

WONEN EN WERKEN
Re-integratie van patiënten. [P05](#)

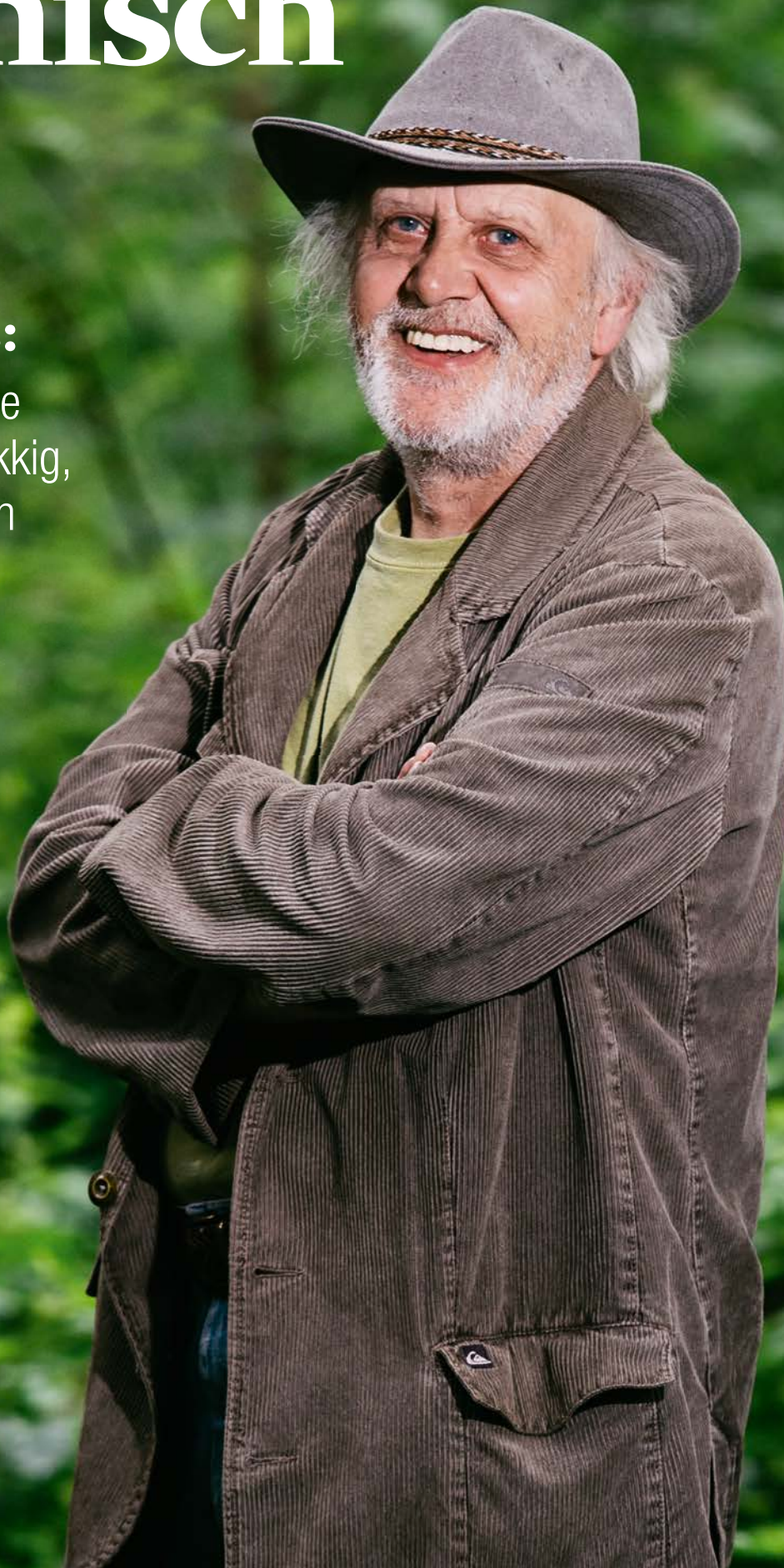
DIABETES Experts in debat
over nieuwe aanpak. [P07](#)

MS Evolutie dankzij
internationale samenwerking. [P11](#)

Chronisch ziek

Carry Goossens:

“Mensen met dementie
zijn niet per se ongelukkig,
ze leven gewoon in een
andere realiteit.”



© COVERFOTO: KRIS VAN EXEL

A NEW STIMULUS

LEARN MORE ABOUT ABBOTT'S
COMMITMENT TO PATIENT CENTRIC
INNOVATION AT SJM.com/NewStimulus

Abbott is leading change in the field of neuromodulation.

Abbott

St. Jude Medical is now Abbott.
© 2018 Abbott. All Rights Reserved.
27850-SJM-NANS-0118-0119c - Item approved for international use only.

IN DEZE BIJLAGE



Urologie

Dirk De Ridder bespreekt de link tussen chronische ziekten en urineverlies of blaasproblemen.

P06



Zorg

Van ‘to cure’ naar ‘to care’. De visie van Roel Van Giel op de nieuwe rol van onze huisartsen in het zorgsysteem.

P13



ONLINE



Chronische pijn

Meer dan 20% van de Belgen heeft te maken met chronische pijn, waaronder lage rugpijn.

LEES MEER OP: WWW.MEDISCHEINFORMATIE.BE

VOORWOORD

“Onze zorg toegankelijk houden, dát is de uitdaging”

Alle westerse landen worden geconfronteerd met snel wijzigende zorgnoden door de sterke toename van patiënten met chronische aandoeningen. Margot Cloet, gedelegeerd bestuurder bij Zorgnet-Icuro, legt uit.

Er dienen zich voor de zorg cruciale uitdagingen aan. Dat komt door de sterk vergrijzende bevolking, maar evenzeer door de vooruitgang in de medische wetenschap. Waar mensen vroeger aan bepaalde aandoeningen stierven, kunnen veel ziekten nu worden behandeld - met een chronisch karakter als gevolg.

Opvallende cijfers

In Vlaanderen zal tegen 2050 bijna een kwart van de bevolking ouder zijn dan 67 jaar. Cijfers van de gezondheidsenquête van het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (WIV) tonen aan dat 1 op de 4 Belgen aan minstens één langdurige ziekte lijdt; bij 75-plussers gaat het om de helft. Hoe ouder je bent, hoe groter de kans op meerdere chronische aandoeningen tegelijk. Het kan dan bijvoorbeeld gaan over een combinatie van hoge bloeddruk met diabetes, chronische long- of hartaandoeningen, kanker, een beroerte of mentale aandoeningen. Kan onze gezondheidszorg dat hoge aantal chronische patiënten aan? Zijn de bestaande structuren hiervoor klaar?

Proefprojecten

Patiënten met een chronische ziekte worden nu nog te vaak opgenomen in het ziekenhuis. Dat is duur, en ook belastend



” 1 op de 5 Belgen leeft onder de armoedegrens. Wie arm is, heeft meer kans op een chronische aandoening.

Margot Cloet

Gedelegeerd bestuurder Zorgnet-Icuro

voor de patiënt. Daarom moeten we inzetten op nieuwe modellen van samenwerking tussen alle betrokken partners en fundamentele aanpassingen doorvoeren in ons gezondheidszorgsysteem. Begin 2018 werden in 13 regio's proefprojecten ‘geïntegreerde zorg voor chronisch zieken’ opgestart. De bedoeling is om binnen een geografische afgebakende zone van ongeveer 100.000 inwoners nieuwe concepten van geïntegreerde zorg uit te testen, met aandacht voor de kwaliteit en de betaalbaarheid van de zorg. De uitbouw van een multidisciplinair netwerk rond en met de patiënt staat hierbij centraal. De lessen die uit deze projecten worden getrokken, zullen de basis vormen van een nieuw beleid voor chronisch zieken.

Patiëntgerichte zorg

Belangrijk in de zorg voor chronische patiënten is het werken met gevalideerde outcome parameters. Outcome betekent voor de patiënt en zijn omgeving niet altijd hetzelfde. We moeten leren luisteren naar wat voor de patiënt echt telt. Voor de ene hartpatiënt is het bijvoorbeeld belangrijk om zo lang mogelijk samen met de vrienden-wielertoeristen te kunnen deelnemen aan de wekelijkse fietstochten, terwijl het

voor iemand anders voldoende is om nog een kleine wandeling te kunnen maken met de kleinkinderen. Zo kunnen de zorgteams samen met de patiënt beslissen wat voor hem of haar belangrijk is, samen het zorgtraject uitstippelen en bekijken welke zorg hij of zij nodig heeft. Dat hoeft niet louter medisch te zijn; het kan evengoed gaan om sociale of psychologische ondersteuning. Streven naar de verbetering van de levenskwaliteit, en het actief betrekken van de patiënt in zijn zorgproces zijn toetsstenen voor een goede chronische zorg.

Toegankelijkheid

Ervoor zorgen dat onze zorg toegankelijk blijft, wordt een grote uitdaging voor de toekomst. 1 op de 5 Belgen leeft onder de armoedegrens, waarbij scholingsgraad een determinerende factor is. Wie arm is, heeft ook veel meer kans op een chronische aandoening. Cijfers tonen bijvoorbeeld aan dat roken dubbel zo vaak voorkomt bij personen met een lagere sociale status en lagere scholingsgraad. Hetzelfde geldt voor zwaarlijvigheid en ongezonde voeding. De middelen voor de gezondheidszorg zijn niet onuitputtelijk. We moeten er dus met de grootse zorg mee omgaan en de beschikbare middelen doordacht inzetten.

VOLG ONS



/MedioplanetBelgium



@MedioplanetBE



Medioplanet Belgium



Medioplanetbe



Medioplanet Belgium

CHRONISCH ZIEK MEI 2018 • **Managing Director:** Leoni Smedts • **Head of Production:** Daan De Becker • **Digital Manager:** Stijn Rosiers • **Business Developer:** Matthias Liekens
• **Project Manager:** Marijke Smets - Tel: +32 2 421 18 35 - E-mail: marijke.smets@medioplanet.com • **Redactie:** Joris Hendrickx, Bram Thiry, Sandra Gasten, Liliith Geeraerts, Diederik Vandendriessche, Matthias Vanheerentals
• **Lay-out:** i GRAPHIC - E-mail: info@i-graphic.be • **Print:** Mediahuis • **Distributie:** De Standaard • **Medioplanet contactinformatie:** Tel: +32 2 421 18 20 - E-mail: info.be@medioplanet.com • D/2018/12.996/07



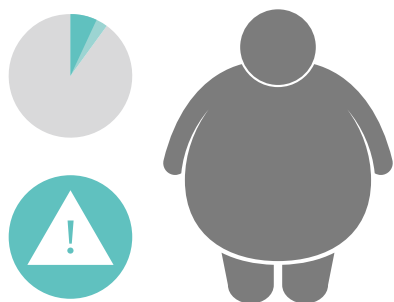
WWW.VBVD.BE



Aangepaste voeding blijft de basisbehandeling bij diabetes

Voeding is dé basispijler waarop alle andere diabetesbehandelingen steunen. Zonder een aangepaste voeding is het immers noch met bloedsuikerverlagende tabletjes, noch met insulinespuitjes mogelijk om diabetes en zijn complicaties goed onder controle te houden. De basis is een gezonde en gevarieerde voeding gestoeld op de principes van de voedingsdriehoek.

Of je een gezond gewicht hebt, kun je meten met de Body Mass Index (BMI) én je middelomtrek. Samen geven ze een goed beeld van een gezond gewicht. De BMI geeft de verhouding weer tussen je gewicht en je lengte in het kwadraat. Is deze verhouding tussen 18.5 en 25, dan heb je een gezonde BMI. Is deze boven de 25, dan spreken we van overgewicht. Boven de 30 lijdt je aan obesitas.



Bereken je daarnaast ook nog de verhouding tussen je buikomtrek en je lengte, dan heb je een nog duidelijker beeld van je voedingstoestand. Deze meting is eenvoudig: er geldt slechts één enkele drempelwaarde en ze kan voor iedereen gebruikt worden. Bij een verhouding die groter is dan 0.5, loop je meer risico's om ziek te worden.

Toestand in België
In 2014 had 45% van de Belgen een te hoog gewicht. Bij de mannen steekt het percentage personen met overgewicht het percentage personen met een normaal gewicht voorbij op 35 jaar, bij de vrouwen op 51 jaar. De evolutie van de buikomtrek kent ook een ongunstig verloop door de jaren, zo zien we dat er tussen 2004 en 2014 een stijging is van om en bij de 8% in het aantal mensen met een te hoge buikomtrek.

Inzetten op preventie
De diëtist is dé expert wanneer het gaat over het aanpassen van je voedings- en leefgewoonten. Dat kan aan de hand van een begeleidingstraject - een individueel plan dat is aangepast aan je persoonlijke situatie en noden.

Amper 9% van de diabetespatiënten wordt door de huisarts doorverwezen naar de diëtist. Voor begeleiding bij overgewicht of obesitas vindt zelfs minder dan 6,5% de weg naar een expert.

Het blijft echter de behandeling van een probleem. Er moet in België vooral veel meer ingezet worden op preventie. Er bestaat slechts een beperkte terugbetaling bij diabetes en ernstig nierfalen en voor alle andere indicaties bestaat er zelfs helemaal geen terugbetaling. Amper 9% van de diabetespatiënten wordt dan ook door de huisarts doorverwezen naar de diëtist, voor begeleiding bij overgewicht of obesitas vindt zelfs minder dan 6,5% de weg naar een expert. Dat je nu bij overgewicht en obesitas geen recht hebt op terugbetaling van je consultatie bij een erkende diëtist, is het grootste gemis in de huidige regelgeving.

Aan de slag
HALT2Diabetes is een project van de Diabetes Liga samen met de beroepsvereniging voor diëtisten. In dit initiatief wordt een methode onderzocht om risicopersonen voor type 2 diabetes op te sporen en te begeleiden naar een gezonde leefstijl. Het basisprincipe is eenvoudig.

- Weet wanneer je honger hebt of verzadigd bent. Eet aan tafel, doe het langzaam en geniet ervan.
- Eet in verhouding meer plantaardige dan dierlijke voeding. Groenten, fruit, volle granen en peulvruchten genieten de voorkeur. Vul ze aan met kleinere hoeveelheden noten en plantaardige olie.
- Kleinere porties voeding van dierlijke oorsprong, zoals vlees, vis en kaas, kunnen al volstaan.
- Wissel rood vlees, gevogelte en plantaardige eiwitbronnen (peulvruchten of tofu) af.

■ Vermijd ultrabewerkte voeding zoals snoep, koekjes, chips, frisdrank, wijn en bier zo veel mogelijk. Ze bevatten veel witte bloem, suiker, vet, zout of alcohol, en bieden geen meerwaarde voor je lichaam.

Kleine, eenvoudige aanpassingen in het bestaande voedings- en bewegingspatroon, onder deskundige begeleiding van een diëtist, kunnen al voldoende zijn om het gewenste doel te bereiken en in sommige gevallen bijvoorbeeld bloedsuiker- en bloeddrukverlagende tabletjes te verminderen of te stoppen. Een voeding waar je alle 'te's' al schrapt, is de basis van een goed preventiebeleid.

Ben jij diabeet?
Wist je dat de diëtist diabeteseducator jou heel wat kan bij brengen? Samen met jou wordt een haalbaar actieplan opgesteld. Sinds 1 mei is er trouwens een extra terugbetaling: diabetespatiënten die enkel tabletjes nemen en die te zwaar zijn (BMI>30) of hypertensie hebben, kunnen op doorverwijzing van de arts genieten van 4 sessies bij de diëtist. In de praktijk blijkt dat diabeten die chronisch opgevolgd worden (standaard enkele keren per jaar) betere resultaten halen. Het allerbelangrijkste blijft echter dat de diëtist samen met de patiënt - en op diens tempo - op weg gaat.

DIT ARTIKEL KWAM TOT STAND IN SAMENWERKING MET DE VLAAMSE BEROEPSVERENIGING VAN DIËTISTEN.

“Multidisciplinaire aanpak kan chronische pijn beheersbaar maken”



■ Revalidatiearts Maaiken Vander Plaetse en anesthesist Stefan Evers van het Multidisciplinair Centrum voor Chronische Pijn van het Jessa Ziekenhuis in Hasselt.

Meer dan 1 op de 5 Belgen heeft met chronische pijn te maken. Bij een groot deel van hen heeft dat zulke impact, dat het dagelijkse functioneren sterk wordt belemmerd. “De behandeling van chronische pijn vereist een globale aanpak waarbij de medische, psychologische en sociale aspecten worden bekeken”, zeggen revalidatiearts Maaiken Vander Plaetse en anesthesist Stefan Evers van het Jessa Ziekenhuis in Hasselt.

Wanneer spreken we over chronische pijn?

Vander Plaetse: “Vanaf 3 maanden wordt pijn chronisch genoemd, na 6 maanden is de kans klein dat deze nog volledig verdwijnt. Hoe langer de pijn bestaat, des te groter de kans dat deze een weerslag heeft op het functioneren: lichamelijk, psychisch, sociaal en professioneel. De meest frequente oorzaak bevindt zich in het bewegingsstelsel, waarbij lage rugpijn het meeste voorkomt. In tegenstelling tot acute pijn, die ons waarschuwt voor schade aan het lichaam, heeft chronische pijn geen signaalfunctie meer: het is een ziekte op zich.”

Evers: “Bij chronische pijn treden fysiologische veranderingen op in het zenuwstelsel. De

gevoeligheid van het lichaam past zich aan en koppelt zich los van het oorspronkelijke letsel. De pijn kan worden versterkt door emoties, de manier van omgaan met de pijn en de ernst van de eerste aandoening. Een behandeling moet zich richten op al die componenten: men noemt dat een biopsychosociale benadering.”

” In tegenstelling tot acute pijn heeft chronische pijn geen signaalfunctie meer: het is een ziekte op zich.

Wat houdt die multidisciplinaire, biopsychosociale aanpak in?

Evers: “Hoe langer de pijn aanwezig is, des te groter het belang van psychische en sociale factoren wordt: mensen geraken geïsoleerd, gaan niet meer werken, kennen geen ontspanning meer, enz. We moeten dus de pijn en de gevolgen aanpakken. We doen dat multidisciplinair met een arts, verpleegkundige, psycholoog, ergotherapeut, kinesist en sociaal werker. Vaak moet ook het medicatiegebruik kritisch worden bekeken.”

Hoe belangrijk is een preventieve benadering?

Vander Plaetse: “Zeer belangrijk. Patiënten met een hoog risico op de ontwikkeling van chronische pijn moeten snel een aanpak op maat krijgen: actieve revalidatie, aanmoedigen van zelfmanagement, bijsturing van psychologische factoren en ondersteuning van het sociaal en professioneel functioneren. Een voorbeeld hiervan is een recent ontwikkeld interactief zorgpad voor aanpak van lage rugpijn door eerste en tweede lijnszorg.”

Evers: “Wordt de pijn toch chronisch, dan streven wij ernaar om – ondanks de pijn – de patiënt weer beter te laten functioneren. Hierdoor wordt de impact op de patiënt en de maatschappij zo klein mogelijk gehouden.”

JESSA
ZIEKENHUIS

► www.jessazh.be

Sandra Gasten

redactie.be@mediaplanet.com

“Weer normaal leven dankzij neurostimulator”

Dag en nacht ondraaglijke pijn lijden: zo zag tot voor kort het leven van Jenthe Desmet (20) eruit. Door zijn ziekte, het ACNES-syndroom, was een normaal leven onmogelijk. Tot een dokter met de oplossing kwam: de implantatie van een neurostimulator.



■ Jenthe Desmet (20) lijdt aan het ACNES-syndroom.

Hoe heeft de ziekte jouw leven beïnvloed?

“Zolang ik me kan herinneren, heb ik pijn in mijn buik gevoeld. Soms was dat lichte pijn, soms een pijncrisis. Dan kon ik enkel nog in bed liggen en was ik volledig afhankelijk van anderen. Door die ziekte ben ik twee jaar op school verloren en moest ik altijd morfine innemen”, vertelt Jenthe. “Het heeft lang geduurd voor mijn ziekte een naam kreeg. Uiteindelijk ontdekte een specialist dat het om het ACNES-syndroom ging, een ziekte waarbij pijn ontstaat door beknelde zenuwen in de buikwand. Er zijn pijngradaties van 0 tot 10, waarbij ik in categorie 10 zit.”

Kreeg je door die diagnose zicht op een oplossing?

“De ziekte is zo zeldzaam dat er in België geen onderzoek naar gebeurt. Vaak wordt ze met andere aandoeningen verward, zoals een blindedarmonsteking. In een gespecialiseerd Nederlands ziekenhuis heb ik twee operaties gehad, maar die hielpen niet. Er werd ook een pijnpleister gebruikt om de buikze-

nuw als het ware te ‘verbranden’, opnieuw zonder resultaat. Via via zijn we vorig jaar bij een dokter terechtgekomen die ons een neurostimulator heeft aangeraden.”

” De zenuwen worden via kleine elektrische pulsen gestimuleerd, waardoor pijnsignalen worden onderschept voor ze de hersenen bereiken.

Wat doet die neurostimulator juist in het lichaam?

“Zo’n neurostimulator wordt vaak gebruikt bij chronische lies- en rugpijnen en bij zeldzame aandoeningen zoals clusterhoofdpijn. De zenuwen worden via kleine elektrische pulsen gestimuleerd, waardoor pijnsignalen worden onderschept voor ze de hersenen

bereiken. Hierdoor wordt de pijn vervangen door tintelingen of helemaal niets. Bij mij is de pijn nu grotendeels verdwenen. Soms is ze even terug en moet ik de stimulatie via een extern toestel verhogen, maar ik hoef alleszins geen medicatie meer te nemen en leid weer een normaal leven.”

Zijn er ook nadelen aan het toestel verbonden?

“Er zijn geen fysieke ongemakken. Het toestel is echter niet goedkoop en de batterij moet na enkele jaren worden vervangen. Enkel voor nek- en rugproblemen is er een terugbetaling voorzien, maar voor alle andere indicaties niet. Indien ik geen steun had gekregen van mijn ouders, was deze oplossing wellicht onmogelijk geweest. Nochtans kost de terugbetaling van zo’n neurostimulator op termijn aan de samenleving veel minder dan andere behandelingen die minder of zelfs geen resultaat hebben.”

Sandra Gasten

redactie.be@mediaplanet.com

“We moeten focussen op de capaciteiten van mensen, niet op hun beperkingen”

Het ligt niet voor de hand, maar een essentieel onderdeel van de begeleiding van mensen met chronische pijn is re-integratie in de maatschappij door terug aan het werk te gaan. Daar is dr. Saskia Decuman, ergotherapeute en ondersteunend expert onderzoek en ontwikkeling op de dienst voor uitkeringen van het RIZIV, al langer van overtuigd. Nu komt het erop aan dergelijke aanbevelingen om te zetten in richtlijnen voor het beleid.

” Een essentieel onderdeel van de begeleiding van mensen met chronische pijn is re-integratie in de maatschappij door weer aan het werk te gaan.

Sinds enige tijd werkt het kenniscentrum arbeidsongeschiktheid van het RIZIV onder leiding van Decuman nauw samen met het internationale stakeholdersplatform SIP (Societal Impact of Pain). Op die manier tracht het centrum de resultaten over de re-integratie van mensen met chronische pijn concreet ingang te doen vinden in onze samenleving. Daarenboven geeft het kenniscentrum op die manier ook zijn expertise door aan het SIP-platform.

Hoe is de samenwerking tussen het kenniscentrum arbeidsongeschiktheid van het RIZIV en het SIP-platform tot stand gekomen?

“In 2017 werd ik door de Europese Pijnfederatie gevraagd om deel te nemen aan het SIP-symposium in Malta. Daar werd nagedacht over het formuleren van Europese richtlijnen rondom de problematiek van de maatschappelijke impact van pijn. Eén van de werkgroepen had als focus jobbehoud en re-integratie. Daar zijn de eerste stappen ook gezet voor een meer structurele samenwerking tussen onze dienst en SIP België. Samen met andere partners van SIP België zoals BPS, patiëntenorganisaties, ziekenfondsen, EFIC en Grünenthal streven we naar het organiseren van een Belgisch symposium in 2019 waar alle relevante stakeholders zullen samen gebracht worden om uiteindelijk tot beleidsaanbevelingen te komen.”

Welke speerpunten stelt u daarbij voorop?

“We willen aandacht hebben voor het thema re-integratie waarbij we een ruimere focus zullen hebben dan het uitvoeren van een betaalde job. Daarnaast zal het behoud van tewerkstellingskansen een rode draad zijn



Dr. Saskia Decuman, ergotherapeute en ondersteunend expert onderzoek en ontwikkeling op de dienst voor uitkeringen van het RIZIV.

© FOTO: ISABELLE PATEER / OTHERWEYES

door het congres heen. We weten immers dat niet kunnen werken niet enkel gevolgen heeft op financieel vlak, maar ook op het vlak van sociale contacten, identiteitsaspecten en structuur in het dagelijks leven. Door dit individuele en maatschappelijke belang willen we het thema hoog op de agenda plaatsen. Huidige barrières en mogelijke oplossingen met betrekking tot het thema re-integratie zullen multidisciplinaire besproken worden. We zijn dat met een stuurgroep aan het uitwerken.”

Hoe geraken die principes dan uiteindelijk tot bij de mensen op het terrein - met name de hulpverleners en de patiënten?

“Dat moet via verschillende kanalen gebeuren. En daar kunnen we met het symposium ook een antwoord op bieden. Via sensibilisatie willen we de actoren van het terrein uitnodigen voor voorbereidende workshops, zodat ze actief betrokken worden bij de organisatie van het symposium. Anderzijds heeft onze dienst in dat verband ook meer algemene initiatieven, zoals de opleiding ‘Disability management’, die we samen met een interuniversitair consortium van docenten organiseren. Met deze opleiding willen we de mensen op het terrein de nodige tools en competenties aanbieden om op een efficiënte manier patiënten te begeleiden. Onder onze cursisten rekenen we bijvoorbeeld adviserende artsen en paramedici van de mutualiteiten, maar ook arbeidsartsen, HRM-medewerkers, jobcoaches en derge-

lijke meer. Zij krijgen een specifieke methodologie aangeleerd en worden ingelicht over alle relevante achtergrondinformatie.”

U gaf ook aan dat het meer en meer van belang is om in te zetten op re-integratie, onder meer vanuit de vaststelling dat er steeds meer mensen zijn met één of meerdere chronische aandoeningen die aan het werk willen. Over welke aandoeningen hebben we het dan?

“Vanuit het kenniscentrum proberen we uiteraard maximale aandacht te hebben voor de meest voorkomende problematieken, zoals bijvoorbeeld lage rugpijn. Maar ook daar zien we een evolutie. We willen bijvoorbeeld ook meer aandacht besteden aan een goede begeleiding van mensen met kanker. Goede nazorg na een behandeling is hier uiteraard een bepalende factor voor de levenskwaliteit. Concreet betekent dat dan dat we moeten analyseren welke extra ondersteuning mensen nodig hebben in functie van symptomen zoals pijn, vermoeidheid en concentratiestoornissen.”

Dat lijkt me geen evidentie.

“Inderdaad. Daarom hebben we op dit vlak nood aan een geïntegreerde visie. We mogen absoluut niet in silo’s denken. Het is een ‘en-en-verhaal’ waarin alle actoren elkaar moeten ondersteunen: werkgever, collega’s, de adviserende arts, de behandelende arts, arbeidsarts, huisarts, verplegend personeel, familie, vrienden, enz.”

Op welke manier kan de interactie tussen al die spilfiguren vlot verlopen?

“Door vroegtijdig de problematiek van de re-integratie ter sprake te brengen met de betrokken persoon. Re-integratie zou - indien mogelijk - één van de behandeldoelen moeten zijn, naast de medische aspecten. De communicatie tussen alle stakeholders is daarbij een constant aandachtspunt. Ideaal is dat voor complexe situaties één van de actoren de rol van coördinator (case manager) kan opnemen. Die persoon moet enerzijds de mogelijkheden op de werkplek exploreren en matchen aan de mogelijkheden van het individu en anderzijds kaas gegeten hebben van de wetgeving die typisch is voor dergelijke zorgsituaties. Daarnaast moet hij natuurlijk ook in staat zijn om vlot alle info aan de juiste personen te bezorgen. Zo maakt re-integratie via tewerkstelling een reële kans.”



► www.sip-platform.eu

Diederik Vandendriessche
redactie.be@mediaplanet.com

“Chronische ziekten gaan vaak gepaard met urineverlies of blaasproblemen”

Chronische aandoeningen gaan vaak gepaard met urologische problemen. Daarnaast kunnen urologische aandoeningen ook een chronisch karakter hebben. Beide vragen om een adequate aanpak. Gesprek met prof. dr. Dirk De Ridder, voorzitter van de Belgische Vereniging voor Urologie (BVU).



Prof. dr. Dirk De Ridder · Voorzitter van de Belgische Vereniging voor Urologie (BVU)

■ Wat is de link tussen chronische neurologische aandoeningen en urologische problemen?

“Chronische neurologische aandoeningen zoals Multiple Sclerose (MS) of de ziekte van Parkinson gaan haast altijd gepaard met urineverlies of blaasproblemen. Bij MS gaat het over bijna 90% van de patiënten, bij Parkinson over bijna 50%. Vaak is deze problematiek onzichtbaar voor zowel artsen als de omgeving - zij focussen zich immers vaak op de motorische problemen. Als je echter aan de patiënten zelf vraagt wat zij als de grootste handicap ervaren, dan zit incontinentie vaak in de top 3.”

“Omdat incontinentie zich onder de gordel afspeelt, blijven helaas veel artsen en neurologen deze problematiek naast zich neerleggen. Vaak wordt aan patiënten gezegd dat het met de leeftijd te maken heeft, terwijl het een rechtstreeks gevolg is van de neurologische aandoening. Daarnaast is er de seksuele problematiek, die eveneens een impact heeft op de levenskwaliteit. Ook die wordt onderbelicht.”

■ Zijn er nog patiëntengroepen die hiermee te maken krijgen?

“Een groeiende groep zijn de personen met beginnende dementie. Zij krijgen vaak medicatie voorgeschreven die de blaas kan prikkelen. Hierdoor moeten patiënten vaak en dringend plassen. Meestal wordt dat toegewezen aan het dementiebeeld zelf, terwijl het soms ook aan de medicatie ligt. Er dient dan een overleg te gebeuren tussen de neuroloog en

de uroloog of de medicatie moet of kan worden stopgezet, en of ze eventueel kan worden gecombineerd met een ander middel.”

“Net zoals bij MS en Parkinson blijven deze zaken helaas vaak onder de radar, waardoor heel wat patiënten onderbehandeld worden of niet op de hoogte zijn dat er voor hun blaas- en seksuele problemen mogelijk oplossingen bestaan.”

■ Welke oplossingen bestaan er?

“Voor milde vormen van blaasproblemen kunnen specifieke kinesithérapie of bekkenbodemptherapie een oplossing bieden. Daarnaast zijn anticholinergica nodig. Deze relaxeren de blaas en kunnen vlot worden gebruikt. Verder zijn er de beta3-agonisten. Dat zijn relatief efficiënte orale medicijnen die vlot kunnen worden gebruikt en niet al te veel bijwerkingen of risico's met zich meebrengen.”

”Heel wat patiënten zijn er niet van op de hoogte dat er voor hun blaas- en seksuele problemen mogelijk oplossingen bestaan.

“Indien medicatie niet voldoet, dan kunnen we botoxinjecties toedienen. Botox is immers een sterke spierontspanner die kan worden ingespoten in de blaaswand en zo zonder bijwerkingen de blaas een halfjaar tot een jaar kan ontspannen. Bij een andere patiëntengroep kunnen we sacrale zenuwstimulatie toepassen. Dat is een soort pacemaker waarmee we de blaas opnieuw gecoördineerd kunnen laten werken. Uitzonderlijk moeten we met sondes werken die via de buik of het urinekanaal rechtstreeks in de blaas zitten.”

■ Wat met urologische aandoeningen die een chronisch karakter hebben?

“We spreken dan vooral over kwaadaardige aandoeningen zoals blaaskanker of prostaatkanker. Vroeger had men bij het vaststellen van deze aandoeningen vaak niet lang meer te leven. Vandaag kunnen deze, zelfs wanneer ze uitgezaaid zijn, efficiënt worden behandeld. Zo slagen we erin om patiënten langer en kwalitatief in leven te houden. Deze kan-



90% van de MS-patiënten en 50% van de parkinsonpatiënten heeft te maken met **urineverlies of blaasproblemen**.



Jaarlijks duiken er ruim 8.000 nieuwe gevallen van **prostaatkanker** op. Het is hiermee de 4de meest voorkomende kanker in België.



Daarnaast worden ruim 2.300 mensen gediagnosticeerd met **blaaskanker**.

De ziekte treft vooral mannen: 1.800 tegenover 500 vrouwen. Blaaskanker staat hiermee op de 7de plaats in de lijst met meest voorkomende kankers in België.

kers krijgen nu dus een chronisch karakter. Veel patiënten moeten met andere woorden leren leven met de kanker die nog sluimerend aanwezig is, maar onder controle wordt gehouden. Sommigen genezen zelfs volledig, maar dienen wel verder te leven met de gevolgen van de behandeling.”

■ Welke gevolgen kunnen er zijn?

“Bij prostaatkanker kunnen de bestralingen of operaties voor een blijvende vorm van incontinentie of seksuele disfunctie zorgen. Chronische behandelingen worden dan noodzakelijk. Daarnaast is niet iedereen genezen na de behandeling. Een verdere opvolging met bijkomende medicatie, bestralingen en chemo is dan aangewezen. Dat kan zich spreiden over verschillende jaren, waardoor ze in een chronische situatie terechtkomen.”

“Bij blaaskanker zijn er twee soorten. Een oppervlakkige blaaspoliep is op zich niet kwaadaardig, maar komt wel frequent terug. Hierdoor moeten patiënten regelmatig naar het ziekenhuis om hun blaas te laten controleren en eventuele poliepen te laten verwijderen. De tweede soort betreft een meer invasieve vorm die doorgroeit en zich als een kwaadaardige tumor gedraagt. De blaas moet dan vaak worden weggenomen en worden vervangen door een stoma. Zulke patiënten worden hier levenslang mee geconfronteerd in hun dagelijkse leven, samen met de verwikkelingen die ermee gepaard kunnen gaan.”

“Urologische oncologie is bijgevolg op enkele jaren tijd geëvolueerd van een acute naar een multidisciplinaire aanpak die zich richt op het langer en comfortabeler leven van patiënten. De groep van deze ‘chronische’ kankerpatiënten zal in ieder geval nog verder toenemen, waardoor er een grotere aandacht zal moeten komen voor ambulante zorg en begeleiding.”

bvu

belgische vereniging voor Urologie

► www.bvu.be

Joris Hendrickx

redactie.be@mediaplanet.com

Experten vragen om nieuwe aanpak van diabetes

Naar aanleiding van een rondetafelgesprek tussen artsen en beleidsmakers rond de aanpak van diabetes vroegen we drie vooraanstaande experts naar hun visie. Interview met prof. Martin Buysschaert, prof. dr. Christophe De Block en dr. Yoleen Van Camp.

Waarom is preventie zo belangrijk?

Prof. Buysschaert: “Wereldwijd zijn er intussen al meer dan 420 miljoen patiënten. Als we onze gezondheidspolitiek niet veranderen, dreigt dat cijfer nog verder te stijgen. Om patiënten tijdig te kunnen behandelen en complicaties te vermijden, is het belangrijk om meer in te zetten op preventie.”

” Om patiënten tijdig te kunnen behandelen en complicaties te vermijden, is het belangrijk om meer in te zetten op preventie.



Prof. Martin Buysschaert · Diabetoloog
Cliniques universitaires Saint-Luc Bruxelles en
voorzitter l'Association Belge du Diabète



Prof. dr. Christophe De Block
Diabetoloog UZA en voorzitter Diabetes Liga



Dr. Yoleen Van Camp
Kamerlid Federaal Parlement

Wanneer moet er preventief worden ingegrepen?

Prof. Buysschaert: “Bij type 2 diabetes is er een ‘prediabetesperiode’ waarbij er nog geen echte suikerziekte is, maar waarbij de suikervwaarden in het bloed wel tussen het normale niveau en dat van suikerziekte schommelen. In deze grijze zone is het mogelijk om preventief op te treden, maar dan moet wel de diagnose kunnen worden gesteld. Er zijn in dat stadium immers nog geen symptomen.”

“Het komt er dus op aan om mensen met een verhoogd risico op diabetes (overgewicht, het voorkomen van diabetes in de familie, ouder zijn dan 45, enz.) te testen. Wanneer prediabetes tijdig kan worden behandeld, dan kan echte diabetes worden vermeden. Behandelt men het niet, dan zal ongeveer de helft van de patiënten evolueren naar echte diabetes. Daarnaast wordt prediabetes geassocieerd met cardiovasculaire complicaties.”

Waaruit bestaat de preventieve behandeling?

Prof. Buysschaert: “Bij prediabetes is het mogelijk om zeer efficiënt te behandelen door in te grijpen in de levensstijl. Medicatie is dus dikwijls niet noodzakelijk. Een vermindering van de Body Mass Index van 5% is vaak al zeer doeltreffend om de evolutie naar suikerziekte en cardiovasculaire aandoeningen tegen te houden. Concreet kan dat door te diëten in combinatie met dagelijkse lichaamsbeweging.”

Welke nieuwe ontwikkelingen zijn er op het vlak van diabetes?

Prof. De Block: “Er bestaan nieuwe geneesmiddelen voor diabetes die naast een glucoseverlagende werking hun nut al hebben bewezen op basis van cardiovasculaire pro-

tectie bij mensen die op dat vlak een hoog risico lopen (zwaarlijvig, hoge bloeddruk, slechte cholesterolwaarden,...). Ik denk dan bijvoorbeeld aan renale glucose reabsorptie remmers (SGLT2-remmers) en producten die werken op het verhogen van darmhormonen (GLP-1 receptor agonisten). Zij slagen erin om het risico op hart- en vaatziekten en beroertes met 13 à 14% terug te dringen. Bovendien hebben ze een nierbeschermend effect, geven ze gewichtsreductie en houden ze slechts een zeer beperkt risico in op hypo's.”

” Er bestaan nieuwe geneesmiddelen voor diabetes die naast een glucoseverlagende werking hun nut al hebben bewezen op basis van cardiovasculaire protectie.

Zijn deze medicijnen voor alle patiënten beschikbaar?

Prof. dr. De Block: “Helaas worden deze medicijnen slechts voor een beperkt aantal patiënten terugbetaald, als tweede of derde stap in de behandeling. Metformine blijft in alle internationale richtlijnen de eerste stap. In België worden bepaalde nieuwe geneesmiddelen pas terugbetaald wanneer het hemoglobine A1c tussen de 7 en 9% is.

In andere gevallen moeten we ons blijven behelpen met oudere medicijnen, waarbij er een hoger risico is op gewichtstoename en een te lage bloedsuikerspiegel.”

Wat zeggen de internationale richtlijnen?

Prof. dr. De Block: “De internationale richtlijnen bevelen deze nieuwe medicijnen aan als prioritaire middelen voor mensen met een hoog cardiovasculair risico. Zo'n 10 à 15% van de kosten van diabetes is te wijten aan medicatie, terwijl 80 tot 85% het gevolg is van acute en chronische complicaties die beduidend kunnen worden verminderd door een zinvolle introductie van nieuwe geneesmiddelen.”

Welke verbeteringen zijn er vanuit de overheid mogelijk om diabetes beter aan te pakken?

Dr. Van Camp: “De sociale zekerheid is een federale bevoegdheid. De deelstaten zijn daarentegen met zeer beperkte middelen verantwoordelijk voor preventie en screenings. We ijveren daarom voor een splitsing van de sociale zekerheid, zodat alle bevoegdheden op één niveau komen en er een meer eenduidig beleid kan komen dat inzet op preventie, screening en een zo snel mogelijke ondersteuning en behandeling. Die splitsing is belangrijk omdat deelstaten dan over volledige budgetten beschikken om dat te realiseren.”

Wat met de bijkomende ondersteuning voor patiënten?

Dr. Van Camp: “Wij vragen een screening, zodat mensen sneller geholpen worden

en schade op langere termijn kan worden vermeden. Dat vraagt dan ook wel om een betere ondersteuning na de (vroeg)diagnose. Vandaag wordt bijvoorbeeld een diabetes-educator pas terugbetaald op het moment dat mensen moeten inspuiten. Dat is te laat. Wij vragen ondersteuning van bij de diagnose, want een vroege begeleiding werpt op lange termijn zijn vruchten af.”

” Er moet een betere terugbetaling komen van nieuwe geneesmiddelen.

Wat zijn de aanbevelingen op het vlak van nieuwe geneesmiddelen?

Dr. Van Camp: “Er moet een betere terugbetaling komen van nieuwe geneesmiddelen. Momenteel moet men immers vaak noodgedwongen grijpen naar (terugbetaalde) medicatie die minder goed werkt, terwijl de protocollen nieuwere en meer gepaste medicatie aanbevelen die nog niet wordt terugbetaald. Onze resolutie zal dit alles (screening, vroegere ondersteuning, betere terugbetaling medicatie,...) regelen.

MET ONDERSTEUNING VAN ASTRAZENECA
(WWW.ASTRAZENECA.BE)

Joris Hendrickx
redactie.be@mediaplanet.com

■ Carry Goossens over zijn rol als peter van de Alzheimer Liga:

“Mensen met dementie zijn niet per se ongelukkig, ze leven gewoon in een andere realiteit”

Carry Goossens (65) kennen we als de vrolijke Oscar uit FC De Kampioenen, maar hij speelde ook al serieuzere rollen in onder meer Code 37 en Professor T. Ook in het echte leven laat hij zich weleens van zijn serieuzere kant zien. Zo is hij sinds 2017 peter van de Alzheimer Liga Vlaanderen.

■ Waarom heeft u zich voor de Alzheimer Liga geëngageerd?

“Een jaar geleden heb ik voor de eerste keer de voorstelling ‘Vergeet mij niet’ in het Fakkeltheater in Antwerpen gespeeld. Het stuk vertelt het verhaal van de vriendschap tussen de gepensioneerde leerkracht Herman, die aan het dementeren is, en zijn kleinzoon Stan. Ik heb die rol aanvaard, omdat ik in mijn jeugd bij vrienden veel grootouders met de ziekte van Alzheimer heb gezien. Ik zag wat die voor de families betekende. Toen we de eerste voorstelling in april vorig jaar speelden, zijn er medewerkers en leden van de Alzheimer Liga komen kijken. Jan Van Rompaey was toen tien jaar peter van de vzw en wilde dat peterschap doorgeven. De liga is toen naar mij gekomen. Dementie, in al zijn vormen, kan iedereen overkomen en komt door de vergrijzing steeds vaker voor. Als bekende Vlaming draag ik graag mijn steentje bij om de ziekte nog meer bekend te maken.”

■ Heeft u zelf al vaak met de ziekte te maken gekregen?

“In mijn familie komt dementie gelukkig niet voor, maar ik zie het wel vaker bij vrienden en kennissen opduiken. Door

” Als je met dementerende mensen in contact komt, is het belangrijk om in hun wereld proberen binnen te stappen. Blijf niet vasthangen in je eigen wereld, want dan valt elke communicatie weg.

Carry Goossens
Peter Alzheimer Liga Vlaanderen

mijn peterschap lees ik er ook meer over en ga ik geregeld – als mijn drukke agenda het toelaat – naar lezingen van de Alzheimer Liga. Zo heb ik op de Werelddag van Dementie vorig jaar een interessante speech gehoord over wat er juist met onze hersenen gebeurt in het geval van dementie. Heel verrijkend, omdat ook weinig mensen weten wat dementie juist betekent.”

■ Boezemt de ziekte u als acteur geen angst in?

“Absoluut. Een acteur leeft van tekst en spraak. Als dementie mij overkomt, kan ik mijn job niet meer uitoefenen. Dementie is voor een acteur een van zijn ergste nachtmerries. Toen ik in mijn jonge jaren nog bij het Antwerpse Reizend Volkstheater speelde, was een van mijn collega's Leo Rozenstraten. Op zijn 63ste heeft die de eerste tekenen van dementie gekregen. Ik heb toen de paniek in zijn ogen gezien toen hij het moeilijk kreeg om teksten te onthouden. Onlangs kwam ook het verhaal van mijn collega-acteur Michel Van Dousselaere naar boven. Hij lijdt aan afasie, een zeldzame vorm van dementie. Hij beseft nog alles, maar is niet meer in staat om het in woorden uit te drukken. Verschrikkelijk wat hem nu overkomt.”



■ Ik wil blijven acteren tot het fysiek echt niet meer gaat of tot ik de teksten niet meer kan onthouden.

© FOTO: KRIS VAN EXEL

■ **Het toneelstuk 'Vergeet mij niet' gaat begin 2019 weer op tournee. Heeft u veel research voor dat stuk gedaan?**

"Een acteur speelt deels op kennis, maar ook deels op buikgevoel. Ik heb ooit eens een afdeling met dementerenden bezocht. Veel mensen wisten niet wie ik was, maar herkenden mij wel als Oscar. Als acteur heb ik altijd de reflex om mensen te bestuderen: hoe reageren ze, welke gelaatsuitdrukkingen hebben ze of wat is hun lichaamstaal? En uit die ontmoetingen heb ik veel geleerd om dit stuk te kunnen spelen. Ik heb ook de documentaire over de dementerende countryzanger Glenn Campbell gezien. Een prachtig document is dat. Zo'n dingen helpen mij om mijn rol op te bouwen. Na de voorstellingen vorig jaar kwamen heel wat leden van de Alzheimer Liga mij zeggen: 'Carry, je hebt alle fasen in het proces van dementie perfect vertolkt. Het klopt als een bus.' Dat was wel een compliment natuurlijk."

■ **Waarom moeten mensen naar het stuk komen kijken?**

"Het is een boeiende voorstelling met een boodschap. Als je met dementerende mensen in contact komt, is het belangrijk om in hun wereld proberen binnen te stappen. Blijf niet vasthangen in je eigen wereld, want dan valt elke communicatie weg. In de voorstelling speelt Anne De Winne de verpersoonlijking van het begrip dementie. Ze is fysiek aanwezig op de scène, maar maakt geen deel uit van de realiteit van de andere personages. Je voelt haar aanwezigheid enorm. Hoe meer de dementie toeslaat, hoe dichter ze bij de opa komt. Tot ze elkaar op het einde omhelzen, een metafoor om te duiden dat de dementie en de persoon één zijn geworden. Dementie is een vreselijke ziekte: ze neemt je karakter over. Maar mensen met dementie zijn niet per se ongelukkig, ze leven gewoon in een andere realiteit."

■ **Hoop je dat je zelf nog lang actief zal kunnen blijven?**

"Zeker. Ik ben op mijn 65ste nog altijd heel actief in de televisie- en theaterwereld en moet dus nog veel teksten van buiten leren. Maar goed ook. Door de activiteit van je hersenen te blijven stimuleren, blijf je functioneren. Hersenen kan je vergelijken met een spier die in beweging moet blijven. Ik heb nu al opdrachten tot begin 2020 en ik kijk ernaar uit om die te gaan doen. Ik ben intussen wel de 'bompa' van de set, maar ik doe het nog altijd met grote goesting. Ik wil blijven acteren tot het fysiek echt niet meer gaat of tot ik de teksten niet meer kan onthouden. Mijn vrouw stimuleert me daar gelukkig ook in. Maar wanneer het niet meer zou lukken, stop ik. Ik wil mijn leven in schoonheid eindigen en me niet vastklampen aan de laatste strohalm."

■ **Heb je met je vrouw al afspraken gemaakt mocht een van jullie fysiek of mentaal beginnen te sukkelen?**

"Ja, we hebben al het een en ander besproken en op papier gezet voor het geval we problemen zouden krijgen. Wanneer mijn levenskwaliteit niet meer goed is, wil ik dat er een einde aan wordt gemaakt. Ik heb wel een meer fatalistische visie op het leven dan mijn vrouw. Mijn vrouw is yogalerares en veel meer met gezondheid en voeding bezig dan ik, maar ze begrijpt mijn beslissing wel. Ik wil vooral gelukkig zijn en niet ongelukkig worden door een bepaalde levensstijl te hanteren om per se 90 jaar te worden."

Sandra Gasten

redactie.be@mediaplanet.com

Holistische zorgverlening voor personen met MS



—
Luc De Groote
Directeur
MS-Liga

De MS-Liga is een atypische patiëntenorganisatie: ze werkt niet enkel met vrijwilligers, maar heeft ook professionele maatschappelijk werkers. “Om de begeleiding van personen met MS nog beter te organiseren, zou de maatschappelijk werker in de toekomst ook aanwezig moeten zijn in de tweedelijns hulpverlening”, zegt directeur Luc De Groote.

Waarom zijn maatschappelijk werkers bij de MS-Liga zo belangrijk?
“Onze 18 maatschappelijk werkers verstrekken informatie aan de 4.500 personen met

MS in hun thuisomgeving. Ze zorgen voor begeleiding en ondersteuning op administratief en sociaal vlak. Ook de persoonlijke opvang die zij bieden, is essentieel: bijeenkomsten van personen met MS, partnerbijeenkomsten en zelfs ontmoetingen tussen de kinderen. MS is een evolutieve ziekte die ongeneeslijk is, en vanaf de diagnose weet niemand hoe zijn of haar verdere leven eruit zal zien. Dat maakt sociale begeleiding, ook voor de omgeving, immens belangrijk.”

Met welk voorstel stapten jullie naar de politiek?

“Sinds 2009 zijn we bezig met het uitbouwen van een multidisciplinaire raadpleging. Dat wil zeggen dat niet alleen de neuroloog, de verpleegkundige, de psycholoog of andere paramedici aanwezig zijn bij de raadpleging in de gespecialiseerde instellingen voor personen met MS, maar ook onze maatschappelijk werkers. Zij zorgen zo als tussenpersoon voor de verbinding tussen de thuisomgeving en de tweede lijn. Jammer genoeg krijgen we voor dat model momenteel geen subsidies. Toch kan het al volledig in werking tre-

den voor 1.000 euro per patiënt per jaar. Het model beantwoordt 100% aan de voorwaarden voor geïntegreerde zorgprojecten voor de toekomst. Het holistische zorgsysteem dat wij voor ogen hebben - gebaseerd op de levensdomeinen - is eigenlijk ook perfect bruikbaar voor andere evolutieve chronische ziektes zoals de ziekte van Parkinson”

” We zetten maximaal in op het feit dat de persoon met MS zo veel mogelijk de regie van zijn of haar leven in handen houdt.

Wat is er mis met het huidige systeem?

“Zonder specifieke doorverwijzing van de arts naar de MS-Liga, blijven personen met MS thuis te vaak met hun problemen zitten. Na de raadpleging stopt al te vaak

het proces - niemand neemt de gespecialiseerde zorgcoördinatie verder op zich. Het laatste wat wij willen doen, is ‘betutelen’: we zetten maximaal in op het feit dat de persoon met MS zo veel mogelijk de regie van zijn of haar leven in handen houdt. Maar MS gaat gepaard met een aantal drempels, waaronder het meedelen van de diagnose aan de -vaak niet goed geïnformeerde - werkgever. Wij zijn er om dat gesprek mee te voeren, ook wanneer werken écht niet meer gaat. Al is bezig blijven voor elke persoon met MS essentieel, op welke manier dan ook.”



► www.ms-vlaanderen.be

Lilith Geeraerts
redactie.be@mediaplanet.com

Epilepsie: 1 op de 3 patiënten niet geholpen met medicatie

Epilepsie is een van de meest voorkomende hersenaandoeningen. Naar schatting 1% van de bevolking heeft er last van, wat voor Vlaanderen neerkomt op zo’n 61.000 patiënten. Prof. dr. Paul Boon, voorzitter van de Epilepsie Liga, licht de uitdagingen toe.

Wat houdt epilepsie precies in?

“We spreken van epilepsie wanneer iemand meer dan één keer een epileptische aanval heeft. Zo’n aanval is een verandering in het bewustzijn, het gedrag of de emotie van patiënten, waarbij de oorzaak ligt in een abnormale elektrische storing in de hersenschors. Een epileptische aanval kan diverse vormen aannemen, van heel extreem tot heel subtiel.”

Welke behandelingsmogelijkheden zijn er?

“Er zijn in België zo’n 15 verschillende anti-epileptica op de markt die allemaal een specifiek werkingsmechanisme hebben en dus ook beter helpen bij bepaalde types van aanvallen. De helft van de patiënten zal dankzij het nemen van één van deze medicijnen meteen aanvalsvrij worden. De andere helft van de patiënten - die hier dus niet mee geholpen kunnen worden - krijgen een tweede medicijn. Zo kan nog eens 15% van de patiënten aanvalsvrij worden verklaard. Indien het dan nog niet lukt, dan is de kans dat men geholpen kan worden door nog meer medicijnen te geven verwaarloosbaar.”



—
Prof. dr. Paul Boon
Voorzitter van de
Epilepsie Liga

” We spreken van epilepsie wanneer iemand meer dan één keer een epileptische aanval heeft.

Voor 1 op de 3 patiënten biedt medicatie dus geen oplossing. Welke opties zijn er dan voor hen?

“Hiervoor bestaan er in België 4 gespecialiseerde epilepsiecentra. Daar gaan we in eerste instantie na of het wel om epilepsie gaat. Vervolgens wordt er gekeken of we bijvoorbeeld via een chirurgische behandeling de plaats van de kortsluiting kunnen verwijderen. De voorwaarde hiervoor is dat dat geen bijkomend letsel kan veroorzaken. De slaagkans van een operatie is 50 tot 75%. Er blijft dan nog een kleine groep over die ook met een operatie niet geholpen kan worden. Voor hen zijn er sinds enkele jaren de neuromodulatie technieken. Daarbij wordt een apparaatje ingeplant dat bepaalde delen van de hersenen stimuleert met elektrische prikkels.”

Welke bijkomende problemen kunnen zich voordoen?

“Epilepsie is een chronische ziekte waarbij de meeste patiënten jarenlang of zelfs hun hele leven medicatie moeten nemen die al dan niet bijwerkingen heeft. Daar-

naast mogen patiënten niet meer met een gemotoriseerd voertuig rijden en mogen ze bepaalde beroepen niet uitvoeren. Bovendien kan epilepsie een grote impact hebben op het privéleven: het moeilijker vinden van een partner, een lagere vruchtbaarheid bij vrouwen, enz. De meest voorkomende bijkomende aandoeningen zijn dan ook depressie en cognitieve stoornissen.”



► www.epilepsieliga.be

Joris Hendrickx
redactie.be@mediaplanet.com



■ MS is een complexe aandoening die het volledige zenuwstelsel kan aantasten.

© FOTO: PRIVÉ

“Het onderzoek naar MS blijft verder evolueren”



Dr. Anoek Symons

Senior medical manager bij Biogen

Na jaren van onderzoek bestaat er nog steeds geen geneesmiddel dat MS-patiënten volledig kan genezen. Farmaceutische bedrijven, onder meer het Amerikaanse Biogen, doen volop onderzoek naar de ziekte en ontwikkelen geneesmiddelen om MS te behandelen. Dr. Anoek Symons, senior medical manager bij Biogen, benadrukt dat er blijvend onderzoek naar de ziekte zal gebeuren.

■ Wat zijn de eerste symptomen van MS?

“MS is een complexe aandoening. Aangezien de ziekte het volledige zenuwstelsel kan aantasten, kunnen de eerste alarmsignalen zeer verschillend zijn van patiënt tot patiënt. Een diagnose van MS wordt door een neuroloog gesteld door middel van bijkomend onderzoek, met onder

andere een MRI-scanner, een lumbaalpunctie en een uitgebreid klinisch neurologisch onderzoek. Een diagnose van MS wordt meestal gesteld tussen de leeftijd van 25-35 jaar en komt veel meer voor bij vrouwen dan bij mannen.”

■ Sinds ongeveer 25 jaar bestaat er medicatie voor MS. Wat heeft dat opgeleverd voor MS-patiënten?

“Er is aangetoond dat de ziekte met deze medicatie kan afgeremd worden. Met de huidige medicatie kunnen we het aantal opstoten verminderen, wat toch wel belangrijk is voor de levenskwaliteit van de patiënt. We hebben de afgelopen jaren gemerkt dat als we de opstoten verminderen, we ook het vooruitzicht en de prognose van de patiënten sterk kunnen verbeteren. Maar we zijn er nog lang niet. We kunnen iemand die MS heeft nog altijd niet genezen. De schade die MS veroorzaakt, kunnen we nog niet herstellen. Net om deze reden zijn blijvende investeringen in onderzoek cruciaal om ook hier antwoorden op te kunnen bieden.”

■ Wat maakt het zo moeilijk om MS definitief uit te schakelen?

“MS is een complexe aandoening die het volledige zenuwstelsel kan aantasten en waarvan we de onderliggende oorzaken nog niet volledig ontrafeld hebben. Dat maakt het moeilijk om een geneesmiddel te ontwikkelen dat de ziekte volledig kan genezen.”

■ Jullie voeren al 40 jaar onderzoek naar MS. Waarom is dat onderzoek zo belangrijk?

“Als leider in het neurowetenschappelijk onderzoek is het zeer belangrijk om verder te blijven investeren in onderzoek naar een behandeling voor MS die de ziekte zou kun-

nen genezen. We werken daarvoor samen met academische onderzoekscentra om de diagnose, opvolging en behandeling van personen met MS te verbeteren. We proberen na te gaan wat de oorzaak van de ziekte is en proberen samen naar oplossingen te zoeken om ook de patiëntenzorg te optimaliseren”

„ Op internationaal niveau wordt nu een grote MS-database ontwikkeld waarin veel gegevens van MS-patiënten op anonieme wijze worden verzameld, in samenwerking met academische centra en ziekenhuizen.

■ Ook op internationaal vlak wordt er veel onderzoek gedaan. Wat zijn daar de plannen?

“Op internationaal niveau wordt nu een grote MS-database ontwikkeld waarin veel gegevens van MS-patiënten op anonieme wijze worden verzameld, in samenwerking met academische centra en ziekenhuizen. Dat kan een belangrijke stap zijn om op grote schaal gegevens van MS-patiënten bij elkaar te brengen en het zal ons hopelijk nieuwe inzichten geven. Op die manier hopen we nog beter onderzoek te kunnen doen naar MS en ook antwoorden te vinden op enkele cruciale vragen, zoals: wat zijn de factoren die een voorspellende waarde kunnen heb-

ben voor het ziekteverloop en wat is het effect van een zeer vroegtijdige behandeling op lange termijn? In heel de wereld bestaan er uiteraard al veel belangrijke samenwerkingsverbanden tussen academische centra en farmaceutische bedrijven om verder onderzoek te kunnen doen naar de oorzaak van de ziekte en nieuwe potentiële behandelingen. Daarnaast zoeken we ook naar oplossingen voor een optimale ondersteuning en opvolging van personen met MS.”

■ Waarom is een goede opvolging van personen met MS zo belangrijk?

“Een goede opvolging van personen met MS is cruciaal. Maar ook daar is blijvend onderzoek voor nodig. Verdere ontwikkeling van technologieën en onderzoeken die de artsen toelaten om op de beste manier MS-patiënten op te volgen, zijn nodig. We proberen echt antwoorden te vinden op belangrijke vragen. Wat leren bepaalde onderzoeken ons? En hoe moeten we die het best interpreteren? We moeten blijven zoeken naar manieren waarbij we zowel de arts als de patiënt kunnen ondersteunen om het leven van MS-patiënten zo lang en zo goed mogelijk te houden. Gelukkig zijn er op dat vlak ook al veel onderzoeken en studies lopende. We proberen antwoorden te vinden op al deze aspecten om uiteindelijk de levenskwaliteit van MS-patiënten verder te verbeteren. Dit in samenwerking met de academische wereld. Als farmaceutische bedrijf richten we ons niet enkel op medicatie. Onze blik gaat veel ruimer.”

DIT ARTIKEL KWAM TOT STAND IN SAMENWERKING MET BIOGEN.

Matthias Vanheerentals
redactie.be@mediaplanet.com

Woonzorgcentra zetten steeds meer in op welzijn

Woonzorgcentra zetten naast de toediening van zorgen steeds meer in op het welzijn van hun bewoners. Hilde

Van Der Vloet (referentiepersoon dementie) en Guy Lyssens (coördinerend en raadgevend Arts) van woonzorgcentrum De Mick in Brassaat bespreken enkele focuspunten.

Fingerfood

Van Der Vloet: “Sommige ouderen kunnen door een verminderde coördinatie niet meer zelfstandig eten met mes en vork. In het verleden kregen zij dan gemalen voeding die ze met een lepel konden opeten. Velen misten dan echter de geuren, het aanzicht, de smaken en de tastbaarheid van natuurlijk eten.”

“Daarom vindt het concept van ‘fingerfood’ steeds meer zijn ingang bij woonzorgcentra. Concreet komt het erop neer dat het eten een hanteerbare vorm krijgt. Tomaten, vlees, soep, enz.: alles wordt apart in een gelatinevorm gegoten en zo op een bord geserveerd. De mensen kunnen dan kiezen om het met hun handen of vork vast te nemen. In de praktijk merken we dat deze mensen zo weer zelfstandiger, beter en met meer smaak eten. Uiteraard vraagt dat wel om een keuken die daar op kan en wil inspelen.”



Woonzorgcentrum De Mick.

Concept wonen

Lyssens: “In het verleden stond vooral de ‘zorg’ centraal in woonzorgcentra. Nu groeit echter ook de aandacht voor het aspect ‘wonen’. De mensen kunnen daarbij zelf beslissen hoe ze hun tijd in het woonzorgcentrum doorbrengen en hebben daarbij de keuze uit een ruim aanbod aan activiteiten. Het verzorgend personeel in woonzorgcentra is echter voltijds bezig met het toedienen van zorgen.”

“Daarom hebben we bovenop ons quatum extra ondersteunend personeel aangeworven om ons ‘concept wonen’ verder te kunnen uitbouwen. Uiteraard vraagt dat enerzijds om een mentaliteitswijziging bij het personeel en anderzijds om de nodige investeringen en verschuivingen.”

Fixatiearm beleid

Van Der Vloet: “We willen zo weinig mogelijk mensen fixeren, maar dat maakt

dan wel dat er voldoende personeel ter beschikking moet zijn om bepaalde mensen continu op te volgen. Bovendien vergroot het de kans op vallen. Om hieraan tegemoet te komen, kijken we multidisciplinair naar iedere bewoner, houden we op de afdeling meer toezicht en houden we via het elektronisch bewonersdossier het personeel over iedere bewoner op de hoogte.”

Voortijdige zorgplanning

Lyssens: “We vinden het enorm belangrijk dat mensen zelf controle hebben over hun laatste levensmomenten. Daarom overleggen we op voorhand met de bewoners en hun familie met als uitgangspunt ‘wat als...’. Dat gesprek wordt vervolgens gedocumenteerd en als een soort draaiboek ter beschikking gesteld wanneer het ooit nodig is.”



► www.demick.be

Joris Hendrickx

redactie.be@mediaplanet.com

“Een vrijwilliger is geen middel om een dienst goedkoper te maken”

Om vrijwilligers degelijk te ondersteunen, behandel je ze best zoals elke andere werknemer. Ontvang ze met een lach, geef ze incentives, maak duidelijke afspraken en creëer duidelijke structuren. Zo houd je als zorginstelling je vrijwilligers geëngageerd. Lector in de verpleegkunde Valérie Vanceulebroeck start samen met haar onderzoeksteam en organisatie Give-a-Day ‘De Vrijwilligersacademie’ op, die een brug vormt tussen bedrijf, professional en vrijwilliger.

“Zorg in de eerste lijn kan eenvoudiger georganiseerd worden met de weinig beschikbare middelen die er zijn. Dat houdt in dat je de problemen van de zorgbehoevende aanpakt op de plaats waar ze beginnen. Het is vandaag de dag natuurlijk de bedoeling dat kwetsbaren zo weinig mogelijk nood hebben aan residentiële opvang. Met de huidige ‘vermaatschappelijking van de zorg’, zoals we dat noemen, was extra vorming voor vrijwilligers en hun coaches volgens ons zeer welkom.”

Wie zijn die vrijwilligers eigenlijk?

“Er is een ongelooflijk breed spectrum aan vrijwilligers: van jong tot oud, van niet



Vrijwilligers moeten deel uitmaken van het DNA van je organisatie.

Valérie Vanceulebroeck

Lector in de verpleegkunde mede-oprichtster ‘De Vrijwilligersacademie’

opgeleid tot hoog opgeleid, van kwetsbare mensen tot sterke persoonlijkheden,... En allemaal hebben ze hun eigen soort engagement en persoonlijke verwachtingen. Je wil liefst dat de professional goed weet met wie hij te maken krijgt en dat hij vervolgens op die diversiteit inspeelt, zodanig dat dat engagement niet verloren gaat.”

“Het is noodzakelijk dat we aandacht besteden aan de mensen die nu als vrijwilligers instappen. Dat zijn niet noodzakelijk de gepensioneerden met veel tijd, maar bijvoorbeeld ook jonge mensen met een specifiek soort gevoel voor communicatie. Voor hen mag alles wel wat ‘chiller en cooler’, en we willen dat de professionele zorgverleners weten hoe ze daarmee kunnen omgaan.”

Hoe bepaalden jullie waaruit de vorming concreet moest bestaan?

“Wat we nodig hadden, was relevante ervaring van de professionele zorgverleners zelf. Zij zijn degenen die steeds meer een coachende rol zullen aannemen tegenover de vrijwilligers. Wat zijn hun grootste zorgen? Weten zij hoe ze vrijwilligers efficiënt kunnen aansturen? We hebben mensen onderzocht uit een breed spectrum aan hulpver-

leners: ergotherapie, verpleegkunde, sociaal werk en orthopedagogie. Die professionals waren gewend om alles zelf te doen, maar zullen nu ook vrijwilligers moeten coachen. Daar moeten we goed op kunnen inspelen.”

Wat zullen de bedrijven meepikken van de vrijwilligersacademie?

“We willen hen ervan bewustmaken dat vrijwilligers geen middel zijn om een dienst goedkoper te maken; je kan ze niet zomaar inzetten als een doekje voor het bloeden. Ze moeten deel uitmaken van het DNA van de organisatie.”



► www.ap.be

Lilith Geeraerts

redactie.be@mediaplanet.com

Van ‘to cure’ naar ‘to care’: de nieuwe rol van de huisarts



Dr. Roel Van Giel
Voorzitter Domus Medica

Met een verouderende bevolking heb je als huisarts meer en meer te maken met patiënten met een chronische ziekte. Het zijn patiënten die langdurige zorg vragen en waar je als huisarts samen met andere zorgverstrekkers voor de continuïteit van die zorg moet instaan. Meer uitleg door dr. Roel Van Giel en dr. Greet Van Kersschaever, respectievelijk voorzitter en ondervoorzitter van Domus Medica.

„Het is noodzakelijk om de zorg voor mensen met een chronische aandoening beter te stroomlijnen.

“De rol van de huisarts is meer en meer van louter ‘to cure’ naar ‘to care’ gegaan. Vragen over de specifieke zorgnoden en de persoonlijke levensdoelen van de patiënt worden steeds belangrijker. Als huisarts heb je andere actoren in het veld nodig om te komen tot een geïntegreerde zorg. Het doel is de chronisch zieke patiënt een optimale zorg en levenskwaliteit te geven.”

Pilootprojecten

Vanuit de federale overheid zijn er 13 pilootprojecten gestart rond geïntegreerde zorg voor chronisch zieken binnen een afgeleide regio. De bedoeling is om de zorg voor mensen met een chronische aandoening beter te stroomlijnen. Zorgverleners en -instellingen werken samen rond en met de patiënt, zodat die kan rekenen op een betere zorg én een betere levenskwaliteit. Aandacht voor preventie is hier ook een belangrijk item. De projecten zijn begin dit jaar gestart en zullen vier jaar lopen.



■ Bij een geïntegreerde zorg is er nood aan ondersteunend verpleegkundig personeel in de huisartsenpraktijk. Door taken te verschuiven, komt er tijd vrij voor de corebusiness van de huisarts: de medische zorg van de patiënt.

Nieuwe taken voor de huisarts

“Vanuit de Vlaamse overheid wil men tot een goed uitgebouwd, toegankelijk en kwalitatief zorgsysteem komen waarop de ouder wordende patiënt kan steunen en dat de sociale ongelijkheden op vlak van gezondheid hoopt te verminderen. Door de vorming van eerstelijnszones wordt de zorg op een efficiënte wijze georganiseerd voor alle inwoners van die zone. Meer en meer komen er nieuwe taken voor de huisarts. Hij fungeert als spilfiguur in de thuishospitalisatie, overlegt met andere zorgverleners en maakt individuele zorgplannen op. Samenwerking met de tweede en derde lijn blijft echter cruciaal.”

Iedere patiënt is uniek

“Als huisarts heb je een zeer bevoorrechte positie. Je kent meestal de gezinssituaties en je hebt een langdurige relatie opgebouwd met je patiënt. Het geeft je de kans om in overleg met de chronisch zieke en de familie te zoeken naar de beste oplossing, want iedere patiënt is uniek. Deze patiënten met een chronische ziekte vragen veel van jezelf.

Het is een steeds wederkerende zoektocht naar het evenwicht tussen de zorg voor je patiënten en zorg voor jezelf. Een evenwicht tussen je werk dat je met hart en ziel doet en je leven buiten het werk, om je dagdagelijkse inzet te kunnen blijven realiseren. Ook de huisartsgeneeskunde zal daarom in zijn organisatie moeten veranderen.”

„Als huisarts heb je de kans om in overleg met de chronisch zieke en de familie te zoeken naar de beste oplossing, want iedere patiënt is uniek.

Hervorming financiering

“Er is nood aan ondersteunend verpleegkundig personeel in de huisartsenpraktijk, zodat de taken gedelegeerd kunnen wor-

den naar verpleegkundigen. Door taken te verschuiven, komt er tijd vrij voor de corebusiness van de huisarts: de medische zorg van de (chronische) patiënt. Een belangrijk gegeven in deze hele transformatie ligt in de hervorming van de financiering. Het huidige prestatiegerichte financieringssysteem is gebouwd voor een acute reactieve zorg van de vorige eeuw en houdt geen rekening met een proactieve chronische zorg waarmee we nu geconfronteerd worden. Een gemengde financiering met een deel forfaitaire financiering (episodisch en per capita), een deel per prestatie en een deel op kwaliteitskenmerken is een noodzakelijk gegeven om tot een geïntegreerde chronische zorg te komen. Deze hervorming van de nomenclatuur en van de ziekenhuisfinanciering wordt dan ook de grote uitdaging voor de volgende regering als basis voor een geïntegreerde chronische zorg.”

Zorgaanbod wijzigt grondig door de ‘persoonsvolgende financiering’

Dankzij de persoonsvolgende financiering kunnen personen met een beperking sinds 1 januari 2017 een persoonsvolgend budget krijgen. Zo kan men zelf de regie over zijn ondersteuning voeren. ADO Icarus, een dienstverlener in de gehandicaptenzorg, begeleidt momenteel zo'n 170 budgethouders. Volgens directeur Alex Verheyden heeft het nieuwe systeem veel voordelen.

Hoe heeft deze nieuwe persoonsvolgende financiering jullie aanbod veranderd?

“Dankzij de persoonsvolgende financiering krijgen de gebruikers meer mogelijkheden. Vroeger bleef de ondersteuning van onze diensten voor zelfstandig wonen beperkt tot fysieke assistentie in de woning. Met de invoering van de persoonsvolgende financiering hebben we ons aanbod herwerkt. Budgethouders kunnen nu 24 uur op 24 assistentie combineren met het aankopen van persoonlijke assistentie voor een ziekenhuisbezoek, een daguitstap of zelfs een vakantiereis. We bieden ook ondersteuning



” Sinds 1 januari 2017 kunnen personen met een beperking een persoonsvolgend budget krijgen.

Alex Verheyden
Directeur ADO Icarus

om de zelfredzaamheid te versterken. Onze klanten krijgen een specifieke contactpersoon waar ze steeds terecht kunnen. Op die manier worden we ook een volwaardig alternatief voor personen die in residentiële voorzieningen verblijven.”

Zorgbehoevenden kunnen hun zorgbudget ook spenderen bij niet-vergunde zorgaanbieders. Hoe staat u daar tegenover?

“Dat is voor ons een hele uitdaging. Als organisatie richten we ons hoofdzakelijk naar personen met een lichamelijke beperking. De aanbieders van niet-vergunde zorg zijn voor hen zeer breed, denk maar aan interimkantoren, dienstenchequebedrijven, vrijwilligers, zelfstandigen, wijkwerkingen, enz. Het is ook moeilijk om bijvoorbeeld op te boksen tegen dienstenchequebedrijven. Als een dienstencheque wordt betaald met het persoonsvolgend budget, dan is dat eigenlijk een vorm van dubbele subsidiëring. Veel budgethouders willen hun zorg ook zo goedkoop mogelijk organiseren. We proberen daar als sociale onderneming op in te spelen.”

Welke oplossingen stelt u voor?

“Er moet meer worden toegewerkt naar een gelijk speelveld. In de gehandicaptensector zijn er heel wat cao's over bijvoorbeeld bijkomende verlofdagen, bijzondere prestaties, enz. Daar sta ik enerzijds volledig achter, want het komt de tewerkstelling in onze sector ten goede. Anderzijds, iemand die met een interimovereenkomst assistentie verleent, beschikt helemaal niet over een dergelijk statuut - en dat is niet correct. Persoonsvolgende budgetten zijn middelen die vanuit de samenleving ter beschikking worden gesteld. Organisaties die daarmee werken, zouden dat onder dezelfde voorwaarden moeten doen.”



► www.ado-icarus.be

Matthias Vanheerentals
redactie.be@mediaplanet.com

Evoluties in de zorgsector: robotica en shockwave

De zorgsector evolueert snel. De ambitie is om hulp te bieden op maat van de patiënt en de hulpverlener. Technologie doet meer en meer zijn intrede en heel wat nieuwe therapieën worden ingezet.

Jo Schops, division manager bij Ortho-Medico, heeft de evolutie van bij het begin meegemaakt. Het bedrijf is gespecialiseerd in orthopedische hulpmiddelen en specifieke therapieën zoals shockwave. Door de ontwikkelingen in de zorgsector en de vraag naar innovatie werden de afdelingen Neuro-Bionics en Woundcare Solutions opgericht.

Welke nieuwe ontwikkelingen heb je tijdens je loopbaan opgemerkt?

“Door de sterke vergrijzing en de hoge kosten van de gezondheidszorg drong een andere aanpak zich op. Hedendaagse zorg is gericht op het aanbieden van oplossingen en niet enkel op het ontwikkelen van producten. Wij hanteren het ‘triple aim’-principe. Dat is een specifiek zorgmodel met als drievoudige doelstelling om de gezondheid van een gedefinieerde populatie te verbeteren, de kwaliteit van de zorg te optimaliseren, en de kosten per hoofd van de bevolking te verlagen.”



Jo Schops
Division manager bij Ortho-Medico

” De hedendaagse zorg is gericht op het aanbieden van oplossingen en niet enkel op het ontwikkelen van producten.

Wat was de trigger om Neuro-Bionics op te starten?

“Elke dag komen er in België meer dan 60 patiënten bij die lijden aan de gevolgen van dwarslaesie of CVA. Opvallend was dat nieuwe innovaties slechts beperkt werden ingezet. In de ons omringende landen werden hightech staprobots al een tijdje met succes gebruikt. Om aan de vraag tegemoet te komen, hebben we Neuro-Bionics opgericht. Dit doen we in samenwerking met Mobilab (Thomas More Hogeschool Geel), dat ons ondersteunt op wetenschappelijk en protocolair gebied. De organisatie ‘To Walk Again’ gebruikt onze toestellen en er is heel wat interesse van revalidatiecentra in de Benelux om aan deze evolutie mee te werken. De droom om ervoor te zorgen dat mensen terug kunnen stappen of hun handen opnieuw kunnen gebruiken, is realistisch dichtbij.”

Jullie zetten ook specifiek in op wondzorg. Hoe is dat tot stand gekomen?

“Al in 2008 experimenteerden we met de Shockwave-techniek om wonden te verzor-

gen. Het startsein om Woundcare Solutions op te richten kwam er in 2015 na een succesvolle studie door prof. Gutermuth in het UZ Brussel en daarbij komend kwam de belangrijke FDA approval in de USA. De therapie stimuleert het genezingsproces en verlicht de pijn. Ingrijpende behandelingen zoals operaties kunnen zo vermeden worden, en pijnmedicatie kan worden afgebouwd. De techniek kan ook preventief ingezet worden en dienen als nazorg, zowel in een klinische setting als thuis. Ook dat is dus een uitstekend voorbeeld van betere zorg, met aandacht voor de patiënt en tegen een lagere kostprijs.”



► www.orthomedico.eu

Bram Thiry
redactie.be@mediaplanet.com

“Chronische zorg vraagt bijna altijd maatwerk”

Onze gezondheidssector is toegankelijk en levert hoogwaardige zorg. Dat wordt internationaal erkend en daar mogen we best fier op zijn. De Wereldgezondheidsorganisatie poneert welzijn en gezondheid als sleutelcomponent bij alle beleidsbeslissingen, en Vlaanderen speelt hier concreet op in.

Ambitieuze beleidsdoelstellingen voor uitstekend onderwijs, kwaliteitsvol wonen, een aantrekkelijke leefomgeving, een vlot en veilig mobiliteitssysteem, zinvol werk op maat, plaats voor creativiteit, cultuur, sport, enz. leggen belangrijke bouwstenen voor het optimaliseren van onze levenskwaliteit en ons welzijn. In zijn langetermijnstrategie voor 2050 bestendigt de Vlaamse regering deze aanpak van ‘health in all policies’. Carine Boonen, coördinator bij Flanders’ Care: “Meer dan 70 % van de zorguitgaven gaat naar chronisch zieken. In Europa loopt dat bedrag op tot meer dan 700 miljard euro per jaar. Ouderen hebben vaak meerdere ziektebeelden tegelijk, wat de zorg complexer maakt.”

” Europa zou jaarlijks honderdduizenden levens en miljarden euro’s kunnen sparen door meer in te zetten op gezondheidsbeleid en preventie.

“Jaarlijks sterven in België meer dan 10.000 mensen vroegtijdig aan chronische ziekten zoals diabetes, kanker, hartaanvallen en beroertes. In Europa zijn dat er 550.000. Ook de nood aan geestelijke gezondheidszorg neemt toe. Het verlies van productieve jaren kost de Europese economie jaarlijks 115 miljard euro. Europa zou jaarlijks honderdduizenden levens en miljarden euro’s kunnen sparen door meer in te zetten op gezondheidsbeleid en preventie. Dat zegt de OESO formeel in een studie waaraan 36 landen hebben meegewerkt, waaronder België”, aldus Boonen.

Geïntegreerde zorg

“Chronische zorg is complex, heeft vele aspecten en vraagt bijna altijd maatwerk. Daarom is het goed dat zorgverleners samenwerken met mantelzorgers uit de woon- en leefomgeving van de persoon met een zorgnood om te bekijken wat voor hem het meest optimale zorg- en ondersteuningsplan is. Geïntegreerde zorg streeft naar de meest geschikte aanpak waarbij de patiënt en zijn omgeving aan het stuur zitten.”



■ Carine Boonen, Coördinator Flanders' Care © FOTO: KRIS VAN EXEL

Boonen: “Om goed te kunnen samenwerken, is het essentieel dat zorgverleners gegevens van patiënten kunnen delen op een veilige en accurate manier. Dat gebeurt in het Vitalink-platform. Ook de patiënt kan hier zijn onderzoeksresultaten opvolgen, wat inspraak in zijn behandelplan vergemakkelijkt. Strengere Europese regels helpen om de privacy van ieder individu te garanderen, maar sensibilisering voor de gevolgen wanneer mensen zomaar persoonlijke data te grabbel gooien, blijft een aandachtspunt.”

” Om goed te kunnen samenwerken, is het essentieel dat zorgverleners gegevens van patiënten kunnen delen op een veilige en accurate manier.

Spectaculaire innovaties

De laatste 30 jaar heeft nieuwe technologie de samenleving meer veranderd dan de laatste 300 jaar. In de gezondheidszorg - en dus ook in de chronische zorg - leiden innovaties tot euforie. “Wat er nog allemaal in de pijplijn zit, weet niemand”, aldus Boonen. “Vooruitgangsoptimisme creëert hoop. Kruisbestuiving tussen bedrijven, zorgactoren en kennisinstellingen brengt de juiste innovatie op het juiste moment bij de juiste persoon. Dat faciliteren, is de missie van Flanders’ Care.”

Mensenwerk

“Digitalisering en robotica zullen de werkgelegenheid in de zorgsector niet snel fnuiken. De meeste taken zijn gelinkt aan sociale interactie en emotionele intelligentie, waarbij creativiteit en inventiviteit vereist zijn. Heel wat nieuwe beroepen zullen hun intrede doen, met een brede waaier van taken en opdrachten. Verso verwacht jaarlijks 46.000 vacatures in de social profitsector en roept alle regeringen op om samen met de sociale partners een passend actieplan uit te rollen om deze vacatures in te vullen”, besluit Boonen.

7 heerlijke complimentjes
MAKEN
het verschil



U HELPT 7500 PERSONEN MET MS



Giften (fiscaal aftrekbaar vanaf 40€)
zijn meer dan welkom op het rek.nr.:
IBAN BE97 0000 0001 4649
Meer info? www.msweek.be



Over MS

Multiple Sclerose is een ongeneeslijke, chronische aandoening van het centrale zenuwstelsel. De ziekte heeft een grote impact op het leven van personen met MS en op hun omgeving. MS-Liga Vlaanderen vzw is dankzij uw steun 7 op 7 in de bres voor MS.