

Onder vier ogen met **minister Bacquellaine!**



JS3231N

Vragen over uw pensioen? *De Specialist* en *Medi-Sfeer* nodigen 30 lezers uit voor een exclusieve ontmoeting met minister Bacquellaine op **dinsdagavond 13 juni** in onze studio's in Zaventem. Wat u daarvoor moet doen? Stuur **voor 30 mei** uw vragen naar p.selleslagh@despecialist.eu.

Veel succes! De winnaars worden begin juni op de hoogte gebracht.



Dubbele cohort: “Weg vrij voor extra middelen”

Prof. Jo Lambert maakt een balans op van haar parcours als ondervoorzitter van de Hoge Raad specialisten-huisartsen, met als belangrijkste verwezenlijking het advies voor de dubbele cohort. Waarom volgt minister De Block het niet op? Bijna alle medische organisaties vormen een front.

► Lees verder op blz. 4-5

- ➔ **RADIOTHERAPIE**
In de vuurlinie **2, 20-21**
- ➔ **FINANCE**
Droomt u van het buitenland? .. **18-19**
- ➔ **HEPATITIS C**
Kansen voor een totaalaanpak **24-25**

Marc Decramer: 'Er zijn zeker te veel radiotherapiecentra'

Anleiding is uiteraard het prestigieuze protoncentrum dat in de steigers staat. Een rendabele investering? Niet volgens een KCE-studie van enkele jaren geleden.

Marc Decramer: "Deze cijfers zijn achterhaald. Europa telt inmiddels al een 30-tal protoncentra. Het KCE staat met deze opinie een beetje alleen.

Bovendien mikken we op twee indicatietypes. Er zijn de standaardindicaties. De protontherapie bestraalt veel meer gefocust de tumor. Met minder nevenwerkingen en meer mogelijkheden dan met conventionele therapie. Het gaat bijvoorbeeld om zeldzame hersen-, oog-, schedelbasistumoren en een aantal zeldzame tumoren bij kinderen. Daarvan tellen we 200 tot 250 indicaties per jaar in ons land. Daarnaast zijn er 'modelgebaseerde indicaties': meer geconcentreerde stralen op de tumoren. Wellicht is dat effectiever, maar het valt nog te bewijzen in gerandomiseerde studies. Daarin zullen we ook participeren.

Men schat dat in de toekomst zo ongeveer 10% van de indicaties voor radiotherapie met protontherapie bestraald zal worden. België kent jaarlijks ongeveer 15.000 gevallen, dus 1.500 daarvan komen potentieel in aanmerking, afhankelijk van het resultaat van de lopende studies."

Dat laat ruimte voor één centrum in België. Maar in het Verzekeringscomité ligt een tweede aanvraag op tafel (Charleroi). Een uiting van de klassieke wafelijzerpolitiek?

M.D.: "Qua standaardindicaties is maar één centrum nodig. Maar Charleroi is een onderzoekscentrum. En als de indicaties uitbreiden, kan er plaats zijn voor twee. Ter vergelijking: Nederland plant vier centra, momenteel drie in aanbouw (Groningen, Maastricht, Delft). Die centra tellen in totaal negen behandelingskamers voor 17 miljoen inwoners. Zelfs met twee centra haalt België maar twee behandelingskamers voor 11 miljoen inwoners."

Vergt dit geen Europese planning? Maastricht ligt niet zo ver van Leuven.

M.D.: "Je moet ook de sociale context zien. Kwetsbare patiënten met tumoren moeten nu naar Heidelberg, daar een appartement huren en er twee maanden verblijven. Zelfs Maastricht is niet altijd bij de deur voor wie uit het westen van het land komt.

Bovendien: we waren voor geneeskunde altijd top in België. Moeten we nu vervallen tot een soort paria die voor gesofisticeerde gevallen patiënten naar het buitenland moet sturen?"

Een babbel met de CEO van het UZ Leuven, prof. Marc Decramer, over radiotherapie, netwerking, het EPD en het Vlaams Ziekenhuisnetwerk.



Prof. Decramer: "Onze EPD-standaard heeft weinig te maken met terreinbezetting, maar alles met zorgkwaliteit."

Er circuleert een federale nota om de 12 satellietdiensten radiotherapie uit te doven en alleen nog 16 diensten op een unieke site over te houden (SP 104). Wat vindt u?

M.D.: "Er zijn er zeker te veel. Ruw geschat kunnen er 14 tot 15 blijven bestaan met 15.000 jaarlijkse indicaties en minstens 1.000 patiënten/jaar/centrum. Dat worden er dan 8 tot 9 in Vlaanderen, waardoor een patiënt maximaal 30km moet afleggen."

Men kan ook anders rekenen: we gaan naar 25 netwerken. Waarom niet één centrum per netwerk?

M.D.: "Dat zou ik niet verdedigen omdat het een supraregionale activiteit is. Je moet er één hebben per twee of meer netwerken, afhankelijk van de inplanting. Mensen met voldoende expertise ook.

Ga je naar protontherapie, dan kun je niet één radiotherapiecentrum per locoregionaal netwerk hebben. Radiotherapie is geen activiteit van lokale ziekenhuizen."

Dus hier speelt het nabijheidscriterium minder dan voor protontherapie?

M.D.: "Voor protontherapie moeten sommige patiënten sowieso nog 75 tot 100km reizen.

Meer zorgconcentratie is nodig. Dat is ook duidelijk aangetoond met de traumacentra. In Engeland zijn er 12 voor 55 miljoen inwoners: 1 per vijf miljoen inwoners. Sindsdien is de mortaliteit er door polytrauma van slachtoffers die in het ziekenhuis terechtkomen, fors gedaald. De overheid moet overigens niet bewijzen dat bepaalde centra niet goed functioneren, de centra moeten zichzelf bewijzen. Het patiëntenstandpunt telt, niet het perspectief van de zorgverlener of het ziekenhuis."

Hoe zien jullie zelf jullie positie in de netwerken? Sommigen denken dat het UZ Leuven opgesloten zal worden en hooguit nog 'netwerk Hageland' wordt.

M.D.: "Neen, de locoregionale netwerken zijn bedoeld voor de basispathologie. Wij rekruteren patiënten over heel Vlaanderen omdat we expertise opbouwden waar die niet bestond. Zo hebben we het enige nationale referentiecentrum voor hemofilie. Transplantatie zal evenmin locoregionaal behandeld worden, etc."

Met jullie EPD zit alles op schema?

M.D.: "Ongeveer 20 ziekenhuizen zijn aangesloten. We hopen dat aantal wel dra uit te breiden tot ongeveer 30."

Is er een opbod bezig van EPD-standaarden tussen de verschillende UZ's? Willen ze allemaal zo het terrein bezetten?

M.D.: "Dat maakt deel uit van ons ziekenhuisnetwerk met inmiddels 31 ziekenhuizen. Het heeft weinig te maken met terreinbezetting, maar alles met zorgkwaliteit. Zo willen we ziekenhuizen benchmarken, de kwaliteit van iedereen opkrikken. Het heeft evenmin te maken met verwijzing van patiënten. AZ Damiaan Oostende zal logischerwijze eerder patiënten verwijzen naar Sint-Jan Brugge of het UZ Gent. Ziekenhuizen komen spontaan vragen om bij ons netwerk aan te sluiten, we voeren daar geen marketingcampagne rond."

Pascal Selleslagh

Meer info ook in onze rubriek Focus Diagnostica blz. 20-21.

Protoncentrum: investering 45 miljoen

- 25 miljoen voor toestel
- 20 miljoen voor bunker

Deels betaald door:

- Vlaamse regering
- UZ Leuven
- UCL

Niet gerecupereerd bij Riziv (dat meer betaalt aan buitenlandse centra)

Wel gerecupereerd

- Door leveren onderzoekstijd aan IBA (toestel op 20km van hun hoofdzetel)
- Opleidingen IBA door UZ Leuven en UCL georganiseerd voor andere centra

Evenwichtig businessplan vereist 150 tot 160 patiënten/jaar.

35 miljoen extra in 2018 voor spoed(transport)

De dringende geneeskundige hulp (DGH). De regering maakt 35 miljoen vrij om het hervormingsplan in 2018 op gang te trekken.

De permanentiesubsidie van dringend medisch vervoer wordt onder meer verhoogd. Deze subsidie dekt immers maar 10% van de personeelskosten. Ze steeg in 2016 al met 12 miljoen euro. In 2018 wordt dus een volgende stap gezet in de hervorming.

De ambulancediensten zullen ook anders factureren; de factuur per kilometer maakt plaats voor een transparanter systeem.

Er komen meer kwaliteitsnormen. In een volgende fase vraagt de overheid de garantie dat in 90% van alle oproepen de patiënt binnen de 15 minuten een ziekenwagen ter plaatse moet hebben. De programmering zal vastleggen hoeveel

ambulances, welke soort en waar we ze nodig hebben. Daarbij gaat aandacht gaan naar gebieden met geringe bevolkingsdichtheid.

Drie types ziekenwagens

Er wordt voorzien in drie types ziekenwagens:

- de gewone ziekenwagen,
- de PIT of een interventieploeg

met een paramedicus of gespecialiseerde verpleegkundige aan boord, een MUG of medisch urgentievoertuig.

De mogelijkheid tot samenwerking met privédiensten wordt bestudeerd. ■

PS.

Update KCE-pancreas-richtlijn

Het KCE concentreerde zich op drie cruciale vragen.

1. Welke onderzoeken worden best uitgevoerd voor de diagnose?

Met een CT-scan kan een goedaardige tumor het beste van een kwaadaardige worden onderscheiden. Dit type scan moet de voorkeur krijgen boven een echografie, MRI, PET-scan of de opsporing van tumormerkers in het bloed.

Als een kanker operabel blijkt, beveelt het KCE aan om eerst een verkennende laparoscopie uit te voeren om de buikorganen te bekijken.

Als daardoor wordt vastgesteld dat de kanker toch inoperabel is, met uitzaaïngen in de lever of het buikvlies, kan een zware chirurgische ingreep bij de patiënt nog vermeden worden.

2. Operabele kanker: met of zonder voorafgaande behandeling?

Is een chemotherapie, radiotherapie, of een combinatie van beide, vóór een operatie wenselijk? Voor een operabele tumor is het antwoord negatief, op basis van de internationale wetenschappelijke literatuur.

Bij twijfel of een tumor operatief kan worden verwijderd, kan chemotherapie worden overwogen, zodat vervolgens chirurgie mogelijk is.

Recidief of metastase van de kanker: niet opnieuw opereren.

3. Wat is de optimale behandelstrategie bij patiënten met een terugkomende pancreaskanker of met uitzaaïngen?

Dan mag de behandeling enkel uit chemotherapie bestaan, want het heeft geen zin om de patiënt opnieuw te opereren. De keuze van het product voor de chemotherapie hangt af van de algemene toestand van de patiënt: zijn comfort komt op de eerste plaats. Het KCE dringt verder aan op een multidisciplinaire aanpak.

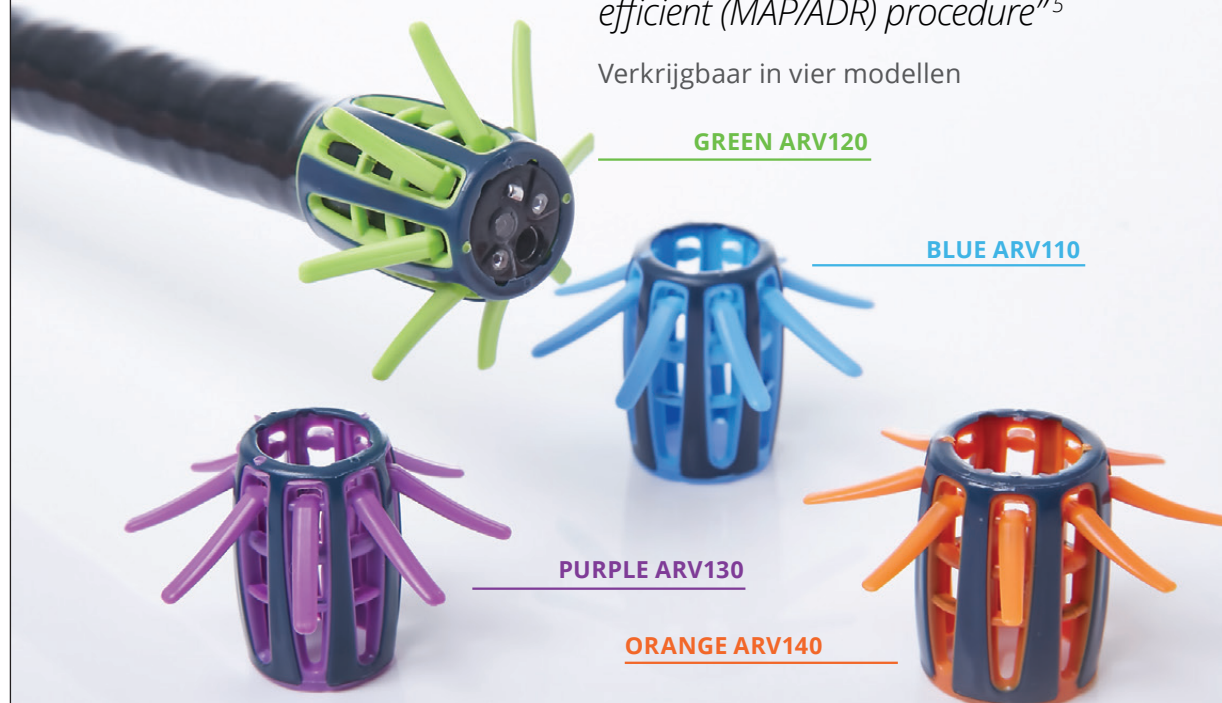
PS.

Verbetering van visualisatie, bediening, snelheid en effectiviteit tijdens colonoscopie¹⁻⁵

ENDOCUFF VISION®

"Use of ENDOCUFF VISION® improved overall performance by making colonoscopy a quicker (CIT) and more efficient (MAP/ADR) procedure"⁵

Verkrijgbaar in vier modellen



1. Biecker et al. J Clin Gastroenterol 2015;49:413-8
2. Tsiamoulos et al. UEGJ October 2014 vol. 2 no. 1 suppl A495
3. Tsiamoulos et al. GUT 2014;63:A152-A153
4. Konda et al. Gastrointest Endosc 2015;81:1123-29
5. Tsiamoulos et al. Gastrointest Endosc 2015;81(55)AB209

NORGINE en het zeil logo zijn geregistreerde handelsmerken van de Norgine groep. ENDOCUFF VISION is een geregistreerd handelsmerk van Arc Medical Design Limited.

NORGINE NV/SA, Romeinsestraat 10, B-3001 Heverlee

NORGINE
Partner for a healthy life

■ PROF. JO LAMBERT, ONDERVOORZITTER HOGE RAAD ERKENNING HUISARTSEN EN SPECIALISTEN ■

'Niets staat extra middelen voor

Sinds 2014 zit prof. Jo Lambert de Nederlandstalige Kamer voor van de Hoge Raad erkenning huisartsen en specialisten. Sommigen tippen haar als voorzitter van beide kamers als de Raad in 2019 vernieuwd moet worden. Een balans.

"Ik vind het heel interessant hoe Domus Medica werkt. Specialisten zijn meer gestructureerd als kleine baronieën."

Prof. Lambert staat bekend als sterke voorstander van *lean management*. Een van de eerste zaken waarvoor ze ijverde bij het begin van haar mandaat, was om de werkingsprocessen en de communicatie te verhelderen. "We kenden toen nog geen *sharpoint* om alle documenten tegelijk te raadplegen. We zijn meer met templates gaan werken, bijvoorbeeld bij aanvragen voor bijzondere beroepstitels. Persoonlijk heb ik veel geleerd van de mix huisartsen-specialisten, Franstaligen-Nederlandstaligen, de verschillende organisaties die zijn afgevaardigd in de Hoge Raad. Ik vind het heel interessant hoe Domus Medica werkt. Specialisten zijn meer gestructureerd als kleine baronieën."

De Gentse dermatoloog gelooft ook sterk in een jaarstrategie. "Ik wou niet dat we constant ad-hocantwoorden moesten formuleren op vragen van de minister. Opleidingsproblemen bekijken we nu veel meer op eigen initiatief." Maar hét pronkstuk van wat de Hoge Raad sinds 2014 verwezenlijkte, was zonder twijfel een zeer degelijk en allesomvattend advies over de dubbele cohorte. "Dat heeft ons twee jaar gekost. Nu hebben we evenwel een superoverzicht over de behoeften ter beschikking."

Het probleem is nog lang niet opgelost, ondanks jullie doorwrochte voorstel.

Jo Lambert: "Toch is er al heel wat gebeurd. Aan onze faculteit hebben bijvoorbeeld alle stagemeeesters de moeite genomen om meer stageplaatsen te vinden of op de bestaande stageplaatsen het aantal assistenten uit te breiden. Dus eigenlijk nemen de opleiders zelf de financiering in handen. We zijn aan het punt gekomen waarop ook onze ziekenhuisdirectie daarvoor een bepaald budget zal vragen. Minister De Block zal niet anders meer kunnen dan op die vraag ingaan. Ik meen te weten dat ze het ook wel zal doen. Het kabinet heeft al een aantal zaken versoepeld. Een stagemeeester moet geen acht jaar anciënniteit meer voorleggen, maar vijf jaar. Het quotum op te leiden assistenten mag tijdelijk verhoogd worden... en dat zonder afbreuk te doen aan de kwaliteit. Deeltijdse stages zou de minister ook toestaan, al vind ik dat persoonlijk niet zo goed."

Hoezo?

"Dat is moeilijk te organiseren in een team: je moet op continuïteit kunnen rekenen. Assistenten leren ook veel als ze hun patiënten longitudinaal kunnen opvolgen. En de periode zou veel langer uitgesmeerd worden. Voor dermato



"De communicatiebrug tussen het federale en de regio's werkt nog niet optimaal."

bijvoorbeeld van vijf naar tien jaar als je 50% stage volgt.

Als dermatologen pasten we als eerste beroepsgroep onze opleidingscriteria aan, een uitstekende zaak. Vroeger kon een assistent vier jaar aan één stuk zijn opleiding krijgen in één universitaire dienst. De laatste jaren breidden we uit naar vier perifere diensten. De assistenten vinden het zelf een meerwaarde om in een andere setting aan de slag te gaan."

Hoe werd de jaarstrategie van de Hoge Raad uitgetekend?

"We zijn nog steeds bezig de bijzondere criteria van de specialismen te updaten. Dat is een titanenwerk, bijvoorbeeld voor interne en chirurgie, ware megadisiplines. 'Gaat plastische bij de chirurgie of blijft dat apart?' is bijvoorbeeld een vraag waarover we ons het hoofd breken. De adviezen dubbele cohorte hebben we echt afgesloten omdat ze tot in de puntjes onderbouwd zijn. Aan de minister nu om ze mee te nemen."

Frustreert het u niet dat u slechts adviezen kunt afleveren?

"Van de financiële kant en de beleidsaspecten moeten we sowieso onze handen afhouden. Maar ik amuseer me er wel mee om, als ik ergens nieuw binnenkom, met een frisse blik alles te bekijken om dan zaken te vernieuwen. Zo ook met de Koninklijke Academie voor Geneeskunde waar we een stuk doelgerichter zijn gaan werken – mijn bestuursmandaat is daar nu voorbij."

Op een van die zittingen van de Koninklijke Academie liet minister Vandeuren verstaan dat er niet alleen maximum-, maar ook minimumquota moesten komen voor sommige specialismen.

"Ja, dat is een van de gevolgen van de 'kantonisering' van België. De Hoge Raad geeft federale adviezen, maar de erkenningscommissies zitten nu volledig bij de regio's. De communicatiebrug tussen het federale en de regio's is zeker nog niet optimaal. Men zou nu nog één enkele persoon per universiteit in de erkenningscommissies willen. Maar als die ene persoon niet aanwezig kan zijn, mag die zelfs geen vervanger aanduiden.

Wat die subquota betreft: daar moeten we nu werk van maken. Maar er is alvast een doorbraak voor de contingering, en het toelatingsexamen langs Franstalige kant."

dubbele cohorte nog in de weg'

UZ's naar eigen netwerk zeldzame ziekten?

Hoe kijkt Jo Lambert aan tegen de positie van het UZ Gent nu de ziekenhuisnetwerkaart in Vlaanderen vaste vorm begint aan te nemen? "Het UZ Gent bouwt nu vooral voort op historische netwerking. Ik meen te weten dat de Raad van de Universitaire Ziekenhuizen beraadslaagt over de positie van de UZ's binnen die netwerken. Moeten we een netwerk op zich vormen, bijvoorbeeld voor zeldzame ziekten? Ik weet daarvan de uitkomst nog niet.

Hier in Gent zijn er verwoede pogingen om de ziekenhuizen te doen samenwerken. En er springt er soms eentje weg (lacht): Maria Middelaers met het E17-netwerk. Persoonlijk zou ik het beter vinden dat binnen de UZ's of breder afspraken tot stand komen om *centers of excellence* te vormen. Ik werk bijvoorbeeld veel rond Imids (*immune-mediated inflammatory diseases*) en dan is het interessant om bijvoorbeeld in mijn regio een *center of excellence* te vormen, eventueel met partners-dermatologen die veel van dergelijke patiënten zien. Wij profileren ons dan pakweg als experts blaarziekten terwijl Leuven een ander terrein kiest. Laten we de 'waste' die *lean management* probeert te elimineren, vermijden." Of prof. Lambert met haar rijke managementervaring geen hoge managementfunctie in haar eigen ziekenhuis ambieert? "Ik bekleedde al een middle-managementfunctie toen het ziekenhuis in 2007-2008 in zeven sectoren ging werken, onder **Francis Colardyn**. De huidige sector – met inbegrip van dermato – startte ik op als sectorvoorzitter. Toen is mijn liefde voor *lean management* ontstaan. Toen sommigen riepen om extra personeel voor dialyse, kon ik die afdeling beter doen functioneren door enkele *lean*-aanpassingen. Dat is een leuke manier van besparen die niemand treft."

P.S.

De Hoge Raad laat zich in met de toekenning van bijzondere beroepstitels. Welke criteria geven de doorslag?

"Voor ageing-dokters waren de randvoorwaarden niet vervuld, dus dat stemde ons sceptisch. Op de duur zouden ze langer in opleiding zijn dan een huisarts bijvoorbeeld, wat absurd is. Het advies is naar de minister, maar is niet enthousiast onthaald. Hoe ver ga je in bijzondere beroepstitels? Niet te ver. Dus geen specialisten van de pink bijvoorbeeld. De gynaecologische oncologie kon wel, een verdere opsplitsing daarvan niet.

Binnen dermato staan wij nu voor de vraag of we een dermato-oncoloog in het leven gaan roepen. Blijkbaar zijn de dermatologen toch geen voorstander: het is een tweesnijdend zwaard: er zou misschien

meer zichtbaarheid ontstaan voor dat vakgebied met een bijzondere beroepstitel, maar dan mogen de andere dermatologen geen onco meer beoefenen."

KB 78: de madelief van Maggie is met veel poeha voorgesteld, maar nu blijft het stil.

"Dat hangt samen met de hervorming van de financiering. Ik ben zelf voor een multidisciplinaire aanpak, al zijn de meeste dermatologen koele minnaars omdat ze vrezen dat ze dan zonder werk zullen vallen. Maar onze wachttijden zijn zo extreem! We zullen ze in kaart brengen met een survey. De kans bestaat dat we dermato-nurses aan het werk zetten als die een bijzondere beroepstitel krijgen."

Hoe lang loopt uw huidige termijn nog?

"Tot 2019. Net zoals bij Maggie De Block (lacht)."

Bent u van plan om u nadien nog kandidaat te stellen?

"Ja, waarom niet? Nu ben ik voorzitter van de Nederlandstalige Kamer, en ondervoorzitter van beide Kamers. Jacques Boniver, gepensioneerd patholoog, zit de twee kamers voor. De ondervoorzitters komen per definitie uit de Koninklijke Academie. De beroepskant wordt vertegenwoordigd door mensen van de Orde."

Er bestaat een redelijke kans dat u na 2019 algemeen voorzitter wordt?

"Ik zie wel waar ik beland!"

Pascal Selleslagh

Dubbele cohorte: geduld van medische wereld is op!

Een gezamenlijk standpunt van zowat alle syndicale en universitaire verenigingen, zowel Nederlands- als Franstalig, maakt brandhout van de manier waarop minister De Block het probleem van de dubbele cohorte aanpakt (1).

De organisaties verwijzen zowel naar de adviezen van de Hoge Raad specialisten-huisartsen als die van de Koninklijke Academie voor Geneeskunde van België. "De voorbije jaren zien we als Vlaamse en Franstalige vertegenwoordigers met lede ogen aan hoe minister De Block weigert om constructieve en langetermijnoplossingen uit te werken", schrijven ze in hun standpunt (2) dat we hier samenvatten. Uit de adviezen blijkt nochtans een ernstig tekort aan kwalitatieve opleidingsplaatsen, terwijl die nochtans beschikbaar zijn, aldus de Hoge Raad. Vandaar een pleidooi om satelliet-stageplaatsen te benutten (tot nu toe niet erkend, maar wel met voldoende pathologie). Daarnaast komt het kabinet-De Block zelfs aanzetten met een reductie van de huisartsenopleiding van 3 naar 2,5 jaar: een 'gemakkelijke besparing' van 7 miljoen en wat meer opleidingsplaatsen hierdoor in ziekenhuizen, maar met rampzalige gevolgen voor de gezond-



"De minister zet liever in op de ontwikkeling van dure apps, digitalisering en andere investeringen dan in de opleiding van toekomstige artsen."

heidszorg: Belgische huisartsen worden 'tweederangsartsen' omdat ze niet voldoen aan de Europese normen. Nog een bezorgdheid zijn de zogenaamde 000-Riziv-nummers. "Wie geen opleidingsplaats vindt, wordt gedwongen in dit 000-statuuut. Met als gevolg een geneeskunde met twee snelheden." *Last but not least*: het gebrek aan financiering. "We stellen vast dat de minister liever inzet op bijvoorbeeld de ontwikkeling van dure apps, digitalisering en andere investeringen dan in de opleiding van toekomstige artsen. Terwijl elke euro geïnvesteerd in onderwijs en gezondheidszorg de economie op termijn geld oplevert."

De huidige financiering via het B7-fonds voor UZ's en een fonds van 10 miljoen euro voor niet-universitaire stagemeesters wordt (voorlopig) niet uitgebreid, terwijl een stijging met 20% van beide budgetten tijdens de dubbele cohorte "vanzelfsprekend lijkt om de kwaliteit van de opleiding te waarborgen."

Dat de kosten van de dubbele cohorte volledig afgewend zullen worden op de stagediensten (30 miljoen voor de ziekenhuizen) is onaanvaardbaar, temeer omdat daarvan 10 miljoen terugvloeit naar de overheid via personenbelasting (gemiddelde aanslagvoet sui-generis-statuuut is 30%).

Zoals ook al herhaaldelijk aangestipt in interviews voor *De Specialist*: "De dubbele cohorte heeft niet alleen invloed op één afstudeerjaar, "maar op een hele nieuwe generatie artsen verspreid over 11 (!) afstudeerjaren en dus ook op de kwaliteit van de gezondheidszorg van morgen!", luidt een finale waarschuwing.

P.S.

Referenties

1. VGSO, Vaso/AMSF, FEF, Bureau étudiant Médecine, CIUM, HOP, Fede, AGL, BEA, UGent, VUB, KU Leuven, UAntwerpen, UHasselt, ULB, UCL, Ulg, UMons, UNamur, Bvas/Absym, Kartel/Cartel, ASGB, AADM, VBS/GBS, KAGB. Ook alle decanen geneeskunde en de rector scharen zich achter de tekst.
2. De volledige tekst vindt u terug op www.despecialist.eu

■ SAMENWERKING EERSTE EN TWEEDE LIJN ■

Zorgpad hartfalen breekt door in West-Vlaamse ziekenhuizen

Huisartsen en ziekenhuizen van Zuid- en Midden-West-Vlaanderen sloegen de handen in elkaar om een zorgpad op te zetten voor patiënten met hartfalen. Ze vullen daarmee een leemte in die door de overheid wordt genegeerd, klinkt het.

Chronologie van een aangekondigd succes

- Als eerste stap stelde de huisartsenkring een charter op. Daar staat onder andere in dat transmurale projecten systematisch met de drie regionale ziekenhuizen (AZ Groeninge Kortrijk, AZ Delta campus Menen, O.L.V. van Lourdes in Waregem) moesten worden uitgewerkt. De kring is een vaste partner, maar alle paramedici van de eerste lijn moesten de gelegenheid krijgen eraan mee te werken.
- De eerste toepassing was het preoperatief boekje. Twee van de regionale ziekenhuizen hadden een preoperatief boekje. Huisartsen en ziekenhuisartsen ontwikkelden een eenduidig document op basis van internationale richtlijnen.
- Het werk was nog maar net gestart of drie andere ziekenhuizen (Jan Yperman Ziekenhuis Ieper, de Sint-Jozefskliniek Izegem en Sint-Andriesziekenhuis Tielt) klopten aan met de vraag of zij ook mochten deelnemen. Er kwamen ook meer kringen aan te pas (*). En nu beslaat het project de helft van West-Vlaanderen. Daarnaast heeft ook een ziekenhuis uit het Antwerpse belangstelling getoond.
- Nog in de pipeline: een transmurale consensus over het beleid rond opname in en ontslag met optimalisatie en standaardisatie van de gegevensuitwisseling, rekening houdend met alle betrokken disciplines.

(*) Het betreft huisartsenkring Midden-West-Vlaanderen, huisartsen Westhoek, Huisartsenkring Ingelmunster-Izegem-Lendelede, huisartsenkring Wervik-Geluwe en huisartsen van 't Oosten van West-Vlaanderen.

Het initiatief rond het zorgpad hartfalen past in een langlopende samenwerking tussen Huisartsenkring Zuid-West-Vlaanderen (HZW) en de drie ziekenhuizen binnen het wachtgebied (AZ Groeninge Kortrijk, AZ Delta campus Menen, O.L.V. van Lourdes in Waregem). De huisartsen hadden nood aan een globale, uniforme samenwerking met de ziekenhuizen. Dus kwam er een overlegplatform.

Na het preoperatief boekje, de eerste realisatie van het platform (zie kader) is er nu een zorgpad hartfalen. Intussen sloten zich meer ziekenhuizen, huisartsenkringen en organisaties voor thuiszorg bij het overleg aan. De helft van West-Vlaanderen is ingestapt.

De kern van het zorgpad is een flowchart die aangeeft hoe de patiënt met hartfalen moet worden begeleid na een hospitalisatie. Er zijn infobundeltjes voor de huisarts, de patiënt en de thuiszorg. Via zelfmonitoring wordt de patiënt actief bij zijn behandeling betrokken.

Verbrokkeling op de korrel

HZW-voorzitter **Stefaan Viaene** commentarieert met een kritische noot: "Samenwerking tussen de eerste en de tweede lijn over grotere gebieden

Hartfalen ten prooi aan politiek immobilisme

De mortaliteit van hartfalen blijft dramatisch hoog. In 2008 publiceerde het Riziv een consensusrapport met aanbevelingen. Tot op vandaag is er daarvan nog niet één in de praktijk omgezet. "Onder minister Onkelinx vingen we bot", zegt **David Derthoo**, cardioloog AZ Groeninge. "We hopen dat opvolgster Maggie De Block een luisterend oor zal bieden."

M.L.

en met meerdere partners verhoogt de efficiëntie voor beide betrokken partijen. Voor de patiënt schept de eenvoudigheid een duidelijker beeld. Dit in tegenstelling tot de huidige trend naar verbodsbepaling van onze zorg in kleinere eerstelijnszones."

"We zijn verbaasd dat zo'n samenwerking tussen ziekenhuizen kan bestaan." ■

Michel Langendries/P.S.

ZNA: obesitas - chirurgie via slokdarm

Het ZNA Obesitas team zorgde naar eigen zeggen voor een Belgische primeur door een maagverkleining via de slokdarm in dagkliniek.

Chirurg dr. **Stijn Heyman**, lid van het ZNA Obesitascentrum, pakt uit met een Belgische primeur voor patiënten met een BMI van 30-35: een maagverkleining waarbij niet wordt gesneden in de buik, maar via de slokdarm een deel van de maag wordt dichtgehecht. Geen littekens dus en nog dezelfde dag naar huis. De patiënt kan rekenen op een verlies van 30 tot 45% van het overgewicht.

Op 6 maart onderging een vrouw van 32 jaar als eerste in België een maagverkleining via de slokdarm in de dagkliniek van ZNA Stuivenberg. Ondertussen volgden nog 3 patiënten. Na een tiental dagen verloren de meesten van hen al 10% van hun overgewicht. De vrouw die begin maart werd geopereerd is in totaal al 8 kilo kwijt.

Via de slokdarm

Stijn Heyman: "De nieuwe techniek wordt uitgevoerd via de slokdarm. Onder volledige narcose wordt een flexibele buis (gastroscoop) ingebracht in de slokdarm via de mond, zoals dat ook gebeurt bij een maagonderzoek. Eens in de maag wordt een stuk van de maag dichtgenaaid, waardoor de maag beduidend kleiner wordt en je minder kan eten. De ingreep duurt 90 minuten. Nadien moet je nog 2 weken vloeibare voeding eten en 2 tot 3 weken halfvaste voeding. Je kan een gewichtsverlies van 20 kilo op 12 maanden verwachten."

De techniek is 100% omkeerbaar en mocht het nodig zijn, kan later nog altijd een chirurgische maagverkleining worden uitgevoerd. "In het buitenland vonden al honderden dergelijke ingrepen met succes plaats, o.a. in Madrid, Brazilië en in de V.S.", aldus dr. Stijn Heyman. "Enige nadeel: de ingreep wordt nog niet terugbetaald. ■

P.S.

Ook AZ Monica klinkt op JCI-kwaliteitsnorm

Ook AZ Monica behoort nu tot het groeiende koppeloton van geaccrediteerde ziekenhuizen. Zowel de campus in Antwerpen-centrum als die in Deurne (Antwerpen-Oost) krijgen de internationaal erkende JCI-accreditatie.

Tijdens de week van 24 tot 28 april 2017 kreeg AZ Monica een JCI-team van auditoren over de vloer volgens de bekende werkwijze. Hun rapport bevestigt dat AZ Monica aan de JCI-eisen voldoet. Het gaat in totaal over 1.248 meetbare elementen voor een veilige en kwaliteitsvolle zorg voor de patiënt. Ook de infrastructuur, het HR-beleid, de schoonmaak, de hygiëne en dergelijke werden doorgelicht.

JCI controleert ook de manier waarop patiënt en familie worden geïnformeerd over de zorg, de behandeling en revalidatie of thuiszorg.

Voor de ruim 1.500 medewerkers is de erkenning een stimulans om hun engagement voor een steeds betere zorg blijvend voort te zetten. Met 466 ziekenhuisbedden is AZ Monica jaarlijks goed voor meer dan 19.000 opnames, 32.000 dagopnames en 250.000 consultaties. ■

P.S.

Hoe Harry Potter

een gezichtsverlamming helpt te verbeteren

Dat wie blind is bij de geboorte dezelfde gelaatsuitdrukkingen maakt als wie altijd al heeft kunnen zien, illustreert dat gelaatsuitdrukkingen van nature een essentieel onderdeel zijn van onze communicatie. Door een aangezichtsverlamming kunnen die uitdrukkingen evenwel verstoord raken. De twee meest voorkomende oorzaken van een aangezichtsverlamming zijn de Bellse parese (51%), ook wel aangezichtsverlamming van Bell genoemd, en in 23% van de gevallen is de oorzaak een trauma.

"Niet meer kunnen glimlachen als gevolg van een aangezichtsverlamming berokkent die patiënten veel last", zegt **Charles Nduka**, consultant plastische, reconstructieve en cosmetische chirurgie in Engeland. "Belangrijk is om bij de behandeling aandacht te hebben voor zowel het functionele, esthetische als psychologische aspect", zegt hij. De behandeling van een aangezichtsverlamming is met andere woorden teamwork.

Tape aanbrengen en oogleden stretchen

De eerste hulp bestaat erin tape aan te brengen bij de uitgezakte delen van het gezicht. "Dat biedt tot 60% meer comfort. Doordat de spieren niet verder uit kunnen zakken, moeten ze daarna bij het herstelproces geen extra achterstand goedmaken. Als de tape rond de mond wordt aangebracht kan dat bijvoorbeeld ook al leiden tot een betere spreekvaardigheid."

Ten tweede is het nuttig om elke dag de oogleden te stretchen, want de spieren die de oogleden sluiten, kunnen korter worden. "Dus is het belangrijk om passief het oog open en dicht te doen en zo de spieren langer te maken. Elke dag minstens twintig minuten die gewoonte kweken, levert al vooruitgang op. En het is belangrijk om dat met kleine bewegingen te doen om de andere spieren niet te belasten."

Het gebruik van botulinum toxin, dat in 1980 voor het eerst op de mens werd toegepast, komt pas aan de orde nadat de patiënt oefeningen heeft gedaan. "Anders vallen ze alleen terug op de behandeling met botox. Maar in de spiegel kijken om oefeningen te doen, is voor veel patiënten vaak ontluisterend. Daarom ontwikkelen we nu een app met virtual reality op een smartphone." Met een beeldmatrix die ook voor de Harry Potter-films werd gebruikt en camera-trackingtechnologie wordt een 70-tal landmarks op het gezicht aangebracht. Zo kan het gezicht worden omgezet in bijvoorbeeld een masker of een personage naar keuze. Vervolgens kunnen patiënten speelsgewijs, zonder erbij stil te staan aangenaam hun gezichtsspieren oefenen zijn en meer gemotiveerd blijven. In de loop van dit jaar zou de app operationeel worden.

Sclerale lenzen

Behalve oefeningen en botox is er nog een ander alternatief voor chirurgie: door het gebruik van sclerale contactlenzen kan de patiënt met een afwijkend oog een *tarsorrhaphy*, een ooglidoperatie, vermijden. "Patiënten kampen de hele dag door met ongemak en *tarsorrhaphy* ligt psychologisch en esthetisch vaak moeilijk.

Maar de cornea kan dunner worden en ontstekingen kunnen ertoe leiden dat een transplantatie noodzakelijk wordt. Door problemen met de zevende en vijfde zenuw ontwikkelt men corrosie van de cornea, wat de patiënt niet voelt, waardoor die er zich niet van bewust is dat er een probleem groeit", zegt prof. dr. **Carina Koppen**, kliniekhoofd oogheelkunde aan het UZA.

Gewone contactlenzen zijn bekend en gemakkelijk aan te brengen, maar kunnen uitdrogen én er is een risico op een cornea-infectie. "Daarom zijn sclerale lenzen beter", zegt Koppen. "Ze drogen niet uit en hebben een diameter van 18 à 20mm. Ze werden oorspronkelijk ontwikkeld voor de correctie van een onregelmatige cornea: ze raken de cornea niet, maar creëren een vochtreservoir tussen het oog en de lens. Uit getuigenissen van patiënten blijkt een grote tevredenheid: ze 'vergeten' hun oog als het ware."

Doordat de lens zo groot is, is wel enige ervaring vereist om ze vlot op het oog te krijgen zonder dat er bovendien een luchtbel onder komt. Sclerale lenzen kosten tussen 800 à 1.100 euro en omdat het om een onregelmatige cornea gaat, wordt er 743 euro van terugbetaald. Maar de patiënt moet zelf ook wel onder andere nog steriele vloeistoffen kopen. Goedkoop is het dus niet. "Maar sclerale lenzen moeten eigenlijk de standaardoptie zijn in de behandeling. Niet elke patiënt moet het doen, maar als de mogelijkheid er is, is het wel aan te raden", besluit Koppen. ■

Raoul De Groote

Meer info: www.facialpalsy.org.uk

Het UZA organiseerde een symposium rond aangezichtsverlamming. Daarop werden enkele interessante ontwikkelingen toegelicht. Zoals de inzet van een beeldmatrix die ook voor de Harry Potter-films werd gebruikt.

Amonis

uw toekomst verdient een expert

Vrij Aanvullend Pensioen

- 1,60% basisinterest in 2017
- 3,25% globaal nettorendement toegekend in 2015
- Tot 60% fiscale voordelen
- Gespecialiseerd beheer van uw sociale voordelen RIZIV
- De optimale bescherming van uw naasten

Individuele Pensioen-toezegging

Oplossingen op maat voor zelfstandigen in vennootschap

Gewaarborgd inkomen

Sterke waarborgen bij arbeidsongeschiktheid

Amonis

Bespreek elk sleutelmoment van uw carrière met een specialist

Voor een gepersonaliseerd advies of bijkomende informatie:

0800/96.119 - www.amonis.be
info@amonis.be



'Orde kan niet inbreken in contracten artsenassociatie'

Op de recente VVOG-studiedag in het teken van conflicthantering, hield Raf Van Goethem een boeiend betoog over associaties. Een geschillenregeling is aangewezen, maar dan best met enkele slimme clausules. En hoever reikt de bevoegdheid hier van de Orde?

De advocaat van Dewallens & Partners stond stil bij wat een geschillenregeling precies is om vervolgens enkele slimme clausules te omschrijven.

Een geschillenregeling houdt de afhandeling van een conflict weg van de rechtbank. U spreekt af om het conflict te laten beslechten door arbiters die u zelf inschakelt. Nog een voordeel: een beslissing valt snel in vergelijking met een procedure bij de rechtbank.

Deze regeling kent ook twee nadelen:

- bij een arbitrageprocedure is geen beroep mogelijk,
- de procedure is duur (omdat arbiters betaald moeten worden).

Slimme clausules

1. Niet-concurrentiebeding

Een dergelijk beding moet strikt omschreven zijn, beperkt in de tijd (twee jaar maximaal) en heel helder qua gebiedsafbakening. Het beding bindt de partijen. Een concrete casus maakt veel duidelijk en zegt ook iets over de relatie met de Orde.

Enkele reumatologen sloten een mooi contract af en bouwden een niet-concurrentiebeding in. Dat zegt: "Als een van de reumatologen het contract beëindigt, zal die vrijwillig **het ziekenhuis verlaten en niet meer binnen een straal van 10km werken.**"

Telkens als nieuwe artsen tot de associatie toetreden, wordt het contract voorgelegd aan de Orde zoals het hoort. Op een gegeven moment treden twee nieuwe artsen toe. De Orde zegt dat het niet-concurrentiebeding veranderd moet worden en op haar vraag wordt het afgezwakt: een uittredend lid moet zich ertoe verbinden **om niet te gaan werken op een manier die tot ondeontologische toestanden aanleiding geeft.** De reumatologen veranderen het in die zin.

Twee jaar later treden twee leden uit en ze openen een eigen privépraktijk op 100m van de bestaande praktijk. Daarop stappen de andere leden naar de rechtbank, maar die zegt dat het concurrentiebeding veel te vaag is!

Nu kloppen de artsen aan bij de Orde om het probleem te signaleren dat door haar

tot stand kwam. Maar de Orde zegt op haar beurt: sorry, nu hebt u een juridisch conflict en daar komen we niet in tussen! Meester Van Goethem: "De Orde kan u niet dwingen om een geldig contract te veranderen. Ze kan u desgevallend wel sanctioneren, maar die sancties lopen wel los. En wel hierom: vanuit Europees standpunt bent u ondernemer als arts en dan mag u gebruikmaken van goede contracten. De Orde weet dat wel. Ze mag niet inbreken in een contract om bepalingen in te voegen die in strijd zijn met het vennootschapsrecht."

2. Besluitvorming

Ook deze clausule is van groot belang. Ze moet dan wel zo zijn opgesteld dat u zich niet vastrijdt. "Met z'n tweeën verloopt de besluitvorming in een associatie nog relatief eenvoudig", aldus Raf Van Goethem. "Met zijn zessen is dat een stuk moeilijker, zeker als omschreven wordt dat bv. een 4/5 meerderheid nodig is... voor zes personen. Vaak is ook niet gepreciseerd of en hoe er gestemd moet worden bij een conflict. Bovendien moet die stemming gedocumenteerd worden in verslagen, wat vaak niet gebeurt. En daaruit spruiten dikwijls conflicten voort. Tenzij vooraf alles goed geregeld is via een advocaat bijvoorbeeld..." In dit geval geldt zeker: een advocaat, beter vroeg dan laat.

Tom Balthazar naar Zorgnet-Icuro

Tom Balthazar, de Gentse sp.a-lijsttrekker die ontslag nam in de discussie over vaste vergoedingen bij de financiële intercommunale Publipart, gaat aan de slag als adviseur gezondheidsrecht bij Zorgnet-Icuro. Hij staat ook bekend als een expert in dat domein.

Topdokters niet, Spoed 24/7 wel op de rand van het wettelijke

De series 'Topdokters' en 'Spoed 24/7': ze werden ingeblikt op de rand van het wettelijke, strikt juridisch gezien gingen ze er zelfs over, schreven we (SP 104). Maar dat verdient enige nuance: 'Topdokters' zit toch binnen het toelaatbare omdat het in een andere setting werd gedraaid. Voor 'Spoed 24/7' blijft expert en jurist **Evelien Delbeke** wel bedenkingen hebben.

Europa vergeet cyberaanvallen voor medical devices

De twee nieuwe Europese reglementen – over medical devices en medical devices en in-vitrodiagnostiek (1) – zijn uitgebreid, sterk uitgewerkt, extreem compleet en technisch. En toch: geen woord over de veiligheid van deze data...

Terwijl cyberpiraterij van medical devices oprukt voor pacemakers en uiteraard ook voor software en andere apps. Hiervoor schrijft Europa evenwel geen enkele specifieke controle voor, in tegenstelling tot de FDA. **Annabelle Bruyndonckx** (Counsel, Simmons & Simmons LLP) stelt vast dat "de veiligheid behandeld wordt in andere reglementteksten, maar niet voor medical devices. Misschien iets om te ontwikkelen in toekomstige guidelines?" ■

V.K.

Noot

1. Reglement (EU) 2017/745 Europees Parlement en van de Raad van 5 april 2017 over medical devices en Reglement (EU) 2017/746 Europees Parlement en van de Raad van 5 april 2017 over de medical devices en in vitro diagnostiek, allebei gepubliceerd op 5 april 2017.



Mr. Van Goethem:
"De Orde kan u niet dwingen om een geldig contract te veranderen."



Twee vragen, twee antwoorden

1. Kunnen we niet beter eerst bij de Orde aankloppen vooraleer naar een advocaat te trekken, want in dat stadium is het eigenlijk al te laat voor conflictpreventie?

"Klopt, maar soms ontstaan via de Orde ook absurde discussies. Bijvoorbeeld: de Orde weigert om een overeenkomst van een associatie goed te keuren omdat er geen zwangerschapsregeling in staat. Vreemd genoeg is dat een associatie met... vier mannen. Maar de Orde dringt aan: het kan zijn dat er in de toekomst wel vrouwen bij komen, vandaar. Waarop de mannelijke artsen koppig antwoorden dat ze dat dan wel zullen bekijken."

"Dat zijn geen vruchtbare discussies en daar hoeft de Orde zich niet mee bezig te houden. Wat niet betekent dat de Orde haar rol niet te spelen heeft. Maar contracten zijn een juridische aangelegenheid, geen deontologische."

2. Wat met de omschrijving van een 'inlooperperiode' bij een associatiecontract?

"Een contract omschrijft bijvoorbeeld het aandeel van de inlopende arts: het eerste jaar krijgt hij 10% van een gelijk aandeel, het tweede jaar nog 10% erbij, het derde jaar opnieuw 10%... om na negen jaar nog geen gelijk aandeel te hebben. De Orde kan daar wel tussenkomen om erop te wijzen dat de jongere toetredende arts uitgebuit wordt. Dat heeft te maken met deontologie. Maar verder moet ze zich niet verzetten tegen het principe van intrede- en uittredevergoedingen (wettelijk principe)." ■

Pascal Selleslagh

SYMPOSIUM

31.05.2017

Lilly

BRUSSELS

18.30 - 22.30

The Debate

**What is the place of corticosteroids
in the treatment of rheumatoid arthritis?**

PROGRAM

18.30 - 19.30

Welcome and introduction

19.30 - 20.00

New EULAR guidelines in RA

prof. dr. Josef Smolen – Medical University of Vienna

20.00 - 20.30

Panel discussion

prof. dr. Josef Smolen – Medical University of Vienna

prof. dr. Rene Westhovens – University Hospital Leuven

20.30 - 21.00

**Statement : “Glucocorticoids, feared by many, loved by few,
but still indispensable for effective early RA management.”**

prof. dr. Patrick Verschueren – University Hospital Leuven

21.00 - 21.30

Statement : “Go or no go for glucocorticoids in early RA.”

prof. dr. Patrick Durez – Saint Luc Brussels

21.30 - 22.00

Questions audience (e.g. with patient cases)

22.00 - 22.30

General conclusion

FREE → REGISTRATION ONLINE

<http://ra.ortho-rheumato.be>

contact@health-avenue.be • 02/880.15.50

PLACE

Health-Avenue

Ikaroslaan 57 • 1930 Zaventem

Onsite parking (free)

This congress is solely intended for rheumatologists.

This meeting cannot receive accreditation from INAMI as Eli Lilly Benelux is not recognized by the Comité Paritaire of INAMI as a training organization.
This meeting is meant only for individuals abilitated by law to prescribe or deliver medicines.



8. Interpret-Dia

9. Dolora@Home

De Specialist stelt de 24 geselecteerde mHealth-proefprojecten aan u voor. In deze aflevering: Interpret-Dia (Intensive Tele-monitoring of Pediatric patients with Real Time Continuous Glucose Monitoring use in Type 1 Diabetes) en Dolora@Home

8. Interpret-Dia

Dit project voor pediatrie type 1-diabetespatiënten ging op 1 april 2017 van start in het UZ Brussel. Via een app worden de bloedglucosewaarden van patiënten automatisch doorgestuurd naar het elektronisch medisch dossier van de patiënt in het ziekenhuis voor continue opvolging. Prof. dr. **Inge Gies**, pediatrie endocrinoloog-diabetoloog binnen de diabetesconventie voor kinderen en jongeren van het UZ Brussel, is de projectleider. Zij legt uit waarom het project perfect in het verlengde ligt van de terugbetaling van bloedglucosesensoren sinds de zomer van 2016.

In een bloedglucosesensor zit een minuscule naaldje dat de bloedwaarden van een patiënt continu registreert. De sensor kleeft op de arm of de buik en moet om de 1 à 2 weken vervangen worden. Elke 5 à 15 minuten wordt een glucosewaarde gegenereerd, maar continue monitoring door zorgverleners gebeurt op dit moment nog niet. Patiënten gaan gewoon om de 2 à 3 maanden op consultatie in het ziekenhuis om hun waarden van de voorbije periode te laten uitlezen.

Dr. Gies: "Dat levert meer info op dan vroeger, toen we via het klassieke vingerpriksysteem enkel de waarden kregen van een paar momentopnames. Maar nóg beter is natuurlijk als je de stroom aan informatie die de sensor registreert 'live' kunt volgen. Dat is wat wij doen: de patiënten in ons project gebruiken allemaal een app die hun bloedglucosewaarden automatisch en op bijna-realtime basis naar het elektronisch patiëntendossier in ons ziekenhuis stuurt. Zo kunnen wij die permanent in de gaten houden met ons multidisciplinaire team en meteen ingrijpen indien nodig."

Daarnaast vindt er om de twee weken een teleconsultatie plaats. Daarbij bespreken we de resultaten met de patiënt en eventueel met zijn of haar ouders en sturen we de insulinedoses voor de komende twee weken bij, bijvoorbeeld als een patiënt te veel hypoglykemische episodes vertoont. Zo begeleiden we patiënten nog nauwer bij hun zelfmanagement."

Het voordeel van de continue opvolging zit in de betere metabole controle (HbA1c) bij patiënten, met op termijn een betere gezondheid tot gevolg. Dr. Gies: "Via dit project willen wij die gezondheidswinst gedetailleerd in kaart brengen. Een belangrijke vraag daarbij is of de winst op het vlak van betere zorg, betere gezondheid en een verbeterde *quality of life* voor de patiënt opweegt tegen de investering van tijd en middelen. Tegelijkertijd bestuderen we een aantal erg praktische aspecten, zoals de honorering van de zorgverleners, de integratie van data in het EMD en de toegang daartoe voor de huisarts."

De eerste feedback van de deelnemers is alvast erg positief. "Onze monitoring en feedback stelt patiënten en hun ouders gerust en werkt ook motiverend. Zo durven patiënten sneller zelf hun insulinedoses aan te passen op basis van de gegevens die ze kunnen aflezen", aldus dr. Gies. "Ook voor ons team is het prettig werken. De permanente opvolging vraagt wel wat moeite, maar onze IT-dienst heeft binnen Primuz (het EPD van UZ Brussel, red.) een platform ontwikkeld dat ons werk serieus verlicht. Er worden automatisch tendensen gecreëerd, de data worden netjes en op een geharmoniseerde manier uitgezet en we krijgen zelfs automatisch een alarmsignaal binnen als er zich een probleem voordoet bij een patiënt."

G.G.



9. Dolora@Home

Patiënten van het AZ Groeninge met chronische pijn kunnen – in samenwerking met de Huisartsenkring West-Vlaanderen, het Wit-Gele Kruis West-Vlaanderen, Bond Moyson, Solidariteit voor het Gezin en Familiehulp – een beroep doen op Dolora@Home.

Het gaat om patiënten die een (*pulsed*) radiofrequente pijnbehandeling krijgen in het ziekenhuis. Normaal komen ze op consultatie voor de opvolging; nu worden ze online bevraagd. "We peilen naar hun ervaren pijnintensiteit, symptomen en klachten, het dagelijks functioneren, hun stemming en levenskwaliteit", zegt **Virginie Huys**, coördinator transmurale samenwerking van het AZ Groeninge. "Op basis van de antwoorden worden zo nodig het zorgtraject en het medicatiebeleid bijgestuurd. Het streefdoel bij patiënten die jarenlang chronische pijn lijden, is niet pijnvrij zijn, maar wel een significante pijnstilling. Net daarom wordt de patiënt ondersteund in het opnemen van adequaat zelfmanagement voor chronische pijn en de beperkingen ervan. In deze optiek wordt parallel aan het project gewerkt aan de ontwikkeling van educatief filmpjes en online pijneducatie." Ongeveer 400 patiënten zullen Dolora@Home kunnen gebruiken.

"We werken via MyNexus, waardoor de patiënt inzage krijgt in zijn dossier. De ingevulde vragenlijst wordt rechtstreeks geïntegreerd in het patiëntendossier in het ziekenhuis. Zo is er een geïntegreerde aanpak die een meerwaarde biedt voor de opvolging, want ook huisartsen zijn op de hoogte van de resultaten. In Dolora@Home coachen we heel gericht en volgen we de patiënten nauwgezet op, waardoor we sneller tot een efficiënte behandeling komen en onnodige kosten voorkomen." De patiënt kan via teleconsulting worden te woord gestaan.

Pijnpatiënten vertonen soms 'shopping-gedrag': ze krijgen een behandeling, de resultaten zijn niet wat ze ervan verwachtten, dus raadplegen ze een andere arts. "Op die manier zoeken patiënten constant naar een definitieve oplossing van hun pijnprobleem. Net omdat chronische pijn zo complex is en multimodaal te behandelen valt, is het beter dat één arts de patiënt volgt. Dat shopping-gedrag hopen we met Dolora@Home deels onder controle te krijgen. We verwachten 35% minder consultaties bij de pijnspecialist en minder consultaties bij de verpleegkundig pijnexpert die de patiënten begeleidt."

R.D.G.

Langer thuis met Z-plus

Vier vzw's – Thuishulp, Sovervlag, Solidariteit voor het Gezin en Thuisverzorging in Solidariteit – richtten de zorgcentrale Z-plus op. Z-plus is een B2B-gericht initiatief: de klanten zijn niet patiënten, maar zorgaanbieders of organisaties die voor hun eindgebruikers een beroep doen op Z-plus, zoals ziekenfondsen, thuisverplegingsdiensten, huisartsenpraktijken, ziekenhuizen, beheersinstanties van assistentiewoningen, woonzorgcentra, OCMW's...

“Ons doel is om mensen met een zorgbehoefte zo lang mogelijk en met de grootst mogelijke autonomie thuis te laten wonen”, zeggen de oprichters. “Nieuwe technologie maakt het mogelijk om die groep en onze steeds ouder wordende bevolking bij te staan. Metingen gebeuren hoe langer hoe meer digitaal, zonder tussenkomst van de dokter of een verpleegkundige. De klassieke PAS (PersonenAlarmSystemen) zullen de komende jaren snel plaatsmaken voor echte ‘life companions’, een technologie die ook zonder tussenkomst van de zorgbehoevende een alarm of signaal kan genereren. Sensoren zullen aangeven dat een bejaarde bijvoorbeeld in de nacht al een uur uit bed is, langer dan een half uur op het toilet zit, of de medicatie niet heeft ingenomen. Hier ligt onze uitdaging.”

Z-plus...

- biedt een alarmcentrale aan met interventies door zorgverleners van de aangesloten partners indien nodig;
- regelt metingen en zorg op afstand (telemonitoring, telebegeleiding, vanaf 2018 wordt de professionele opvolging van medische gegevens met *connected devices* mogelijk, zoals glucose, cholesterol, bloeddruk...);
- treedt op als *service center* met 24/7 dienstverlening.

Als structuur koos Z-plus voor een coöperatieve vennootschap met beperkte aansprakelijkheid en drie types aandeelhouders. De A-vennoten zijn de oprichtende vzw's. Daarnaast kunnen nog twee andere aandeelhouders in deze categorie worden voorgedragen door de oprichtende vennoten. Die plaatsen zijn voorbehouden voor de grote spelers op de markt van de mobiele communicatie en digitaal data-verkeer. De B-aandelen zijn voorbehouden voor zorgaanbieders of andere zorg-operatoren die de dienstverlening van de vennootschap aan hun klanten aanbieden. De C-aandelen ten slotte zijn voor orga-

nisaties die als gebruiker of klant een beroep doen op de dienstverlening van de vennootschap of die de eindgebruikers vertegenwoordigen.

“Deze open structuur laat zien dat we allemaal uit ons eigen hoekje moeten komen”, zegt Karin Van Mossevelde van vzw Thuishulp. “We willen ook proactief optreden en bijvoorbeeld producten testen en een label geven, maar het is aan de klanten om te bepalen wat ze vervolgens aanbieden. We willen elkaar geen concurrentie

aandoen, maar onze eigenheid behouden en samen de nieuwe markt ontginnen en dat niet overlaten aan andere spelers.”

“Het is onze bedoeling dat het betaalbaar blijft voor iedereen”, zegt Paul Callewaert van vzw Sovervlag. “Daar kunnen mutualiteiten ook een belangrijke rol in vervullen door betaalbaarheid af te dwingen in budgetten en subsidies die van de overheid komen.”

R.D.G.

Topmanager naar Z-plus

Sinds begin april voegde voormalig Microsoft-topmanager Vincent Dupont zich bij het team van zorgcentrale Z-plus als strategisch adviseur. In deze functie zal hij Z-plus bijstaan in de ontwikkeling van vernieuwende mobile health-diensten nu en in de toekomst.

P.S.

Verpakking	Publieksprijs
550 mg x 56 tabl.	€ 323,62

Voor de reductie van recidiverende episodes van manifeste hepatische encefalopathie

Thuis zijn betekent nog niet veilig zijn

Targaxan[®] 550
Rifaximine- α

Langdurige secundaire profylaxe bij HE^{1,2}

Naam van het geneesmiddel: TARGAXAN[®] 550 mg filmomhulde tabletten. **Kwalitatieve en kwantitatieve samenstelling:** Elke filmomhulde tablet bevat 550 mg rifaximine. **Farmaceutische vorm:** Filmomhulde tablet. Roze, ovale biconvexe filmomhulde tabletten van 10 mm x 19 mm met de opdruk “RX” op één zijde. **Therapeutische indicaties:** TARGAXAN is geïndiceerd voor de vermindering van recidiverende episodes van manifeste hepatische encefalopathie bij patiënten ≥ 18 jaar. In de hoofdstudie werd gelijktijdig lactulose gebruikt door 91% van de patiënten. Er dient rekening te worden gehouden met de officiële richtlijnen betreffende het juiste gebruik van antidiarreeïsche middelen. **Dosering en wijze van toediening:** Dosis: 550 mg. Aanbevolen dosering: 550 mg tweemaal daags. Het klinische voordeel werd aangetoond op basis van een gecontroleerde studie waarin proefpersonen gedurende 6 maanden werden behandeld. Bij een behandeling van meer dan 6 maanden dienen de voordelen en risico's geval per geval te worden afgewogen, inclusief de risico's die verbonden zijn met de progressie van een verstoorde leverfunctie. TARGAXAN kan met of zonder voedsel worden ingenomen. **Pediatrische patiënten:** De veiligheid en werkzaamheid van TARGAXAN bij pediatrische patiënten (jonger dan 18 jaar) werden niet vastgesteld. **Ouderen:** Er is geen dosisaanpassing nodig, aangezien de gegevens betreffende de veiligheid en werkzaamheid van TARGAXAN geen verschillen aantoonde tussen oudere en jongere patiënten. **Verminderde leverfunctie:** Er is geen dosisaanpassing nodig voor patiënten met leverinsufficiëntie. **Verminderde nierfunctie:** Hoewel er geen dosisaanpassing wordt voorgesteld, is voorzichtigheid geboden bij patiënten met een verminderde nierfunctie. **Wijze van toediening:** Oraal met een glas water. **Contra-indicaties:** Overgevoeligheid voor rifaximine, rifamycine-derivaten of voor één van de hulpstoffen. Gevallen van darmobstructie. **Bijwerkingen:** Klinische studies: De veiligheid van rifaximine bij patiënten met hepatische encefalopathie (HE) in remissie, werd geëvalueerd in twee studies, een gerandomiseerd, dubbelblind, placebo-gecontroleerde fase-3 studie RFHE3001, en een open-label lange-termijn studie RFHE3002. Studie RFHE3001 vergeleek 140 patiënten die behandeld werden met rifaximine (dosering van 550 mg tweemaal daags gedurende 6 maanden) met 159 patiënten die een placebo kregen, terwijl in studie RFHE3002 322 patiënten, waarvan 152 uit studie RFHE3001, behandeld werden met rifaximine 550 mg tweemaal daags gedurende 12 maanden (66% van de patiënten) en gedurende 24 maanden (39% van de patiënten), met een mediane blootstelling van 512,5 dagen. Daarnaast werden in drie ondersteunende studies 152 patiënten met HE behandeld met doseringen van rifaximine die varieerden van 600 mg tot 2400 mg per dag gedurende maximaal 14 dagen. Alle bijwerkingen die zich voordeden bij patiënten die behandeld werden met rifaximine, met een incidentie van $\geq 5\%$ en met een grotere incidentie ($\geq 1\%$) t.o.v. patiënten die placebo kregen in studie RFHE3001, worden vermeld in onderstaande tabel.

MedDRA Systeem/Orgaanklasse	Bijwerking	Placebo N=159 n	Placebo n	Rifaximine N=140 n	Rifaximine n
Bloed- en lymfistelstoornissen	Anemie	6	3,8	11	7,9
	Artritis	15	9,4	16	11,4
Maagdarmslijm- en darmstoornissen	Nauwkeurigheid	21	13,2	20	14,3
	Overgevoeligheid	6	5,0	9	6,4
	Perifeer oedeem	13	8,2	21	15,0
Algemene aandoeningen en toedieningsplaatsstoornissen	Pijn	5	3,1	9	6,4
	Spierpijn	11	6,9	13	9,3
Skeletpijnstoornissen en bindweefstoornissen	Artralgie	4	2,5	9	6,4
Zenuwstelselaandoeningen	Duizeligheid	13	8,2	18	12,9
Psychische stoornissen	Depressie	8	5,0	10	7,1
Adeemhalingsstelsel-, borstkas- en mediastinumstoornissen	Dyspneu	7	4,4	9	6,4
Huid- en onderhuidsaandoeningen	Pruritus	10	6,3	13	9,3
	Rash	6	3,8	7	5,0

De bijwerkingen die werden waargenomen in de placebo-gecontroleerde studie RFHE3001, in de lange-termijnstudie RFHE3002, en uit post-marketing ervaringen worden hierna weergegeven, gerangschikt naar systeem/orgaanklasse en frequentiecategorie volgens MedDRA. De frequentiecategorieën zijn 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 ($< 1/10.000$), niet bekend (kan met de beschikbare gegevens niet worden bepaald). Binnen iedere frequentiegroep worden bijwerkingen gerangschikt naar afnemende ernst. **MedDRA Systeem/Orgaanklasse - Frequentie - Bijwerking:** Infecties en parasitaire aandoeningen: Soms Clostridia-infectie, urineweginfectie, candidiasis, Zelden Pneumonie, cellulitis, bovenste luchtweginfecties, rhinitis. **Bloed- en lymfistelstoornissen:** Soms Anemie. **Niet bekend Trombocytopenie.** **Immuunsysteemstoornissen:** Niet bekend Anafylactische reacties, angio-oedemen, overgevoeligheid. **Voedings- en stofwisselingsstoornissen:** Soms Anorexie, hyperkaliëmie. **Zelden Dehydratie.** **Psychische stoornissen:** Vaak Depressie. Soms Verwarde toestand, angst, hypersomnie, insomnie. **Zenuwstelselaandoeningen:** Vaak Duizeligheid, hoofdpijn. Soms Evenwichtsstoornissen, amnesie, convulsie, aandachtstoornissen, hypo-esthetie, geheugen vermindering. **Bloedvataandoeningen:** Soms Opiëler. **Zelden Hypertensie, hypotensie.** Niet bekend Presyncope, syncope. **Adeemhalingsstelsel-, borstkas- en mediastinumstoornissen:** Vaak Dyspneu. Soms Pleurale effusie. **Zelden Chronische obstructieve longziekte.** **Maagdarmslijm- en darmstoornissen:** Vaak Bovenbuikpijn, abdominale distensie, diarree, nausea, braken, ascites. Soms Abdominale pijn, oesofaguspataderen-bloeding, droge mond, maagongemak. **Zelden Constipatie.** **Lever- en gelaandoeningen:** Niet bekend Abnormale leverfunctietests. **Huid- en onderhuidsaandoeningen:** Vaak Huiduitslag, pruritus. **Niet bekend Dermatitis, eczeem.** **Skeletpijnstoornissen en bindweefstoornissen:** Vaak Spierpijn, artralgie. Soms Myalgie. **Zelden Ruggpijn.** **Nier- en urinewegstoornissen:** Soms Dysurie, pollakiurie. **Zelden Proteinurie.** **Algemene aandoeningen en toedieningsplaatsstoornissen:** Vaak Oedeem perifeer. Soms Oedeem, pyrexie. **Zelden Asthenie.** **Onderzoek:** Niet bekend Abnormale INR waarden (International Normalised Ratio). **Letsele, intoxicaties en verichtingscomplicaties:** Soms Val. **Zelden Kneuzing, procedurepijn.** **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: België: Federaal agentschap voor geneesmiddelen en gezondheidsproducten, Afdeling Vigilantie, EUROSTATION II, Victor Hortaplein, 40/40, B-1060 Brussel. Website: www.fagg.be. e-mail: adversereactions@fagg.fims.be. **Luxemburg:** Direction de la Santé - Division de la Pharmacie et des Médicaments, Villa Louvigny - Allée Marconi, L-1210 Luxembourg. Site internet: <http://www.ms.public.lu/tractivites/pharmacie-medicament/index.html>. **Houder van de vergunning voor het in de handel brengen:** Norgine B.V., Hogehilweg 7, 1101 CA Amsterdam 20, Nederland Nummer(s) van de vergunning voor het in de handel brengen: BE433151. **Afleveringswijze:** Geneesmiddel op medisch voorschrift. Datum van herziening van de tekst: 07/2016. **Datum van goedkeuring van de tekst:** 10/2016. De volledige samenvatting van de productkenmerken is op aanvraag verkrijgbaar.

Referenties:
1. Vilstrup H, et al. J Hepatol 2014; 61(3): 642-659.
2. Mullen KD, et al. Clin Gastroenterol Hepatol 2014; 12(8): 1390-1397

Product onder licentie van Alfa Wassermann S.p.A.

TARGAXAN is een geregistreerd handelsmerk van de Alfa Wassermann groep dat in licentie gegeven is aan de Norgine groep.

Alle beelden worden uitsluitend voor illustratieve doeleinden gebruikt.

NORGINE en het zell logo zijn geregistreerde handelsmerken van de Norgine groep.

BE/XIF5/0516/0012(I) - Datum van opmaak 11/2016 - TAR1018

Partner for a healthy life

Allemaal een biotatoeage in de toekomst?



Detectie, maar vooral preventie moeten de troeven zijn van de apps op mobiele terminals die in de medische wereld floreren. Het recente symposium van AZ Delta Roeselare bood een boeiende dwarsdoorsnede.



Karel Dujardin:
"Het is denkbaar dat de arts binnen een jaar of twee naast medicatie apps zal voorschrijven."



An Vijverman:
"Juridische regels moeten ervoor zorgen dat de gegevens niet zomaar bij de industrie belanden."

Vanaf 40 jaar heeft men één kans op de vier om voorkamerfibrillatie te ontwikkelen, de meest voorkomende hartritmestoornis, zelfs zonder er last van te hebben. Door 60 seconden de vingertop op de smartphone te houden geeft een app mee of u al dan niet een hartritmestoornis hebt.

Dr. **Karl Dujardin**, diensthoofd cardiologie AZ Delta en een van de twee moderators van het symposium: "Als gegevens via de app regelmatig naar de hartspecialist vertrekken, kan de arts sneller ingrijpen. Het is denkbaar dat binnen een jaar of twee de arts naast medicaties ook apps zal voorschrijven (n.v.d.r: zie ook onze serie m-health)"

Als FibrCheck bij hen voorkamerfibrillatie vaststelt, wordt de gespecialiseerde verpleging verwittigd via het internet. In samenspraak met de huisarts kan de bloedverdunnende medicatie van de patiënt worden aangepast en een hartonderzoek voorgesteld (1).

Internet of Things, annex apps, zijn bijzonder veelbelovend. Slimme wegwerppleisters kunnen ecg, ademhalingsfrequentie, activiteit, houding en lichaamstemperatuur doorgeven aan smartphones. Sensoren volgen slaapkwaliteit en -kwantiteit op, of aangebracht op de rug stimuleren ze een betere houding bij patiënten met lage rugpijn. Als we daarnaast beschikken over genomdata, dan wordt risicostratificatie mogelijk om zo patiëntspecifieke preventie en interventies te selecteren.

Men schat de totale kosten van beroertes voor ons Belgische gezondheidssysteem op zo'n 1,5 miljard euro. Door een goede screening verwachten cardiologen dat het aantal effectieve beroertes en hospitalisaties aanzienlijk terugloopt, met een vermindering van de gerelateerde medische kosten. En daarin kan FibrCheck een belangrijke rol spelen. Patiënten zijn beter op de hoogte. **Lars Grieten**, Project Manager Mobile Health Unit van de Universiteit Hasselt: "Maar ook artsen handelen dankzij de app beter geïnformeerd omdat het huidige zwarte gat tussen twee consultaties wordt opgevuld. Door sneller in te grijpen zijn zware gevolgen te vermijden."

Coach, wearable, gadgets

De partners van het IMEC.icon onderzoeksproject b-SLIM ontwikkelden een digitale coach: een app adviseert mensen met overgewicht. Deze app combineert en analyseert voor het eerst data uit verschillende bronnen zoals de hoeveelheid lichaamsbeweging en gedragspatronen van de gebruiker. In het departement WHS (*wearable health systems*) worden draagbare sensorsystemen gebouwd voor de opvolging van chronische aandoeningen en in preventietoepassingen.

Andere gezondheidsgadgets: het digitale horloge dat slaappatroon en hartparameters meet, de *Pulse* die nakijkt of u overdag wel voldoende beweegt en 's nachts voldoende slaapt, of nog de HAPfork, een elektronische vork die helpt de eetgewoonten in kaart te brengen. Maar het allerbelangrijkste gadget blijft onze smartphone.

Lichaamsbeweging is volgens professor **Koen Kas** (UGent) het krachtigste medicijn tegen allerlei ziekten. "Onze smartphone geeft ons motivatie en competitie. Een app kan een spelelement zijn. "Uw smartphone kan ook competitie bevorderen: als je online ziet dat je vrienden meer bewegen dan jij, dan krijg jij ook meer zin om te sporten."

Maar een smartphone is natuurlijk nog altijd een extern iets. Daarom kunnen we weldra misschien maar beter allemaal een biotatoeage laten plaatsen. Die meet onze zweetsamenstelling, temperatuur en hartslag. En mocht een van onze biologische parameters niet in orde zijn, dan licht die ons daarvan meteen in via onze smartphone.

Juridische aspecten

Mr. **An Vijverman** (Dewallens & Partners) ging in op de juridische aspecten. "Wanneer is een mHealth-app een medisch hulpmiddel? Slaat dat op de hardware, de software of beide? En wat zijn de praktische gevolgen van deze kwalificatie als een medisch hulpmiddel voor één ziekenhuis en/of voor ziekenhuisnetwerken gebruikt wordt?"

De CE-markering en het nieuwe ontwerp van Verordening Medische Hulpmiddelen moeten een antwoord bieden. Mr. Vijverman: "We moeten ook het *Unit Device Identification*-systeem naleven zowel voor de fabrikant als voor verdeler. Dat komt allemaal in de nieuwe verordening." Hoe kunnen de persoonsgegevens van de patiënt-gebruiker van de mHealth-applicatie juridisch correct worden verzameld, gebruikt en eventueel doorgegeven naar derden? "We baseren ons daarvoor op wet persoonsgegevens van 8 december 1992, op de Europese Richtlijn 95/46/EG van 24 oktober 1995 over de bescherming van natuurlijke personen in verband met de verwerking van persoonsgegevens en op de Algemene Verordening Gegevensbescherming van 27 april 2016."

Wat met risico's en aansprakelijkheid bij mHealth? Tot waar reikt de verantwoordelijkheid en aansprakelijkheid van de appontwikkelaar; waar begint die van de behandelende zorgverlener en waar die van de gebruiker?

"Dat vergt veiligheidsmaatregelen zoals paswoorden enzovoort. Sommige keuzen moeten per default zijn of op non-actief staan. Ik denk bijvoorbeeld aan gegevensdeling op social media. Softwareonderhoudsfirma's moeten foutloze software leveren. In de nieuwe verordening zullen de straffen zeer hoog zijn."

Frans De Kuyssche

In de praktijk

De dienst cardiologie AZ Delta participeert samen met de Huisartsengroepspraktijk Hooglede, Jan Yperman, ZOL Genk en de Universitaire Huisartsengroepspraktijk Leuven, AZ Maria Middelares Gent en AZ Groeninge Kortrijk, in een mHealth-proefproject: de FibrCheck-app. Het doel is om patiënten met risico op voorkamerfibrillatie op afstand op te volgen.

De app kan worden voorgeschreven voor wie af en toe hartkloppingen ondervindt of voor patiënten die nog voorkamerfibrillatie kunnen hebben na het wegbranden van deze ritmestoornis door ablatie. De app kan ook preventief 65-plussers screenen zonder klachten en die ook nog geen speciale bloedverdunders nemen.

Noot

1. Er wordt gewerkt aan een terugbetaling door het Riziv na evaluatie van FibrCheck als onderdeel van 13 goedgekeurde proefprojecten i.v.m. m-health van d-e minister van Volksgezondheid. Het voorstel voor terugbetaling wordt verwacht begin 2018.

SAVE
THE DATE

17-25
november 2017



Zevende Algemeen Geneeskundig en Farmaceutisch Symposium

17/11/2017 - 25/11/2017

WETENSCHAPPELIJK PROGRAMMA

Vrijdag 17/11/2017

- Opening symposium
(Dr. Jean-Marie Massart, verantwoordelijke arts)

Zaterdag 18/11/2017

- Kan bariatrische chirurgie type 2 diabetes genezen?
(Prof. dr. Luc Van Gaal; Diensthoofd Endocrinologie, diabetologie en metabole ziekten, UZ Antwerpen)
- Sarcopenie bij obesitas en vitamine- en mineralentekort na bariatrische heelkunde: Welke adviezen kan u als apotheker of huisarts aan patiënten geven?
(Prof. dr. David Nocca; Hoogleraar digestieve chirurgie, CHU Montpellier, Frankrijk)

Zondag 19/11/2017

- Echte urgenties in tandheelkunde: Wanneer, waar en welke medicatie toedienen. Raadgevingen voor tandarts, huisarts en apotheker
(Prof. dr. Marc Braem; Adj. diensthoofd tandheelkunde, UZ Antwerpen / Orthodontist Sophie Leroy; UZ Antwerpen – Ondervoorzitter van Interdisciplinary Belgian Dental Sleep Medicine Academy)

Maandag 20/11/2017

- - Kraakbeenproblematiek: evolutie en aanpak
- Kruisbandletsels bij kinderen
(Dr. José Huylebroek; Orthopedische chirurgie - Sporttraumatologie, Ziekenhuis Park Leopold, Lid van de Board of Directors van ESMA en van ISAKOS - Lid van de raad van bestuur van RSCA)
- De technologie in de communicatie apotheker-arts: nieuwe ontwikkelingen anno 2017-2018 (Apotheker Charles Ronlez; Ex-voorzitter Algemene Pharmaceutische Bond)

Dinsdag 21/11/2017

- Ethische en sociale aspecten van voetbalsport (Dr. Michel D'Hooghe; Voorzitter van de Medische Commissie van de FIFA en de UEFA, Lid Uitvoerend Comité van de FIFA)
- Obesitas en zijn verwikkelingen: geen enkele specialiteit ontsnapt
(Prof. Dr. Luc Van Gaal; Diensthoofd Endocrinologie, diabetologie en metabole ziekten, UZ Antwerpen)

- "Fitness als Medicijn" en de meerwaarde bij chronische aandoeningen in de verschillende specialiteiten
(Mr. Yves Devos; Bewegingsdeskundige en auteur van het boek 'Fitness als Medicijn')

Woensdag 22/11/2017

- Geen symposium

Donderdag 23/11/2017

- Nieuwigheden in de Reumatologie
(Dr. Jean-Paul Engelbeen; Rheumatoloog; CHIREC - St Anna St Remigius Ziekenhuis)
- Medische evolutie rond voetbalsport
(Dr. Michel D'Hooghe; Voorzitter van de Medische Commissie van de FIFA en de UEFA, Lid Uitvoerend Comité van de FIFA)

Verantwoordelijke arts:

Dr. Jean-Marie Massart
(RIZIV 1-23889-77-004)

ACCREDITERING WORDT AANGEVRAAGD



Schrijf u in en ontvang een exemplaar van het boek 'Fitness als Medicijn', van Yves Devos.

Schrijf u online in

<http://www.despecialist.eu/nl/medisch-farmaceutisch-symposium-cm2>



Frank DEVOS
REIZEN



De SPECIALIST®
De actualiteit voor de arts-specialist

▼ This medicinal product is subject to additional monitoring. This will allow quick identification of new safety information. Healthcare professionals are asked to report any suspected adverse reactions. See section 4.8 of SmPC for how to report adverse reactions. 1. NAME OF THE MEDICINAL PRODUCT, QUALITATIVE AND QUANTITATIVE COMPOSITION Daklinza 30 mg film-coated tablets. Each film-coated tablet contains daclatasvir dihydrochloride equivalent to 30 mg daclatasvir. Excipient(s) with known effect: Each 30-mg film-coated tablet contains 58 mg of lactose (as anhydrous). Daklinza 60 mg film-coated tablets. Each film-coated tablet contains daclatasvir dihydrochloride equivalent to 60 mg daclatasvir. Excipient(s) with known effect: Each 60-mg film-coated tablet contains 116 mg of lactose (as anhydrous). For the full list of excipients, see section 6.1 of SmPC. 4. CLINICAL PARTICULARS 4.1 THERAPEUTIC INDICATIONS Daklinza is indicated in combination with other medicinal products for the treatment of chronic hepatitis C virus (HCV) infection in adults (see sections 4.2, 4.4 and 5.1 of SmPC). For HCV genotype specific activity, see sections 4.4 and 5.1 of SmPC. 4.2 POSOLOGY AND METHOD OF ADMINISTRATION Treatment with Daklinza should be initiated and monitored by a physician experienced in the management of chronic hepatitis C. Posology The recommended dose of Daklinza is 60 mg once daily, to be taken orally with or without meals. Daklinza must be administered in combination with other medicinal products. The Summary of Product Characteristics for the other medicinal products in the regimen should also be consulted before initiation of therapy with Daklinza.

Patient population*	Regimen and duration
	HCV GT1 or 4
Patients without cirrhosis	Daklinza + sofosbuvir for 12 weeks
Patients with cirrhosis CP A or B	Daklinza + sofosbuvir + ribavirin for 12 weeks or Daklinza + sofosbuvir (without ribavirin) for 24 weeks
CP C	Daklinza + sofosbuvir +/- ribavirin for 24 weeks (see sections 4.4 and 5.1 of SmPC)
	HCV GT 3
Patients without cirrhosis	Daklinza + sofosbuvir for 12 weeks
Patients with cirrhosis	Daklinza + sofosbuvir +/- ribavirin for 24 weeks (see section 5.1 of SmPC)
	Recurrent HCV infection post-liver transplant (GT1, 3 or 4)
Patients without cirrhosis	Daklinza + sofosbuvir + ribavirin for 12 weeks (see section 5.1 of SmPC)
Patients with CP A or B cirrhosis GT1 or 4	Daklinza + sofosbuvir + ribavirin for 12 weeks
GT 3	Daklinza + sofosbuvir +/- ribavirin for 24 weeks
Patients with cirrhosis	Daklinza + sofosbuvir +/- ribavirin for 24 weeks (see sections 4.4 and 5.1 of SmPC)

GT: Genotype; CP: Child Pugh *Includes patients co-infected with human immunodeficiency virus (HIV). For dosing recommendations with HIV antiviral agents, refer to section 4.5 of SmPC. Daklinza + peginterferon alfa + ribavirin This regimen is an alternative recommended regimen for patients with genotype 4 infection, without cirrhosis or with compensated cirrhosis. Daklinza is given for 24 weeks, in combination with 2448 weeks of peginterferon alfa and ribavirin: - If HCV RNA is undetectable at both treatment weeks 4 and 12, all 3 components of the regimen should be continued for a total duration of 24 weeks - If undetectable HCV RNA is achieved, but not at both treatment weeks 4 and 12, Daklinza should be discontinued at 24 weeks and peginterferon alfa and ribavirin continued for a total duration of 48 weeks. Ribavirin Dosing Guidelines The dose of ribavirin, when combined with Daklinza, is weight-based (1,000 or 1,200 mg in patients <75 kg or ≥75 kg, respectively). Refer to the Summary of Product Characteristics of ribavirin. For patients with ChildPugh A, B, or C cirrhosis or recurrence of HCV infection after liver transplantation, the recommended initial dose of ribavirin is 600 mg daily with food. If the starting dose is well-tolerated, the dose can be titrated up to a maximum of 1,000-1,200 mg daily (breakpoint 75 kg). If the starting dose is not well-tolerated, the dose should be reduced as clinically indicated, based on haemoglobin and creatinine clearance measurements (see overview). Overview: **Ribavirin dosing guidelines for coadministration with Daklinza regimen for patients with cirrhosis or post-transplant:** if Laboratory Value/Clinical Criteria of Haemoglobin are >12 g/dl then ribavirin 600 mg daily, if >10 to ≤ 12 g/dl then ribavirin 400 mg daily, if > 8.5 to ≤ 10 g/dl then ribavirin 200 mg daily, if ≤ 8.5 g/dl then discontinue ribavirin. If Laboratory Value/Clinical Criteria of Creatinine Clearance >50 ml/min then follow guidelines above for haemoglobin, if >30 to ≤ 50 ml/min then ribavirin 200 mg every other day, if ≤ 30 ml/min or haemodialysis then discontinue ribavirin. Dose modification, interruption and discontinuation Dose modification of Daklinza to manage adverse reactions is not recommended. If treatment interruption of components in the regimen is necessary because of adverse reactions, Daklinza must not be given as monotherapy. There are no virologic treatment stopping rules that apply to the combination of Daklinza with sofosbuvir. Treatment discontinuation in patients with inadequate on-treatment virologic response during treatment with Daklinza, peginterferon alfa and ribavirin It is unlikely that patients with inadequate on-treatment virologic response will achieve a sustained virologic response (SVR); therefore discontinuation of treatment is recommended in these patients. The HCV RNA thresholds that trigger discontinuation of treatment (i.e. treatment stopping rules) are presented in Table 3. **Table 2: Treatment stopping rules in patients receiving Daklinza in combination with peginterferon alfa and ribavirin with inadequate on-treatment virologic response**

HCV RNA	Action
Treatment week 4: >1000 IU/ml	Discontinue Daklinza, peginterferon alfa and ribavirin
Treatment week 12: ≥25 IU/ml	Discontinue Daklinza, peginterferon alfa and ribavirin
Treatment week 24: ≥25 IU/ml	Discontinue peginterferon alfa and ribavirin (treatment with Daklinza is complete at week 24)

Dose recommendation for concomitant medicines Strong inhibitors of cytochrome P450 enzyme 3A4 (CYP3A4) The dose of Daklinza should be reduced to 30 mg once daily when coadministered with strong inhibitors of CYP3A4. Moderate inducers of CYP3A4 The dose of Daklinza should be increased to 90 mg once daily when coadministered with moderate inducers of CYP3A4. See section 4.5 of SmPC. Missed doses Patients should be instructed that, if they miss a dose of Daklinza, the dose should be taken as soon as possible if remembered within 20 hours of the scheduled dose time. However, if the missed dose is remembered more than 20 hours after the scheduled dose, the dose should be skipped and the next dose taken at the appropriate time. Special populations Elderly No dose adjustment of Daklinza is required for patients aged ≥65 years (see section 5.2 of SmPC). Renal impairment No dose adjustment of Daklinza is required for patients with any degree of renal impairment (see section 5.2 of SmPC). Hepatic impairment No dose adjustment of Daklinza is required for patients with mild (Child-Pugh A, score 5-6), moderate (Child-Pugh B, score 7-9) or severe (Child-Pugh C, score ≥10) hepatic impairment (see sections 4.4 and 5.2 of SmPC). Paediatric population The safety and efficacy of Daklinza in children and adolescents aged below 18 years have not yet been established. No data are available. Method of administration Daklinza is to be taken orally with or without meals. Patients should be instructed to swallow the tablet whole. The film-coated tablet should not be chewed or crushed due the unpleasant taste of the active substance. 4.3 Contraindications Hypersensitivity to the active substance or to any of the excipients listed in section 6.1 of the SmPC. Coadministration with medicinal products that strongly induce cytochrome P450 3A4 (CYP3A4) and P-glycoprotein transporter (P-gp) and thus may lead to lower exposure and loss of efficacy of Daklinza. These active substances include but are not limited to phenytoin, carbamazepine, oxcarbazepine, phenobarbital, rifampicin, rifabutin, rifapentine, systemic dexamethasone, and the herbal product St John's wort (*Hypericum perforatum*). 4.8 Undesirable effects Summary of the safety profile The overall safety profile of daclatasvir is based on data from 2215 patients with chronic HCV infection who received Daklinza once daily either in combination with sofosbuvir with or without ribavirin (n=679, pooled data) or in combination with peginterferon alfa and ribavirin (n=1536, pooled data) from a total of 14 clinical studies. Daklinza in combination with sofosbuvir The most frequently reported adverse reactions were fatigue, headache, and nausea. Grade 3 adverse reactions were reported in less than 1% of patients and no patients had a Grade 4 adverse reaction. Four patients discontinued the Daklinza regimen for adverse events, only one of which was considered related to study therapy. Daklinza in combination with peginterferon alfa and ribavirin The most frequently reported adverse reactions were fatigue, headache, pruritus, anaemia, influenza-like illness, nausea, insomnia, neutropenia, asthenia, rash, decreased appetite, dry skin, alopecia, pyrexia, myalgia, irritability, cough, diarrhoea, dyspnoea and arthralgia. The most frequently reported adverse reactions of at least Grade 3 severity (frequency of 1% or greater) were neutropenia, anaemia, lymphopenia and thrombocytopenia. The safety profile of daclatasvir in combination with peginterferon alfa and ribavirin was similar to that seen with peginterferon alfa and ribavirin alone, including among patients with cirrhosis. Overview list of adverse reactions Adverse reactions are listed by regimen, system organ class and frequency: very common (≥1/10), common (≥1/100 to <1/10), uncommon (≥1/1,000 to <1/100), rare (≥1/10,000 to <1/1,000) and very rare (<1/10,000). Within each frequency grouping, adverse reactions are presented in order of decreasing seriousness. **Adverse reactions in clinical trials** Daklinza + sofosbuvir + ribavirin (N=203) Blood and lymphatic system disorders: very common: anaemia/ Metabolism and nutrition disorders: common: decreased appetite/ Psychiatric disorders: common: insomnia, irritability/ Nervous system disorders: very common: headache – common: dizziness, migraine/ Vascular disorders: common: hot flush/ Respiratory, thoracic and mediastinal disorders: common: dyspnoea, dyspnoea exertional, cough, nasal congestion/ Gastrointestinal disorders: very common: nausea – common: diarrhoea, vomiting, abdominal pain, gastroesophageal reflux disease, constipation, dry mouth, flatulence/ Skin and subcutaneous tissue disorders: common: pruritus, dry skin, alopecia, rash/ Musculoskeletal and connective tissue disorders: common: arthralgia, myalgia/ General disorders and administration site conditions: very common: fatigue. Daklinza + sofosbuvir (N=476) Psychiatric disorders: common: insomnia/ Nervous system disorders: very common: headache – common: dizziness, migraine/ Gastrointestinal disorders: common: nausea, diarrhea, abdominal pain/ Musculoskeletal and connective tissue disorders: common: arthralgia, myalgia/ General disorders and administration site conditions: very common: fatigue. Laboratory abnormalities In clinical studies of Daklinza in combination with sofosbuvir with or without ribavirin, 2% of patients had Grade 3 haemoglobin decreases; all of these patients received Daklinza + sofosbuvir + ribavirin. Grade 3/4 increases in total bilirubin were observed in 5% of patients (all in patients with HIV co-infection who were receiving concomitant atazanavir, with Child-Pugh A, B or C cirrhosis, or who were post-liver transplant). Description of selected adverse reactions Cardiac arrhythmias Cases of severe bradycardia and heart block have been observed when Daklinza is used in combination with sofosbuvir and concomitant amiodarone and/or other drugs that lower heart rate (see sections 4.4 and 4.5 of SmPC). Paediatric population The safety and efficacy of Daklinza in children and adolescents aged <18 years have not yet been established. No data are available. Reporting of suspected adverse reactions Reporting suspected adverse reactions after authorisation of the medicinal product is important. It allows continued monitoring of the benefit/ risk balance of the medicinal product. Healthcare professionals are asked to report any suspected adverse reactions via the Federal Agency for Medicines and Health Products. Division Vigilance Eurostation II Place Victor Horta 40, boîte 40. B-1060 Brussels, Site internet: www.afmps.be, e-mail: adversedrugs@afmps.be. 7. MARKETING AUTHORISATION HOLDER Bristol-Myers Squibb Pharma EIG Uxbridge Business Park Sanderson Road Uxbridge UB8 1DH United Kingdom 8. MARKETING AUTHORISATION NUMBER(S) EU/1/14/939/001 EU/1/14/939/003 Medicine under medical prescription. Creation date January 2016



EXTENSION REIMBURSEMENT CRITERIA AS OF JANUARY 1, 2017

Genotype 1-6 AND extension to F2 AND F0-F1
for certain patient populations

Dosages	Public Price
Daklinza® 30 mg 1x28 tablets, blist.	€ 9760,48
Daklinza® 60 mg 1x28 tablets, blist.	€ 9760,48



**WITH DAKLINZA[®],
THE FIRST NS5A
INHIBITOR AS YOUR ALLY,
YOU CAN ACHIEVE CURE*...**



- For the majority of your HCV patients, including those with high unmet needs^{1,2}
- Thanks to a potent, **MULTI GENOTYPIC** activity^{1,2}
- In an all-oral, Interferon-free, combination^{1,2}

1. Daklinza® (daclatasvir) Summary of Product Characteristics. [insert local details] Bristol-Myers Squibb Company; March 2014. 2. Sulkowski MS, Gardiner DF, Rodriguez-Torres M *et al.* Daclatasvir plus sofosbuvir for previously treated or untreated chronic HCV infection. *N Engl J Med.* 2014;370:211-221. 3. EASL Clinical Practice Guidelines: Management of hepatitis C virus infection. *J Hepatol.* 2014;60:392-420. 4. Swain MG, Lai MY, Shiffman ML, *et al.* A sustained virologic response is durable in patients with chronic hepatitis C treated with peginterferon alfa-2a and ribavirin. *Gastroenterology.* 2010;139:1593-1601.



© 2014 Bristol-Myers Squibb Company
DAKLINZA® is a registered trademark of Bristol-Myers Squibb and its affiliates

We zitten de kankercel op de hielen...

“Het kankeronderzoek van vandaag gaat razendsnel. Wetenschappers en artsen breken steeds beter door tot de geheimen van de kankercel (...) We zitten kanker op de hielen en staan aan de vooravond van grote ontdekkingen”, aldus prof. Filip Lardon (UAntwerpen).



Nochtans moeten we omzichtig omspringen met het woordje ‘doorbraken’ in de oncologie. (...) . Maar als we alle wetenschappelijke doorbraken van het voorbije decennium optellen, dan staan we vandaag inderdaad op een kantelmoment. Binnen dit en tien jaar hopen we 80% van de mensen met kanker te kunnen genezen. Nu is dat iets meer dan 60%, tien jaar geleden was dat minder dan 50%. De snelle stijging is voornamelijk te wijten aan nieuwe behandelingen die tot nu toe niet mee in de statistieken opgenomen werden, zoals doelgerichte moleculaire therapieën en immuuntherapie.

Twee kanttekeningen bij deze cijfers. Ten eerste moeten we de term ‘genezing’ goed definiëren. (...) Laten we er op zijn minst naar streven dat we straks 80% van de kankerpatiënten chronisch en adequaat kunnen behandelen voor de rest van hun leven. Tweede kanttekening: kanker zal niet verdwijnen. (...) Reden temeer om blijvend in te zetten op preventie enerzijds en op fundamenteel en (pre)klinisch onderzoek anderzijds. Wat heeft ervoor gezorgd dat kanker een steeds beter geneesbare ziekte wordt? In de eerste plaats onze fundamentele kennis over de kankercel. Die was tien jaar geleden nog heel beperkt, maar met de hulp van de technologie en biomedische inzichten kunnen we nu tot op het kleinste moleculaire en genetische niveau van die cel gaan kijken. We maken als het ware een identiteitskaart op van de kankercel. Een superieure cel is dat, maar met beperkingen. En hoe beter we

die beperkingen kennen, hoe vollediger de identiteitskaart wordt.

We krijgen bovendien meer zicht op de omgeving van die kankercel, hoe ze reageert op en interageert met omliggende cellen en weefsels. Omdat we steeds beter weten hoe die kankercel werkt en zich ontwikkelt, kunnen we ze beter te lijf gaan.

Door onze inzichten kunnen we langs de ene kant nieuwe geneesmiddelen ontwikkelen die doelgerichter werken. Therapieën die niet langer inwerken op het hele lichaam, maar enkel op de tumor. Langs de andere kant kunnen we onze opsporingstechnieken verbeteren. Er snel bij zijn, is immers nog altijd van groot belang en als dat in de (nabije) toekomst kan met behulp van een ‘vloeibare biopsie’, kunnen we door tijdig in te grijpen veel menselijk leed besparen. In ieder geval, de toekomst ziet er mooi uit. Een wereld zonder kanker zullen we wellicht nooit hebben. Maar toch komt die droom elke dag een stapje dichterbij (...) Het is nu aan kanker om bang te worden.

Prof. dr. Filip Lardon, diensthoofd Centrum voor Oncologisch Onderzoek en vicerector van de Universiteit Antwerpen

Naar een wereld zonder kanker? Hoe wetenschap de ziekte overwint.
Filip Lardon. Uitgeverij Manteau, 2017
Kanker. Inzichten en vooruitzichten. Filip Lardon. Uitgeverij De Boeck, 2016



Hendrik in Wonderland

Gynaecoloog Hendrik Cammu is een veelgevraagde opinieleider in zijn vakgebied. Vulgariserende publicaties in de positieve zin van het woord hebben voor hem geen geheimen. Maar waarom als gynaecoloog een boek over eten en bewegen? Het antwoord vindt u in zijn nieuwste publicatie.



In het hoofdstukje ‘voeding en kanker in een notendop’ onthult de auteur de meest gangbare vooroordelen.

We pikken er enkele uit:

- vitaminesupplementen beschermen niet tegen kanker;
- omega 3-vetzuren beschermen niet tegen kanker;
- een glas wijn verlaagt het risico op kanker niet. Alcohol verhoogt het risico op borstkanker;
- obesitas verhoogt het kankerrisico. Rompobesitas, een ‘buikje’, ook;
- soja voeding heeft geen invloed op borstkanker;
- vleeswaren, maar niet rood vlees, verhogen het risico op darmkanker;
- kunstmatige zoetstoffen zijn niet kankerverwekkend;
- ‘superfoods’ zijn voedingsmiddelen die veel antioxidanten bevatten, zoals cacaobonen, hennepzaad, tarwegras, blauwe bessen, rode druiven, knoflook, bepaalde noten, donkere chocolade en tal van andere stoffen. Ze beschermen niet tegen kanker;
- algemeen: één enkel voedingsproduct, zoals ‘de blauwe bes’ of ‘vette vis’, kan niet verantwoordelijk zijn voor het afremmen van kanker, daarvoor is kanker veel te ingewikkeld.

Het is maar één voorbeeld van hoe Hendrik Cammu rechtdoorzee, zonder franjes en uitermate vlot klaarheid schept. Zonder daarom pretenties uit de hoek te komen: “U bent gewaarschuwd, dit boek is verre van volledig en, nog belangrijker, verschaft u in geen geval zekerheid, wel inzicht, en hopelijk ook leesplezier.” Daar kunnen we ons volmondig bij aansluiten.

P.S.

“Wat moeten we nu geloven, dokter?” is de meestgestelde vraag van de mensen die ik ontmoet bij voordrachten. Ze zijn in verwarring, ik wil klaarheid scheppen.” Alvast een mooie motivatie voor wel meer artsen die hun patiënten correct willen informeren over gezondheidsthema’s. Maar dr. Cammu heeft meer ijzers in het vuur: “In dit boek draag ik het petje van de medisch geschoolde journalist. Medisch geschoold wil zeggen dat ik de gespecialiseerde medische literatuur begrijp in al haar voorzichtigheid en nuance, maar vooral in al haar tekortkomingen. Journalist wil zeggen dat ik onbevangen, vanuit interesse en verwondering, verslag uitbreng van wat de medische wereld publiceert. Mijn houding van ‘Alice in Wonderland’, zeg maar. In dit geval dus *Hendrik in Wonderland*.”

Kanker wint zilver

“Toch niet weer een boek over eten en bewegen?”, vangt de auteur een ander bezwaar op dat men kan opperen. Maar hij heeft zijn antwoord pasklaar: “Ik geef regelmatig voordrachten over gezondheid voor ‘leken’. De top drie van onderwerpen die het publiek naar voren brengt ziet eruit als volgt: dementie krijgt brons, kanker zilver en het goud gaat naar voeding.” Aansluitend op dat andere boek op deze bladzijde dat over kanker gaat, zoomen we voor een korte bespreking in op het thema ‘kanker’.

Hendrik Cammu:
“Wat moet ik nu geloven, dokter?”
De beste versie van de waarheid over eten en bewegen. Uitgeverij Lannoo Tielt, 2017. 19,99 euro, 254 blz.
ISBN 978 94 014 4332 6



Dé rekruteringservice
in de gezondheidszorg

Verhoog uw kansen om de geschikte kandidaat te vinden!

Plaats uw vacatures in onze vakbladen
en op de website van www.jobhealth.be



NIEUW!
PLAATS UW
VACATURES
OOK IN ONZE
NIEUWSBRIEF



Neem NU contact met ons op!

Natalie Van de Walle - n.vandewalle@rmnet.be - T. 02 785 05 44

Een tweede verblijf in een berekende droom

Batterijen opladen tijdens de lange weekends? Nieuwe mensen ontmoeten? Keer op keer de ideale vakantie beleven? Wie droomde niet al eens over een huis in het buitenland? Momenteel hebben 170.000 Belgen hun droom waargemaakt en bezitten ze een vastgoed in een land als Spanje, Frankrijk of Italië.

Naargelang de regio biedt een tweede verblijf nogal wat voordelen.

Uiteraard kan voor een dergelijke beslissing niet over één nacht ijs worden gegaan. Er dient rekening te worden gehouden met tal van factoren: de fiscaliteit van het land, de financieringsmogelijkheden, de erfopvolging, enz.

Marleen De Vijt, directeur van het vastgoedagentschap Azull, Alexandre Missal, advocaat bij Cazimir, en Alain Lacourt, consultant in patrimoniumengineering bij Lacourt PatrimoniA, vertellen ons meer over het fiscaal stelsel van tweede verblijven in het buitenland.

'Wanneer een Belg een goed koopt in het buitenland, moet hij de inkomsten ervan aangeven in België.'

Zijn de Belgen verzot op tweede verblijven in het buitenland?

Marleen De Vijt: Zo kunt u het zeker stellen. Rekening houdend met onze bevolkingsdichtheid zijn de Belgen de kampioenen in Europa voor de aankoop van vastgoed in Spanje. In 2016 vonden 403.743 verkopen plaats in Spanje, waarvan 3.243 aan Belgen. Dat is een stijging van 11,6% in vergelijking met 2015.

Alain Lacourt: Voor Frankrijk alleen al tellen we jaarlijks ongeveer 10.000 transacties (alle vastgoedtypes samen) door Belgen. Dit maakt dat de 11.000.000 Belgen meer tweede verblijven hebben in Frankrijk dan de 80.000.000 Duitsers of de 18.000.000 Nederlanders.

Zijn bepaalde bestemmingen meer in trek dan andere? En is er de voorbije 10 jaar een evolutie merkbaar?

M.D.V.: De Belgen zijn sterk aanwezig in Spanje. De favoriete bestemmingen zijn de Costa Del Sol, de Costa Blanca en Tenerife. In 2008 zagen we 670 vastgoed-aankopen door Belgen. In 2013 zaten we op 2.666 transacties. Vandaag zijn het er meer dan 3.000 per jaar.

Alexandre Missal: Spanje en Frankrijk zijn erg in trek. Ook Portugal is populair omdat het land een interessant fiscaal stelsel biedt. Ze kennen er geen vermogensbelasting en ook de successierechten zijn er laag. Maar momenteel hebben wij vraag naar tweede verblijven voor zowat overal in de wereld.

Moeten we een aankoop van een tweede verblijf in het buitenland vooral als een belegging zien?

M.D.V.: Alles hangt af van de individuele situatie van de koper en van het gekozen land. Traditioneel kopen de Franstaligen een tweede verblijf om er hun vakanties door te brengen of om het te verhuren. Voor de Nederlandstaligen is het vooral een op genot gerichte aankoop.

A.L.: Het is een belegging in steen. Gezien de voorwaarden en de zeer lage renteniveaus, ligt het voor de hand dat investeren in een tweede verblijf interessanter is dan geld laten slapen een spaarrekening.

Zijn er zaakjes te doen?

M.D.V.: Ja, voornamelijk door een goed te kopen dat nog moet gebouwd worden. Wij schatten het voordeel op 10%. Inbeslagnames van banken zijn minder evident omdat de banken niet altijd de marktprijs vragen, maar er vlot boven gaan. In 2017 of 2018 zit er een nieuwe



btw-verhoging tot 12% of zelfs 14% aan te komen in Spanje. Daar is niet te lang uitstellen de boodschap.

A.L.: Tien jaar geleden holden we achter de prijzen aan. Momenteel is de markt opnieuw in handen van de koper. Hij biedt een prijs onder de vraagprijs en wacht tot de koper instemt. De kans dat een andere koper een hoger bod uitbrengt is gering.

Wat zijn de voordelen van een aankoop van een tweede verblijf in het buitenland voor een zelfstandige die over een te investeren kapitaal beschikt of die op het punt staat zijn pensioenkapitaal te innen?

A.M.: Spanje bestaat uit 17 autonome regio's en dus 17 verschillende belastingstelsels. De voordelen verschillen van regio tot regio en naargelang de individuele situatie van de zelfstandige. Wat voordelig is voor de ene is dat niet noodzakelijk voor de andere.

A.L.: De voordelen hangen af van het land en van wat de koper zoekt, van zijn startkapitaal, enz. De prijzen verschillen sterk van land tot land. In Frankrijk is het mogelijk om de successierechten te omzeilen, maar de regionale belastingen zijn er dan weer hoger.

Waarvoor moet iemand die een aankoop in het buitenland overweegt, in het bijzonder opletten?

M.D.V.: Altijd een beroep doen op een notaris en een in vastgoed gespecialiseerd advocaat. Zij hebben elk hun taak.

'Spanje bestaat uit 17 autonome regio's en dus 17 verschillende belastingstelsels.'

De notaris zal geen opzoeken doen, want hun functie is beperkter dan in België. Het is de advocaat die inlichtingen zal inwinnen over de hypotheek op het goed, de schulden, enz. Een voorschot storten aan een vastgoedagent of een aanbesteding doen op een verkoop is nooit een goed idee, omdat dit geen enkele garantie biedt dat de verkoop uiteindelijk zal doorgaan.

A.L.: Men moet kijken naar de wetten van elk land. In Spanje moet u erop letten of u wel degelijk eigenaar wordt van het terrein en moet u zeker rekening houden met de kosten en fiscale aspecten. De fiscaliteit van het tweede verblijf is altijd die van het land waar het zich bevindt. Maar wanneer een Belg een goed koopt in het buitenland, moet hij de inkomsten ervan aangeven in België. Op het vlak van erfrecht blijven de rechten verschuldigd in België, met verrekening van de reeds in het buitenland betaalde rechten.

Staan Belgische banken leningen toe voor aankopen in het buitenland?

M.D.V.: Ja, maar met een waarborg op een goed of een effectenportefeuille in België. Wel bestaan er Spaanse banken die over een kantoor beschikken in Brussel. Daar is het mogelijk om een goed in Spanje te kopen met een krediet dat onder de Belgische wetgeving valt en een hypotheekwaarborg in Spanje.

A.M.: Er zijn wat dat betreft geen beperkingen, maar de banken maken

het buitenland:



'Men moet vermijden om naar het buitenland te kijken met een Belgische fiscale bril.'

hun voorwaarden steeds strenger. Bovendien zal de hypotheek nooit gelegd worden op een goed in het buitenland, maar altijd op een goed in België. Eventueel is het mogelijk een beroep te doen op een buitenlandse bank die een waarborg zal nemen op het goed in het buitenland.

Zijn er meer waarborgen nodig dan voor een aankoop in België

M.D.V.: Niet noodzakelijk. De bank moet de garantie hebben dat u zult kunnen terugbetalen. In bepaalde gevallen zal ze 100 of 50% garantie vragen. In Spanje is het niet mogelijk om meer dan 80% van de waarde van het goed te lenen. In het algemeen leent de Belg voor een tweede verblijf niet meer dan 50% van het totale bedrag.

A.L.: De bank analyseert de financiële situatie van de klant. Als het gaat om een arts halverwege zijn loopbaan, dan kunnen de banken oordelen dat hij een goed inkomen heeft en dat zijn hoofdverblijf reeds grotendeels afbetaald is. Als dezelfde arts een lening aangaat aan het einde van zijn loopbaan, dan kunnen de banken oordelen dat hij op korte termijn cash nodig heeft en dat hij wacht op een groepsverzekering of de opbrengst van de verkoop van een goed. Hij zal niet meer lenen om terug te betalen door middel van een inkomen.

Welke kredietformules zijn mogelijk?

M.D.V.: In Spanje gaat het om variabele intrestvoeten en die zijn hoger dan in België. Vaste intrestvoeten zijn er weinig courant. Vandaar dat het interessanter is om op kortere termijn te lenen. Som-

mige kopers zullen niet over het volledige bedrag voor de aankoop beschikken omdat ze nog een goed moeten verkopen. In dat geval kan de bank een overbruggingskrediet voorstellen; het betreft een vastgoedkrediet bestemd voor de financiering van een nieuwe woning in afwachting van de verkoop van een goed. De bank schiet tussen 50 en 80% van de waarde van het te verkopen goed voor gedurende 1 à 2 jaar. Eenmaal verkocht zal de ontlener de lening volledig terugbetalen, d.w.z. het kapitaal en de intresten opgelopen tijdens de overbruggingsperiode.

A.M.: Voor zelfstandigen is er het bulletpointkrediet, ook krediet met vaste termijn of krediet in fine genoemd. Het verschil met een traditionele lening is dat u tijdens de looptijd van het krediet alleen de intresten terugbetaalt. Het kapitaal wordt volledig terugbetaald op de eindvervaldag, dus na 10 tot 20 jaar. Het wordt heropgebouwd via een levensverzekering, een pensioenspaarcontract, enz. Dit soort krediet maakt het mogelijk om de maandelijkse aflossingen te verlichten. Die dienen dan alleen om de intresten en de verzekeringspremies verbonden met de lening terug te betalen. Ook fiscaal kan deze constructie interessant zijn.

A.L.: Het is inderdaad mogelijk een lening aan te gaan door zijn individuele pensioentoezegging (IPZ) in pand te geven. Deze formule wordt vaak aanbevolen omdat ze fiscaal interessant is. De intresttarieven op dit soort kredieten zijn echter vaak hoger dan op een klassieke lening. Wat uitgespaard wordt op belastingen, wordt vaak betaald in de vorm van intresten.

Zijn sommige landen voordeliger of nadeliger dan andere op fiscaal vlak?

A.M.: In het algemeen kan gesteld worden dat de belastingen hoger zijn in het buitenland. In België worden huurinkomsten bijvoorbeeld niet belast. In Frankrijk is er een vermogensbelasting en een meerwaardebelasting. Met al die elementen dient rekening te worden gehouden.

Zijn er fiscale valkuilen die te allen prijze dienen vermeden te worden?

M.D.V.: Wie beslist om een tweede verblijf aan te kopen, moet zich absoluut informeren over de Belgische wet en die van het land van de aankoop. In Spanje moet u voorzichtig zijn met de huurinkomsten, want het zijn brutorendementen waarvan de gemeenschappelijke kosten, de Spaanse onroerende taksen, de inkomstenbelasting, water, elektriciteit, internet, enz. moeten worden afgetrokken.

A.M.: Men moet vermijden om naar het buitenland te kijken met een Belgische fiscale bril. Zo kan bijvoorbeeld een vastgoed gekocht worden via een buitenlandse vennootschap en ter beschikking worden gesteld aan u als bestuurder van de vennootschap. Via deze constructie zou u belast worden op een voordeel van alle aard (VAA) in België. In Frankrijk ligt dit complexer: aangezien het de vennootschap is die het goed ter beschikking stelt, ontvangt ze fictieve huurinkomsten en zal ze ook belast worden in Frankrijk. Een dubbele belasting dus.

A.L.: Het is opletten voor gesplitste aankopen: vruchtgebruik en naakte eigendom. Het is een operatie die de grootste voorzichtigheid vergt, aangezien de Belgische wet en de buitenlandse wet gelijktijdig toepasbaar kunnen zijn.

Hoe kan men een tweede verblijf in het buitenland opnemen in een successieplanning of een schenking?

M.D.V.: Het beste is de kinderen te betrekken vanaf de aankoop van het verblijf door het op hun naam te kopen. Concreet betekent dit dat de ouders het vruchtgebruik en dus het genot van het goed verwerven, terwijl de kinderen de naakte eigendom kopen van hetzelfde goed. Er kan een huurovereenkomst op lange termijn worden opgesteld om er zeker van te zijn dat de kinderen niet verkopen zolang u in leven bent. Bij het overlijden van de vruchtgebruikers gaat de volledige eigendom naar de kinderen. In België kan dit zonder bijkomende kosten. In Spanje is deze constructie niet

interessant omdat de successierechten hoog zijn. De erfgenamen zullen er de registratierechten op hun deel moeten betalen.

Kan een Belgisch ingezetene zijn successie bij een Belgische notaris plannen en daarbij vastgoed in het buitenland opnemen? Of moet hij daarvoor bij een notaris ter plaatse passeren?

M.D.V.: De successie moet gepland worden met een Belgische notaris én een notaris in het buitenland. Voor het goed kan een tweede testament in het buitenland worden opgesteld. Het Belgische document dat het overlijden bewijst, zal worden overgemaakt aan het land van het tweede verblijf.

A.M.: In 95% van de gevallen zal een beroep moeten worden gedaan op een Belgische notaris en op een notaris ter plaatse. Voor een schenking moet alles geregistreerd worden bij het kadaster van het land waar het goed zich bevindt.

Als ik beslis mijn domicilie in het buitenland te nemen, bijvoorbeeld voor mijn pensioen, welke gevolgen kan dit dan hebben voor de successierechten op het moment van mijn overlijden?

M.D.V.: Voor de Belgische administratie is het zo dat als een persoon zijn hele leven in België doorbrengt en hij eigendommen in het buitenland bezit, er successierechten zullen zijn op al zijn goederen. De tarieven worden bepaald door de gewesten. Als u uw domicilie in het buitenland neemt en u geen enkel goed meer in België bezit, dan is de laatste woonplaats van de overledene bepalend voor de wetgeving die toepasselijk is op alle goederen van de successie. Bij vererving in Spanje hebben de Spaanse bezittingen van de erfgenamen een invloed op het te betalen tarief: hoe meer ze bezitten, hoe hoger het tarief zal zijn. In België is dan niet het geval.

A.L.: Dankzij een nieuwe Europese verordening die van kracht werd op 17 augustus 2015, kunt u de toepassing van de wet van uw nationaliteit vragen voor al uw bezittingen (roerend en onroerend). Deze wens moet worden opgenomen in de aankoopakte of in een latere akte. ■

Céline Demaret

Prostaatkankercijfers (2/2)

Sterfte van prostaatkanker

Helaas is niet elke behandeling van prostaatkanker een succes, elk jaar sterven er meer mannen aan prostaatkanker dan dat er burgers sterven in het verkeer op onze wegen.

prostaatkanker sterven is de groep van 80-84 jaar. Uit de leeftijdsvergelijking bij diagnose en bij sterfte blijkt er gemiddeld 15 jaar te zijn tussen diagnose en overlijden (65-69 jaar maximale diagnose en 80-84 jaar voor de maximale sterfte).

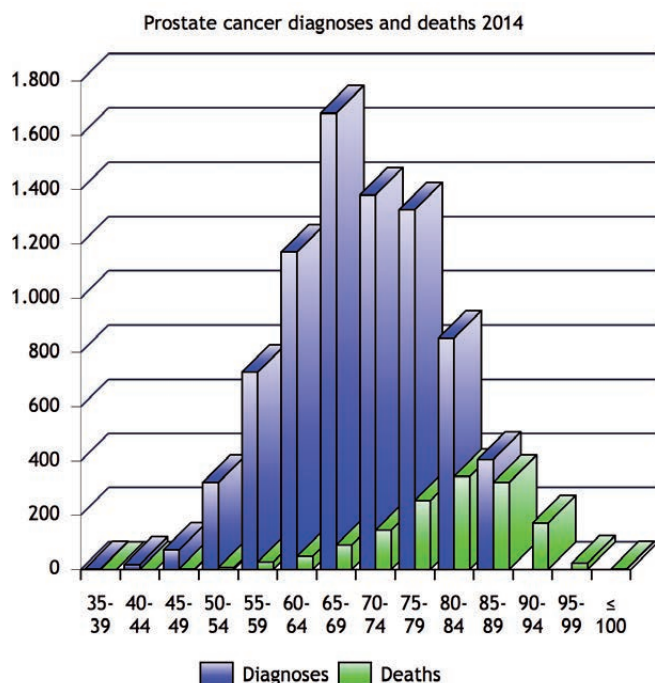
Besluit

België is een land waar veel cijfermateriaal over de meest uiteenlopende ziekten te vinden is, als men goed zoekt. Dat geldt ook voor prostaatkanker. Uit het beschikbaar materiaal kunnen we in grote lijnen

we niet, maar voor borstkanker gaat om ongeveer één derde positieve biopsieën en dat lijkt redelijk. Zou dat ook voor prostaatkanker een redelijk resultaat zijn?

Dat jonge patiënten vaker in een hoger stadium worden gediagnostiseerd is geen goed teken. Misschien ligt dat aan het niet

Figuur 1: Diagnoses en sterfte van prostaatkanker, blauw: diagnoses en groen: sterfte volgens leeftijdscategorieën, diagnoses tot 90 jaar (2014).

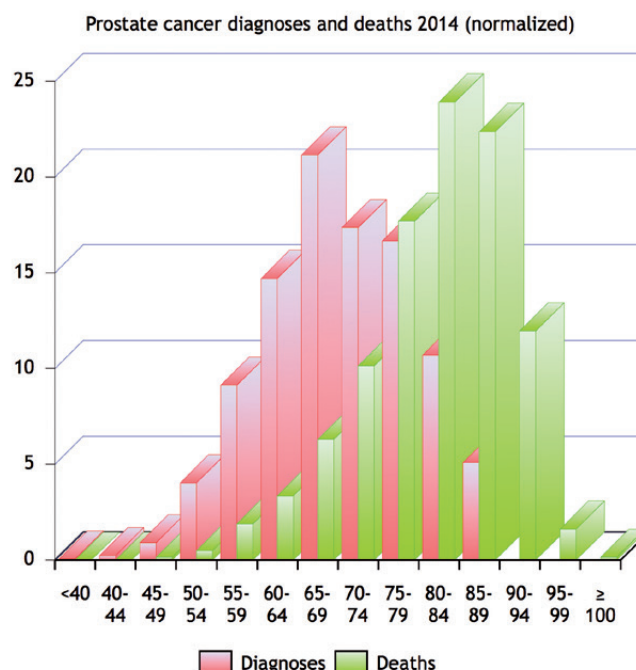


Figuur 1 toont naast elkaar en volgens leeftijd de diagnoses van prostaatkanker en de sterfte aan prostaatkanker (Figuur 1). Figuur 2 toont dezelfde gegevens maar genormaliseerd, wat een procentuele opbouw geeft (Figuur 2).

In 2014 stierven 1.430 mannen van prostaatkanker, veel meer stierven er mét maar niet aan prostaatkanker. De leeftijd waarin de meeste mannen aan

Indien we dan benaderend het aantal prostaatspecifieke overlijdens nemen en het aantal diagnoses, blijkt dat 18% van de gediagnostiseerde mannen sterft aan prostaatkanker. Indien we als oefening van het aantal diagnoses het aantal stadium I en van de diagnoses zonder data 33,13% nemen als stadium I, blijven er 4.848 diagnoses in een gemiddeld tot hoog risico over. Van deze zou de sterfte dan 29,5% kunnen belopen, hetgeen niet verwaarloosbaar is.

Figuur 2: Zelfde gegevens maar genormaliseerd (2014).



afleiden dat de Belgische artsen (urologen) zeer kritisch zijn alvorens bij een man een biopsie te nemen. Met een positieve score van bijna 70% waarvan toch nog een derde stadium I is, is er nog verbetering mogelijk maar het wordt moeilijk.

Dat is de positieve versie, waarbij men er van uitgaat dat het ultieme resultaat 100% positieve biopsieën wordt, alleen zijn we dan zeker dat er kankers gemist zullen worden. Welk percentage redelijk is weten

systematisch testen in deze leeftijdscategorie. Misschien is het tijd om terug na te denken over een goed georganiseerde screening. Dan zou het aantal prostaatkankerspecifieke overlijdens misschien ook kunnen dalen. ■

Erik Briers PhD

Referenties, de gegevens zijn afkomstig van het Riziv, het Kankerregister en het ministerie van economische zaken.

EDITORIAAL ■

De gezondheidszorg: samenwerken of niet werken?

Samenwerken is de nieuwe mantra in de geneeskunde en de gezondheidszorg. Ziekenhuizen moeten samenwerken of zelfs versmelten, hetzelfde geldt voor diensten. Het einddoel is een betere en betaalbare zorg voor de hele bevolking.

In de laboratoriumsector is dat al vele jaren bezig. Van meer dan 1.000 laboratoria 25 jaar geleden blijven er vandaag minder dan 250 over. Vele ambulante (private) laboratoria zijn samengesmolten tot grote efficiënte groepen die de steeds duurdere technieken, apparatuur maar ook kwaliteitsprogramma's kunnen implementeren.

Hetzelfde willen ook patiëntengroepen: zeker in kankerzorg is het niet houdbaar dat elk ziekenhuis elk type kanker wil behandelen. Als we alleen al kijken naar de meer dan 250 zeldzame kankers, dan weten we dat dit geen haalbare kaart is. Zelfs voor de 'grote kankers' zoals borst- en prostaatkanker is het uitgesloten dat ieder ziekenhuis ze in de toekomst zal behandelen. Er is nood aan netwerken van expertise. Binnen deze netwerken wordt de zorg aangeboden en worden alle mogelijke behandelingsmodaliteiten verzameld. Die kunnen worden aangeboden binnen het netwerk. Met andere woorden; de behandelende clinicus is

zijn patiënten en zijn broodwinning niet kwijt, maar alleen de beste chirurgen opereren nog in overleg.

Voor borstkanker is dat zelfs in wetten gegoten. Al in 2009 concludeerde het KCE (KCE-rapport 113A) dat bij borstkanker de uitkomst van chirurgie en de andere gevolgen beter is in centra die jaarlijks veel tot zeer veel behandelingen uitvoeren. In een KB van 26 april 2013 legde de federale minister dan ook een minimum van 150 nieuwe patiënten per jaar op, en een minimum van 50 ingrepen per arts. Helaas werden deze aantallen later verlaagd. Patiënten begrijpen dat artsen na lange studies hun brood moeten kunnen

verdienen, maar ze willen niet dat dit ten koste van hun levenskwaliteit behandelde patiënten is.

Patiëntenorganisaties zoals 'Borstkanker-Vlaanderen' (www.borstkanker-vlaanderen.be) en 'Wij-Ook' (prostaatkanker) (www.wijook.be) ijveren voor het ontstaan van deze expertisenetwerken, waarin alle specialismen samenwerken met als enige doel optimale zorg voor de patiënt. Daarbij willen zij geen exclusie van specialisten, maar wel inclusie van iedereen die de doelstellingen wil nastreven. Veel van de kankerzorg kan worden toegediend en opgevolgd door een arts dicht

bij de patiënt, na overleg met het multiprofessioneel zorgteam in het expertisenetwerk. Iedereen, zowel patiënt als clinicus, moet zich goed voelen in het systeem van samenwerking, anders zal het helaas niet werken.

Een laatste hoogtechnologisch voorbeeld: protontherapie. In het volgende stuk geven wij meer informatie over het nieuwe protontherapiecentrum dat aan het UZ Leuven gebouwd wordt. Dit is een hoogge-

specialiseerde therapiemodaliteit met een beperkt aantal indicaties. Daardoor heeft België er geen 10 van nodig. De boodschap van minister Maggie De Block bij de opening van ParTICLe is dan ook dat dit een mooi voorbeeld is van samenwerking tussen universitaire centra, gelieerde ziekenhuizen en zelfs over de taal- en andere grenzen. Indien technologie erg duur is en toch klinisch wenselijk, moeten er keuzes worden gemaakt. En dat is hier gebeurd.

Toch een kleine kanttekening, niet iedereen stapte in deze samenwerking: aan de Franstalige kant hebben de Universiteiten van Brussel (ULB), Luik, Namen en Bergen met de steun van het Waals Gewest beslist om een eigen protontherapiecentrum op te richten in Charleroi. Daardoor zijn er weldra (2019-2020) in België twee protoncentra actief, die mogelijk dezelfde patiënten zullen willen aantrekken want de dure infrastructuur moet toch een beetje renderen. Vergeet

daarbij ook niet dat Nederland zijn protontherapieplannen aan het uitvouwen is: maar liefst vier centra met steeds meer dan één behandelingskamer.

Samenwerken moet voor een optimale gezondheidszorg, maar het is toch zo moeilijk. Zeker als er politici achter de glazen wand staan te loeren. ■

Erik Briers PhD

ParTICLe: eerste patiënt, herfst 2019

Protontherapie is niet nieuw, maar nog steeds in ontwikkeling. Het is een bestralingsmodaliteit voor kanker die bijzonder kostbaar is, maar zeer effectief kan zijn. Selectiviteit is vereist. Omdat de kosten zo hoog zijn is samenwerking aangewezen. Voor het Leuvense protontherapiecentrum ontstond er een samenwerking tussen aanvankelijk de twee 'Leuvense' universiteiten, KUL en UCL, met hun respectievelijke ziekenhuizen UZ Leuven en Saint-Luc. Later kwamen ook UZ Gent, UZ Antwerpen en UZ Brussel met al hun geassocieerde

ziekenhuizen, waardoor bijna alle ziekenhuizen in Vlaanderen, Brussel en een stuk van Wallonië een beroep zullen kunnen doen op de diensten van het centrum. Uiteraard is er ook samenwerking met de overheid, zonder zou het immers moeilijk zijn. Het is ook nu al duidelijk dat voor een gedeelte van de voorbereidingen voor een therapie de patiënt in zijn vertrouwde oncologische dienst kan geholpen worden, mits er een opgeleide arts beschikbaar is.

Waarom protonen?

Protonen zijn niet te vergelijken met de meer klassiek gebruikte fotonen. Protonen zijn waterstofatoomkernen, geladen deeltjes met massa één. Dat heeft belangrijke voordelen bij de toepassing. Doordat het geladen deeltjes zijn kunnen ze op een doeltreffende wijze versneld worden in een synchrocyclotron tot bijna elke gewenste energie. Door gebruik te maken van elektrische en magnetische velden kunnen deze bundels mono-energetisch gemaakt worden en bovendien over lange afstanden via buizen naar een doel geleid worden. Even belangrijk is dat door dezelfde velden te hanteren een protonbundel tot een zéér smalle bundel (*pencil beam*) gefocust kan worden, die therapeutisch gebruikt wordt.

Op zich is dit al een eigenschap die met fotonen moeilijk te realiseren is (moeilijk kan ook natuurlijk), maar er is meer. Het tweede grote probleem is om de dosis die therapeutisch actief is op het doel neer te zetten zonder daarbij de hele omgeving te beschadigen. Hier komt de interactie tussen materie (weefsel) en geladen hoogenergetische deeltjes goed van pas. Protonen verliezen hun energie door interacties met de elektronenwolk die de kernen omgeeft. De elektronenwolken zijn behoorlijk geconcentreerd, terwijl de kernen vooral omgeven zijn met niets, de elektronen bevinden zich op een relatief grote afstand. De densiteit van het materiaal waar de bundel doorheen vliegt speelt natuurlijk wel een rol. Maar alle protonen ondergaan statistisch dezelfde processen en verliezen geleidelijk hun energie tot ze ergens tot stilstand komen, maar dat doen ze bijna allemaal op dezelfde diepte. Doordat deze protonen niet allemaal exact dezelfde energie hadden bij de start en er natuurlijk statische verschillen zijn in hun energieverlies is deze positie geen dun lijntje maar een piek, de Bragg-piek (Figuur 1).

Daarom protonen

In samenvatting: de bundel kan technisch enorm smal gemaakt worden en de energie wordt in een heel kleine zone afgegeven, waarbij de weefsels waar de bundel doorgaat vóór het doelorgaan en deze achter dat orgaan niet geraakt worden. Minder 'collateral damage', dus. Bij fotonen die hun energie door absorptie verliezen is dit niet mogelijk.

Indicaties

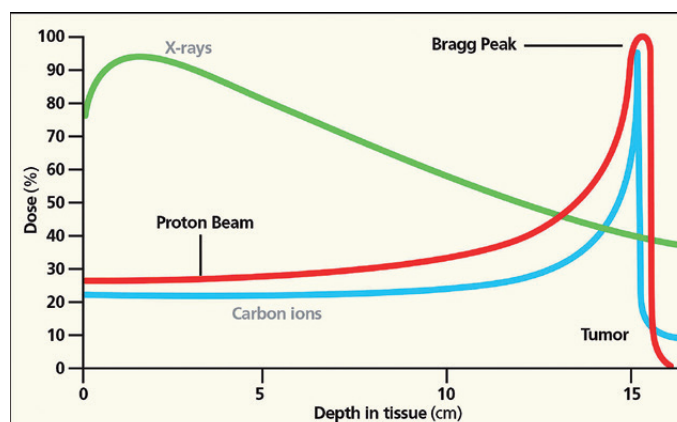
Hier komen we bij het belangrijkste onderdeel. Een dure technologie waarvan slechts een beperkte hoeveelheid beschikbaar is, moet optimaal gebruikt worden. Met de eigenschappen van protontherapie zou men in feite kunnen besluiten om iedereen altijd hiermee te behandelen. Maar dat is niet redelijk. Fotontherapie is voor de meeste kankers een bijzonder goede en optimale behandelingsmodaliteit. Zoals steeds zijn er klinische studies nodig om uit te maken wanneer protontherapie aangewezen is en wanneer klassieke fotonen ruimschoots volstaan.

Er zijn evenwel duidelijke indicaties vastgelegd. Het gaat over tumoren die op moeilijke plaatsen zitten en omgeven zijn door delicate weefsels, meer bepaald hersenen, zenuwbanen, klieren... en natuurlijk ook kwetsbare patiënten zoals kinderen.

Niemand zal ontkennen dat de behandeling van kinderen met een hersentumor bij voorkeur met protontherapie zal gebeuren (vandaag in het buitenland). De klassieke fotontherapie kost deze kinderen tot meer dan 15 punten van hun intelligentie (IQ), dat is voor een gemiddelde burger de overgang van een IQ 100 naar een IQ van 85, een dramatisch en niet-reversibel verschil.

Maar ook buiten de hersenen zijn er andere tumoren en posities die prima-

Figuur 1: De Bragg-piek - X-rays zijn fotonen die volgens de wetten van optica hun energie geleidelijk verliezen door absorptie. Daardoor wordt een belangrijk deel van de energie afgegeven vóór en achter de tumor. Deeltjes (protonen en koolstofionen) verliezen hun energie door vooral interacties met elektronen en vallen stil in de tumor, de Bragg-piek. Hoe zwaarder het deeltje hoe smaller de piek.



re indicaties voor protontherapie zullen zijn. Bijvoorbeeld tumoren dicht bij de oogzenuw, of dicht bij de ruggengraat. Ook hals- en nekkankers kunnen in aanmerking komen, maar de indicaties worden zeker een onderwerp van onderzoek.

En de grote kankers?

Er zijn maar weinig types van prostaatkanker en borstkanker waarvoor protontherapie aangewezen is, ook al is de nevenschade bij bijvoorbeeld prostaatkanker zeker gedocumenteerd.

Dit neemt niet weg dat er situaties kunnen zijn waarbij een metastase op een vervelende plaats ergens in het bot met een korte protontherapie kan en zal behandeld worden, maar onderzoek zal hier uitsluitsel moeten geven. Veel van de prostaatkankers die al met protontherapie behandeld werden waren van zeer laag tot laag risico (USA), waardoor de resultaten uiteraard zéér goed waren...

Onderzoek

Het bijzondere aan het Leuvense protoncentrum is dat het uitgerust wordt met een tweede bunker met daarin aan eigen synchrocyclotron en een horizontale deeltjesbundel die onderzoek mogelijk maakt zonder interferentie met het behandelen van patiënten. Deze faciliteit zal door alle samenwerkende universiteiten kunnen gebruikt worden op basis van projecten. Indien nodig kan deze installatie omgebouwd worden tot een normale behandelingskamer waardoor de capaciteit van het centrum kan verdubbelen.

Besluit

ParTICLe kan een voorbeeld van toekomstige samenwerking worden inzake kankerbehandeling. We zullen moeten aanvaarden dat niet elk ziekenhuis alles in huis kan halen voor de behandeling van hun patiënten. Het wordt samenwerken of het zal niet werken. ■

Erik Briers PhD

JAARLIJKSE BIJENKOMST VAN ABEFORCAL ■

Allergie voor geleedpotigen, tolerantie-inductie voor pinda's en score voor ernst van voedingsallergie

Abeforcal is een vereniging die gespecialiseerd is in allergologie. Haar doel is informatie over allergologie te verspreiden en de activiteiten rond dat onderwerp te promoten, er conferenties over te organiseren en interactieve workshops op te zetten. We geven u hier een samenvatting van de presentaties van de buitenlandse sprekers op de bijeenkomst van maart, aan de hand van de abstracts van de auteurs.



Allergische reacties op steken en beten van geleedpotigen

Claude Ponvert (Dienst Pediatrie pneumologie & allergologie, Hôpital Necker-Enfants Malades, Parijs)

Geleasedpotigen zijn ongewervelde dieren die een geled uitwendig skelet (cuticula of schild) hebben en gelede aanhangsels (antennes, poten). De tak van de geleedpotigen telt van het hele dierenrijk de meeste families, de meeste soorten en de meeste individuen (naargelang de bron 50 tot 80% van de bekende soorten).

Wereldwijd zijn de risico's die verbonden zijn aan steken en beten van bepaalde van deze dieren vooral infectieus (malaria, dengue, lymfatische filariasis door muggensteken; onchocerciasis of rivierblindheid door steken van kriebelmuggen; trypanosomiasis of ziekte van Chagas door steken van de roofwants; tyfus door steken van de luis; ziekte van Lyme, tularemie, babesiosis, Q-koorts, mediterrane gevekte koorts, virale encefalitis hebben te maken met harde teken, enz.)

of toxisch (schorpioengif, de vacht van bepaalde rupsen, enz.)

Maar sommige geleedpotigen kunnen ook min of meer ernstige allergische reacties uitlokken door de – vaak antigene/allergene – enzymatische (glyco-) proteïnes van hun speeksel, hun gif of hun vacht. De voornaamste geleedpotigen

die zulke reacties kunnen uitlokken zijn insecten (vliesvleugeligen, waar we het hier niet over zullen hebben; muggen, kriebelmuggen, daasvliegen, wantsen, luizen, vlooien en de rupsen van bepaalde schubvleugeligen) en spinachtigen (teken en schorpioenen).

Het zijn de vrouwtjes die verantwoordelijk zijn voor allergische reacties, op een aantal bijzondere gevallen na, zoals de processierupsen, waarvan het haar prikt en allergeen is, de daasvliegen die bijten om het vlees los te trekken en de schorpioenen die steken om zich te 'verdedigen'. Meestal steken de vrouwtjes dus, omdat ze een 'bloedmaaltijd' nodig hebben om hun eieren te kunnen ontwikkelen, die zich, na de leg, transformeren tot larven of nimfen of poppen en later tot volwassen dieren.

De vaakst voorkomende reacties zijn plaatselijke ontstekingsreacties, die vaak 'normaal' zijn en na een paar uur of enkele dagen verdwijnen. Maar soms zijn ze zo groot of duren ze zo lang dat ze pathologisch zijn. Min of meer ernstige systemische en anafylactische reacties komen relatief zelden voor.

De etiologie is over het algemeen eenvoudig vast te stellen, omdat de patiënt zelf of zijn omgeving het dier dat heeft gestoken of gebeten kan identificeren of beschrijven, of het blijkt alleen al uit de omstandigheden waarin de patiënt werd gestoken of gebeten.

Op allergologisch vlak:

- is er voor de huidtests maar één enkel allergeen extract beschikbaar, het extract van het hele lijf van de mug (*Aedes communis*). Dat is niet gestandaardiseerd en de sensitiviteit en de specificiteit zijn allesbehalve perfect.
- zijn er maar erg weinig specifieke IgE's die in het serum kunnen worden bepaald: mug en daasvlieg, en op speciale aanvraag de duiventek (*Argas reflexus*), en de sensitiviteit en de specificiteit zijn veeleer slecht;
- bestaat er geen gestandaardiseerd en gevalideerd allergeen extract voor de specifieke immunotherapie.

Het 'werk' van de allergoloog komt er dus op neer de geleedpotige te identificeren die de reacties heeft veroorzaakt, op basis van de beschrijving van de patiënt, de omstandigheden waarin de reacties zich hebben voorgedaan en het onderzoek van de specimens die de patiënt eventueel heeft meegebracht, en ad hoc maatregelen te bepalen om recidieven te voorkomen, zoals maatregelen om geleedpotigen buiten te 'vermijden' en voor geleedpotigen die binnen parasiteren, het desinfecteren van de kamers, het meubilair, de lakens en de kleren en het voorschrijven van een etui met daarin de geneesmiddelen die geschikt zijn voor de aard en de (mogelijke) ernst van de reacties, enz.

Protocols van 2017 om tolerantie voor pinda's bij kinderen te induceren

Jean-Luc Fauquert (Eenheid Kinderallergologie CHU Estaing, Clermont-Ferrand)

De aanpak van allergie voor pinda's is problematisch. Omdat spontane genezing maar heel zelden voorkomt, zijn protocols uitgewerkt om de tolerantie te induceren. Het wezenlijke doel is enerzijds de levenskwaliteit van onze patiënten verbeteren door van het exclusiedieet af te stappen – een dieet dat vandaag de dag trouwens

vragen oproept – en anderzijds het risico op ernstige reacties te verlagen, die kunnen voorkomen bij elke consumptie van pinda's, hoe klein ook.

We moeten een duidelijk onderscheid maken tussen desensibilisatie en tolerantie-inductie, twee begrippen die soms verward worden. Desensibilisatie brengt alleen een verhoging van de reactogene drempel met zich mee: het beschermt de patiënt tegen een

reactie die wordt uitgelokt door lage dosissen allergenen. Maar om deze reactiviteitsdrempel in stand te houden, zal de patiënt zeer regelmatig dat voedingsmiddel moeten consumeren. Tolerantie gaat om de genezing (definitieve afwezigheid van reactiviteit op het allergeen), los van de regelmatige consumptie: het beschermt de patiënt definitief tegen een allergische reactie.



► *Protocols met pinda's die werden getest op kinderen zijn de volgende*

- Sublinguale immunotherapie (SLIT) bleek werkzaam voor desensibilisatie op korte termijn en wordt erg goed verdragen. Op lange termijn is het nut beperkt omdat de therapietrouw afneemt.
- Epicutane immunotherapie (EPIT) steunt op de penetratie in de huid van minimale hoeveelheden pinda. Dit is de weg van de toekomst, omdat de bijwerkingen minimaal zijn. Er is tot op heden al veel over geschreven en er is al veel geld in het onderzoek gestopt, maar nog geen enkele publicatie kan de arts overtuigen.
- Orale immunotherapie (OIT) is de meest succesvolle techniek, ook al zijn er vaak bijwerkingen die soms zelfs ernstig zijn (eosinofiele oesofagitis). Het werkt dus wel degelijk, maar net zoals de andere vermelde technieken, wordt het gebruik nog niet aanbevolen buiten klinische studieprotocollen.

Het tolerantie-inductieprotocol voor pinda's (PITA) werd opgesteld door het pediatrie team van Clermont-

Ferrand om de nadelen van de hierboven vermelde technieken te omzeilen en adolescenten met een ernstige allergie de mogelijkheid te bieden om te stoppen met hun uitsluitingsdieet, dat vereist was omdat ze al reageren op een lage concentratie van pinda's. Nieuw aan deze techniek is dat de pinda in een capsule wordt gestopt die niet met de voedselbolus wordt gemengd, zodat de mond en de slokdarm worden gepasseerd. Het gaat om een multicentrische, dubbelblinde, prospectieve placebogecontroleerde studie, waarin de werkzaamheid wordt geëvalueerd aan de hand van het vermogen van de patiënten om, op het eind van de incrementele fase, een dosis van 2 gram pinda (400mg pinda-eiwit) in te slikken. De resultaten zijn erg positief: 19 van de 21 patiënten die met pinda worden behandeld, zijn gedesensibiliseerd, hoewel er matige bijwerkingen zijn (geen oesofagitis). De mechanismen zijn dezelfde als die uit voorafgaande studies: afname van de grootte van de priktests, van de specifieke IgE's voor pinda en de recombinante risicofracties, in het bijzonder Ara h2, en een sig-

nificante verhoging van de IgG4's voor dezelfde antigenen. Het is nog wachten op de resultaten van de tweede (onderhouds)fase. Die moet bij de patiënt leiden tot een tolerantie-inductie, die gecontroleerd moet worden.

Uit deze studie en de follow-up van onze patiënten blijkt dat de aanpak van kinderen met een allergie voor pinda's met een hoog risico op anafylaxie met de grootste voorzichtigheid moet gebeuren. Alleen in weinig ernstige gevallen kunnen kinderen die nooit een anafylactische reactie hebben gehad dagelijks kleine hoeveelheden pinda blijven innemen en zo beschermd worden. In alle overige gevallen moet een orale provocatietest worden uitgevoerd, onder strikte omstandigheden die vooraf besproken zijn. Voor deze patiënten moeten de tolerantie-inductieprotocollen worden uitgevoerd door een pluridisciplinair onderzoeksteam, ondersteund door een ethisch comité en een team van experts. ■

Dr. Dominique-Jean Bouilliez

Ontwikkeling en validering score om de ernst van een voedselallergie te meten

Montserrat Fernandez Rivas
(Afdeling allergologie, Hospital Clínico San Carlos, IdISSC, Madrid)

Een voedselallergie treft ongeveer 5% van de kinderen die nog niet naar school gaan en 2% van de scholieren en volwassenen. Allergische voedselreacties kunnen zich manifesteren als zwakke reacties met symptomen in de mond of redelijk matige reacties met huid- en gastro-intestinale symptomen, tot anafylaxie die dodelijk kan aflopen. Voedselallergie is de vaakst voorkomende oorzaak van ernstige allergische reacties, vooral bij kinderen en jongvolwassenen. Deze ernstige allergische reacties hebben een grote impact op de patiënten met voedselallergie.

Gezondheidswerkers gebruiken de ernst van een reactie als leidraad om een behandeling voor te schrijven en de toekomstige behandeling van de patiënten te sturen. Het is dan ook erg belangrijk dat we de ernst van de allergische reacties precies kunnen

omschrijven. Op basis van de mening van experts zijn er een aantal systemen ontwikkeld om de ernst van de allergische reacties te bepalen, maar geen enkel systeem is gevalideerd of wordt in ruime mate toegepast. In het Europese iFAAM-project (ref. 312147), is er een score ontwikkeld om de ernst van voedselallergieën vast te stellen (FASS) met twee samenhangende formaten, een numerieke nFASS op basis van een mathematisch model en een ordinale oFASS op basis van waar experts het over eens zijn. De twee scores zijn intern gevalideerd aan de hand van de databank van Europrevall en extern aan de hand van verschillende gegevensverzamelingen met verschillende voedingsstoffen, pediatrie en volwassen patiënten, en alle graden van ernst van voedselallergie.

De beschikbaarheid van een ernstscore voor voedsel, die volgens de regels is ontwikkeld en gevalideerd, zal een grote impact hebben op de patiëntenzorg. Als we een geharmoniseerde benadering gebruiken om de ernst bij verschillen-

de populaties vast te stellen, zullen we de gegevens uit verschillende studies rechtstreeks kunnen vergelijken. Als we rekening houden met het verband tussen de ernst van de reacties in het verleden en in de toekomst, zouden we betere voorspellende modellen moeten kunnen ontwikkelen om de patiënten op te sporen die in de toekomst risico op anafylaxie lopen. Op klinisch vlak zou de oFASS-score de communicatie over de ernst van de reactie moeten verbeteren tussen de eerstelijnszorg, de verstrekkers van actieve zorg en de allergiespecialisten. Op die manier kunnen de specialisten beter bepalen wie extra voorzorgen moet nemen en misschien zelfs bij wie een immunotherapie het gunstigst zou zijn. De nFASS zou een nuttige onderzoekstool moeten zijn om de ernst te vergelijken tussen verschillende populaties en uitlokkende factoren, en om de impact van de verschillende (co-)factoren en interventies op de ernst van de voedselallergieën te analyseren.



■ THE INTERNATIONAL LIVER CONGRESS (ILC) 2017, AMSTERDAM, 19-23/04/2017 HEPATITIS C ■

Dringend nood aan volksgezondheidsprogramma's om **ALLE** HCV-patiënten te behandelen (1/2)



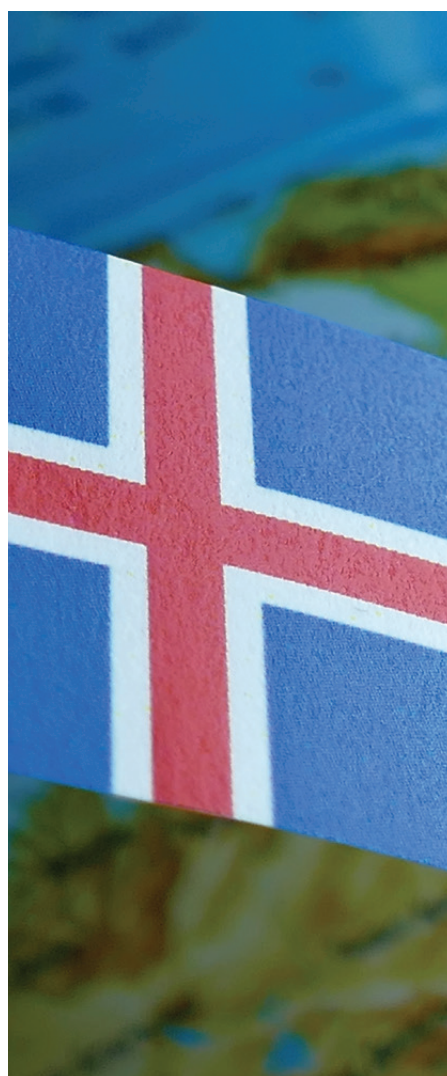
De laatste twee edities van het ILC werden overspoeld door een tsunami van moleculaire combinaties en klinische studies, die bevestigde dat direct werkend antivirale middelen (DAA's) de eerste en enige behandeling voor HCV vormde. De behandeling is zowel eenvoudig, doeltreffend als veilig, en kan de virale infectie met het HCV uitroeien. De golven trokken zich terug om plaats maken voor een andere belangrijke bekommernis: de dringende nood aan nationale en/of supranationale volksgezondheidsprogramma's om **ALLE** HCV-patiënten op te sporen EN te behandelen. Meer bepaald zonder beperkingen gerelateerd aan het stadium van fibrose, het sociale of economische statuut of de nationaliteit van de patiënten, aan verslavingen, co-infecties, enz. met als enige doel de uitroeiing van het hepatitis C-virus tegen 2030. Een weg die, na de editie van 2017, zoveel moeilijker, onzekerder en bezaaid met hindernissen is – wat met de komst van de directwerkende antivirale middelen toch anders was. Voor heel wat experts die aanwezig waren in Amsterdam is het prijsargument slechts een dekmantel voor een ontnuchterende realiteit: de volledige afwezigheid van visie en motivatie van de verantwoordelijken voor onze volksgezondheid!

Het Europa van de restricties

Stielbedervers noemen we dat... Is Europa door beperkingen op de voorwaarden voor recht op terugbetaling van DAA's – uiteraard allemaal gemotiveerd door een niet te stoppen besparingsdrang – niet bezig de enorme mogelijkheden van één van de opvallendste therapeutische ontdekkingen van de voorbije decennia te doen verdwijnen, en daarmee ook de hoop om hepatitis C uiteindelijk uit te roeien? Een pan-Europese studie, die werd voorgesteld tijdens de 'Late Breaker Posters', bevestigt deze Europese terughoudendheid (besluiteloosheid? onwetendheid?) (1). Alle landen van de Europese Unie en Zwitserland betalen DAA's terug, hoofdzakelijk de combinaties ombitasvir/paritaprevir/ritonavir ± dasabuvir ± ribavirine (97%) en sofosbuvir/

ledipasvir ± ribavirine (88%). Maar 40% eist minstens fibrose van stadium F2, 26% stadium F3 en slechts 8 landen staan terugbetaling toe ongeacht het fibrotestadium. Het gaat om Frankrijk, Portugal, Luxemburg, IJsland, Ierland, Duitsland, Nederland en Polen. Bepaalde landen, voornamelijk in het vroegere Oostblok, gaan zelfs nog verder en eisen dat patiënten met verslavingen aantonen dat ze zijn afgekickt van alcohol en/of injecteerbare drugs als voorwaarde voor elke vorm van terugbetaling van de behandeling met DAA's. Zoals in België eisen de meeste Europese landen (91%) dat DAA's uitsluitend mogen worden voorgeschreven door leverspecialisten die al dan niet werken in een academisch milieu. Tot slot goed nieuws: geen enkel land legt beperkingen op in de toegang

tot DAA's voor patiënten die een dubbele infectie hebben (HCV/hiv). Sommige landen, zoals België, verlenen zelfs prioriteit aan deze patiënten, zonder ook maar één van de restricties die worden opgelegd aan patiënten die enkel met HCV zijn geïnfecteerd. Deze gegevens bevestigen de sterke variabiliteit van de voorwaarden voor toegang tot DAA's in Europa, vooral wat de graad van fibrose betreft. Dit gaat in tegen de EASL-aanbevelingen van 2016. Volgens deze aanbevelingen moet elke HCV-patiënt adequaat worden behandeld met DAA's en moet een aanhoudende virale respons worden bereikt om het risico op complicaties, transplantatie en besmetting te beperken. Er is dus nog steeds een zware politieke inspanning nodig, en wel snel!



IJsland: een voorbeeld van hoe het wél moet

IJsland is absoluut geen rijk land. Door de subprime-crisis bloedde het land economisch quasi dood. Maar onze verre noorderburen hechten veel belang aan maatschappelijk welzijn. Dat bewezen ze met de invoering (vanaf januari 2016) van een nationaal programma voor de uitroeiing van HCV, dat ze – heel slim – TRAP HEP C noemen (2). Met een bevolking van 330.000 inwoners en een prevalentie van seropositiviteit voor hepatitis C van 0,3%, telt IJsland in totaal 800 tot 1.000 HCV-patiënten. Begin 2016 kreeg elke met HCV besmette patiënt een behandeling met DAA's voorgeschreven. Eerst de combinatie sofosbuvir/ledipasvir ± ribavirine en vervolgens, vanaf oktober 2016, de combinatie sofosbuvir/velpatasvir ± ribavirine. Absolute prioriteit werd verleend aan gevangenen, patiënten die injecteerbare drugs gebruikten en patiënten met een dubbele HCV/hiv-infectie. Druggebruikers werden bovendien opgenomen in follow-upgroepen in de buurt om hun therapietrouw te optimaliseren en hun verslaving te behandelen. Het programma heeft als doel om om de 4 maanden de behandeling met DAA's in te stellen bij 20% van de HCV-patiënten.

De bedoeling is alle IJslandse patiënten die drager zijn van HCV onder behandeling te krijgen binnen de 36 maanden, te tellen vanaf het begin van het uitroeiprogramma, tegen eind 2018 dus. Een mooi voorbeeld van een programma voor volksgezondheid, maar wat zijn de resultaten op het terrein? Negen maanden na de lancering van het programma zijn al 479 patiënten geëvalueerd (50-60% van de patiënten); 406 zijn er onder behandeling geplaatst (85% van de gescreende patiënten) en 292 hebben hun behandeling beëindigd met een SVR12 van 96% voor de 188 evalueerbare patiënten 12 weken na behandeling. Meer dan 90% van de besmette gevangenen, van de patiënten met een dubbele HCV/hiv-infectie en van de cirrotische patiënten is de behandeling gestart. De follow-upgraad is voortreffelijk: slechts 5% onderbrak de behandeling en 0,5% werd uit het oog verloren. Dat zijn onverhoopte resultaten, wetende dat 95% van de geïnfecteerde patiënten gebruikers van injecteerbare drugs zijn, met andere woorden de patiënten die het moeilijkst onder behandeling te houden zijn. Conclusie: met een goed plan kunnen we **HEPatitis CTRAPpen!**

De gevangenis, een kans om hepatitis C uit te roeien

De uitroeiing van HCV berust niet enkel op nationale programma's. Ook gerichtere plannen zijn het overwegen waard, zoals plannen gericht op gevangenen en dragers van het HCV, of van een gelijktijdige hiv-infectie. In de staat Victoria, in Australië, hebben de gezondheidsautoriteiten besloten om die kans te grijpen en gevangenen die drager zijn van het HCV in gevangenissen te evalueren en te behandelen met DAA's. Dit is een belangrijke populatie. De seroprevalentie voor HCV bedraagt naar schatting 40% bij de ongeveer 6.200 gevangenen die de staat telt. Dat zijn 2.500 mogelijke patiënten, voornamelijk mannen van ongeveer veertig jaar en voor 98% gebruikers van injecteerbare drugs. Het bijzondere aan dit programma is dat het wordt uitgevoerd door speciaal opgeleide verpleegkundigen, die ter plaatse de gevangenen informeren over het programma, hun toestemming vragen, de anamnese, het klinisch onderzoek, de verschillende bloedafnames en de meting van de leverfibrose met elastografie uitvoeren.

Een hepatoloog maakt een selectie van de patiënten en schrijft op basis van de doorgestuurde gegevens de behandeling voor. De in Amsterdam voorgestelde resultaten zijn die van 1.178 geëvalueerde gevangenen, van wie er 718 geschikt werden verklaard (vaak op basis van de duur van hun opsluiting om de therapeutische opvolging te optimaliseren en het SVR12-percentage te verkrijgen). Daarvan begonnen er 633 een behandeling met sofosbuvir/ledipasvir (43%) of met sofosbuvir/daclastavir (52%) (3). Bij de 244 patiënten van wie de resultaten al beschikbaar zijn, stellen we een SVR12 van 68% vast in 'intention-to-treat'-analyse. Want – we moeten het toegeven – we stelden een *lost-for-follow-up* vast van 30% na vrijlating en een SVR12 van 95% in 'per-protocol', met 4 recidieven, 2 herinfecties en 2 overlijdens. Globaal was dit door verpleegkundigen bij gevangenen uitgevoerde programma haalbaar, doeltreffend en veilig. Een innovatieve manier om van iets slechts iets goeds te maken voor de hele samenleving en voor het individu in het bijzonder.



Studie PREVAIL: hoe de behandeling van verslaafden met HCV optimaliseren?

Gebruikers van injecteerbare drugs zijn momenteel de belangrijkste vector voor de overdracht van HCV. Het is ook de moeilijkst te evalueren, te behandelen en op te volgen groep patiënten, zelfs als ze deel uitmaken van een ontwenningsgroep. In de Verenigde Staten testten de onderzoekers van de studie PREVAIL drie verschillende opties voor de behandeling van deze patiënten (4). Voor de eerste optie – die we 'nauwlettende follow-up' noemen – werden de patiënten dagelijks opgeroepen, op een vast tijdstip, en namen ze hun antivirale behandeling en hun opioïdschietsubstitutiebehandeling in aanwezigheid van een verpleegkundige. Voor de tweede optie – 'behandeling in groep' genoemd – namen de patiënten wekelijks deel aan een informatie- en motivatiegroep over de behandeling van HCV en over hun substitutiebehandeling. Tijdens deze groepsconsultatie werden de geneesmiddelen uitgedeeld, waarna de patiënt vrij werd gelaten in het beheer van zijn behandeling. Voor de derde optie tot slot – 'vrije behandeling' genoemd – werd de patiënt op de klassieke manier benaderd en beheerde hij vrij zijn eigen behandelingen. Bij de 150 in de studie opgenomen patiënten, die werden ingedeeld in drie equipotente vergelijkingsgroepen voor een behandeling met DAA's met een duur van 12 tot 24 weken,

stelden we een globale virale responsgraad (alle opties samen) op het einde van de behandeling van 94% vast, en een aanhoudende virale responsgraad op 12 weken (primaire evaluatiecriterium van deze prospectieve studie) van 93%. Het is interessant op te merken dat de aanhoudende virale respons op 12 weken verschilde naargelang de gekozen therapeutische follow-up: hij bedroeg 98% voor de groep onder strikte opvolging, 93% voor de groep die werd opgevolgd tijdens wekelijkse groepsconsultaties en 89% voor de patiënten die klassiek werden opgevolgd en hun behandeling zelf beheerden. Maar deze verschillen tussen de groepen bereikten niet de drempel van de significantie ($p = 0,19$).

Twee zaken moeten we onthouden van deze prospectieve studie naar de behandeling van gebruikers van injecteerbare drugs die drager zijn van het HCV en die een ontwenningskuur volgen. Ten eerste was het aantal patiënten dat een aanhoudende virale respons bereikte op 12 weken hoog. De responscijfers benaderden die van algemene populaties zonder drugsverslaving. Ten tweede leken de opties 'strikt opvolging' en 'opvolging in groep' beter aangepast aan dit type patiënten, met hogere SVR12-cijfers ($> 90\%$) dan in de klassiek behandelde groep, al werd er uiteindelijk geen significant verschil tussen de 3 follow-upopties vastgesteld.

DAA's: eindelijk klinische gegevens over de behandeling van kinderen!

DAA's hebben de behandeling van hepatitis C bij volwassen patiënten verregaand gewijzigd. Maar hoe zit het met de doeltreffendheid en veiligheid bij gebruik ervan bij kinderen (< 12 jaar), voor wie de aanbevolen behandeling nog steeds berust op gepegyleerd interferon in combinatie met ribavirine voor een behandelingsduur van 48 weken. Eindelijk kregen we hierop een duidelijk antwoord, dankzij de resultaten van een in de VS uitgevoerde open-labelstudie bij 90 kinderen, van wie er 86 drager waren van genotype 1, 2 van genotype 3 en 2 van genotype 4 (5). De patiënten waren gemiddeld 9 jaar oud; 59% waren jongens, 79% was blank en 80% was nog nooit behandeld voor hepatitis. De belangrijkste wijze van overdracht – 97% van de gevallen

– was verticaal (neonatale infectie). Belangrijk voor dit type studie: het gemiddelde gewicht was 33kg en de BMI 18. Alle patiënten werden behandeld met de vaste combinatie ledipasvir/sofosbuvir 45-200mg, 1x/dag, met of zonder ribavirine (15mg/kg/dag tot de dosis van 1.400mg/dag) en dit gedurende 12 of 24 weken, in functie van het genotype, het fibrotestadium (2 gevallen van cirrose, ondanks de jonge leeftijd) en eerdere behandelingen. Eerste belangrijke vaststelling: de farmacokinetische analyse toonde aan dat de blootstelling aan ledipasvir, sofosbuvir en zijn voornaamste metabool op alle punten vergelijkbaar was met diegene die werd waargenomen bij volwassen patiënten in klinische studies van fase 2 en 3. Tweede vaststelling: de aanhoudende virale

responsgraad op 12 weken (SVR12) bedroeg 99% voor de ledipasvir/sofosbuvir-groep gedurende 12 weken en 100% voor de groepen die gedurende 24 weken werden behandeld met deze vaste combinatie in monotherapie of in combinatie met metribavirine. De globale tolerantie was goed en geen enkele patiënt staakte de behandeling wegens intolerantie. Eén patiënt, drager van genotype 1a, herviel na 12 weken behandeling met de vaste combinatie zonder ribavirine. Deze studie – een echte klinische première – toonde de doeltreffendheid en globale tolerantie van DAA's aan, met of zonder ribavirine gedurende 12 of 24 weken bij kinderen van 6 tot 11 jaar. De studie wordt momenteel voortgezet, dit keer met een groep kinderen van 3 tot 5 jaar.

Dr. Jean-Luc Schouveller

Referenties

1. Marshall A. et al. LBP-505, ILC 2017, Amsterdam.
2. Olafsson S. et al. Parallel Session-129, ILC 2017, Amsterdam, 22/04/2017.
3. McDonald L. et al. Parallel Session-126, ILC 2017, Amsterdam, 22/04/2017.
4. Litwin A. et al. Parallel Session-130, ILC 2017, Amsterdam, 22/04/2017.
5. Murray K. et al. Parallel Session-101, ILC 2017, Amsterdam, 21/04/2017.

■ JEEP GRAND CHEROKEE SRT ■

Ongekend plezier

Wat een genot! Een dikke 6.4 V8 HEMI onder de motorkap, een bijzonder luxueus interieur en wegen in een glooiend landschap... Het decor is geschikt. We staan voor een ongewone test aan boord van een 4x4 van meer dan 2,3 ton. Hoe zal de Amerikaanse SUV presteren?



Een dergelijk idee kan enkel bedacht worden door het brein van een autojournalist die steeds sterkere sensaties wil. We nemen de Jeep Grand Cherokee, goed voor 2,3 ton op de weegbrug, voor een erg dynamisch uitje in de buurt van Asti, Piëmont... Maar, voor we jullie in detail vertellen over dat uitstapje, komen we even terug op de nieuwigheden van 2017 voor deze 100% Amerikaanse SUV.

Expressieve snuit

De neus van deze Grand Cherokee SRT werd herwerkt en oogt veel expressiever met de bijkomende koelopeningen die de motor en de remmen van extra zuurstof moeten voorzien. De flanken worden gekenmerkt door perfect geïntegreerde zijschorten en achteraan zien we twee uitlaatpijpen en een relatief discrete vleugel. De zwarte 20"-velgen zitten als gegoten op onze testwagen. Ze bieden plaats aan Brembo-remschijven met zes zuigers vooraan. Binnenin is de sfeer al even sportief, met kuipstoelen in nappaleder, met het SRT-logo, en een al even specifiek stuur. De uitrusting is rijkelijk. Onmogelijk om alle knopjes uit te proberen wanneer je maar een paar uur hebt om de wagen te ontdekken.

Eigentijdse Uconnect

Het mediasysteem werd gemoderniseerd en zijn touchscreen kan een

aantal gegevens tonen over de prestaties. De chrono's van 0 naar 100km/u of op de 400m met stilstaande start houden de inzittenden bezig. Een gelegenhedrijder zal zich vooral op de rijlijn concentreren. Deze bolide is niet geschikt voor het rallywerk, maar we waren toch onder de indruk. Bij het starten heb je het gevoel in een helikopter te zitten. Nog voor je een meter gereden hebt, lijkt je al een vat olie verbruikt te hebben. De sound van de V8 is heel gedempt. Wanneer we de ruiten openen, begrijpen we beter waarom de mensen omkijken wanneer we nochtans rustig het stadscentrum van Turijn verlaten. Deze motor maakt een indrukwekkend geluid, zelfs aan lage snelheid.

Stevige passages

We besluiten de snelweg zoveel mogelijk links te laten liggen. We kiezen voor de kleine binnenbaantjes door de wijngaarden. De baantjes kronkelen als een slang door de heuvels en de Grand Cherokee verteert het bochtenwerk met sprekend gemak. Deze SRT is zwaar en groot, maar wanneer je vrij zicht hebt, kan je strakke lijnen rijden en de bochten aan adembenemende snelheden nemen, zeker gezien de omvang van onze wagen. De remmen wensen al snel een moment om even terug op adem te komen. We moeten ook toegeven dat we het spel maximaal hebben gespeeld. We hebben de draaiknop op de centrale



console zelfs in de stand 'Track' gezet, om een deel van de rijhulpmiddelen uit te schakelen. De Pirelli's Scorpion Winter geraken snel op bedrijfstemperatuur, maar dan beginnen ze toch te janken in de haarspeldbochten. We zijn er zeker van dat een aantal kleine dynamische berlines moeite zouden hebben om deze SRT te volgen.

Berekend aanvallen

Toch moet je rekening houden met de breedte van deze Amerikaans-Italiaanse SUV, als je als een kanonskogel de bochten uitkomt. De vierwielaandrijving slaagt er goed in om de uitgeschakelde rijhulpmiddelen op te vangen. De automaat met acht versnellingen is redelijk verrassend en met de paddles aan het stuur kan je in de in de Track-modus heel vlug schakelen. De stuurinrichting mist precisie en stugheid. Maar het geheel volstaat om te genieten van het temperament van de wagen. Eens de snelle testrit achter de rug is, keren we terug naar de stand 'Auto' en meteen valt op dat het comfort indrukwekkend is. De afwerking is misschien niet perfect,



maar het niveau is in elk geval veel beter dan wat we enkele jaren geleden in Amerikaanse modellen zagen.

Welke concurrenten?

De Grand Cherokee SRT, compleet onzinnig voor de gewone sterveling, blijft erg aantrekkelijk. Op de redactie houden we wel van dit soort buitensporige wagens. Natuurlijk heb je een aanzienlijk budget voor de benzine nodig, met een verbruik dat, wanneer je de V8 voortdurend laat werken, rond de 20 liter per 100km draait. Maar het blijft erg plezierig om plaats te maken in de files door gewoon even fors op het gaspedaal te trappen.

Als concurrenten van de SRT denken we aan de Porsche Cayenne, de BMW X6 en de Audi Q7, maar geen van hen heeft hetzelfde uitgesproken karakter en is zo exuberant, iets waar de Amerikanen duidelijk wel van houden. ■

Benoît Lays

Drie originele adressen

1. MiTo, Washingtonstraat 151-153, 1050 Brussel. Tel.: 02/201.75.44. Alle dagen open van 12u tot 14u30 en van 19u tot 22u30 (tijdens het weekend is er tussen twee services een formule cocktail + focaccia).

De pitch van MiTo – voor Milano-Torino – is origineel: pizza's en cocktails, in een relaxe sfeer. Zacht gevulde lederen banken à la Chesterfield, vintage stoelen, bakstenen muren, industriële verlichting, gepolijst beton, ruw hout... allemaal uiteenlopende elementen die vreemd genoeg een harmonieus geheel vormen. Zonder het imposante terras te vergeten dat uitkijkt op het park Tenbosch, een echte meerwaarde op mooie dagen. Na slechts 15 dagen inwerkperiode kan de keuken al overtuigen. Wij hebben pizza 'nummer 8' (15 euro) van de kaart geproefd – er zijn er in totaal 10 naast de suggesties. Het verdict? Een ongeziene creatie van stracciatella uit Apulië (een verse kaas op basis van smeulige room en met de hand uitgerafelde mozzarella), fior di latte (een kaas uit Campanië), gele tomaatjes, pesto van DOP pistachenoten (AOP in het Frans), verse basilicum en zwarte peper. Fris als de lente. Het deeg? Dat is zeer licht, gemakkelijk verteerbaar en, bij wijze van handelsmerk, hier en daar licht aangebrand, wat zorgt voor een vrij typische gebrande smaak. Wij hebben uiteraard ook de huiscocktail geproefd, de MiTo Gentile (10 euro). Ook dit hebben we nog nergens gedronken, althans in Brussel, een geslaagde combinatie van Campari, rode vermout en Frangelico, een notenlikeur uit Piemonte. De combinatie van vanille- en chocoladetoetsen met de bitterheid is een echte zegen voor de mond.

Michel Verlinden



2. Le vin heure des artistes, place de la Cure 4, 1300 Waver. Tel.: 0475/63.96.89. Open van 12u tot 14u en van 19u tot 22u, gesloten op zondag, dinsdagmiddag, donderdagmiddag en vrijdagmiddag. In de schaduw van de Saint-Jean-Baptiste-kerk in Waver, ligt 'Le vin heure des artistes'. Een houten bistro die zo uit een film van Claude Autant-Lara zou kunnen komen. Geruite servetten, bijeengesprokelde voorwerpen, een fiets aan de muur, houten tafeltjes op maat van oude naaimachines... het decor creëert een gezellige volkse sfeer. De formule is beperkt tot de essentie: een baas, Giovanni Coniglio, die zowel chef in de keuken als ober in de zaal is. Het bord is persoonlijk en overtuigend: carpaccio van eend (19,50 euro) met stukjes ganzenlever en een kruidige wijnsaus, maar vooral de heerlijke kip in een notenkorst (24 euro) met geroosterde maïs en een saus van *vin jaune* is subliem. Het enige minpuntje? De 'wijn' waarnaar wordt verwezen in de naam van het restaurant laat het afweten, de selectie is minimaal en... helemaal niet uitnodigend.

3. Het Blauwershof, Eeckestraat 9, 59270 Godewaersvelde. (+33 3 28.49.45.11). Open van 12u tot 14u en van 19u tot 21u, gesloten op maandag. Het kleine volkscafé Blauwershof bekent al meteen kleur: zwart en geel. De kleuren van het oude Vlaanderen die heel wat herinneringen oproepen. De pitch? Een regionale keuken in een typisch Vlaams decor met een houten toonbank en oude tegeltjes op de grond. De Vlaamse sfeer uit zich in de bieren, de affiches aan de muur, de oude volksspellen – zoals tollens of blaasbiljart... en bereikt zijn hoogtepunt in het heerlijke potjesvlees – een lokale mengeling van drie soorten vlees die bewaard worden in gelei – en het zeer zachte stoofvlees, de haan in bier of de kip met maroilles. De uitstekende frietjes maken dit heerlijke moment helemaal af.

FARMA INFO

Oproep tot indienen van projecten voor de “Well Done – MSD Health Literacy Awards”

Een medische vraag hebben, maar ze niet durven stellen. Een diagnose niet begrijpen. Niet-wetenschappelijke informatie over gezondheid voor waar aannemen of geloof hechten aan mythes en taboes over dingen die onze gezondheid beïnvloeden. Dit

alles komt nog steeds voor, ook bij ons, en vaker dan men zou denken.

4 op 10 Belgen hebben problemen om de informatie van hun arts te begrijpen. Hoe kunnen ze geholpen worden om hun gezondheid beter in eigen handen nemen? De *Well*

Done – MSD Health Literacy Awards belonen al sinds vier jaar de beste initiatieven ter bevordering van de gezondheidswijsheid in België. Met dit initiatief, dat ondersteund wordt door **14 verenigingen uit de gezondheidssector**, werden al meer dan **170 Belgische projecten** ter bevordering van de gezondheidswijsheid in kaart gebracht.

Dit jaar is het de **vijfde editie** van de *Well Done – MSD Health Literacy Awards*. **Iedereen uit de gezondheidssector kan deelnemen**. De winnaar uit elke categorie krijgt bovenop zichtbaarheid in de media ook nog eens **3.000 euro**. Inschrijven kan vanaf vandaag, tot en met **15 juni 2017** op www.welldoneawards.be.



steunt de Well Done – MSD Health Literacy Awards

het initiatief dat projecten ter bevordering van de gezondheidswijsheid in de kijker zet.

Bent u actief in de Belgische gezondheidssector en begaan met de gezondheidswijsheid?

Neem nu deel en maak kans om 3000 € te winnen.

www.welldoneawards.be

EDITIE 2017



ZOEKERTJES

Werkaanbod

Nav pensioen zkt praktijk gemotiv collega in dynamische prkt (1♀34 j, 1♂30 j, 1 HAIIO) te St-Truiden. Rustig gelegen & vlakbij centrum. Voltijds secr.

Alle gebruikelijke materiaal aanw. (gips, ECG, spirometrie, taping, gynaecologie, babyonderzoeken). Recente nieuwbouw, 3 aparte kabinetten met tevens nog apart kabinet in de aangrenzende bewoning. Software: CareConnect en Hector.

Contact: maximeborreman@hotmail.com of neledek@gmail.com

GELDENAKEN: Nieuw medisch centrum 'Maison Médicale de Spécialistes' regio Waals Brabant, vlot bereikbaar met privé parking zoekt **SPECIALISTEN** in **VERSCHILLENDE DISCIPLINES** op onafhankelijke basis. Radiologische dienst en laboratorium aanwezig. Voor meer info: Dr Patrick Kareh: 010/22 66 45 - mms.jodoigne@gmail.com

Collega oogarts gezocht regio sint-Gillis-waas. Volledig uitgeruste praktijk. Subspecialisatie en/of chirurgie mogelijk. Voltijds of deeltijds. Op dit moment samenwerking met twee oogartsen (medische retina en cataractchirurgie). Plannen voor nieuw te bouwen praktijk in aanmaak. Neem contact op via sigridjacobs@hotmail.com

Praktijk te Aalst, geheel/ gedeeltelijk over te nemen, uitgebreid bestand, hulp indien gewenst, geen inbreng, bij interesse enkel contact per SMS op 0485/68.25.49

Drukke huisartspraktijk in De Pinte zoekt dynamische arts (V/M) voor tijdelijke of definitieve associatie vanaf september 2017.

Momenteel nog samenwerking met HIAO. Ruim voldoende werkzekerheid. Aparte praktijkruimte. Graag CV doormailen naar Katrien.Franssen@telenet.be

Overname praktijk asap Antwerpen Noord wegens heroriëntatie
T 0475 815 246

Huisarts zoekt praktijk/associatie te Antwerpen

Jonge huis- en sportarts met enige jaren ervaring zoekt te verhuizen naar Antwerpen. Op zoek naar associatie of over te nemen praktijk in Antwerpen.

Graag contact via artsinantwerpen@gmail.com.

Drukke HA duopraktijk (v+m) in Tervuren, met haio, zoekt jonge collega met de bedoeling zich in te werken om een van de titularissen te vervangen wegens pensioen in de loop van 2018. EMD, telefonische secretariaat, elektronisch afspraakstelsel. Weekwacht 1 maal per maand, weekendwacht 6 tot 7 dagen per jaar. Internationaal en gevarieerd cliënteel
Contact: jv280@telenet.be

Collega oogarts gezocht voor deeltijdse consultaties in privé kabinet regio Eeklo, 3 halve dagen bij voorkeur op wo/do/vrij namiddag.
Tel. 0477/459498 (bericht inspreken aub indien nodig)

Psychiater, 65+, zoekt parttime baan in Oost- of West-Vlaanderen.
SMS 0479-36.24.73

3de kinderarts gezocht voor drukke kinderartsenpraktijk te Edegem. Perfect te combineren met ziekenhuisactiviteit.
Contact via 0473199176 of mvaerenberg@hotmail.com

Huisartsenpraktijk over te nemen in grote landelijke gemeente (W.VI.) Afzonderlijk volledig ingericht praktijkgebouw kan gehuurd worden. GSM 0473 73 46 28

Bestaande jonge duo praktijk te Aartselaar zoekt 3e huisarts. VERHUIS NIEUWBOUW voorzien okt 2017. Eigen praktijkruimte, IMPULSEO, praktijkass., deel-of voltijds, weekwacht en WEwachtpost. Info www.artsentendorpe.be - 0496/71.38.72

Kinderarts in Gent met privé praktijk die ook psycholoog, diëtist, speltherapeut, optometrist en studiecoach omvat zoekt kinderarts voor samenwerking.
Info: heidi.capiau@gmail.com of 09/222 49 46.

Huisartsenpraktijk in Millegem zoekt enthousiaste collega voor een vervanging wegens zwangerschapsverlof. Dit vanaf 1/10/2017 tot 30/11/2017. Wij zijn een volledig uitgeruste groepspraktijk van 4 artsen + 1 HAIIO, ondersteund met een voltijds secretariaat. Raadplegingen verlopen volledig op

afpraak. Deel/of voltijdse vervanging is te bespreken. Contactgegevens: Drgoossens@hcmillegem.be of 0498/535317

Ik zoek een gemotiveerde collega om nog even met mij samen te werken in een goedlopende huisartsenpraktijk om daarna op korte termijn de praktijk verder te zetten. Week en Weekendwacht goed geregeld. Er zijn twee consultatieruimtes, indien gewenst een derde. Ideaal voor een enthousiaste arts, een groepspraktijk of arts-tandarts (infrastructuur is aanwezig) of arts-paramedicus. Geen overname, alleen huur. Gelegen in centrale straat aangename stad Meetjesland. Inl 0473 552297. Vrijblijvend bezoek.

Ernstige; enthousiaste collega voor associatie in drukke praktijk, impulseo gebied; momenteel met Haio Gebruik van Careconnect, introductie voor afspraken
www.praktijkklooster.be
Van.Audenhove.Guy@skynet.be

De volledig vernieuwde (dec' 2016) artsenpraktijk in Oostende is voorzien van o.a. 2 kabinetten en 1 secretariaatspost.

De praktijk werkt volledig op afspraak, maakt heden gebruik van een tele-secretariaat, online bookingsysteem en is gelegen in een regio met wachtpost WE/ wachtdienstregeling 365/365.

Bij interesse christel@huisartsenpraktijkdekatteie.be

Huisartsengroepspraktijk van vijf te Genk zoekt nieuwe kracht wegens naderend pensioen collega.
Verhuis nieuwbouw voorzien eind 2017.

Full time secretariaat, goed georganiseerde wachtdienst dynamische huisartsenkring.

Bij interesse graag mailtje naar drpotargent@skynet.be.
http://websites.mijndokter.be/peterpotargent/

Na 13 jaar solo-praktijk heb ik nu een nieuwe uitdaging: een medisch huis oprichten met diëtiste, logopediste, podologe, psychologe en natuurlijk een collega huisarts. Eigen kabinet in nieuwbouw, parttime secretariaat, EMD Care Connect, georganiseerde weekwacht, wachtpost, e-health in orde.

Ik kijk ernaar uit om praktijkprojecten op te zetten, samen in overleg te gaan...

Hopelijk kunnen we samen hard werken voor onze patiënten, maar mekaar ook vrije tijd en verlof garanderen en kansen voor nevenactiviteiten.
Meer info: sophie.de.cauwer@skynet.be

Medisch materiaal

medisch materiaal uit dokterskabinet, alles in z'r goede staat, oa. electr H/L tafel Duolys, OP-lamp Mach 120-F-meubels, sterilisator Memmert, microscoop, doppler Huntleigh, weegschaal enz..info via gsm nr 0468 223050

TE KOOP: RITTER 204 onderzoekstafel met bijhorende lamp en tabouret, donkerblauwe bekleding, zo goed als nieuw T 0475 815 246

Gezocht materiaal voor opstart nieuwe praktijk: onder andere onderzoekstafel, krukjes op wieltjes, doppler toestel, cryopen, eventueel stoelen voor wachtzaal,.. Liefst in de buurt van Gent.

Spirometer spirometrische te koop wegens stopzetting praktijk.
Toestel in goede staat, weinig gebruikt Vraagprijs: 100 euro.

Info: katedepaape@hotmail.com of 0474/238706

Te koop wegens plotse stopzetting praktijk: 9 stoelen wachtzaal, wachtzaaltafeltje, microscoop Olympus, dokterstas Rusticana (nieuw), Brother printer HL-5450DN, etc... Prijs overeen te komen. 0475/464480

Te koop: elektrische onderzoekstafel (duolys-quest) + arm- en beensteunen en rollend onderstel in uitstekende staat, tabouret, sterilisator, chirurgisch materiaal, frigo (A-klasse) + kast, materiaalkasten. Mechelen. Tel: 0478/775765.

te koop: StarFitness of MyVibe Fitness Kantelplaat,
Bijna nooit gebruikt, Nieuw: 2000 Eu. Vraagprijs: 1000 Eu.
Tel: 0475 25 52 66

Te koop: videogastroscoop Fuji type 5 (2006, 1dg /wk gebruikt) processor, lichtbron, polaroidfoto, rolkar (alles perf. Staat), elektrische oz tafel, Echo Tosbee Toshiba, wegens stop praktijk; prijs otk, Luc.terriere@skynet.be of tel 0477227248

Het AZ Damiaan profileert zich als het referentiecentrum voor regionale gezondheidszorg voor de bevolking aan de Belgische kust.

Deze ambitie wordt gerealiseerd door de inzet van meer dan 100 artsen en 1350 medewerkers. In oktober 2012 werden alle activiteiten samengebracht in één compleet nieuw ziekenhuis met een capaciteit van 600 bedden.

Het AZ Damiaan is een financieel gezond bedrijf met ruime aandacht voor de uitbouw van een aantrekkelijk zorgaanbod. Het ziekenhuis beschikt o.a. over een dienst intensieve zorgen met 11 bedden en een medium-care afdeling.



Az Damiaan
Dicht bij het leven

V.Z.W. Az DAMIAAN OOSTENDE heeft een vacature voor een :

NEUROLOOG (m/v)

Als grootste ziekenhuis van de kust zoeken wij een gemotiveerde collega wegens blijvende groei en wens tot verdere subspecialisatie.

De dienst neurologie beschikt over een goed uitgeruste polikliniek met neurofysiologie, een multidisciplinaire geheugenkliniek, een acute hospitalisatie-afdeling met Stroke Unit en polysomnografie. Binnen het ziekenhuis is er nauwe samenwerking met de neuroradiologie (inclusief MRI) en neurochirurgie. Het ziekenhuis beschikt eveneens over een SP-neurorevalidatie en een recent geopend ambulant revalidatiecentrum in de nieuwbouw.

Er wordt gewerkt op één campus, in associatieverband met aantrekkelijke wachtdienstfrequentie.

Schriftelijke kandidatuurstelling met CV en motivatiebrief graag richten aan Mevr. G. Brugmans, voorzitter Raad van Bestuur, Gouwelozestraat 100 te 8400 Oostende, met kopie aan Dr. G. Fonteyn, diensthoofd neurologie (of gfonteyn@azdamiaan.be). Meer informatie ook via Dr. A. Terwecoren (aterwecoren@azdamiaan.be) of Dr. D. Van Diest (dvandiest@azdamiaan.be).

GZA is een dynamische en continu innoverende groep met, naast een divers zorgaanbod in onze woonzorgcentra, drie ziekenhuiscampusen: campus Sint-Augustinus (Wilrijk), campus Sint-Vincentius (Antwerpen) en campus Sint-Jozef (Mortsel). We hechten veel belang aan onderzoek en spelen soepel in op maatschappelijke evoluties. Daarbij geven we als collega's ook het beste van onszelf.

GZA Ziekenhuizen campus Sint-Jozef zoekt een

zaalarts geriatrie (m/v)

Campus Sint-Jozef beschikt over een volwaardig Zorgprogramma Geriatrie met een geriatrich dagziekenhuis en interne liaison geriatrie. We streven ernaar om de acute geriatrie zorg kwalitatief uit te bouwen en dit zonder het menselijk aspect uit het oog te verliezen. De zaalarts is de spil tussen opgenomen patiënten, de verpleegkundigen, artsen en consultants van andere afdelingen.

- U bent mede verantwoordelijk voor de dagelijkse medische zorg van de patiënt.
- U werkt onder de verantwoordelijkheid van het diensthoofd geriatrie.
- U werkt samen met het verpleegkundig team en andere medici, in het bijzonder de gerieters en onderhoudt intensieve contacten met huisartsen.
- U draagt in beleidsmatige zin bij aan veiligheid, kwaliteit en verantwoordingsplicht rondom klinische zorgprocessen.
- U heeft interesse voor locomotorische revalidatie en begeleidt deze patiënten in een multidisciplinair team.

Aanbod

- U krijgt een tijdelijke aanstelling met uitzicht op onbepaalde duur.
- Deeltijdse of voltijdse tewerkstelling mogelijk.
- U wordt als arts op zelfstandige basis uitbetaald.
- U krijgt een verloning conform de marktwaarde.
- De start van uw tewerkstelling is bespreekbaar.

Solliciteren

Solliciteren kan via mail naar:
nele.beeckman@gza.be
of kathleen.paridaens@gza.be
Of via brief:
GZA Ziekenhuizen
t.a.v. Dr. Nele Beeckman
Oosterveldlaan 22, 2610 Wilrijk

Contacteer onze gerieters voor meer info. Dr. Katrien Mulkens en Dr. Katty Mertens: 03 444 12 34

Al onze vacatures: www.werkenbijgza.be

Vind ons op Facebook: Gasthuizusters Antwerpen



GZA
Gasthuizusters Antwerpen

ZORG MET GOESTING EN EEN GLIMLACH



Het **Algemeen Klinisch Labo**
te Lier heeft een vacature voor een

Geneesheer of Apotheker Klinisch Bioloog (m/v)

Wij kijken uit naar een collega met een breed interessegebied die het analytische naadloos laat versmelten met het klinische. Een kandidaat met bijzondere interesse voor scheikunde & hormonologie geniet onze voorkeur.

Voor alle informatie i.v.m. deze vacature
kan u zich wenden tot:

Paul Robyns - labdirecteur
Algemeen Klinisch Labo
Lispersteenweg 469 - 2500 Lier

ISO 15189
304-MED
Tel.: 03 489 25 07
Paul.Robyns@akl.be
www.akl.be

Welch Allyn CP 50 ECG toestel te koop. Nieuw gekocht in 2013, amper 20 ECG 's Mee afgenomen. Nieuw prijs met elektroden en papier 1500, nu te koop voor 500 euro met elektroden bij. Ev ook draagtas. Geïnteresseerd? Mail naar an.konings@sportartskalmthout.be

TE KOOP: wegens stopzetting praktijk: electrisch onderzoeksbed, in goede staat. Prijs overeen te komen. Riziv: 1.71225,77.830 Tel. 0474/66 95 32.

Te Koop: Atlanten the Ciba Collection (Netter) -Hart; Endocrino; Nieren & Ureters; Voortplanting; Gastro- in box. Prijs OTK. Info: 0476699423

Te koop: groot aantal medisch meubilair en materiaal groot en klein uit eigen praktijk. Medische naslagwerken en series en allerlei medische boeken telefoon 053 783959

Gezocht: medisch materiaal voor opstart huisartsenpraktijk (onderzoekstafel, sterilisator, etc.). Contact: shari.vandenbosch@gmail.com.

Te koop wegens interne verhuis polikliniek: onderzoekstafel, metalen tafeltjes (2), burelen (3), open kast, bureelstoel. Prijs OTK, info: Philippe.van.oorteghem@telenet.be of 0475/273395

Tientallen anatomische platen groot formaat te verkrijgen met acupunctuurpunteninfo. Geschikt voor algemene praktijk, acupunctuurpraktijk, kinesitherapie, en didactisch gebruik. Op stevig harde kartonbasis, en met touw om aan wand te bevestigen. Kostprijs te bespreken. 053 783959

Vastgoed

Te Huur per halve dag: uitstekend gelegen gemeubelde praktijkruimte, Grote Steenweg, Berchem GSM 0478/202752

TE HUUR: STILTEWONING te Kanegem nieuwbouw (1ste bewoning) zeer landelijk grens W-O VL. Huis garages wintertuin bbqhuisje met terras alles nieuw e.v. met grond voor diertjes. info@moeninchhof.be 0476 266 366 E-peil E65- 104,88 kWh/m2

TE KOOP: Buitengewoon Huis met praktijkruimte, 5 slaapkamers, 3 badkamers, garage en dakterras te koop te Antwerpen CENTRUM.

Ook de praktijk is mee over te nemen. Een zeer interessant pand met 1001 mogelijkheden te verdelen over de 520m2 bewoonbare oppervlakte. Topligging! Voor meer info bel 0483/466628.



CLINQUES
DE L'EUROPE

EUROPA
ZIEKENHUIZEN

De Europa Ziekenhuizen versterken hun teams

Een endocrinoloog-diabetoloog (m/v)

voor de dienst endocrinologie (hoofdzakelijk voor de site Sint-Michiël in Etterbeek)

Competentieprofiel:

- Diabetesopvolging inclusief zwangerschapsdiabetes, gezien de uitstekende samenwerking met de dienst verloskunde
- Opvolging van schildklierproblemen

Voor deze ambitieuze positie werkt u rechtstreeks samen met een dynamisch team van 2 verpleegsters gespecialiseerd in diabetes, een diëtiste en een zeer goed functionerend secretariaat, dat al jaren geniet van de voordelen van de diabetesconventie.

U spreekt vlot Nederlands en Frans of bent bereid een vorming te volgen om de kennis van de tweede taal te verdiepen. De kennis van andere talen kan een meerwaarde zijn.

U kan uw kandidatuur (CV + motivatiebrief) sturen naar Europa Ziekenhuizen vzw (maatschappelijke zetel), De Frélaan 206, 1180 Brussel, ter attentie van dr. A. Veys, Medisch Directeur, of per mail dir@europaziekenhuizen.be.

Voor bijkomende informatie, gelieve contact op te nemen met dr. M-C. Humblet-Koch via het secretariaat van de dienst Inwendige ziekten op telefoonnummer : 02614.37.10 of op 02/614.48.10.

Te huur per halve dag uitstekend gelegen gemeubelde praktijkruimte, Grote Steenweg, Berchem
Info & foto's: 2dehands.be n° 33391362
GSM 0478/202752

te koop
villa met dokterspraktijk te Geel centrum, rustig gelegen, grote dubbele praktijk, voll ingericht en beschikbaar. aparte mooie ingang, 4 slaapkamers 2 badkamers, grote zolder, tuin zuidelijk, groot terras, vloerverw, alarm, grote garage Tel 0495/608181 – robbergma@telenet.be

Te huur per halve dag: uitstekend gelegen gemeubelde praktijkruimte Grote Steenweg, Berchem
Info & foto's: 2dehands.be n° 33391362
0478 202752

Luxeus instapklaar app (125m2), nieuwbouw 2012, Edegem. Ideale ligging op wandelafstand van ziekenhuis. 2 mooie slaapkamers, badkamer met bad en douche, open keuken (Siematic), grote lichte leefruimte, parketvloer, 3 terrassen (33m2). Alarminstallatie. CV. 2 ondergrondse garageboxen met berging. Tel: 0479404662

Te huur: zeer goed gelegen 2-slaapkamer appartement (78 m²) in kleine residentie te Kortrijk aan de Kasteelkaai met zicht op de Leie. Nieuwbouw, opgeleverd in 2016. Geïnstalleerde keuken met vaatwas, oven, inductiekookfornuis, dampkap, koelkast. Geen huisdieren toegelaten. Vgp 640 € + 50 € onkosten.

Ruime alleenstaande tijdloze woning in perfecte staat met aangelegde tuin op 1140 m2. Regio Herzele. Landelijke omgeving.
Grote living, bureel, 4 slaapkamers, badkamer, 2 wc's en aparte douche. Dubbele garage. Volledig onderkelderd. Grote recent geïsoleerde zolder. Alarmsyst. externe sensoren.
Tel.: 0476/54.90.83.

Te huur: ingericht huisartsen kabinet in Hasselt. Tel. 011/210309.

TE KOOP: Praktijkruimte 50 m². Nieuwbouw. Centrum LEDE (bij Aalst) Wichelsesteenweg 2. Casco. Topligging. Alle nutsvoorzieningen aanwezig. Onmiddellijk beschikbaar. 125.000 Euro. Tel. Notaris Ingmar De Kegel 02/331.02.22

TE KOOP: Le Marche, Midden-Italië. Succesvolle B&B, onderverdeeld in

5 appartementen (samen 450 m2), met prachtig uitzicht, aangelegde tuin en zwembad. Meer info: mailtje naar numero7.cingoli@hotmail.com

TE KOOP: Le Marche, Midden- Italië. Volledig te renoveren woning 200 m2 met olijfgaard (80 bomen) van 2 hectare. Zeer goede prijs. Meer info: mailtje naar numero7.cingoli@hotmail.com

Te koop Ruime woning met praktijkruimtes en met grote tuin. Gelegen aan de rand van Brugge dicht bij algemeen ziekenhuis . Zich wenden tot GSM 0478 564049.

Voor einde carrière: Attenhoven (Landen): apotheek met ruime woning. Apotheek vennootschap met potentieel. Het pand is privé en bestaat uit ruime moderne woning met tuin + parking/bouwplaats. Pand is uitermate geschikt voor medische praktijk of vrij beroep.
Onmiddellijk beschikbaar. paul.meuwissen@skynet.be T 0479.23 18 69

Te huur in Antwerpen - STIJFSELRU 32 (nabij Paardenmarkt): splinternieuwe, moderne studentenkamer, volledig bemeubeld. Lift. Met eigen badkamer/toilet. WIFI. Gemeenschappelijke, moderne, ingerichte keuken. Fietsenberging. Binnentuin. Huur: 390€ + 100€ kosten, all-in. Direct beschikbaar. Tel +32 (0) 3 260 46 26.

Vakantie

Luxe vakantieappartement (160 m2) te huur in Oostende
3 slaapkamers, 2 badkamers, max 6 personen.
200m van strand, zwemkom, winkels.
750 Euro per week.
Contact: 0477 602 902

T.h. vakantie villa op Las Colinas golf in Spanje, 3 slpk, 3 badk, rustige ligging op hole 9 met prachtig panorama, zwembad, 10 min van kust, max 6 pers, geen huisdieren. Te huur per week van mei tot oktober.
Info: lascolinas@outlook.be

Te huur: prachtige villa (10 personen) met verwarmd privézwembad, vier slaapkamers, drie badkamers, mooie provençalse tuin met panorama, op wandelafstand van het centrum van Nyons in de Drôme Provençale, 30 km van de Mont Ventoux. 10% korting op de verhuurprijzen. <http://coeurdabricot.micazu.nl>

Te huur: Authentiek Oostenrijks almhuis (maximum 8 personen) in Flat-tach op 1300m hoogte met prachtig panorama, voorzien van alle comfort, In de omgeving van de Mölltalergletcher (zelfs zomerski mogelijk). Info: <http://almhaushuttenromantik.micazu.nl>

Te huur zonnig hoekappartement op zeedijk Duinbergen tss Casino en Zeilclub. Prachtig weids zeezicht. Modern. Drie volwaardige slk, twee badk. Th mei, juni, 1e helft juli, september. Tel 0478/22.14.83. appt@telenet.be

Te koop of te huur
op golf las colinas Spanje, een luxueus app 2 badkamer, 2 slaapkamer, terras zuid en grote kelderberging, private parking, volledig ingericht en instapklaar. Tel 0495/608181
mail robbergma@telenet.be

Te Huur: Provence (Var) Flayosc, nieuw ingerichte vakantievilla (10 pers) op 4100 m2, met 5 dubbele slk, waarvan 2 in studio met aparte ingang en 1 aparte suite; 3 badkamers en 3 toiletten . Modern ingerichte living. Verwarmd zwembad, grote buitenkeuken, wasmach. en droogk. overall airco, wifi, gelegen op 1.5 km van dorp, op 40min van St-Maxime, mooi, rustig gelegen in Provence-natuur. Goede prijs! Info: chris.schoofs@gmail.com, 0477 396685

Te Huur: Villa Oostduinkerke, dicht bij zee, 4 slaapkamers, 10 personen. Mooi terras. Tuin. Rustige omgeving. Vrij juni-juli. Huren per week of per maand. Telefoon 0475/289041

Charmant en luxueus gerenoveerd vissershuisje met zwembad gelegen te Oud-Knokke. Voor meer info 0495/494363

Te Huur in Oostende
Luxeappartement op 100 m van de zee. 3 elk, 2 bek, Wifi, Telenet TV
Paasvakantie € 750 per week.
Tel. 0477/602902

Leuk vakantie-appartement in Knokke (omgeving Casino) te huur. Zijdelings zeezicht, 6 personen, mogelijk ook strandcabine eerste rij. Info: louise.knokke@telenet.be

Vakantiewoning te koop Turkije. Open keuken. 2 slaapkamers 1 badkamer. Gemeenschappelijk zwembad. Prachtig uitzicht. €165k
0484 659036
mirandadejonghe1@gmail.com

te huur- De Haan ruim app op 1è verdiep, beste deel zeedijk, 3 slaapkamers, alle comfort, zeer mooi frontaal zeezicht, grote living met groot terras en zonneterras achteraan
prive parking, fietsberging, digitale TV en internet van telenet, volledig ingerichte keuken met vaatwasser, wasmachine en droogkast
foto's op aanvraag .

Te huur: les issambres cote d'Azur. Prachtige villa met overloop zwembad en super, zeezicht. 10 personen. 4 slaapkamers, 3 badkamers, overdekt terras, super gezellig ingericht. Overal zeezicht vanuit elke kamer. Grote open keuken met bar. Ook buitenbar. Ook kinderbedjes en stoelen aanwezig. Voor inlichten en foto's 0475451711

TH/ Kust Middelkerke; 3 slp app; alle comfort; met garage en zwembad; op 200 m v/dijk; Nog vrij: mei-juni-sept; herfstvak; 2-9/7 en 13-20/8. Tel 0495/700823 of adine_braem@hotmail.com

Te huur vakantievilla met zwembad (5x10) in Marke Italië, 4slk, 3bdk, zeer ruime living en open moderne keuken, 2 terrassen met prachtig panorama (o.m. zicht op Monte Sibillini), 8km v. kust, geïsoleerde ligging, 800 m.v. dorp, www.baciodelsole-Montefiore.com.

Te huur: Authentiek almhuis in Flat-tach, Karinthië. Gelegen op 1600m hoogte, adembenemend zicht, voorzien van comfort.
<http://almhaus-huttenromantik.micazu.nl> of 0477 47 93 94

Te huur: prachtige villa in Nyons, met verwarmd privézwembad in mooie provençalse tuin, mooi uitzicht, 10 personen, voorzien van alle comfort. Wifi, tafeltennis, verschillende terrassen, op wandelafstand van het centrum. Alle inlichtingen en info: <http://coeurdabricot.micazu.nl> of mail naar suzy.deschryver@gmail.com

Ook u wenst een zoekertje te publiceren in onze volgende edities?

Stuur ons uw zoekertje op het adres zoekertjes@gambelnet.be.

Open brief aan de Orde over zelftests

De Belgische Beroepsvereniging van artsen-specialisten in medische biopathologie richt zich in een open brief tot Benoit Dejemeppe, voorzitter van de nationale raad van de Orde. Ze betreurt dat ze niet gehoord werd bij het Orde-advies over de verkoop van zelftesten in apotheken (SP 103 blz. 5).

De beroepsvereniging vertegenwoordigt immers het specialisme dat het meest betrokken is bij deze problematiek: de artsen-klinisch biologen. Maar in haar besluit stelt de Orde in het vooruitzicht dat alleen met de patiëntenorganisaties en met de Orde van Apothekers overlegd zal worden. "Is het niet duidelijk dat de apothekers tegelijkertijd rechter en partij zijn, door de winst die ze maken met de exclusieve verkoop van deze medische tests?"

Niet dat de klinisch biologen zich willen overgeven aan corporatisme of een reactionair standpunt innemen dat bij

voorbaat het op de markt brengen van diagnostische zelftests verwerpt: "Wij zijn goed geplaatst om de meerwaarde te beoordelen van, bijvoorbeeld, thuis-tests voor glykemiebepaling bij patiënten met diabetes. Deze tests worden echter toevertrouwd aan patiënten die zijn opgeleid om de correcte doseringen bij hen thuis uit te voeren en adequaat te reageren op het verkregen resultaat. Het type test en de frequentie van de doseringen zijn hen duidelijk uitgelegd. Hetzelfde geldt allerm minst voor de zelftests die ter beschikking worden gesteld van de algemene bevolking."

Dat de apotheker hier een brugfunctie moet vervullen, klopt niet volgens de klinisch biologen. "Die kan niet weten bij welke zelftest de klant die voor hem staat baat heeft. Hij is evenmin medisch opgeleid om te antwoorden op de legitieme vragen van de potentiële gebruiker van deze tests. Hoe meer hij er verkoopt, hoe beter hij ervan wordt!"

Preventie, het zwakke broertje

"Preventie is het zwakke broertje van de in hoofdzaak curatieve geneeskunde in België", gaan de briefschrijvers verder. "Het gebruik van zelftests kan bijdragen tot de ontwikkeling ervan, mits omkadering en als het aan iedereen wordt aangeboden. Want als u oordeelt dat de zelftests bijdragen aan de principes van 'autonomy' en 'justice', vergeet u dat een groot deel van onze medeburgers niet de middelen hebben om te investeren in deze zelftests."

De zelfpreventie met twee snelheden doet dus haar intrede aan de deuren van de apotheken, luidt het nog. Verder wordt de privacy, van oudsher beperkt tot de enkelvoudige 'patiënt-artsrelatie', door de zelftests onnodig uitgebreid met een derde partij: de apotheker.

Van de kwaliteit van de producten zijn ondertekenaars **Michel Lievens** (voorzitter) en **Henk Louagie** (secretaris) evenmin overtuigd. Controle achteraf is immers afwezig. "De traceerbaarheid van de kwaliteit van de resultaten van de zelftests is dus, om het zacht uit te drukken, onberekenbaar." Lievens en Louagie vrezen ook voor een toename van de uitgaven voor de sociale zekerheid, "meestal niet gerechtvaardigd, omdat ze zal zijn veroorzaakt door een meer bemiddelde populatie, met een lagere morbiditeit."

P.S.

"Bijscholingen kunnen efficiënter en interactiever"

Ilse Dapper, intensivist voor GZA, zit intussen bijna tien jaar in het vak. "Kom je pas van de universiteit, dan kun je overal mee. Maar na verloop van tijd wordt dat moeilijker. Als ik dan op congres een charmante Italiaan in zijn beste Engels een powerpoint zie aflezen over iets dat ik de volgende tien jaar niet nodig heb, dan denk ik dat het toch beter kan."

Het idee voor de vaardigheidstrainingen met IdeeLAB ontstond bij dokter Dapper omdat haar man als advocaat veel spreekt in zijn sector op kleinschalige, interactieve evenementen. "Ik vond het jammer dat zoiets bij ons niet bestond. Bijscholingen kunnen meestal wel efficiënter, kleinschaliger en interactiever voor artsen. Het is niet simpel om tussen werken, wachten en allerhande activiteiten door ook nog bij te blijven. Dat beseft ik zelf toen ik een training management volgde in de EHSAL waar ik als Kapitein Eenoog in de groep zat. Het moet to the point gebeuren zodat we weer tijd winnen voor andere zaken."

Ilse Dapper heeft nu een drietal bijscholingen achter de rug: cardiologie voor niet-cardiologen, pneumologie voor niet-pneumologen en update antibiotica (met **Erika Vlieghe**). De volgende vaardigheidstraining gaat over burn-out. Haar favoriete tijdstip voor de trainingen is vrijdagochtend: "De cursisten zijn verondersteld om een snipperdag te nemen en die besteden ze dan 's voormiddags aan de cursus zodat 's namiddags hun verlengde weekend kan starten."

Bij de trainingen is de farma niet betrokken als sponsor. Waar ze dan het geld vandaan haalt? "Van mijn cliënten. Voor niets gaat de zon op. Ik betaal er mijn



Ilse Dapper

sprekers mee, de infrastructuur, de catering. Ik slaag erin om dit alles te combineren met mijn job als intensivist. Dat doe ik door een efficiënte werkorganisatie." De trainingen geven recht op creditpoints.

P.S.



- **2/06** : 'Burn-out bij artsen' met dr. Andy De Witte (psychiater GZA) en Nicole Wellens (coach).
 - **6/10** : 'Hematologie voor niet-hematologen' met dr. Karolien Beel, ZNA & presentatietechnieken met Harry Van Hest, Harpo.
 - **1/12** : 'Endocrinologie voor niet-endocrinologen' met dr. Pascale Abrams, GZA
- Locatie: School of Life, Antwerpen, telkens van 9.30-14 uur.
Info en inschrijven via ideeLAB.be

De SPECIALIST
Actualiteit voor de arts-specialist

De Specialist is een tijdschrift uitgegeven voor specialisten en artsen-specialisten in opleiding.

Tweewekelijks • 21 nummers/jaar
Oplage: 18.500 exemplaren

Hoofredacteur:
Pascal Selleslagh
p.selleslagh@despecialist.eu

Redactionele medewerkers:

Erik Briers, Dominique-Jean Bouilliez, France Dammel, Jean-Yves Hindlet, Valérie Kokoszka, Philippe Mauclet, Jean-Luc Schouveller, Raoul De Grootte, Michèle Langendries, Johanne Mathy, Frans De Kuyssche, Filip Ceulemans, Albin Wantier

Redactie-assistenten: Kris Heyvaert, Julie Gueulette

Publicatieregie: Philip Berge
ph.berge@despecialist.eu

Productie: Witold de Campo, Sandrine Virlée, Isabelle André

Algemeen coördinator:
Pascal Selleslagh

Jaarlijks abonnement (België):
200€

Alle rechten voorbehouden, inclusief vertalingen, zelfs gedeeltelijk. Verschijnt eveneens in het Frans. De uitgever kan niet verantwoordelijk worden gesteld voor de inhoud van de artikels, die onder de verantwoordelijkheid van de auteurs vallen. Door de snelle evolutie van de medische wetenschap, is het aan te bevelen de diagnostische richtlijnen en therapeutische aanbevelingen extern te verifiëren.

Verantwoordelijke uitgever:
Dr Vincent Leclercq

Copyright

Gambel net

Gambel bvba
Varenslaan 6
1950 Kraainem
Tel 02/785.07.20
Fax 02/731.33.55
E-mail info@gambelnet.be