

Met opschortingstekens de zomer in...



PAZOS

- ➔ **NOORD-ZUID-CONTRAST**
bij de psychologen 4-5
- ➔ **ZIEKENHUIS**
geeft ambulante nazorg
bij beroerte 8
- ➔ **BACQUELAINE**
vindt conventie maar niks 12-13

Wie begin juli al zijn reiskoffers pakt, beëindigt het seizoen met een paar welgeschapen cliffhangers. Pas op 7 juli zal minister De Block haar toekomstige beleid rond de wachtposten bekendmaken. Dat doet ze tijdens een vergadering op het kabinet. Ongeduld weerklonk er ook op 13 juni in onze opnamestudio in Zaventem. Daar had minister Daniel Bacquelaïne zijn opwachting gemaakt om te antwoorden op vragen van artsen over hun pensioen. Het gehoor zat met de vraag hoe het nu moet met het bedrag van het sociaal statuut.

Als artsen na hun pensioen blijven werken aan conventietarieven, kan het bedrag van het sociaal statuut immers niet meer worden gebruikt voor de opbouw van een aanvullend pensioen. Maar wat zijn de alternatieven? Minister Bacquelaïne kon enkel een antwoord beloven vóór het einde van het jaar. En dan is er het KB voor de pilootprojecten 'chronische zorg'. De Raad van State had er wat bedenkingen bij. Niets fundamenteels, gewoon wat juridische akkefietjes. De paar weken tot maanden vertraging krijgen we er gratis bij. Dr. Medi-Sfeer speurt met een verrekijker de horizon af...

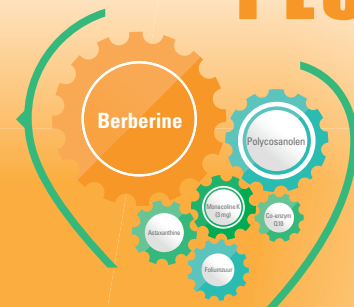
Eerstelijnszone Dender krijgt vorm

Het organiseren van eerstelijnszones in Vlaanderen dreigt een zware klus te worden. Op de eerstelijnsconferentie kondigde minister Vandeuren aan dat twee pilootprojecten van start zouden mogen gaan. Eén van de geselecteerde projecten betreft de regio Dendermonde. Op 22 juni vond de eerste infovergadering plaats.

► Lees verder op pagina 2.

Lower is Better

ArmoLIPID PLUS



MEDA

Mylan

ELZ Dender geënt op bestaand samenwerkingsverband

Het project 'ELZ Dender' (zie pagina 1) is intussen al een stuk opgeschoten. Er is een veranderteam van tien medewerkers samengesteld. Zij zullen het conceptuele werk neerzetten. Hun resultaten worden regelmatig afgetoetst via een breder veranderforum, waarin alle deelnemende organisaties vertegenwoordigd zijn.

De leden van het veranderteam zijn verbonden aan uiteenlopende structuren, inclusief de Stad Dendermonde en de lokale huisartsenkring Vehamed met bijhorend LMN. Men is er bij ELZ Dender duidelijk over: de leden van het veranderteam vertegenwoordigen binnen het project niet hun eigen structuur of organisatie. Ze zijn er om samen na te denken over de toekomst van de eerstelijnsgezondheidszorg binnen hun zone. Het veranderteam komt om de twee weken een halve dag samen.

Het veranderforum telt momenteel al 70 vertegenwoordigers, maar nieuwe instanties worden nog aangetrokken. Sommige daarvan vertegenwoordigen de gezondheids- en welzijnszorg in de brede zin van het woord, zoals de scholen. Het project krijgt hulp van Flanders Synergy, een bedrijf dat gespecialiseerd is in het begeleiden van innovatie in de

werksfeer. Daarnaast heeft ELZ Dender regelmatig overleg met vertegenwoordigers van het kabinet-Vandeuren en het Agentschap Zorg en Gezondheid, om de neuzen in dezelfde richting te houden.

Kaart werd vlot getekend

Het geografisch afbakenen van de zorgregio's is in het verleden hier en daar een heikel punt gebleken. In ELZ Dender was dat probleem zo goed als meteen van de baan (zie kaart). "Berlare, Zele, Dendermonde, Lebbeke en Buggenhout zijn gemeenten die binnen de kleinste-delijke zorgregio Dendermonde al rond heel wat projecten hebben samengewerkt. Ook met Hamme was er al een nauwe samenwerking", zegt Reinout Remmery, co-projectleider van ELZ Dender en diensthoofd Thuiszorg bij de Christelijke Mutualiteit. "De organisaties die bij de ELZ betrokken zullen zijn, gingen akkoord." De aansluiting van Hamme vergde

enige reflectie. Bijvoorbeeld: de helft van de bevolking bezoekt het ziekenhuis van Sint-Niklaas, de andere helft dat van Dendermonde. Bovendien neemt Hamme deel aan het pilootproject 'chronische zorg' van het Waasland. Maar verschillende argumenten pleitten uiteindelijk in het voordeel van een aansluiting bij ELZ Dender: er bestaat bestuurlijke en politieke samenwerking met de regio Dendermonde, Hamme maakt deel uit van Vehamed, en het niet aansluiten zou betekenen dat een aantal organisaties over twee ELZ's verdeeld worden. De SEL's, LMN's en GDT's worden geleidelijk ontmanteld en gaan op in de structuur van de zorgregio. Het personeel zal mettertijd over verschillende ELZ's worden herverdeeld. De regio Dendermonde heeft een eigen deel-SEL dat momenteel deel uitmaakt van SEL Aalst.

Geen extra budget, wel verandercoaches

Er zullen flink wat werkuren opgaan in het opzetten van een ELZ. Wordt daar een budget aan gekoppeld? "De twee pilootprojecten krijgen steun van Flanders Synergy. Daar zit ook een werkingsbudget in vervat voor bijvoorbeeld drukwerk en vergaderaccommodatie", aldus Reinout Remmery. "Maar de plaatselijke mede-

Leden van het veranderteam vertegenwoordigen niet hun eigen structuur, maar stappen mee in een collectieve reflectie.

werkers moeten het stellen met lonen en/of vergoedingen die ze nu al krijgen vanuit de structuren waaraan ze verbonden zijn. Er komt geen extra geld. Voor de meeste leden van het veranderteam houdt dat in dat we er het werk voor de ELZ bijnemen, boven op de taken waar we al eerder mee bezig waren." In de toekomst, naarmate de hervorming zich over heel Vlaanderen uitbreidt, zullen er verandercoaches worden aangesteld. In totaal 5,5 VTE's – 1 per provincie plus 0,5 voor Brussel. Als men overweegt dat er naar schatting over heel Vlaanderen zowat 60 tot 65 ELZ's zullen worden opgericht, dan is het duidelijk dat de verandercoaches hun agenda heel sterk over de verschillende projecten zullen moeten verdelen. ■

Dr. Michèle Langendries

Eerstelijnszone doet schuiven met deelgemeenten

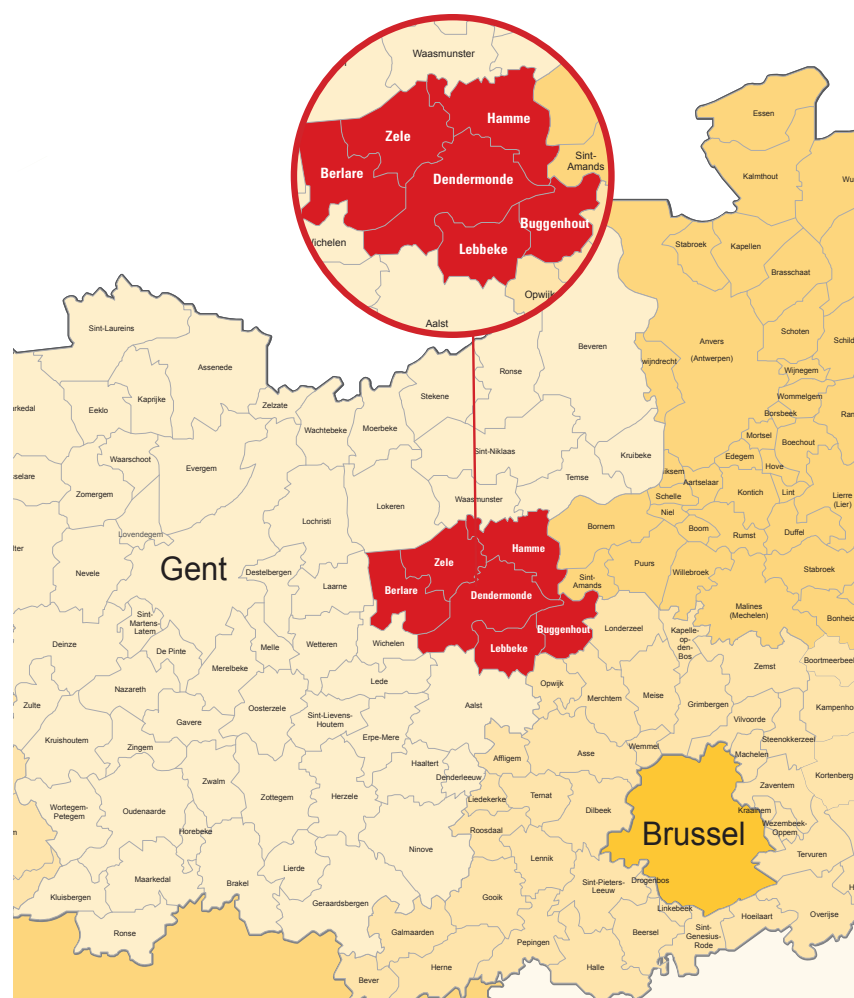
In sommige regio's kijkt men ongerust naar de hervorming van de eerstelijnsgezondheidszorg: zullen huisartsen hun huidige samenwerkingsverbanden kunnen handhaven? In Dendermonde valt het mee, maar er zijn toch een paar verschuivingen nodig. Een aantal gemeenten die niet tot Vehamed behoren, worden toch bij ELZ Dender gevoegd. Andersom is er een gemeente van Vehamed die niet in ELZ Dendermonde mag.

Minister Vandeuren wil immers dat de gemeentegrenzen worden gerespecteerd. Wieze bijvoorbeeld hoort bij Huisartsenkring Aalst, maar wordt toch bij ELZ Dender gevoegd, omdat het een deelgemeente van Lebbeke is. Zo ook Overmere, een deelgemeente van Berlare, die aangesloten is bij de huisartsenkring Wetteren-Wichelen-Laarne. Andersom zit Malderen in de huisartsenkring Vehamed, maar wordt niet ingelijfd bij ELZ Dender, omdat het een deelgemeente van Londerzeel in Vlaams-Brabant is. "We moesten dat zo doen, anders zou de overheid ons project niet aanvaard hebben", zegt Kirsty de Fluiter, co-projectleider van ELZ Dender en kring-/LMN-coördinator van Vehamed. "Voor de betrokken huisartsen is dit

geen belemmering. Het gaat sowieso om een kleine groep. In ieder geval worden ze in de drie deelgemeenten zorgvuldig op de hoogte gehouden van het project. We moeten er ook rekening mee houden dat er naast de huisartsen nog vele andere disciplines bij het ontwikkelen van de ELZ betrokken zijn. Die hebben dan weer een heel andere grensafbakening."

Voor de wachtdienst verandert er niets. Er komt binnenkort een huisartsenwachtpost in Dendermonde. De huisartsen van Malderen zullen hier de wachtdienst opnemen. Wieze en Overmere nemen de wachtdienst op binnen hun respectievelijke kringen. ■

M.L.



KB 'chronische zorg' hapert bij Raad van State



De definitieve selectie van de pilootprojecten 'chronische zorg' loopt vertraging op. Dat komt omdat de Raad van State enkele aanpassingen van het KB gevraagd heeft. Niets dat de inhoud van de projecten beïnvloedt, zegt Lotje De Ridder van de cel 'Chroniccare'. Maar de timing schiet er wel bij in. Daarnaast plant de overheid overleg met Domus Medica, nadat de koepel kanttekeningen had gemaakt bij het beleid rond de pilootprojecten.

De aanpassingen die de Raad van State had gevraagd, zijn van zuiver juridische aard. De nieuwe versie is al voorgelegd. Maar welke timing mogen we nu verwachten? "De Raad van State zou opnieuw uitspraak doen op 14 juli", aldus Lotje De Ridder. "Maar mogelijk wordt er beslist het voorstel te laten beoordelen door de verenigde kamers, terwijl tot nog toe alleen de Franstalige kamer er zich mee beziggehouden heeft (n.v.d.r.: de verenigde kamers treden op als een dossier moeilijk ligt). In dat geval zal het advies een maand langer op zich laten wachten. Tegen dan zijn we half augustus."

Als de Raad van State groen licht geeft, wordt het KB in het Belgisch Staatsblad gepubliceerd. Vanaf dan hebben de consortiums 30 dagen om officieel hun kandidatuur te stellen. Volgens Lotje De Ridder "zijn sommige projecten klaar, zodat ze mogelijk al de 1ste dag worden voorgelegd. Maar toch is die vertraging vervelend."

Rechtstreeks overleg met Domus Medica

In onze nieuwsbrief van begin juni en in *Medi-Sfeer* nr. 557 kon u lezen dat Domus Medica een kritische brief gestuurd had naar de ministers De Block en Vandeuren, alsook naar Ri De Ridder. De koepel nam verschillende aspecten van het beleid op de korrel: de onredelijke financiële

inbreng die van het veld werd gevraagd, het immobilisme rond de ontwikkeling van een elektronisch patiëntendossier en de administratieve onduidelijkheid.

Er zou nu een overleg worden gepland tussen minister De Block en Domus Medica. "Het kabinet-De Block heeft contact opgenomen met het kabinet-Vandeuren voor een gezamenlijke discussie", bevestigt Lotje De Ridder.

"Er kan beter niet van op afstand gedialeerd worden. Rechtstreeks overleg spoort beter met het idee van gezamenlijke opbouw achter de pilootprojecten. Als het veld geen vertrouwen heeft, zullen we niet vooruitgaan."

Onze correspondent is niet onder de indruk van de scepsis die Domus Medica uitdrukt. Vorige week nog heeft een vergadering met de coördinatoren

plaatsgevonden. "Een aantal zei dat er op het terrein een echte dynamiek ontstaat en dat sommige beperkte stappen in de projecten al waren gezet, ook al zijn de dossiers nog niet officieel voorgelegd."

J.M.



MISSELIJKHEID BRAKEN*





Gingerol-6 is de meest karakteristieke van alle gingerolen en is doeltreffend en veilig tegen elk type van misselijkheid***

(digestief, zwangerschap, reisziekte, postoperatief en gelinkt aan therapeutische oorzaken)

- GESTANDAARDISEERD GEMBEREXTRACT
- HOOG GEDOSEERD
- MET DE HOOGSTE CONCENTRATIE AAN GINGEROLEN

HET BESTE VAN GEMBER!

PRAKTISCH

- 20 gemakkelijk in te slikken zachte capsules
- CNK 3381-415
- NUT/PL 53/33

* Can nausea and vomiting be treated with ginger extract? A.Giacosa and all. European Review for Medical and Pharmacological Sciences. 2015;19: 1291-1296
** Niet gebruiken in geval van verstopping van de galwegen. (Bijsluiter Emistyl, 2016)

POSOLOGIE

Inslippen met een beetje water. Niet op bijten.

	Per dag	Max.
Volwas.en kind.vanaf 12 j.	1 caps. 1 tot 3x/dag	3
Zwangere vrouwen	1 caps. 's ochtends	1
Kinderen van 6 tot 11 jaar	1 caps. 1 tot 2x/dag	2
Kinderen van 3 tot 5 jaar	1 caps./dag	1

EMISTYL-REV DATE 09/06/17 H1030 - NL

INFORMATIE BESTEND VOOR PROFESSIONELE ZORGVERSTREKKERS.

THERABEL

Psychologen communautair rond de tafel



In de debattenreeks georganiseerd door MLOZ voerden op 13 juni de psychologen het woord. De erkenning en de financiering van de klinische psychologie kwam uitgebreid aan bod, met aandacht voor de wettelijke omkadering van de psychotherapie. Een reflectie met een licht communautair tintje.

Wat ging hieraan vooraf? De wet van 4 april 2014 was een keerpunt voor de klinisch psychologen: na ruim 15 jaar overleg werd hun beroep officieel erkend. Uitgangspunt was een wetsvoorstel van CD&V-kamerlid Nathalie Muylle, dat aanvaard werd met de steun van toenmalig minister Onkelinx. Aan Vlaamse zijde was de sector echter maar matig tevreden met de wet, want het ging om een compromis. Naast de erkenning van de klinisch psychologen omvatte de wet immers nog een tweede aspect: een zeer soepele regelgeving voor de erkenning van psychotherapeuten. Terwijl de erkenning van de klinisch psychologen in de geest van de Vlamingen een maatregel was om de kwaliteit van de psychotherapie te garanderen, bepaalde de wet van 2014 dat personen vanuit een breed spectrum van basisopleidingen toegang

zouden krijgen tot een activiteit als psychotherapeut: ook houders van een masterdiploma in gezondheidswetenschappen, psychologie, opvoedkunde of sociale wetenschappen konden toetreden. Ze zouden wel een erkende opleiding van vier jaar moeten volgen.

Kleine groep vindt groot oor

Het hele debat was communautair gekleurd. "In realiteit werden de psychologen geconfronteerd met een gebrekkige slagkracht in Franstalig België, waardoor een kleinere groep psychotherapeuten een groot oor vond bij de grootste Franstalige partij, de *Parti Socialiste*", lezen we op de site van de Belgische Federatie van Psychologen (BFP). "Op basis van een Angelsaksische traditie hecht Vlaanderen veel belang aan een universitaire vooropleiding en wetenschappelijke onderbouwing", analyseert de BFP. De Romaanse traditie die leeft in Franstalig België legt meer de nadruk op 'levenservaring' als basis van een psychotherapeutische begeleiding.

Hoe dan ook, de nieuwe kaderwet zou van kracht gaan in september 2016, maar eerst moesten er uitvoeringsbesluiten komen. Intussen trad er een

"Ook sommige studenten psychologie zijn niet geschikt om psychotherapie toe te dienen."

machtswissel op: Maggie De Block werd de nieuwe minister van Volksgezondheid. Ze gooide het over een andere boeg met de wet van 10 mei 2015. De psychotherapie werd voorbehouden aan klinisch psychologen, klinisch orthopedagogen en artsen. Er kwam wel een overgangsmaatregel voor andere personen die al eerder een opleiding tot psychotherapeut hadden gevolgd (zie kader).

Uitdunnen van het aanbod

Op het debat van de MLOZ klinkt er aan Franstalige zijde spijt over deze gang van zaken. Martine Vermeylen (*Union professionnelle des psychologues*) is tevreden met de erkenning van de klinisch psychologen. Maar ze heeft ook kanttekeningen: "De wet-Muylle-Onkelinx was voor ons een werkbaar compromis. Psychotherapie moet ook kunnen terugbetaald worden als ze aangeboden wordt door personen die misschien geen diploma psychologie hebben, maar kunnen bogen op een jarenlange praktijkervaring. Als we die personen uitsluiten, beperken we het aanbod. Dat kan ertoe leiden dat patiënten geen vlotte toegang meer hebben tot psychotherapie.

Overgangsmaatregelen voor psychotherapeuten

Er bestaan overgangsmaatregelen voor personen die geen klinisch psycholoog, klinisch orthopedagoog of arts zijn, maar al eerder een opleiding psychotherapie hadden gevolgd of er één aanvatten in het academiejaar 2016-2017. Als ze vanuit hun basisopleiding gezondheidswerker zijn, mogen deze personen autonoom als psychotherapeut optreden. Anders moeten ze werken onder toezicht van een arts, een klinisch psycholoog, een klinisch orthopedagoog of een psychotherapeut met een achtergrond als gezondheidswerker.

25% van de Belgen kampt met een psychisch gezondheidsprobleem

30% van de gevallen van invaliditeit heeft als oorzaak een psychisch gezondheidsprobleem

Gezinnen waarin iemand aan een psychische stoornis lijdt, hebben **50%** meer stress

De wet-Muyllé-Onkelinx liet niet gelijk wie tot de praktijk toe. Er zijn hogescho- len die heel waardevolle opleidingen tot psychotherapeut organiseren. Men mag die niet als charlatans wegzetten omdat ze geen universitair statuut hebben. Een pas afgestudeerde psycholoog heeft niet de nodige competentie om een patiënt met een psychisch probleem te begeleiden. Hij moet rustig zijn ervaring kunnen opbouwen te midden van een groep ervaren werkers, die de patiënten opvangen."

Psychologen energiek nascholen

Tine Daeseleire (klinisch psychologe, KU Leuven) beaamt dat pas afgestudeerde klinisch psychologen vaak praktijkerva- ring missen. Ze legt uit dat de beroeps- verenigingen psychologen er actief toe aanzetten zich bij netwerken aan te sluiten, zodat ze automatisch in contact komen met nascholingsactiviteiten. Bij de brede toegang tot de psychotherapie heeft ze echter commentaar: "Ik denk dat sommige mensen door eigen ervaring of zelfstudie zeer bedreven kunnen wor- den in het uitvoeren van psychotherapie. Maar patiëntverhalen doen toch heel wat alarmsignalen weerklinken: som- mige zelfverklaarde psychotherapeuten zetten niet het gewenste resultaat neer, soms met kwalijke effecten tot gevolg. We moeten hier voor de nodige transpa- rantie zorgen: de patiënt moet toegang krijgen tot informatie over de achter- grond van personen die psychotherapie aanbieden." En ze veegt voor eigen deur: "Ook sommige studenten psychologie zijn niet geschikt om psychotherapie toe te dienen. Vanuit de opleiding moeten we die mensen naar een ander traject durven te begeleiden."

De nieuwe regelgeving rond de klinisch psychologen moet nu verder worden uit- gewerkt, bijvoorbeeld met praktische er- kenningsmodaliteiten. Na de zomer komt het lijvige hoofdstuk van de financiering op tafel. ■

Dr. Michèle Langendries

Geestelijke gezondheidszorg zit weggemoffeld in ziekenhuizen

Eén op de vier Belgen kampt met een psychische problematiek, maar slechts 6% van ons gezondheidsbudget is bestemd voor geestelijke gezondheidszorg. "Die 6% gaat vrijwel volledig op in de financiering van psychiatrische ziekenhuisbedden", becijfert Koen Lowet, gedelegeerd bestuurder bij de Federatie van Belgische Psychologen. "Onze geestelijke gezondheidszorg is dus moeilijk bereikbaar vanuit het dagelijkse leven."

België heeft na Japan het hoog- ste aantal psychiatrische bed- den. "Als men psychologische interventies vroegtijdig in het ziektever- loop inzet, neemt de nood aan zwaarde- re maatregelen – hospitalisatie en me- dicatie – drastisch af. We moeten er dus over nadenken hoe we psychologische hulp doeltreffend kunnen inzetten. De Wereldgezondheidszorg voorspelt dat depressie binnenkort koploper zal zijn als oorzaak van uitgaven in de gezond- heidszorg."

België heeft na Japan het hoogste aantal psychiatrische bedden.

Aan het gunstige uiteinde van het toe- gankelijkheidsspectrum staat de eerste- lijnspsycholoog. Het KCE stelt voor bij de eerstelijnspsycholoog twee tot vijf sessies terug te betalen. Volstaat dat? "Het aantal sessies dat een patiënt no- dig heeft, varieert sterk", weet Koen Lo- wet. "Men moet dat anders bekijken. De belangrijkste functie van de eerstelijns- psycholoog is triage. Als de patiënt een problematiek heeft die in een paar ses- sies kan worden opgelost, dan neemt

de eerstelijnspsycholoog dat zelf op. De zwaardere problematiek verwijst hij door. Uit de Vlaamse projecten rond de eerstelijnspsychologische functie is ge- bleken dat 60% van de patiënten moet worden doorverwezen."

Zinloze aanpak

Dr. Olivier Mariage (huisarts, *Fédération des Maisons Médicales*) is het niet eens met het concept van triage: "Vijf consul- ten bij de eerstelijnspsycholoog terug- betalen is zinloos. De eerstelijnsgezon- deidszorg is de enige lijn die niet be- perkt is in de tijd. We volgen de patiënt levenslang. Als het contact met de psy- choloog goed verloopt, kan men allicht beter niet in de loop van de therapie van therapeut veranderen." Stuiten we hier opnieuw op een communautair verschil in visie – zie het artikel hiernaast? Het concept van de eerstelijnspsycholoog is immers in Vlaanderen ontstaan.

Volgens de Belgische Federatie van Psy- chologen was het federale debat over de omkadering van de psychotherapie voor minister Vandeurzen de aanleiding om de 7 pilootprojecten rond de eerste- lijnspsycholoog op te starten. Hij dacht, zo lezen we op de site van de BFP, dat het federale debat geen slaagkansen had. Zijn initiatief was een statement: "We hebben die klinisch psychologen nodig." Reageert de Franstalige ge- meenschap hier gepikeerd? Of gaat het zuiver om een verschil in insteek tussen huisartsen en psychologen? ■

M.L.

MS11739BN

BELLOZAL

“Eerstelijnszones zijn geen verbrokkeling van de zorg”

“Zorgen voor individu en gezin is een essentiële taak van de huisarts en de eerste lijn”, zegt Jan De Maeseneer. “Maar nu moeten we als eerstelijnszorgverleners een volgende stap zetten. Via de eerstelijnszones nemen we de verantwoordelijkheid op voor een hele populatie.”

De Strategische Adviesraad Welzijn, Gezondheid en Gezin (SARWGG) heeft onlangs een advies geformuleerd over de concept-nota ‘Een geïntegreerde zorgverlening in de eerste lijn’, die minister Vandeuren op de eerstelijnsconferentie voorstelde. De raad vindt dat een belangrijke stap vooruit werd gezet, maar betreurt dat de beleidsmakers geen knopen hebben doorgehakt om de eerstelijnszones af te bakenen. “Dit had op de eerstelijnsconferentie beslecht moeten zijn”, zegt prof. De Maeseneer. “Op die manier konden we meteen aan de slag. Nu moet het overleg, dat al vier jaar aan de gang is, worden overgedaan. Participatie is extreem belangrijk. Maar op zeker ogenblik moet je vanuit het beleid harde noten kunnen kraken. Als we het op het terrein over alles eens zijn, hebben we de politiek niet nodig. Dan doen we rustig ons ding onder elkaar. De taak van de beleidslui is om van bovenuit beslissingen op te leggen op punten waarover het terrein maar geen consensus kan bereiken.”

Entiteiten waarbinnen zorgverleners elkaar kennen

In sommige kringen heerst er ongerustheid rond het oprichten van eerstelijnszones. Het werken met entiteiten van 100.000 inwoners wordt in die grotere kringen aangevoeld als een verbrokkeling van het zorglandschap en een miskenning van projecten die op niveau van de hele kring gevoerd zijn. “De eerstelijnszone is echt wel de geknippede formule voor de organisatie van de eerstelijnszorg”, weerlegt Jan De Maeseneer. “Op internationaal vlak bestaat daarover consensus. Een gebied van zowat 100.000 inwoners biedt de mogelijkheid om op een efficiënte manier gezondheidsinitiatieven op te zetten. Schaal je op naar een groter gebied, dan kennen de zorgverleners elkaar niet meer. Dat is niet bevorderlijk voor de samenwerking. Grote kringen kunnen meerdere eerstelijnszones omvatten. Niets belet hun om voor bepaalde projecten een flexibele samenwerking tussen verschillende eerstelijnszones op te zetten. Maar verbrokkeling? Neen, daar ben ik het niet mee eens.”

Samenwerking met de lokale besturen

Prof. De Maeseneer geeft wel aan dat er iets fundamenteels zal moeten veranderen in de werkwijze van de huisartsen: ze zullen in de toekomst moeten overleggen met de lokale besturen.

“Participatie is extreem belangrijk. Maar op zeker ogenblik moet je vanuit het beleid harde noten kunnen kraken.”

“De lokale besturen moeten vertegenwoordigd zijn in de zorgraad die de eerstelijnszone aanstuurt. Andersom zal de Vlaamse Vereniging voor Steden en Gemeenten lokale besturen vorming geven over de eerstelijnsgezondheidszorg. In Gent hebben wij een schepen van Gezondheid, maar in de meeste gemeenten bestaat die niet. Ik raad huisartsenkringen aan zo spoedig mogelijk in gesprek te gaan met de lokale besturen. Dat kan allerlei doeleinden dienen. Je kan bijvoorbeeld de parkeerregeling voor disciplines uit de eerstelijnszorg bespreken. Of je kan overleg plegen rond een pand van de gemeente dat leegstaat en onderdak zou kunnen bieden aan een multidisciplinaire groepspraktijk.”

Zware structuren beperken

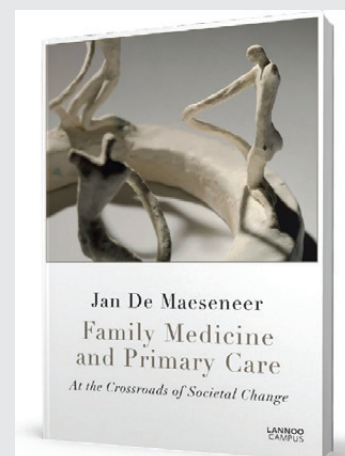
De SARWGG beveelt de minister aan zich te beperken tot twee operationele niveaus: het Vlaams Instituut voor de Eerste Lijn (voor ontwikkeling en innovatie) en de eerstelijnszones (voor facilitering en implementatie). Het tusseniveau, de zogenaamde ‘regionale zorgzone’, wordt een zuiver overlegniveau. “In een relatief klein gebied als Vlaanderen moeten we nu ook weer niet te veel zware structuren opzetten”, commentarieert Jan De Maeseneer. “De regionale zorgzone wordt vooral een niveau voor afstemming tussen de eerste lijn, de geestelijke welzijnszorg en de ziekenhuizen. Een viertal eerstelijnszones werken met een ziekenhuisnetwerk samen. Juist met het oog op dat overleg mag de structuur van de regionale zorgzone niet te zwaar worden: er is niets zo volatiel als een ziekenhuisnetwerk. De regionale zorgzone is ook van belang omdat de zorg voor sommige gezondheidsproblemen te klein is. Rond de zorg voor multiple sclerose, bijvoorbeeld, kan men met verschillende eerstelijnszones samenwerken, wegens het beperkte aantal patiënten. Hetzelfde geldt voor de palliatieve thuiszorg, omdat momenteel maar 27% van de Vlamingen thuis sterft. Dat percentage zullen we in de toekomst wel zien stijgen. Dan kunnen de palliatieve netwerken voor de eerste lijn in de eerstelijnszones indalen.”

“Ik hoop nu dat dit advies gevolgd wordt. Het is politiek belangrijk.” ■

Dr. Michèle Langendries

Balans van de eerste loopbaan

Dit is het laatste van de reeks interviews die Jan De Maeseneer in *Medi-Sfeer* gaf in de aanloop naar zijn emeritaat, eind september. Meer over de standpunten en visie van prof. De Maeseneer kunt u lezen in zijn boek *Family Medicine and Primary Care At the Crossroads of Societal Change*. De auteur blikt hierin terug op 40 jaar werkzaamheden op het vlak van patiëntenzorg, onderwijs, onderzoek en beleid. Het boek verschijnt eind september 2017 bij LanooCampus.



Dubbele cohorte: solidariteit gevraagd

Volgend academiejaar beëindigen de studenten die deel uitmaken van de dubbele cohorte hun basisopleiding geneeskunde. De problemen die dat met zich meebrengt, blijven ook de Kamer beroeren.

Maar liefst vijf leden van de commissie Volksgezondheid van de Kamer van Volksvertegenwoordigers wilden eind juni van minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid Maggie De Block (Open VLD) weten hoe ver ze staat met de aanpak van het probleem van de dubbele cohorte. "Ik stel wel vast dat drie van de vijf vraagstellers afwezig zijn", merkte de minister op. Wel aanwezig om hun vraag te stellen, waren Catherine Fonck (CDH) en Valerie Van Peel (N-VA). Kwamen niet opdagen: Nathalie Muylle (CD&V), Monica De Coninck (SPA) en Raoul Hedeboew (PTB-PVDA).

Valerie Van Peel stelt samen met het Vlaams Geneeskundig Studentenoverleg vast dat er vier grote hangijzers zijn: het tekort aan kwalitatieve opleidingsplaatsen, de mogelijke inkorting van de huisartsenopleiding van 3 tot 2,5 jaar, de 000-Riziv-nummers en de bijkomende financiering van 10 miljoen euro waarover geen overeenstemming bereikt werd in de medicomut.

In haar antwoord haalt De Block uit naar de faculteiten geneeskunde die de voorbije jaren te weinig vooruitziend waren. "Ik betreur dat de faculteiten geneeskunde tot nu toe nog niet allemaal hun gegevens hebben meegedeeld over de beschikbare stagecapaciteit. Nochtans weten ook de decanen al 6 jaar dat de dubbele cohorte eraan komt. Mijn diensten werken op basis van projecties van een zogenaamde stock van gediplomeerden die een stage zullen aanvatten, maar het zou goed zijn mochten we de precieze cijfers hebben." Met de Hoge Raad en de studenten werkt De Block wel positief samen.

De dubbele cohorte heeft een duidelijk communautair kantje. "Het aantal studenten ligt gedurende vijf tot zes jaar driemaal zo hoog aan Franstalige kant. Dat betekent dat het gemakkelijk zal zijn, mits een aantal maatregelen, om een oplossing te vinden en de dubbele cohorte te absorberen langs de Nederlandstalige kant. Het zal echter veel moeilijker zijn, en meer maatregelen vragen, om dit ook langs Franstalige kant te absorberen. We willen namelijk niet aan de kwaliteit van de opleiding inboeten. Om tot een oplossing te komen zal er enige solidariteit nodig zijn tussen erkende artsen en artsen in opleiding," aldus De Block.

Nog zo'n probleem waar De Block niet meteen een oplossing voor heeft, is de stage van een half jaar door huisartsen

op een gespecialiseerde dienst in het ziekenhuis. Ze vreest dat de huisartsen in opleiding daar in concurrentie zullen treden met de specialisten in opleiding.

De huisartsen hebben wel een concurrentieel nadeel. "U moet zich eens in de plaats stellen van een stagemeester in een ziekenhuis: een student aanvaarden voor één of twee jaar of investeren in de opleiding van een student voor een periode van zes maanden. Specialist zullen redeneren dat huisartsen niet gedurende een half jaar hun plaats moeten komen innemen. Ik nodig iedereen die

een oplossing kan aanreiken uit om ze ons mee te delen", besluit de minister. ■

Filip Ceulemans

THERABEL

INTESTINAAL COMFORT¹

Lactobacillus rhamnosus GG²
• 16 miljard^{3,4}

Saccharomyces boulardii²
• 12 miljard⁴

Prebiotica
• 400 mg⁴

ProLardii[®]
GR Caps

Formaat: 10 & 20 capsules

3in1

Het optimale synbioticum⁵ voor de darmflora

¹Dankzij de aanwezigheid van Inula helenium, een plant die bijdraagt tot intestinaal comfort.
²World Gastroenterology Organisation, Global Guidelines on Probiotics and Prebiotics, February 2017.
³16 miljard melkzuurbacteriën: 4 miljard per stam (L. rhamnosus GG, L. casei 5773, L. acidophilus LA3, B. lactis B94)
⁴Per 2 capsules per dag. ⁵Synbioticum: product dat zowel pro- als prebiotica bevat. ⁶
Informatie bestemd voor de gezondheidsprofessional.

NUT/PL_AS 53/30 ProLardii - 24 05 17 - NL

MHEALTH

Behandeling beroerte stopt niet bij ontslag uit ziekenhuis

Eind 2016 selecteerde minister De Block 24 pilootprojecten rond mHealth. Eén daarvan brengt de beroertecoach in beeld. Het is ontsproten aan een samenwerking tussen twee Brugse ziekenhuizen, AZ Sint-Jan-Brugge-Oostende en AZ Sint-Lucas Brugge. Het AZ Groeninge van Kortrijk en het UZ Antwerpen stapten later in. Het project loopt sinds 1 mei.

Wat is de rol van de beroertecoach? Dr. Geert Vanhooren, neurovasculair neuroloog aan het AZ St-Jan: "Het is de bedoeling om de stap vanuit het ziekenhuis naar de thuissituatie kleiner te maken. De beroertecoach helpt de patiënt om een gezondheidsbevorderende levensstijl en therapietrouw aan te houden. De patiënt moet in staat zijn om een computer of tablet te gebruiken. Hij moet bereid gevonden worden om zijn parameters, waaronder zijn hartritme, op te volgen en online revalidatie-apps te gebruiken. Dan krijgt hij van de beroertecoach instructies, een login en een paswoord. Daarna is het aan de patiënt om het webplatform beroertecoach.be te gebruiken, inclusief de videoconference met de beroertecoach. Deze werkwijze vermindert het risico op een nieuwe beroerte."

De beroertecoach blijkt uniek in Europa. "Er zijn natuurlijk elektronische platformen beschikbaar waarbij patiënten nazorg en ambulante zorg kunnen krijgen, maar specifiek voor beroertezorg denk ik niet dat het bestaat in het buitenland", aldus dr. Vanhooren. Zoals alle andere mHealth-projecten zit ook beroertecoach.be in een proeffase van zes maanden. Als het Riziv gunstig adviseert, is uitbreiding tot twee jaar mogelijk.

Opvolging op maat

De beroertecoach is de sleutelfiguur binnen het traject na een beroerte. Verpleegkundige Julie Deraus is de beroertecoach van het project en werkt hiervoor nauw samen met dr. Sofie De Blauwe en dr. Geert Vanhooren, beiden neurovasculaire neurologen.

De begeleiding van patiënten die een beroerte hadden, stopt niet bij het ontslag uit het ziekenhuis, onderstreept ze. "Als beroertecoach start ik de begeleiding al in het ziekenhuis, maar ik volg de patiënt ook na het ontslag nauw op via het webplatform. De opvolging op maat van de patiënt maakt het mogelijk om sneller in te spelen op risicofactoren zoals hoge bloeddruk, overgewicht, roken en verhoogde cholesterol. De patiënt krijgt niet alleen informatie hierover, maar kan zelf parameters zoals bloeddruk, gewicht en cholesterol invullen. Bovendien voeren we na het ontslag op bepaalde tijdstippen een teleconsultatie uit."

Synergie

Bij de proefprojecten mHealth slaan verschillende zorgactoren de handen in elkaar om geïntegreerde en online zelfzorg – bij voorkeur op mobiele platformen – aan te bieden voor beroertepatiënten. Het beroertecoach.be-proefproject beoogt in de vier betrokken centra in totaal 150 tot 175 patiënten op te nemen.

Het Interuniversitair Centrum voor Gezondheidseconomie (VUB) biedt ondersteuning om de financiële im-



Dr. Geert Vanhooren:
"We kijken ook naar mogelijkheden voor het ambulant opsporen van voorkamerfibrillatie."



Julie Deraus:
"De opvolging op maat van de patiënt maakt het mogelijk sneller in te spelen op risicofactoren."

Beroerte trekt een spoor van vernieling

Ruim 20.000 Belgen worden jaarlijks rechtstreeks of onrechtstreeks geconfronteerd met een beroerte. Zowat 30% van de patiënten ondervindt blijvende hinder en is afhankelijk van de naaste familie. De maatschappelijke kosten van deze aandoening liggen voor ons land op ongeveer 200 miljoen euro per jaar.

En wat met de huisarts?

"Het LMN Brugge-Oostende-Houtland zetelt in ons consortium", zegt dr. Vanhooren. "Voorlopig is er geen actieve rol voor de huisarts weggelegd. Maar als de patiënt naar huis gaat, krijgt de huisarts bericht dat de betrokkene in het project opgenomen is. Er wordt informatie gegeven over het project, inclusief de rechten en plichten van de deelnemende patiënt. Als het project uitbreiding vindt, zullen we er de huisarts actief bij betrekken. Hij zal dan bijvoorbeeld de gelegenheid krijgen zelf gegevens in te brengen." Omdat het project oorspronkelijk uitging van de twee Brugse ziekenhuizen, zitten er alleen Brugse huisartsen in het consortium. De andere twee ziekenhuizen werden later bij het project betrokken, omdat neuroloog Peter Vanacker verhuisde van AZ Sint-Lucas naar AZ Groeninge in Kortrijk, en ook deeltijds aan het UZ Antwerpen verbonden is.

pact van het mHealth-zorgmodel in kaart te brengen. Dr. Vanhooren: "beroertecoach.be zoekt synergie met andere projecten. De videoconference wordt bijvoorbeeld gerealiseerd samen met de teleconsulting-toepassing van Zebra Academy. Recent nog is gekeken in welke mate kan worden samengewerkt met FibrCheck, een app voor het opsporen van voorkamerfibrillatie. Het ambulant vinden van paroxysmale voorkamerfibrillatie, onder leiding van de beroertecoach, kan het risico op beroerte aanzienlijk doen afnemen."

Vooruitzichten

Voorlopig zijn andere ziekenhuizen niet opgenomen, omdat het project nog in een proeffase zit en beheersbaar moet blijven. Maar het is zeker de bedoeling om in samenwerking met de overheid het platform aan een breder publiek aan te bieden, als het beroertecoach.be-platform de evaluatie van het Riziv doorstaat. ■

Frans De Kuyssche

Moratorium wijkgezondheidscentra verlengd

Zonder het met zoveel woorden te zeggen, gaf minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid Maggie De Block (Open VLD) in de kamercommissie Volksgezondheid toe dat het moratorium op de erkenning van wijkgezondheidscentra verlengd wordt.

In oktober vorig jaar kondigde minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid Maggie De Block een moratorium op de erkenning van wijkgezondheidscentra (WGC) aan dat liep tot 30 juni van dit jaar. Nieuwe erkenningen zullen echter pas opnieuw mogelijk zijn na een

audit van de bestaande WGC. En die audit laat op zich wachten, zodat er voorlopig geen nieuwe dossiers in behandeling worden genomen.

Dat de audit er nog niet is, wekt geen verbazing. Pas na voorlegging van de

auditopdracht aan het algemeen beheerscomité van het Riziv op 22 mei en het Verzekeringscomité op 29 mei kon de audit immers van start gaan. "Ondertussen is de audit effectief opgestart", deelt De Block mee. "De auditerende instantie, het Riziv en mijn beleidscel werkten hard om de opstartfase te realiseren. De oplevering van het eindrapport is gepland ten laatste in november van dit jaar. Ik ben de eerste die de vertraging betreurt. Die is er gekomen omdat de administratie te lang heeft gewacht om de opdracht voor de audit uit te schrijven en toe te wijzen.

Eens we daarop hebben gewezen, is er medewerking geweest. Ik zit niet aan het bureau of naast de mensen van de administratie."

De audit van de WGC is inhoudelijk vergelijkbaar met die van de huisartsenwachtposten. Er wordt gekeken naar de kwaliteit en de continuïteit van de zorg, de kostenefficiëntie en de financiële stromen van het Riziv. ■

FC.

"NIP-test: keuze blijft bij de ouders"

Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid Maggie De Block (Open VLD) blijft achter haar beslissing staan om in een algemene terugbetaling te voorzien voor de NIP-test. Ze ergerde zich aan het niveau van het debat dat hieruit volgde.

De beslissing van de minister om de test terug te betalen, werd niet overal op gejuich onthaald. Er werden met name ethische vragen gesteld bij de beslissing. De uitspraken van moraalfilosoof Etienne Vermeersch waren niet van dien aard om de discussie te milderen. Hij stelde dat er geen kinderen met down meer mogen geboren worden. Een standpunt waar de minister het niet mee eens is: "Wat voor een maatschappij zouden we zijn als we

zeggen dat zulke kinderen niet meer mogen geboren worden? Men stelde mij ooit bij een toespraak de vraag of er nog kinderen met trisomie-21 geboren zouden mogen worden. Mijn antwoord was bevestigend. Het is en blijft de keuze van een koppel om zo'n kind geboren te laten worden of niet. Ik vind dat daar geen misprijzen moet voor zijn. Integendeel, denk maar aan de kwaliteit van de zorg waarmee de kinderen daarna omringd moeten worden."

"Ik ben blij met de beslissing, maar beseft dat het debat nog niet is afgelopen. Het geeft ons alvast de gelegenheid om te bepalen welke testen we in onze maatschappij willen, hoe we ermee omgaan en hoe die ons ideaalbeeld beïnvloeden van de baby die wij in onze wieg willen zien liggen", aldus de minister. ■

FC.

Arkopharma
LABORATOIRES



CRANBEROLA® FORT

URINAIR COMFORT

100% plantaardig

- ① URINAIR COMFORT (Struikheide)
- ② ELIMINATIE (Struikheide)



**Bestel hier
uw stalen en
dagboekjes**



of surf naar
arkopharma.rmnet-corner.be

500 jaar Rembert Dodoens

Op 29 juni is het exact vijfhonderd jaar geleden dat in Mechelen Rembert Dodoens werd geboren. Hij groeide uit tot één van de belangrijkste wetenschappers die Vlaanderen voortbracht.



Dodoenstuin in Mechelen.

In tegenstelling tot tijdgenoten als cartograaf Gerard Mercator (1512-1594) en chirurgijn Andreas Vesalius (1514-1564) haalde Rembert Dodoens enkele jaren geleden de top tien van de verkiezing van de grootste Belg niet. In Vlaanderen strandde hij op een al bij al schamele 62ste plaats, in Franstalig België haalde hij zelfs de top honderd niet. Nochtans is Rembert Dodoens een van de grootste en belangrijkste wetenschappers die ons land in de loop der tijden voortbracht.

Rembert Dodoens wordt op 29 juni 1517 geboren in Mechelen, een stad waar hij fier op was. In zijn werken noemde hij zichzelf later immers stevast *Mecheliensis*, de Mechelaar. De voorouders van Dodoens langs vaders kant komen uit Friesland en droegen oorspronkelijk de naam Joeckema. Het is een invloedrijke familie uit Stavoren, een stad aan de Zuiderzee. Zijn grootvader, Rembert Jaricks Joenckema, was jarenlang schepen van Leeuwarden en zijn overgrootvader, Jarick Joenckema, schopte het zelfs tot burgemeester van de Friese stad. Zijn overgrootvader dreef ook handel en belandde zo in Mechelen. Zijn vader, beëdigd arts van de stad Mechelen van 1516 tot 1531, stond er bekend als Denijs van Leeuwarden. Langs moederszijde is hij verwant met Joachim Roelants, de stadsarts van Mechelen.

Met Vesalius in Basel

Op amper dertienjarige leeftijd wordt Rembert in augustus 1530 ingeschreven aan de universiteit van Leuven. Hij volgt er een traditionele opleiding waarin onder meer aandacht is voor Griekse en Latijnse letterkunde, wiskunde, sterrenkunde, botanica en geneeskunde. Vijf

jaar later, op 10 september 1535, wordt hij licentiaat in de medicijnen. Hij is dan net achttien geworden. Nog eens drie jaar later behaalt hij de titel van doctor. In 1539 huwt hij Kathelijne De Bruyn, de dochter van de man die instaat voor de oorlogsuitgaven van keizer Karel V.

In 1541 treedt hij in dienst als stadsarts van Mechelen, een functie hij tot 1574 bekleedt. De stadsartsen zijn de enigen die binnen de muren van de stad het beroep van arts mogen uitoefenen. Wanneer de stadsmagistraat hen opvoert, moeten ze meteen zorg verstrekken aan medeburgers. Een honorarium vragen, is uit den boze. De stadsartsen moeten zich tevreden stellen met wat de burgers hen vrijwillig aanbieden. Verder wordt van hen verwacht dat ze regelmatig langslopen in de ziekenhuizen van de stad. Hiervoor krijgen ze een vaste vergoeding. Voor speciale taken zoals de verzorging van patiënten met een besmettelijke ziekte, de zorg voor krankzinnigen of een lijkschouwing voorziet de stedelijke overheid in een bijkomende vergoeding.

Habsburgse hof

Om zich verder te bekwamen gaat Dodoens ondertussen ook naar het buitenland waar hij in contact komt met meerdere geleerden. Van 1542 tot 1546 verblijft hij samen met Vesalius in Basel die er in 1543 *De humani corporis fabrica libri septem* publiceert. Terug in Mechelen neemt hij het ambt van kerkmeester van de Sint-Pieterskerk op zich, een functie die hij vervult van 1558 tot 1573.

Begin oktober 1572 kent Mechelen enkele van de donkerste dagen uit zijn bestaan. Troepen van de hertog van Alva plunderen de stad gedurende drie dagen. Ook het huis van Dodoens blijft niet gespaard en de arts verliest nagenoeg zijn hele hebben en houden. Onder meer zijn bibliotheek moet eraan geloven en verdwijnt in de vlammen. De financiële perikelen die hem sindsdien achtervolgen, dragen ongetwijfeld bij tot de beslissing om in september 1574 – Dodoens is dan al 57 jaar – in te gaan op het aanbod van keizer Maximiliaan II om aan het Habsburgse hof in Wenen lijfarts van de keizer te worden. Aan het hof loopt hij enkele bekenden uit Mechelen tegen het lijf: botanicus Carolus Clusius, beeldhouwer Alexander Colijn en musicus Philippus De Monte. Zij verblijven al langer aan het Habsburgse hof.

Universiteit van Leiden

In het zog van de keizer reist Dodoens doorheen het uitgestrekte Habsburgse rijk. Hij verblijft uiteraard in Wenen, maar ook in Praag en andere delen van het rijk

in Duitsland, Hongarije, Tsjechië en Slowakije. Overal grijpt hij de gelegenheid te baat om zijn kennis van de botanica te vergroten en de lokale flora te leren kennen. Na de dood van keizer Maximiliaan II in oktober 1576 krijgt hij het aanbod van diens zoon Rudolf II om in dienst te blijven. Na een eerste toezegging keert hij twee jaar later toch terug richting Vlaanderen.

Na omzwervingen via Keulen en Mechelen vestigt Dodoens zich in 1581 in Antwerpen. Daar maakt hij kennis met Willem van Oranje en Marnix van Sint-Aldegondse. Mede dankzij hen krijgt hij in 1582 een leerstoel aangeboden aan de universiteit van Leiden die pas door Willem van Oranje werd gesticht. Dodoens gaat op het aanbod in en doceert als 65-jarige pathologie en interne geneeskunde. Amper drie jaar later overlijdt hij op 10 maart 1585 in Leiden. Daar wordt hij begraven in de Onze-Lieve-Vrouwekerk. Graf en grafzerk worden later overgebracht naar de Sint-Pieterskerk in Leiden waar ze nog steeds te bezichtigen zijn. ■

Filip Ceulemans

Cruijdeboek

Rembert Dodoens heeft heel wat belangrijke werken, die soms eeuwenlang het standaardwerk in hun domein bleven, op zijn naam staan. Hij werkte ook mee aan verschillende vertalingen van boeken van tijdgenoten. Zijn belangrijkste werk is echter zonder de minste twijfel het *Cruijdeboek* dat in 1554 werd gepubliceerd. In die tijd was het na de Bijbel het meest vertaalde boek. Het innovatieve aan het *Cruijdeboek* was dat Dodoens de planten niet langer alfabetisch rangschikte, maar wel naargelang de klasse waarin hij ze indeelde. Hij beschreef van elke plant de soorten, de groei- en bloeiwijze en de onderdelen waaruit de plant bestaat. Wat het voor buitenlandse botanici interessant maakte, is de toevoeging van de naam van de plant in verschillende andere talen naast de Latijnse term, zoals het Nederlands, Duits, Boheems, Frans, Engels, Italiaans, Spaans, Arabisch en Grieks. Hij voegde er bovendien ook nog de in de verschillende streken van het Nederlandse taalgebied gebruikte volksnamen aan toe.

F.C.

Het innovatieve aan het *Cruijdeboek* (1554) was dat Dodoens de planten niet langer alfabetisch rangschikte, maar wel naargelang de klasse.

LEIFplan gaat vlot van de hand

Op 15 juni kondigde het LevensEinde Informatie Forum, kortweg LEIF, aan dat het voortaan een LEIFplan zou verspreiden via de apotheken. De bedoeling is personen te helpen bij beslissingen rond het levenseinde en het opstellen van een wilsverklaring.

Het bundeltje omvat niet alleen een format voor de wilsverklaring, maar ook een brochure 'Wegwijs in voorafgaande zorgplanning'. Het format werd opgesteld door LEIF, met de steun van minister De Block en de Koning Boudewijnstichting. Het werd op correctheid nagelezen door de juristen van de FOD Volksgezondheid. "Er is een wildgroei aan wilsverklaringen op de markt", zei professor palliatieve zorg Wim Distelmans. "Die zijn vaak goedbedoeld maar blijken wettelijk niet in orde."

De verspreiding via de apotheken kwam er dankzij samenwerking met het Vlaams Apothekersnetwerk. "De apotheek is immers laagdrempelig, heeft een adviesfunctie en de huisapotheker is de vertrouwenspersoon van de patiënt. Dit handelt ook volledig in de geest van het Meerjarekader dat minister Maggie De Block samen met de apothekers heeft ondertekend", zo stond in het perscommuniqué te lezen. De brochure is gratis verkrijgbaar. Op 20 juni waren bijna alle exemplaren uitgedeeld. Het beschikbaar stellen van een tweede oplage zou een kwestie van een paar weken zijn.

Op de sociale media was er kritiek op de weinige aandacht die werd besteed aan de rol van een expert palliatieve zorg bij het opstellen van de wilsverklaring. Dat men een dergelijk document het best kan invullen onder begeleiding van iemand die vertrouwd is met de praktijk van de palliatieve zorg, kwam nauwelijks aan bod. Formuleringen zijn belangrijk. Mensen willen soms aangeven dat ze in bepaalde omstandigheden geen levensverlengende zorg meer willen, maar formuleren hun wensen op zodanige manier dat ook comfortzorg wordt uitgesloten. In principe behoedt het LEIF-document hiervoor, maar het is maar de vraag of dat voor iedereen voldoende ondersteuning betekent. Tijdens een korte presentatie op tv bleek dat in een gezelschap van zangers en acteurs – toch geen wereldvreemde wezens – niet iedereen behoorlijk het onderscheid maakte tussen wilsverklaring en euthanasie-aanvraag. ■

M.L.

Inschrijven voor Openpraktijkendag Domus Medica

Voor wie het nog niet wist: Domus Medica organiseert op 30 september een Openpraktijkendag met als thema de toegankelijkheid van de zorg. Belangstellenden kunnen terecht bij innovatieve, laagdrempelige praktijken om inspiratie op te doen.

De bezoekers zullen worden te woord gestaan door de stichtende artsen, maar ook door andere betrokken actoren, zoals architecten

of tolken. Niet minder dan 43 praktijken nemen deel, verspreid over heel Vlaanderen. De inschrijvingen zijn open sinds 20 mei. Inschrijven kan nog altijd via de

site van Domus Medica. Daar vindt u niet alleen een inschrijvingsformulier, maar ook algemene toelichtingen over de Openpraktijkendag en de lijst van de deelnemende praktijken. Ga naar de site van Domus Medica, onder de thumbnail 'Vorming'. ■

M.L.

DIARREE

Tasectan®

Tasectan® 250mg
Gelatinetanaat
Ontwikkeld om de symptomen van **DIARREE** te controleren en te verminderen
20 zakjes
Poeder voor gebruik bij kinderen

Tasectan® 500mg
Gelatinetanaat
Ontwikkeld om de symptomen van **DIARREE** te controleren en te verminderen
15 capsules

De snelle en natuurlijke oplossing bij diarree.

Voor het hele gezin! *

Tasectan® en je herleeft!

CE 0373 * Behalve bij zwangerschap en borstvoeding

THERABEL

Alles wat u altijd al had willen weten over uw pensioen...

...maar nooit aan minister Bacquelaine durfde te vragen. Op 13 juni bezocht minister van pensioenen Daniel Bacquelaine onze studio's in Zaventem. Hij sprak er een gemengd publiek van huisartsen en specialisten toe, om te antwoorden op hun vragen over het pensioenstelsel. De opname van deze ontmoeting kunt u bekijken op de website van *Medi-Sfeer* en *De Specialist*. Wie het allemaal nog eens rustig wil nalezen, vindt hier een samenvatting van de belangrijkste punten.

Het Zaventemse vragen uur bracht voor alle generaties wat wils. Oudere artsen waren vooral bezorgd om wat er moet gebeuren met het bedrag van het sociaal statuut, nu dat na het pensioen niet meer kan worden gebruikt voor de opbouw van het Vrij Aanvullend Pensioen voor Zelfstandigen (VAPZ). Voor de jongere collega's had minister Bacquelaine verschillende aanbevelingen in petto, die zich allemaal rond één principe schaarde: aan pensioenopbouw begin je het best vroeg.

Meteen al bleek hoe moeilijk het kan zijn om vroeg te starten. Artsen in opleiding,

Overtollig afgekochte studiejaren worden niet terugbetaald.

Afgekochte studiejaren: vinger in het oog?

Is het afkopen van studiejaren wel een goede investering? Wat als het bedrag van de pensioenen drastisch wordt teruggeschroefd of als de pensioenen verdwijnen? In Griekenland heeft men energie in de pensioenen gesnoeid... "In ieder geval zal het regulariseren van studiejaren het bedrag van het pensioen verhogen, wat ook het absolute bedrag is", zegt minister Bacquelaine. "In Griekenland is men verplicht geweest om het bedrag van de pensioenen te laten dalen, omdat het veel te hoog lag. Nu nog bedraagt het pensioen in Griekenland 800-900 euro, wat aanzienlijk is als men naar het niveau van de lonen kijkt. In België doen we ons best om de pensioenen te handhaven door de verhoging van de pensioenleeftijd. Ik wijs er terloops ook op dat een aanvullend pensioen (VAPZ of andere) voor de overheid geen voorwendsel kan zijn om het bedrag van het wettelijk pensioen te verminderen."

haio's en ASO's, hebben vanuit hun sociaal-administratief statuut immers geen toegang tot pensioenopbouw. "Zij betalen sociale bijdragen die maar een beperkt aantal aspecten van de sociale zekerheid dekken. De sociale bijdrage voor pensioenopbouw is daar niet in vervat", legt de minister uit. "Er is dus geen pensioenopbouw mogelijk tijdens de specialisatiejaren." Wel is er interministerieel overleg aan de gang om het statuut te herzien.

Afkopen, maar niet te veel

Een belangrijk gegeven, zeker voor jonge artsen, is het afkopen of regulariseren van de studiejaren. Deze ingreep heeft een impact op het bedrag van het pensioen, niet op de duur van de loopbaan. Met andere woorden, het afkopen van studiejaren leidt tot het samenstellen van een hoger pensioen, maar is geen middel om vóór de leeftijd van 65 jaar een volledig pensioen te kunnen opnemen.

Regularisatie van studiejaren is een principe dat al lang bestaat, maar in oktober van dit jaar nog zal er een nieuwe wet worden gestemd. Men zal dan tot 12 studiejaren kunnen regulariseren, maar jaren die men moest overdoen zijn uitgesloten. De voorwaarden voor afkopen zijn het gunstigst tijdens de eerste 10 jaar van de loopbaan: 1.500 euro per

Samenwonen of trouwen: twee formules voor pensioenberekening

Er zijn twee formules voor het berekenen van het pensioen van samenwonende of getrouwde koppels. Ofwel krijgt ieder zijn pensioen, berekend als alleenstaande. Ofwel verhoogt men het pensioen van de partner die het gunstigste bedrag heeft tot het 'gezinsbedrag' (pensioen berekend als alleenstaande x 1,25). In dat geval wordt het pensioen van de andere partner opgeschort. Men opteert voor de formule die financieel het voordeligst is voor het koppel.

afgekocht jaar, volledig aftrekbaar van de belastingen. Dit levert een gemiddeld jaarlijks pensioenvoordeel van 266 euro per afgekocht jaar op. Het afkopen van 12 studiejaren betekent een verhoging van het pensioen met ongeveer 3.000 euro per jaar. In de huidige wetgeving vervalt het recht op afkopen als er een of meerdere onderbrekingen geweest zijn in de sociale bijdragen. Ook die beperking verdwijnt met de nieuwe wet. Terloops mag nog gezegd dat de nieuwe wet iedereen op gelijke voet plaatst. Tot nog toe telden de studiejaren gratis mee voor het pensioen van ambtenaren, terwijl bedienden en zelfstandigen ze moesten afkopen. Die discriminatie wordt opgeheven.

"Men moet er wel voor uitkijken dat men niet te veel jaren afkoopt", waarschuwt Daniel Bacquelaine. "Als een arts op 30-jarige leeftijd begint te werken en op 70 jaar beoogt te stoppen, moet hij maar 5 jaar afkopen." Het maximale pensioenbedrag wordt immers bereikt na wat de wetgever beschouwt als een volledige loopbaan, namelijk 45 jaar. Overtollig afgekochte studiejaren worden niet terugbetaald. Daarin schuilt de moeilijkheid: men kan als jonge starter moeilijk voorspellen hoe lang men zal werken. De mogelijkheid bestaat wel om in twee fasen af te kopen, met dien verstande dat de ingreep na de eerste 10 jaar van de loopbaan gestadig duurder wordt.

Dr. Michèle Langendries



Daniel Bacquelaine:
"In Griekenland is men verplicht geweest om het bedrag van de pensioenen te laten dalen, omdat het veel te hoog lag."



Wat met het bedrag 'sociaal statuut' na het pensioen?

"Ik ben nooit een voorstander geweest van de conventie en ben als huisarts nooit tot een conventie toegetreden. Maar dat is een persoonlijk standpunt."

Enkele jaren geleden bood Daniel Bacquelaine artsen de mogelijkheid hun pensioen op te nemen en toch onbeperkt bij te verdienen. Voordien werd er een beperking opgelegd aan de bedragen die men mocht bijverdienen als men geen loopbaan van 42 jaar achter de rug had. Die beperking werd geschrapt. Prettig nieuws voor een aantal artsen. Maar de zaak kreeg een minder geruststellend staartje.

Momenteel is het niet duidelijk of de alternatieve oplossingen dezelfde fiscale voordelen zullen opleveren als het VAPZ.

Doorn in het oog is een tweede wet, die op 1 januari 2016 van kracht werd. Wat is precies de situatie? Artsen die vóór 1 januari 2016 hun wettelijk pensioen opgenomen hebben, maar blijven werken en geconventioneerd zijn, kunnen het bedrag van het sociaal statuut gebruiken voor de opbouw van een Vrij Aanvullend Pensioen voor Zelfstandigen (VAPZ). De wet van 1 januari 2016 voorziet in een nieuw reglement. Wie na 1 januari 2016 met pensioen gaat of gegaan is, kan het bedrag van het sociaal statuut niet meer gebruiken voor de opbouw van een VAPZ. Dit kadert in het algemene principe dat er geen pensioenopbouw meer mogelijk is zodra men zijn wettelijk pensioen opgenomen heeft. De aanvullende pensioenovereenkomst moet dus vereffend worden op het ogenblik dat men zijn wettelijk pensioen opneemt. De ministers Bacquelaine en De Block werken samen aan een reglement waardoor het bedrag van het sociaal statuut op een andere manier zou kunnen worden gebruikt. Het zou bijvoorbeeld kunnen worden aangewend als premie voor een ander type verzekering, dat niet valt onder het statuut van aanvullend pensioen. Een zorgverzekering is een mogelijk voorbeeld. Daniel Bacquelaine belooft concrete oplossingen vóór het einde van het jaar. Momenteel kan hij niet zeggen of de alternatieve oplossingen dezelfde fiscale voordelen zullen opleveren als het VAPZ, namelijk 100% aftrekbaarheid bij aangifte van het inkomen.

Fake news

In de Franstalige krant *L'Echo* werd laatstleden gezegd dat de overheid verzekeren zou verplichten het VAPZ op te nemen onder de vorm van een rente en niet van kapitaal. "Dat is fake news", zegt minister Bacquelaine. "Duidelijk is wel dat het opnemen van het VAPZ onder de vorm van een rente fiscaal onvoordelig is, zeker voor mensen die lang leven. Mogelijk zullen we de fiscaliteit van de rente

Deeltijds pensioen in het vooruitzicht

Bij het gehoor van het Zaventemse vragen uur rijst de vraag of het bedrag van het pensioen toeneemt als men na zijn pensioen blijft verder werken. Minister Bacquelaine benadrukt het nog eens: "Als men zijn pensioen opneemt, ligt het bedrag ervan definitief vast. Met andere woorden: er is dan geen pensioenopbouw meer mogelijk." Gepensioneerden betalen immers sociale bijdragen waarin geen pensioenbijdrage vervat zit. De sociale bijdrage betreft nog zuiver de ziekteverzekering. Het bedrag ervan is dan ook lager dan bij niet-gepensioneerden. Er is momenteel een systeem voor deeltijds pensioen in voorbereiding. Men zou dan bijvoorbeeld halftijds met pensioen kunnen gaan, en halftijds blijven werken. Dat betekent ook dat men deeltijds, respectievelijk halftijds pensioen zou kunnen opbouwen.

dus aanpassen, om die formule aantrekkelijker en toegankelijker te maken. Het opnemen van kapitaal is immers eenmalig. Wie lang leeft en wat kwistig met zijn kapitaal omspringt, kan het volledig uitputten. Zeker omdat men tegenwoordig weinig interesten krijgt op de bank."

Iedereen een VAPZ, en binnenkort meer

In het woelige debat rond deze kwestie wijst Daniel Bacquelaine erop dat ook niet-geconventioneerde artsen het best een VAPZ opbouwen, omdat het wettelijke pensioen voor zelfstandigen vrij karig is. Daarnaast werkt de overheid aan het opzetten van een systeem met een 'klassiek' aanvullend pensioen, bovenop het VAPZ, voor wie werkt onder het statuut van natuurlijke personen. De reden hiervoor is dat de bijdragen voor het VAPZ geplafonneerd zijn. De fiscale voordelen zullen hier dezelfde zijn als die van de tweede pijler voor bedienden. ■

M.L.

Zijn geconventioneerde artsen de klos?

Daniel Bacquelaine meldt dat er weinig verschil zit op het bedrag van het pensioen tussen geconventioneerde en niet-geconventioneerde artsen. Na een loopbaan van 45 jaar zal een arts een pensioen hebben dat schommelt tussen 1.200 en 1.400 euro netto per maand. Voor een arts in loondienst bedraagt het pensioen maximaal 1.690 euro netto. "De echte discriminatie schuilt in het feit dat geconventioneerde artsen een jaarlijks bedrag 'sociaal statuut' krijgen, in tegenstelling tot de niet-geconventioneerde artsen. Ik ben nooit een voorstander geweest van de conventie en ben als huisarts nooit tot een conventie toegetreden. Maar dat is een persoonlijk standpunt."





Publieksprijs vanaf 1/1/2017			
25mg	100 caps	B/Af [‡]	16,15€
75mg	14 caps	D	19,33€
	56 caps	B/Af [‡]	20,86€
	200 caps	B/Af [‡]	50,13€
150mg	14 caps	D	32,12€
	56 caps [#]	B/Af [‡]	21,68€
	200 caps	B/Af [‡]	86,78€
300mg	14 caps	D	45,37€
	56 caps [#]	B/Af [‡]	44,53€
	200 caps	B/Af [‡]	125,41€

alignering effectief maart 2017. ‡ Af in geval van epilepsie (remgeld gelijk aan 0 € voor geneesmiddelen in Af)

Ook in grote verpakking

LYRICA® 75mg x 200

Vind het volledige programma
op PfizerPro
www.pfizerpro.be



Voor informatie met betrekking tot de veiligheid van ons product, gelieve de bijgevoegde bijsluiter te raadplegen.

1. NAAM VAN HET GENEESMIDDEL. Lyrica 25mg, 75 mg, 150mg en 300mg, harde capsules. **2. KWALITATIEVE EN KWANTITATIEVE SAMENSTELLING.** Elke harde capsule bevat respectievelijk 25mg, 75 mg, 150mg en 300mg pregabaline. *Hulpstoffen met bekend effect:* Elke harde capsule van 25mg bevat 35mg lactosemonohydraat, een capsule van 75mg bevat ook 8,25 mg lactosemonohydraat. Elke harde capsule van 150mg bevat ook 16,50 mg lactosemonohydraat. Elke harde capsule van 300mg bevat ook 33 mg lactosemonohydraat. Voor de volledige lijst van hulpstoffen, zie rubriek 6.1. **3. FARMACEUTISCHE VORM** Harde capsules. 25mg: wit-oranje, met opdruk "Pfizer" op het bovenste deel en "PGN 25" op het onderste deel van de capsule in zwarte inkt. 75mg: wit-oranje, met opdruk "Pfizer" op het bovenste deel en "PGN 75" op het onderste deel van de capsule in zwarte inkt. 150mg: wit, met opdruk "Pfizer" op het bovenste deel en "PGN 150" op het onderste deel van de capsule in zwarte inkt. 300mg: wit-oranje, met opdruk "Pfizer" op het bovenste deel en "PGN 300" op het onderste deel van de capsule in zwarte inkt. **4.1 Therapeutische indicaties.** *Neuropathische pijn.* Lyrica is geïndiceerd voor de behandeling van perifere en centrale neuropathische pijn bij volwassenen. *Epilepsie.* Lyrica is geïndiceerd als adjuvante therapie bij volwassenen met partiële epilepsie met of zonder secundaire gegeneraliseerde aanvallen. *Gegeneraliseerde angststoornis.* Lyrica is geïndiceerd voor de behandeling van gegeneraliseerde angststoornis (GAD) bij volwassenen. **4.2 Dosering en wijze van toediening.** *Dosering.* Het doseringsgebied is 150 tot 600 mg per dag, te verdelen over twee of drie gelijke giften. *Neuropathische pijn.* De behandeling met pregabaline kan geïnitieerd worden met een dosering van 150 mg per dag verdeeld over twee of drie doses. Afhankelijk van de individuele reactie en tolerantie van de patiënt, kan de dosis na een periode van 3 tot 7 dagen worden verhoogd tot 300 mg per dag, en indien nodig, worden verhoogd na een extra periode van 7 dagen tot een maximale dosis van 600 mg per dag. *Epilepsie.* De behandeling met pregabaline kan worden geïnitieerd met een dosering van 150 mg per dag verdeeld over twee of drie doses. Afhankelijk van de individuele reactie en tolerantie van de patiënt, kan de dosis na 1 week worden verhoogd tot 300 mg per dag. Na een extra week kan de maximale dosis van 600 mg per dag worden bereikt. *Gegeneraliseerde angststoornis.* Het doseringsgebied is 150 tot 600 mg per dag, te verdelen over twee of drie gelijke giften. De noodzaak om te behandelen dient regelmatig opnieuw geëvalueerd te worden. De pregabalinebehandeling kan geïnitieerd worden met een dosering van 150 mg per dag. Afhankelijk van de individuele reactie en tolerantie van de patiënt, kan de dosis na 1 week verhoogd worden tot 300 mg per dag. Na een extra week kan de dosis verhoogd worden tot 450 mg per dag. De maximale dosis van 600 mg per dag kan na nog een extra week worden bereikt. *Stopzetten van de pregabalinebehandeling.* Indien de behandeling met pregabaline stopgezet dient te worden, is het volgens het huidige klinische gebruik aanbevolen dit geleidelijk te doen over een periode van minstens 1 week, onafhankelijk van de indicatie (zie rubrieken 4.4 en 4.8). *Nierfunctiestoornis.* Pregabaline wordt hoofdzakelijk uit de systemische circulatie geëlimineerd door renale excretie als onveranderde stof. Aangezien de pregabalineklaring recht evenredig is met de creatinineklaring (zie rubriek 5.2), dient de dosisreductie bij patiënten met een nierfunctiestoornis op individuele basis te worden bepaald overeenkomstig de creatinineklaring (CL_{cr}), zoals aangegeven in tabel 1, waarbij de volgende formule wordt gebruikt: $CL_{cr} (ml/min) = [1.23 \times (140 - leeftijd [jaren]) \times gewicht (kg) / serumcreatinine (\mu mol/l)] \times (0.85 \text{ voor vrouwen})$. Pregabaline wordt effectief verwijderd uit het plasma door hemodialyse (50% van de stof in 4 uur). Bij hemodialysepatiënten dient de dagelijkse dosering pregabaline aangepast te worden op basis van de nierfunctie. Naast de dagelijkse dosering, dient een aanvullende dosis te worden gegeven onmiddellijk na elke 4 uur durende hemodialysebehandeling (zie tabel 1). Tabel 1: Pregabaline dosisaanpassingen op basis van de nierfunctie.

Creatinine-klaring (CL _{cr}) (ml/min)	Totale dagdosering pregabaline *		Doseringsschema
	Startdosering (mg/dag)	Maximale dosering (mg/dag)	
≥ 60	150	600	BID of TID
≥ 30 - < 60	75	300	BID of TID
≥ 15 - < 30	25 – 50	150	Eenmaal daags of BID
< 15	25	75	Eenmaal daags
Aanvullende dosis na hemodialyse (mg)			
	25	100	Enkelvoudige dosis*

TID = drie aparte doses, BID = twee aparte doses, * de totale dagelijkse dosering (mg/dag) dient te worden verdeeld zoals aangegeven bij het doseringsschema om het aantal mg per inname te verkrijgen, + de aanvullende dosis is een enkelvoudige supplementaire dosis. *Leverfunctiestoornis* Bij patiënten met leverfunctiestoornis is geen dosisaanpassing noodzakelijk (zie rubriek 5.2). *Pediatrische patiënten* De veiligheid en werkzaamheid van Lyrica bij kinderen jonger dan 12 jaar en adolescenten (12 tot 17 jaar) zijn niet vastgesteld. De momenteel beschikbare gegevens worden beschreven in rubriek 4.8, 5.1 en 5.2, maar er kan geen doseringsadvies worden gedaan. *Oudere patiënten* Bij oudere patiënten kan een dosisreductie van pregabaline nodig zijn door een verminderde nierfunctie (rubriek 5.2). *Wijze van toediening.* Lyrica kan met of zonder voedsel worden ingenomen. Lyrica is alleen voor oraal gebruik. **4.3 Contra-indicaties.** Overgevoeligheid voor de werkzame stof of voor (een van) de in rubriek 6.1 vermelde hulpstoffen. **4.8 Bijwerkingen.** In het klinisch onderzoeksprogramma van pregabaline waren meer dan 8900 aan pregabaline blootgestelde patiënten geïncludeerd, waarvan meer dan 5600 patiënten in dubbelblinde, placebo gecontroleerde studies. De vaakst gemelde bijwerkingen waren duizeligheid en slaperigheid. De bijwerkingen waren meestal mild tot matig in intensiteit. In alle gecontroleerde studies was de discontinueringgraad door bijwerkingen 12% bij patiënten die pregabaline kregen en 5% bij patiënten die placebo kregen. De meest voorkomende bijwerkingen die resulteerden in stopzetting van de pregabalinebehandeling waren duizeligheid en slaperigheid.

In tabel 2 hieronder staan alle bijwerkingen die optraden met een incidentie groter dan die van placebo en bij meer dan één patiënt, onderverdeeld per klasse en frequentie (zeer vaak (≥ 1/10); vaak (≥ 1/100 tot < 1/10); soms (≥ 1/1.000 tot < 1/100); zelden (≥ 1/10.000 tot < 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. De opgesomde bijwerkingen kunnen ook verband houden met het onderliggende ziektebeeld en/of gelijktijdig toegediende geneesmiddelen. Tijdens de behandeling van centrale neuropathische pijn veroorzaakt door letsel van het ruggenmerg was de incidentie van bijwerkingen in het algemeen, CZS-gerelateerde bijwerkingen en in het bijzonder slaperigheid verhoogd (zie rubriek 4.4). Additionele bijwerkingen die vanuit post-marketing ervaring gemeld zijn, worden in de onderstaande lijst cursief vermeld. **Tabel 2. Bijwerkingen van pregabaline. Infecties en parasitaire aandoeningen.** Vaak: nasofaryngitis. **Bloed- en lymfestelselaandoeningen.** Soms: neutropenie. **Immuunsysteemaandoeningen.** Soms: overgevoeligheid. Zelden: angio-oedeem, allergische reactie. **Voedings- en stofwisselingsstoornissen.** Vaak: toegenomen eetlust. Soms: anorexia, hypoglykemie. **Psychische stoornissen.** Vaak: euforie, verwarring, geïrriteerdheid, desoriëntatie, slapeloosheid, afgenomen libido. Soms: hallucinaties, paniekaanvallen, rusteloosheid, agitatie, depressie, teneergeslagenheid, verhoogde stemming, agressie, stemmingsschommelingen, depersonalisatie, moeilijk op woorden kunnen komen, abnormale dromen, toegenomen libido, anorgasmie, apathie. Zelden: disinhibitie. **Zenuwstelselaandoeningen.** Zeer vaak: duizeligheid, slaperigheid, hoofdpijn. Vaak: ataxie, abnormale coördinatie, tremor, dysartrie, amnesie, geheugenstoornis, concentratiestoornis, paresthesie, hyposthesie, sedatie, evenwichtsstoornis, lethargie. Soms: syncope, stupor, myoclonus, *verlies van bewustzijn*, psychomotorische hyperactiviteit, dyskinesie, posturale duizeligheid, intentie-tremor, nystagmus, cognitieve functiestoornis, *geestelijke stoornis*, spraakstoornis, hyporeflexie, hyperesthesie, brandend gevoel, ageusie, *malaise*. Zelden: *toevallen*, parosmie, hypokinesie, dysgrafie. **Oogaandoeningen.** Vaak: wazig zien, diplopie. Soms: perifeer gezichtsverlies, abnormaal zien, oogzwellingen, gezichtsvelddefecten, verminderde gezichtsscherpte, oogpijn, asthenopie, fotopsie, droge ogen, verhoogde traanvorming, oogirritatie. Zelden: *verlies van het gezichtsvermogen*, keratitis, oscillopsie, afwijkende visuele diepteperceptie, mydriasis, strabisme, visuele helderheid. **Evenwichtsorgaan- en ooraandoeningen.** Vaak: vertigo. Soms: hyperacusis. **Hartaandoeningen.** Soms: tachycardie, eerstegraads atrioventriculair blok, sinusbradycardie, *congestief hartfalen*. Zelden: *QT-verlenging*, sinus tachycardie, sinus-arritmie. **Bloedvataandoeningen.** Soms: hypotensie, hypertensie, opvliegers, blozen, perifere kou. **Ademhalingsstelsel-, borstkas- en mediastinum-aandoeningen.** Soms: dyspnoe, epistaxis, hoesten, verstopte neus, rhinitis, snurken. droge neus. Zelden: *longoedeem*, toegeknepen keel. **Maagdarmsstelselaandoeningen.** Vaak: braken, *misselijkheid* constipatie, *diarree*, flatulentie, abdominale distensie, droge mond. Soms: gastro-oesofagale refluxaandoening, toegenomen speekselproductie, orale hypoesthesie. Zelden: ascites, pancreatitis, *gezwollen tong*, dysfagie. **Huid- en onderhuidaandoeningen.** Soms: papuleuze huiduitslag, urticaria, hyperhidrose, *jeuk*. Zelden: *syndroom van Stevens-Johnson*, angstzweet. **Skeletspierstelsel- en bindweefsel-aandoeningen.** Vaak: spierkramp, artralgie, rugpijn, pijn in ledematen, cervicaal spasme. Soms: zwelling van gewrichten, myalgie, spiercontracties, nekpijn, spierstijfheid. Zelden: rabdomyolyse. **Nier- en urinewegaandoeningen.** Soms: urine-incontinentie, dysurie. Zelden: nierfalen, oligurie, *urineretentie*. **Voortplantingsstelsel- en borstaandoeningen.** Vaak: erectiele disfunctie. Soms: seksuele disfunctie, vertraagde ejaculatie, dysmenorroe, pijn in de borst. Zelden: amenorroe, galactorroe, groter worden van de borsten, *gynaecomastie*. **Algemene aandoeningen en toedieningsplaatsstoornissen.** Vaak: perifeer oedeem, oedeem, abnormale gang, vallen, een dronken gevoel hebben, zich abnormaal voelen, vermoeidheid. Soms: gegeneraliseerd oedeem, *gezichtsoedeem*, beklemd gevoel op de borst, pijn, koorts, dorst, koude rillingen, asthenie. **Onderzoeken.** Vaak: Gewichtstoename. Soms: verhoogd creatinine fosfokinase in het bloed, verhoogd alanine aminotransferase, verhoogd aspartaat aminotransferase, verhoogd glucose in het bloed, afname van het aantal bloedplaatjes, verhoogd creatinine in het bloed, verlaagd kalium in het bloed, gewichtsafname. Zelden: afname van het aantal witte bloedcellen. Na stopzetting van korte- en langetermijnbehandelingen met pregabaline zijn abstinentieverschijnselen waargenomen bij sommige patiënten. De volgende bijwerkingen zijn gemeld: slapeloosheid, hoofdpijn, misselijkheid, angst, diarree, griepsyndroom, convulsies, zenuwachtigheid, depressie, pijn, hyperhidrose en duizeligheid, wat mogelijk doet denken aan fysieke afhankelijkheid. De patiënt dient hiervan op de hoogte gebracht te worden bij het begin van de behandeling. Er zijn gegevens die doen vermoeden dat de incidentie en ernst van de abstinentieverschijnselen na het staken van een langdurige behandeling met pregabaline, dosisgerelateerd kunnen zijn. *Pediatrische patiënten* Het veiligheidsprofiel van pregabaline in twee onderzoeken met kinderen (onderzoek naar farmacokinetiek en verdraagbaarheid, n=65; 1-jarig open-label vervolgonderzoek naar veiligheid, n=54) was vergelijkbaar met het profiel in de onderzoeken met volwassenen (zie rubriek 4.2, 5.1 en 5.2). *Melding van vermoedelijke bijwerkingen.* Het is belangrijk om na toelating van het geneesmiddel vermoedelijke bijwerkingen te melden. Op deze wijze kan de verhouding tussen voordelen en risico's van het geneesmiddel voortdurend worden gevolgd. Beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg wordt verzocht alle vermoedelijke bijwerkingen te melden via het nationale meldsysteem zoals vermeld in aanhangsel V. **7. HOUDER VAN DE VERGUNNING VOOR HET IN DE HANDEL BRENGEN.** Pfizer Limited, Ramsgate Road, Sandwich, Kent, CT13 9NJ, Verenigd Koninkrijk. **8. NUMMER(S) VAN DE VERGUNNING VOOR HET IN DE HANDEL BRENGEN.** EU/1/04/279/001-005, EU/1/04/279/026, EU/1/04/279/036, EU/1/04/279/011-013, EU/1/04/279/027, EU/1/04/279/030, EU/1/04/279/038, EU/1/04/279/045 **9. DATUM VAN EERSTE VERLENGING VAN DE VERGUNNING/VERLENGING VAN DE VERGUNNING.** Datum van eerste verlening van de vergunning: 06 juli 2004, Datum van laatste verlenging: 06 juli 2009. **10. DATUM VAN HERZIENING VAN DE TEKST: 03/2017. Geneesmiddel op voorschrift.** Gedetailleerde informatie over dit geneesmiddel is beschikbaar op de website van het Europees Geneesmiddelenbureau (<http://www.ema.europa.eu/>).



Bij de “goedkoopsten”
Alle redenen om trouw te blijven aan het origineel!



Geneesmiddelen werken niet als patiënten ze niet innemen (1)

Slechte therapietrouw is een universeel probleem, ook bij de behandeling van chronische pijn. Dat resulteert uiteraard in een minder goede controle van de pijn. En dat is jammer gezien de bewezen werkzaamheid van de huidige geneesmiddelen.

Structurele GABA-analogen zoals pregabaline vormen een eerstelijns therapie bij een pijnlijke neuropathie (2). Ze veroorzaken weinig bijwerkingen en er treden relatief weinig medicamenteuze interacties op.

Bij de meeste patiënten met diabetische neuropathie verminderen die geneesmiddelen de pijn met 30-50% (3, 4), met daardoor een klinisch betekenisvolle verbetering van de slaap, het functioneren, de gemoedsstemming en de levenskwaliteit.

Een systematische review (5) heeft geconcludeerd dat een slechte therapietrouw een groot probleem is bij patiënten met chronische, niet door kanker veroorzaakte pijn. De prevalentie van slechte therapietrouw bedraagt volgens de studies 7,7% tot 52,9%. De review wees ook uit dat onderbehandeling een veel groter probleem is dan overbehandeling (29,9% vs. 13,7%). Je zou veronderstellen dat het vooruitzicht van minder pijn de patiënten motiveert, maar dat is dus niet zo. Het feit dat dat geen invloed heeft op de prognose, blijkt de therapietrouw onderuit te halen. Wat neuropathische pijn bij een diabetespatiënt betreft blijkt een slechte therapietrouw ten aanzien van pijnstillers overigens significant te correleren met een slechte therapietrouw ten aanzien van orale antidiabetica (6).

Behandelingsschema vereenvoudigen

Je moet proberen het behandelingsschema te vereenvoudigen: het aantal pillen dat de patiënten dagelijks moeten innemen verlagen, minder eisen stellen bij de inname (bv. bij het slapengaan, bij de maaltijden...). Idealiter zou de patiënt alle geneesmiddelen op hetzelfde moment moeten kunnen innemen. Het is overigens bekend dat de therapietrouw beter is als de geneesmiddelen worden ingenomen bij een dagelijkse activiteit zoals het tandenpoetsen of een maaltijd. Er bestaan ook apps met een herinneringsalarm om de therapietrouw te verbeteren (7).

Nuttige informatie en kennis overbrengen

De informatie over de geneesmiddelen moet helder en beknopt zijn en moet worden aangepast aan het bevattingvermogen van de patiënt. Betrokkenheid van de familie, toegang tot betrouwbare websites en concrete adviezen over de kosten van de geneesmiddelen zijn nuttig.

Misvattingen en foutieve gedragingen opsporen en corrigeren

Nuttige technieken daartoe zijn: blijk geven van empathie ("het is normaal dat u zich zorgen maakt over de bijwerkingen"), wijzen op ongerijmdheden ("u maakt zich zorgen over uw gezondheid. Als u uw geneesmiddelen niet inneemt, welk effect heeft dat dan volgens u op uw gezondheid?"), weerstanden overwinnen ("ik begrijp wel dat u nog andere dingen aan uw hoofd hebt, naast geneesmiddelen innemen") en de geleverde inspanningen loven ("Ik zie ook wel dat u inspanningen hebt gedaan om een gewoonte te maken van het innemen van geneesmiddelen").

Duidelijk communiceren, een vertrouwensrelatie opbouwen

Actief luisteren (gecentreerd zijn op de patiënt, hem via tekenen tonen dat je hem begrijpt), oogcontact, op je eigen lichaamstaal letten (voor een patiënt gaan zitten, niet de armen kruisen, niet de handen in de zakken steken) en op die van de patiënt (en op wat die lichaamstaal betekent) zorgen voor een betere communicatie.

Vooroordelen opsporen en uit de wereld werken

Aantonen hoe een geringe medische kennis ('medische geletterdheid') invloed kan hebben op de gezondheid, informatie inwinnen over de houding, de overtuiging en culturele normen met betrekking tot geneesmiddelen en de communicatie dienovereenkomstig aanpassen.



Strategieën om de therapietrouw te verbeteren

- Het behandelingsschema vereenvoudigen
- Nuttige informatie en kennis overbrengen
- Misvattingen en foutieve gedragingen opsporen en corrigeren
- Vooroordelen uit de wereld werken
- De therapietrouw van de patiënten evalueren

Naar Atreja A, et al. Medacapt Gen Med 2005;7:4.

Therapietrouw van de patiënten evalueren: een strategie in 4 fasen

1. Open vragen stellen over de inname van de medicatie
2. Vermelden dat slechte therapietrouw een frequent probleem is en de patiënt niet meteen veroordelen
3. Expliciet uitleggen welke weerslag een slechte therapietrouw heeft op het nemen van een medische beslissing
4. Pas nadat u zo het terrein hebt voorbereid, mag u vragen of de patiënt niet af en toe vergeet zijn geneesmiddelen in te nemen

Referenties

1. "Drugs don't work in patients who don't take them." former US Surgeon General C. Everett Koop
2. Attal N, et al. European Journal of Neurology 2010 doi:10.1111/j.1468-1331.2010.02999.x
3. Argoff CE, et al. Mayo Clin Proc 2006;81(Suppl 4):S3-S11
4. Lindsay TJ, et al. Am Fam Physician 2010;82:151-8.
5. Broekmans S, et al. Eur J of Pain 2009;13:115-23.
6. Oladapo AO, et al. Clin Ther 2012;34:605-13.
7. van Dulmen S, et al. BMC Health Serv Res 2008;8:47.

■ REIS- EN IMPORTZIEKTEN ■

Het vooruitzicht van een reis naar verre landen brengt een aantal vragen over gezondheid met zich mee, zeker wanneer het om een avontuurlijke reis gaat. Welke vaccinaties heb ik nodig? Moet ik aan malaria denken? Over welke parasieten moet ik me zorgen maken? Dr. Charlotte Martin (dienst Besmettelijke ziekten, UMC Sint-Pieter, Brussel) vertelt wat u moet doen om volop te kunnen genieten van uw reis naar verre oorden.

Veilig naar de tropen



Dr. Charlotte Martin
(dienst Besmettelijke ziekten,
UMC Sint-Pieter, Brussel)

Geen last minute!

"Een reis naar de (sub)tropen begint u het best 1 maand voor uw vertrek voor te bereiden", adviseert Charlotte Martin. "De meeste vaccinatieschema's bieden pas na 2 weken voldoende bescherming en er zijn meerdere injecties nodig. We kunnen ons schema wel enigszins aanpassen voor reizigers die niet zo vooruitziend zijn, maar de strategie is in dit geval verre van optimaal."

Welke vaccins?

De eerste stap is om de basisvaccinatie te controleren: tetanus, mazelen, polio... Voor mazelen zijn er twee injecties nodig: de eerste op de leeftijd van 1 jaar, de tweede rond 11-12 jaar. De infectie steekt opnieuw de kop op in België, maar komt ook veelvuldig voor in tropische landen. De injectie op 1 jaar is doorgaans goed gedocumenteerd omdat ze wordt vermeld in het vaccinatieboekje voor zuigelingen. Gegevens over de tweede injectie zijn echter vaak onvolledig. De regelmatige bezoeken aan de kinderarts zijn meestal een verre herinnering en in de scholen wordt de vaccinatie niet systematisch toegediend. De tweede dosis is nochtans belangrijk omdat één dosis niet volstaat: de eerste injectie biedt wel immuniteit, maar die neigt na een tijd te verdwijnen. Bij twijfel kan een bloedafname nuttig zijn... of een acute injectie van een herhalingsdosis. Die vormt een echte booster voor de immuniteit van de reiziger. Het vaccin tegen mazelen is doeltreffend en wordt goed verdragen, met als enige nadeel dat het immuunsysteem enigszins wordt verzwakt.

Polio

Charlotte Martin: *"U weet waarschijnlijk wel dat de inenting tegen polio verplicht is in ons land. Een herhaling op volwassen leeftijd is aangeraden als u naar Afrika reist, zeker naar West-Afrikaanse landen zoals Nigeria. Ook Laos, Pakistan, Afghanistan en het noorden van India zijn een risico. In Pakistan en Afghanistan moet u een document voorleggen waaruit blijkt dat u het afgelopen jaar een herhalingsvaccinatie tegen polio hebt gekregen."*

De website van het Instituut voor Tropische Geneeskunde in Antwerpen geeft een goed overzicht van de vereiste of aanbevolen vaccins voor verschillende bestemmingen (www.itg.be). De informatie is zeer gedetailleerd. Ze vermelden de belangrijkste risicogebieden in de verschillende landen, geven een overzicht van voorkomende pathologieën wereldwijd, geven aan hoe u zich moet beschermen...

Gele koorts in Rio

Het vaccin tegen gele koorts is verplicht voor een aantal landen in Sub-Sahara-Afrika en Zuid-Amerika. Enkele maanden geleden zagen we een grote uitbraak in Brazilië, in gebieden waar voordien geen gele koorts voorkwam en vaccinatie dus ook niet nodig was. Tegenwoordig wordt ze daarom aanbevolen, zelfs aan reizigers die niet naar stedelijke gebieden zoals Rio of São Paulo gaan.

De vaccinatie tegen gele koorts is eenmalig en moet dus niet om de 10 jaar worden herhaald, tenzij de eerste injectie werd uitgevoerd onder bijzondere

omstandigheden: immunosuppressie, zwangerschap, vaccinatie voor de leeftijd van 1 jaar...

Op weg naar Mekka

Naast de vaccinatie tegen gele koorts, die in heel wat landen voorkomt en tegen polio voor Pakistan of Afghanistan, is er nog een derde verplichte inenting. Ze geldt voor pelgrims die de bedevaart naar Mekka in Saoedi-Arabië (de *hadj*) of andere, kleinere bedevaarten ondernemen. De Saoedische gezondheidsautoriteiten vragen een vaccinatie tegen meningokokken. De inenting moet de afgelopen 8 jaar zijn uitgevoerd. Voor de immuniteit wordt ze bij voorkeur na 5 jaar herhaald.

Veiligheidsgordel

Ook bij een reis naar de zogenaamde meningitisgordel, die zich uitstrekt van Senegal in het westen tot Ethiopië in het oosten van Afrika, is een vaccinatie tegen meningokokken aangeraden. Dat is zeker het geval als u voor meerdere weken vertrekt of in nauw contact komt met de lokale bevolking.

Een vaccinatie tegen hepatitis A wordt aanbevolen voor alle tropische en subtropische landen, waar er uitbraken in 5 sterrenhotels zijn geweest. Kinderen met hepatitis A vertonen meestal weinig symptomen, maar zijn wel besmettelijk. Vanaf de leeftijd van 40 jaar zijn de symptomen veel meer uitgesproken en kunnen ze leiden tot complicaties. Voor reizigers naar India is een vaccinatie tegen buiktyfus dan weer sterk aanbevolen.



En hondsdolheid?

Een beet van een zoogdier moet altijd worden gereinigd met water en een reinigingsmiddel waarvoor het rabiësvirus gevoelig is. Daarna moet het slachtoffer zo snel mogelijk naar een vaccinatiecentrum om 5 doses van het vaccin en een seruminjectie in de wond te krijgen. *"In heel wat exotische landen, zeker in de afgelegen gebieden, is er geen serum beschikbaar. Het is daarom verstandig om zich voor het vertrek te laten vaccineren. Wanneer u wordt gebeten, moet u nog twee in plaats van vijf injecties krijgen. Een seruminjectie hoeft niet meer"*, legt Charlotte Martin uit.

Een preventieve basisvaccinatie bestaat uit 3 injecties in 1 maand tijd. De vaccinatie is eenmalig en beschermt levenslang.

Wat doen we tegen malaria?

De afgelopen 10 tot 15 jaar daalde de prevalentie van malaria wereldwijd. Publieke en private organisaties voerden hun inspanningen om de ziekte te bestrijden op: strategieën voor massale preventie, ontwikkeling van afdoende teststrips voor een snelle diagnose, vroegtijdige behandeling waar nodig... Daarnaast werd er ook farmacologische vooruitgang geboekt met de derivaten van artemisinine. Deze middelen zorgen voor een drastische afname van de concentratie van parasieten in het bloed, wat meestal leidt tot genezing. Daarnaast wordt de overdracht van de parasiet door de mug radicaal afgeremd. Ik herhaal nog even dat die mug in eerste instantie wordt geïnfecteerd wanneer ze een met malaria besmette mens steekt.

Sub-Sahara-Afrika blijft jammer genoeg een broeihaard van malaria, een ziekte die in een aantal Zuid-Amerikaanse en Aziatische landen bijna verdwenen is. Preventieve maatregelen blijven belangrijk voor reizigers naar die regio en risicogebieden in andere continenten: slapen onder een muskietennet, zich beschermen wanneer de nacht valt, lange mouwen dragen, zich insmeren met insectenwerende middelen... en een preventieve behandeling. Voor de laatste optie bestaan er drie middelen: mefloquine, atovaquon-proguanil en doxycycline. Ze hebben elk hun voordelen en nadelen; de keuze moet worden besproken met de patiënt. Tot slot moeten reizigers die vaak in risicogebieden verblijven zo snel mogelijk naar de arts wanneer ze na hun terugkeer koorts krijgen. *"Het zou jammer zijn om geen gebruik te maken van de bestaande medische hulpmiddelen. Wanneer ze vroegtijdig worden toegediend, zijn ze immers bijzonder doeltreffend. Een te late behandeling zet de deur naar ernstige complicaties open"*, aldus Charlotte Martin.

Zika en bilharzia

Om zich te beschermen tegen besmetting met het zikavirus moet u ervoor zorgen dat u niet wordt gestoken door de tijgermug, die vooral overdag actief is. Er bestaat geen preventieve of curatieve geneesmiddelenbehandeling tegen zika. De WHO raadt zwangere vrouwen af om naar risicogebieden te reizen. De informatie en voorzorgsmaatregelen zijn belangrijk voor alle vrouwen in de vruchtbare leeftijd, zeker als ze nog zwanger willen worden. Het zikavirus is seksueel overdraagbaar.

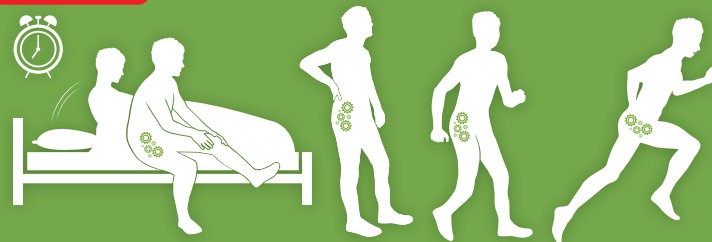
Bilharzia kunt u vermijden door niet te gaan zwemmen in meren. Kon u de drang niet weerstaan, dan laat u het best 6 tot 8 weken na uw terugkeer een screening uitvoeren. Afhankelijk van het bezochte gebied en het type *Schistosoma* zijn een bloedtest, urinetest of ontlastingsonderzoek noodzakelijk.

Schoon water

De beste manier om ongezuiverd water te desinfecteren is het te koken. Alle virussen, bacteriën en parasieten worden hierdoor vernietigd. Filters en tabletten zijn handig, maar virussen vinden meestal wel een manier om tussen de mazen van het net te glippen. U moet natuurlijk wel de middelen hebben om water te koken... Bovendien moet macroscopisch onzuiver water eerst worden gefilterd. *"Voor sommige reizigers kent het avontuur geen grenzen"*, besluit Charlotte Martin met een knipoog. ■

Dr. Philippe Mauclet

NIEUW



HEBBEN UW PATIËNTEN
HET MOEILIK OM SOEPELE
GEWRICHTEN TE BEHOUDEN?

1 SOFTGEL/DAG



- ✓ op basis van NPT501™: een extract van gember & kurkuma
- ✓ met een superieure bio-disponibiliteit

NPT501:
150 mg gember + 42 mg kurkuma

Meer informatie?

Contacteer Vemedia Consumer Health:
contact@vemedia.be of 09/2962149.

OSTEOPLUS
Vrij blijven bewegen

Drie adressen voor de beste pizza's in town

1. Ciaooo, Diamantlaan 199a, 1030 Brussel.

Tel.: 02/310.06.20 www.ciaoopizzeria.be

Open van 7.30 tot 22u, van maandag tot zaterdag

Ciaooo is een onwaarschijnlijke zaak. De zaakvoerder vertelt ons bij het binnenkomen al meteen dat de gemeente hem hardnekkig het recht weigert om tafels te zetten. Daarom ziet de opstelling er wat vreemd uit, twee aaneensluitende ruimten die bijna volledig leeg zijn. Er staan alleen twee frigo's – één voor dranken en een andere als vitrine voor de arancini, cannolo... – en een kleine toonbank. De tweede ruimte, de meest trieste van de twee, geeft uit op een doorgang naar het kloppend hart van de zaak: de houtoven. In afwachting van een oplossing voor de situatie werd een tafeltje aan de muur bevestigd met vier hoge tenen stoelen. Dit is de enige mogelijkheid om *sul posto* – ter plaatse – te eten, voor de rest worden enkel take-awaypizza's gebakken. Deze noodoplossing loont echter de moeite, ook al is het geen grote luxe. De man achter dit verhaal? Bernardo D'Annolfo, een jonge pizzaiolo afkomstig uit Mondragone (streek van Campania) en de club van de *educazione napoletana*, kort samengevat de school van Napels. Logischerwijze hebben we zijn talent getest met een *Napoletana*. Deze eenvoudige pizza belegd met tomatensaus, mozzarella, olijven, kappertjes, ansjovis en basilicum weerspiegelt zijn talent. Wat ons als eerste opviel, was de kwaliteit van de ingrediënten, vooral de tomatensaus met de juiste textuur en boordevol smaak. Vervolgens de knappe verdeling met een evenwichtige samenstelling, ook al hadden we graag wat meer ansjovis gehad. En tot slot de perfecte baktijd van het deeg dat sterk aanwezig is in de mond zonder zwaar te zijn en een tikkeltje aangebrand zoals het hoort. Ciaooo maakt zonder twijfel de beste pizza's die we al gegeten hebben in Brussel!



2. De Superette, Guldenspoorstraat 21, 9000 Gent.

Tel.: 09/278.08.08 www.de-superette.be

Open van donderdag tot zondag, van 9 tot 17u en van 18.30 tot 22u

De Superette is tegelijk een bakker, koffiebar en restaurant. Deze uitstekende Gentse zaak is van de hand van Kobe Desramaults, één van de Belgische chefs die het best inspeelt op de huidige smaaktrends. De zaak is heerlijk eenvoudig. Het decor is ruw tussen de gepatineerde toonbank en de open keuken. Alles wordt *live* bereid door Sarah Lemke, een sexy en getatoeëerde *chef boulangère*. Samen met Rose Greene, vroegere rechterhand van Desramaults bij *In de wulf*, kneedt ze het zuurdeeg voor de verbaasde bezoekers en bakt het in een enorme oven tussen de vlammen. De pizza's zijn enorm creatief en spotten met de Italiaanse regels. Zo is er een pizza met worst, champignons, ui en mierikswortel. Vergeet zeker niet om hier lekker, ter plaatse bereid brood te kopen.

3. La Bambola, Féronstrée 99, 4000 Luik.

Tel.: 04/223.03.23 www.pizzeriabambola.be

Open van 12 tot 14.30u en van 19 tot 22.30u, gesloten op zondag- en dinsdagmiddag en op maandag

Vier seizoenen, margherita, hawaï, bolognese... Je begrijpt al snel dat je hier geen originele pizza moet komen zoeken. De puristen die hier langskomen zullen zeggen dat het hier democratisch en familiaal is. Zaakvoerder Zeko maakt hier echte en overvloedige pizza's in de pure stijl van de traditionele Italiaanse zaken.

Trend: alcoholconsumptie neemt af in Vlaanderen

De Belgen kiezen steeds vaker alcohol-vrije dranken boven alcoholische dranken. Dit blijkt althans uit een studie van het Vlaams expertisecentrum voor alcohol en andere drugs (VAD). Volgens deze studie drinken jongeren steeds minder alcohol. Meer dan de helft van de jongeren van 16 jaar (55%) zou zelfs nog nooit in aanraking zijn gekomen met alcohol. Een verrassend fenomeen, zeker wanneer men weet dat dit percentage tien jaar geleden nog 13% bedroeg. Een gelijkaardige tendens ziet men ook bij de vorige generaties: steeds vaker drinken ze geen alcohol tijdens een bepaalde periode. Een gelijkaardige enquête van de Federatie Horeca Vlaanderen bij 392 leden uit de sector heeft aangetoond dat 62% van de zaken minder alcohol verkoopt. Bovendien stelt 48% een toename van de verkoop van alcohol-



vrije dranken vast. In totaal heeft 51% van de horecazaken zijn omzet echter zien dalen, sommigen zelfs met meer dan 10%. Om deze tendens te keren, zoeken de horecazaken naar alternatieven. In deze context zijn de *mocktails*, cocktails zonder alcohol, de ideale oplossing: ze bieden de *savoir-faire* die klanten willen en waarvoor ze bereid zijn te betalen, binnen het kader van een verantwoordelijke levenswijze. Een merk als Lipton speelt heel slim in op dit gat in de markt door aan de horeca recepten voor te stellen waarbij de producten uit hun gamma gebruikt worden om verfrissende *mocktails* mee te maken. Deze recepten zijn gebaseerd op vier smaakcombinaties: yuzu, aardbei, passievrucht en virgin mojito.

Wordt vervolgd: de verse producten van Eric en Tristan Martin

Het is mooi wanneer passie van generatie op generatie wordt doorgegeven. Eric en Tristan Martin koken samen in de oude *relais de chasse* van Barones Lemonnier. In het midden van dit prachtig ingerichte restaurant moet je absoluut *La Table* uitproberen, een ruimte voorbehouden voor 8 couverts op maat gemaakt door een ambachtelijke houtbewerker. Geen kaart... maar een instant keuken met het regelmatig terugkerende thema van 'land en zee', het handelsmerk van deze zaak. Op dit moment bieden vader en zoon verschillende menu's aan met verse ingrediënten uit de Famenne. Op het menu: pimperl, hondsdrif, watermunt, daslook, jeneverbes, bonenkruid, hysop, oxalis... Een feestmaal.

Maison Lemonnier, rue de la Baronne Lemonnier 82, 5580 Lavaux-Sainte-Anne. www.lemonnier.be



Michel Verlinden

**NIEUW!
48 tabs**

assistent zijn tegen onder antimalariamiddelen. Er moet rekening worden gehouden met de officiële richtlijnen en de lokale informatie over de prevalentie van resistentie tegen antimalariamiddelen. De officiële richtlijnen omvatten de richtlijnen van de WGO en van de gezondheidsautoriteiten. Dosering en wijze van toediening: Dosering: Profylaxe: Profylaxe moet - beginnen 24 of 48 uur voor het afreizen naar een streek waar malaria endemisch is, - worden voortgezet gedurende het hele verblijf - en moet worden voortgezet tot 7 dagen na het verlaten van de streek. Bij mensen die in endemische gebieden wonen (semi-immune mensen) zijn de veiligheid en de werkzaamheid van Atovaquone/Proguanil Mylan aangetoond in studies van hoogstens 12 weken. Bij niet-immune mensen bedroeg de gemiddelde duur van de blootstelling in klinische studies 27 dagen. **Dosering bij volwassenen:** Eén Atovaquone/Proguanil Mylan filmomhulde tablet per dag. Atovaquone/Proguanil Mylan wordt niet aanbevolen voor de profylaxe van malaria bij mensen die minder dan 40 kg wegen. Andere farmaceutische sterktes kunnen meer geschikt zijn voor de profylaxe van malaria bij personen met een gewicht van minder dan 40 kg. **Behandeling: Volwassenen:** Vier Atovaquone/Proguanil Mylan filmomhulde tabletten in één keer drie dagen na elkaar. **Kinderen** Dosering/dag: Spreiding lichaamsgewicht (kg): Aantal tabletten: 11-20 kg: Eén Atovaquone/Proguanil Mylan filmomhulde tablet per dag drie dagen na elkaar. 21-30 kg: Twee Atovaquone/Proguanil Mylan tabletten in één keer drie dagen na elkaar. 31-40 kg: Drie Atovaquone/Proguanil Mylan filmomhulde tabletten in één keer drie dagen na elkaar >40 kg: Dosering zoals bij volwassenen. **Ouderen:** In een farmacokinetische studie werd vastgesteld dat er geen aanpassing van de dosering vereist is bij ouderen. **Leverinsufficiëntie:** In een farmacokinetische studie werd vastgesteld dat er geen aanpassing van de dosering vereist is bij patiënten met een lichte tot matige leverinsufficiëntie. Hoewel er geen studies werden uitgevoerd bij

Atovaquone/Proguanil Mylan
atovaquone/proguanil hydrochloride
atovaquone/proguanil hydrochloride
Atovaquone/Proguanil-Hydrochlorid
250 mg
100 mg
filmomhulde tabletten
comprimés pelliculés
Filmtabletten
Mylan
24

Een besparing van meer

*vergelijking publieksprijs Atovaquone/Proguanil Mylan 250mg/100mg x 48 vs Malarone 250mg/100mg x 12 tabs (prijzen op 06/2017, www.bcfi.be)

patiënten met een ernstige leverinsufficiëntie, zijn allicht geen speciale voorzorgen of aanpassing van de dosering vereist. Nierinsufficiëntie: In farmacokinetische studies werd vastgesteld dat er geen aanpassing van de dosering vereist is bij patiënten met een lichte tot matige nierinsufficiëntie. Bij patiënten met een ernstige nierinsufficiëntie (creatinineklaring < 30 ml/min) worden waar mogelijk alternatieven voor Atovaquone/Proguanil Mylan aanbevolen bij de behandeling van acute P. falciparum-malaria. Voor de profylaxe van P. falciparum-malaria bij patiënten met ernstige nierinsufficiëntie, zie rubriek contra-indicaties. Wijze van toediening: De dagdosis moet elke dag op hetzelfde uur worden ingenomen met voedsel of een melkachtige drank (om een maximale absorptie van atovaquon te verzekeren). Als de patiënten geen voedsel kunnen verdragen, moet Atovaquone/Proguanil Mylan worden toegediend, maar de systemische blootstelling aan atovaquon zal lager zijn. In geval van braken binnen 1 uur na inname van de dosis moet een nieuwe dosis worden ingenomen. Contra-indicaties: Overgevoeligheid voor

Copyright 2017 Mylan Inc. - INFO-PUB-2017-067 - Date of creation/review 06/2017

de werkzame stoffen of voor één van vermelde hulpstoffen. Atovaquone/Proguanil Mylan is gecontra-indiceerd voor de prophylaxe van P. falciparum malaria bij patiënten met ernstige nierinsufficiëntie (creatinineklaring < 30 ml/min). Bijwerkingen: In klinische studies met atovaquon/proguanil voor de behandeling van malaria waren de frequentste bijwerkingen buikpijn, hoofdpijn, anorexie, nausea, braken, diarree en erguanil voor de profylaxe van malaria waren de frequente
De volgende informatie geeft een samenvatting van, mogelijk) verband met behandelings met atovaquon/dies en spontane postmarketingrapporten. De volgende van de frequentie: zeer vaak ($\geq 1/10$); vaak ($1/100$ tot -

Atovaquone/Proguanil Mylan is beschikbaar in :	Prijs patiënt
250 mg/100 mg x 12 tabs	€ 20,62
250 mg/100 mg x 24 tabs	€ 41,24
250 mg/100 mg x 48 tabs	€ 72,48

Goede reis!

Atovaquone/ Proguanil Mylan

, 24 en **48** tabletten

vanaf € 50 voor uw patiënt*

Mylan

Better Health
for a Better World

tot <1/1,000); niet bekend (kan niet worden bepaald). Er zijn beperkte gegevens over de veiligheid op lange termijn bij kinderen. De langetermijneffecten van Atovaquone/Proguanil Mylan filmomhulde tabletten op de groei, de puberteit en de algemene ontwikkeling werden niet onderzocht. Bloed- en lymfestelselaandoeningen: Vaak: Anemie, Neutropenie¹. Niet bekend: Pancytopenie. Immuunsysteemaandoeningen: Vaak: Allergische reacties. Niet bekend: Angio-oedeem³, Anafylaxie, Vasculitis³. Voedings- en stofwisselingsstoornissen: Vaak: Hyponatriëmie¹, Anorexie. Soms: Verhoogde amylaspiegel¹. Psychische stoornissen: Vaak: Abnormale dromen, Depressie. Soms: Angst. Zelden: Hallucinaties. Niet bekend: Paniekaanval, Huilen, Nachmerries, Psychische stoornissen. Zenuwstelselaandoeningen: Zeer Vaak: Hoofdpijn. Vaak: Insomnia, Dui-zeligheid. Niet bekend: Epilepsie-aanval. Hartaandoeningen: Soms: Hartkloppingen. Niet bekend: Tachycardie. Ademhalingsstelsel-, borstkas- en mediastinumaandoeningen: Vaak: Hoest. Maagdarmstelselaandoeningen: Zeer vaak: Nausea¹, Braken, Diarree, Buik-pijn. Soms: Stomatitis. Niet be-kend: Maaglast³, Mondulceratie³. Lever- en galaandoeningen: Vaak: Verhoogde leverenzymen¹. Niet bekend: Hepatitis, Cholestase³. Huid- en onderhuidaandoeningen: Vaak: Jeuk, Uitslag. Soms: Haarverlies, Urticaria. Niet bekend: Stevens-Johnson syndroom, Erythema multiforme, Blaren, Exfoliatie van de huid, Fotosensitiviteitsreactie. Algeme-ne aandoeningen en toedienings-plaatsstoornissen: Vaak: Koorts. ¹Frequentie zoals vermeld in de bijsluiters van atovaquon. De patiënten die hebben deelgenomen aan klinische studies met atovaquon, kregen hogere doseringen en vertoonden vaak complicaties van een gevorderde hiv-ziekte (humane-immunodeficiëntievirus). Die bijwerkingen werden minder vaak of helemaal niet gezien in klinische studies met atovaquon/proguanil. ²Waargenomen in spontane postmarketingrapporten en de frequentie is dus

niet bekend. ³Waargenomen met proguanil. 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. Be-roepsbeoefenaren in de gezondheidszorg wordt verzocht alle vermoedelijke bijwerkingen te mel-den via: Federaal agentschap voor geneesmiddelen en gezondheidsproducten, Afdeling Vigilantie, EUROSTATION II, Victor Hortaplein, 40/ 40, B-1060 Brussel. Website: www.fagg.be - e-mail: adversedrugreactions@fagg-afmps.be. HOUDER VAN DE VERGUNNING VOOR HET IN DE HANDEL BRENGEN: Mylan bvba/sprl, Terhulpesteenweg 6A, B-1560 Hoeilaart. NUMMER(S) VAN DE VERGUNNING VOOR HET IN DE HANDEL BRENGEN: BE428127 (PVC-ALU) BE428136 (OPA/ALU/PVC-ALU) BE428145 (PVC/PVdC-ALU). AFLEVERINGSWIJZE: geneesmiddel op medisch voorschrift. DATUM VAN HERZIENING VAN DE TEKST: 04/2016. Goedkeuringsdatum: 09/2016.

JAGUAR F TYPE SVR

Superlatief!

De Jaguar F-Type, die in 2013 op de markt werd losgelaten, wist altijd al te overtuigen door zijn mannelijke vormgeving, zijn eigen karakter en zijn prestaties die hem tot de categorie van de echte sportievelingen promoveerden.

Deze ultieme SVR-versie doet daar nog een schepje bovenop en wordt daarmee het snelste seriemodel dat ooit uit de fabriek van Jaguar werd gerold...



De Jaguar F-Type SVR is in alle opzichten een echt beest dat opgetrokken is uit gegrom en verbeterheid. Voor dit model werden duidelijk alle 'politically correct' regels aan de laars gelapt en werd voluit de GT-kaart getrokken. De *Special Vehicles Operations*-afdeling van de constructeur had dan ook *carte blanche* gekregen om de al opwindende F-Type-R (550pk) nog wat te 'customizen'. Dat blijkt niet alleen uit de grondig aangepaste aerodynamica met de dynamische carbonvleugel achteraan, de lichtgewicht titaniumuitlaat, de vierwielaandrijving en de motor die werd opgevoerd tot 575pk en 700Nm, maar ook uit de 20"-wielen van gesmeed lichtmetaal, de carbonremmen (optie), de lichtere en stijvere veerpoten... Er werden bij de ontwikkeling van dit nieuwe Indisch-Britse paradepaardje duidelijk kosten noch moeite gespaard. De F-Type SVR is krachtiger, lichter en doeltreffender geworden en hoort daardoor zonder enige twijfel thuis in de categorie van de Supercars. Volgens Jaguar haalt deze auto een top van 322km/u en heeft hij amper 3,7 seconden nodig om vanuit stilstand naar een snelheid van 100km/u te sprinten.

Discretie niet verzekerd

Feit is dat dit model niet de beste keuze is voor wie zich zo discreet mogelijk in het verkeer wil begeven. Deze verbluffende en opvallende auto kreeg nog enkele extra agressieve trekken mee in de vorm van de wijd opengesperde radiatorgrille en de twee luchthappers. Aan de achterkant vallen dan weer de twee dubbele titaniumuitlaten, de diffusor en de fameuze carbonspoiler op. Deze komt bij een snelheid van 113km/u automatisch naar boven en keert bij een snelheid van 80km/u naar zijn ruststand terug, maar hij kan ook vanaf het interieur worden uitgekapt. De SVR laat ook duidelijk horen dat hij eraan komt: dat is dan weer te danken aan de V8 5.0l compressormotor, die een duivelse grom laat horen zodra je op het gaspedaal duwt. En bij het terugschakelen laat het gevaarte een weinig natuurlijk maar wel bijzonder opvallend geknetter horen dankzij het slimme werk van de geluidsspecialisten van de constructeur, die hiervoor op heel specifieke plaatsen kleppen in het uitlaatsysteem inbouwden.

Auto voor alledag?

De SVR is zeker niet discreet (wat niet door iedereen als een tekortkoming zal

worden beschouwd) en functioneel zouden we hem ook al niet noemen: in de opbergruimten is net genoeg plaats voor een koffer voor twee voor een weekend-uitstap. En de stugge vering en de stijvere kas dragen niet echt bij tot het gevoel dat men in een rijdend salon onderweg is. Maar gelukkig zijn de stoelen goed ontworpen en is de rijpositie heel behoorlijk. Maar laat de bovenstaande combinatie nu net zijn wat iemand nodig heeft die af en toe eens tijdens een *track day* op een circuit aan de slag gaat. Wie met zijn auto ook op vakantie wil gaan of dagelijks wil gebruiken, bestelt daarom misschien best meteen een tweede voertuig...

En het plezier?

Vierwielaandrijving, achtrapsautomaat... De onvoorwaardelijke fans van een dynamische rijstijl zullen misschien wat twijfelen. Helemaal onterecht overigens: de Jaguar F-Type SVR is geen auto die je aan de eerste de beste kunt toevertrouwen. Onder meer door de stugge vering is het zaak om het beest heel kort aan de leiband te houden wanneer het asfalt niet biljartvlak is. Het vierwielaandrijfsysteem blijft heel erg 'achterwiel-aandrijverig' aanvoelen, maar zodra de achterkant begint te schuiven, is het opletten geblazen. Tijdens onze sessie op het rijvaardigheidscircuit van Hermalle-sous-Argenteau duurde het enkele rondjes voordat we begrepen hoe je deze Jaguar moet behandelen: bij het insturen van een bocht gaat de F-Type SVR vanaf een behoorlijke snelheid oversturen en wordt de achterkant heel nerveus. In die omstandigheden komt het erop aan om op een heel gecontroleerde manier weer gas bij te geven en wat tegen te sturen om te blijven schuiven. Zolang je dat recept niet op het juiste moment toepast, kun je gegarandeerd rekenen op een spectaculaire *tête-à-queue* of een meelijwekkende onderstuurreactie.



Brutale kat

Wie op de weg probeert in de buurt van de limieten van deze Jaguar te komen, kan zich geen seconde onoplettendheid veroorloven. Maar wie bij de les blijft, kan rekenen op een heel snelle en veilige auto die verduiveld doeltreffend is en heel alert reageert op elke stuurbeving. Rijden op de snelweg is echter





een vrij vermoeiende bezigheid: de besturing blijkt niet echt stabiel, waardoor je voortdurend moet corrigeren om strak rechtdoor te blijven rijden.

Kortom, de Jaguar F-Type SVR is een model dat niemand onverschillig laat: dat heeft alles te maken met zijn look, maar ook met zijn motorgeluid, zijn prestaties, zijn karakter, zijn (angstaanjagend hoge) verbruik en zijn wilde rijgedrag. Deze auto is in niets te vergelijken met bepaalde rivalen die weliswaar bijzonder doeltreffend rijden, maar voor het overige weinig kleur en passie te bieden hebben. Alleen al daarom zijn wij Jaguar bijzonder dankbaar. ■

Benoît Galand
Foto's Jaguar

daflon[®] 500 GEMICRONISEERD



120
TABLETTEN

PUBLIEKE PRIJS
(= prijs ten laste van de patiënt)

120 tabletten: 35,98€
90 tabletten: 30,72€
60 tabletten: 22,75€
30 tabletten: 14,23€

...omdat de chronische veneuze ziekte evolueert

EEN REFERENTIE FLEBOTROOP¹ VOOR EEN EFFICIËNTE BEHANDELING



1. NAAM VAN HET GENEESMIDDEL DAFLON 500 mg filmomhulde tabletten. **2. KWALITATIEVE EN KWANTITATIEVE SAMENSTELLING** Gemicroniseerde gezuiverde flavonoidfractie (500 mg), die 450 mg diosmine en 50 mg in hesperidine uitgedrukte flavonoiden bevat. Voor de volledige lijst van hulpstoffen, zie rubriek 6.1. **3. FARMACEUTISCHE VORM** Ovale, zalmkleurige filmomhulde tabletten. **4. KLINISCHE GEGEVENS** **4.1 Therapeutische indicaties** Behandeling van verschijnselen van functionele of organische chronische veneuze insufficiëntie van de onderste ledematen: zwaartegevoel, pijn, nachtelijke krampen, oedeem, trofische stoornissen. Behandeling van de acute crisis van de hemorroidale ziekte, voorgesteld als onderhoudsbehandeling van functionele en objectieve verschijnselen van hemorroidaal lijden. **4.2 Dosering en wijze van toediening** **Dosering Veneuze ziekte:** Gebruikelijke dosis: 2 tabletten per dag in één innames van 2 verschillende innames, bij de maaltijd. **Hemorroidale ziekte: Acute crisis:** 6 tabletten per dag gedurende de 4 eerste dagen, dan 4 tabletten per dag gedurende 3 dagen. **Onderhoudsbehandeling:** 2 tabletten per dag. **Wijze van toediening** Oraal gebruik. **4.3 Contra-indicaties** Overgevoeligheid voor het actieve bestanddeel of voor één van de in rubriek 6.1 vermelde hulpstoffen. **4.4 Bijzondere waarschuwingen en voorzorgen bij gebruik** De behandeling met venotropica mag niet langer dan 3 maanden duren zonder een herevaluatie van de symptomatie. De toediening van dit product als symptomatische behandeling van een hemorroidale crisis sluit een specifieke behandeling van andere anale ziekten niet uit. Indien de symptomen niet vlug verdwijnen, moet er een proctologisch onderzoek worden uitgevoerd en de behandeling worden herzien. **4.5 Interacties met andere geneesmiddelen en andere vormen van interactie** Er zijn geen interactie studies uitgevoerd. Echter, en gelet op de aanzienlijke ervaring met het product op de markt, zijn er tot nu toe geen interacties met andere geneesmiddelen gemeld. **4.6 Vruchtbaarheid, zwangerschap en borstvoeding** **Zwangerschap:** Er zijn geen of een beperkte hoeveelheid gegevens (minder dan 300 zwangerschappen) over het gebruik van gemicroniseerde gezuiverde flavonoidfractie (Diosmine/Hesperidine) bij zwangere vrouwen. Studies bij dieren hebben geen directe of indirecte schadelijke effecten of de voortplanting (zie rubriek 5.3). Uit voorzorg heeft het de voorkeur het gebruik van Daflon 500 mg te vermijden tijdens het eerste trimester van de zwangerschap. **Borstvoeding:** Het is niet bekend of gemicroniseerde gezuiverde flavonoidfractie / metaboliën in de moedermelk wordt uitgescheiden. Risico voor pasgeborenen/zuigelingen kan niet worden uitgesloten. Daflon 500 mg mag niet worden gebruikt in de periode dat borstvoeding wordt gegeven. **Vruchtbaarheid:** Reproductieve toxiciteitsstudies toonden geen effect op de vruchtbaarheid bij mannelijke en vrouwelijke ratten (zie rubriek 5.3). **4.7 Beïnvloeding van de rijvaardigheid en van het vermogen om machines te bedienen** Er werden geen effecten gerapporteerd met Daflon 500 mg. Gezien de mogelijkheid op duizeligheid, bestaat niettemin het risico voor aantasting van het vermogen van de patiënt om een voertuig te besturen of een machine te bedienen. **Bijwerkingen** **Samenvatting van het veiligheidsprofiel** Bijwerkingen gemeld met Daflon tijdens de klinische studies zijn gematigd. Het zijn voornamelijk gastro-intestinale stoornissen (diarree, dyspepsie, misselijkheid, braken). Lijst van bijwerkingen De volgende bijwerkingen kunnen worden waargenomen tijdens de behandeling en zijn geklasseerd volgens de volgende frequentie: zeer vaak ($\geq 1/10$); vaak ($\geq 1/100$, $< 1/10$); soms ($\geq 1/1000$, $< 1/100$); zelden ($\geq 1/10000$, $< 1/1000$); zeer zelden ($< 1/10000$), niet bekend (kan met de beschikbare gegevens niet worden bepaald). **Zenuwstelselaandoeningen:** Zelden: duizeligheid, cefalea, ongemak. **Maag-darmstelselaandoeningen:** Vaak: diarree, dyspepsie, misselijkheid, braken - Soms: colitis. - Niet bekend: buikpijn. **Huid- en onder-huidaandoeningen:** Zelden: pruritus, rash, urticaria. - Niet bekend: geïsoleerd oedeem van het gezicht, de lippen, de oogleden. **Uitzonderlijk een Quincke-oedeem.** *Post-marketing ervaring **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: adversedrugreactions@fagg-afmps.be. **Luxemburg:** Direction de la Santé - Division de la Pharmacie et des Médicaments, Villa Louvigny-Allee Marconi-L-2120 Luxembourg, website: <http://www.ms.public.lu/fr/activites/pharmacie-medicament/index.html>. **4.9 Overdosering** Door de lage acute toxiciteit van het product vastgesteld tijdens onderzoek bij dieren, lijkt een vergiftiging weinig waarschijnlijk. Geen enkel geval van overdosering met Daflon 500 mg werd gerapporteerd. Enkel gewone spijsverteringsstoornissen zouden kunnen vastgesteld worden. **5. FARMACOLOGISCHE EIGEN-SCHAPPEN** **5.1 Farmacodynamische eigenschappen** Pharma-cotherapeutische klasse: Venotonicum en vasculoprotector. ATC code: C05 CA 53 **Farmacologische studies:** Daflon 500 mg werkt in op het vasculaire terugstromingssysteem: - ter hoogte van de venen vermindert het de veneuze uitzetbaarheid en verlaagt het de veneuze stase, - ter hoogte van de microcirculatie normaliseert het de capillaire doorlaatbaarheid en verhoogt het de capillaire weerstand, - ter hoogte van de lymfe verhoogt het het lymfedebiet. **Klinisch farmacologische studies:** Dubbelblind gecontroleerd studies, waarbij methoden werden toegepast waarmee de werking op de veneuze hemodynamiek objectief gekwantificeerd kan worden, hebben de farmacologische eigenschappen van dit geneesmiddel bij de mens bevestigd. - **Dosis/effect relatie:** Het bestaan van statistisch significante dosis/effect relaties werd vastgesteld op veneuze plethysmografische parameters: vermindering van het capaciteitieve vermogen, de uitzetbaarheid en de ledigingstijd. De beste verhouding dosis/effect wordt bereikt met 2 tabletten. - **Venotonische werking:** Het verhoogt de veneuze tonus: veneuze occlusieplethysmografie met kwikreestrookje wees op een verkorte veneuze ledigingstijd. - **Microcirculatoire werking:** Dubbelblind gecontroleerde studies hebben een statistisch significant verschil aangetoond tussen dit geneesmiddel en placebo. Bij patiënten die tekenen van capillaire broosheid vertoonden, het verhoogt de capillaire weerstand. **Klinische studies:** Dubbelblind gecontroleerde klinische studies tegenover placebo hebben de therapeutische werking van het geneesmiddel aangetoond in de flebologie, bij de behandeling van functionele en organische chronische veneuze insufficiëntie van de onderste ledematen, en in de proctologie, bij de behandeling van hemorroidaal lijden. **5.2 Farmacokinetische eigenschappen** Na orale toediening bij de mens van het geneesmiddel met diosmine, gemerkt met koolstof 14: - wordt de absorptie bewezen door de aanwezigheid van radioactiviteit in de urine, - geschiedt de uitscheiding hoofdzakelijk via de feces en bedraagt de urinaire excretie gemiddeld 14 % van de toegediende hoeveelheid, - de halveringstijd bedraagt 11 uur, - wordt het product sterk presysteemisch en systeemisch gemetaboliseerd. Dit metabolisme wordt aangetoond door de aanwezigheid van verschillende fenolzuuren in de urine. **5.3 Gegevens uit het preklinisch veiligheids-onderzoek** De orale toediening bij muizen, ratten en apen van een veel hogere dosis dan de therapeutische dosis bij de mens had geen enkel toxisch of dodelijk effect en heeft geen enkel abnormaal gedrag veroorzaakt, niet biologisch, niet anatomisch of histologisch. Studies bij ratten en konijnen toonden geen teratogeen of toxisch effect voor de embryo. Er werd geen wijziging van de vruchtbaarheid vastgesteld. In vitro en in-vivo proeven toonden geen enkel mutageen effect. **6. FARMACEUTISCHE GEGEVENS** **6.1 Lijst van hulpstoffen** Natriumcarboxymethylzetmeel, microkristallijne cellulose, gelatine, magnesiumstearaat, talk, glycerol, hypromellose, macrogol 6000, natriumlaurylsulfaat, geel ijzeroxyde (E 172), rood ijzeroxyde (E 172), titaandioxyde (E 171). **6.2 Gevalen van onverenigbaarheid** Niet van toepassing. **6.3 Houdbaarheid** 4 jaren. **6.4 Speciale voorzorgsmaatregelen bij bewaren** Bewaren beneden 25°C. **6.5 Aard en inhoud van de verpakking** Dozen van 30, 60, 90 of 120 filmomhulde tabletten in verpakking PVC/aluminium + U.D. Niet alle verpakkingsgrootten worden in de handel gebracht. **6.6 Speciale voorzorgsmaatregelen voor het verwijderen** Geen bijzondere vereisten. **7. HOUDER VAN DE VERGUNNING VOOR HET IN DE HANDEL BRENGEN** SERVIER BENELUX N.V., Internationalelaan 57, B - 1070 BRUSSEL. **8. NUMMER(S) VAN DE VERGUNNING VOOR HET IN DE HANDEL BRENGEN** BE145153. **9. DATUM VAN EERSTE VERLENING VAN DE VERGUNNING/HERNIEUWING VAN DE VERGUNNING** Datum van eerste verlening: 27/10/1988 Datum van de hernieuwing van de vergunning: 07/07/2008. **10. DATUM VAN HERZIENING VAN DE TEKST** Goedkeuringsdatum: 08/2014

1. Nicolaidis et al. International Angiology, 2014 Vol 33 No 2
Grade system: 1B = strong recommendation based on moderate evidence



ZOEKERTJES

Werkaanbod

Collega-huisarts gezocht. Mooie moderne praktijkruimte te huur in Antwerpen Park Spoor Noord. Bestaan- de huisartsenpraktijk met 1 huisarts, osteopaat, diëtiste en team van kinesisten. Telesecretariaat. Impulseo- gebied. clossetstephanie@gmail.com - 0479/23.61.43.

Dynamische duopraktijk (v+m) te Steendorp, zoekt jonge collega voor associatie vanaf 07/2018. Voltijds secr., EMD, alles op afspraak, wachtpost, eigen praktijk. Info: bert.selleslugs@skynet.be - 0475/44.01.97

Solopraktijk regio Waasland zoekt collega met interesse in fyto- en/of homeopathie. Praktijk met telefoon- ondersteuning, aparte kabinetten en reeds samenwerking in huis met VPK, therapeute en pedicure. Interesse? Neem contact op via remi.colaes@skynet.be of 0486/46.49.90.

Gemotiveerde huisarts (M/V) gezocht om onze duopraktijk te versterken in Glabbeek. Wij zoeken een gedreven huisarts, sociaalvoelend, met een hart voor huisartsgeneeskunde. Wij bieden een goed georganiseerde praktijk, een volledig nieuw praktijkgebouw (2016), een fulltime secretariaat, weekwacht (1x/3weken) en weekendwacht via wachtpost Tienen. Uurrooster te be- palen in samenspraak. Mogelijkheid tot ontplooiing van eigen interesses: bv. ecg, spirometrie, kleine heelkunde... www.huisartsenpraktijkglabbeek.be. Contact: Paul Vandeput & Ilaria Giulietti, huistartsglabbeek@telenet.be, 0477/37.49.13.

'Huisartsen Gewad' in Gent zoekt gemotiveerde jonge collega. Praktijk gelegen vlakbij het Gravensteen, 1 praktijkruimte. Wegens vertrek van een collega komen vier dagdelen vrij. Evenwichtige balans werk-privé mo- gelijk. Goed uitgebouwd wachtsys- teem. Wachtpost tijdens de week- ends. Vijftal weekwachten per jaar. Namiddag- en avondraadpleging na afspraak [online agenda]. In de voor- middag vrije raadpleging. eGMD, EMD via CareConnect. We werken zo veel mogelijk volgens EBM en volgen regelmatig bijscholingen. Tweeweke- lijks intern overleg. Feeling voor IT is een pluspunt. Ingang: 01.10.2017. Contact: hagwpperspectief@outlook.com.

Duopraktijk regio Roeselare zoekt haio of associatie-kandidaat vanaf aug/sep 2017. Volledig op afspraak. EMD. Secretariaat en mogelijkheid tot online afspraak maken. Goed georganiseerde week- en week- endwacht. Aandacht voor gezond evenwicht werk/vrije tijd. Vernieuw- de praktijkruimte. Graag contact te nemen via 0479/316835

Vastgoed

TE KOOP: praktijk/kantoorruimte te Mechelen. Centraal gelegen, dicht aan station. Wachtzaal, wc voor cliën- ten, ruime praktijkruimte in L-vorm, privé-wc, opbergruimte, veel ar- chiefruimte- en kasten. Immo zich ont- houden. Voor info: geert.vervoort@emmaus.be.

TE KOOP: ruime dokterswoning met dito consultatieruimtes en met gro- te tuin. Gelegen as Mechelen-Wille- broek-Boom met beperkte afstand tot A12 en E19. Zich wenden tot gsm 0475/68.85.83.

TE KOOP wegens stopzetting praktijk: Tongeren, dicht bij centrum gelegen, grote stijlvolle villa, ideaal voor prak- tijk en woonst. Waardevolle afwerking en onderhouden tuin. Beschikbaar vanaf oktober. Tel.: 0475/60.33.56.

TE KOOP Merchtem Centrum: herenhuis, geschikt voor vrij beroep/kantoor/horeca. Praktijkruimte, 4 slaapk, 2 badk, wijnkel- der, grote zolder, prachtige tuin, alarm. Bewoonbare opp 400m2, zeer centraal gelegen. Voor meer info 0475/54.1787.

TE HUUR per halve dag: uitstekend gelegen gemeubelde praktijkruimte, Grote Steenweg, Berchem. Contact via 0478/20.27.52.

TE KOOP Antwerpen centrum: bui- tengewoon huis met praktijkruimte, 5 slaapk, 3 badk, garage en dakterras. Ook de praktijk is mee over te nemen. Interessant pand met 1001 mogelijk-

heden te verdelen over de 520m² be- woonbare opp. Topligging! Voor meer info bel 0483/466628.

TE HUUR: stiltewoning te Kanegem nieuwbouw (1ste bewoning) zeer lan- delijk grens W-O-VL. Huis, garages, wintertuin, bbq-huisje met terras, al- les nieuw e.v. met grond voor diertjes. info@moeninckhof.be - 0476/26.63.66. E-peil E65- 104,88kWh/m².

TE HUUR per halve dag: uitstekend gelegen gemeubelde praktijkruim- te, Grote Steenweg, Berchem. Info & foto's: 2dehands.be n° 33391362. GSM: 0478/20.27.52.

TE HUUR in Saint-Cyprien (Languedoc-Roussillon):

Appartement te huur per week, 4 tot 6 pers. in een privéwoning met zwembad. Op 5 min van het strand en de haven. 2 kamers (1 tweeper- soonsbed en 2 eenpersoonsbedden) + mezzanine met tweepersoonsbed, 1 badkamer, 1 douchekamer, 2 terrassen met mooi uitzicht, wifi, airco, uitgeruste keuken met wasmachine. Vrij mei, juni, oktober.
1 week: vanaf 500 euro.

Info:
0477/56.26.76.



JOB Health

TE HUUR: Praktijk / kantoor Buggenhout

400m2 praktijkruimte
Ruime parking vooraan
Prachtige tuin achteraan

Meerdere opties en formules mogelijk
Prijs overeen te komen

Interesse of vragen?
Aarzel niet en contacteer Immo beHome
Contactpersoon: Annelies Heyvaert
GSM: 0483 420 020
E-mail: annelies@immo behome.be





ENQUÊTE

Het ziekenhuis en u: *Medi-Sfeer* peilt



Vul onze enquête in en
maak kans op 1 van de 3
MediaMarkt-waardebonnen ter
waarde van **500 euro!**
<http://enquete.medi-sfeer.be>

Hoe goed verloopt de samenwerking tussen huisartsen en ziekenhuizen anno 2017? En tussen huisartsen en specialisten verbonden aan het ziekenhuis? *Medi-Sfeer* organiseert de enquête "Het ideale ziekenhuis zoals u het ziet" (MS nr. 557). Net nu de overheid op verschillende niveaus verwijst naar een nauwere samenwerking tussen eerste en tweede lijn, zowel voor de planbare als voor de niet-planbare zorg. Ons voorstel is dat u uw omgang met de ziekenhuizen

en specialisten uit uw regio schetst via het antwoord op een aantal vragen. U kunt hiermee bijvoorbeeld de criteria weergeven die u hanteert om een patiënt naar dit ziekenhuis of die specialist door te verwijzen. Of aangeven hoe de gegevensdeling georganiseerd is, inclusief via welke kanalen ze verloopt of zou moeten verlopen. De enquête peilt ook naar wat er volgens u zal voortvloeien uit het oprichten van ziekenhuisnetwerken voor zones van zowat 400.000 inwoners.

Wij zijn erg benieuwd naar uw visie. De resultaten van de peiling zullen onmiddellijk na de zomervakantie worden voorgesteld, in samenwerking met ons zusterblad *De Specialist*.

Deel uw visie met ons!

Het Weekblad
van de Huisarts **MEDI-SFEER**

is een tijdschrift uitgegeven voor huisartsen.

Wekelijks • 35 nummers / jaar
Oplage: 13.500 exemplaren

Publicatiedirecteur:
Vincent Leclercq

Hoofdredacteur:
Michèle Langendries • m.langendries@medi-sfeer.be

Redactie:

Johanne Mathy • Pascal Selleslagh •
Albin Wantier • Michel Verlinden •
Arnaud Dellicour • Filip Ceulemans

Redactieassistentie:

Julie Gueulette • Kris Heyvaert
• redac@rmnet.be

Sales Manager:

Catherine Motte • sales@rmnet.be

Productie:

Witold de Campo • Isabelle André •
Sandrine Virlée

Medical Director:

Dominique-Jean Bouilliez



Lid van de Unie van de Uitgevers
van de Periodieke Pers

Verantwoordelijke uitgever: Vincent Leclercq
Jaarlijks abonnement: €375 (België)

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. De inhoud van de snelle lezing valt niet onder de verantwoordelijkheid van de auteur.

Copyright

PromoHealth asbl 12, avenue Marie-Antoinette 1410 Waterloo