven attesten, waardoor we uitschieters kunnen identificeren", citeert persagentschap Belga een bron in het kabinet-Vandenbroucke. Bij afwijkend voorschrijfgedrag zullen de betrokken artsen eerst aan-

gesproken worden, maar als dat aanhoudt, kunnen "financiële sancties" volgen. Er komt ook een meldpunt waar werkgevers artsen kunnen aangeven waarvan ze vermoeden dat die frauduleuze attesten voorschrijven.

Voor twintig pathologieën zullen nieuwe richtlijnen opgesteld worden voor de gepaste duur van arbeidsongeschiktheid. Momenteel bestaan er voor negen pathologieën dergelijke fiches. Veel details over de voorgestelde maatregelen zijn er niet; ze moeten nog omgezet worden in wetteksten en KB's.

Andere maatregelen zijn onder meer dat werknemers verplicht worden om in te gaan op uitnodigingen van de arbeidsarts en arbeidsbemiddelaar, dat werkgevers in de tweede en derde maand een deel van de ziekte-uitkering moeten betalen, en dat de administratiekosten van ziekenfondsen afhankelijk gemaakt worden van de succesvolle begeleiding van arbeidsongeschikten naar werk.

Erik Derycke

'Artsen sanctioneren is stap te ver'

2

POWERED BY 
PRIJS VAN DE JONGE
HUISARTS

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

De laatste genomineerde die we in deze editie voorstellen is Annelore Van Heghe. Zij onderzocht welke soorten interventies effectief zijn in het verminderen van burn-out bij artsen in opleiding en studenten geneeskunde.

In drie opeenvolgende edities stelden we de genomineerden en hun masterproefonderzoek aan u voor. Stemmen voor uw favoriet kan vanaf vandaag op artsenkrant.com. De stemperiode loopt dit jaar tot 20 mei. Wie de Prijs van de Jonge Huisarts wint, wordt bepaald op basis van een dubbele stemming. Aan de hand van de stemming van de lezers van Artsenkrant wordt een ranglijst opgesteld. Ook een vakjury samengesteld door het ICHO geeft zijn ranglijst door. De optelling van beide ranglijsten bepaalt wie uiteindelijk de laureaat 2025 van de Prijs van de Jonge Huisarts wordt.

F.C.

>> Op pagina 12 van dit nummer kunt u een overzicht vinden van alle kandidaten die dit jaar meedingen naar de Prijs van de Jonge Huisarts. Stem op uw favoriete kandidaat via artsenkrant.com/PJH2025 of via deze QR-code.



Dr. Annelore Van Heghe

Mentale gezondheid verbeteren bij artsen in opleiding

10-11



Erik Derycke

Kliklijn

Langdurige arbeidsongeschiktheid is een reëel probleem. Hoe langer mensen thuiszitten, hoe moeilijker het pad terug naar werk wordt. Dat de regering-De Wever dat probleem wil aanpakken, is dus maar normaal.

De manier waarop is een andere zaak. De maatregelen in het zogeheten 'Paasakkoord' nemen vooral de behandelend arts – in de eerste plaats de huisarts – in het vizier. Zo zouden artsen tijdens het eerste jaar arbeidsongeschiktheid geen attesten voor langer dan drie maanden mogen uitschrijven. Een snellere en regelmatige opvolging van langdurig zieken: daar valt iets voor te zeggen. Maar de maatregel lijkt te worden ingevoerd zonder noemenswaardig overleg met de artsen zelf, die als geen ander zowel de medische realiteit als de administratieve verwachtingen kennen. In de beleidsverklaring Volksgezondheid die Frank Vandenbroucke in maart in de Kamer voorstelde, komt het woord 'overleg' nochtans 24 keer voor.

En dan is er het meldpunt waar werkgevers binnenkort 'verdachte attesten' zullen kunnen melden. In politieke taal heet dat een 'instrument om fraude te detecteren'. In de volksmond is dat een 'kliklijn', en iets wat we eerder associëren met autoritaire regimes. Het ondergraaft indirect ook de vertrouwensrelatie tussen arts en patiënt. Een arts moet in eer en geweten kunnen doen wat het beste is voor de patiënt, zonder zich zorgen te moeten maken over de vraag of een misnoegde werkgever misschien wel eens de kliklijn zou kunnen bellen.

Misbruik van het systeem moet worden aangepakt. Maar de overgrote meerderheid van de artsen werkt integer, en verdient beter dan het collectief wantrouwen dat spreekt uit de voorgestelde mechanismen.

'Artsen sanctioneren is stap te ver'

VERVOLG COVER De maatregelen die de regering wil nemen om langdurig zieken te activeren (zie cover), vallen niet in goede aarde bij de artsensyndicaten. Met het principe dat langdurig zieken sneller terug aan het werk moeten zijn ze het eens, maar ze noemen de voorgestelde maatregelen een stap te ver.

Volgens interim-voorzitter Maaïke Van Overloop van Domus Medica zijn de regeringsvoorstellen "niet de juiste methode om de doelstelling te bereiken". Zij vraagt zich af of het wel aan de huisarts toekomt om een controlefunctie uit te oefenen. "Die rol ligt bij de arbeidsartsen en adviserende artsen", zegt Van Overloop. "Zij hebben geen therapeutische relatie en kunnen ook een betere inschatting maken over de nodige capaciteiten voor de arbeidsmarkt." Van Overloop wijst er ook op dat de technische uitwerking van een digitale attestendatabank niet vanzelfsprekend is, en dat er normen uitgewerkt moeten worden om te bepalen wanneer voorschrijfgedrag 'afwijkend' is.

Artsen sanctioneren voor langdurige arbeidsongeschiktheid vindt ook BVAS een stap te ver. Het syndicaat vreest dat artsen die 'te veel' ziekteattesten voorschrijven ervoor zullen kiezen bepaalde patiënten niet langer te behandelen uit angst voor sancties. BVAS pleit bij monde van voorzitter Johan Blanckaert en VAS-voorzitter Jos Vanhoof voor een andere aanpak. In hun visie blijft tijdens de eerste maanden van de ziekte de huisarts het aanspreekpunt. Vanaf de vierde maand komt er een multidisciplinaire evaluatie met arbeidsartsen en specialisten in re-integratie – idealiter

via een onafhankelijk orgaan, los van de ziekenfondsen.

Ook ASGB betreurt de teneur van de maatregelen. "Natuurlijk zullen er links en rechts artsen zijn bij wie werknemers terecht kunnen 'om weer eens een attest te krijgen', maar we durven er donder op zeggen dat die nu al gekend

zijn", zegt ASGB. "Bovendien zien wij niet in hoe de link gelegd wordt met 'financiële' sancties voor iets waar een arts zelf geen benefit aan heeft." ASGB wijst er ook op dat er al een deontologisch orgaan bestaat dat zich over klachten van werkgevers buigt.

E.D.

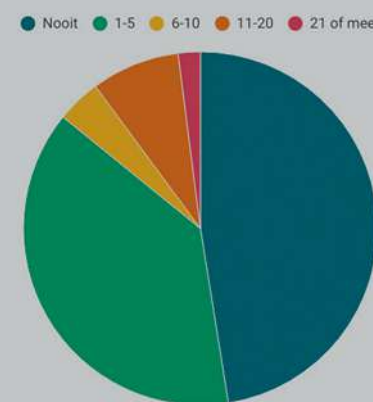
Beperkt fenomeen

Ziektebriefjes voor meer dan drie maanden zijn een uitzondering. Dat blijkt althans uit een online bevraging (zonder wetenschappelijke pretenties) bij de lezers van *Artsenkrant*. Van de 159 artsen die antwoordden, schreef de helft het voorbije jaar geen arbeidsongeschiktheid voor dergelijke lange duur voor. Bij wie dat wel deed, waren de attesten voor langer dan drie maanden een zeldzaamheid: bij 38% van de respondenten gaat het om een tot vijf attesten per jaar. Slechts zes

van de 159 respondenten leverden het voorbije jaar meer dan twintig attesten voor langer dan drie maanden af.

Ziektebriefjes

"Hoe vaak hebt u in de voorbije twaalf maanden een attest arbeidsongeschiktheid voor meer dan drie maanden afgeleverd?"



Bron: online bevraging door *Artsenkrant* (n=159)

553

De afgelopen tien jaar (tussen 2015 en 2024) werden in België 553 meldingen van vermoedelijke bijwerkingen gedaan na de vaccinatie van kinderen jonger dan 18 jaar volgens het basisvaccinatie-schema (FAGG).



Elise Derroitte, ondervoorzitter CM, in *Gezondheid & Samenleving*.

In werkelijkheid is onze gezondheidstoestand veel minder het resultaat van de gezondheidszorg zelf, dan van de complexe interacties tussen deze zorg, de toegankelijkheid ervan, onze omgeving en de sociaaleconomische kenmerken van de patiënt.

Advies gezondheidszorgdoelstellingen is klaar

GZD De Commissie Gezondheidszorgdoelstellingen heeft voor de eerste keer een advies uitgebracht over de na te streven gezondheidszorgdoelstellingen voor deze legislatuur.

De Commissie Gezondheidszorgdoelstellingen (GDOS) bestaat uit vertegenwoordigers van de academische en wetenschappelijke wereld en van de gezondheidszorginstellingen. Zoals haar naam al aangeeft, moet zij *gezondheidszorgdoelstellingen* formuleren. Dat zijn operationele doelstellingen die nodig zijn om *gezondheidsdoelstellingen* te realiseren.

Die gezondheidsdoelstellingen zijn strategische doelstellingen op lange termijn; ze worden vastgelegd door de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid. Die heeft drie grote gezondheidsdoelen bepaald: het verlengen van de levensduur in goede gezondheid; het verminderen van de gezondheidsongelijkheden tussen de meest en de minst bevoorrechte bevolkingsgroepen; en het verzekeren van een zo gezond mogelijke leefomgeving.

Acht gezondheidszorgdoelstellingen

De Commissie identificeerde acht gezondheidszorgdoelstellingen (GZD), waarvan twee transversale doelstellingen. De Commissie benadrukte dat een drastische vooruitgang bij deze trans-

versale gezondheidszorgdoelstellingen onontbeerlijk is voor de realisatie van de andere gezondheidszorgdoelstellingen.

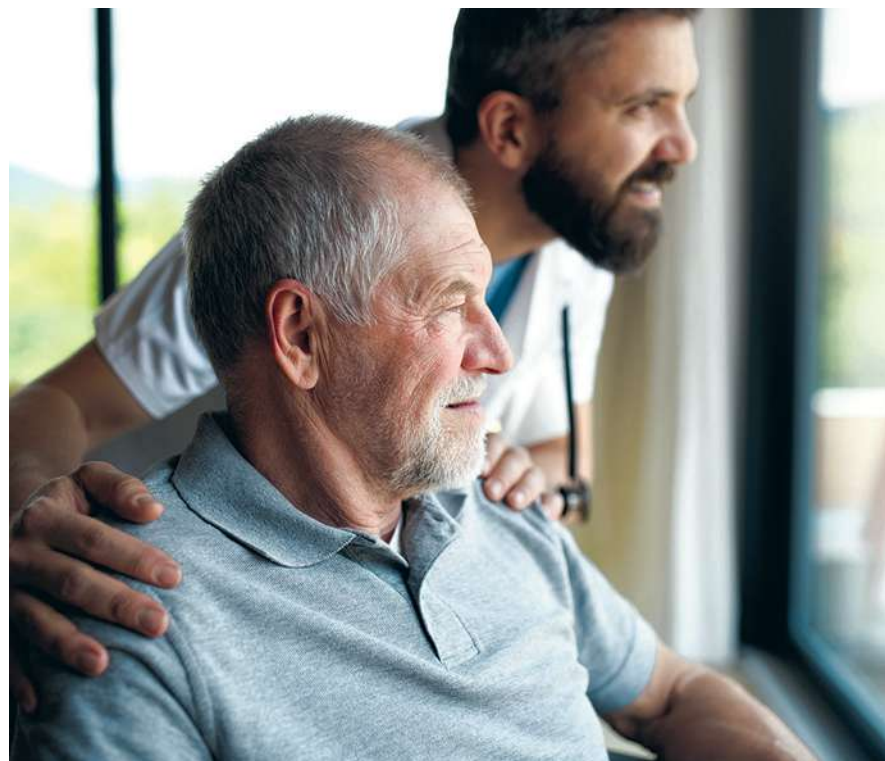
De twee transversale gezondheidszorgdoelstellingen zijn:

- GZD1. Betere verzameling en uitwisseling van data, zowel op macroniveau om het zorgbeleid te informeren als op patiëntniveau voor beter geïntegreerde zorg.
- GZD2. Verhogen van de doelmatigheid onder meer door het wegwerken van grote onverklaarbare variaties in medische praktijken.

De Algemene Raad van het RIZIV moet de grote krijtlijnen uitzetten voor deze legislatuur

De zes prioritaire gezondheidszorgdoelstellingen zijn:

- GZD 3. Betere organisatie van eerstelijnszorg en afstemming van de verschillende zorglijnen door de vorming van multidisciplinaire zorgteams en toepassing van principes van populatiemanagement.



- GZD 4. Persoonsgerichte zorg en verhoogde betrokkenheid van de patiënten in functie van hun levensdoelen en verbetering van de gezondheidsgelatedheid van de bevolking.
- GZD 5. Betere financiële toegankelijkheid van zorg voor iedereen, en wegwerken van onverklaarde verschillen in de behandeling van verschillende socio-economische groepen.
- GZD6. Hervorming van de gezondheidsberoepen, waarbij bestaande tussenschotten tussen formele kwalificaties doorbroken worden met voldoende

aandacht voor het welzijn van de professionals.

- GZD 7. Meer inzetten op sensibilisering, preventie en screening, waarbij samenwerking tussen federale en de gefedereerde entiteiten in duidelijke akkoorden wordt verankerd.
- GZD 8. Speciale aandacht voor sectoren waar verschillende problematieken samenkomen: tand- en mondzorg, en geestelijke gezondheidszorg.

Daarnaast identificeerde de Commissie nog twee extra aandachtspunten, met name de ecologische duurzaamheid van het gezondheidszorgsysteem en de aandacht voor zeldzame ziekten.

Volgende stappen

De Commissie heeft alleen een adviseerende rol. Het is de Algemene Raad van het RIZIV die nu de grote krijtlijnen moet uitzetten voor de gezondheidszorgdoelstellingen voor deze legislatuur. In een volgende fase worden specifieke doelstellingen vastgelegd, die daarna vertaald worden in concrete indicatoren. De Commissie Gezondheidszorgdoelstellingen zal hiervoor expertengroepen samenstellen.

Erik Derycke

Tijdschema onhaalbaar

De taken van de Commissie Gezondheidszorgdoelstellingen (GDOS) zijn vastgelegd in de Wet van 6 november 2023 'houdende een meerjarenkader en gezondheidszorgdoelstellingen'. Veertig dagen na de ontbinding van het federale parlement legt de GDOS een rapport voor met de gezondheidszorgdoelstellingen die gedurende de volgende legislatuur nagestreefd moeten worden. Op basis van dat rapport legt de Algemene Raad van het RIZIV, ten laatste 90 dagen na de regeringsverklaring van een nieuwe federale regering, de prioritaire gezondheidszorgdoelstellingen binnen het kader van de verplichte ziekteverzekering vast.

Dit tijdschema bleek nog niet haalbaar, want de GDOS was 40 dagen na de ontbinding van de Kamer nog niet samengesteld. De deadline van 90 dagen na de regeringsverklaring werd wel gehaald, al geeft de GDOS aan dat het tijdsbestek voor dit advies zeer kort was – in andere landen duurt het formuleren van gezondheids(zorg)doelstellingen vele maanden, zelfs jaren. De opdracht van GDOS omvat ook dat een draagvlak voor de gezondheidszorgdoelstellingen moet gecreëerd worden via een gestructureerde bevraging van het brede werkveld. Ook daarvoor is een termijn van 90 dagen veel te kort, schrijft de GDOS.

Een jarenlange strijd voor abortus

BOEK Rein Bellens, één van de pioniers in de strijd voor de legalisering van abortus, kijkt in het boek *Mijn strijd voor abortus*. *Kroniek van een mijlpaal in vrouwenrechten* terug op de vaak turbulente ontstaansgeschiedenis van de abortuswet.

Dinsdag 22 november 1983, een datum die in het geheugen van Rein Bellens gegrift staat. Die avond valt de BOB (Bijzondere Opsporingsbrigade van de rijkswacht) het abortuscentrum in Gent binnen waar Rein Bellens samen met enkele andere bevlogen artsen abortussen uitvoert. In haar boek beschrijft ze wat er vervolgens gebeurde en hoe dat alles leidde tot de goedkeuring van de abortuswet op 29 maart 1990. Veel aandacht gaat naar de manier waarop het Gentse parket zich in de zaak vastbeet, maar ook naar de politieke afwikkeling van de zaak, inclusief de mini-koningskwesie, veroorzaakt door koning Boudewijn die weigerde zijn handtekening onder de wet te zetten.

Mijn strijd voor abortus is het tweede boek dat Rein Bellens over abortus schrijft. In 1985 al verscheen van haar hand, zij het onder pseudoniem, het boek *Omtrent abortus*. *Dagboek van een dokter*. Schreef ze dat boek quasi meteen nadat het gerecht het abortuscentrum in het vizier nam, dan duurde het tot tien jaar na haar pensioen alvorens dit 'vervolg' er kwam.

'Het kriebelt vaak wanneer politici debatteren en foutieve informatie geven'

Waarom komt dit boek er nu?

Rein Bellens: Eigenlijk ben ik al jaren aan dit boek aan het schrijven. Omdat ik altijd veel heb verzameld en bijgehouden, kwam het er op een bepaald moment vooral op aan te schrappen. Daarbij kreeg ik veel hulp van mijn echtgenoot, die vroeger jour-

nalist was. Ook voormalig hoofdredacteur van *Artsenkrant* Jan Bosmans stond mij in de maanden voor zijn dood met woord en daad bij. Dat we dit jaar 35 jaar abortuswet vieren, is uiteraard mooi meegenomen.

Speelt het feit dat abortus vandaag opnieuw op de politieke agenda staat ook een rol?

Het kriebelt vaak wanneer politici debatteren en foutieve informatie geven. Ik reageer minder dan vroeger, maar kan het soms niet laten. Toen Valerie Van Peel in 2019 over de zes dagen bedenktijd verklaarde dat het toenmalige wetsvoorstel in België niet zoveel verschilde van de situatie in Nederland, reageerde ik. In Nederland is de bedenktijd vijf dagen en gaat die in op het moment dat de vrouw bij de huisarts komt, niet pas na een bezoek aan een abortuscentrum. Sinds 2023 is de beraadtermijn er volledig afgeschaft. Nog een voorbeeld. In 2022 zei Sammy Mahdi dat hij van diverse abortusklinieken hoorde dat ze de bedenktijd graag op zes dagen zouden behouden. Ik vraag me af waar hij dat vandaan haalt omdat ik me niet kan voorstellen dat mensen uit de abortushulpverlening dit zouden zeggen. Bovendien bestaan er in België geen abortusklinieken, maar wel abortuscentra en ziekenhuizen waar abortus wordt uitgevoerd. Abortuskliniek is een term uit Nederland. Ik kreeg nooit een antwoord.

In Vlaanderen wordt abortus grotendeels in abortuscentra uitgevoerd en amper in ziekenhuizen. In Wallonië is het aandeel van ziekenhuizen groter. Hoe verklaart u dat verschil?

Dat is historisch gegroeid. In Wallonië had je ook voor de abortuswet ziekenhuizen waar abortus werd uitge-



Rein Bellens, één van de pioniers in de strijd voor de legalisering van abortus: "Het is een moeilijke strijd geweest, maar ik heb nergens spijt van."

voerd. Vanaf 1980 ontstonden de eerste abortuscentra in Vlaanderen, het eerste in Gent (1980) daarna in Brugge (1984), Antwerpen (1988) en Hasselt (1995).

Hoe komt het dat Gent zo'n voortrekkersrol speelde?

Dat is eerder toevallig, denk ik.

Heeft de aanwezigheid van de universiteit er iets mee te maken?

Neen, zeker niet. Het groeide vanuit Dolle Mina, het abortuscomité en een aantal progressieve artsen die ervoor open stonden. Van de universiteit kregen we in het begin zeker geen steun. Nu is er wel een goede samenwerking met de universiteit. Gynaecologen kunnen tijdens hun opleiding stage doen in het abortuscentrum. Dat is een win-winsituatie. De gynaecologen leren hoe abortushulpverlening verloopt en de huisartsen kunnen van de gynaecologen leren hoe een echografie te inter-

preteren. Met de jaren groeide er een goede samenwerking met het universitaire ziekenhuis waarnaar we vlot vrouwen met complicaties kunnen doorsturen.

Zou u – met de kennis van vandaag – dezelfde weg kiezen?

Het is een moeilijke strijd geweest, maar ik heb nergens spijt van. Ik heb het werk steeds graag gedaan. Het is met vallen en opstaan geweest, maar ik zou dezelfde weg kiezen.

In het boek blikt u terug op de relatie met uw ouders. Afkomstig uit een Kempens dorp hadden ze het steeds moeilijk met uw werk. Hebt u dat ooit kunnen uitpraten?

Het is niet uitgesproken, maar ze hebben mij wel steeds mijn werk laten doen, hoewel ze af en toe vroegen of ik 'er' nog niet mee gestopt was. Het paste niet in hun katholieke overtuiging. In

een klein dorp waar iedereen elkaar kent, waren mijn activiteiten niet altijd makkelijk voor hen. Het woord abortus werd nauwelijks uitgesproken. Ik weet ook niet of ze mijn eerste boek gelezen hebben of trots waren wanneer ik een prijs kreeg. Door andere zaken waren we wel erg hecht en hebben we steeds een goede relatie behouden.

Hoe was uw relatie met politici?

We nodigden vaak politici uit voor een gesprek in het abortuscentrum in Gent. Onder meer Lucienne Michielsens kwam op bezoek. We hebben steeds een goed contact gehad met groene politici als Magda Aelvoet, Paul Pataer, Petra De Sutter en Stefaan Van Hecke. We probeerden ook CVP'ers te contacteren, maar dat leverde weinig op. Enkel van Miet Smet kreeg ik een positieve reactie op mijn eerste boek. Hoewel ze tegen de abortuswet stemde, denk ik dat zij binnen haar partij toch probeerde wat te veranderen.

U hebt uw eerste boek naar koning Boudewijn gestuurd. Kreeg u een reactie vanuit het paleis?

Ik stuurde het boek naar aanleiding van de 35ste huwelijksverjaardag van Boudewijn en Fabiola en kreeg een routine dankbrief terug van kabinetschef Van Ypersele de Strihou waarin hij echter niets zei over het boek. Verder kwam er geen reactie vanuit het paleis. Ik denk trouwens dat het hof hier niet mag op reageren. Ik vraag me wel af of mijn nieuw boek de aandacht zal trekken van koning Filip. Ik vermoed dat hij niet dezelfde hardnekkigheid heeft als zijn oom en niet zal dwarsliggen bij een nieuwe abortuswet.

Welke impact hadden de rechtszaken op u? Vreesde u ooit in de gevangenis te verzeilen zoals de Naamse dr. Peers?

We gingen er steeds van uit dat we niet zouden worden gearresteerd. Indien we een gevangenisstraf gekregen zouden hebben, was dat wellicht voorwaardelijk geweest. Je hebt dan natuurlijk wel een strafblad. Voor ons als huisarts misschien niet zo belangrijk, maar wel voor iemand die later ergens moet solliciteren. Een veroordeling was vooral een drama voor de

vrouwen die een abortus lieten uitvoeren. We hebben weinig zicht op de impact die dat op hen had. Soms leidde het ongetwijfeld tot een relatiebreuk. Het frappeert me nog steeds welk een verschil er bestaat tussen de uitspraken van diverse rechtbanken. In eerste instantie werden we in Gent door de correctionele rechtbank vrijgesproken en vervolgens veroordeeld door het Hof van Beroep. We tekenden cassatie aan en uiteindelijk sprak het Hof van Beroep in Antwerpen ons definitief vrij. Daar zat de intussen goedgekeurde abortuswet zeker voor iets tussen.

Hoe kijkt u naar het huidige abortusdebat?

Het stoort me dat de conclusies van de expertencommissie die op vraag van de CD&V werd opgericht, nu in twijfel worden getrokken. De uitspraak van Els Van Hoof (CD&V) dat ze het rapport leest met een eigen ethisch kompas vind ik onbegrijpelijk. Ik heb het ook moeilijk met de vertragsmanoeuvres van iemand als Valerie Van Peel, die zegt dat er eerst onderzoek moet worden gedaan naar de motieven van vrouwen die van-

daag nog steeds naar Nederland gaan. Die studies bestaan.

Filip Ceulemans

>> Zie ook pagina 13 voor de recente cijfers van de evaluatiecommissie.



>> Rein Bellens, Mijn strijd voor abortus. Kroniek van een mijlpaal in vrouwenrechten, Uitgeverij Houtekiet, 310 blz., 24,99 euro.

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 medische praktijk gezien door huisartsen

PRAKTIJKVOERING In een kwalitatieve studie uitgevoerd door de ULiège en de KU Leuven, geven 122 Belgische huisartsen hun visie op de ideale medische praktijk. Ze schetsen pragmatische, voorzichtige modellen op mensenmaat.

De huisartsenpraktijk in België staat op een keerpunt. De auteurs van de studie wijzen erop dat het systeem geconfronteerd wordt met een groeiend tekort aan artsen, een stijgende vraag naar zorg, en nieuwe professionele verwachtingen bij jonge artsen. Oudere artsen naderen hun pensioen, terwijl jonge afgestudeerden streven naar een beter evenwicht tussen werk en privéleven.

De 'New Deal' voor huisartsenpraktijken is bedoeld als antwoord op die uitdagingen. Maar wat wil de huisarts zelf? Dat onderzocht deze studie onder leiding van dr. Hubert Jamart (ULiège) aan de hand van elf focusgroepen van samen 122 huisartsen.

Voorkeur voor basistrio

De ondervraagde artsen zijn het eens over één fundamenteel punt: de kern van het team moet relatief klein blijven, rond een trio van arts, verpleegkundige en administratief medewerker. Deze configuratie wordt beschouwd als realistisch, functioneel en geschikt voor de werklust die in de meeste praktijken wordt waargenomen.

Verpleegkundigen staan hoog aangeschreven voor hun vermogen om technische procedures uit te voeren (ECG's, uitstrijkjes, vaccinaties, bloeddrukmetingen, enz). Ze worden ook gezien als belangrijke partners in preventie en gezondheidsbevorderende activiteiten, met name door middel van screening en leefstijlcoaching.

Administratief medewerkers zijn dan weer essentieel voor de goede werking van de praktijk: ze behandelen telefoontjes, plannen afspraken, bereiden dossiers voor en doen soms een eerste administratieve triage van zorgvragen. Er zijn echter bedenkingen bij deze laatste taak. Een aantal artsen wijst erop dat triage door een administratief medewerker – indien slecht begeleid – kan leiden tot veiligheidsproblemen of medische aansprakelijkheid.

Anderen benadrukken dan weer hun toegevoegde waarde bij het beheren van noodgevallen of chronische patiënten, op voorwaarde dat ze goed opgeleid zijn. "Een medisch secretaresse met ervaring kan een grote hulp zijn voor artsen, vooral bij het afhandelen van dringende oproepen", stelt een Brusselse arts.

Het onderzoek toont ook aan dat artsen niet noodzakelijk alle profielen in hun praktijk willen integreren. Professionals zoals psychologen, maatschappelijk werkers, fysiotherapeuten en diëtisten worden gezien als nuttig, maar zij moeten voor de meerderheid van de deelnemers in de periferie blijven. Ad hoc samenwerking of netwerken wordt verkozen boven permanente integratie in de huisartsenpraktijk.

Het idee van een 'zorgpool' die door meerdere praktijken wordt gedeeld, werd vaak genoemd. "Een maatschappelijk werker zou voor verschillende praktijken kunnen werken, maar niet noodzakelijk binnen de praktijk", vat een Vlaamse arts samen.

Deze keuze werd ingegeven door zowel praktische als filosofische overwegingen. Aan de ene kant stelt de integratie van meerdere professionals in één structuur eisen op het gebied van kantoorruimte, coördinatie en vergadertijd die moeilijk te verenigen zijn met de realiteit op het terrein. Zoals een huisarts uit Luik uitlegt: "Een grotere structuur betekent misschien meer efficiëntie, maar het betekent ook meer coördinatie en minder persoonlijk contact met patiënten".

De kern van het team moet relatief klein blijven, rond een trio van arts, verpleegkundige en administratief medewerker

Spanningen rond praktijkassistent

Het hybride profiel van een praktijkassistent – noch administratief medewerker, noch verpleegkundige – is niet onomstreden. "Ik begrijp niet echt wat een praktijkassistent moet doen", geeft een Brusselse deelnemer toe. Sommige artsen zien het nieuwe profiel als een kans om de huisarts te ontlasten door administratieve taken en eenvoudige technische procedures over te nemen. Anderen bekritiseren het gebrek aan een wettelijk kader, een gestandaardiseerde opleiding en een duidelijke professionele identiteit.

Deze onzekerheid doet denken aan valkuilen die elders zijn waargenomen. Het geval van de Britse NHS werd als tegenvoorbeeld aangehaald: de slecht begeleide invoering van 'physician associates' heeft daar soms geleid tot een toegenomen werklust voor artsen.

De meerderheid van de deelnemers is voorstander van een duidelijker model, waarbij medische procedures worden toevertrouwd aan verpleegkundigen en coördinerende functies aan administratief medewerkers of praktijkmanagers. Er is vraag naar een duidelijk kader, zowel wettelijk als functioneel.

Van theorie naar praktijk

De ondervraagde artsen verwerpen het principe van interprofessionele samenwerking niet, maar ze definiëren wel de strikte voorwaarden ervoor. Colocatie – het feit dat verschillende zorgprofessionals fysiek op dezelfde plaats werken – wordt genoemd als een faciliterende factor: het maakt snelle uitwisselingen, directe follow-up en een snellere reactie in noodsituaties mogelijk.

Dit is echter niet altijd mogelijk door ruimtegebrek. Zoals een arts in de provincie Luxemburg zei: "We hebben dan ook grotere wachtkamers nodig, want verpleegkundigen zijn sneller klaar dan wij". Daarnaast wordt het belang van gedeelde elektronische medische dossiers unaniem benadrukt. Sommigen pleiten zelfs voor de invoering van één softwarepakket voor alle eerstelijnszorgverleners.

Tot slot benadrukten de deelnemers de behoefte aan passende opleiding voor niet-medisch personeel, evenals een duidelijk wettelijk kader waarin de verantwoordelijkheden zijn vastgelegd. "We hebben verpleegkundigen nodig die specifiek zijn opgeleid voor de eerste lijn", zei een arts in Brussel.

– een Brusselse huisarts

De studie toont aan dat er meerdere visies bestaan op de ideale huisartsenpraktijk. De ondervraagde huisartsen wijzen verandering niet af, maar willen wel dat hun autonomie, hun professionele identiteit en de lokale realiteit worden gerespecteerd.

Voldoet de New Deal aan deze verwachtingen? Het is nog te vroeg om dat te zeggen. Op 1 april 2024 waren 48 praktijken met 158 huisartsen daadwerkelijk gestart met dit nieuwe model. De New Deal wordt geëvalueerd tot 1 april 2027, onder coördinatie van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). Deze lopende evaluatie zal toelaten om het model indien nodig bij te sturen, met als doel het structureel te verankeren in de verplichte zorgverzekering.

>> Jamart H. et al., General practitioners' perceptions of interprofessional collaboration in Belgium: a qualitative study, BMC Primary Care, 2025 ; 26: 84. DOI: 10.1186/s12875-025-02783-4

RYBELSUS®

semaglutide tablets

-14%

**Rybelsus® heeft een
significante vermindering
van 14% aangetoond
van het risico op MACE***

bij volwassenen met diabetes
type 2 in de SOUL-studie, bovenop
de standaardbehandeling¹

De doeltreffendheid van een GLP-1 RA in één tablet per dag!²,³**

Rybelsus® 3 mg tabletten, Rybelsus® 7 mg tabletten, Rybelsus® 14 mg tabletten. Samenstelling: Elke tablet bevat 3 mg, 7 mg of 14 mg semaglutide (humane glucagon-achtig peptide-1 (GLP-1)-analoog, geproduceerd met behulp van recombinant-DNA-techniek in Saccharomyces cerevisiae-cellen). Hulpstof met bekend effect: Elke tablet, ongeacht de concentratie semaglutide, bevat 23 mg natrium. **Farmaceutische vorm:** Tablet. Witte tot lichtgele, ovale tablet (7,5 mm x 13,5 mm) met de inscriptie '3' (Rybelsus 3 mg), '7' (Rybelsus 7 mg) of '14' (Rybelsus 14 mg) aan de ene zijde en 'novo' aan de andere zijde. **Indicaties:** Rybelsus is geïndiceerd voor de behandeling van volwassenen met onvoldoende gereguleerde diabetes mellitus type 2 om glykemische controle te verbeteren als toevoeging aan dieet en lichaamsbeweging • als monotherapie wanneer metformine ongeschikt wordt geacht als gevolg van intolerantie of contra-indicaties • in combinatie met andere geneesmiddelen voor de behandeling van diabetes. Voor onderzoeksresultaten met betrekking tot combinaties, werkzaamheid op glykemische controle en cardiovasculaire events, en de onderzochte populaties, zie rubriek 4.4, 4.5 en 5.1 van de SPK. **Dosering en wijze van toediening:** Dosering: De startdosis semaglutide is 3 mg eenmaal daags gedurende één maand. Na één maand moet de dosis worden verhoogd naar een onderhoudsdosis van 7 mg eenmaal daags. Na ten minste één maand met de huidige dosis kan, indien nodig, worden verhoogd naar de volgende hogere dosis. De aanbevolen eenmaldaagse onderhoudsdoses zijn 7 mg, 14 mg, 25 mg en 50 mg. De maximale aanbevolen eenmaldaagse dosis semaglutide is 50 mg. Rybelsus moet altijd gebruikt worden als één tablet per dag. Er moet niet meer dan één tablet per dag worden ingenomen om het effect van een hogere dosis te bereiken. Wisselen van subcutaan naar oraal semaglutide: Het effect van wisselen tussen oraal en subcutaan semaglutide kan niet gemakkelijk worden voorspeld omdat oraal semaglutide een grotere farmacokinetische variabiliteit in absorptie vertoont vergeleken met subcutaan semaglutide. Patiënten die worden behandeld met subcutaan semaglutide 0,5 mg eenmaal per week kunnen worden overgezet op oraal semaglutide 7 mg of 14 mg eenmaal daags. Patiënten die worden behandeld met subcutaan semaglutide 1 mg eenmaal per week kunnen worden overgezet op oraal semaglutide 14 mg of 25 mg eenmaal daags. Patiënten die worden behandeld met subcutaan semaglutide 2 mg eenmaal per week kunnen worden overgezet op oraal semaglutide 25 mg of 50 mg eenmaal daags. Patiënten kunnen een week na hun laatste subcutane semaglutide met oraal semaglutide (Rybelsus) starten. Wanneer semaglutide wordt gebruikt in combinatie met metformine en/of een natrium-glucosecotransporter 2-remmer (sodium-glucose co-transporter-2 inhibitor, SGLT2) of thiazolidinedion, kan de huidige dosis metformine en/of SGLT2 of thiazolidinedion worden voortgezet. Als semaglutide wordt gebruikt in combinatie met een sulfonyleureumderivaat of met insuline, kan een verlaging van de dosis sulfonyleureumderivaat of insuline worden overwogen om het risico op hypoglykemie te verlagen. Zelfcontrole van bloedglucosewaarden is niet nodig om de dosering van semaglutide aan te passen. Zelfcontrole van de bloedglucosewaarden is noodzakelijk om de dosis sulfonyleureumderivaat en insuline aan te passen, in het bijzonder wanneer semaglutide wordt gestart en insuline wordt verlaagd. Een stapsgewijze aanpak wordt aanbevolen bij het verlagen van de dosis insuline. **Gemiste doses:** Indien een dosis wordt vergeten, moet de gemiste dosis worden overslagen. De daaropvolgende dosis moet de volgende dag worden ingenomen. **Ouderen:** Er is geen dosisaanpassing nodig op basis van leeftijd. Er is beperkte therapeutische ervaring bij patiënten > 75 jaar. **Nierinsufficiëntie:** Er is geen dosisaanpassing vereist bij patiënten met milde, matige ernstige nierinsufficiëntie. Er is beperkte ervaring met het gebruik van semaglutide bij patiënten met ernstige nierinsufficiëntie. Semaglutide wordt niet aanbevolen bij patiënten met nierfalen (end-stage renal disease). **Leverinsufficiëntie:** Er is geen dosisaanpassing vereist bij patiënten met leverinsufficiëntie. Er is beperkte ervaring met het gebruik van semaglutide bij patiënten met ernstige leverinsufficiëntie. Voorzichtigheid is geboden bij de behandeling van deze patiënten met semaglutide. **Pediatrie patiënten:** De veiligheid en werkzaamheid van Rybelsus bij kinderen en jongeren tot 18 jaar zijn niet vastgesteld. Er zijn geen gegevens beschikbaar. **Wijze van toediening:** Rybelsus is een tablet voor eenmaal daags oraal gebruik. – Dit geneesmiddel moet op een lege maag worden ingenomen, aanbevolen wordt na een nachterustperiode van minimaal 8 uur. – Het moet in zijn geheel worden doorslokt met een slok water (maximaal een half glas water, overeenkomend met 120 ml). Tabletten mogen niet worden gebroken, geplet of gekauwd, aangezien niet bekend is of dit de absorptie van semaglutide beïnvloedt. – Patiënten moeten na innamen minimaal 30 minuten wachten voordat ze iets eten, drinken of andere orale geneesmiddelen gebruiken. Minder dan 30 minuten wachten vermindert de absorptie van semaglutide. **Contra-indicaties:** Overgevoeligheid voor de werkzame stof of voor een van de hulpstoffen. **Bijwerkingen:** Samenvatting van het veiligheidsprofiel: In 10 fase 3a-studies werden 5.707 patiënten blootgesteld aan alleen semaglutide of semaglutide in combinatie met andere glucoseverlagende geneesmiddelen. De duur van de behandeling varieerde van 26 weken tot 78 weken. De meest frequent gemelde bijwerkingen tijdens klinisch onderzoek waren aandoeningen van het maag-darmstelsel, waaronder misselijkheid (zeer vaak), diarree (zeer vaak) en braken (vaak). **Lijst van bijwerkingen:** In de lijst staan de bijwerkingen van oraal semaglutide die zijn gemeld tijdens fase 3-studies en meldingen na het in de handel brengen bij patiënten met diabetes mellitus type 2. De frequenties van de bijwerkingen (behalve diabetische retinopathie complicaties en dyssthesie) zijn gebaseerd op de gepoolde fase 3a-studies, met uitzondering van de cardiovasculaire uitkomststudie. **Zeer vaak:** Hypoglykemie indien gebruikt met insuline of sulfonyleureumderivaat [gedefinieerd als bloedglucose < 3,0 mmol/l of < 54 mg/dl], misselijkheid, diarree. **Vaak:** Hypoglykemie indien gebruikt met andere orale antidiabetica [gedefinieerd als bloedglucose < 3,0 mmol/l of < 54 mg/dl], verminderde eetlust, duizeligheid, dyssthesie (de frequentie is gebaseerd op de PIONEER PLUS-studieresultaten voor 25 mg en 50 mg), complicaties van diabetische retinopathie [een combinatie van retina fotocoagulatie, behandeling met intravitreal middelen, glasvluchtbloeding en diabetes-gerelateerde blindheid (som)]. De frequentie is gebaseerd op de cardiovasculaire uitkomststudie met subcutaan semaglutide, maar het kan niet worden uitgesloten dat het gecombineerde risico op complicaties van diabetische retinopathie ook voor Rybelsus geldt), braken, buikpijn, abdominale distensie, obstipatie, dyspepsie, gastritis, gastro-oesofageale refluxziekte, flatulentie, vermoeidheid, verhoogde lipase, verhoogde amylase. **Soms:** Hypersensitiviteit [groepsterm voor bijwerkingen gerelateerd aan hypersensitiviteit, zoals rash en urticaria], dysgueusie, verhoogde hartslag, oprisping, vertraagde maaglediging, cholelithiasis, gewicht verlaagd. **Zelden:** Anafylactische reactie, acute pancreatitis. **Niet bekend:** Ingewanden-obstructie [uit meldingen na het in de handel brengen, groepsterm voor voorkeurstermen (Preferred Terms, PT's) 'ingewandenobstructie', 'ileus', 'dunne darmobstructie']. **Beschrijving van geselecteerde bijwerkingen:** **Hypoglykemie:** Ernstige hypoglykemie werd voornamelijk waargenomen als semaglutide werd gebruikt met een sulfonyleureumderivaat (< 0,1% van de patiënten, < 0,001 voorval(en)/patiëntjaar) of insuline (1,1% van de patiënten, 0,013 voorval(en)/patiëntjaar). Er werden weinig episoden (0,1% van de patiënten, 0,001 voorval(en)/patiëntjaar) waargenomen bij semaglutide in combinatie met orale bloedglucoseverlagende geneesmiddelen anders dan sulfonyleureumderivaten. **Gastro-intestinale bijwerkingen:** Bij patiënten behandeld met semaglutide trad misselijkheid op bij 15%, diarree bij 10% en braken bij 7%. De meeste bijwerkingen waren mild tot matig van aard en van korte duur. De bijwerkingen leidden bij 4% van de patiënten tot staken van de behandeling. De bijwerkingen werden het vaakst gemeld tijdens de eerste maanden van behandeling. In PIONEER PLUS trad bij behandeling met semaglutide 25 mg en 50 mg respectievelijk misselijkheid op bij 27% en 27%, diarree bij 13% en 14%, en braken bij 17% en 18% van de patiënten. De bijwerkingen leidden bij respectievelijk 6% en 8% van de patiënten tot staken van de behandeling. De meeste bijwerkingen waren mild tot matig van aard en van korte duur. De bijwerkingen werden het vaakst gemeld tijdens dosisescalatie in de eerste maanden van de behandeling. Door een onafhankelijke commissie bevestigde acute pancreatitis werd gemeld in fase 3a studies met semaglutide (< 0,1%) en comparator (0,2%). In de cardiovasculaire uitkomststudie was de frequentie van door een onafhankelijke commissie bevestigde acute pancreatitis 0,1% voor semaglutide en 0,2% voor placebo. **Complicaties van diabetische retinopathie:** Een 2 jaar durende klinische studie met subcutaan semaglutide onderzocht 3.297 patiënten met diabetes type 2, met een hoog cardiovasculair risico, lange duur van de diabetes en onvoldoende gecontroleerde bloedglucose. In deze studie kwamen gevallen van door een onafhankelijke commissie bevestigde complicaties van diabetische retinopathie vaker voor bij patiënten behandeld met subcutaan semaglutide (3,0%) in vergelijking met placebo (1,8%). Dit werd waargenomen bij met insuline behandelde patiënten met bekende diabetische retinopathie. Het behandelverschil werd reeds in een vroeg stadium duidelijk en hield gedurende de studie aan. Systematische beoordeling van complicaties van diabetische retinopathie werd alleen uitgevoerd in de cardiovasculaire uitkomststudie met subcutaan semaglutide. In klinische studies met Rybelsus met een duur tot maximaal 18 maanden waarbij 6.352 patiënten met diabetes type 2 betrokken waren, werden bijwerkingen met betrekking tot diabetische retinopathie gemeld bij ongeveer een even groot deel van de patiënten behandeld met semaglutide (4,2%) als met comparators (3,8%). **Immunogeniciteit:** In overeenstemming met de mogelijke immunogene eigenschappen van geneesmiddelen die eiwitten of peptiden bevatten, kunnen patiënten na behandeling met semaglutide antilichamen ontwikkelen. Het aandeel van patiënten dat positief testte op antilichamen tegen semaglutide op een willekeurige tijdstip na baseline was laag (0,5%) en geen enkele patiënt had aan het einde van de studie neutraliserende antilichamen tegen semaglutide of antilichamen tegen semaglutide met een neutraliserend effect op endogeen GLP-1. **Verhoging van de hartslag:** Verhoogde hartslag was waargenomen bij GLP-1-receptoragonisten. In de fase 3a-studies zijn gemiddelde veranderingen van 0 tot 4 slagen per minuut (bpm) ten opzichte van een uitgangswaarde van 69 tot 76 bpm waargenomen bij patiënten behandeld met Rybelsus. **Dyssthesie:** Bijwerkingen gerelateerd aan een veranderd huidgevoel zoals paresthese, huidpijn, gevoelige huid, dyssthesie en een branderig gevoel van de huid werden gemeld bij respectievelijk 2,1% en 5,2% van de patiënten behandeld met oraal semaglutide 25 mg en 50 mg. De bijwerkingen waren mild tot matig van aard en de meeste patiënten herstelden terwijl ze de behandeling voortzetten. **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. Berooepsopleeraren in de gezondheidszorg wordt verzocht alle vermoedelijke bijwerkingen te melden via het Federaal agentschap voor geneesmiddelen en gezondheidsproducten: www.eenbijwerkingmelden.be. **Afleveringswijze:** Medisch voorschrift. **Houder van de Vergunning voor het in de Handel Brengen (VHB):** Novo Nordisk A/S, Bagsvaerd, Denemarken. **Nummers van de VHB:** Rybelsus 3 mg: EU/1/20/1430/002 (30 tabletten), Rybelsus 7 mg: EU/1/20/1430/0

Postgraduaat gezondheidsrecht: IT en gegevensbescherming

AHLEC De zevende en laatste module van het postgraduaat in het gezondheidsrecht en de gezondheidsethiek van de Leerstoel AHLEC (Antwerp Health Law and Ethics Chair) behandelt juridische onderwerpen die te maken hebben met informatietechnologie en gegevensbescherming.

Voor moduleverantwoordelijke Nils Broeckx, gastprofessor aan de UAntwerpen, is de goedkeuring van de 'Verordening betreffende de Europese ruimte voor gezondheidsgegevens' (kortweg EHDS) de belangrijkste nieuwigheid sinds de vorige editie. De impact ervan zal voor de gezondheidszorgsector even groot zijn als die van de GDPR, zegt hij.

"De GDPR heeft gegevensbeschermingsregels in heel Europa willen uniformiseren – maar voor gezondheidsgegevens hielden de lidstaten nog vast aan hun eigen regeltjes. Toen kwam covid. Sommige mensen zaten vast in het buitenland. Als ze daar naar een arts moesten, bleek die geen toegang te hebben tot het patiëntendossier in hun thuisland. Onderzoek werd dan weer belemmerd doordat gezondheidsgegevens verspreid zaten in ziekenhuizen en andere instellingen. Dat was de aanleiding om een European Health Data Space (EHDS) te creëren."

Primair en secundair gebruik

De EHDS wil het delen van gezondheidsgegevens vergemakkelijken door gemeenschappelijke governancestructuren, gemeenschappelijke regels en een aantal verplichtingen. De verordening bevat twee grote luiken, legt Broeckx uit.

"Enerzijds is er 'primair gebruik', in de gezondheidszorg zelf. Belangrijk hierbij is dat het patiëntendossier in een 'European Electronic Health Record Exchange Format' (EEHRxFormat) bijgehouden moet worden, een uitwisselbaar digitaal formaat. Er zijn nog heel wat technische horden te nemen voor het zover is, maar het uitgangspunt is dat

een patiëntendossier overal toegankelijk moet zijn, of je nu zelf in het buitenland een arts bezoekt, of er iemand uit een andere EU-lidstaat in een Belgisch ziekenhuis of artsenpraktijk terecht komt."

'Transparantie, en uitleggen waarom datadeling belangrijk is, zal nodig zijn om een golf van opt-outs te vermijden'

Onder 'secundair gebruik' valt het gebruik van gezondheidsgegevens voor beleidsonderzoek door de overheid, academisch onderzoek en onderzoek door bedrijven die geneesmiddelen of medische hulpmiddelen ontwikkelen. "Hier zoekt men een balans tussen het hergebruik van gegevens en gegevensbescherming", legt Broeckx uit. "Als data user zal je een aanvraag moeten indienen waarin je aangeeft waar je de data wilt halen en wat je doel is. Je mag de data bovendien enkel in een 'Secure Processing Environment' (SPE) verwerken. Enkel anonieme onderzoeksresultaten zullen die SPE mogen verlaten. Wat ik een heel interessante toevoeging vind, is de vereiste dat je de resultaten altijd moet publiceren. Veel van die databanken zijn door publieke middelen gefinancierd. Dus als je data daaruit gaat gebruiken, moet je de resultaten openbaar maken, en eventuele negatieve resultaten mogen niet weggemoffeld worden."

Gevaar van opt-outs

De Verordening voorziet een recht tot opt-out voor de patiënt. Daar ligt een addertje onder het gras, waarschuwt Broeckx. "Uit een studie van de Koning



Boudewijnstichting bleek dat mensen geen problemen hebben om gezondheidsgegevens te delen met universiteiten of bepaalde overheidsinstanties. Maar die bereidheid daalt significant wanneer het gaat over commerciële partijen. Ik denk dat het in niemands belang is dat mensen massaal die opt-out gaan kiezen, want dat kan problemen geven voor de representativiteit van je data. Transparantie, en uitleggen waarom datadeling belangrijk is, zal dus nodig zijn om een golf van opt-outs te vermijden."

Te voorzichtig met AI?

Een ander actueel onderwerp is de opkomst van AI in de gezondheidszorg. Daarover is in Europa heel wat ongerustheid, zegt Broeckx. "De European Data Protection Board heeft recent een verklaring gepubliceerd over het gebruik van gezondheidsgegevens om

AI-modellen te trainen. Men waarschuwt dat het misschien toch mogelijk zou kunnen zijn om te achterhalen over welke patiënt het gaat op basis van het getrainde model."

Het gebruik van AI wordt in de EU al op verschillende manieren geregeld, zegt Broeckx. "Er is de Europese AI-verordening, die AI opdeelt in verschillende risicocategorieën. Als AI gebruikt wordt voor medische doeleinden, valt het onder 'high-risk AI', waarvoor heel wat regels gelden. De richtlijn productaansprakelijkheid is aangepast, waardoor ze ook voor software van toepassing is. En in sommige gevallen kan AI ook onder de Verordening medische hulpmiddelen vallen."

"Eerlijk gezegd: het verbaast me niet dat men in de VS stelt dat Europa het gebruik van AI aan het overreguleren is", besluit Broeckx.

Erik Derycke

Postgraduaat gezondheidsrecht & -ethiek

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

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

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

new icons are rising

big launch event – 8 May 2025



subscribe here



het Kortrijk
van morgen



Mentale gezondheid verbeteren bij artsen in opleiding

POWERED BY 
PRIJS VAN DE JONGE
HUISARTS

afgelopen jaren sterk toegenomen, wat te zien is aan de diverse interventies die ontwikkeld zijn om burn-out te verminderen en het mentaal welzijn te ondersteunen. Huisarts dr. Annelore Van Heghe onderzocht welke soorten interventies effectief zijn in het verminderen van burn-out bij artsen in opleiding en studenten geneeskunde.

Het onderzoeksthema kwam toevalligerwijs bij Van Heghe op haar pad. “Het thema mentale gezondheid is belangrijk en de laatste jaren alleen maar relevanter geworden. Online stuitte ik toevallig op het project *Gezonde en Bevlogen Artsen* van doctoraatskandidaat Anke Boone, van wie het onderzoek me gelijk aansprak en waar ik bij kon aansluiten.”

Voor het onderzoek voerde Van Heghe een uitgebreide systematische literatuurstudie uit. Ze analyseerde in totaal zeventig wetenschappelijke interventiestudies, gericht op het voorkomen of verminderen van burn-outklachten. Tien daarvan waren gericht op klachten bij studenten geneeskunde en zestig op artsen in opleiding.

Individuele interventies

“Zowel bij studenten geneeskunde als bij artsen in opleiding bleken individuele interventies vaakst onderzocht, zoals stressmanagementtrainingen, persoonlijke coaching of mindfulness-training. Bij studenten toonden zes op de tien onderzochte interventiestudies een significante vermindering van burn-out, terwijl bij artsen in opleiding het succespercentage lager lag. Daar rapporteerden slechts 23 van de 60 studies een significant positief effect op burn-out”, stelt Van Heghe.

PRIJS Burn-out en andere stressgerelateerde aandoeningen vormen een grote uitdaging voor artsen en medisch professionals. De wetenschappelijke belangstelling hiervoor is de

Een belangrijke bevinding volgens de huisarts, is dat in de opleiding geïntegreerde interventies beter werken bij studenten, terwijl bij artsen juist vrijwillige interventies beter aanslaan. Dat zou te maken kunnen hebben met tijdsdruk: studenten onder hoge prestatiedruk schuiven vrijwillige sessies sneller opzij, terwijl artsen in opleiding overbelasting ervaren als hen iets verplicht wordt opgelegd. Dit hangt samen met de hoge werklast, waardoor artsen de voorkeur geven aan vrijwillige interventies buiten diensturen, beargumenteert Van Heghe. Verrassend genoeg bleken bij beide onderzoeksgroepen gecombineerde interventies (gericht op zowel individuen als groepen), hoewel vaak aanbevolen in de literatuur, relatief weinig succesvol.

Eenmalige infosessie

Het belang van interventies wordt door Van Heghe onderstreept. “Ik zie burn-out veelvuldig in de praktijk langskomen, ook onder studenten. Veel van hen beginnen naïef aan de studie en mentale problemen zijn dan lastig te onderkennen. Als je dergelijke problematiek niet van nabij kent, is het moeilijk om de urgentie ervan in te zien, maar uiteindelijk komt iedereen wel eens op een punt dat burn-out reëel wordt. Daarom is het belangrijk dat opleidingen aandacht besteden aan het herkennen en managen van beginnende



Dr. Annelore Van Heghe: “Ik zie burn-out veelvuldig in de praktijk langskomen, ook onder studenten. Veel van hen beginnen naïef aan de studie en mentale problemen zijn dan lastig te onderkennen.”

klachten, want niet elke student heeft een voldoende ondersteunende omgeving. De prestatiedruk is hoog, en het is belangrijk om ruimte te creëren voor gesprek en reflectie.”

Van Heghe zegt dat opleidingen meer zouden moeten doen dan enkel het aanbieden van infosessies: “Er moet ruimte zijn om over mentale gezondheid te praten. Niet elke student heeft een sterk sociaal vangnet. De opleiding speelt daarin een belangrijke rol gezien men daar best de uitdagingen kent waar studenten voor staan. Aanvullend kwantitatief onderzoek is nodig om verder te analyseren welke interventies belangrijk zijn voor een doeltreffende aanpak.”

Daarnaast benadrukt Van Heghe dat het voor artsen in opleiding belangrijk is om hen een degelijk en vrijblijvend

ondersteunend interventiesysteem aan te bieden, buiten de normale werktijden. “Ook bij professionals is het belangrijk om tijdig burn-outs signalen te herkennen, vóór het tot demotivatie of afhaken leidt. Als bij iemand het vuur dooft, verliest de samenleving misschien wel een goede arts en dat is jammer. Mentale flexibiliteit van artsen is daarom belangrijk om in te investeren, zodat ze op de lange termijn tevreden kunnen blijven werken.”

Geen artsenfamilie

“Hoewel ik graag concreet iets voor mensen beteken, was geneeskunde toch niet mijn eerste ingeving. Ik kom niet uit een typische artsenfamilie, maar uit een gezin van leerkrachten. Ik wilde aanvankelijk verpleegkunde gaan studeren, maar mijn ouders moedigden me

aan om toch het toelatingsexamen voor geneeskunde af te leggen. En dat lukte”, vertelt de huisarts.

“Gezondheidsproblemen kunnen mensen angstig maken, waardoor ze zich kwetsbaar en onzeker voelen. Als huisarts ben je het eerste aanspreekpunt. Je kunt hen geruststellen, vragen beantwoorden, eventueel doorverwijzen en ondersteunen op moeilijke

momenten. Dat vind ik een bijzonder waardevol onderdeel van mijn vak”, besluit Van Heghe.

Floris Cup

>> Mentale gezondheid verbeteren bij geneeskundestudenten en artsen in opleiding: een systematisch literatuuronderzoek over het effect van interventies op burn-out. Annelore Van Heghe. Promotor: Lode Godderis

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 ‘Prijs 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/PJH2025. De ‘Prijs 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.



Masterproef in het kort

Deze masterproef maakt door middel van een systematisch literatuuronderzoek een synthese van tien interventies bij studenten geneeskunde en zestig interventies bij artsen in opleiding ter vermindering van burn-out.

Waarom is de masterproef belangrijk?

Mentale gezondheid bij zorgverleners krijgt de laatste jaren toenemende aandacht. Vanuit de opleiding en supervisie is er meestal veel goodwill om inspanningen te leveren voor het mentale welzijn van de toekomstige artsen, maar vaak weet men niet goed hoe. Deze masterthesis probeert hierbij een leidraad te schetsen op basis van eerder onderzochte interventies.

Wat is er nieuw aan het werk?

In de review wordt gekeken naar het type van interventies en de manier van implementeren. Bij studenten bleken

verplichte interventies, ingebed in het curriculum, vaker succesvol. Bij artsen in opleiding is er dan weer meer burn-outreductie bij interventies waaraan men op vrijwillige basis kon participeren, en die ook buiten de werkuren vielen.

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

Het onderzoek helpt richting geven aan allen die met studenten of artsen in opleiding werken en waar de vraag rond mentaal welzijn zich stelt. Het onderzoek kan een inspiratie zijn omdat het uitgevoerde interventies inventariseert en rode draden trekt in zaken die wel of niet succesvol bleken. Dit is relevant voor alle artsen, want we hebben allen baat bij collega's die hun job met passie en enthousiasme uitvoeren.

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 21/22 Mobilityl Max • NUTPL 21/84 ©Trenker 2025-04

Stem mee voor de Prijs van de Jonge Huisarts

POWERED BY 
PRIJS VAN DE JONGE
HUISARTS


Rode Kruis
Vlaanderen

helpt
helpen

PRIJS Wie wint dit jaar de Prijs van de Jonge Huisarts? Uw stem kan het mee bepalen. Hieronder geven we een overzichtje van de vijf deelnemende masterproeven. Stemmen kan via artsenkrant.com/PJH2025 van 29 april tot 20 mei.

EMD niet optimaal bij opvolging chronische en niet-somatische zorg

Het EMD is een onmisbare tool geworden voor de huisarts in de dagelijkse praktijk en staat in functie van kwaliteitsvolle zorg. Toch is er nog veel ruimte tot verbetering van de huidige software om tot een gebruiksvriendelijk instrument te komen, afgestemd op de noden en de huidige praktijkvormen. De masterproef omvat een kwalitatief onderzoek waarin aan de hand van interviews met huisartsen onderzocht werd hoe het huidige SOEP-registratiemodel in het EMD aangepast zou kunnen worden in functie van chronische en niet-somatische zorg op een interoperabele manier. Softwareontwikkelaars kunnen de bevindingen aanwenden om hun tools te optimaliseren op een wetenschappelijk onderbouwde wijze.



Dr. Janne Konings, dr. Marilou Vandepitte en dr. Marie Louagie

Belgische antibioticacijfers hoger dan Europese kwaliteitsnormen

Deze masterproef biedt een helder overzicht van de evoluties in het voorschrijfgedrag van antibiotica voor kinderen door huisartsen. Het antibioticavoorschrijfpercentage voor kinderen in de Vlaamse huisartsenpraktijk is van 2002 tot 2022 sterk gedaald, maar blijft te hoog voor bronchitis/bronchiolitis en acute otitis media. De link tussen antibioticavoorschriften en het optreden van ernstige of niet-ernstige infecties bij Vlaamse kinderen werd tot nu toe nog niet onderzocht. Dr. Lien Lowie analyseerde data van Vlaamse huisartsenpraktijken en heeft daarnaast de invloed van covid-19 en het aanvragen van labo- en CRP-testen bestudeerd. Het in kaart brengen van voorschrijfgedrag helpt om knelpunten te identificeren en aan te pakken (bv. met een beslissingsondersteunend systeem).



Dr. Lien Lowie

DUODECIM-richtlijn aangepast aan noden Belgische huisartsen

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 dr. Ilse Van Genechten en dr. Kato Van Look dit risico verkleinen en mogelijke onplezierige ervaringen voor kinderen en ouders voorkomen. Concreet hebben de onderzoekers de Finse DUODECIM-richtlijn geactualiseerd en aangepast aan de Belgische zorgcontext om zo tot evidence-based aanbevelingen te komen voor de huisartsenpraktijk. De masterproef bevat 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.



Dr. Ilse Van Genechten en dr. Kato Van Look

Interesse voor huisartsgeneeskunde onder studenten onderzocht

Het huisartsberoep in Vlaanderen staat onder druk. 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. Deze masterproef bestudeert door middel van vragenlijsten en focusgroepgesprekken het keuzeproces voor huisartsgeneeskunde bij Vlaamse geneeskundestudenten. 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.



Dr. Kathlyn Moehlig, dr. Astrid De Lamper, dr. Emilie Dierckx en dr. Lotte Vandeputte

Mentale gezondheid verbeteren bij artsen in opleiding

Vanuit de opleiding en supervisie is er meestal veel goodwill om inspanningen te leveren voor het mentale welzijn van de toekomstige artsen, maar vaak weet men niet goed hoe. Deze masterproef kan een inspiratie zijn omdat het uitgevoerde interventies inventariseert en rode draden trekt in zaken die wel of niet succesvol bleken. Bij studenten bleken verplichte interventies, ingebed in het curriculum, vaker succesvol. Bij artsen in opleiding is er dan weer meer burn-outreductie bij interventies waaraan men op vrijwillige basis kon participeren, en die ook buiten de werkuren vielen. Dit onderzoek is relevant voor alle artsen, want we hebben allen baat bij collega's die hun job met passie en enthousiasme uitvoeren.



Dr. Annelore Van Heghe

Bijna 20.000 abortussen in 2023

COMMISSIE In 2023 werden in België 19.686 abortussen uitgevoerd. Dat zijn er 112 meer dan het jaar voordien. De jongste vrouw die een abortus liet uitvoeren was 12 jaar, de oudste 50 jaar. Dat blijkt uit cijfers die de Nationale Zwangerschapsonderbreking zopas publiceerde.

In 2023 werden in België 19.686 geregistreerde abortussen uitgevoerd. Dat is het hoogste aantal ooit in ons land. Nadat de cijfers een dip kenden tijdens de coronajaren 2020 (16.585) en 2021 (16.702) waren ze in 2022 gestegen tot 18.574 om vorig jaar te pieken op 19.686. Bovenop de abortussen in België kwamen er in 2023 nog 417 zwangerschapsonderbrekingen bij uitgevoerd bij Belgische vrouwen in Nederland. In 2022 waren er dat 452.

De leeftijdsgroep van 25 tot 34 jaar is goed voor bijna de helft van de abortussen (47,9%). De gemiddelde leeftijd bij een abortus is 28,97 jaar. In de leeftijdscategorie van 12 tot 14 jaar werd 43 keer een zwangerschap onderbroken. Het jongste meisje waarbij dat gebeurde was 12 jaar oud. Abortus bij 40-plussers komt eerder zelden voor (6,8%) met één vrouw van 50 jaar als oudste.

Wie wat dieper in het rapport duikt, vindt soms opmerkelijke cijfers terug. Omdat sinds 2018 transgenders officieel hun geslacht en voornaam kunnen veranderen zonder aan bepaalde medische voorwaarden te voldoen, kunnen abortussen worden uitgevoerd bij mensen die administratief gezien man zijn. In 2023 werd bij twaalf personen die administratief man zijn een abortus uitgevoerd, in 2022 waren er dat drie. In 2023 werd twee keer een abortus uitgevoerd bij vrouwen die reeds 14 kinderen hadden. Bijna de helft van de abortussen gebeurt bij vrouwen die nog geen kinderen hebben (46,9%). Per 100 vrouwen in de vruchtbare leeftijd wordt het vaakst abortus gepleegd in Henegouwen (12,16) en het minst vaak in Vlaams-Brabant (7,01).

F.C.

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 popalities.** 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. **Hoe wordt Zoely ingenomen.** De tabletten dienen elke dag rond dezelfde tijd te worden ingenomen. Dit kan met of zonder voedsel, dus onafhankelijk van de maaltijd. Tabletten moeten zo nodig met wat vloeistof worden ingenomen en in de volgorde die op de blisterverpakking staat aangegeven. Stickers waarop de dagen van de week zijn aangegeven worden meegeleverd. De vrouw moet de sticker die begint met de dag waarop zij start met de tabletinname op de blisterverpakking plakken. **Hoe beginnen met Zoely.** Geen voorafgaand gebruik van hormonale anticonceptiva (in de afgelopen maand). Inname van de tabletten moet worden gestart op dag 1 van de menstruatiecyclus van de vrouw (d.w.z. de eerste dag van haar menstruatie). Wanneer dit wordt gedaan, zijn geen extra anticonceptie maatregelen noodzakelijk. **Oversteking 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 placeboperiode van het voorgaande combinatie-OAC. Als de vrouw een vaginale ring of transdermale pleister heeft gebruikt, moet zij bij voorkeur starten met Zoely op de dag van verwijdering, maar uiterlijk op de dag dat u de volgende ring of pleister zou plaatsen. **Oversteking 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 anticonceptie maatregelen noodzakelijk. **Na een bevalling of na een abortus in het tweede trimester.** De vrouw moet worden geadviseerd om 21 tot 28 dagen na de bevalling of abortus in het tweede trimester te starten met de tabletinname. Start zij later, dan moet de vrouw worden geadviseerd om daarnaast nog een barrièremethode toe te passen totdat zij 7 dagen zonder onderbreking een witte werkzame

absorptie van de werkzame bestanddelen onvolledig zijn en dienen extra anticonceptie maatregelen getroffen te worden. Als de vrouw binnen 3 tot 4 uur na inname van een witte tablet bruist, 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 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 ischaemisch attack [TIA]).** **Bekende erfelijke of verworven predispositie voor arteriële trombo-embolie,** zoals hyperhomocytëmie, antitrombotische antilichamen (antithrombotische antilichamen, lupus anticoagulans). **Voorgeschiedenis van migraine met focale neurologische symptomen.** **Een hoog risico op arteriële trombo-embolie door meerdere risicofactoren (of door de aanwezigheid van een ernstige risicofactor zoals: diabetes mellitus met vasculaire symptomen; ernstige hypertensie; ernstige dislipoproteïnemie.** **Bestaande of eerder doorgemaakte pancreatitis, indien geassocieerd met ernstige hypertriglyceridemie.** **Bestaande of eerder doorgemaakte ernstige leveraandoening, zolang de leverfunctiewaarden niet genormaliseerd zijn.** **Bestaande levertuimoren of een voorgeschiedenis hiervan (goed- of kwaadaardig).** **Bekende of vermoede geslachtshormoonafhankelijke maligne aandoeningen (bijv. van de geslachtorganen of de borsten).** **Meningeom of voorgeschiedenis van meningeom.** **Niet-geïndiceerde vaginale bloeding.** **Overgevoelheid voor de werkzame stoffen of voor een van de hulpstoffen.** **Bijwerkingen.** **Samenvatting van het veiligheidsprofiel.** De veiligheid van Zoely is beoordeeld op basis van zes multicentrische klinische onderzoeken met een duur van maximaal één jaar. In totaal namen 3434 vrouwen in de leeftijd van 18-50 jaar deel en werden 33.828 cycli doorlopen. De vaakst gemelde bijwerkingen in deze klinische onderzoeken waren acne (15,4%) en 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. **Tabel met bijwerkingen.** In de onderstaande tabel staan mogelijk gerelateerde voorvallen, is waargenomen in klinisch onderzoek of tijdens postmarketing gebruik zijn gerapporteerd met Zoely. De bijwerkingen zijn vermeld volgens het MedDRA-systeem/orgaanklasse en zijn als volgt naar frequentie gerangschikt: zeer vaak ($\geq 1/10$), vaak ($\geq 1/100$ tot $< 1/10$), soms ($\geq 1/1000$ tot $< 1/100$) en zelden ($\geq 1/10.000$ tot $< 1/1000$). Lijst met bijwerkingen. Voedings- en stofwisselingsstoornissen: Soms:

	PP	>25 jaar*	<25 jaar*
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



NATURALLY MATCHED WITH HER



24u bescherming bij vergeten pil¹



Goede cycluscontrole²



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



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

Aanbevolen door RIZIV INAMI als COC in de peri-menopauze³



tablet heeft ingenomen. Als de vrouw echter al geslachtsgemeenschap heeft gehad, moet zwangerschap worden uitgesloten voordat daadwerkelijk met het gecombineerde orale anticonceptivum begonnen wordt of moet de eerstvolgende menstruatie worden afgewacht. **Wat te doen na het vergeten van tabletten.** Het volgende advies geldt alleen als er **witte werkzame tabletten** vergeten zijn. Als de vrouw een werkzame tablet **minder dan 24 uur** te laat inneemt, is de anticonceptieve bescherming niet verminderd. De vrouw dient de tablet in te nemen zodra zij eraan denkt en de daaropvolgende tabletten op het gebruikelijke tijdstip in te nemen. Als de vrouw een werkzame tablet **24 uur of meer** te laat inneemt, kan de anticonceptieve bescherming verminderd zijn. In geval van vergeten tabletten kunnen de onderstaande twee basisregels als richtlijn dienen: "De witte werkzame tabletten moeten 7 dagen onderbroken 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. Bovendien moet zij een barrièremethode, zoals een condoom, toepassen totdat zij 7 dagen zonder onderbreking een witte tablet heeft ingenomen. Als zij in de voorgaande 7 dagen geslachtsgemeenschap heeft gehad, moet rekening worden gehouden met een mogelijke zwangerschap. **Dag 8-17.** De vrouw moet de laatste vergeten witte tablet innemen zodra zij eraan denkt, zelfs als dit betekent dat zij twee tabletten tegelijkertijd moet innemen. Vervolgens neemt ze de tabletten weer op het gebruikelijke tijdstip in. Mits de vrouw haar tabletten op de correcte manier heeft ingenomen in de 7 dagen voorafgaand aan de eerste vergeten tablet, is het niet nodig om een aanvullende anticonceptiemethode toe te passen. Echter, als zij niet met 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 placeboperiode onbedoeld wordt verlengd. **Advies in geval van gastro-intestinale klachten.** In geval van ernstige gastro-intestinale klachten (bijv. braken of diarree) kan de

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 ischaemisch attack (TIA), aandachtsstoornis. Oogaandoeningen: Zelden: contactinsintolerantie/droog oog. Bloedvataandoeningen: Soms: opvlieger; Zelden: veneuze trombo-embolie (VTE). Maagdarmstelselaandoeningen: Vaak: misselijkheid; Soms: abdominale distensie; Zelden: droge mond. Lever- en galiaandoeningen: Zelden: cholelithiasis, cholecystitis. Huid- en onderhuidaandoeningen: Zeer vaak: acne; Soms: hyperhidrose, alopecia, pruritus, droge huid, seborroe; Zelden: chloasma, hypertrichose. Skeletspierstelsel- en bindweefsel-aandoeningen: Soms: zwaar gevoel. Voortplantingsstelsel- en borstaandoeningen: Zeer vaak: abnormale onttrekkingsbloeding; Vaak: metrorragie, menorrhagie, borstspij, buikpijn onderaan; Soms: hypomenorroe, gezwollen borsten, galactorroe, baarmoederospasme, premenstrueel syndroom, borstgezwel, dyspareunie, vulvovaginale droogheid; Zelden: vaginale geur, vulvovaginale ongemak. Algemene aandoeningen en toedieningsplaatsstoornissen: Soms: prikkelbaarheid, oedem. Zelden: honger. Onderzoek: Vaak: gewicht verhoogd; Soms: leverenzym verhoogd. 1De meest geschikte MedDRA-term om een bepaalde bijwerking te beschrijven staat vermeld. Synoniemen of aanverwante aandoeningen zijn niet vermeld, maar deze dienen wel in aanmerking genomen te worden. Naast bovengenoemde bijwerkingen zijn overgevoelighedsreacties 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 woorden en risico's van het geneesmiddel voortdurend worden gevolgd. Beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg worden 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@faggg.be. Informatie over de rubrieken Bijzondere waarschuwingen en voorzorgen bij gebruik, Interacties, Vruchtbaarheid, zwangerschap en borstvoeding, Beïnvloeding van de rijkvaardigheid 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 NUMMER(S) VAN DE VERGUNNING VOOR HET IN DE HANDEL BRENGEN.** EU/1/11/690/001, EU/1/11/690/002, EU/1/11/690/003, EU/1/11/690/004. **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. Riviz. 4. REED et al PRO-42 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



Multimorbiditeit in opmars

SCIENSANO Volgens de eerste nationale gezondheidsenquête sinds de covid-19-pandemie is de gezondheidssituatie in België gemiddeld stabiel gebleven tussen 2018 en 2023-2024. Het aantal chronische aandoeningen neemt echter fors toe.

De cijfers voor subjectieve gezondheidsbeleving en mondgezondheidsbeleving, chronische ziekten, gezondheidsgerelateerde levenskwaliteit, kwetsbaarheid en functionele beperkingen bij ouderen zijn stabiel gebleven tussen 2018 en 2023-2024. Maar die stabiliteit verbergt een aantal belangrijke verschuivingen, zegt Sciensano.

Zo blijft het aantal mensen met meerdere chronische aandoeningen, de zogenaamde multimorbiditeit, toenemen. Die stijging situeert zich verrassend genoeg niet bij ouderen (65+), maar in de leeftijdsgroepen 25-44 en 45-64 jaar. Dat wil zeggen dat de beroepsbevolking in België een steeds grotere ziektelast draagt.

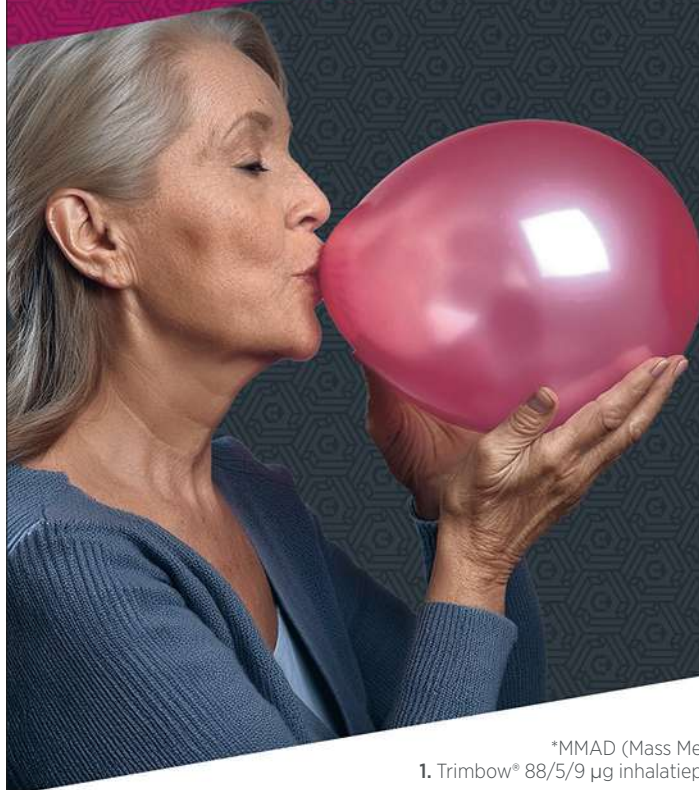
De meest voorkomende chronische aandoeningen zijn allergieën, lage rugpijn en andere ernstige rugklachten, artrose en hoge bloeddruk. Sinds 2001 is het aantal Belgen met een allergie en/of diabetes verdubbeld. In 2023-2024 had 7% van de bevolking (15 jaar of ouder) diabetes en had 25% allergie. Deze cijfers zijn een onderschatting van de werkelijke situatie, zegt Sciensano.

Ook het aantal mensen met ernstige depressies is gestegen sinds 2001. Opvallend is dat de stijging tussen 2013 en 2023-2024 zich uitsluitend afspeelt in de jongere leeftijdsgroepen, vooral bij 15- tot 24-jarigen.

Van de bevolking ouder dan 15 jaar lijdt 4% aan long covid. De aandoening komt meer voor bij vrouwen en bij mensen van 45-54 jaar. In tegenstelling tot veel andere aandoeningen, zijn er geen socio-economische verschillen voor long covid in België.

E.D.

>> sciensano.be/nl/resultaten-van-de-gezondheidsenquête-2023-2024



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. Trimbrow® 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 beclometasonidipropionaat, 5 microgram formoterolfumaraatdihydraat en 9 microgram glycopyrronium (als 11 microgram glycopyrroniumbromide). Elke afgepaste dosis bevat 100 microgram beclometasonidipropionaat, 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: Trimbrow 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 Trimbrow 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 Trimbrow 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 Trimbrow 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 Trimbrow 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 beclometasonidipropionaat/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/

20% patiënten onvoldoende geïnformeerd

INFORMED CONSENT

Eén op de vijf patiënten in Vlaanderen krijgt onvoldoende informatie om weloverwogen keuzes te maken over hun zorg. Dat blijkt uit een bevraging van het Vlaams Patiëntenplatform bij 407 patiënten.

Voor een ingreep of behandeling hebben patiënten recht op duidelijke en volledige informatie over de risico's, de noodzakelijke nazorg, en de kosten. In de bevraging door het Vlaams Patiëntenplatform zegt 20% van de bevroegde patiënten dat ze in het afgelopen jaar zelden of nooit volledig geïnformeerd werden. 24 procent zegt 'soms' voldoende informatie te hebben gekregen. Anderzijds werd 56% wel 'altijd' of 'vaak' geïnformeerd.

Bijna een op de vijf patiënten geeft bovendien aan dat ze 'zelden' of 'nooit' expliciet om hun toestemming werden gevraagd voor een medische interventie. 62 procent is zelfs niet op de hoogte van dat 'recht op geïnformeerde toestemming'.

Zorgverleners moeten hier beter op inzetten, en ook patiënten zelf moeten hun rechten kennen. Else Tambuyzer, directeur van het Vlaams Patiëntenplatform: "Hoe kan je een keuze maken over je eigen zorg als je niet alle informatie krijgt?"

Voor patiënten toestemming kunnen geven moeten ze informatie krijgen over het doel, de aard, de dringendheid, duur, frequentie, relevante tegenaanwijzingen, nevenwerkingen en risico's verbonden aan de tussenkomst, nazorg, mogelijke alternatieven, financiële gevolgen, en andere relevante verduidelijkingen.

E.D.

>> vlaamspatiëntenplatform.be/nl/fiat-of-geen-fiat-1

Trimbow® 88/5/9 µg inhalatiepoeder

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



Trimbow®
NE*Thaler®

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

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



orgaanklasse en frequentie De frequenties worden als volgt gedefinieerd: zeer vaak ($\geq 1/10$); vaak ($\geq 1/100$, $< 1/10$); soms ($\geq 1/1.000$, $< 1/100$); zelden ($\geq 1/10.000$, $< 1/1.000$); zeer zelden ($< 1/10.000$) en niet bekend (kan met de beschikbare gegevens niet worden bepaald). **Infecties en parasitaire aandoeningen:** Vaak: Pneumonie (bij COPD patiënten), faryngitis, orale candidiasis, 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: Otsalpingitis. **Hartaandoeningen:** Soms: Atriumfibrillatie, elektrocardiogram QT verlengd, tachycardie, tachyarritmie, 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. **Skeletstelsel en bindweefselstoornissen:** Soms: Spierspasmen, myalgie, pijn in extremiteit, skeletstelsel 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, bloedsuiker 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, elektrocardiogram QT verlengd, bloeddruk verhoogd, bloeddruk verlaagd, atriumfibrillatie, tachycardie, tachyarritmie, angina pectoris (stabiel en instabiel), ventriculaire extrasystolen, nodaal ritme. *Glycopyrronium:* Glaucoom, atriumfibrillatie, tachycardie, hartkloppingen, een droge mond, tandcariës, dysurie, urineretentie, urineweginfectie.

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

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

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

HOUDER VAN DE VERGUNNING VOOR HET IN DE HANDEL BRENGEN:

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

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

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

AFLEVERINGSWIJZE:

Op medisch voorschrift.

DATUM VAN HERZIENING VAN DE TEKST:

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

Scan en lees

- Steeds meer werknemers gaan ziek werken uit vrees voor ontslag

Door de stijgende werkdruk en het grote aantal flexcontracten durven steeds meer werknemers zich niet meer ziek te melden uit vrees voor het verlies van hun job. Dat schrijft *Apache*.

- Gezondheidsorganisaties vragen maatregelen om jongeren te beschermen tegen vapes

Tien gezondheidsorganisaties vragen dringend maatregelen om jongeren beter te beschermen tegen e-sigaretten.

- VNZ: 'Waal kost gemiddeld 105 euro meer aan ziektekosten dan Vlaming'

Het Vlaams & Neutraal Ziekenfonds (VNZ) pleit eens te meer voor responsabilisering in de gezondheidszorg. Op basis van gegevens van de Landsbond van de Neutrale Ziekenfondsen berekent het dat een inwoner uit Wallonië gemiddeld 105 euro meer aan ziektekosten kost dan een Vlaming.

- Imeldaziekenhuis gaat glucose-sensoren recycleren

Het Imeldaziekenhuis in Bonheiden gaat glucosesensoren, applicators en readers – die vroeger bij het huisvuil terechtkwamen – inzamelen en recyclen.

- Bijna 80.000 gemachtigde artsen
- Eind 2024 waren 78.196 artsen gemachtigd om hun beroep in België uit te oefenen. Dat blijkt uit de jaarstatistieken over beoefenaars van gezondheidszorgberoepen van de FOD Volksgezondheid.

- Diependaele: 'We zijn voorbereid op een nieuwe pandemie'

Is ons land vandaag beter voorbereid op een pandemie? En hoe gaat de overheid ervoor zorgen dat de bevolking voldoende vertrouwen heeft in de manier waarop de pandemie wordt aangepakt? Het zijn enkele van de vragen die Jeremie Vaneeckhout (Groen) Vlaams minister-president Matthias Diependaele (N-VA) voorlegde in het Vlaams parlement.

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



Flexagile®

SAMENVATTING VAN DE PRODUCTKENMERKEN.

NAAM VAN HET GENEESMIDDEL: Flexagile crème.

KWALITATIEVE EN KWANTITATIEVE SAMENSTELLING:

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

FARMACEUTISCHE VORM:

Crème

THERAPEUTISCHE INDICATIES: Volwassenen en kinderen vanaf 12 jaar:

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

DOSERING EN WIJZE VAN TOEDIENING:

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

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

BIJWERKINGEN: Uit klinische onderzoeksgegevens blijkt dat bijwerkingen niet vaak werden gemeld en de gegevens zijn gebaseerd op een geringe blootstelling. Daarom vermeldt de lijst hieronder de voorvallen gemeld na het in de handel brengen, op basis van de the-

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

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

DATUM VAN HERZIENING VAN DE TEKST: 04/2024

Flexagile®

Flexagile 50g : € 11,00

Flexagile 100g : € 18,99

Flexagile 150g : € 26,99

Jouw **eerstelijns oplossing** voor lokale pijnverlichting¹

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

Flexagile, met de kracht
van smeerwortel voor

**spierpijn, gewrichtspijn &
acute rugpijn¹**



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

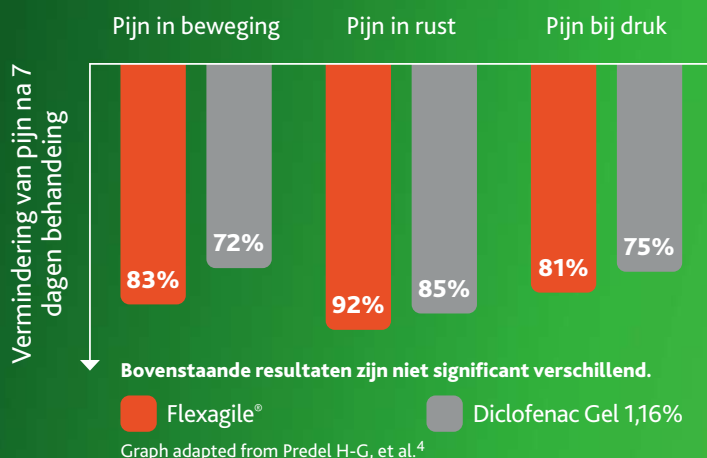
**Klinisch bewezen even effectief voor pijnverlichting
als diclofenac diethylamine⁴**

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

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

**Combineerbaar met
andere medicijnen⁷**

Zoals orale NSAIDs en
paracetamol



- SKP 04/2024
- Chlichloo J, Gerriets V. Nonsteroidal Anti-inflammatory Drugs (NSAIDs). 2022 May 19. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 Jan.
- Wongrakpanich S, Wongrakpanich A, Melhado K, Rangaswami J. A Comprehensive Review of Non-Steroidal Anti-Inflammatory Drug Use in The Elderly. Aging Dis. 2018;9(1):143-150.
- As tested for Ankle sprain pain reduction in a clinical study in comparison to Diethylamine Diclofenac Gel – Predel H-G et al. Phytomedicine 2005;12:707-14.
- Seigner J et al (2019) A Symphytum officinale Root Extract Exerts Anti-inflammatory Properties by Affecting Two Distinct Steps of NF-KB Signaling. Front. Pharmacol. 10:289.
- Simon LS. Role and regulation of cyclooxygenase-2 during inflammation. Am J Med. 1999 May 31;106(5B):37S-42S. doi: 10.1016/s0002-9343(99)00115-1. PMID: 10390126.
- SKP Flexagile 02/2019: 4.5 interacties met andere geneesmiddelen en andere vormen van interactie. Geen onderzoek naar interacties uitgevoerd.
- *Volgens beschikbare veiligheidsgegevens en zoals gerapporteerd in klinische studies waarbij de tolerantie door patiënten en artsen als goed, zeer goed of uitstekend werd gerapporteerd^{8,9,10}.
- Grube et al, Phytomedicine 14 (2007) 2-10. 73.6% of physicians and patients in the verum group rated the tolerance as very good.
- Predel et al, Phytomedicine 12 (2005) 707-714. A majority of investigators and patients reported tolerability of Flexagile as excellent.
- Giannetti BM et al. Br J Sports med 2010; 44: 637-641. Both the investigators and the patients rated tolerability of the comfrey ointment as "excellent" or "good" in most cases (98.3% and 95.0%, respectively).

V.U.: P&C Health Belgium BV, Tenselaan 100, B-1853 Strombeek-Bever - België - MAT-BE-KYTTA-24-000018 - Jan 2025

Ik ben gisteren met vriendinnen iets gaan eten en we hebben het er drie uren lang niet over gehad. Niet eens afgesproken, spontaan. Dan ben ik niet het meisje-met-kanker. En dat doet mij dan goed.

Wielrenster met botkanker **Jilke Michiels** in *Krant van West-Vlaanderen*.

Voor mij is dementie de meest onaangename, vernederende en sombere toekomst die ik me kan voorstellen. Ik ben me er zo van bewust dat ik zonder mijn hersenen niet kan zijn wie ik ben. Maar het is een heel persoonlijke vraag. Ik wil niemand dwingen om dementie niet leuk te vinden. Soms lees ik dat dementie ook positieve kanten heeft. Volgens mij is dat vooral een overlevingsstrategie, maar het staat iedereen vrij om daar anders over te denken.

Biochemicus **Henne Holstege** in *De Morgen*.

Middeleeuwen erkenden de onvermijdelijkheid, iets waarmee wij meer moeite hebben gekregen. Wij zien de dood vooral als een falen, falen van artsen, falen van onszelf dat we niet hard genoeg willen leven. Als we doodgaan, gaat er iets mis. Als je de middeleeuwse en vroegmoderne teksten bestudeert, begrijp je dat zij niet zo dachten. Hoe je een goede dood sterft, bespraken mensen destijds openlijk, ze betrokken er hun familie en vrienden in, maar ook religieuze leiders. Dokters waren niet zo aanwezig in het gesprek. Het was geen medisch vraagstuk maar een persoonlijk en religieus vraagstuk.

Archeologe **Sarah Tarlow** in *De Morgen Boeken*.

Helaas zijn de bevoegdheden in ons land zo verdeeld dat het, als je heel cynisch bent, niet opbrengt om in te zetten op preventie. Want dat is een Vlaamse bevoegdheid, de besparing voor de ziektekosten op lange termijn komt de federale overheid ten goede. De bevoegde ministers moeten die zaak dringend gaan stroomlijnen.

Medisch filosoof **Ignas Devisch** in *Gazet van Antwerpen*.

Wij zijn bijvoorbeeld geen voorstander van de groeinorm in de gezondheidszorg. Deze regering heeft beslist om de uitgaven in de gezondheidszorg met drie procent te laten stijgen boven de inflatie. Dat is toch van de pot gerukt.

Eva De Bleeker in *De Standaard*.

Toen ik de factuur van het ziekenhuis kreeg, besepte ik hoe blij we mogen zijn met onze sociale zekerheid.

Vincent Fierens, presentator bij Qmusic die teelbalkanker kreeg, in *Weliswaar*.

Galenusprijs geneesmiddelen: de kandidaten



Artsenkrant/Le Journal du Médecin, organiseert al 43 jaar de prestigieuze Galenusprijs, ter promotie van innovatie in de gezondheidszorg. In totaal dingen er tien kandidaten mee naar de befaamde geneesmiddelenprijs. In dit nummer stellen we er al zes voor. De uitreiking vindt plaats op 21 mei 2025.

Elahere®



abbvie

Mirvetuximab soravtansine (MIRV) is een innovatief antilichaamconjugaat (ADC) voor de behandeling van eierstokkanker. Het is de eerste ADC die folatreceptor

alfa (FR α) target, en bestaat uit een IgG1-monoklonaal antilichaam gekoppeld aan DM4, een cytotoxisch middel, via een splitsbare linker. Dit zorgt voor gerichte DM4-afgifte in tumorcellen, leidend tot apoptose. De behandeling is bedoeld voor patiënten met platinumresistente eierstokkanker en FR α -overexpressie. In de MIRASOL-studie toonde MIRV superieure progressievrije en totale overleving in vergelijking met bestaande therapieën, wat aanzienlijke klinische voordelen biedt voor patiënten met hoge medische nood. Een immunohistochemische test voor FR α helpt bij het identificeren van geschikte patiënten, wat gerichte therapie garandeert. Voor het eerst in ruim dertig jaar is er een nieuw geneesmiddel dat een betere overlevingskans geeft aan patiënten met eierstokkanker die platinumresistent zijn geworden.

Referenties: SmPC Elahere; Moore et al. Mirvetuximab Soravtansine in FR α -Positive, Platinum-Resistant Ovarian Cancer. N Engl J Med. 2023;389 (23):2162-2174.

Truqap®



AstraZeneca



Truqap® (capivasertib) is een innovatief geneesmiddel voor de behandeling van gevorderde of gemetastaseerde borstkanker die oestrogenreceptor-positief (ER+) en

humane epidermale groeifactorreceptor 2-negatief (HER2-) is. Het vertegenwoordigt een belangrijke vooruitgang in doelgerichte therapie, als de eerste selectieve AKT-remmer goedgekeurd voor deze indicatie.

Gebruikt in combinatie met fulvestrant, is Truqap® specifiek ontwikkeld voor volwassen patiënten met één of meer PI3CA/AKT1/PTEN-alteraties. Deze gepersonaliseerde aanpak betekent een nieuwe stap voorwaarts in precisiegeneeskunde voor borstkanker.

Truqap® werkt door de activiteit van AKT-kinase-eiwitten te blokkeren, die een cruciale rol spelen in de PI3K/AKT/mTOR-signaleringsroute, vaak overactief in borstkanker. Deze gerichte remming vertraagt de groei en vermeerdering van kankercellen, en levert hierdoor een nieuwe therapeutische optie aan patiënten bij wie de kanker is gevorderd ondanks eerdere hormoonbehandelingen.

Rybrevant®



Johnson & Johnson

Rybrevant® (amivantamab), een bispecifiek antilichaam gericht tegen epidermale groeifactorreceptor - mesenchymale epitheliale overgang (EGFR-MET), heeft een uniek werkings-

mechanisme, door ligandblokkering, receptordegradatie en immuuncelgerichte activiteit.¹ Deze doelgerichte behandeling is in Europa goedgekeurd voor vier indicaties, met drie goedkeuringen in 2024 voor gevorderde EGFR-gemuteerde niet-kleincellige longkanker (NSCLC).² Drie gerandomiseerde, klinische fase 3-studies hebben een superieure doeltreffendheid aangetoond, terwijl ze een beheersbaar veiligheidsprofiel van amivantamab-combinaties waarborgen in vergelijking met de standaardbehandeling.^{1,3,4} Het is de eerste goedgekeurde gerichte behandeling in de eerste lijn en na falen van platinagebaseerde therapie voor patiënten met activerende EGFR exon20 insertiemutaties, een moeilijk te behandelen populatie met een hoge onvervulde medische nood. Het is ook een nieuwe gerichte behandeloptie voor patiënten met gevorderde klassieke EGFR-gemuteerde NSCLC in de eerste lijn en na falen van eerdere therapie waaronder een EGFR tyrosinekinaseremmer (TKI).²

Referenties:

1. Cho B C et al. New England Journal of Medicine 2024; 391:1486-1498.
2. Rybrevant Summary of Product Characteristics.
3. Passaro A. et al. Annals of Oncology 2024; 35 (1): 77-90.
4. Zhou C. et al. New England Journal of Medicine 2023; 389:2039-2051.

PiaSky®



Roche

PiaSky®, een nieuwe generatie C5-inhibitor en de enige vierwekelijkse subcutane behandeling voor paroxysmale nachtelijke hemoglobinurie (PNH). PNH is een zeldzame, chronische, slopende en potentieel dodelijke bloedziekte

die wordt gekenmerkt door de vernietiging van rode bloedcellen, wat leidt tot ernstige bloedarmoede, bloedstolsels en een verminderde functie van het beenmerg. Ondanks de klinische verbetering door C5-inhibitoren, blijven deze intraveneuze therapieën belastend, met levenslange intraveneuze infusies die een significante impact hebben op de kwaliteit van leven.

PiaSky® (crovalimab), een nieuwe generatie C5-inhibitor, is een vooruitgang op bestaande therapieën dankzij zijn antistof-recyclingtechnologie. PiaSky® maakt het niet alleen mogelijk om de ziekte even effectief en duurzaam te controleren, maar biedt vooral een praktischere subcutane toediening, die zowel in het ziekenhuis als thuis kan plaatsvinden en dat slechts één keer elke vier weken. PiaSky® biedt patiënten de mogelijkheid om hun leven opnieuw op te nemen, door belastende toedieningen te vermijden.

Referenties:

- Summary of Product Characteristics PiaSky (crovalimab); last update 17.12.2024.
Kaiser K, et al. Patient Prefer Adherence 2020;14:705-15.
Bordonaro S, et al. Patient Prefer Adherence 2014;8:917-23.
Peffault de Latour R, et al. Semin Hematol 2022b;59:38-46.
Röth A, et al. Blood 2020;135:912-20.
Röth A, et al. EHA 2023; oral presentation (abstract S181).

Leqembi®



De ziekte van Alzheimer (AD) is een progressieve neurodegeneratieve ziekte en de meest voorkomende vorm van dementie. De ziekte veroorzaakt cognitieve stoornissen waaronder geheugenverlies, verwarring en persoonlijkheidsveranderingen. Naarmate de ziekte evolueert, verliezen patiënten hun vermogen om zelfstandig te leven en worden ze voor hun verzorging volledig afhankelijk van anderen. De ziekte wordt gekenmerkt door de ophoping van amyloïde bèta (Aβ)-eiwitten in de hersenen, die zich opstapelen tot amyloïde plaques. Leqembi® is een gehumaniseerd monoklonaal antilichaam dat bindt aan geaggregeerde Aβ-peptiden en deze markeert voor klaring door het immuunsysteem. Daar waar de huidige therapieën zich beperken tot de symptomatische verlichting van de cognitieve stoornissen is Leqembi®, de eerste goedgekeurde behandeling die de progressie van de ziekte vertraagt door de onderliggende oorzaak van AD aan te pakken en voorziet in een onbeantwoorde medische behoefte in dit therapeutische domein.

Winrevair®



Winrevair® (sotatercept) markeert een doorbraak in de behandeling van pulmonale arteriële hypertensie (PAH), door voor het eerst in te grijpen op de onderliggende ziekte-oorzaak in plaats van zich te richten op symptoombestrijding. Bij PAH leidt vasculaire remodelering tot een verhoogde bloeddruk in de longslagaders, wat kan resulteren in rechterhartfalen. Winrevair®, een first-in-class activinesignaleringsremmer, herstelt het evenwicht tussen pro- en antiproliferatieve signalering in de endotheelcellen en gladde spiercellen van de vaatwand. Toegediend als aanvulling op standaardtherapie met vasodilatoren zorgt het voor aanzienlijke en consistente verbeteringen in functionele capaciteit, hemodynamische parameters en levenskwaliteit. Bovendien daalt de kans op klinische achteruitgang of overlijden met 82% en heeft het een beheersbaar veiligheidsprofiel. Met zijn robuuste klinische resultaten biedt Winrevair® een nieuw perspectief voor patiënten met deze levensbedreigende weesziekte.

Galenusprijs farmacologie: de kandidaten



Ook talentrijke onderzoekers worden sinds jaar en dag in de bloemetjes gezet tijdens de uitreiking van de Galenusprijs. Vier kandidaten doen een gooi naar de Galenusprijs farmacologie. Hieronder stellen we er twee voor. De andere kandidaten komen aan bod in het volgende nummer van Artsenkrant.

Laure Bindels



Tacrolimus, een essentieel geneesmiddel voor het voorkomen van orgaanafstoting na een transplantatie, wordt vaak verkeerd gedoseerd, wat leidt tot het risico op therapeutisch falen of bijwerkingen. In België kan bijna 40% van de mensen die op een transplantatie wachten geen orgaan vinden. Dit onderstreept de dringende noodzaak om het succes van transplantaties te garanderen. Dit onderzoek, uitgevoerd met prof. Laure Elens en dr. Alexandra Degraeve, onthult de invloed van de darmmicrobiota op de absorptie van tacrolimus, werpt licht op de onderliggende mechanismen en suggereert dat de microbiota bijdraagt aan de variabiliteit in de dosering die nodig is om de streefwaarden van het geneesmiddel te bereiken. Door te begrijpen hoe de microbiota deze dosering beïnvloedt, kunnen we de behandeling nauwkeuriger aanpassen, waardoor de werkzaamheid van de behandeling verbetert en het risico vermindert op falen van het transplantaat. Deze vooruitgang biedt ook de mogelijkheid om bijwerkingen van deze medicijnen te verminderen, wat nieuwe en meer persoonlijke vooruitzichten biedt voor transplantatiepatiënten.

Hendrik Vercammen



SIGHT001-18 van Sightera Biosciences BV, een spin-off van UA/UZA, is een baanbrekende kleine molecuule met een uniek immuno-oncologisch gerelateerd werkingsmechanisme, ontworpen met behulp van AI. Het is specifiek ontwikkeld voor moeilijk te behandelen en agressieve kankers, waaronder pancreaskanker, waar conventionele therapieën vaak tekortschieten. Deze potentiële nieuwe therapie is het resultaat van een AI-gestuurde aanpak in combinatie met patiëntgerichte modellen, zoals organoïden en geavanceerde patient-in-a-plate systemen. Dankzij de sterke preklinische experimentele validatiedata en veelbelovende in vivo-resultaten is SIGHT001-18 inmiddels gepatenteerd en klaar voor verdere ontwikkeling richting klinische studies, in samenwerking met grote farmaceutische bedrijven. Dit molecuul biedt een nieuw perspectief voor patiënten met agressieve vormen van kanker en toont de kracht van AI wanneer deze op een correcte manier wordt geïmplementeerd in baanbrekend farmacologisch onderzoek.

Vernieuwende stralingstherapieën

ONCOLOGIE In geen enkel domein evolueren de behandelingsstrategieën zo snel als in de oncologie. We beschikken over meer doelgerichte en gepersonaliseerde kankergeneesmiddelen dan ooit, en ook radiotherapie wordt steeds gericht ingezet. Dit geldt zowel voor de traditionele externe bestraling als voor de interne aanpak met radiofarmaca. Een woordje uitleg.

Targeted therapies vallen de kankercellen efficiënter aan en sparen tegelijkertijd de gezonde weefsels. Radioligandtherapie is een nieuwe doelgerichte behandeling, waarbij een radio-nuclide (een radioactieve, instabiele atoomkern) gekoppeld wordt aan een molecuul (het ligand), dat specifiek bindt op een kankerspecifiek doelwit. Op die manier stapelt het radioactieve geneesmiddel zich op in de tumor, waarna het zeer lokaal straling afgeeft. De tumorcellen worden als het ware van binnenuit bestraald.

Ook de toediening van klassieke radiotherapie met externe stralingsbron gebeurt steeds doelgerichter, met alle voordelen van dien. In een paar Belgische centra kan men sinds kort een beroep doen op online adaptieve radiotherapie, een AI-gebaseerde methode die het mogelijk maakt om – voorlopig nog bij selecte patiëntpopulaties – de bestralingsbundel live aan te passen aan wat men ziet op beeldvorming.

Via infuus

Laat ons eerst kijken naar de interne stralingstherapie. Radioligandtherapie (RLT) is een systeemtherapie die wordt toegediend via de bloedbaan en zo over het hele lichaam wordt rondgepompt. “Er komt geen deeltjesversneller of radiotherapietafel aan te pas. De patiënten krijgen een infuus, net zoals voor chemotherapie”, zegt prof. Christophe Deroose, specialist in de nucleaire geneeskunde aan het UZ Leuven.

Een goed radiofarmacon zal zich in hoge mate opstapelen in de tumor en zijn uitzaaiingen, waar het doelwit in hoge concentratie aanwezig is, en wordt niet of nauwelijks opgenomen in andere delen van het lichaam. Nadien zal het radioactief atoom, door radioactief verval, het overschot aan energie uitzenden in de vorm van straling. De reikwijdte van die straling varieert van een centimeter tot een tiende van een

millimeter, afhankelijk van het type ioniserende straling (alfa, bèta).

Omdat er geen stralingsgebied moet afgebakend worden, zijn de indicaties compleet anders dan voor conventionele radiotherapie. Typisch gaat het hier om een gemetastaseerde setting en relatief gevorderde, therapieresistente kankers. Nevenwerkingen zijn afhankelijk van het radiofarmacon, maar zijn over het algemeen zeer mild. “Er kan tijdelijk wat bloedtoxiciteit zijn, want het beenmerg is erg gevoelig aan straling, maar RLT wordt doorgaans heel goed verdragen. Dat maakt dat de behandeling niet alleen levensverlengend werkt, maar ook de levenskwaliteit in stand houdt. Het is een krachtig wapen tegen de ziekte, dat tegelijk mild is voor de patiënt”, klinkt het.



‘Het ongeschreven doel is om tegen 2035 voor elk mogelijk kankertype een therapeutisch gevalideerd radiofarmacon te hebben’

– Prof. Christophe Deroose

Honderden doelwitten

Het concept van RLT kwam niet uit de lucht gevallen. Het idee kwam er door de behandeling van bepaalde uitgezaaide schildklierkankers met radioactief jodium. Die tumorcellen, ook in de vorm van longmetastasen, absorberen zeer grote hoeveelheden jodium. De radioactiviteit, die vervoerd wordt op het jodium, vernietigt de kankercellen selectief en efficiënt. “De toediening van radiojodium kan genezend werken, bij kinderen gaat het om zowat 90% van de patiëntjes met longuitzaaiingen. De vraag rees: kunnen we ook op andere manieren, met behulp van andere receptoren, radioactiviteit binnensmokkelen in tumoren?”

Het eerste doelwit dat men wist te identificeren was de somatostatine-

receptor, die o.a. tot overexpressie komt in neuro-endocriene tumoren (NET's). Men koppelde radioactief lute-tium aan een ligand dat op deze receptoren bond, waarvan er miljoenen per kankercel zijn. Het leidde tot spectaculaire resultaten. “De prognose van NET's is zeer goed, onder meer dankzij RLT”, stelt prof. Deroose.

De bal ging pas echt aan het rollen toen men ook voor prostaatkanker, een veel frequentere kanker, een doelwit vond: het overgeëxprimeerde PMSA-eiwit (prostaatspecifiek membraanantigeen). Opnieuw kon men met RLT de prostaattumorcellen van binnenuit bestralen en gericht elimineren, over het hele lichaam. “Vandaag wordt de behandeling terugbetaald bij uitgezaaide ziekte in een castraatresistente

zitten, wordt verwacht dat de vraag naar RLT niet gewoon zal toenemen, maar ronduit zal exploderen. Christophe Deroose gaat nog verder: “Het ongeschreven doel is om tegen 2035 voor elk mogelijk kankertype een therapeutisch gevalideerd radiofarmacon te hebben.”

Het RLT-actieplan (zie ook *Artsenkrant* van 28 juni 2024) moet ons zorgsysteem RLT-toekomstbestendig maken, zodat zoveel mogelijk kankerpatiënten straks toegang hebben tot deze innovatieve therapieën.

Vervalstockage

RLT komt met grote uitdagingen. De logistiek ervan is buitengewoon complex. “De halfwaardetijd van radionucliden gebruikt in de nucleaire geneeskunde ligt tussen enkele minuten en een tiental dagen. Hoe sneller het radioactief product verval, hoe minder tijd we hebben om de agentia te produceren, te vervoeren en tot bij de patiënt te krijgen”, legt Christophe Deroose uit. “Omdat je geen stock kan aanleggen, moet de productieketen (die onder andere een beroep doet op nucleaire onderzoeksreactoren) perfect afgestemd worden op de vraag.”

Niet alleen de toelevering, maar ook de afvoer van de radioactieve producten is ingewikkeld. “Eenmaal we de RLT injecteren, wordt de patiënt radioactief. Een goed radiofarmacon blijft alleen ‘plakken’ in de tumor en verlaat voor de rest het lichaam zeer snel, via de urine, of via fecale weg. Maar die excreta zijn hoog radioactief. De ziekenhuizen moeten strategieën vinden om het radioactief afval veilig op te slaan, tot het volledig vervallen is”, aldus prof. Deroose. En ook de patiënt mag de muren van het ziekenhuis niet meteen verlaten. Omdat de mensen een vorm van ioniserende straling afgeven na hun behandeling, stellen de huidige Belgische richtlijnen dat ze minstens een nacht in speciale therapiekamers

setting en na chemotherapie, of bij patiënten die te zwak zijn om chemotherapie te ondergaan. Al suggereren studies dat RLT ook in vroegere therapielijnen zinvol kan zijn”, voegt de specialist toe.

‘Radioligandtherapie is een krachtig wapen tegen de ziekte, dat tegelijk mild is voor de patiënt’

De farmaceutische industrie zette de laatste jaren volop in op de uitwerking van nieuwe radiofarmaca voor allereerste kankertypes. Meer dan tweehonderd beloftevolle klinische studies lopen binnenkort ten einde. Omdat er ontzettend veel moleculen in de pijplijn



‘Dankzij adaptieve radiotherapie kan men de lokale radiotoxiciteit op de gezonde, omliggende weefsels verminderen en de tumor nog beter cibleren’

moeten verblijven. Verschillende centra, waaronder het UZ Leuven, zijn nu hard aan het werk om hun capaciteit uit te breiden, zowel voor die kamers als voor de vervalstockage.

Adaptieve radiotherapie

Externe bestralingstherapie is al sinds jaar en dag een van de hoekstenen van de multidisciplinaire kankerzorg. Het verbetert de lokale controle, de overleving en de levenskwaliteit. Een van de jongste innovaties is online adaptieve radiotherapie (oART), waarbij met hulp van AI het behandelplan dagelijks wordt geoptimaliseerd, zodat de stralingsdosis zich heel precies richt op de tumor en schade aan omliggende gezonde weefsels vermeden wordt.

Hoe gaat oART precies te werk? Prof. Valérie Fonteyne, radiotherapeut-oncoloog aan het UZ Gent, legt uit: “Normaal gezien maken we het behandelplan op

basis van een CT-scan die we een tiental dagen vóór de start van de radiotherapiesessies nemen. We voeren de dosisberekeningen uit op basis van deze beeldvorming en gaan ervan uit dat er geen anatomische wijzigingen meer plaatsvinden. Maar dat klopt niet voor alle structuren. Denk aan de blaas en darmen, die een variabel volume kunnen hebben, of kunnen duwen op omliggende organen, zoals de prostaat.” Ook de plaats en het volume van de tumor kan fluctueren doorheen de tijd. Daar zit de meerwaarde van oART: vóór elke radiotherapiesessie wordt een



‘Online adaptieve radiotherapie is een intensieve procedure en is niet voor iedere kankerpatiënt noodzakelijk’

– Prof. Valérie Fonteyne

nieuwe scan afgenomen en wordt de dosis en locatie van de bestralingsbundel geüpdatet. Zo kan men de dosis en de daaraan gekoppelde potentiële radiotoxiciteit op de gezonde, omliggende weefsels verminderen (radiocystitis, radio-enteritis, ...) en de tumor nog beter cibleren.

Het is een intensieve procedure, zowel voor de bestralingsafdeling als voor de patiënt. Tijdens een oART-sessie moet de patiënt een twintigtal minuten in een stabiele positie op de tafel blijven liggen, tegenover een tiental minuten voor klassieke radiotherapie.⁽¹⁾ “Voor sommige mensen is lang stilliggen oncomfortabel of moeilijk. En omdat er nieuwe dosisberekeningen gebeuren, moeten er bij elke sessie artsen en fysici aanwezig zijn. We moeten oART dus alleen inzetten bij de populaties die er baat bij hebben”, benadrukt de specialiste.

Selectiecriteria

Sinds februari 2025 krijgen bepaalde prostaatkankerpatiënten oART in het UZ Gent. Voorlopig gaat het vooral om oudere patiënten, die een kortere reeks bestralingen krijgen aan hogere dosis (hypofractionering). “Zes sessies van twintig minuten kan een haalbaarder

behandelingsschema zijn dan twintig sessies van tien minuten. Hoe hoger de stralingsdosis per sessie, hoe preciezer de radiotherapie moet worden toegediend”, weet prof. Fonteyne. Binnenkort zal oART ook ingezet worden bij blaastumoren en bij pelviene tumoren, zoals darm- en baarmoederhalskanker. Nadien zullen ook tumoren van de bovenbuik, zoals maagtumoren, en eventueel het hoofd- en halsgebied aan bod komen.

De technologie wordt stapsgewijs uitgerold. Ook in Brussel en Charleroi werkt men al met het innovatieve bestralingstoestel. “Wat we nu vooral willen onderzoeken, is op basis van welke criteria we die patiënten kunnen selecteren die het grootste voordeel halen uit oART. Misschien zijn er naast de gekende risicofactoren op bijwerkingen nog bepaalde bloedparameters of ‘red flags’ die kunnen wijzen op een verhoogd risico op radiotoxiciteit”, aldus prof. Fonteyne.

dr. Hade Scheyving

Opmerkingen:

(1) Ook bij klassieke radiotherapie gebeurt een korte CT-controle van de benige structuren, de weke delen en de positie van de patiënt, maar het behandelplan blijft ongewijzigd.

De Inuit-dorpen van Groenland

VAN 18 TOT 30 AUGUSTUS 2025

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

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



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

De Douro

Rivier van goud

VAN 12 TOT 19 OKTOBER 2025

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

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



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

Wetenschappelijk programma 2025:

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

Accreditering wordt aangevraagd

Groenland / Douro

Diabetes type 1 (deel 1)

Groenland / Douro

Diabetes type 1 (deel 2)

Groenland / Douro

Slaap

Groenland / Douro

Levensstijl

Groenland

Focale leverletsels

Groenland

Focale nierletsels

Groenland

Radiofrequentie ablatie

Meer info en reservatie

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

Neonatale aanvallen anders benaderen

NEONATOLOGIE Epileptische aanvallen zijn bijzonder moeilijk te detecteren bij pasgeborenen. Toch zijn een vroegtijdige diagnose en behandeling essentieel om neurologische gevolgen te beperken, onder meer wanneer deze aanvallen het gevolg zijn van een ischemische beroerte. Recente ontwikkelingen kunnen nu de aanpak helpen sturen en de gezondheidsresultaten voor deze baby's verbeteren.

De Cliniques Universitaires Saint-Luc (CUSL) hebben een multicentrisch, internationaal onderzoek uitgevoerd naar de behandeling van perinatale arteriële ischemische beroerte (PAIS), die zich initieel uit in de vorm van epileptische aanvallen. Het gaat om een zeldzame aandoening, hoewel de prevalentie ervan ongetwijfeld onderschat wordt. Prof. Roberta Cilio, neuroloog en pediatrisch en neonataal epileptoloog, leidde het onderzoek⁽¹⁾, dat resulteerde in nieuwe klinische aanbevelingen.

Video-EEG

Waarom is het zo moeilijk om een beroerte vast te stellen bij een pasgeborene? "Bij volwassenen zijn waarschuwingssignalen onder meer een mondhoek die ineens naar beneden hangt, acute hemiparese of een plotse spraakstoornis. Maar bij pasgeboren baby's treden deze neurologische symptomen niet op", legt prof. Cilio uit. "Meestal is het enige teken een focale clonische aanval, gekenmerkt door ritmische schokjes, die moeilijk te onderscheiden zijn van de normale bewegingen van een zuigeling."

Een Ierse studie⁽²⁾ toonde aan hoe complex het is om epileptische aanvallen bij pasgeborenen te herkennen op basis van de kliniek. Slechts 50% van de gevallen werd correct geclassificeerd (convulsieve of niet-convulsieve bewegingen) door gespecialiseerde artsen en verpleegkundigen. De diagnose van

PAIS wordt daarom vaak pas gesteld na de acute fase, rond de leeftijd van zes à zeven maanden, wanneer een hemiparese optreedt.

'We moeten de verschillende soorten aanvallen onderscheiden en stratificeren, want de therapeutische benadering hangt af van hun etiologie'

"We hebben video-EEG-monitoring⁽³⁾ nodig om aanvallen – en bij uitbreiding beroertes – op te sporen, maar ook om te voorkomen dat kinderen *zonder* insulten (potentieel schadelijke) anticonvulsiva toegediend krijgen", benadrukt prof. Cilio. "Bovendien is het zo dat wanneer we anti-aanvalsmedicatie toedienen aan een pasgeborene, we geregeld te maken krijgen met het fenomeen van 'elektro-klinische dissociatie'. De baby vertoont dan geen klinische verschijnselen of abnormale bewegingen meer, maar de aanvallen gaan elektrisch door in de hersenen. EEG-monitoring is daarom net zo cruciaal om de therapeutische respons te beoordelen."

Het herkennen en vervolgens stoppen van convulsieve aanvallen beperkt de hersenschade en waarborgt zo de beste kwaliteit van leven voor het kind. "De aanvallen veroorzaken aanvullend hersenletsel, naast de schade die de beroerte heeft aangericht. Ze kunnen o.a. de ontwikkeling van epilepsie op

latere leeftijd in de hand werken", zegt Roberta Cilio.

Andere studies kijken nu naar stamceltherapie, toegediend via de neus, om opgelopen hersenschade bij zuigelingen te herstellen. Die potentiële behandeling berust ook op een vroege diagnose.

Universeel protocol

Tot voor kort werden epilepsieaanvallen bij pasgeborenen beschouwd en bestudeerd als één entiteit: neonatale convulsies. Er was één enkel therapeutisch protocol: fenobarbital als eerstelijnsbehandeling, zo nodig gevolgd door andere anti-aanvalsmedicatie.

"Stel je voor dat we kinderen met koorts systematisch op dezelfde manier zouden behandelen. Dat zou absurd zijn. De gevolgen en de aanpak van koorts hangen af van de oorzaak: vaccinatie, een virale infectie, een bacteriële meningitis, een kwaadaardige tumor, ... Hetzelfde geldt voor neonatale aanvallen, die een ischemische beroerte aan het licht kunnen brengen, een hypoxisch-ischemische encefalopathie (HIE, het gevolg van zuurstoftekort en/of een verminderde bloedtoevoer bij de geboorte), neonatale epilepsie, ... We moeten de verschillende soorten aanvallen onderscheiden en stratificeren, want de therapeutische benadering hangt af van hun etiologie", onderstreept de kinderneurologe.

Natriumkanaalblokkers

De studie van prof. Cilio⁽¹⁾ is de eerste die de respons op anti-aanvalsmedicatie

analyseert in een homogene populatie van pasgeborenen die een ischemische beroerte doormaakten. "Tot onze verbazing konden we aantonen dat de klassieke eerstelijnsbehandeling, fenobarbital, *niet* werkzaam is in dit geval. Een andere klasse van anticonvulsiva, namelijk natriumkanaalblokkers (meer bepaald fenytoïne), toonde daarentegen een therapeutische werkzaamheid van 100%", klinkt het.

Dit onderzoek illustreert het belang van een doelgerichte aanpak, die verplicht video-EEG omvat, de (niet-invasieve) gouden standaard. "Twee soorten aanvallen kunnen een ischemische beroerte doen vermoeden: focale clonische aanvallen en aanvallen met ademstilstand. Op die manier kan men al fenytoïne toedienen nog vóór de etiologie bevestigd wordt met MRI."

Fenobarbital blijft wel de meest effectieve behandeling tegen HIE, bleek uit een Californische studie uit 2020. "Voor deze diagnose baseren we ons voornamelijk op de anamnese van de bevalling en op het bloedonderzoek", aldus de specialiste.

dr. Hade Scheyving

Opmerkingen en bronnen:

(1) Pegoraro V, et al. *Epilepsia*. 2025;66(2):394-406.

(2) Malone A, et al. *Epilepsia*. 2009;50(9):2097-2101.

(3) De data van de elektrische hersenactiviteit worden gesynchroniseerd met videogegevens (bewegingen of andere klinische verschijnselen).



Zo handig is een slimme ring

TECH Vindt u een smartwatch wat te opzichtig, en klinkt een ingeplante gezondheidschip toch nog net iets te vergezocht? Dan is een slimme ring misschien wel de gulden (en soms zelfs vergulde) middenweg.

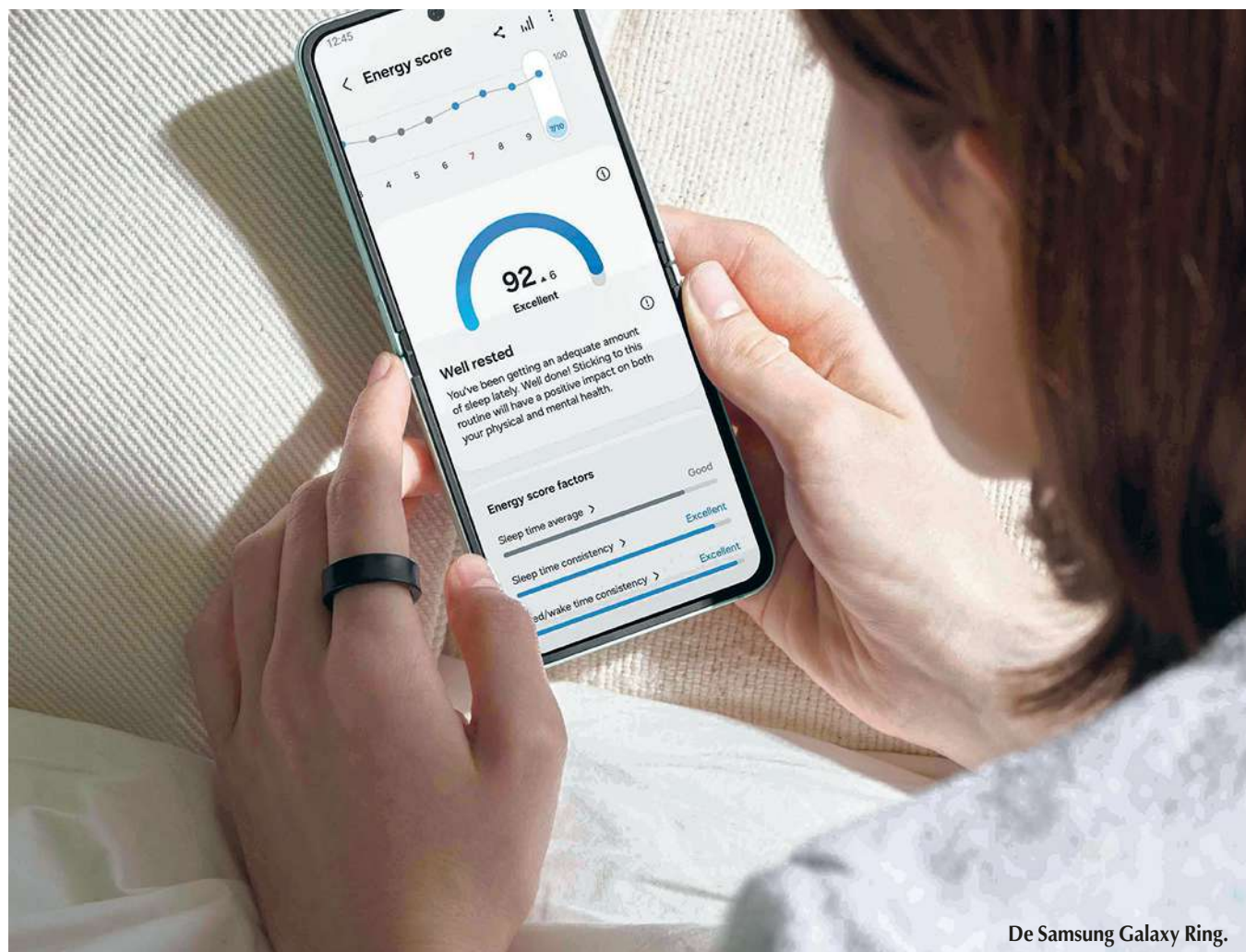
Samsung Galaxy Ring

Ringen met bijzondere gaven doken in een niet zo ver verleden enkel op in Hollywoodfilms. Maar sinds Samsung vorige zomer z'n Galaxy Ring op de markt bracht, won dit type gadget snel aan populariteit. Net als een smartwatch verzamelt een 'smart ring' de klok rond allerlei gezondheids- en activiteitsgegevens van de drager, maar dan zonder scherm en dus een stuk subtieler.

Wat eruitziet als een doodnormale ring, bukt aan de binnenkant van de sensoren. Zo monitort deze Galaxy onder meer hartslag, ademhaling en calorieverbruik. Het kleinood brengt ook nachtelijk gewoel in kaart en kan vroege tekenen van slaapapneu detecteren. Verder wordt er elke dag een zogeheten vitaliteitsscore berekend, op basis van dagelijkse activiteit, kwaliteit van nachtrust en andere parameters.

Natuurlijk registreert het (waterdichte) hebbeding ook sportieve prestaties, waarbij het automatisch onderscheid kan maken tussen tal van disciplines – van fietsen over golf tot paardrijden.

Alle data zijn naderhand te raadplegen via de Health smartphone-app. Samsung



De Samsung Galaxy Ring.

SpellRing zet gebarentaal om naar tekst



Een slimme ring van een totaal ander kaliber is de SpellRing. Dit vernuftig apparaatje, ontwikkeld door onderzoekers aan de Amerikaanse Cornell University in de staat New York, weet gebarentaal om te zetten naar tekst. Een geïntegreerde micro-gyroscoop volgt elke handbeweging, waarna een gezonde portie kunstmatige intelligentie, die in realtime voorspelt wat er gaat komen, voor de 'vertaalslag' zorgt. Niet meteen naar de winkel hollen evenwel, want de SpellRing – die om de duim gedragen wordt – verkeert nog in de ontwikkelingsfase. Zo kan hij in zijn huidige vorm alleen gebruikt worden om tekst in te voeren in

computers of smartphones via vingerspelling, een methode die vooral gebruikt wordt om woorden te spellen waarvoor geen corresponderend teken bestaat. Denk aan zelfstandige naamwoorden, namen van mensen en plaatsen, en technische termen. Maar de ontwikkelaars denken dat de SpellRing na verdere ontwikkeling een ware revolutie zou kunnen bewerkstelligen voor doven en slechthorenden. Volgende versies zouden in staat moeten zijn om volledige woorden en zelfs zinnen – complete gebarentaal dus – uit te beelden. "Er bestaan wel meer technologieën die vingerspelling

herkennen, maar die zijn nooit overgenomen door doven en slechthorenden omdat de hardware omvangrijk en onpraktisch is", vertelt Hyunchul Lim, een promovendus op het gebied van informatiewetenschappen, in een blogpost van Cornell University. De compacte SpellRing moet die drempel een stuk lager maken. De ontwikkelaars hebben intussen ruim 20.000 woorden van verschillende lengtes met hun vingers gespeld. De nauwkeurigheid van de SpellRing lag tussen 82 en 92 procent, afhankelijk van de moeilijkheidsgraad van de woorden.

>> Info: cornell.edu

benadrukt wel dat die applicatie uitsluitend bedoeld is voor algemene welzijns- en sportdoeleinden, en niet voor 'de opsporing, diagnosticering, behandeling of monitoring van medische aandoeningen of ziektes'.

De ring is verkrijgbaar in diverse maten (van S tot XL, te bepalen via een speciale Ring Size Kit) en komt in zwart, zilver en goud.

>> Info: samsung.com/be, gewicht: 2,3 tot 3 gram, autonomie: tot zeven dagen, richtprijs: 449 euro

Twee alternatieven

Samsung mag dan kunnen pronken met de bekendste smart ring, het is allesbehalve de eerste in zijn soort. Zo is de **Oura Ring**, een stukje hightech uit Finland, inmiddels alweer toe aan de vierde generatie. Het instapmodel kost met 399 euro iets minder dan de Galaxy Ring, en er is keuze uit liefst zes varianten. Als u niet per se de nieuwste uitvoering nodig hebt, weet dan dat de prijs van de Oura Ring Gen3 'Heritage' intussen is gezakt naar 219 euro.

Slim of niet, een ring blijft in de eerste plaats een sieraad, en wat iemand mooi vindt is ontzettend persoonlijk. Daarom noemen we ook nog de **Ultrahuman Ring Air**, met een net iets ander design in vijf verschillende afwerkingen.

Net als smartphones uit dezelfde prijsklasse doen deze ringen in grote lijnen schier hetzelfde: overdag tracken ze activiteiten, 's nachts de slaapkwaliteit en tussendoor parameters als hartslag (variabiliteit), huidtemperatuur en stress. Vrouwen kunnen met deze slimme ringen overigens ook nog hun

menstruatiecyclus bijhouden. Om maar te zeggen: deze glimmende gadgets geven elkaar werkelijk geen duimbreed toe.

Eén belangrijk verschil evenwel: de Samsung werkt niet samen met Apple iPhones, de andere twee ringen ondersteunen zowel Android als iOS.

Michel van der Ven

>> Info: ouraring.com, gewicht: 3,3 tot 5,2 gram, autonomie: tot acht dagen, richtprijs: vanaf 399 euro

>> Info: ultrahuman.com, gewicht: 2,4 tot 3,6 gram, autonomie: vier tot zes dagen, richtprijs: 379 euro

De Ultrahuman Ring Air met draagbaar oplaadsysteem.



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, Vlaams zorgambassadeur
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!



De Oura Ring.

Organisatoren



Vlaamse Vereniging
voor arts-specialisten in opleiding



Sponsor



Het vrouwenlichaam als strijdperk

GENDER In haar essay *De geknevelde vrouw* legt Bieke Purnelle bloot hoe hardnekkig bepaalde denkbeelden over vrouwen en gender nog steeds zijn. *Artsenkrant* sprak met haar over blinde vlekken in de medische wereld, de gevolgen van vooroordelen en de nood aan structurele verandering.



Bieke Purnelle: "Als het medisch curriculum niet verandert, dan maakt het niet uit of je vrouwen of mannen opleidt. Iedereen krijgt dezelfde kennis en dezelfde blinde vlekken mee."

Bieke Purnelle leidt RoSa, een kenniscentrum voor gender, feminisme en gelijke kansen. Oorspronkelijk opgericht om de vrouwenbeweging te documenteren, is de organisatie inmiddels uitgegroeid tot een professioneel kenniscentrum, met een vakbibliotheek, publicaties en opleidingen op maat.

Op 22 april verscheen haar boek – of liever, haar essay, zoals ze het zelf noemt. "Een 'boek' klinkt zo gewichtig", zegt ze lachend. "Ik wilde vooral een beeld schetsen van hoe we vandaag denken over gender. Want hoewel onze kennis groeit en de wetenschap vooruitgaat, blijven bepaalde ideeën verrassend hardnekkig."

Een voorbeeld is het stereotiepe beeld van de prehistorische samenleving: mannen die jaagden, vrouwen die bessen plukten. "Intussen weten we dat dat een mythe is. De realiteit was veel genuanceerder. Maar toch blijft dat beeld terugkeren." Purnelle stoot vaak op defensieve reacties als ze dit soort thema's aankaart. "Alsof we iemand persoonlijk beschuldigen. Maar dat is het punt niet. Niemand doet dit expres. Het gaat om historische patronen, om onbewuste vooroordelen die we allemaal meedragen – ik ook."

Onwetendheid

Purnelle was oorspronkelijk een andere richting uitgegaan met haar tekst, maar gooide alles om na de Amerikaanse presidentsverkiezingen. "Ik dacht: we moeten het over politiek hebben, als we het over gender hebben. De bekendste slogan uit de vrouwenbeweging is niet voor niets 'het persoonlijke is politiek'."

Een belangrijk thema in haar essay is het vrouwenlichaam als strijdperk. "Iedereen heeft een mening over vrouwenlichamen", zegt ze, "maar tegelijk is er een groot gebrek aan kennis. Dat lijkt paradoxaal, maar het één is bijna een voorwaarde voor het ander." Purnelle verwijst naar denkers als Plato, Darwin en Freud. "Wat zij over vrouwen schreven, dat is eigenlijk gewoon onzin. Maar toch leven die ideeën verder, bewust of onbewust."

De onwetendheid manifesteert zich op allerlei terreinen. "Uit studies blijkt dat jongens en mannen nauwelijks weten hoe een vrouwenlichaam functioneert. Vraag hen hoe lang een vrouw menstrueert, en je krijgt de meest waanzinnige antwoorden." Een ander voorbeeld zijn de *crash test dummies* in de auto-industrie. "Die zijn niet representatief voor een vrouwenlichaam", zegt Purnelle. "Daardoor lopen vrouwen bij een ongeval een significant hoger risico op letsels of overlijden."

'Jongens en jonge mannen hebben vandaag een veel conservatiever en rigider beeld van gender dan twintig jaar geleden'

Medische vooroordelen

Die blinde vlekken zijn ook zichtbaar in de medische wereld. Bij klinische studies naar nieuwe geneesmiddelen ging men er bijvoorbeeld vaak van uit dat een vrouwenlichaam hetzelfde is als dat van een man, maar dan kleiner. "Men wordt zich in de medische wereld bewust van deze *gender data gap*, maar het gaat traag. België is zeker geen voorloper. Nog altijd krijgen vrouwen gemiddeld pas na acht jaar de diagnose endometriose."

En dat is niet alleen nadelig voor vrouwen, benadrukt Purnelle. "Het werkt ook omgekeerd: mannen krijgen soms geen juiste diagnose omdat bepaalde aandoeningen als 'vrouwenziekte' worden gezien. Zo kan borstkanker bij mannen veel te laat worden vastgesteld."

Purnelle wijst ook op het verschil in pijnbehandeling. "Vrouwen krijgen minder snel pijnmedicatie, omdat hun klachten vaker als psychosomatisch worden geïnterpreteerd. Terwijl mannen doorgaans gewoon medicatie krijgen als ze aangeven pijn te hebben."

Andere symptomen

Een ander voorbeeld is de manier waarop psychische problemen gediag-

nosticeerd worden. “Bij meisjes worden sneller depressies, angsten of eetstoornissen vastgesteld – zogenaamde ‘internaliserende’ problemen. Bij jongens wordt veel sneller een diagnose van druggebruik, gedrags- of leerstoornissen (‘externaliserende’ problemen) gesteld. De APA verklaart dit als volgt: externaliserende problemen liggen in lijn met de dominante opvattingen over mannelijkheid, internaliserende net niet. Ons idee over gender beïnvloedt dus ook ons medische oordeel.”

Op dezelfde manier worden ontwikkelingsstoornissen zoals ADHD of ASS bij meisjes ondergediagnosticeerd. “Omdat hun symptomen er anders uitzien. Bij jongens met ADHD denken we aan hyperactiviteit, niet kunnen stilzitten. Maar meisjes met ADHD hebben vaak vooral concentratieproblemen of innerlijke onrust – gedrag dat veel minder zichtbaar is. Dus wordt het niet of veel later herkend.”

Hoewel de medische opleidingen de afgelopen decennia sterk vervrouwelijkt zijn, verdwijnt het probleem daarmee niet vanzelf. “Als het curriculum niet verandert, dan maakt het niet uit of je

vrouwen of mannen opleidt. Iedereen krijgt dezelfde kennis en dezelfde blinde vlekken mee. Ook vrouwen kunnen antifeministische en seksistische denkbeelden hebben, net zoals mannen zich zeer goed bewust kunnen zijn van genderongelijkheid.”

Wat moet er dan veranderen? “De curricula. De kennis die we doorgeven, de informatie die we als vanzelfsprekend beschouwen. Dáár begint het.”

‘Wat Plato, Darwin en Freud over vrouwen schreven, dat is eigenlijk gewoon onzin. Maar toch leven die ideeën verder’

Geen verworven recht

Of ze hoopt dat artsen iets uit haar essay meenemen? “Ik heb het niet specifiek voor artsen geschreven”, zegt ze, “maar als ik één ding zou willen meegeven, dan is het dit: gendergelijkheid is geen verworven recht. Er leeft vandaag een sterk idee dat we er wel zijn, dat het nu allemaal wel goed zit – dat merkte je

aan de reacties op Vrouwendag. Dan denk ik: je bent écht niet aan het opletten.”

“Wat vandaag in de Verenigde Staten gebeurt, is rondt verontrustend: academici verlaten het land, er circuleren lijsten met woorden die niet langer gebruikt mogen worden in subsidieaanvragen of in wetenschappelijk onderzoek. Dat is een teken van achteruitgang – en die zal ook hier voelbaar zijn. Zeker medische kennis is bij uitstek grensoverschrijdend. En ja, dat gaat letterlijk levens kosten.”

Ook dicht bij huis ziet Purnelle zorgwekkende tendensen. “Jongens en jonge mannen hebben vandaag een veel conservatiever en rigider beeld van gender dan twintig jaar geleden. Het binaire denken – je bent een jongen of een meisje, een man of een vrouw, en daar hoort een vast patroon bij – is helemaal terug. Dat lijkt misschien onschuldig, maar onderzoek toont het tegenovergestelde: in een samenleving waarin er geen aandacht is voor gendergelijkheid en voor kennis rond gender, gebeurt er meer geweld tegenover vrouwen. Ik weet dat artsen met die realiteit geconfronteerd worden, wanneer ze patiënten zien die te maken

kregen met partnergeweld of misbruik. Dergelijke gevallen worden soms bekeken als een soort anekdote die zich in een soort vacuüm afspeelt. Maar het is geen losstaand fenomeen. Hoe een samenleving omgaat met gender, beïnvloedt hoe mensen met elkaar omgaan.”

“Wij voelen in ons werk dat het steeds moeilijker wordt om gendergelijkheid te verdedigen. Of artsen daarin een actieve rol kunnen spelen? Dat weet ik niet. Maar het is wel essentieel dat iedereen met een publieke rol daarover nadenkt.”

Erik Derycke



>> Bieke Purnelle, *De geknevelde vrouw*. Hoe macht en moraal het vrouwenlichaam bepalen. Academia Press, 2025.



4,5%

RENDEMENT!

DAT KAN SERIEUS AANSTEKELIJK ZIJN...

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

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



AMONIS

Uw toekomst
verdient
een expert

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



*Prof. dr. Tessa Kerre
is hematoloog.*

In de kleinste potjes zit de beste zalf

– *De ontstaansgeschiedenis van Het Kleinste Museum Ter Wereld*

In 2019 startte een bijzonder onderzoeksproject aan het UZ Gent, dat ik mocht coördineren. Twintig studenten van onze faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen werden gekoppeld aan twintig patiënten die in het UZ Gent werden behandeld voor kanker. We onderzochten de impact van *Samen Lezen* op patiënten en studenten. *Samen Lezen* is een bijzondere leesteknik, waarin een korte tekst luidop wordt voorgelezen, en een aantal keer wordt gepauzeerd, om stil te staan bij de tekst en te reflecteren.

Het brengt de mooiste verhalen naar boven. Het project startte eind 2019, maar na enkele maanden kwam een klein gekroond virus ook dit mooie project in de war sturen. Want *Samen Lezen* in covid-tijden was niet vanzelfsprekend. Dus hielden we een online brainstorm over hoe we het project – of toch de mooie dingen die het voortbracht – levend konden houden. De studenten wilden een soort grabbelton met mooie teksten maken, maar zelfs dat mocht niet. Dus maakten ze enveloppes met daarin een betekenisvolle tekst, die door de verpleegkundigen op de kamer werden gebracht.

originele uitvoering (zoals het lepeltjesgedicht van Bart Moeyaert aan een theelepeltje gebonden, of sneeuw, in een doosje vol wattenbolletjes). Bovenaan maakte ze een soort kijkdoos: een kleine ruimte boven op de leespostbus met een installatie van Playmobil-figuurtjes die via kleine kijkgaatjes langs drie kanten kon bekeken worden. De postbus kreeg een mooie plek op de afdeling hematologie in het UZ Gent. Patiënten, mantelzorgers en zorgverleners kunnen er een leespraline uithalen en savoureren. Als je ze niet lekker vindt, mag je ze terugstoppen. En als ze in de smaak valt, mag je ze houden. En het beste is, je kan er zo veel en vaak van genieten als je wil.

Na verloop van tijd kiemde een nieuw idee in mijn hoofd: mijn 'Kunst aan bed'-projecten verbinden met de postbus: ik wilde op de zolder van de postbus het kleinste museum ter wereld maken. Het idee rijpte en de kleine droom werd groter, en plots was daar de perfecte samenloop van omstandigheden.

Dankzij de vereende krachten van Tine Marie Van Damme, van Postkantoor 00/00/00, een postkantoor voor brieven naar overleden mensen, Laura De Bruyne en een team van VRT, en Kom op tegen Kanker, kreeg de postbus een serieuze make-over (er is zelfs verlichting met afstandsbediening!), en huist er nu op zolder HKM, met als eerste tentoonstelling een van Saar De Buysere, die tekeningen maakt op postzegels. Ze worden begeleid door quotes uit brieven die naar het Postkantoor werden gestuurd. Binnenkort opent HKM officieel, met een – dat spreekt – kleine plechtigheid. Wat kijk ik uit om de verwonderde, ontroerde en geamuseerde twinkels te zien in de ogen van hen die door de kijkgaatjes HKM bezoeken. •

‘*Het idee rijpte en de kleine droom werd groter*’

Maar de droom van de literaire grabbelton bleef smeulen, en zo werd in de zomer van 2021 de Leespostbus geboren. Studente geneeskunde en deelnemer aan het onderzoeksproject Astrid Ally maakte een prachtige postbus, vol leespralines, korte verhalen of gedichten, vaak in een bijzonder

✍️ *De auteur schrijft in eigen naam.*



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

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

Hoofdredacteur

Filip Ceulemans (filip.ceulemans@roularta.be)

Eindredactie

Karolien Van de Velde

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

Sigi Van Cleemput - 0495-28.02.05
svcl@pmg.be

Frontoffice assistant

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

Artsenkrant

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

Medical Manager

Dr. Hade Scheyving

Sales & Operations Manager

Virginie Meysmans
vim@pmg.be

Uitgeefdirecteur

Andy Noyez

Verantwoordelijk uitgever

Fernand Vanrie

Digital manager

Jorgen Vanderdood



Corona: man-made in China?

Wim Van Hooste

Preventieadviseur-arbeidsarts.

Al van in het begin van de SARS-CoV-2-pandemie had ik een dubieus gevoel over deze zoönotische infectie die op wereldtournee ging vanuit de Chinese stad Wuhan. Was de oorsprong de zo vaak genoemde en vermaledijde vismarkt (Huanan Wet Market), of toch het nabijgelegen (op 1 km) laboratorium Wuhan Institute of Virology (WIV)?

Binnen dat WIV zou men bezig geweest zijn met onderzoek naar de mogelijke transmissie van coronavirussen naar de mens. Namen zij geen onnodige risico's door 'Grote hoefijzerneus'-vleermuizen in grotten op grote schaal te gaan bemonsteren op zoek naar *wildlife* coronavirussen? •

Complottheorieën ontstaan door
onzekerheid en angst



International recruitment?

Jan Stroobants

Voorzitter Professional Committee, European Society for Emergency Medicine.

Is het wel ethisch verantwoord om zorgverstrekkers weg te halen uit landen die zelf zwaar geïnvesteerd hebben in de opleidingen om aan de gezondheidsnoden van hun bevolking te kunnen voldoen? Hoewel het mijn overtuiging is dat het de plicht is van elk land om ervoor te

zorgen dat er voor eigen behoeften voldoende kwaliteitsvolle mensen worden opgeleid in alle takken van de gezondheidszorg, wens ik allerminst een pleidooi te houden voor het verbieden van mobiliteit van zorgverstrekkers tussen de landen. Voor het systematisch rekruteren van

groepen mensen uit het buitenland naar onze zorg, lijkt me een toetsing door een onafhankelijke ethische commissie echter wel aangewezen. Daar moet natuurlijk overeenstemming over zijn in heel Europa om niet als enig kneusje achter te blijven. •

WERKAANBOD

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

N09017

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

N09018

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

N09019

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

N09021

Vacature huisarts te Lummen :

- Vast/tijdelijk/deeltijds/fulltime
- 2 lange tot 18u, 2 korte tot 16u en 1 vrije dag
- Min aan huisbezoeken
- Geen instapkosten
- Sociale voorzieningen voor ziekte- en moederschapsverlof

Contact : info@hapcurtisjanssen.be of tel. 013/52 24 95.

N09022

Meer zoekertjes op onze website
www.artsenkrant.com

Collega gezocht in Aalst:

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

Meer info: www.praktijkpopperode.be

N09023

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

N09024

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



Het AZ Sint-Lucas zoekt een arts-specialist nucleaire geneeskunde. Alle info via www.azstlucas.be/zorgaanbod/zorgverleners/vacatures-artsen

N09028



Het AZ Sint-Lucas heeft plaats voor een fellow locoregionale anesthesie. Alle info via www.azstlucas.be/zorgaanbod/zorgverleners/vacatures-artsen

N09029

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

Bent u op zoek naar personeel?

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

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

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



UW ADVERTENTIE HIER
Interesse?

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

PRAKTIJK

Drukke solopraktijk te Humbeek over te nemen

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

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

NC8275

Bloeiende solo - Huisartsenpraktijk te Stekene

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

NC8276

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

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

NC8277

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

Te koop: wegens stopzetting praktijk: onderzoekstafels H 80 en 70cm, krukjes, KNO diagnoseset Heine: HK 20-1 Mini, bureau Bullo, tafels met kabelgoot, Brother printers etc.

Contact: 0476/64 29 00.

NM2070

VASTGOED

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

NB8030

Moderne, ruime en leuke woning met ruimte voor vrij beroep te koop

met secretariaatsruimte, wachtzaal en 2 kabinetten te Sint Pieters Leeuw, kleine, afgeschermd tuin, 1.5 badkamer, 4 kamers, ruime en goed geïnstalleerde keuken, ruime living met aparte TV hoek, garage en parkeerplaatsen.

Interesse: contact 0479 34 86 07.

NB8032

UW ADVERTENTIE HIER



Interesse?

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



altijd dicht bij warme zorg

VACATURE

GASTRO-ENTEROLOOG

FUNCTIE-INHOUD

We zijn op zoek naar een gastro-enteroloog in voltijds dienstverband. Je gaat aan de slag in az Vesalius met campussen in Tongeren en Bilzen.

VOORWAARDEN

- Je bent arts-specialist in de gastro-enterologie en je bent bevoegd om geneeskunde uit te oefenen in België. Een bijzondere interesse in inflammatoire darmaandoeningen (IBD) is een pluspunt, maar geen strikte vereiste.
- Je hebt een uitstekende kennis van het Nederlands. Bijkomende kennis van het Frans en het Engels is een pluspunt.
- Je bent een teamspeler en draagt kwaliteitsvolle zorg zeer hoog in het vaandel. Je kan zowel zelfstandig als in teamverband werken.
- Je kan op een vlotte en correcte manier informatie verstrekken aan patiënten.
- Je wil meewerken aan de verdere uitbouw van onze dienst gastro-enterologie in de toekomst.

WAT BIEDEN WIJ

Het team gastro-enterologie in az Vesalius bestaat uit vijf gastro-enterologen. Wij bieden een voltijdse functie van 8 tot 9 halve dagen per week aan. Je gaat aan de slag in een ziekenhuis waar ook medewerkers warme zorg ervaren. Wij besteden veel aandacht aan hun welbevinden, want enkel tevreden medewerkers kunnen kwaliteitsvolle zorg bieden aan onze patiënten.

az Vesalius is een regionaal ziekenhuis met campussen in Tongeren en Bilzen. Ons ziekenhuis heeft 326 erkende bedden en een doorverwijsgebied van meer dan 100.000 inwoners. Met meer dan 130 artsen en 800 personeelsleden staan wij altijd voor hen klaar. In az Vesalius staat de patiënt centraal en bieden wij kwaliteitsvolle zorg dichtbij huis.

Sinds 2019 vormen de ziekenhuizen az Vesalius (Tongeren), Jessa (Hasselt), Sint-Franciscus (Heusden-Zolder) en Sint-Trudo (Sint-Truiden) een klinisch netwerk dat hoogkwalitatieve en betaalbare zorg dicht bij de patiënt wil aanbieden.

In het ziekenhuisnetwerk andreas wordt bestaande expertise gebundeld, de kwaliteit van zorg voor patiënten verhoogd en wordt die zorg zo dicht mogelijk bij huis aangeboden.

EXTRA INFORMATIE

Stuur je motivatiebrief en curriculum vitae naar:

- Dr. Klaartje Lowette, medisch diensthoofd gastro-enterologie, klaartje.lowette@azvesalius.be
- Dr. Alex Breugelmans, hoofdarts az Vesalius, alex.breugelmans@azvesalius.be

‘Films zijn voor mij een soort meditatie’

PORTRET Van jongs af aan is psychiater prof. dr. Manuel Morrens bezielde door zijn liefde voor film en cinema. Zo erg zelfs dat hij thuis een ware cinemazaal liet bouwen, compleet met sterrenhemel, comfortabele stoelen en unieke filmrekwisieten.

De liefde voor cinema bloeide op toen Morrens vijf jaar oud was en met zijn moeder in 1982 naar de bioscoop ging om er *E.T.* van Steven Spielberg te zien. “Dat moment in die donkere zaal, voor het eerst ondergedompeld in de wereld van cinema, voelde magisch aan. En dat gevoel is nooit verdwenen. Een bioscoop blijft voor mij nog altijd een bijzondere plek: je deelt emoties met wildvreemden, wordt samen geraakt, verrast of ontroerd. Die gedeelde ervaring maakt het zó uniek.”

“Ik heb een druk leven en het lukt niet altijd om tijd te vinden en mezelf in een boek te verliezen. Een film biedt meer houvast: het is een afgerond geheel, met een duidelijk begin en einde. Ik weet op voorhand hoelang het duurt, waardoor ik mijn agenda er gemakkelijk op kan afstemmen”, zegt de psychiater. “Films zijn voor mij ook een soort meditatie; een moment van afleiding, even helemaal in een andere wereld zijn. Aan het einde van zo’n film heb je een reis afgelegd, en ben je een ervaring rijker.”

‘Het beleven van verhalen heeft mij altijd geprikkeld. In mijn beroep als psychiater ervaar ik hetzelfde’

Morrens zegt enkele raakvlakken te zien tussen zijn interesse voor films en de psychiatrie. “Het beleven van verhalen heeft mij altijd geprikkeld. In mijn beroep als psychiater ervaar ik hetzelfde: ik word meegenomen in iemands leefwereld, denkproces en gevoelsleven. Die kwetsbaarheid van een patiënt op een authentieke manier mogen meemaken, dat is voor mij uniek”, aldus Morrens, die stelt dat zijn beroep de manier heeft beïnvloed waarop hij naar films kijkt. “Ik let nu meer op interpersoonlijke verhoudingen en psychologische onderstromen. Al kan ik evengoed



Dr. Manuel Morrens: “Dat gevoel wanneer ik de trapjes in mijn cinema afloop over het rode tapis-plain, met die typische sfeerverlichting zoals je die in bioscopen ziet, is magisch.”

genieten van een simpele doldwaze ‘popcornfilm’.”

Unieke eigenheid

Volgens Morrens zijn films als het ware tijdsdocumenten, die in zekere mate de *Zeitgeist* meedragen van het moment waarin ze zijn gemaakt. “Denk aan de periode van de Koude Oorlog waarin de angst voor het nucleaire gevaar in veel films voelbaar was. Of het Interbellum, een tijd waarin mensen hunkerden naar lichtvoetige cinema om even te ontsnappen aan de oorlogsspanningen. Een film uit die tijd kan je daarom ook nooit exact namaken, omdat je die unieke eigenheid die gevormd is door de tijd waarin het is gemaakt, niet kan herfabriceren. Dat maakt het zo’n bijzonder medium. En dat geldt niet alleen doorheen de tijd, maar ook over culturen heen. Neem nu Scandinavische films, die herken je meteen aan hun unieke gitzwarte humor.”

Morrens geeft aan dat hij zich aange trokken voelt tot een breed aanbod aan films. “Denk aan *Dune* of *Interstellar*, die me op intellectueel niveau aanspre-

ken. Dat waardeer ik enorm. Maar tegelijk kunnen ook heel eenvoudige, menselijke films me diep raken. Films die de beleving van het mens-zijn op een pure en eerlijke manier tonen, zoals *Anatomie d’une chute*. Die echtheid, dat kwetsbare, maakt het zo krachtig. In al zijn eenvoud kan zo’n film enorm authenticiteit aanvoelen. Wanneer beeld, muziek en emotie naadloos samenvallen en alles op dat ene moment klopt, krijg ik kippenvel. Dat is voor mij kunst.”

Concept art

De mooiste omgeving om een film te ervaren is uiteraard in een luxe cinema. Het was voor Morrens daarom een speciaal moment toen hij zijn nieuwe huis kon vormgeven, en de mogelijkheid kreeg om een eigen cinema in te richten. “Ik kijk jaarlijks zeker 150 tot 200 films, vaak ook samen met mijn kinderen. Dus toen ik begon met de bouw van mijn huis stond er één ding vast; er moest een cinema in komen”, zegt Morrens. “Dat gevoel wanneer ik de trapjes in mijn cinema afloop over het rode tapis-plain, met die typische sfeerverlichting zoals je die in bioscopen ziet, is magisch. De

sterrenhemel aan het plafond maakt het helemaal af. En natuurlijk moeten ook de akoestiek en het scherm perfect zijn. Zelfs de zetels, precies zoals in Amerikaanse series, dragen bij aan die unieke sfeer.”

Ook de inrichting van Morrens’ cinema ademt filmgeschiedenis. De ruimte is aangekleed met concept art van bekende films en iconische rekwisieten die werden gebruikt. Zo hangt er een originele schets van de allereerste *Indiana Jones*-film, en bezit de psychiater de originele pistolen die het personage Trinity gebruikte in *The Matrix*-trilogie, evenals de dolken uit de film *V for Vendetta*. “Dat zijn écht de pronkstukken van mijn collectie.”

Morrens gaat verder door te zeggen dat hij het ontzettend mooi vindt dat hij deze passie met zijn kinderen kan delen. “Met mijn dochter ben ik de *John Wick*-films aan het kijken. Echt zo’n bubbelmoment waarbij we samen in onze eigen cinema zitten. Het bracht ons zelfs naar Parijs, waar we de locaties uit de films bezochten. Dat maakt het allemaal nog betekenisvoller”, besluit Morrens.

Floris Cup