

ZORG WIJZER



THEMANUMMER
ARTSEN

Peter Adriaenssens en Annik Lampo geven de fakkel door

**“De kracht van onze discipline?
Een combinatie van wetenschap
en creativiteit.”**



- 06 Aan tafel met de CEO's van de Vlaamse universitaire ziekenhuizen
- 12 Duurzaam en verantwoord omgaan met big data in de gezondheidszorg
- 28 Levensindezorg wordt steeds belangrijker thema

Colofon

Zorgwijzer is het magazine van Zorgnet-Icuro.

Hoofdreductie en coördinatie:

Lieve Dhaene, Jens De Wulf en Mieke Vasseur

Vormgeving: www.dotplus.be

© Zorgnet-Icuro
Guimardstraat 1, 1040 Brussel,
tel. 02-511 80 08.
www.zorgneticuro.be
www.zorgwijzermagazine.be

Het volgende nummer van Zorgwijzer verschijnt in de week van 10 december.

V.U.: Margot Cloet
Guimardstraat 1, 1040 Brussel

Heb je een vraag voor de redactie, een suggestie voor een artikel in Zorgwijzer, of wil je een opinie of getuigenis insturen? Bezorg ons je ideeën op communicatie@zorgneticuro.be

Je mag artikels overnemen mits correcte bronvermelding (vb. Zorgwijzer 78, september 2018, p. 6-9). We vinden het fijn als je ons dan een seintje geeft op communicatie@zorgneticuro.be

Wil je adverteren in Zorgwijzer? Stuur dan een mailtje naar communicatie@zorgneticuro.be. We bezorgen je graag onze tarieven.

Wil je op de hoogte blijven van de activiteiten van Zorgnet-Icuro en telkens een nieuwsbrief ontvangen wanneer een nieuwe Zorgwijzer verschijnt? Schrijf je dan in op onze nieuwsbrief via: www.zorgwijzermagazine.be

87

- 03 Editoriaal
- 04 Korte berichten
- 06 Aan tafel met de CEO's van de Vlaamse universitaire ziekenhuizen
- 11 Beroepsportret: transplantcoördinator Gerda Van Beeumen
- 12 Ziekenhuisnetwerken voor efficiëntiewinsten en schaalvergroting
- 14 Prof. Johan Decruyenaere over de rol van artificiële intelligentie
- 18 Duurzaam en verantwoord omgaan met big data in de gezondheidszorg
- 20 Kinderpsychiaters Peter Adriaenssens en Annik Lampo geven de fakkel door
- 26 Klinische farmacie in het ziekenhuis
- 28 Pilotproject geïntegreerde zorg voor patiënten met chronische aandoeningen
- 30 Levensinzorg wordt steeds belangrijker thema

Stabiliteit in tijden van verandering

EDITORIAAL

Enkele weken geleden verzamelde de Vlaamse ziekenhuiswereld voor het tweedaags symposium van Zorgnet-Icuro "Netwerken over de Netwerken". De jaarlijkse bijeenkomst waar we een *state of the art* opmaken van de klinische netwerken is ondertussen een traditie geworden. In 2013 zette Zorgnet-Icuro met het congres *Together we care* het thema hoog op de agenda. Het jaar daarop legden we een voorstel neer voor een nieuwe ziekenhuisfinanciering. Op *Together we care* volgde logischerwijze *Together we count*. We zijn ondertussen ruim zes jaar later. Waar staan we nu?

Het symposium maakte duidelijk dat iedereen doordrongen is van de noodzaak van de netwerken en beseft dat het huidige organisatiemodel van ziekenhuizen zijn grenzen heeft bereikt. De noden in de gezondheidszorg zijn ondertussen zo drastisch veranderd dat niet samenwerken gewoonweg geen optie kan zijn. We weten allemaal dat niemand in de zorg- en welzijnssector vandaag nog op een eilandje zou mogen werken. Netwerken vormen betekent samenwerken en betekent ook en vooral veel verandering: verandering van structuren, van gewoonten, van verhoudingen tussen collega's. Het betekent ook afstaan van autonomie. Het managen van die "change" wordt ongetwijfeld een van de belangrijkste uitdagingen de komende jaren.

De "posities" veranderen immers: tussen de ziekenhuizen onderling, tussen de artsen en de ziekenhuizen, tussen de artsen onderling. Er wordt volop nagedacht over en getimmerd aan nieuwe juridische structuren en modellen van samenwerking. En dat is vaak zoeken, rekening houdend met lokale situaties

en historische gegevens. Er is in de ziekenhuiswinkel immers helaas geen receptenboek te koop dat uitlegt hoe je dat stap voor stap doet. Op sommige plaatsen lopen de raden van bestuur en directies voorop. Maar we zien dat her en der ook artsen het voortouw nemen en dat artsenassociaties van verschillende ziekenhuizen samenwerkingen uit te tekenen. Zo worden de concurrenten van weleer de collega's van morgen.

Voor de ziekenhuizen onderling is het zoeken naar hun specifieke rol en positionering binnen die netwerken. In deze Zorgwijzer laten we de CEO's van de universitaire ziekenhuizen aan het woord. Zij hebben het vooral over hun specifieke rol in onderwijs en onderzoek, over multidisciplinariteit en kijken kritisch naar het heersende prestatie-model. Ze hebben het ook over hoe de huidige financiering remmend werkt op de samenwerking, en hoe die als een steeds grotere hinderpaal die noodzakelijke "change" in de weg staat.

Daarover zijn alle stemmen in de ziekenhuiswereld het eens: je kan als overheid immers niet om 'samenwerking' blijven vragen en hiervoor niet de aangepaste financiering voorzien. "Change" in de zorgopdrachten moet gepaard gaan met "financiële" change om de netwerken echt kansen op slagen te geven. De recente MAHA-analyse van Belfius toonde opnieuw aan dat de Belgische ziekenhuizen financieel maar net het hoofd boven water kunnen houden. De marges zijn flinterdun, wat iedereen weerhoudt om risico's te nemen.

Dat schoof ook de Federale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen naar voor in zijn memorandum voor de nieuwe federale regering. De raad vraagt een strategisch

beleidsplan voor een termijn van tien jaar, inclusief een "financieel dekkingsplan". Cruciaal is een minimale groeinorm van 2,5% bovenop de index voor de ziekenhuizen. Het principe van budgetbehoud moet verankerd worden zodat de netwerken van start kunnen gaan binnen een stabiel en voorspelbaar financieel kader. In veranderingsprocessen hebben mensen nood aan minimale bakens van zekerheid. Niemand durft immers blind te springen als het erop aankomt.

Margot Cloet
Gedelegeerd bestuurder



SAVE THE DATE

Sociale verandering en leiderschap: ben jij klaar voor morgen?

30 april 2020, KBC-gebouw Brussel

Is jouw organisatie, koepelvereniging of lokaal bestuur klaar voor de toekomst? Een prangende vraag. Om jouw organisatie *future proof* te maken, organiseert CERA op 30 april 2020 een studiedag. Clichés als "We hebben het altijd al zo gedaan", "Zoeken we het niet te ver?" en "Ik wil wel veranderen, maar ik kan niet mijn hele team veranderen" worden overboord gegooid.

Op 30 april krijg je zelf de handvaten om te innoveren en je leert hoe je, samen met je medewerkers, vernieuwing in jouw organisatie kunt implementeren, aan de hand van onder meer goede praktijken uit de ouderenzorg naar aanleiding van de leerervaringen uit Zilver aan Zet.

Op het programma staan Prof. dr. Chantal Vanaudenhove (LUCAS KU Leuven), Koenraad Depauw en Koen Deweer (Strategies and Leaders) en Inge Vervotte (Emmaüs). Zij trekken je aan je mouw over de noodzaak van vernieuwing in de zorgsector. Er zijn ook workshops voorzien rond nieuwe woonzorgmodellen, de kracht van ervaringsdeskundigen, de rol van lokale besturen, persoonlijke assistentie bij ouderen, enzovoort.

De studiedag zal plaatsvinden in het KBC-gebouw (Havenlaan 2, 1080 Brussel)

Inschrijven kan vanaf 2 maart 2020 op www.cera.coop



Vormingsaanbod crisisbeheer in de zorg



Crisissen zijn vaak een mentale uitputtingslag. De verwachtingen van de betrokkenen en de brede samenleving zijn niet min: leidinggevend worden verondersteld adequaat te handelen en transparant te communiceren. Een goede voorbereiding op mogelijke crisissen is daarom essentieel.

Vanaf eind 2019 en in 2020 biedt Zorgnet-Icuro in samenwerking met crisisadviesbureau PM • Risk Crisis Change een exclusief vormingsaanbod "crisisbeheer in de zorg" aan. Dat bestaat uit verschillende stappen: een basiscursus, een gevorderdencursus en oefengroepen.

De basiscursus biedt een introductie op crisisbeheer in de zorg aan de hand van de methodiek van de 'gouden driehoek':

operationele noodrespons, strategische crisisbeleidsvoering en crisiscommunicatie. Het theoretisch kader wordt aangevuld met een korte oefening waar de drie domeinen geïntegreerd worden getraind. Na de basiscursus krijgen de deelnemers toegang tot een online leerplatform waar ze hun opgedane kennis up-to-date kunnen houden, vragen kunnen stellen en feedback krijgen van de docenten. Na de basiscursus kan je inschrijven voor de cursus crisisbeheer voor gevorderden. Die zijn onderverdeeld in de parallele trajecten operaties, strategisch beleid en crisiscommunicatie. De dag wordt afgesloten met een geïntegreerde oefening voor de drie groepen.

Enkel personeelsleden en artsen die werken in voorzieningen aangesloten

bij Zorgnet-Icuro kunnen dit vormingstraject volgen. De organisatie is in handen van Zorgnet-Icuro. Ervaren docenten van crisisbureau PM zorgen voor de inhoudelijke uitwerking en de oefeningen. PM • Risk Crisis Change heeft een ruime ervaring in crisisinterventies, training en opleiding in crisisbeheer in de zorgsector.

De cursussen worden georganiseerd op meerdere data en locaties. Meer informatie en mogelijkheid tot inschrijving op www.zorgneticuro.be, rubriek vorming → "onze opleidingen"

Inspire Healthcare Event 2019

Op 6 december brengt In4care mensen uit de ziekenhuiswereld, ouderenzorg, geestelijke gezondheidszorg, bijzondere jeugdzorg en sector voor mensen met een beperking samen om er in dialoog te gaan over zorginnovatie. Ook Zorgnet-Icuro is prominent aanwezig op het innovatie-event en zal er een inspiratiepodium bemannen met als onderwerp: "Hospital of the Future".

Het is een open deur intrappen als je zegt dat de ziekenhuiswereld in beweging is. Denk maar aan de wet op de ziekenhuisnetwerken die federaal minister van Volksgezondheid Maggie De Block intussen door het parlement heeft gesluit. Het ziekenhuis van de toekomst wordt een netwerkorganisatie die in een permanente wisselwerking zal staan met zowel de eerste lijn als met het superspecialiseerde zorgaanbod.

Om de netwerken verder vorm te geven, participeren alle samenwerkings-

initiatieven van algemene ziekenhuizen nu in een oefening tot het opstellen van een zorgstrategisch plan voor het totale aanbod van zorg in hun regio. Hiervoor worden contacten gelegd met alle gezondheids- en welzijnsactoren in de regio: geestelijke gezondheidszorg, ouderenzorg, eerste lijn en welzijn. Die oefening zal de basis vormen voor een verder engagement van de algemene ziekenhuizen naar het uitbouwen van de toekomstvisie op de organisatie van de zorg in de toekomst zowel binnen als buiten het ziekenhuis.

Een heel belangrijk aandachtspunt in het concept van het "Hospital of the Future" is de interconnectiviteit tussen de verschillende zorgactoren onderling én met de patiënt. De behoefte aan gegevensuitwisseling is enorm groot. Meer digitalisering, mogelijkheden van informatie-uitwisseling en artificiële intelligentie zijn daarom cruciaal.



Wil je meer weten over het functioneren van (het gericht samenbrengen van een bepaalde expertise over specifieke pathologieën) of de samenvoeging van ondersteunende diensten in een facilitair platform? Dan ben je op het inspiratiepodium van Zorgnet-Icuro aan het goede adres. Plaats van afspraak: Congressentrum Ter Elst in Antwerpen. Voor leden van Zorgnet-Icuro is de toegangsprijs gereduceerd tot €100. Meer info vind je op: www.inspire-healthcare.eu

'Meer dan mijn ziekte' Vlaams Patiëntenplatform bestaat 20 jaar en geeft boek uit

In 1999 werd het Vlaams Patiëntenplatform (VPP) opgericht. Twintig jaar later is de missie van de organisatie nog steeds kristalhelder: de levenskwaliteit van de patiënt en zijn omgeving verhogen door gemeenschappelijke noden en knelpunten te helpen oplossen via belangenbehartiging op alle relevante beleidsniveaus en binnen alle relevante gezondheidsvoorzieningen. Gedreven door meer dan honderd patiëntenverenigingen legde het VPP in twintig jaar tijd een hele weg af. Als een luis in de pels lieten ze de stem van de patiënten en hun verenigingen steeds luider weerklanken op alle niveaus: in het Vlaamse en het federale beleid, in de zorgorganisaties en de voorzieningen, en in de individuele zorgrelatie van de patiënt met zijn zorgverlener. Of het nu gaat over de

kwaliteit en de patiëntveiligheid in ziekenhuizen en geestelijke gezondheidszorg, over de hervorming van de ziekenhuizen en de eerste lijn, of over de participatie van ervaringsdeskundigen in het beleid en in de organisaties: het VPP is vandaag een vanzelfsprekende partner en de 'officiële' stem van de patiënt.

In het boek 'Meer dan mijn ziekte' zoekt Ilse Weeghmans, directeur van het Vlaams Patiëntenplatform, naar antwoorden op actuele vragen uit het gezondheidsbeleid met patiëntenverenigingen, beleidsmakers, vertegenwoordigers van de zorgsector en academici. 'Wat weten we over de kwaliteit van ons gezondheidssysteem? Is het de nieuwe standaard dat patiënten participeren of zijn er ook grenzen aan



participatie? Zijn ervaringsdeskundigen betweters, pottenkijkers of experts?' Dat is slechts een greep uit de vragen waarop het Vlaams Patiëntenplatform een antwoord zoekt. Tevens blik het boek terug op de realisaties van de organisatie, en kijkt het vooruit naar welke noden en knelpunten nog moeten worden aangepakt.

“De muren tussen de faculteiten verdwijnen, leve de interdisciplinaire samenwerking!”

TEKST: FILIP DECRUYNAERE / BEELD: JAN LOCUS

Om de drie maanden gaan de CEO's van de universitaire ziekenhuizen samen uit eten om in een ongedwongen, informele sfeer te praten. Bij het aperitief gaat het nog over koetjes en kalfjes, maar daarna staat steviger kost op het menu: gezamenlijke standpunten vormen, initiatieven aftoetsen, mogelijkheden voor samenwerking onderzoeken... Wij mochten eind september een uurtje aanschuiven en onze vragen afvuren.

De regen valt die avond overvloedig over Brussel. Druppelsgewijs arriveren Eric Mortier (UZ Gent), Marc Noppen (UZ Brussel), Wim Robberecht (UZ Leuven) en Johnny Van der Straeten (UZA) op de plaats van afspraak om aan te schuiven voor het gesprek. Laatstgenoemde kende wat vertraging en kon pas voor de laatste vragen aansluiten.

Onderhouden de universitaire ziekenhuizen een goed contact met elkaar?

Eric Mortier: De opeenvolgende staats-hervormingen hebben ervoor gezorgd dat de zeven universitaire ziekenhuizen in ons land meer en meer uit elkaar drijven en eigen accenten leggen. Terwijl we net meer cohesie nodig hebben om ons internationaal te manifesteren en blijvend toegang te krijgen tot innovatie.

Marc Noppen: Er is nog altijd meer dat ons bindt dan wat ons scheidt. Ook over de taalgrens heen. De financiering is immers federale materie. Met de vier Vlaamse universitaire ziekenhuizen komen we vier keer per jaar samen om de violen te stemmen. Daarnaast zien we elkaar maandelijks in de Raad van Universitaire Ziekenhuizen, waar ook onze Franstalige

collega's deel van uitmaken. En we telefoneren ook geregeld met elkaar.

Wat staat er vandaag op de informele agenda?

Eric Mortier: Het bestaansrecht van de universitaire ziekenhuizen. Meer dan ooit hebben we er belang bij dat zowel de politiek als de burger ten volle het belang van de universitaire ziekenhuizen inzien op het gebied van opleiding en wetenschappelijk onderzoek.

Marc Noppen: De huidige federale minister van Volksgezondheid heeft het paradigma en de traditionele rol van de universitaire ziekenhuizen verlaten. Zij kiest veeleer voor het Angelsaksische model met een bredere spreiding van de onderwijsopdracht (het model van het *teaching hospital*, nvdv.). Het gevaar voor ons hele kleine landje is dat die spreiding neerkomt op een versnippering en verdunning. Prestatiegedreven geneeskunde en *fee for service* zijn bovendien niet de beste voedingsbodem voor een onderwijsopdracht. Het is dus niet voor niets dat de artsen in universitaire centra en in de *teaching hospitals* een vast salaris hebben. Zij hebben gekozen voor een andere benadering dan een prestatie- en volumegebaseerde omgeving. In het begin van de legislatuur was er nog sprake van duidelijk afgelijnde opdrachten voor universitaire, grote algemene en regionale ziekenhuizen. Dat lijkt nu van de baan. Iedereen kan vandaag aanspraak maken op topklinische pathologie. Dat leidt onvermijdelijk tot een verdunning van de middelen, want topklinische pathologie vergt zware investeringen. We zien die evolutie ook in de financiering van de

universitaire ziekenhuizen. Het budget voor opleiding en voor de coördinatie van stagementoren verdampt.

Eric Mortier: Ik begrijp het standpunt van de artsensyndicaten wanneer ze ervoor pleiten om de beschikbare middelen maximaal in te zetten voor zorg voor de patiënt. Maar we moeten tegelijk blijven investeren in onderzoek en opleiding. Eigenlijk zou een aparte financiering hiervoor beter zijn. De zesde staats-hervorming heeft alles nog complexer gemaakt. Door de hervorming dreigen we van het kastje naar de muur gestuurd te worden. Onderzoek en onderwijs is Vlaamse materie, de financiering van de ziekenhuizen is federaal. Ons maakt het niet uit wie wat financiert, als er maar voldoende middelen komen.

Trekken de universitaire ziekenhuizen doorgaans aan één zeel of bent u vaker concurrenten dan collega's?

Marc Noppen: We zijn in de eerste plaats collega's. Zeker op menselijk vlak.

Eric Mortier: We bellen elkaar sowieso op als er een gevoelige kwestie is. We beseffen trouwens allemaal dat we maar sterk staan als we samenwerken. Individueel heeft elk van ons weinig in de pap te brokken.

Marc Noppen: We maken die hechte samenwerking te weinig zichtbaar, denk ik weleens.

Wim Robberecht: Het veranderende landschap drijft ons samen. Als we onze rol willen spelen, dan moeten we hechte allianties sluiten.



Wim Robberechts, Johnny Van der Straeten, Eric Mortier en Marc Noppen: het is belangrijk dat zowel de politiek als de burger ten volle het belang van de universitaire ziekenhuizen inzien op het gebied van opleiding en wetenschappelijk onderzoek.

Maakt de samenwerking in ziekenhuisnetwerken de opdracht van elke actor niet duidelijker dan tevoren?

Eric Mortier: Neen, omdat de netwerken alleen over de basiszorg gaan. De netwerken gaan bijvoorbeeld niet over zeldzame ziektes. Net daar ligt de grote expertise van de universitaire ziekenhuizen. Het is jammer dat de wet hierover niets op papier zet. Het is belangrijk om de resultaten van het wetenschappelijk onderzoek zo breed mogelijk te delen onder de bevolking. Dat kan alleen als wij onze rol kunnen opnemen.

Marc Noppen: Onderschat het interdisciplinaire karakter van het wetenschappelijk onderzoek niet. Daarin schuilt de meerwaarde van de nauwe link met een universiteit. Wij zijn medici, maar we beseffen beter dan wie ook dat we voor de grote medische doorbraken vandaag moeten samenwerken met tal van andere disciplines: ingenieurs, wiskundigen, IT'ers, biologen, economen...

Wim Robberecht: Die tendens zal in de toekomst sterker worden. We kantelen van speerpuntonderzoek naar systemisch onderzoek. We denken meer in zorgmodellen. Het gebruik van *big data* staat nu nog in zijn kinderschoenen.

Marc Noppen: In het nieuwe federale regeerakkoord hoop ik vooral, op de lange termijn, op een heldere visie op de toekomst van onze gezondheidszorg én op een stappenplan hiervoor. Op korte termijn hoop ik op een stoutmoedige minister die de universitaire ziekenhuizen een veilige ruimte voor experiment biedt.

De ontwikkelingen gaan snel en zorgen voor een paradigmaverschuiving met een voortdurende interactie tussen het ziekenhuis en zowat alle disciplines in een universiteit. De muren tussen de faculteiten verdwijnen. Topwetenschappers van verschillende disciplines hebben elkaar nodig voor robotica, nanotechnologie, *big data*, artificiële intelligentie... Daar ligt onze grote opdracht. We streven geen monopolies na, maar wel de concentratie van middelen die nodig zijn om dit te realiseren. Nogmaals, het gaat om grote investeringen. We mogen de beperkte middelen niet verdunnen door ze over te veel spelers te verspreiden.

Eric Mortier: Het federale beleid gaat in tegen internationale ontwikkelingen. Het kabinet heeft wel degelijk studiewerk verricht en is onder meer te rade gegaan bij de Scandinavische landen. Ook daar werken ziekenhuizen samen

in netwerken. Maar wat onze overheid vergeet over te nemen van die goede voorbeelden is precies de concentratie in academische centra. Er is nog een gevaar. Met beperkte middelen streven wij zoveel mogelijk meerwaarde na. We kunnen daarvoor traditioneel een beroep doen op een enorm voluntariaat bij onze artsen en onderzoekers. Maar zoals overal ervaren ook wij dat de jongere generaties andere aspiraties hebben op het gebied van werk-privébalans.

Wim Robberecht: Als de financiering van onze academische opdracht afkalft, dan komen wij onvermijdelijk in een nog meer rechtstreekse concurrentie met de andere ziekenhuizen. Het kan toch niet de bedoeling zijn dat de universitaire ziekenhuizen zich richten op secundaire pathologie? En toch worden wij in die richting gedreven om bedrijfseconomische redenen. Waarbij we dan nog in een zwakkere positie





Johnny Van der Straeten



Wim Robberecht

Johnny Van der Straeten: Veel van ons werk blijft onzichtbaar, vooral in de onderzoeksfase. We pakken daar weinig mee uit. Omdat we niet pedant willen overkomen en omdat we uiteraard eerst zeker moeten zijn van de evidence based resultaten.

staan, want onze artsen hebben een vast salaris. Dat alles kan de samenwerking in netwerken onder druk zetten.

Marc Noppen: De financiële incentive om samen te werken in een ziekenhuisnetwerk ontbreekt. Het gaat in netwerken vandaag om locatie en aantallen prestaties. De universitaire ziekenhuizen zijn verplicht om hieraan mee te doen, maar dan wel in competitie met ziekenhuizen die hun bestaansreden daar halen. Soms maak ik mij de bedenking of we de patiënt niet schromelijk over het hoofd aan het zien zijn in het verhaal van de netwerken.

Wim Robberecht: De universitaire ziekenhuizen willen secundaire pathologie blijven verzorgen als training voor artsen en assistenten. Maar zonder in het

vaarwater van algemene en regionale ziekenhuizen te komen, integendeel, wel in samenwerking met die partners. De preciaire financiering van de derde- en vierdelijns pathologie plaatst ons echter voor een economische realiteit die het tegenovergestelde aanmoedigt.

De universitaire centra gaan voorop in de innovatie. Wat zijn de belangrijkste ontwikkelingen voor de komende jaren?

Eric Mortier: Big data, robotica en *synthetic biology* met ingrepen rechtstreeks in het genoom. Op die terreinen ligt niet toevallig onze meerwaarde. Welk centrum kan honderd ingenieurs en wiskundigen inschakelen voor een onderzoek? Welk centrum heeft voldoende kennis in huis voor de ontwikkeling van robotica? Alle

trends benadrukken het belang van de interdisciplinariteit in universiteiten. Het is jammer dat dat aspect onvoldoende bekend is bij de bevolking.

Marc Noppen: Universitaire ziekenhuizen zijn proeftuinen die nieuwe technieken via onderzoek toegankelijk maken. Wist je dat België een van de landen is waar de bevolking het meest kan genieten van de medische innovaties in studieverband? Wij experimenteren vandaag ook volop met artificiële intelligentie en algoritmes voor de medische beeldvorming en de kritische diensten. Tegelijk experimenteren we met toepassingen als teleconsulting en het bouwen van nieuwe gezondheidsmodellen. Al die ontwikkelingen leiden vrij snel tot nieuwe toepassingen in algemene ziekenhuizen, maar ze zien dikwijls het licht in de universitaire centra.

Wim Robberecht: De ziekenhuisnetwerken kunnen wel leiden tot een nauwere samenwerking tussen een universitair ziekenhuis en de algemene ziekenhuizen die zich willen engageren in onderzoek en

Wim Robberecht: De ziekenhuisnetwerken kunnen een opportuniteit bieden voor een grotere mobiliteit van de artsen. Artsen van algemene ziekenhuizen zullen gemakkelijker naar een universitair centrum in hun netwerk kunnen om nieuwe technieken aan te leren zodra de tijd daar rijp voor is.

innovatie. Maar in een vroeg stadium zal je altijd de expertise van een universitair ziekenhuis nodig hebben. Iemand moet trouwens ook de eindverantwoordelijkheid op zich nemen. Daartoe willen we onze universitaire roeping blijven invullen.

Eric Mortier: In feite liggen de puzzelstukken klaar om een coherent geheel te vormen. De netwerken kunnen een meerwaarde zijn om internationaal competitief te blijven; een verticale integratie op het lokale gebied en daarnaast het onderzoek als *proof of concept*. Maar hiervoor bestaat er geen wetgevend kader.

Is dat wetgevende kader nodig? Wat weerhoudt u om onderling afspraken hierover te maken?

Eric Mortier: Goede vraag. Wat de universitaire ziekenhuizen nodig hebben, is de ruimte om vrij initiatief te kunnen nemen. We moeten hiervoor empowered worden. Dat ontbreekt vandaag.

Tijdens het gesprek kwam enkele keren de gebrekkige beeldvorming over de rol van universitaire ziekenhuizen zijdelings aan bod. Moet u daar meer op inzetten?

Marc Noppen: Daar zit iets in. We zouden onze *branding* beter kunnen verzorgen. We kunnen de meerwaarde als interdisciplinaire omgeving beter in de verf zetten.

Wim Robberecht: Om eerlijk te zijn: we zijn niet altijd zeker of dat opportuun is. We willen niet verzeilen in een onaanname of zelfs polariserende discussie met de algemene ziekenhuizen. Daar werken immers onze collega's en de artsen die wij opgeleid hebben en met wie wij samenwerkingen beogen. Een discussie over wie 'de beste' is, is betekenisloos. Daarom blijven we soms wat te stil.

Eric Mortier: We zijn inderdaad terughoudend om iets te ondernemen dat ruikt

naar monopolievorming. We beseffen dat we niet altijd erg geliefd zijn in de sector. Tenzij men ons nodig heeft. (lacht)

Wim Robberecht: De overheid maakt vandaag nog nauwelijks verschil tussen de rol van een algemeen ziekenhuis en een universitair ziekenhuis. Dat leidt op korte termijn tot problemen.

Johnny Van der Straeten: Algemene ziekenhuizen komen geregeld in de krant met nieuwe technologieën of toepassingen. Wat de mensen niet weten, is dat de universitaire ziekenhuizen daar op dat moment al vijf jaar mee bezig zijn. Wij onderzoeken, pionieren en banen de weg. Pas op het einde van dat traject wordt over terugbetaling gepraat. En daarna nemen de algemene ziekenhuizen het op. Veel van ons werk blijft onzichtbaar, vooral in de onderzoeksfase. We pakken daar weinig mee uit. Omdat we niet pedant willen overkomen en omdat we uiteraard eerst zeker moeten zijn van de *evidence based* resultaten. Wat ook weinig geweten is, is dat onze artsen een deel van hun honorarium in wetenschappelijk onderzoek investeren.

Wim Robberecht: De ziekenhuisnetwerken kunnen een opportuniteit bieden voor een grotere mobiliteit van de artsen. Artsen van algemene ziekenhuizen zullen gemakkelijker naar een universitair centrum in hun netwerk kunnen om nieuwe technieken aan te leren zodra de tijd daar rijp voor is. Tegelijk mogen we een bepaalde activiteit niet reduceren tot een louter technische ingreep. Gespecialiseerde ingrepen als slokdarm-, pancreas of rectumchirurgie zijn niet alleen een kwestie van techniek, maar van een veel ruimer zorgprogramma door een multidisciplinair team.

Johnny Van der Straeten: Dit is geen pleidooi om alle referentiediensten voor

te behouden aan universitaire centra. Integendeel, de ziekenhuisnetwerken bieden algemene ziekenhuizen nieuwe kansen om nog meer en nog sneller innovaties te introduceren in hun voorziening. Zo kunnen we patiënten beter en sneller helpen.

Universitaire ziekenhuizen werken niet alleen samen met andere zorgvoorzieningen, maar voor onderzoek en ontwikkeling ook met de medische industrie. Wat ging er door u heen toen de publieke fondsenwerving voor Pia massale steun kreeg?

Wim Robberecht: Ik ben uiteraard erg blij voor het gezin van Pia en ik vind de solidariteit hartverwarmend. Tegelijk houd ik er een ongemakkelijk gevoel aan over. Ik ken duizenden Pia's die allemaal onze hulp verdienen. Bovendien had ik het gevoel dat vooraf onvoldoende gecheckt was of de behandeling wel de beste oplossing voor Pia was. Mijn respect voor het initiatief is groot, maar de inhoud roept vragen op.

Marc Noppen: Ik deel die mening. De solidariteit is mooi, maar de echte waarde van het medicijn is nog onvoldoende bewezen. En de prijs is buitensporig hoog. De actie deed me terugdenken aan de zaak Viktor in ons ziekenhuis, maar bij Viktor was het nut van het medicijn wel bewezen. En wat die prijzen betreft... het gaat om *shareholder value* hé.

Eric Mortier: Een geneesmiddel heeft soms een eenvoudige samenstelling, soms ook een heel complexe, zoals bij genetische immunotherapie. Elk geneesmiddel bevat veel expertise. Maar die in handen laten van commerciële concerns houdt gevaren in. De verstandhouding tussen academische centra en de industrie is scheefgetrokken. Investeren in academisch onderzoek is de oplossing. Los daarvan is het emotionele gebeuren rond Pia geen goede grond om met steekvlampolitiek de gezondheidszorg te reorganiseren.





Marc Noppen



Eric Mortier

Marc Noppen: Wel hebben we nood aan een nieuw financieel model dat rekening houdt met *shared risk* en spreiding in de tijd. Er is nu een geneesmiddel op de markt voor congenitale blindheid. Prijskaartje: 800.000 dollar. Voor iemand met een levensverwachting van 80 jaar kan je argumenteren dat die prijs van 10.000 dollar per jaar te verdedigen valt. Niemand is tegen een redelijke winstmarge, maar we vervallen snel in extremen.

Wim Robberecht: Het is een mooi voorbeeld van waar een universitair centrum een belangrijke bijdrage kan leveren: het ontwikkelen van nieuwe modellen voor de terugbetaling van geneesmiddelen. Solidariteit moet in die context als een essentieel gegeven bewaard blijven, zeker in de context van dure geneesmiddelen. Stel dat ik bijzonder welstellend ben en zelf 1,9 miljoen euro betaal voor een geneesmiddel voor mijn dochter. Iedereen zou dat klassengeneeskunde vinden. Dat gevaar loert om de hoek.

Johnny Van der Straeten: Het organiseren van de solidariteit is een belangrijke op-

Eric Mortier: Big data, robotica en *synthetic biology* met ingrepen rechtstreeks in het genoom: dat zijn de belangrijkste ontwikkelingen de komende jaren. Op die terreinen ligt niet toevallig de meerwaarde van de universitaire ziekenhuizen.

dracht van de universitaire ziekenhuizen. Iedereen krijgt dezelfde toegang tot de hooggespecialiseerde gezondheidszorg. Wij bieden geen klassengeneeskunde.

Als afsluitend rondje: wat moet voor u de prioriteit zijn van de volgende federale regering?

Eric Mortier: Een stijging van onze middelen, hoe beperkt ook, kan een groot verschil maken. We zijn ons ervan bewust dat de budgettaire ruimte krap is, maar er is een kritisch minimum waar we niet onder mogen.

Marc Noppen: Op lange termijn reken ik vooral op een heldere visie op de toekomst van onze gezondheidszorg én op een stappenplan hiervoor. Op korte termijn hoop ik op een stoutmoedige minister die de universitaire ziekenhuizen een veilige

ruimte voor experiment biedt. Iets meer ambitie dan vandaag het geval is, zou geen kwaad kunnen.

Wim Robberecht: Die langetermijnvisie is inderdaad erg nodig. Vandaag is het beleid te vaak ad hoc. We hebben een duurzaam systeem nodig dat de rol van de universitaire ziekenhuizen respecteert.

Johnny Van der Straeten: Ik pleit vooral voor een geïntegreerd zorgmodel met een sterkere positie van de universitaire ziekenhuizen. Verder hebben we nood aan een financiering op basis van kwaliteit in plaats van prestaties.

TRANSPLANTCOÖRDINATOR IN HET UZA

GERDA VAN BEEUMEN



“Dit is ze. In deze doos versturen of krijgen we de organen,” vertelt Gerda Van Beeumen terwijl ze een eenvoudige piepschuimen doos op haar bureau zet. “Ze weegt niet veel, kan hergebruikt worden, de portkosten zijn laag, ze doet wat ze moet doen. Hart en longen worden opgehaald door het transplantatieteam, maar lever, nieren en andere organen zitten in deze doos. Wat nog? De geijkte formulieren, de bloedstalen, een rapport met gegevens over de anatomie. Op de doos komt een papier met de afzender. Al die gegevens moeten correct zijn.”

Meteen in het operatiekwartier gedropt

Gerda Van Beeumen werkt bijna 30 jaar als transplantcoördinator in het Universitair Ziekenhuis Antwerpen (UZA). Ze studeerde af als licentiaat in de criminologie en ziekenhuiswetenschappen. “Ik startte mijn carrière in de gezondheidssector als staflid in een zorgvoorziening. Na een tweetal jaar veranderde ik van job en begon ik bij UZA te werken als transplantcoördinator. Ik wist niet goed wat te verwachten van mijn nieuwe job. Het was dan ook schrikken toen bleek dat ik mee in het operatiekwartier moest. De eerste keer stond ik half tussen de deur en de operatietafel zodat ik op tijd naar buiten kon lopen als het nodig bleek. Wist je trouwens dat ik de enige transplantcoördinator in België ben die geen verpleegkundige opleiding heeft? Ik was hier al 15 jaar aan de slag toen de wet in voege kwam die bepaalt dat je voor de functie van transplantcoördinator een diploma nodig hebt dat valt onder KB 78. In 1990, toen ik begon, bestond daarover geen regelgeving.”

“Mijn takenpakket bestaat uit twee grote delen. Aan de ene kant regel ik alles voor de ontvanger. Ik houd de wachtlijsten bij, ik doe alle administratie, intake, bereikbaarheid van de patiënt en regel alles voor de toewijzing van de organen. Aan de andere kant regel ik alles voor de donor. Ik krijg een oproep wanneer er



Ik haal veel voldoening uit mijn job. Als een patiënt erg ziek is, merk je dat hun levenskwaliteit zienderogen achteruitgaat. Als je hem dan na de transplantatie terugziet, geeft dat voldoening.

een overlijden is, ik check de gegevens en geef ze door aan Eurotransplant. Dat is het Europese samenwerkingsverband voor orgaandonoren: daar gebeurt de matching. De planning van de operaties neem ik ook op mij, net als het transport van buitenlandse teams zodat zij hier geraken.”

Steeds paraat

“Welke vaardigheden iemand moet hebben als transplantcoördinator? Je moet goed georganiseerd kunnen werken, want je moet veel zaken tegelijk regelen. Empathie en communicatie zijn ook belangrijk: ik breng veel tijd door aan de telefoon. Onder andere door te bellen met de familie van de donor. Dat kan best zwaar zijn. Organen komen ook niet altijd beschikbaar tijdens de kantooruren. Je moet

duo je arbeids- en levensritme aanpassen en quasi altijd bereikbaar zijn. Het is een vorm van constante paraatheid. De eerste rinkel van de gsm hoor ik onmiddellijk.”

“Er is doorheen de jaren een en ander veranderd, ja. Oorspronkelijk zijn we in het UZA enkel met niertransplantaties gestart, nu doen we ook transplantaties van hart, lever, long en pancreas. Het gamma is uitgebreid. Ook de gemiddelde leeftijd van de patiënten stijgt. Vroeger was een transplantatie bij iemand van 60+ iets waarover we nadachten. Nu denken we daar over na als iemand 75+ is. De groep die in aanmerking komt voor een orgaan is groter geworden. Mensen willen langer goed leven. Medisch weten we natuurlijk ook meer, de chirurgische technieken zijn erop vooruitgegaan,” besluit Gerda Van Beeumen.

Er is doorheen de jaren een en ander veranderd, ja. De groep mensen die in aanmerking komt voor een orgaan is groter geworden. Mensen willen langer goed leven. Medisch weten we natuurlijk ook meer, de chirurgische technieken zijn erop vooruitgegaan.

“Een golf van verandering: concurrenten van weleer worden de collega’s van morgen”

TEKST: JENS DE WULF / BEELD: PETER DE SCHRUYVER

Op donderdag 10 en vrijdag 11 oktober verzamelde de ziekenhuiswereld op het tweedaags symposium over de ziekenhuisnetwerken georganiseerd door Zorgnet-Icuro. ‘Netwerken over de netwerken’ was de baseline van het event, waar ook de overheid uitgebreid het woord nam. Vanuit de Vlaamse overheid gaf Karine Moykens, secretaris-generaal van het departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, de toekomstplannen mee. Jo De Cock, administrateur-generaal van het Riziv, vertegenwoordigde de federale overheid. Op 1 januari 2020 moet elk algemeen ziekenhuis deel uitmaken van één en slechts één locoregionaal klinisch netwerk. Marc Geboers, directeur algemene ziekenhuizen bij Zorgnet-Icuro geeft een stand van zaken.



Zorgnet-Icuro engageert zich om ziekenhuizen en artsen bij te staan en te begeleiden in deze fundamentele transitie.

Samenwerking...

“Het symposium bevestigde dat het draagvlak voor de uitbouw van netwerken breed gedragen is. Zowel in de sector als bij de overheid beseft iedereen dat we aan de limiet zitten van het huidige organisatie-model van ziekenhuizen”, steekt Marc Geboers van wal. Samenwerken, in verregaande mate zelfs, betekent echter ook voor een deel het afstaan van autonomie. En daar knelt her en der het schoentje: “Iedereen is doordrongen van het feit dat er verandering moet komen, maar niemand wil zichzelf veranderen. Hoewel, in een aantal ziekenhuizen merk je dat een aantal artsen een *move* maakt richting collega’s in andere ziekenhuizen om samen te werken. Ze zijn bij wijze van spreken de

directies te snel af. Vast staat dat concurrenten van weleer de collega’s van morgen worden. Daarbovenop zullen ze moeten samenwerken in grotere zorgteams die op verschillende locaties werkzaam zijn.”

... in het belang van de patiënt

De wereld van de gezondheidszorg verandert, de noden van de patiënten ook. “De netwerkvorming moet mee een antwoord bieden op die veranderde noden: patiënten verblijven steeds minder lang in het ziekenhuis. Daarnaast komt de klemtoon ook meer te liggen op geïntegreerde zorg waarbij verschillende taken van de zorgverlening – ouderenzorg,

geestelijke gezondheidszorg, welzijn... – samenwerken om de persoon met een zorgnood zo goed mogelijk te helpen. Dat is niet onbelangrijk. We mogen de patiënt niet vergeten in dit organisatorische verhaal. Hij moet nog steeds excellente zorg ondervinden,” beklemtoont Marc Geboers. Marc Geboers, die aangeeft dat de patiënt in het hele verhaal van de netwerken nog te veel op de achtergrond blijft. “Tot nog toe is de aandacht vooral gericht op het bouwen van nieuwe juridische structuren. Vertegenwoordigers van de eerste lijn zijn in dat overleg betrokken, maar de concrete patiënt merkt op dit moment nog geen praktische gevolgen. Dat zal voor de meeste netwerken nog



twee à drie jaar duren. Dan zullen we goed moeten communiceren om het brede publiek vertrouwd te maken met het wat, waarom en hoe van de netwerken.”

... in het belang van een goede organisatie

Hier en daar hoor je nog steeds geluiden dat het opzet van de overheid was om simpelweg besparingen te realiseren in de ziekenhuizen. Maar klopt dat nu? Volgens Geboers moeten we dat met een korrel zout nemen en zullen vooral efficiëntiewinsten de uitkomst zijn van de ziekenhuisnetwerken: “Ik haalde het hierboven al aan: de schaalvergroting zit eraan te komen. Die zal er mee voor zorgen dat ziekenhuizen efficiëntere organisaties worden. Dat er op termijn geld zal worden uitgespaard is inderdaad de bedoeling, maar daarom worden die middelen niet onttrokken aan de ziekenhuissector. Dat geld kan geïnvesteerd worden in bijvoorbeeld technologische nieuwigheden.”

“De overheid neemt ook al wat gas terug. Oorspronkelijk dacht men dat door het oprichten van ziekenhuisnetwerken een aantal diensten in ziekenhuizen stante

Vandaag is de aandacht vooral gericht op het bouwen van nieuwe structuren. Voor de patiënt zijn er nu nog geen praktische gevolgen. In een volgende fase zullen we goed moeten communiceren om het brede publiek vertrouwd te maken met de netwerken.

pede konden worden geschrapt. De overheid heeft ook al ingezien dat dat niet zo'n vaart zal lopen. Maar de ratrace om in het ene ziekenhuis alle nieuwe diensten, apparatuur en programma's te hebben zoals in het andere ziekenhuis 20 kilometer verderop, daar kunnen we nu wel mee stoppen. De onderlinge concurrentie zal verminderen.”

... in het belang van de zorgverleners

Schaalvergroting, efficiëntiewinsten: moeten mensen die in het ziekenhuis werken voor hun job vrezen? Geboers gelooft niet dat er een *clean sweep* door de ziekenhuizen zal gaan: “Het is een feit dat de personeelskost in een ziekenhuis het zwaarst doorweegt. Maar

naakte ontslagen zullen niet aan de orde zijn. We verwachten namelijk helemaal niet dat de vraag naar zorg zal afnemen, integendeel: de opnames zullen in de toekomst nog verder stijgen. Het is goed dat ziekenhuizen van dit momentum gebruik maken om na te denken over hun personeelsbezetting, rekening houdend met de vorming van de netwerken. Door de netwerken zal er wel steeds meer ziekenhuispersoneel zijn zonder vaste standplaats. De mobiliteit van het personeel zal toenemen.”

“Zorgnet-Icuro engageert zich in ieder geval om ziekenhuizen en artsen bij te staan en te begeleiden in deze fundamentele transitie. Het gaat per slot van rekening om een bijzonder grote verandering, waarbij heel veel komt kijken”, besluit Marc Geboers.

PROF. JOHAN DECRUYENAERE OVER DE ROL
VAN ARTIFICIËLE INTELLIGENTIE

“Fascinerende doorbraken in medische beeldherkenning”

TEKST: PETER RAEYMAEKERS (LYRAGEN) / BEELD: PETER DE SCHRYVER

Medische vakbladen staan vol van begrippen als ‘big data’, ‘machine learning’, ‘artificiële intelligentie’ (AI) en ‘digitale geneeskunde’. Zijn het hypes of is de gezondheidszorg bezig aan een paradigmashift? Prof. Johan Decruyenaere, internist-intensivist aan het UZ Gent, staat al 20 jaar met beide voeten in de digitale geneeskunde. Hij relativeert: “behalve de medische beeldherkenning is het allemaal niet zo nieuw. Al zitten we vandaag wel in een belangrijke stroomversnelling.”

Hoe zou u zichzelf omschrijven? Als een arts met een wiskundeknobbel of een mathematicus met een artsenhart?

“Ik ben een arts in hart en nieren, laat daar geen twijfel over bestaan. Aan het UZ Gent heb ik destijds het programma voor levertransplantatie mee opgezet en nadien ben ik 12 jaar diensthoofd Intensieve Zorg geweest. Al moet ik toegeven dat van kindsbeen af wiskunde mijn lievelingsvak was. Eind jaren 1990 heb ik een interuniversitair postgraduaat ICT gevolgd en vanaf 2003 hebben we progressief de volledige afdeling Intensieve Zorg, die 64 bedden telt, gecomputeriseerd. We waren hierin pioniers en papier gebruiken we sindsdien niet meer. Intensieve Zorg-geneeskunde levert ontzettend veel data op, dagelijks ongeveer 25.000 datapunten per patiënt. Meer dan 10 jaar geleden zijn we dan ook gestart met het opzetten van verschillende grote databankprojecten, ook interuniversitair. Vandaag zouden we daar de termen ‘big data’ en ‘artificiële

intelligentie’ op plakken, maar toen waren die begrippen nog niet in de mode.”

Nochtans zag artificiële intelligentie als onderzoeksdiscipline al het levenslicht in 1956.

“Het is een domein dat zomers en winters heeft gekend. Er zijn periodes geweest dat iedereen volop geloofde in artificiële intelligentie. Er ging bij momenten ontzettend veel onderzoeksgeld naartoe. De discipline kon die verwachtingen niet inlossen en het hele onderzoeksgebied ging de koelkast in. Het heeft sinds zijn ontstaan in 1956 verschillende dieptepunten gekend. Vandaag zitten we volop terug in de zomer, ook in de geneeskunde. We mogen echter niet de fouten uit het verleden maken. Heel verstandige mensen hebben ooit in de jaren 1970 van de vorige eeuw in *The New England Journal of Medicine* geschreven dat tegen het eind van de jaren 1980 computers alle taken van artsen zouden overnemen. Zo’n vaart zal het ook nu niet lopen.”

Hoe zou u artificiële intelligentie definiëren?

“Voor mij gaat het om computersystemen die in staat zijn op een intelligente en autonome manier complexe taken uit te voeren. Maar intelligentie is een complex begrip met veel facetten. patroonherkenning is er één van en hier heeft *machine learning* en vooral *deep learning* voor een spectaculaire doorbraak gezorgd. Maar intelligentie heeft ook veel te maken met het

écht begrijpen van dagelijkse fenomenen en hierover kunnen redeneren, reflecteren en oorzakelijke verbanden zien. Het is precies dat wat kinderen van 's morgens tot 's avonds doen en waar computers nauwelijks of niet toe in staat zijn. Denk aan de stroom van waarom-vragen die kinderen aan hun vertwijfelde ouders stellen, waarop die ouders uiteindelijk 'daarom' antwoorden. Het absorberen van een enorme hoeveelheid wereldkennis en common sense, kan de huidige AI (nog) niet."

Waarom zit artificiële intelligentie dan vandaag opnieuw zo in de lift?

"Een heel belangrijke factor is de enorme beschikbaarheid aan gegevens. Vandaag meten we heel veel bij onze patiënten. Gegevens die we ook digitaal bijhouden. Niet alleen alle diagnoses, medicaties, procedures en numerieke data, maar ook beelden uit bijvoorbeeld radiologie. Meer en meer komen daar nog *genomics* en andere 'omics'-data bij. Dat leidt tot een enorme, onoverzichtelijke berg aan data waarop we computer algoritmes loslaten. Die gegevenszondvloed gecombineerd met de huidige explosieve rekenkracht van computers en nieuwe algoritmes, opent een scala van mogelijkheden."

Welke praktische toepassingen kunnen we dan verwachten in de geneeskunde?

"Het domein waarin de grootste vooruitgang werd gemaakt, is het herkennen van patronen in beelden. Een computer die een kat identificeert op een foto, dat zouden we ons 20 jaar geleden niet kunnen voorstellen. Binnen de geneeskunde is dat onmiddellijk bruikbaar in de radiologie, de dermatologie en de histopathologie, drie disciplines die bij uitstek beeldgericht zijn. En natuurlijk ook in 'omics'-onderzoek dat eveneens op zoek gaat naar verborgen, dikwijls zeer zeldzame patronen. Zo'n intelligent *image recognition*-programma heeft op basis van duizenden en duizenden beelden geleerd om afwijkingen 'te zien'. Het doet dat snel en accuraat. Ook in het UZ Gent starten we een proefproject dat op de spoedopname in realtime hersen-, wervel- en leverscans analyseert. Als het programma een afwijking vaststelt, wordt die onmiddellijk bovenaan de lijst gezet

Je moet artificiële intelligentie en digitale geneeskunde zien als een hulpmiddel voor de arts, niet als een toekomstige vervanger. De radiologen, anatoom-pathologen en dermatologen hoeven niet te vrezen voor hun jobs. Ze zullen altijd nodig blijven.

voor verdere evaluatie door de radioloog. Dat is pure tijdswinst voor de patiënt en de arts. Andere algoritmes zijn in staat om afwijkingen op longfoto's vast te stellen of subtiele breuken te zien. Het gaat in deze sector heel snel. Die technologie leidt vandaag in de eerste plaats tot een beter management van de workflow, maar wellicht ook tot een betere kwaliteit."

Hoezeer kan je op de uitkomsten van die programma's vertrouwen?

"Die programma's zijn nog geen routine in het ziekenhuis. Precies omdat we de validiteit en betrouwbaarheid nog verder willen onderzoeken, brengen we in het UZ Gent dergelijke toepassingen ook eerst binnen via onderzoeksprogramma's. Naast fouten in het algoritme kunnen zich nog andere problemen voordoen. Ik denk onder meer aan *automation bias*: artsen met een sterk vertrouwen in geautomatiseerde systemen lopen het risico dat ze minder aandachtig worden. Dat ze denken: 'de computer heeft niks gevonden, dus er zal wel niks zijn.' Dat is een gevaar. Je moet die technologieën dan ook altijd zien als een hulpmiddel voor de arts en zeker niet als een toekomstige vervanger. De radiologen, anatoom-pathologen en dermatologen hoeven niet te vrezen voor hun jobs. Ze zullen altijd nodig blijven."

Is er ook niet het gevaar dat een computer iets als een afwijking kwalificeert terwijl die helemaal niet pathologisch is? Of het

omgekeerde, dat de computer een relevante afwijking over het hoofd ziet?

"Dat is het klassieke probleem van de valspositieve en valsnegatieve resultaten. Daarover breken wij als artsen altijd ons hoofd want beide zijn aan elkaar gekoppeld, maar waar ligt de juiste trade-off? Op een spoeddienst willen de computer en de radioloog zeker geen hersenbloeding missen. Dus je wenst geen enkele valsnegatieve bevinding en je kan ermeê leven dat een programma een aantal niet-relevante afwijkingen toch catalogeert als positief. Het is aan de arts om de evaluatie te maken. Maar bij kankerscreening wil je het aantal valspositieve resultaten beperken. Anders stuur je mensen naar verdere diagnostische onderzoeken, soms invasief en soms jarenlang. Er is zelfs een risico dat dit nutteloze therapieën induceert. Overdiagnose en overbehandeling kunnen dan écht een probleem worden. Daarenboven zijn die mensen bij elk onderzoek doodongerust, het kost de samenleving handenvol geld en uiteindelijk was het allemaal voor niets. Je moet dit natuurlijk afwegen tegen het voordeel dat je andere patiënten in een vroegtijdiger stadium detecteert. Maar dat klinkt allemaal eenvoudiger dan het intuïtief lijkt."

Artificiële intelligentie en digitale geneeskunde worden ook sterk gekoppeld aan voorspellende geneeskunde. Ziet u daar grote doorbraken?

"Er zijn heel wat concrete toepassingen op





Johan Decruyenaere: artificiële intelligentie is een domein dat zomers en winters heeft gekend. Er zijn periodes geweest dat iedereen er volop in geloofde, maar de discipline kon de verwachtingen niet altijd inlossen. Vandaag zitten we terug volop in de zomer.

komst. In het UZ Gent alleen al hebben we verschillende projecten lopen. Zo hebben IDLab, een imec-onderzoeksgroep aan de Universiteit Gent, en de Afdeling Verloskunde van het UZ Gent een algoritme ontwikkeld om het tijdstip van geboorte in te schatten bij risico op vroeggeboorte. Bij een vroeggeboorte is het belangrijk om tijdig corticosteroïden toe te dienen om foetale longrijping te bevorderen. Die behandeling lijkt het meest efficiënt tussen twee en zeven dagen voor de bevalling. Een correcte inschatting van de timing van een eventuele vroeggeboorte is dus belangrijk. Het algoritme moet nog wel verder gevalideerd worden en dan volgt een klinische studie. Nog enkele Gentse voorbeelden zijn het onderzoek naar complicaties bij borstreconstructies (recent gepubliceerd in *Nature Scientific Reports*), een project rond migraine, het optimaliseren van antibioticaspiegels bij zware infecties en het automatisch interpreteren van huidletsels.”

Ook u trekt al jaren aan de kar van de digitale geneeskunde.

“Sinds 2003 werk ik intens samen met ingenieurs van de Universiteit Gent. We voerden al meer dan 30 projecten uit. Recent hebben we een onderzoek gepubliceerd waarbij we op basis van negen

variabelen vrij betrouwbaar kunnen voorspellen of de bloedcultuur die we afnemen bij een mogelijke ernstige infectie, al dan niet positief zal worden. We hebben daarvoor een neuronaal netwerk ingezet om data van 2.177 culturen te analyseren. Nu moeten eerst verdere datasets getest worden. Als het zich echter verder uitkristalliseert, zou het algoritme nuttige informatie kunnen leveren over het al dan niet opstarten van antibiotica. De uitslag van een bloedcultuur neemt immers 24 tot 72 uur in beslag.”

Is de grote moeilijkheid niet de kloof tussen onderzoek en bruikbaarheid in de dagelijkse praktijk? Je trekt bepaalde conclusies op groepsniveau, maar hoe bruikbaar zijn die voor voorspellingen over individuele patiënten?

“De kloof van studie naar routinematig gebruik is inderdaad het moeilijkste om te overbruggen. Dat is in de eerste plaats een probleem van validatie. Er komt meer en meer consensus om voor die validatie gerandomiseerde studies in te zetten, naar analogie met geneesmiddelen. Er zal dus nog flink wat onderzoekswerk aan te pas komen. Verder zijn veel predictiemodellen zogenaamde ‘black boxes’. Zij doen een voorspelling maar kunnen de arts niet vertellen waarom.

Een ander groot probleem is dat de huidige algoritmen zich beperken tot het vinden van correlaties tussen factoren en uitkomsten. En correlatie betekent niet automatisch oorzakelijkheid – causaliteit, met een geleerd woord. Een voorbeeld: als wij een model maken om te voorspellen of een patiënt op intensieve zorg zou kunnen overlijden, dan zullen daar altijd factoren uitkomen als ‘de patiënt krijgt dialyse’, ‘krijgt bloeddrukmedicatie’ en/of ‘ligt aan de beademingsmachine’. Indien dat causale factoren zouden zijn, dan moeten wij natuurlijk onmiddellijk stoppen met dialyseren of ventileren, maar dan is de patiënt zeker dood. Dus die factoren zijn wel goede voorspellers, maar helemaal geen *oorzakelijke* factoren.

In de geneeskunde is oorzakelijkheid ‘corebusiness’. Het vormt de basis van elke medische behandeling. De huidige generatie ‘machine learning’ is echter niet in staat om ‘cause and effect’-analyses uit te voeren. Voorlopig is dat nog echt basisonderzoek, maar ongetwijfeld wel dé ‘next big thing’ in artificiële intelligentie. Naast de computer automatisch ‘wereldkennis’ aanleren. Denk maar aan de waarom-vragen van kinderen.”

dag v/d
ZORG

15 ZONDAG
maart
2020

#zorgwerkt

Doe mee aan Dag van de Zorg 2020...

en geniet als lid van Zorgnet-Icuro
van **10% korting** op de deelnamefee.

Thema: Werken in de Zorg / Campagne: #zorgwerkt.

MEER INFO EN KORTINGSCODE: karlien@dagvandezorg.be / www.dagvandezorg.be



In een nieuwe reeks **Z-Healthcare** zoomt Kanaal Z in op het ziekenhuis en de zorg van de toekomst. Wat zijn de maatschappelijke, medische en technologische evoluties? Welke implicaties hebben innovaties voor de zorg- en welzijnssector? Hoe zorgen we ervoor dat ziekenhuizen uitgebouwd worden tot moderne centra voor gezondheidszorg, met kwaliteitsvolle en patiëntgerichte zorg?

20 weken lang praat **Z-Healthcare** met patiënten, zorgverstrekkers en experts en stellen we tal van innovatieve projecten in de kijker.

Z-Healthcare, elke woensdag in herhalingslus op Kanaal Z
vanaf 20 uur. Ook te bekijken op www.kanaalz.be

kanaal **Z**

In samenwerking met:



Life Is On



“Transparantie kan maatschappelijk draagvlak creëren”

TEKST: FILIP DECRUYNAERE / BEELD: MIEKE VASSEUR

Big data zijn de toekomst voor de gezondheidszorg, hoor je weleens. Maar waar staan we vandaag? Wat zijn de mogelijkheden? Wie wordt daar beter van? En hoe zit het met onze privacy? Zorgnet-Icuro pleegde de voorbije maanden overleg met alle betrokken actoren en boog zich ook over de technische uitwerking, de ethische implicaties en het juridische kader. Op tafel ligt nu een nota met een helder concept voor een duurzaam en verantwoord gebruik van big data. Het debat kan beginnen.

Ziekenhuizen, artsen en andere zorgactoren beschikken dankzij de vele registraties over heel wat interessante data. Gegevens over patiënten, pathologieën, medicatiegebruik, behandelingen en het succes ervan, enzovoort. Elk ziekenhuis kan die data vandaag al gebruiken om het eigen beleid te ondersteunen. Maar hoeveel waardevoller zou het niet zijn als alle gegevens gebundeld werden? We spreken dan van 'big data'.

Het lijkt de evidentie zelve: hoe meer data, hoe meer kennis en inzicht om het beleid op te bouwen. Niet alleen artsen en ziekenhuizen kijken er reikhalzend naar uit, maar ook overheden, de medische industrie, de universiteiten en de farmabedrijven. En daar schuilt meteen een grote uitdaging. Hoe zit het met de privacy? Met het wetgevend kader? En met de ethische implicaties? Zorgnet-Icuro nam het initiatief om het terrein te verkennen en de weg vrij te maken voor een veilig, duurzaam en ethisch gebruik van big data.

Ir. Peter Raeymaekers (stafmedewerker technologie en innovatie Zorgnet-Icuro): “Op internationaal niveau is de bal van de big data aan het rollen. Grote farmaceuti-

sche bedrijven kopen nu al op grote schaal klinische data bij gespecialiseerde bedrijven in de Verenigde Staten. Wij willen verder kijken dan de klinische gegevens op zich. Onze focus ligt op het zorgtraject van de patiënt. Welk traject volgt een patiënt met een bepaalde pathologie: van de huisarts naar de kinesitherapeut, terug naar de huisarts, op onderzoek in het ziekenhuis, naar de apotheker... We kunnen die stappen allemaal in kaart brengen. Elk bezoek aan een huisarts, een arts, een ziekenhuis of een apotheker wordt immers geregistreerd. We kennen dus de 'whereabouts'. Maar echt interessant wordt het pas als we hieraan klinische informatie kunnen koppelen: welke behandeling krijgt de patiënt, welke geneesmiddelen neemt hij, hoe evolueert de ziekte? Databeheerder dr. Filip Veldeman van AZ Sint-Lucas in Gent heeft hiervoor een technisch concept ontwikkeld. Het mooie aan het concept is dat het heel simpel is in zijn opzet: waar bevindt de patiënt zich? Het is geen heksenjacht om dat te weten te komen. We moeten alleen een platform maken dat al die informatie kan verbinden. In een tweede stap kunnen we er dan de klinische informatie aan koppelen.”

“Uiteraard hebben we hiervoor de medewerking van artsen, ziekenhuizen en zorgverstrekkers nodig. Zij worden hiervoor gecompenseerd met interessante informatie vanuit de big data, maar de grootste meerwaarde is voor hen de inzage in het zorgtraject. Ook andere actoren moeten mee aan boord: de overheden, de wetenschappers en de industrie. Zorgnet-Icuro geeft met zijn rapport een mooie voorzet, maar samen met andere stakeholders moeten we dit verder uitwerken. De belangstelling ervoor is in elk geval groot.”

Maatschappelijke meerwaarde

En hoe zit het dan met het juridische en het ethische kader? Prof. Tom Balthazar (stafmedewerker gezondheidsrecht Zorgnet-Icuro): “Het uitgangspunt is dat we de zorg willen verbeteren. Big data kunnen het beleid vertellen welke medicatie en welke behandelingen werken, welke pathologieën in opmars zijn, welke geneesmiddelen het verdienen om te worden terugbetaald... De maatschappelijke meerwaarde kan dus erg groot zijn. Ook vanuit het perspectief van de industrie: als bedrijven en onderzoekers weten aan welke medicatie er precies nood is, dan komt dat de hele samenleving ten goede.”

Prof. Yvonne Denier (stafmedewerker ethische thema's Zorgnet-Icuro) zit op dezelfde golflengte. “Het concept is ontwikkeld op basis van uitvoerige gesprekken met alle stakeholders. Het draagvlak is groot. Niet alleen bij industriële partners als Pharma.be, Voka en Agoria, maar ook bij de overheden, de ziekenfondsen, de artsen en het Vlaams Patiëntenplatform. Uiteindelijk komt dit vooral de patiënten ten goede. Ethisch gezien kan je op twee niveaus reflecteren. Een eerste niveau is dat van de ethische intuïtie en de kritische vragen: wat met onze privacy, wat met Big Brother? Het tweede niveau gaat voorbij het intuïtieve en kijkt naar wereldwijd wetenschappelijk onderzoek dat voldoende voorhanden is. Als we ons houden aan vier randvoorwaarden dan is er, volgens dat wetenschappelijk onderzoek, ethisch geen bezwaar tegen het gebruik van big data.

Een eerste voorwaarde is de maatschappelijke meerwaarde die voorop moet staan. Dat is hier duidelijk het geval. Een tweede vereiste is de notie van 'verdelende



Tom Balthazar, Yvonne Denier en Peter Raeymaekers (vlnr.): Zorgnet-Icuro nam het initiatief om het terrein te verkennen en de weg vrij te maken voor een veilig, duurzaam en ethisch gebruik van big data.

rechtvaardigheid': de lusten en de lasten, de voordelen en de nadelen, moeten voor iedereen zijn. Het zou bijvoorbeeld onethisch zijn als alleen de industrie van de big data zou profiteren. Een derde voorwaarde is het respect voor de geïnformeerde toestemming van patiënten om data te delen. Dat is een complexe voorwaarde, want je kan natuurlijk niet op elk moment de toestemming van de patiënt vragen. Hiervoor moeten we een sluitend juridisch kader maken. Een vierde voorwaarde ten slotte, is de garantie van publiek vertrouwen en een duurzaam engagement. Alle betrokken partijen moeten op een verantwoorde manier met de gegevens omgaan en ook actief werk maken van sensibilisering. Het draagvlak bij alle actoren is groot, maar ook het maatschappelijk draagvlak moet er zijn."

Tom Balthazar: "Juridisch zijn er voldoende garanties om deze ethische voorwaarden te kunnen bewaken. Het gaat inderdaad om gevoelige, medische gegevens en iedereen is zich daarvan bewust. De strenge GDPR-Verordening sluit het hergebruik van data – want daarover gaat het hier – niet uit, maar legt voorwaarden op. We moeten een structuur installeren die streng waakt over wat er met de data gebeurt en die controle uitoefent. In de praktijk is het niet zo dat alle gegevens samenkomen in

één grote superdatabank. Alle gegevens blijven waar ze nu zijn. Alleen kan er op vraag van een actor – een overheid of een wetenschappelijk team – een gerichte vraag worden gesteld om een aantal gegevens bij elkaar te brengen. Als hiervoor groen licht wordt gegeven, dan worden de nodige data uit de verschillende databanken getrokken en gebundeld. Met een maximale beveiliging. De gegevens worden namelijk niet gekoppeld aan de naam van een persoon, maar aan een onherkenbare code. Hoe dan ook zal hierover duidelijk moeten worden gecommuniceerd naar de brede bevolking. Transparantie is noodzakelijk voor een duurzaam systeem. Het is praktisch onhaalbaar om bij elke vraag alle patiënten om expliciet geïnformeerde toestemming te vragen. We moeten het maatschappelijke belang van gegevensdeling helder communiceren en mensen de absolute garantie geven dat alles veilig verloopt. Het mag bijvoorbeeld nooit voorkomen dat een individuele patiënt op een of andere manier nadeel zou ondervinden van het delen van zijn gegevens. Patiënten moeten zich trouwens kunnen verzetten als ze niet willen dat hun gegevens worden gedeeld. Maar nogmaals, het is aan ons allemaal om ervoor te zorgen dat we misbruiken uitsluiten en goed communiceren over de belangrijke maatschappelijke meerwaarde ervan."

Laaghangend fruit

"Om de maatschappelijke meerwaarde te onderstrepen, willen we op korte termijn starten met een aantal kleine pilotoprojecten die op relatief korte termijn realiseerbaar zijn", zegt Peter Raeymaekers. "Het laaghangend fruit plukken. Welke piloten in aanmerking komen, willen we samen met alle stakeholders beslissen. Ondertussen werken we verder aan de technische ontwikkeling, aan het ethisch-juridische kader en aan een beheersstructuur die toeziet op de werking ervan. De nota die nu voorligt, is een sneuveldocument waarop alle betrokken partijen opmerkingen kunnen geven. Eens dat is gebeurd, gaat de nota naar de Vlaamse overheid. Maar het is nu al duidelijk dat ook de federale, de Brusselse en de Franstalige collega's moeten worden betrokken. Ook zij kregen het document en kunnen hierop voortbouwen. Ik heb er alle vertrouwen in dat we met deze nota het pad geëffend hebben om heel snel vooruitgang te maken in het verantwoord en duurzaam gebruik van big data."

Het conceptvoorstel voor het onderzoeksplatform "Big Data in de Vlaamse gezondheidszorg" wordt binnenkort in brochurevorm uitgegeven. Hou de nieuwsbrief van Zorgnet-Icuro in de gaten voor meer informatie.

KINDERPSYCHIATERS PETER ADRIAENSSENS
EN ANNIK LAMPO GEVEN DE FAKKEL DOOR

**“Sommige kinderen vergeet je nooit.
Soms omdat je er veel voor kon
doen, soms omdat het niet lukte.”**

TEKST: KIM MARLIER / BEELD: JAN LOCUS



“Voor de zaak-Dutroux werden wij als hulpverlener regelmatig bedreigd door daders of gezinnen die angstig waren voor onze tussenkomst. Na de zaak-Dutroux ontmoette je ineens heel wat ouders die zeiden: ‘Ik begrijp dat je dit moet onderzoeken, maar ik ben geen Dutroux.’”

Noem hen gerust pioniers van de kinder- en jeugdpsychiatrie. Kinderpsychiaters Annik Lampo en Peter Adriaenssens zagen hun vak de voorbije dertig jaar groeien, evolueren en exploderen. “De kracht van onze discipline is dat het een combinatie van wetenschap en creativiteit is. We hebben het altijd ervaren als een dynamisch vak waarbij je constant moet bijbenen, observeren, luisteren en zien,” klinkt het in koor. Dit najaar gaan ze allebei met pensioen. “Op het moment dat je bijscholing moet vragen aan de jongeren omdat je de zangers van hun generatie niet meer kent, weet je dat je de temperatuur van hun generatie niet meer zo goed aanvoelt. Maar we geven de fakkel vol vertrouwen door.”

De kinder- en jeugdpsychiatrie is een jonge discipline waar jullie pioniers in waren. Hoe hebben jullie dit vak zien evolueren?

Peter Adriaenssens: Als je kijkt naar ons vak vandaag, is dat een hemelsbreed verschil met dertig jaar geleden. De kracht van onze discipline zit in de combinatie van wetenschap en creativiteit. Net dat wetenschappelijk luik is geëxplodeerd in de jaren 2000.

Annik Lampo: Het grote verschil is dat de ontwikkelingspsychologie nu wetenschappelijk onderbouwd is. Vroeger deden we veel observaties, we zagen de ontwikkelingen en konden die vaststellen. Maar nu hebben we ook de onderbouw. De kracht zit inderdaad in de combinatie van wetenschap en creativiteit, maar tegelijkertijd is dat ook onze zwakte. Het is ons meermaals verweten dat we dingen probeerden te verklaren, maar geen bewijsvoering konden voorleggen.

Peter Adriaenssens: We realiseren ons dat we in een heel jong vak zitten. Het

is veel te vroeg om ervan uit te gaan dat we werken in een domein van verworven kennis. Kijk maar naar het debat met de publieke opinie. Worden er niet te veel diagnoses gesteld? Wordt er niet te veel medicatie gegeven? We zijn met kinder- en jeugdpsychiatrie helemaal nog niet aan het punt waarop we kunnen zeggen dat een diagnose een statisch gegeven is. Voor een kinderarts is een infectie een infectie. Wij hebben op dat vlak nog een lange weg af te leggen. En dat is ook de dynamiek die je zelf in je omgeving moet bewaren met de mensen die in opleiding zijn. Je moet nog heel sterk de vinger aan de pols houden.

Annik Lampo: We moeten voortdurend dingen in vraag durven stellen, durven twifelen. Dat alles door alles wordt beïnvloed is een feit. Zo hangt de ernst van de problemen af van hoe de opvang is, hoe het met de veiligheid gesteld is, hoe een kind gesteund wordt. Er zijn enorm veel variabelen die een rol spelen, maar je kan die ook bewerken. Net dat is de sterkte van kinder- en jeugdpsychiatrie. Je kan een ziektebeeld of symptomen verminderen door aan de omgeving te werken, door de koppen samen te steken en de steun te vergroten rond een kind of een jongere.

Peter Adriaenssens: In de jaren 1960 kwamen de woorden kindermishandeling en trauma niet eens voor in het handboek van de kinderpsychiatrie. Dat werd beschouwd als materie voor de jeugdbescherming. Zowel voor Annik als voor mij zat een belangrijk deel van ons werk in dat veld van kindermishandeling, trauma en seksueel geweld. Vandaag weet iedereen dat de meeste jongeren die wij opnemen trauma's te verwerken hebben gekregen. Nu weten we dat trauma een belangrijke bron is van psychopathologie. Daar werd 30 jaar geleden nog aan getwijfeld. Overdreven we niet?

Annik Lampo: We zijn allebei begonnen als vertrouwensarts. We gingen ervan uit dat mensen die thuis te gewelddadig waren ook recht hadden op hulp. Natuurlijk bleef het ook nodig om sommige kinderen te beschermen, maar er kwam een nieuwe beweging op gang. We stopten met enkel een repressief antwoord te geven en alleen maar kinderen uit zo'n situatie te halen. Uit onderzoek bleek immers dat kinderen die opgroeiden in een instelling net vaak de kinderen waren die er op lange termijn het slechtst aan toe waren. Dat besef zorgde voor een kentering waardoor meer werd ingezet op de noden van het gezin.

Peter Adriaenssens: Op dat moment maakte de zaak-Dutroux de ernst van het probleem duidelijk voor de publieke opinie. Voor de zaak-Dutroux werden wij als hulpverlener regelmatig bedreigd door daders of gezinnen die angstig waren voor onze tussenkomst. Na de zaak-Dutroux ontmoette je ineens heel wat ouders die zeiden: ‘Ik begrijp dat je dit moet onderzoeken, maar ik ben geen Dutroux.’ Dutroux werd een soort monsterstandaard, maar men begreep plots wel dat er toch naar dat onderwerp moest gekeken worden. Het drong bij de publieke opinie door dat er mensen bestaan die kinderen de meest walgelijke dingen aandoen.

Peter Adriaenssens: Het concept hechting is ook zo'n voorbeeld. Dertig jaar geleden was dat een heel eenvoudig concept. Een ouder moet zijn kind graag zien. Dat concept is door onderzoek ontploft tot een heel ingewikkeld gegeven. Hechting staat niet enkel voor een ouder die een kind veiligheid biedt. Door hechting leert een kind ook een sociale omgeving lezen. Essentieel als je denkt aan de wereld van vandaag waarin het bijna niet meer bestaat om heel je leven apart aan een bureautje te zitten. Je moet in groep kunnen werken, in grote bureaus of collectieve ruimtes. De kinder- en jeugdpsychiatrie staat niet los van de rest. De volwassenenpsychiatrie sprak vroeger niet over ASS of ADHD. Net door de kinder- en jeugdpsychiatrie leerden ze daarnaar kijken bij hun cliënten. Vandaag zijn wij veel meer geïnteresseerd in de onderzoeksvraag: “Wat maakt dat het ene kind de problematiek afrondt in zijn jeugd en dat het bij de andere een autostrade lijkt te zijn naar het volwassen leven?” Er zijn nog heel veel factoren die we niet kennen en waar we weinig vat op hebben.





Annik Lampo: "Je relativeert meer met een job als deze. Ja, natuurlijk was het al eens moeilijk thuis of had iemand verdriet. Maar het werk in het ziekenhuis hielp om je te realiseren: 'waar klagen wij over?'"

Annik Lampo: We weten inderdaad nog zoveel niet. Maar we weten wel zeker dat veiligheid, interactie en hechting met ouders preventief inwerkt op veel triestheid en moeilijkheden. Net dat is het fantastische aan kinder- en jeugdpsychiatrie. Hoe vroeger je kan beginnen, hoe beter.

Onze maatschappij gaat vandaag veel bewuster om met labels zoals ADHD, ADD en ASS. Is dat een goede ontwikkeling?

Peter Adriaenssens: Ik vind dat we daarop fier mogen zijn. We zijn veel respectvoller voor de kwetsbaarheid van elkeen. We leven veel minder met het concept van een doorsnee kind. Maar dat betekent ook dat we in een overgangsgeneratie zitten waar we dat zijn juiste plaats moeten geven. En daar zitten wel nog moeilijkheden. Hoe zorg je ervoor dat een diagnose de bril bepaalt waarmee je naar je kind kijkt, maar dat we die niet gebruiken als een handicapomschrijving? Wat met een klas van twintig kinderen, waarvan er zes een apart briefje hebben. Hoe kan je van één leerkracht verwachten dat hij dat allemaal kan managen?

Er zijn ontsparingen ontstaan in snelheid. Ons vakgebied heeft de laatste 15 jaar een grotere versnelling gekregen, maar een school heeft nog altijd evenveel leerlingen per leerkracht. Het is moeilijk om de samenleving de boodschap te verkopen dat ze meer geld in onderwijs moeten steken. En toch is het belangrijk, want net daar kan je zo'n grote preventie realiseren. Maar er is ook een andere kant van de medaille. De diagnose die wij bijvoorbeeld op dit moment eigenlijk niet meer mogen stellen zonder flinke herrie te hebben is: "U moet uw kind wel opvoeden." Wij zien vaak mensen die van de ene onderzoeksgroep naar de andere trekken tot ze een of andere diagnose krijgen.

Annik Lampo: Dat heeft natuurlijk ook te maken met het feit dat een diagnose gelinkt is aan het verkrijgen van hulp. Bepaalde hulpsystemen zullen immers pas starten wanneer een diagnose bevestigd wordt op papier.

Peter Adriaenssens: Dat zijn perversies die wij nooit verwacht hadden. Dit vak

ontwikkelt zich met de intentie om te helpen, maar dat moet worden vertaald naar beleidsrichtlijnen. En die steunen steeds minder op vertrouwen. Het lijkt een evidentie dat een diagnose gegeven wordt om iemand te helpen en dat aangepaste hulp ingeschakeld wordt. Maar vandaag moet alles bewezen en administratief ondersteund worden. Ik moet eerlijk zeggen dat ik de laatste vijf jaar af en toe dacht: 'ik herken mijn vak niet meer'. Dat is pijnlijk om te moeten zeggen. De tijd dat je gewoon naar de schooldirecteur belde om te bespreken hoe een kind kon worden ondersteund, dat is voorbij. Alles moet gestaafd worden door kilo's documenten, waarbij de administratie het aandurft om een document terug te sturen omdat één vakje niet werd aangevinkt. Ik kijk met verbazing hoe wij als hulpverleners daar een machteloos gedrag tegenover ontwikkelen. Wij zouden kunnen leren van de klimaatbrowsers.

Het is opvallend dat steeds meer kinderen problemen ervaren. 1 op 5 jongeren kampt met psychische problemen. Het suïcidecijfer was nog nooit zo hoog. Hoe komt het dat de jeugd zo massaal lijkt uit te vallen?

Annik Lampo: Ik denk dat die trend twee kanten heeft. Enerzijds is de wereld moeilijker en veeleisender geworden. Er komt van alle kanten zoveel op hen af, denk maar aan sociale media. De jongeren zijn overbelast en weten niet meer wat ze eerst moeten doen. Anderzijds denk ik ook dat heel wat jongeren, kinderen en ouders rekenen op de 'ander' en zo hun eigen veerkracht niet aanwenden. Dat is vandaag soms moeilijk merk ik, alsof het leven altijd leuk en grappig moet zijn. Iedereen heeft verdriet, examens bestaan, er zullen vrienden zijn die je laten vallen of relaties die pijnlijk aflopen. Dat is het leven.

Peter Adriaenssens: We spreken van een gevoeliger generatie. Het is belangrijk dat we hen frustratie aanleren. Dat moet een plaats hebben in de opvoeding, samen met het liefhebben van het complexe. Want we leven in een complexe tijd. Het leven is niet meer zo rechtlijnig. Er is geen automatisch verband meer tussen je diploma en wat je zal doen. Goed studeren is geen garantie op succes, want je moet

ook veel sociale vaardigheden hebben in de maatschappij van vandaag. Jongeren moeten oefenen met de wereld en dat is moeilijk als je alleen maar krantenkoppen ziet over burn-out. Waar is het verhaal dat je gek kan worden van de hele dag thuis zitten, dat je op je werk vrienden kan maken? In veel gezinnen wordt er niet meer gediscussieerd over politiek, over maatschappelijke kwesties, over meningen. Als ouders niets vertellen, kunnen kinderen niet leren van de wereld.

Door sociale media zijn kinderen ook niet meer 'los' van de anderen. In welke mate heeft die tijdgeest invloed op hen?

Peter Adriaenssens: Wij zitten natuurlijk in het eindstation, maar wij merken die invloed zeker. De sociale media zorgen voor een toename van de psychopathologie. Vooral in de velden van angst, depressie en suïcidaliteit. De andere factoren die problemen geven – zoals gezinsfactoren, de ontwikkeling, tiener worden – zijn factoren die al meer dan een generatie bestaan. Het enige wat nieuw is en een breuklijn vormt met de eerdere generatie zijn de sociale media. Als ik voor ouders spreek, dan herkent iedereen dat probleem. En toch draait heel die industrie door volwassenen. Zij kopen die toestellen aan. Zij kunnen schermtijd bepalen, maar als volwassenen slagen we er niet in om solidair met elkaar te zeggen: 'Hier ligt de grens.' Er zit ook een problematische link met de wereld van de volwassenen. Je kan nog verklaren waarom je grove taal aantreft bij tieners, maar niet waarom je diezelfde taal hoort bij dertigers en veertigers. Hoe komt het dat alle kranten iemand in dienst hebben die meest grove reacties moet verwijderen uit de commentaarsectie? We moeten een appel doen aan elkaar, als burgers. Als je wil dat het goed gaat met de jeugd, dan moeten we bij onszelf beginnen. We zijn de generatie die graag van zichzelf zegt dat we goed opgevoed zijn. Maar we zijn ook de generatie van het kort lontje.

Annik Lampo: Ouders geven kinderen een GSM om te weten waar ze zijn. Waar zijn we mee bezig? Het hebben van een kind is leren loslaten. Het is ervoor zorgen dat de wereld van een kind open, boeiend

en sociaal wordt. We zien meer en meer ouders die daarvoor te angstig zijn.

Peter Adriaenssens: Misschien is het een goed teken dat we nu 13-jarigen zien die hun beklag doen over het smartphonegebruik van hun ouders. Wanneer ze op restaurant gaan legt papa zijn smartphone onmiddellijk naast zijn bord en scrollt mama onder tafel door Instagram. Misschien hebben we ook daar een overgangsgeneratie. De huidige jongeren zullen daar jammer genoeg de kwetsuren van meenemen. Zij hebben misschien minder verhalen over gezinsgeweld, maar wel meer verhalen over geweld in de samenleving.

Wat heeft onze maatschappij nodig om goed voor kinderen en jongeren te zorgen?

Annik Lampo: Wat de maatschappij nodig heeft, is zorg en verbondenheid. Dat vertaalt zich bijvoorbeeld in een school die alert is en de dialoog met de ouders aangaat, afspraken die onderling gemaakt worden voor vervoer naar hobby, wegwerken van taboes.

Peter Adriaenssens: De meerderheid van de kinderen, ruim 70%, stelt het goed. Wij zijn de advocaten van de kwetsbare groep. Wij pleiten voor hun rechten, hun welzijn en gezondheid. De beste preventie is alle jongeren duidelijk maken dat ze in een geweldig land leven. En daarvoor moeten wij als volwassenen ook sleutelen aan ons negatief discours. Neen, we leven niet in een openland. De belangrijkste preventie is er op blijven hameren dat er heel veel is dat goed gaat. Niet alles, uiteraard is er veel ruimte voor verbetering.

Annik Lampo: We moeten de jongeren veilig opvoeden. Dat wil niet zeggen dat we elke beweging controleren, maar wel dat we hen een veilig gevoel meegeven. Je moet ze alert maken, maar niet bang. Er bestaan slechte mensen en moeilijke levensomstandigheden. Als je blijft opvoeden, dan zit je in het hoofd van je kinderen. Als ze over de grens gaan, en dat zullen ze doen, dan wéten zij ook wel dat ze slecht bezig zijn, net omdat wij daar in hun hoofd zitten. En dat is de garantie voor later: we geven hen het vertrouwen om fouten te maken en om die recht te zetten.



Wat moet er gebeuren om grote stappen vooruit te zetten binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie?

Annik Lampo: Er zijn uiteraard meer middelen en meer zorg nodig. Maar daarnaast moet er ingezet worden op uitwisseling en dialoog. Het verschil in visie is soms zo groot. Jij zegt het ook, Peter. Je kan kindermishandeling niet op honderd manieren behandelen. Je kan autisme niet op zesendertig verschillende manieren omkaderen. Kinderen die angstig en depressief zijn, daar bestaan behandelingen voor. Maar dat zijn geen duizend verschillende. Er moet dialoog zijn, blijvende competentieverhoging en input. Mensen moeten bijgeschoold blijven, durven nadenken en blijven vragen stellen.

Peter Adriaenssens: Op dertig jaar tijd zijn er grote investeringen gedaan. En toch zit iedereen met het gevoel dat het niet goed draait. Het is heel cynisch om te merken dat een kind in moeilijkheden zit, maar dan maanden op een wachtlijst terecht komt vooraleer er hulp kan worden geboden. Er vallen veel gaten in het systeem en je weet dat die problematiek ondertussen alleen maar erger wordt. Die snelheid in schakelen is een probleem, maar je hebt prioritair een veel grotere eerstelijnszorg nodig om mee te helpen uitfilteren. En om jongeren onmiddellijk te helpen aansluiten.

Annik Lampo: Dichter bij de jongeren staan is nodig, maar de vermaatschappelijking van de zorg heeft er ook toe geleid dat men soms denkt dat vroegtijdige hulp en preventie er voor zullen zorgen dat er geen psychisch zieke kinderen meer zijn. Dat is onjuist. Je kan niet alles oplossen aan de basis. Er is een grotere alertheid, iedereen is zich meer bewust van de problemen die bestaan. Er wordt vluuger gemeld, gedacht en zorg toegevoegd en dat is goed. Maar de verzadiging van de wachtlijsten is daar bijvoorbeeld een gevolg van.

Peter Adriaenssens: Daarnaast moet we ook de tijd voor psychotherapie beschermen. Veranderingen vragen tijd. Dat is een moeilijke boodschap in een maatschappij van snelheid. Het is ook een boodschap die



“Ons vakgebied heeft de laatste 15 jaar een grotere versnelling gekregen, maar een school heeft nog altijd evenveel leerlingen per leerkracht. Het is moeilijk om de samenleving de boodschap te verkopen dat ze meer geld in onderwijs moeten steken. Net daar kan je preventie realiseren.”

“Je moet kinderen alert maken, maar niet bang. Er bestaan slechte mensen en moeilijke levensomstandigheden. Als je blijft opvoeden, dan zit je in het hoofd van je kinderen. Als ze over de grens gaan, en dat zullen ze doen, dan wéten zij ook wel dat ze slecht bezig zijn, net omdat wij daar in hun hoofd zitten.”

het grote publiek amper bereikt. Het fijne aan ons beroep is dat wij voortdurend mee mogen opstappen in de tussenstationnetjes in de ontwikkeling van een kind. Dat is een geluk, daardoor doen we onze job met een zeker optimisme. Wij hebben heel vaak een hoopvolle boodschap, maar die vraagt ook tijd. Vroeger was dat een evidentie. Vandaag willen mensen dat er na drie consultaties geen gedragsproblemen meer zijn.

Jullie zijn zelf ouder en grootouder. Had dat invloed op jullie manier van werken?

Peter Adriaenssens: Dat heeft altijd invloed. Je merkt bijvoorbeeld onmiddellijk wanneer een assistent voor het eerst een kind gekregen heeft. Dan duikt er een mildheid op in de toon. Als je zelf kinderen hebt, dan roep je een beetje minder. Als je zelf een paar nachten niet geslapen hebt, dan begrijp je hoe dat een invloed kan hebben op je vaardigheden. Je begrijpt ouders beter, ook het feit dat ze fouten maken. Maar het werkt ook door in de omgekeerde richting. Het had ook invloed op ons leven. Je wordt een bevoorrechte getuige. Wij ontmoeten een hele dag door alle mogelijke problemen die zich in een relatie of een gezin kunnen voordoen. Dat neem je meer naar huis en daar praat je over. Op die manier is ons werk een vorm van preventie naar ons eigen leven toe. Je neemt verhalen mee en denkt er over na. ‘Stel dat...’ ‘Wat zouden wij doen?’ Wanneer er zich effectief problemen voordoen, heb je meer geoefend op mogelijke antwoorden.

Annik Lampo: Je relateert meer met

een job als deze. Ja, natuurlijk was het al eens moeilijk thuis of had iemand verdriet. Maar het werk in het ziekenhuis hielp om je te realiseren ‘waar klagen wij over?’ Telkens als ik dacht dat ik het ergste gehoord had, kwam er een verhaal dat zo mogelijk nog erger was. ‘Hoe overleeft een kind dit?’, vroeg ik me af. ‘Hoe komt het daar uit?’

Wat laat een blijvende indruk na?

Annik Lampo: Ik denk dat we allebei hetzelfde zullen antwoorden: de mensen. Zowel de collega’s waarmee je werkt als de kinderen en hun ouders. Sommige kinderen vergeet je nooit, soms omdat je er veel voor kon doen, soms omdat dat niet lukte. Die kinderen neem je mee. Je vergeet ze nooit.

Peter Adriaenssens: Je ziet in dit beroep helden. Zowel jongeren als ouders die zich door onmogelijke situaties heen worstelen. Situaties waarvan ik niet weet of ik het zelf zou kunnen volhouden. Er zijn jongeren die zich ondanks hun beperkingen en moeilijkheden fantastisch door het leven slaan. Maar er is ook het kerkhof dat ieder van ons meedraagt. De jongeren die we verloren zijn. Soms denken jongeren dat we hen vergeten zodra ze de consultatieruimte buitenstappen. Dat is niet zo. Ze zijn geen nummer. Wij denken aan hen en dragen ze met ons mee.

Geven jullie de stok vol vertrouwen door aan de volgende generatie?

Peter Adriaenssens: Wij zijn op het punt gekomen dat we bijscholing moeten vra-

gen aan de jongeren omdat we de zangers van hun generatie niet meer kennen, of de teksten waar zij voor gaan. Op een bepaald moment zijn wij grootouders geworden. Het voordeel van de jongere generatie is dat ze de temperatuur van de jongeren goed aanvoelen.

Annik Lampo: Leven is veranderen. Elk vak, ook de kinder- en jeugdpsychiatrie, vaart wel bij verandering en verjonging. Maar ik durf ook stellen dat we iets hebben achtergelaten. We hebben mensen aan het denken gezet over hoe erg geweld kan zijn en hoe groot het lijden van kinderen kan zijn. Misschien was men het niet altijd eens met ons, en dat hoeft ook niet, zolang de dialoog blijft bestaan en er bruggen gesmeed worden tussen zorg in al haar vormen. Het lijken misschien holle woorden, maar het is toch wat we allemaal voelen: dat je samen sterker staat.

“Apotheker als partner aan bed van de patiënt”

TEKST: FILIP DECRUYNAERE / BEELD: SOPHIE NUYTTEN

Klinische farmacie is de jongste jaren goed ingeburgerd in de ziekenhuizen. Daar zijn niet alleen de ziekenhuisapothekers blij om, maar ook de artsen, de huisartsen, de huisapothekers én de patiënten. Katy Verhelle, hoofdapotheker in az Groeninge in Kortrijk is opgetogen over de grotere visibiliteit en aanwezigheid van de ziekenhuisapotheker aan het bed van de patiënt.

“De functie van ziekenhuisapotheker heeft een hele evolutie doorgemaakt”, vertelt Katy Verhelle enthousiast. “Toen ik in de jaren 1990 begon, lag de focus op bereidingen, aankopen en distributie. Veel verschil met de rol van een stadsapotheker was er niet. Vandaag is dat anders. Onze verantwoordelijkheid eindigt niet meer aan de deur van de apotheek, we staan als farmaceutisch specialisten naast de artsen en de verpleegkundigen bij de patiënt. Die nieuwe positie aan het bed van de patiënt laat ons toe om de medicatieveiligheid te waarborgen.”

“De arts blijft verantwoordelijk voor de diagnose en de voorgeschreven medicatie. En de verpleegkundige is verantwoordelijk voor de goede zorgverlening en het toedienen van de medicatie op order van de arts. De specifieke rol van de apotheker is erop toe te zien dat het juiste geneesmiddel wordt voorgeschreven, rekening houdend met mogelijke interacties, maximale dosissen, allergieën en toxiciteit, good practices, het al dan niet pletten, enzovoort. Er zijn tientallen checks die vandaag van de apotheker verwacht worden. De patiënt krijgt dan ook een nieuwe partner aan zijn bed. Vroeger namen wij die rol ook al op, maar meer anoniem, achter de schermen. Vandaag zijn we zichtbaar aanwezig voor de arts, de verpleegkundige en de patiënten, tenminste in sommige disciplines.”

Kwaliteitsbewaking

Klinische farmacie werd voor het eerst geïntroduceerd met het KB van 1991, dat zorgde voor een kortere link tussen de ziekenhuisapotheker en andere zorgverleners. “Door de toegenomen specialisatie was meer garantie op kwaliteitsbewaking nodig”, zegt Katy Verhelle. “Geneesmiddelen worden almaar complexer en het succes van een therapie is niet alleen afhankelijk van de kwaliteit van het medicament, maar ook van het goed gebruik ervan en de interactie met andere middelen. Die kennis zit bij de gespecialiseerde ziekenhuisapotheker, die hiervoor wordt opgeleid. Ook het elektronisch voorschrift en recente mogelijkheden van ICT helpen om fouten te vermijden, maar uiteindelijk is er nog altijd interpretatie en de alertheid van een professional nodig. Artsen krijgen veel meldingen die extra aandacht vergen, waardoor een ‘alertmoetheid’ kan ontstaan.”

“In az Groeninge opteerden we om klinische farmacie op de spoedgevallendienst in te voeren. De transmurale problematiek is bijzonder groot. De gezondheidszorg is nog altijd in silo’s verdeeld met de eerste, de tweede en de derde lijn. In de overbruggingen tussen die lijnen schuilen de grootste risico’s voor een correcte informatieoverdracht. De huisarts geeft een medicatieschema, de patiënt brengt dat mee naar het ziekenhuis, maar dikwijls heeft ook een thuisverpleegkundige een eigen schema en op den duur is voor niemand de situatie nog overzichtelijk. Sommige patiënten komen op de spoedgevallendienst met een plastic zak geneesmiddelen. Het is dan kwestie om zo snel mogelijk helderheid te krijgen over wat hij of zij nu precies neemt en of er geen discrepanties in geslopen zijn. Veel

spoedopnames zijn bovendien rechtstreeks gelinkt aan medicatiegebruik. De start van een antibioticakuur kan complicaties geven. Of dubbele medicatie. Of het te lang gebruik van bepaalde medicatie, zoals ontstekingsremmers, dat tot een maagbloeding kan leiden. Een klinisch apotheker is opgeleid om waakzaam te zijn voor dat soort situaties. Patiënten vergeten vaak ook sommige geneesmiddelen te vermelden zoals sprays of pleisters. Ze denken er dikwijls niet aan. In principe zou een arts of een verpleegkundige de patiënt hierover kunnen bevragen, maar wetenschappelijk onderzoek toont dat de bevraging door een apotheker betere resultaten geeft.”

“De meerwaarde van een klinisch apotheker is dat hij de arts en de huisarts een gespecialiseerd advies kan geven over het medicatieschema. Daar hebben wij de autoriteit voor. In de praktijk blijkt ons advies in 70 tot 90% van de gevallen gevolgd te worden. De samenwerking met artsen en huisartsen loopt dan ook voortreffelijk. In het begin bestond de vrees dat de apotheker als een vreemde eend in de bijt beschouwd zou worden. ‘Wat komt die hier plots doen?’ Maar het nut en de grote toegevoegde waarde van de klinische farmacie heeft zich ondertussen bewezen. Wat begon als een project, is vandaag structureel ingebed.”

Nauwere samenwerking

“Een bijkomend voordeel is de nauwere samenwerking tussen apotheker, arts, verpleegkundige en huisarts rond de patiënt. We zien elkaar meer. Op de werkvloer en tijdens overlegmomenten. In az Groeninge hebben we vandaag een structureel overleg met huisartsen, specialisten en de klinische apothekers.

Op het vlak van gegevensdeling is door de toegenomen contacten het vertrouwen gegroeid, maar de wetgeving hierover hinkt nog wat achterop. Al is de federale overheid nu bezig met het ontwerp van een gedeeld medicatieschema dat toegankelijk is voor de diverse lijnen. Dat zou een naadloze continuïteit tussen de eerste en de tweede lijn zeker ten goede komen.”

“Of klinische farmacie niet op alle afdelingen nuttig zou zijn? Ik vrees dat dat momenteel financieel niet haalbaar is. In het Angelsaksische model gebeurt dat wel, maar daar is er één ziekenhuisapotheker op vijftien bedden! Dankzij extra middelen van het ziekenhuis zelf kunnen wij een beroep doen op 2,5 voltijdse equivalenten voor klinische farmacie in het hele ziekenhuis. Nu, je kunt de situatie hier ook niet zomaar vergelijken met het Angelsaksische model; wij hebben andere troeven, bijvoorbeeld op het gebied van medische hulpmiddelen en implantaten. Maar natuurlijk zou het nog beter zijn als we klinische farmacie op alle afdelingen konden toepassen. Ook op afdelingen geriatrie, intensieve zorgen en neonatologie heeft het in andere ziekenhuizen zijn nut al bewezen. Maar zelfs als er voldoende middelen werden vrijgemaakt, dan nog zouden we botsen op een tekort aan gespecialiseerde apothekers. Er mogen immers maar vijftig studenten per jaar de voortgezette opleiding tot ziekenhuisapotheker aanvatten. Hoe dan ook heeft de klinische farmacie de ziekenhuisapotheker meer zichtbaarheid gegeven en kunnen we nu onze corebusiness tot aan het bed van de patiënt brengen. Dat is het belangrijkste”, besluit Katy Verhelle.

Katy Verhelle: “Geneesmiddelen worden almaar complexer en het succes van een therapie is niet alleen afhankelijk van de kwaliteit van het medicament, maar ook van het goed gebruik ervan en de interactie met andere middelen. Die kennis zit bij de gespecialiseerde ziekenhuisapotheker, die hiervoor wordt opgeleid.”

Zorgzaam Leuven zet stapjes in de goede richting naar betere zorg

TEKST: JENS DE WULF / BEELD: JAN LOCUS

In 2017 schreef de federale overheid een oproep uit om pilootprojecten geïntegreerde zorg voor chronische patiënten op het getouw te zetten. Vanuit Leuven kwam er reactie van huisarts Gijs Van Pottelbergh en apotheker Marie Van de Putte. Ze doopten hun pilootproject 'Zorgzaam Leuven' en bouwden een team uit. We zijn intussen twee jaar ver in het traject van hun pilootproject dat loopt tot 2021. Tijd voor een gesprek met een van de trekkers van Zorgzaam Leuven: Gijs Van Pottelbergh.

Efficiëntiewinsten boeken

Een KCE-studie van een tijd terug toonde aan dat er behoorlijk wat hiaten zitten in ons systeem om zorg voor patiënten met een chronische aandoening op een zo geïntegreerd mogelijke manier aan de man of vrouw te brengen. Vandaar het idee van de federale overheid om pilootprojecten geïntegreerde zorg op poten te zetten. 14 zorggebieden gingen in 2017 aan de slag met als doel de verschillende zorgverleners binnen een regio nauwer te laten samenwerken zodat we kunnen spreken van geïntegreerde zorg. "Ons zorgsysteem is behoorlijk versnipperd en verkokerd," steekt Gijs Van Pottelbergh van wal. "De geselecteerde pilootprojecten nemen lokaal initiatief om te kijken waar we binnen ons zorgmodel de financiering bij kunnen sturen. Het is als het ware een actie-onderzoek: we implementeren en stellen *en cours de route* bij. Een van onze kerntaken is om efficiëntiewinsten te boeken. We ondervinden hierbij aan den lijve dat we niet kunnen vertrekken van een wit blad, maar we kunnen wel nuances aanbrenge om op termijn tot betere zorg te komen."

Zorgverleners dichter bij mekaar brengen

Naast huisarts is Van Pottelbergh ook

onderzoeker aan de KU Leuven en voorzitter van LMN (Lokale multidisciplinaire netwerken) in Groot-Leuven. Toch engageerde hij zich als een van trekkers van het geïntegreerde zorgproject Zorgzaam Leuven: "Naast mijn overtuiging om mij te engageren voor dit initiatief speelde ook frustratie een rol. Je kan je niet voorstellen hoe vaak wij als zorgverlener botsen op de limieten van onze ondersteuning voor een bepaalde patiënt. Ik zie heel wat artsen, kinesisten, maatschappelijk werkers... die zich dagdagelijks uitputten in het zoeken naar de beste oplossing voor een bepaalde persoon met een zorgnood, maar er toch niet in slagen om de optimale oplossing te vinden. Heel jammer. Wat we met dit pilootproject willen bereiken, is een betere samenwerking door de muurtjes zoveel mogelijk af te breken. In Zorgzaam Leuven hebben we een goede verstandhouding met de zorgverleners in de eerste lijn uit de regio: huisartsen, kinesisten, apothekers... maar we leggen ook linken met het ziekenhuis én met de welzijnswerkers. Alleen zo kan je iemand met een chronische aandoening ten volle omringen. Welzijnsactoren horen daar wat mij betreft zeer zeker bij. Zij staan ook dicht bij de gezondheid van de patiënt en bekijken de zaken vaak vanuit een ander perspectief. We mogen niet elk op ons eiland blijven."

De respons onder de zorgverleners in de Leuvense regio om deel uit te maken van het geïntegreerde zorgproject is vrij groot aldus Van Pottelbergh: "Of we de helft van de zorgverleners kunnen overtuigen voor dit project? Dat is misschien nu nog te optimistisch uitgedrukt. Maar één op drie antwoordt spontaan op onze oproep om mee te werken binnen Zorgzaam Leuven. De limieten en frustraties waarmee ik geconfronteerd wordt, zijn dus herkenbaar voor vele anderen. Samen hebben we de overtuiging om de zorg voor chronisch zieken te verbeteren. We beseffen dat

verandering niet zomaar zal komen, dat we proactief moeten handelen. Soms krijgen we mails van collega-zorgverleners die verolgen zijn dat ze nog geen deel uitmaken van Zorgzaam Leuven. Aan hen geven we steevast de boodschap: kom er gerust bij! Ook de patiënt kan hierin een rol spelen. De keuze van zorgverlener is vrij in ons land, iedereen doet beroep op de mensen die men zelf wil inschakelen voor een goede zorgverlening. Als één schakel binnen het zorgteam van een patiënt niet tot Zorgzaam Leuven behoort, dan kan dat onrechtstreeks een incentive zijn om toch tot ons pilootproject toe te treden. Zij hebben er tenslotte ook belang bij om deel uit te maken van een grote groep van zorgverleners die gelijkgestemd nadenken over zorgverlening. We willen zorgverstrekkers uitdrukkelijk ondersteunen in hun sociaal ondernemerschap."

Samen het verschil maken

In België zijn intussen 14 pilootprojecten van start gegaan. Dat betekent echter ook dat er nog heel wat gebieden zijn waar geen geïntegreerd zorgproject loopt. Wat is nu exact het verschil voor een patiënt in Leuven tegenover iemand die niet kan genieten van een initiatief zoals Zorgzaam Leuven? Gijs Van Pottelbergh: "Mijn inziens zijn er drie klemtonen die wij binnen ons project nu al extra kunnen leggen. Ten eerste kunnen wij meer geprogrammeerde zorg geven, met een meer gestructureerde opvolging en duidelijke instructies. Ten tweede zetten wij specifiek in op wijk- en buurtwerking. Ik denk dan bijvoorbeeld aan vele kleine acties zoals wandelgroepen en lokale bijeenkomsten die via Zorgzaam Leuven ontstaan, maar ook centrale punten die worden gecreëerd. Sowieso virtueel, maar eventueel ook fysiek. Ten derde kunnen wij de zorgverstrekkers beter ondersteunen om kwaliteitsvol te werken en is er een soepelere schakeling tussen alle niveaus."

Welzijnsactoren hebben hun plaats binnen Zorgzaam Leuven. Zij staan ook dicht bij de gezondheid van de patiënt en bekijken de zaken vanuit een ander perspectief. Zorg en welzijn mogen niet op hun eilandje blijven.

Het project is nu halfweg, maar voor een voorlopige analyse is het nog te vroeg zegt Van Pottelbergh: "We kunnen steeds duidelijker de vinger op de wonde leggen en slagen erin om de eerste veranderingen in de financiering aan te brengen, maar het is een traag proces. Als we ruimte voor verbetering zien en daarvoor acties willen ondernemen, dan krijgen we steevast de reactie van de overheid dat er -tig aantal koninklijke besluiten aangepast dienen te worden. Hierdoor duurt het enige tijd eer we die acties ook echt kunnen doorvoeren en dus een verschil kunnen maken. Ik zou graag nog een versnelling of twee hoger willen schakelen. In het buitenland zie je trouwens ook dat er dergelijke projecten lopen: in Duitsland, het Verenigd Koninkrijk, Nederland... maar nergens is het al gekomen tot een nationale uitrol. Ook elders worstelt men dus met de structuren. Feit is wel dat we met de andere pilootprojecten geïntegreerde zorg geregeld overleggen zodat we onze acties op mekaar kunnen afstemmen en een effect op lange termijn kunnen bekomen."

Meer informatie op www.zorgzaamleuven.be



Gijs Van Pottelbergh: "Eén van de dingen die we met dit pilootproject willen bereiken, is om beter samen te werken door de muurtjes onderling af te breken."

“Geef ruimte en tijd om de zorg te coördineren”

TEKST: KIM MARLIER / BEELD: PETER DE SCHRIVER

Huisarts, LEIF-arts, CRA en actieve medewerker van de werkgroep CRAGT. Als Koen Verhofstadt een visitekaartje heeft, staan die functietitels er stevast op. Sinds 2001 is hij coördinerend en raadgevend arts (CRA) in woonzorgcentrum Domino in hartje Gent, naast zijn job als huisarts in een Gentse groepspraktijk. Vanuit zijn functie als CRA stond hij mee aan de wieg van werkgroep CRAGT – “CRA’s van de Gentse rusThuizen”. In die werkgroep, die intussen deel uitmaakt van de HVG, Gentse Huisartsenvereniging, sloegen de verschillende CRA’s in Gent de handen in mekaar.

Wat staat er in de functieomschrijving van een CRA?

“CRA staat voor ‘coördinerend en raadgevend arts’. Een CRA is altijd verbonden aan een woonzorgcentrum. Een coördinerend en raadgevend arts is absoluut geen vervanging voor een huisarts. Integendeel, als CRA probeer je geen arts te worden van de bewoners maar ben je een spil tussen de huisartsen, familie, de voorziening, verpleegkundigen en bewoners. Het aantal uren dat je als CRA actief bent in het woonzorgcentrum wordt bepaald door het aantal bewoners, namelijk twee uur per dertig bewoners.”

“Mijn taak als CRA is het organiseren van de medische zorg voor de bewoners, in samenwerking met huisartsen en hoofdverpleegkundigen. Ik behartig bijvoorbeeld eventuele communicatieproblemen tussen de huisarts en de instelling of de verpleegkundigen. Daarnaast vang ik ook problemen op in verband met de continuïteit van de zorgverlening. Stel dat een huisarts met vakantie is en het antwoordapparaat aanzet nog voor de vervanging beschikbaar is. In dat geval kan het woonzorgcentrum mij contacteren om een oplossing te zoeken. Of als een huisarts niet aanwezig



Ik vind het boeiend om de rol als CRA te combineren met mijn job als huisarts. Je werkt in een andere omgeving en bekijkt zorg vanuit een ander perspectief. Voor de bewoners van een woonzorgcentrum ligt de meerwaarde in het feit dat de zorg geoptimaliseerd wordt.

Als CRA organiseer ik de medische zorg voor de bewoners van een woonzorgcentrum, in samenwerking met huisartsen en hoofdverpleegkundigen. Ik behartig bijvoorbeeld eventuele communicatieproblemen tussen de huisarts en de voorziening.

kan zijn op het multidisciplinair overleg, behartig ik de visie vanuit de huisartsenblik. Daarnaast werken we een uniform beleid uit voor zorginfecties, proberen we de hoeveelheid geneesmiddelen van de bewoners onder de loep te nemen en geven we speciale aandacht aan de voorafgaande zorgplanning en levenseindezorg van de bewoners. Een CRA organiseert ook bijscholingen voor het zorgpersoneel van het woonzorgcentrum en voor de verschillende huisartsen van de bewoners."

Een stem op verschillende beleidsniveaus

Naast huisarts en CRA bent u ook drijvende kracht van de werkgroep CRAGT. Hoe is die werkgroep ontstaan?

"Woonzorgcentrum Domino telt twee campussen. Ruw geschat komen er voor onze bewoners honderd verschillende huisartsen over de vloer. Huisartsen die allemaal ook in andere woonzorgcentra actief zijn. Het is de taak van de CRA om bijscholingen te organiseren voor de huisartsen, maar we merkten dat het bijna onmogelijk is die allemaal samen te krijgen. Voor de huisartsen is het ook onhaalbaar om in elk woonzorgcentrum waar ze patiënten hebben een bijscholing te volgen."

"Daarom sloegen de verschillende CRA's in Gent de handen in elkaar en richtten ze in 2001 CRAGT op. Met die werkgroep komen we vooral tegemoet aan de verplichting voor bijscholing voor artsen. Jaarlijks organiseren we begin december een symposium waarop belangrijke onderwerpen voor de ouderenzorg besproken worden. Dit symposium is open voor iedereen: huisartsen, CRA's, directies, verpleegkundigen en andere paramedici. De werkgroep CRAGT is verbonden aan de Functionele Binding Gent – Deinze (overleg ziekenhuizen – woonzorgcentra). Die koe-

pel organiseert elk jaar in juni een symposium en ook daar werken wij aan mee."

Wat staat er doorheen het jaar op de agenda van de werkgroep CRAGT?

"We steken veel energie in de organisatie van de twee symposia. Er kruipt best wel wat tijd in het bepalen van de inhoud en het zoeken naar sprekers. Daarnaast staat de coördinatie van de verschillende CRA's op de agenda en wisselen we onderling problemen uit. Met CRAGT werken we ook aan de vertegenwoordiging van CRA's op verschillende beleidsniveaus. We willen daar een stem hebben omdat we een verschil kunnen maken bij het opstellen van richtlijnen en protocollen. Ik denk bijvoorbeeld aan infectiepreventie en de richtlijnen voor handhygiëne in de woonzorgcentra. Die werkgroep heeft ook een rol gespeeld bij de opstelling van het Formularium Ouderenzorg, een leidraad bij het voorschrijven van geneesmiddelen aan oudere patiënten."

Vanuit een ander perspectief

Waar zit voor u de meerwaarde van de rol van een CRA?

"Persoonlijk vind ik het boeiend om dit te combineren met mijn job als huisarts. Je werkt in een andere omgeving en bekijkt zorg vanuit een ander perspectief. Voor de bewoners van een woonzorgcentrum ligt de meerwaarde in het feit dat de zorg geoptimaliseerd wordt. Door iemand de ruimte en de tijd te geven om de zorg te coördineren, streef je naar de best mogelijke zorg. En niet alleen voor de bewoners afzonderlijk, maar ook hoe een woonzorgcentrum reilt en zeilt op medisch vlak. Je creëert een cultuur van voortdurende wisselwerking en automatisch weerspiegelt zich dat in zaken zoals een palliatief beleid, rond psychofarmaca, infecties..."

U bent u al meer dan 18 jaar CRA. Zijn er onderwerpen die met het verloop van de tijd aan belang wonden of net van de agenda verdwenen?

"Levenseindezorg is een zeer belangrijk thema geworden. Als woonzorgcentrum krijgen we er steeds meer mee te maken, maar het is een materie die voor veel huisartsen nog wat vreemd is. Niet elke huisarts heeft hier ervaring mee. Ik weet het, het is niet meteen het vrolijkste onderwerp, maar levenseindezorg is voor mij een essentieel onderdeel van goede zorg. Als een bewoner euthanasie of palliatieve sedatie vraagt, kan ik als CRA hierin bemiddelen, bijstaan of – indien nodig – overnemen."

"Dat gebeurt in WZC Domino overigens altijd in samenspraak met de palliatieve zorgcoördinator, een verpleegkundige die volledig vrijgesteld is voor de uitbouw van palliatieve zorg. Zij speelt een cruciale rol in dit verhaal. Bewoners, hun familie, maar ook het zorgpersoneel kunnen steeds een beroep op haar doen. Het feit dat ze tijd kan maken voor gesprekken met bewoners en hun familie maakt dat ze echt de vinger aan de pols houdt."

"We leven al lang niet meer in een tijd waar artsen alles te zeggen hebben en de patiënten gedwee luisteren en knikken. Door de ontvoogding van de patiënt, dankzij de Wet op de Patiëntenrechten, hebben onze bewoners veel meer autonomie. Persoonlijk vind ik dat een fantastische evolutie. Ik juich het toe dat bewoners een stem hebben, gehoord worden en ik wil het zoveel mogelijk faciliteren."

"Je merkt ook dat de verhoudingen tussen het zorgpersoneel veranderen. Wat mij betreft mag de hiërarchie tussen dokters en verpleegkundigen wegvallen. Zeker in een woonzorgcentrum creëert dat kansen, net omdat je in een setting werkt waar je als team veel meer kan bereiken. Het gaat niet over wie de meerdere is, maar wel over het feit dat we partners in de zorg zijn. En ons gezamenlijke doel is de best mogelijke zorg voor onze bewoners."

Cragt-symposium
Zaterdag 7 december 2019

Dementie in het WZC:
van diagnose naar zorg

Vormingscentrum Guislain Gent,
Jozef Guislainstraat 43, 9000 Gent



**KBC-
Mediservice:
makkelijk en
op maat.**

U staat altijd klaar voor uw patiënten. KBC staat altijd klaar voor u.



kbc.be/mediservice