

**DAG VAN DE ZORG** Blik achter de schermen op zondag 19 maart.

**HPV-VIRUS** 80% van de vrouwen komt ermee in aanraking.

**LONGKANKER** Betere prognose dankzij nieuwe therapieën.

# Zorg in Vlaanderen



**Jo Vandeurzen**  
en tien sectorexperten  
schetsen de uitdagingen  
van onze gezondheidszorg.

© COVERFOTO: KRIS VAN EXEL

**TRIAMANT**  
zorgeloos wonen voluit leven

[www.triamant.be](http://www.triamant.be)

"Hier voel ik dat  
**ik leef** en ben ik **thuis**."

— René

Ontdek alles over deze unieke  
woonvorm voor jong en oud.

IN DEZE BIJLAGE

**Ouderenzorg**

Wouter Dekemel over de meerwaarde van erkende assistentiewoningen als antwoord op de vergrijzing.

**P04****Valdetectie**

Sylvie De Smet legt uit hoe technologische innovaties de sector efficiënter en veiliger maken.

**P05**LEES MEER OP: [WWW.MEDISCHEINFORMATIE.BE](http://WWW.MEDISCHEINFORMATIE.BE)**Beleid**

Lees op onze website de visietekst van Klaartje Theunis over een 'Warme zorg op maat'.

**VOORWOORD**

# “De patiënt wordt mederegisseur van zijn behandeling”

De vergrijzing heeft als gevolg dat mensen vaak meerdere ziektebeelden tegelijk hebben. Op dit moment gaat reeds meer dan zeventig procent van de zorguitgaven naar chronisch zieken. Carine Boonen, coördinator Flanders' Care, schetst de huidige en toekomstige uitdagingen voor onze gezondheidszorg.

In de Euro Health Consumer Index 2016 staat onze gezondheidszorg op vier. De sector levert toegankelijke en hoogwaardige zorg. Dat wordt internationaal erkend en dat is top! Maar welzijn en gezondheid worden ook sociaal economisch bepaald. In die mate dat de Wereldgezondheidsorganisatie vraagt om welzijn en gezondheid consequent als sleutelcomponent op te nemen in alle beleidsbeslissingen. Vlaanderen speelt hierop in met concrete, integrale en gemeenschappelijke beleidsdoelstellingen: uitstekend onderwijs, kwaliteitsvol wonen, een aantrekkelijke leefomgeving, een vlot en veilig mobiliteitssysteem, zinvol werk op maat, creativiteit, cultuur, sport, enz. Het zijn allemaal belangrijke bouwstenen voor welzijn en gezondheid. De Vlaamse Visie 2050 bestendigt deze 'health in all policies'-aanpak ook op langere termijn.

**Thuiszorg**

Heel wat zorg, die voorheen exclusief in het ziekenhuis kon worden aangeboden, wordt dankzij nieuwe technologie perfect mogelijk in de thuiszorg, al dan niet gemonitord vanop afstand. In heel wat experimenten proberen partners elkaar te vinden in een groter geheel. Functies en rollen verschuiven, en aangepaste opleidingen zijn nodig. Krachtlijn is meer inspraak van de persoon met een zorgnood. Van hem wordt verwacht dat hij mederegisseur

**Carine Boonen**

Coördinator Flanders' Care

Heel wat zorg, die voorheen exclusief in het ziekenhuis kon worden aangeboden, wordt dankzij nieuwe technologie perfect mogelijk in de thuiszorg, al dan niet gemonitord vanop afstand.

wordt van zijn behandeling. Hij wordt geresponsabiliseerd en krijgt hulpmiddelen die hem helpen om zijn gezondheidszorg mee te sturen.

**Rol van de overheid**

De overheid neemt een sterkere rol op in innovatie. Dat is een strategische trend die wij internationaal vaststellen. De overheid zorgt niet enkel voor een stimulerende omgeving, door traditionele subsidies of infrastructuur, maar wil ook faciliterend zijn bij het helder krijgen van de vraag naar innovatieve oplossingen voor maatschappelijke uitdagingen. Naast het aankopen door de overheid van innovatieve producten en diensten die bijna beschikbaar zijn op de markt, start de Vlaamse overheid nu ook met het precommercieel aankopen van onderzoek en ontwikkeling. Hierbij delen overheid en ondernemingen zowel de risico's, de kosten zeg maar, als de resultaten, de intellectuele eigendom en de gebruiksrechten. Voor ondernemingen is het belangrijk dat zij een grondig inzicht krijgen in de publieke noden, alleen dan kunnen zij duurzame oplossingen aanbieden en nieuwe markten aanboren.

**Digitale transformatie**

Een en ander brengt mee dat de uitgaven voor gezondheids- en welzijnszorg alleen maar toenemen. De tijd is echter lang voorbij dat de zorgsector enkel als kost wordt beschouwd.

Een recent rapport van Verso bevestigt dat de vele social profit ondernemingen in Vlaanderen garant staan voor een aanzienlijk deel van de welvaartscreatie. Uit macro-economische statistieken blijkt dat de Vlaamse social profit jaarlijks gemiddeld achttien miljard bijkomende banen creëert, acht procent van het BBP realiseert en voor elf miljard euro bestellingen plaatst bij andere bedrijfstakken.

De digitale transformatie beroert ook de werknemers in de social profit. Vaak wordt gedacht dat digitalisering en robotica de werkgelegenheid zullen fnuiken. Dat is niet zo in de zorgsector, waar de meeste taken gelinkt zijn aan sociale interactie en emotionele intelligentie, waarbij vaak creativiteit en inventiviteit vereist zijn. Mogelijks zullen routinematige banen in aantal verminderen, maar er zullen ook heel wat nieuwe beroepen hun intrede doen, met een brede waaier van taken en opdrachten.

**Een werk van mensen**

Hoewel er heel wat uitdagingen op ons afkomen stellen we vast dat de gemiddelde Vlaamse zorgvrager nog steeds erg tevreden is over de aangeboden gezondheids- en welzijnszorg. Spectaculaire technologische innovaties trekken uiteraard het meest de aandacht van de media, maar het is de verdienste van de honderdduizenden zorgverleners en mantelzorgers die zich elke dag opnieuw met hart en ziel inzetten, dat de zorgkwaliteit top is en kan blijven.

**VOLG ONS**

/MediaplanetBelgium



@MediaplanetBE



Mediaplanet Belgium



Mediaplanetbe



Mediaplanet Belgium

**ZORG IN VLAANDEREN MAART 2017** • **Managing Director:** Leoni Smedts • **Head of Production:** Daan De Becker • **Web Editor:** Shannah Jongstra

• **Account Manager:** Cédric Deschutter - Tel: +32 2 421 18 20 - E-mail: cedric.deschutter@mediaplanet.com • **Redactie:** Joris Hendrickx, Bram Thiry, Dominique Zaman, Shannah Jongstra

• **Lay-out:** i GRAPHIC - E-mail: info@i-graphic.be • **Print:** Roularta • **Distributie:** Trends • **Mediaplanet contactinformatie:** Tel: +32 2 421 18 20 - E-mail: info.be@mediaplanet.com • D/2017/12.996/07

## Woonzorgcentra en assistentiewoningen

WZC Borsbeekhof  
Borgerhout  
www.borsbeekhof.be  
T 03 270 07 00



Residentie Gildentuyn  
Malderen (Londerzeel)  
www.gildentuyn.be  
T 052 46 66 05



Residentie Ramen  
Gent  
www.ramenpoel.be  
T 09 223 09 09



Zorgsite  
Hof Demeersseman  
Ichtegem  
www.hofdemeersseman.be  
T 051 65 04 00



Tuin van Myra  
Sint-Niklaas  
www.tuinvanmyra.be  
T 03 232 10 78



WZC Waterrijk  
Grobendonk  
www.waterrijk.be  
T 014 50 80 00



Residentie De Mouterij  
Aalst  
www.demouterij-aalst.be  
T 053 60 10 00



Residentie Vlashof  
Stekene  
www.residentie-vlashof.be  
T 03 772 67 75

[www.senior-assist.be](http://www.senior-assist.be)



# “Persoonsgerichte zorgvisie op dementie zorgt voor heel wat winsten”

Woonzorgcentrum Tillens in Ukkel, onderdeel van de Armonea Groep, zet in op een innovatieve en persoonsgerichte zorgvisie. Deze moet de basis vormen voor enerzijds een kwaliteitsvolle zorg voor senioren met dementie en anderzijds advies voor hun naasten. Pascale Myncke van kennis- en ervaringscentrum Anahata geeft ons een rondleiding.



**Pascale Myncke**

Kennis- en ervaringscentrum Anahata



**Via een aangepaste leefomgeving,** een zinvolle dagbesteding en het verhogen van de competenties van onze medewerkers kunnen we een kwaliteitsvolle dementiezorg aanbieden en zelfs het degeneratieve dementieproces vertragen.

## Wat houdt een persoonsgerichte zorgvisie in?

“De meeste woonzorgcentra richten zich vooral op hun medische taken. Voor wat betreft dementie komt dat erop neer dat ze zich enkel specifiseren in de stoornis op zich, en niet zozeer in alles wat er rond hangt. Op die manier worden deze senioren haast vereenzelvd met hun ziekte. Een persoonsgerichte zorgvisie heeft daarentegen als doel om senioren in hun totaliteit te blijven zien.”

“We kijken naar de individuele capaciteiten van de persoon en trachten daar dan via een multidisciplinair overleg op in te zetten. Iedere dag is anders omdat we in onze dagelijkse activiteiten volledig meegaan in hoe bewoners zich voelen en waar ze behoefte aan hebben, ook wat betreft het tempo van

deze activiteiten. We baseren ons zo veel mogelijk op de gewoontes, interesses en het levensverhaal van ieder individu. We ondersteunen waar nodig en stimuleren waar mogelijk. Onze psycholoog steunt daarnaast ook de familie tijdens dit traject.”

## Hoe spelen jullie in op het specifieke gedrag van ouderen met dementie?

“Personen met dementie voelen zich vaak angstig en onveilig, maar zijn niet altijd in staat om dat te uiten via taal. Om duidelijk te maken dat iets in hun omgeving hen stoort, gaan ze dat eerder tonen aan de hand van bepaalde gedragingen zoals dolen, roepen, enz. Men heeft het vaak over ‘moeilijk gedrag’, maar wij praten liever over ‘onbegrepen gedrag’. Daarbij leggen we het probleem niet langer bij de persoon in kwestie.”

“In sommige woonzorgcentra wordt fysieke en soms chemische fixatie gebruikt om ‘moeilijk gedrag’ te stoppen, maar wij voeren een fixatie-arm beleid. Onderzoeken hebben immers aangetoond dat vrijheidsbeperkende maatregelen nefast zijn. In plaats van fixaties trachten we de achterliggende reden van dat gedrag te doorgronden en de nodige aanpassingen te doen in de zorgomkadering, zodat de persoon in kwestie vanzelf rustiger wordt.”

## Hoe slagen jullie erin om ieder individu persoonlijk te benaderen?

“Nog voor een bewoner bij ons komt wonen, hebben we meerdere gesprekken met de toekomstige resident en de mantelzorgers. Zo identificeren we niet enkel de individuele noden, interesses en gewoontes van de nieuwe bewoner, maar kunnen we ook de

mantelzorgers vertrouwen geven en geruistellen. Op die manier kunnen we er samen alles aan doen om het de bewoner zo aangenaam mogelijk te maken. Deze voorbereiding vraagt aanvankelijk dus heel wat werk, maar het levert ook wel echt resultaten op.”

“Uiteraard is ook de opleiding van onze medewerkers cruciaal. Zij moeten mee zijn in onze visie en moeten leren om te observeren wat het effect is van hun gedrag en van de omgeving op de bewoner. Ook de leefomgeving is trouwens ontzettend belangrijk. Daarom hebben we ons dementievriendelijk woonzorgcentrum zodanig ingericht dat de mensen er zich echt thuis voelen.”

## Hoe ziet de inrichting van zo’n dementievriendelijk woonzorgcentrum eruit?

“Iedere bewoner heeft een persoonlijk ‘kastje’ voor de deur van zijn of haar kamer hangen, met daarin enkele persoonlijke spullen. Op die manier vinden ze beter de weg terug naar hun kamer. Deuren die niet belangrijk zijn voor hen hebben een onopvallende kleur. De gemeenschappelijke leefruimte heeft daarentegen een uitnodigende kleur en beschikt over een open keuken waar de ouderen - indien gewenst - kunnen helpen bij het bereiden van de maaltijd of het afwassen.”

“De warmte en intensiteit van het licht in de leefruimte en de gangen wordt dan weer aangepast aan het tijdstip van de dag. Deuren van toiletten of badkamers hebben een duidelijk label met zowel een opschrift als een afbeelding. Ook de tuin kreeg een speciale inrichting, met onder meer bewegingstoestellen, een waterval en afgeronde vormen die de dwalende bewoner

altijd terug naar de juiste plek leiden. Er is ook tuingereedschap ter beschikking voor de ouderen die graag tuinieren.”

## Wat is het resultaat van deze aanpak?

“Via een aangepaste leefomgeving, een zinvolle dagbesteding en het verhogen van de competenties van onze medewerkers kunnen we een kwaliteitsvolle dementiezorg aanbieden en zelfs het degeneratieve dementieproces vertragen. Ook ervaren de bewoners zo een hogere levenskwaliteit en zelfwaarde. Het personeel van het woonzorgcentrum kan dan weer aangenamer werken. Ook mantelzorgers en familieleden merken al snel de positieve impact.”

“We zien dus dat de persoonsgerichte zorgvisie op dementie voor heel wat winsten zorgt. Daarom implementeren we deze visie nu ook in alle andere woonzorgcentra van Armonea. Woonzorgcentrum Tillens zal daarbij blijven fungeren als de voortrekker van nieuwe onderzoeken en innovaties.”



Op geluk staat geen leeftijd.

WWW.ARMONEA.BE

Joris Hendrickx  
redactie.be@mediaplanet.com



## Erkende assistentiewoningen

stellen de stap naar een woonzorgcentrum uit en zijn dus alvast een stap in de goede richting om de toenemende vergrijzing op te vangen.

© FOTO: ION

**Meer dan 17% van de Belgische bevolking is vandaag ouder dan 65 jaar.**

Tegen 2020 zal dat zelfs stijgen naar meer dan 25%.

# “Levensbestendig wonen als antwoord op toenemende vergrijzing”



**Wouter Dekemel**

Sales director ION



## Erkende assistentiewoningen

worden vooral bewoond door 65-plussers die nog perfect zelfstandig kunnen wonen, maar die het geruststellend vinden dat er zorg en diensten beschikbaar zijn in hun onmiddellijke nabijheid.

**M**eer dan 17% van de Belgische bevolking is vandaag ouder dan 65 jaar. Tegen 2020 zal dat zelfs stijgen naar meer dan 25%. Veel ouderen beseffen dat ze op termijn niet meer zelfstandig thuis kunnen blijven wonen, maar willen tegelijk een verhuis naar het woonzorgcentrum zo lang mogelijk uitstellen. Erkende assistentiewoningen bieden hierop een antwoord. Een gesprek met Wouter Dekemel, sales director bij projectontwikkelaar ION.

### In welke zin bieden erkende assistentiewoningen een antwoord op de toenemende vergrijzing en de beperkte opvangcapaciteit van woonzorgcentra?

“We moeten eerst en vooral een onderscheid maken tussen het publiek dat in aanmerking komt voor een erkende assistentiewoning en

het publiek dat eerder in aanmerking komt voor woonzorgcentra. Woonzorgcentra zijn bedoeld voor hulpbehoevende ouderen, maar hun capaciteit is erg beperkt ten opzichte van het groeiende aantal ouderen.”

“Erkende assistentiewoningen focussen daarentegen eerder op mensen die nog zelfstandig kunnen wonen, maar die wel een zekerheid willen inbouwen dat ze in de toekomst kunnen genieten van ondersteunende diensten. In die zin is een erkende assistentiewoning zowel interessant voor mensen die er onmiddellijk willen gaan wonen als voor mensen die het kopen als een belegging.”

“Assistentiewoningen stellen de stap naar een woonzorgcentrum uit en zijn dus alvast een stap in de goede richting om de toenemende vergrijzing op te vangen. De overheid stimuleert de aankoop hiervan trouwens met een verlaagd BTW-tarief van 12% en een vrijstelling van de onroerende voorheffing.”

### Wat zijn de voordelen van een assistentiewoning?

“Erkende assistentiewoningen worden vooral bewoond door 65-plussers die nog perfect zelfstandig kunnen wonen, maar die het geruststellend vinden dat er zorg en diensten beschikbaar zijn in hun onmiddellijke nabijheid. We spreken hier ook over levensbestendig wonen. Anderzijds kan een erkende assistentiewoning ook de vereenzaming tegengaan die je vaak ziet bij mensen die thuis blijven wonen. Men leeft er meer samen in een gemeenschap. De uitbater speelt hierbij uiteraard een belangrijke rol.”

### Wat zijn de belangrijkste aandachtspunten bij de keuze van een assistentiewoning?

“In eerste instantie is de ligging van de assistentiewoning uiterst belangrijk. Ze moet gelegen

zijn op een centrale plaats in of dicht bij de stad of het centrum van de gemeente. Het moet een bruisende omgeving zijn vlakbij het openbaar vervoer, met een goede ontsluiting, dichtbij winkels, een huisarts, een kinesist, enz. Daarnaast is ook de uitbating een cruciale factor. Je moet hiervoor een beroep doen op een professionele partij met kennis van zaken. Enerzijds zorgt de uitbater voor de verhuur van de assistentiewoningen, anderzijds verzorgt hij ook de effectieve uitbating en staat hij in voor de zorgen en diensten op maat van de noden en verwachtingen van de bewoners. Dat dient bovendien te gebeuren binnen het budget van die bewoners.”

“Tot slot speelt ook de architectuur vandaag een grote rol. Daar waar rusthuizen en serviceflats op het vlak van architectuur vroeger vaak een negatieve connotatie hadden, gaat er vandaag bij assistentiewoningen veel aandacht naar het creëren van mooie en frisse gebouwen die zijn afgewerkt met hoogwaardige materialen. Zo kunnen de bewoners zich er echt thuis voelen.”

### Welke evoluties stelt u vast op het vlak van het bouwen van assistentiewoningen?

“Mensen besteden vandaag veel meer dan vroeger aandacht aan het architecturale aspect. Zowel de gemeenschappelijke delen als het individuele appartement moeten voldoen aan heel wat eisen. Vaak terugkomende criteria voor de private delen zijn onder andere voldoende lichtinval, de aanwezigheid van de nieuwste technieken, automatische oproepsystemen voor de dienstverlening, ruimte en comfort, enz. Ook aan de inrichting van de gemeenschappelijke ruimtes moet steeds meer aandacht worden besteed. Zo zijn onder andere een

kineruimte, een gezellige bar, een rustige zithoek en een restaurant met terras grote pluspunten bij de verkoop en verhuur. Tot slot mag het project ook niet te groot zijn, er moet immers nog steeds een huiselijke en familiale sfeer hangen.”

### Welke uitdagingen brengt dit met zich mee voor u als projectontwikkelaar?

“Alvorens we starten met de commercialisatie van een complex van assistentiewoningen moet heel goed worden onderzocht wat exact de nood is. Dat betekent dat we de vraag naar aangepaste woonvormen en ook de demografische cijfers goed moeten bestuderen: hoeveel 65-plussers wonen er vandaag, hoeveel 65-plussers zullen er binnen tien jaar zijn, noem maar op. Enkel zo komen we tot het juiste vastgoed op de juiste locatie tegen de juiste prijs. Natuurlijk dienen we ook rekening te houden met strenge normen en vereisten op het vlak van energie en comfort, denk maar aan warmtepompen, ledverlichting, zonnepanelen, energiezuinigheid, verluchting, enz. De assistentiewoning moet voldoen aan alle actuele energieprestatienormen.”

**ION**  
develop different

ION.BE

Joris Hendrickx  
redactie.be@mediaplanet.com

# Bewegings- en valdetectie als hulpmiddel voor zorgpersoneel



**Sylvie De Smet**  
FamilyEye

**D**e tijdsdruk in de ouderenzorg neemt steeds verder toe. Technologische innovaties kunnen echter helpen om de sector efficiënter én veiliger te maken. Zo kan het personeel van woonzorgcentra vandaag een beroep doen op automatische systemen voor bewegings- en valdetectie. Sylvie De Smet van FamilyEye legt uit.

“Een automatisch systeem voor bewegings- en valdetectie helpt personeelsleden in een woonzorgcentrum om prioriteiten te stellen. Een druk op de klassieke bel kan immers zowel dringend als niet-dringend zijn. Een systeem voor bewegings- en valdetectie meldt daarente-

gen aan het personeel wanneer iemand uit zijn of haar bed stapt en de gang op wandelt, of wanneer die persoon effectief is gevallen. Zo kunnen ze in dat geval meteen reageren”, opent De Smet.

### Extra ogen op de rug

“Het doel van deze technologie is dus niet om taken weg te nemen van het personeel, het is enkel een hulpmiddel dat hun werk efficiënter kan maken. We proberen als het ware om de spreekwoordelijke ogen op hun rug te zijn die ze vandaag tekortkomen. Dat komt de tijdsbesteding en de zekerheid om niets te missen enkel maar ten goede.”

De Smet: “Het systeem vergt weinig installatiewerk en vereist geen grote investeringen. Het kan bovendien volledig worden ingesteld volgens de behoeften van iedere individuele bewoner. Bij de ene persoon zullen eerder de bewegingsdetectie en valpreventie belangrijk zijn, bij de andere vooral de valdetectie.”

### Bewegingsdetectie

“Via automatische bewegingsdetectie wordt het mogelijk om preventief alarm te slaan nog voor mensen effectief vallen. Hiervoor baseert het systeem zich op het vaste leefpa-

troon van de individuele bewoner. Alle bewegingen die afwijken van het normale leefpatroon worden preventief gemeld. Dat laat het personeel toe om snel tussen te komen en erger te voorkomen.”

“Zo kan het systeem bijvoorbeeld melden wanneer de bewoner nog niet heeft bewogen op het uur dat hij of zij normaal ontwaakt, maar ook wanneer de bewoner over een langere periode meer in bed blijft liggen zal het systeem dit opmerken. Dat kan bijvoorbeeld betekenen dat de bewoner zich niet goed voelt, maar het kan ook betekenen dat hij of zij niet uit bed raakt of met een ernstig probleem zit”, aldus De Smet.

“Soms is het ook zo dat bijvoorbeeld ouderen met dementie niet alleen uit hun bed of kamer mogen. Dankzij bewegingsdetectie wordt het personeel dan verwittigd wanneer de bewoner 's nachts opstaat en begint te dolen, zodat er onmiddellijk ingegrepen kan worden. Bewegingsdetectie verhoogt de veiligheid en reactietijd dus aanzienlijk.”

### Valdetectie

De Smet: “Wanneer een bewoner toch valt, dan alarmeert hetzelfde systeem onmiddel-

lijk het personeel. Dat gebeurt in tegenstelling tot de klassieke drukknoppen zonder de tussenkomst van de bewoner zelf. Het systeem neemt bovendien een foto van de val en stuurt die door naar het personeel, zodat die mensen de situatie meteen kunnen inschatten en gepast kunnen reageren. Indien gewenst kan het personeel zelfs eerst visueel en auditief contact maken met de gevallen bewoner om hem of haar gerust te stellen dat er hulp onderweg is.”



**familyeye**

WWW.FAMILYEYE.BE

**Joris Hendrickx**

redactie.be@mediaplanet.com



Zorgsite Hof Demeersseman - Ichtegem  
www.hofdemeersseman.be • T 051 65 04 00

WZC Borsbeekhof - Borgerhout  
www.borsbeekhof.be • T 03 270 07 00



Tuin van Myra - Sint-Niklaas  
www.tuinvanmyra.be • T 03 232 10 78



Residentie De Mouterij - Aalst  
www.demouterij-aalst.be • T 053 60 10 00

## Senior Assist

www.senior-assist.be - T 02 793 77 30

Senior Assist is een vooruitstrevende Belgische groep, die zich ten dienste stelt van 60-plussers die aangepaste zorg behoeven via een uitgebreid netwerk van woonzorgcentra, dagcentra, 150 assistentiewoningen en thuiszorg. De groep telt in België 3.000 residenten en 2.000 medewerkers en is daarmee de derde grootste Belgische zorguitbater.

Daarnaast beschikt Senior Assist nog over een netwerk van zelfstandige verpleegkundigen, dat zo'n 3.000 senioren aan huis bereikt.



Residentie Gildentuyn - Malderen (Londerzeel)  
www.gildentuyn.be • T 052 46 66 05



Residentie Vlashof - Stekene  
www.residentie-vlashof.be • T 03 772 67 75

Residentie Ramen - Gent  
www.ramenenpoel.be • T 09 223 09 09



WZC Waterrijk - Grobbendonk  
www.waterrijk.be • T 014 50 80 00

# Als de trap een hindernis wordt...

Als je niet mobiel genoeg meer bent om op een veilige manier de trap te nemen, wacht je beter niet tot het misloopt om te investeren in een traplift.

**D**e trap naar boven nemen, vraagt veel energie van ons lichaam. Wie kampt met fysieke problemen of minder mobiel is door ziekte of ouderdom, ondervindt vaak moeilijkheden met de meest eenvoudige handelingen, zoals bijvoorbeeld de trap opgaan. Tijdig investeren in je eigen levenskwaliteit is daarom geen overbodige luxe. Als de trap een hindernis in eigen huis is geworden, maar je niet meteen wilt verbouwen of verhuizen, is een traplift een veilige manier om toch de trap te kunnen blijven nemen.

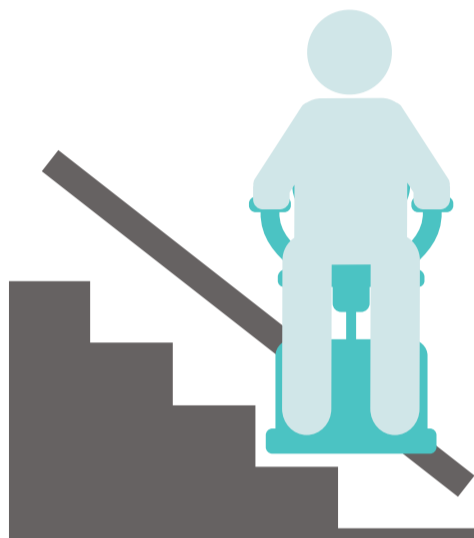
## Oplossing op maat

Of je nu een rechte trap, een steile trap, een lange of korte trap, een trap met veel bochten, een houten trap of een draaitrap in huis hebt: de mogelijkheden zijn eindeloos. In functie van een aantal bepalende factoren zoals het soort trap, de breedte van de trap, het aantal draaiingen en of de traplift bijvoorbeeld geplaatst moet worden langs de binnen- of buitenzijde, wordt er een oplossing op maat



## Als je minder mobiel wordt,

maar niet meteen wilt verbouwen of verhuizen, is een traplift een veilige manier om toch de trap te kunnen blijven nemen.



gecreëerd. Bovendien zien de hedendaagse design met smalle rails en personalisatiemogelijkheden er ook nog eens elegant uit!

## Modulair

Een traplift biedt heel wat voordelen: het is eenvoudig in gebruik, comfortabel en compact opvouwbaar om de doorgang niet te beperken, maar vooral veilig en betrouwbaar. De nieuwste innovatie op de trapliftenmarkt maakt het bovendien mogelijk om verschillende losse elementen te combineren tot een snelle 'kanten-klare' oplossing op maat. Dankzij dit modulaire systeem kan er ook op zeer korte termijn aan de dringende, en toch specifieke, behoeften van de klant worden voldaan.

## Gemoedsrust

Ondanks dat het traplopen soms moeizamer gaat of zelfs niet meer mogelijk is, willen minder mobiele mensen toch zo lang mogelijk in hun vertrouwde omgeving blijven wonen. Velen aarzelen nog te lang om hun huis effectief aan te passen aan nieuwe noden

en beschouwen het eerder als een toegeving aan het verouderings- of ziekteproces. Nochtans draagt het installeren van een traplift bij tot een betere levenskwaliteit en een grotere onafhankelijkheid van de klant, met minder risico's op ongevallen. Deze eenvoudige aanpassing creëert een veiligere thuisomgeving met meer gemoedsrust, ook voor vrienden en familie. Bovendien houd je meer energie over voor andere activiteiten.

## Terugbetaling

Investeren in een traplift lijkt voor velen erg kostelijk. Wie aan de specifieke voorwaarden voldoet, kan aanspraak maken op een tegemoetkoming van de Vlaamse Overheid of het ziekenfonds. Ook voor personen met een handicap voorziet het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (VAPH) in sommige gevallen een tegemoetkoming voor de installatie van een traplift in je woning.

**Dominique Zaman**

redactie.be@mediaplanet.com

**OTOLIFT**  
TRAPLIFTEN

**€650,-**  
Introductie  
korting!  
T/m 31-03-17

**Dé meest  
gekochte traplift  
van de Benelux**



### Revolutionair railsysteem

Otolift heeft een nieuwe traplift geïntroduceerd: de Otolift Modul-Air. Deze traplift heeft de dunste enkele rail ter wereld en is volledig uit voorraad leverbaar.



### Slechts 48 uur levertijd!

Dankzij deze unieke technologie wordt het dure maatwerk overgeslagen, en kunnen wij zowel rechte als gebogen trappen binnen 48 uur van een traplift voorzien!



### Niet goed = geld terug

Bent u niet tevreden met uw Otolift? Geen probleem. Wij bieden u een unieke niet-goed-geld-terug-garantie aan op de Otolift Modul-Air.

Voor vrijblijvende informatie:  
**Bel gratis 0800 59 003**  
of ga naar [www.otolift.be](http://www.otolift.be)

# “Belangstelling voor erkende assistentiewoningen zal enkel maar toenemen”

**De kwaliteit van de dienstverlening zou doorslaggevend moeten zijn bij de aankoop van een assistentiewoning. Het is daarom belangrijk dat potentiële kopers kiezen voor een erkende assistentiewoning. Sophie Deprez van Cores Development licht de voordelen toe.**



**Sophie Deprez**  
Cores  
Development

“Het is belangrijk dat potentiële kopers van assistentiewoningen zich goed informeren over het verschil tussen erkende en aangemelde assistentiewoningen. Voor erkende assistentiewoningen bestaat er een duidelijk wettelijk kader. Dankzij controles op de naleving van dit kader krijgt men dan garanties over de kwaliteit van het vastgoed én de kwaliteit van de dienstverlening. Dat is een heel verschil met de zogenaamde ‘aangemelde’ assistentiewoningen, waar er veel minder controle is”, vertelt Deprez.

**Fiscaal interessante investering**  
“Ook fiscaal zijn erkende assistentiewoningen erg interessant. Zo geniet men van 12% in plaats van 21% BTW en krijgt men een vrijstelling op de roerende voorheffing. Omdat

**Dankzij controles** krijgt men bij erkende assistentiewoningen garanties over de kwaliteit van het vastgoed én de kwaliteit van de dienstverlening.



[WWW.CORESDEVELOPMENT.BE](http://WWW.CORESDEVELOPMENT.BE)

op deze manier het kostenplaatje drastisch wordt gereduceerd, zijn erkende assistentiewoningen zeker een interessante en toekomstgerichte belegging.”

**Vinger aan de pols**

Deprez: “We willen echter meer doen dan wat de huidige normen ons opleggen om erkend te zijn. Om ons verder te kunnen onderscheiden, hebben we voor onze assistentiewoningen die niet verbonden zijn aan een woonzorgcentrum een eigen beheersinstantie opgericht. Hierin participeren we zelf, zodat we op de hoogte blijven van de dienstverlening na de realisatie van het vastgoed. Het verhaal stopt voor ons dus niet bij de voorlopige oplevering of bij de start van de exploitatie.”

**Naar een eenduidige wetgeving**

Deprez: “De erkende assistentiewoningen hebben alvast voor enige zekerheid gezorgd, waardoor men er met een gerust hart in kan investeren. Toch is het belangrijk dat de wetgeving herbekeken wordt. We zijn namelijk allen gebaat bij een kwalitatieve woonomgeving voor onze verouderende populatie. Daarom moeten we in de toekomst af van

het soms onduidelijke verschil tussen ‘aangemelde’ en ‘erkende’ assistentiewoningen. Iedere assistentiewoning zou in feite verplicht garanties moeten bieden op het vlak van de dienstverlening.”

**De exploitatie als onderscheidende factor**

“De exploitatie van de assistentiewoningen mag niet meer als een noodzakelijk kwaad worden gezien. Integendeel, het moet net deel uitmaken van de langetermijnvisie. Voor ons is het zelfs een manier om ons te onderscheiden van projecten waarbij men zich vooral focust op de bouw van het vastgoed, zonder veel aandacht te besteden aan de exploitatie.”

“De ervaring van de afgelopen jaren heeft immers geleerd dat het met die laatste aanpak vaak fout loopt, met alle gevolgen van dien voor zowel de investeerders als de bewoners. In de toekomst zal de belangstelling voor erkende assistentiewoningen dan ook enkel maar toenemen”, besluit Deprez.

**Joris Hendrickx**  
redactie.be@mediaplanet.com

**Respect**

Het Universitair Ziekenhuis Brussel staat voor kwaliteitsgeneeskunde. Het biedt regionaal, nationaal en internationaal zowel basiszorg aan als innovatieve en hoogtechnologische zorg. Een totaalpakket van med-werkers (artsen, verpleegkundigen, paramedici, ICT'ers, ...) stelt de patiënt altijd op de eerste plaats. Hij of zij wordt er verzorgd ongeacht zijn afkomst, taal en religie. Samengevat: met respect.

[www.uzbrussel.be](http://www.uzbrussel.be) – [www.werkeninhetuzbrussel.be](http://www.werkeninhetuzbrussel.be)  
Brussels Health Campus – Laarbeeklaan 101, 1090 Jette

**Warme, betrokken en innovatieve zorg.**

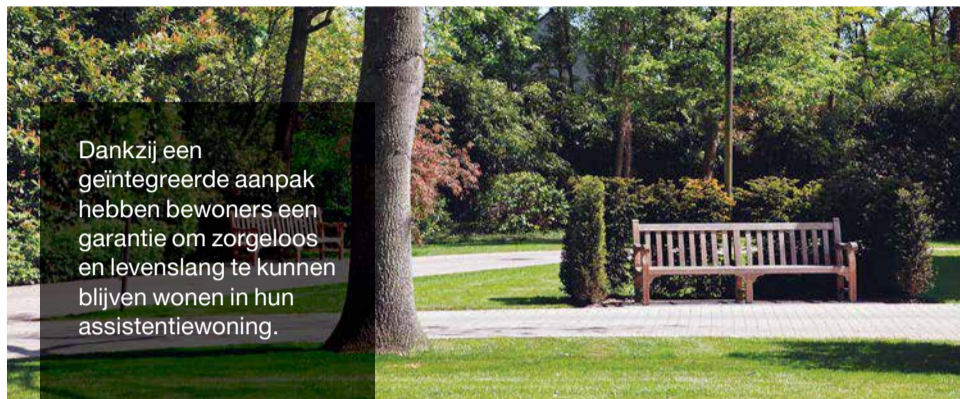
Jessa zet in op de gezondheidszorg van morgen

**JESSA**  
ZIEKENHUIS

Salvatorstraat 20 | 3500 Hasselt  
tel. 011 33 55 11 | [www.jessazh.be](http://www.jessazh.be)

# Zorgeloos ouder worden: het kan écht!

**O**uderen blijven liefst zo lang mogelijk wonen in de woonvorm waarvoor ze zelf hebben gekozen. Uit respect voor het individu dient er dus alles aan te worden gedaan om dat ook te realiseren. Rita De Moor, sinds meer dan 35 jaar eigenaar en met de volgende generatie uitbater van Militza Service Residentie, legt uit hoe Militza in de twee erkende vestigingen te Oostakker en Brugge via zorg op maat inzet op 'zorgeloos ouder worden'.



Dankzij een geïntegreerde aanpak hebben bewoners een garantie om zorgeloos en levenslang te kunnen blijven wonen in hun assistentiewoning.

## Wat ontbreekt er volgens u bij de klassieke opvang van ouderen?

"Veel ouderen zien vandaag door de bomen het bos niet meer. Er bestaan zeer veel verschillende opvangvormen, zowel erkende als niet-gereguleerde, met ieder hun voor- en nadelen, voorwaarden, structuren, enz. In de sector van de woonzorgcentra en assistentiewoningen zijn er bovendien alsmar grotere spelers actief. Vaak worden senioren verplaatst naar een andere woonvorm in functie van hun zorgnoden."

"Een typisch voorbeeld is het koppel dat verhuist naar een assistentiefat. Enkele jaren later wordt de man echter zorgbehoevend, waardoor hij moet verhuizen naar een woonzorgcentrum en het koppel dus uit elkaar wordt getrokken. Er wordt dus wel

voorzien in de nodige opvang, begeleiding en omkadering, maar enkel op die plaats waar dat het meest kostenefficiënt kan gebeuren. De goede partner blijft dan alleen achter."

## Hoe kan dat anders worden aangepakt?

"Om de bewoner centraal te plaatsen, draaien we de rollen graag om. We brengen de zorg dus naar de bewoner, in zijn vertrouwde assistentiewoning. Bewoners huren (men kan bij Militza niet kopen) binnen ons totaalpakket een fat, die ze naar eigen smaak inrichten om er echt hun nieuwe thuis van te maken. Doorgaans verhuist men naar zo'n assistentiewoning wanneer men nog zelfredzaam is. Wij

engageren ons echter om alles in het werk te stellen om ook de toekomstige zorgnoden in te vullen, wanneer die zich stellen."

"Dat is enkel mogelijk omdat we als zuiver familiale groep een flexibele organisatie zijn die door de jaren heen ervaring heeft opgedaan om de situatie op deze manier aan te pakken. Dankzij die inspanningen kunnen zelfs mensen die bedlegerig zijn of palliatieve zorgen nodig hebben in hun vertrouwde fat blijven."

## Hoe verloopt dat proces concreet?

"Alle cruciale diensten die binnen ons concept worden aangeboden, worden in eigen beheer uitgevoerd. Zo ontzorgen we onze bewoners met een vaste prijs zonder verrassingen. In de dagprijs

is naast onder andere elektriciteit en verwarming ook een interne poetsdienst inbegrepen, waardoor ze dat niet meer zelf moeten uitzoeken en organiseren. Ook hebben we een eigen chef-kok in dienst die dagverse culinaire maaltijden bereidt, tot grote voldoening van de bewoners."

"De zorgverstrekking gebeurt dan weer door onze eigen thuisverpleging. Hierdoor kunnen we flexibel zijn en zeer snel bijschakelen wanneer nodig. Toch kunnen bewoners er ook voor kiezen om eventueel de thuisverpleging te blijven inschakelen waarop ze reeds een beroep deden voor ze hun intrek namen in de assistentiewoning. Dankzij deze geïntegreerde aanpak hebben bewoners een garantie om werkelijk zorgeloos en levenslang te kunnen blijven wonen in hun assistentiewoning."

Service Residentie  
**Militza**  
Zorgeloos ouder worden

WWW.MILITZA.BE

Joris Hendrickx  
redactie.be@mediaplanet.com

## Landelijke Thuiszorg helpt met een waaier van diensten

Bij Landelijke Thuiszorg vinden wij zorgen voor jou de normaalste zaak van de wereld. Je bent jong of oud, samen of alleen? We komen bij je thuis op die momenten waar extra hulp meer dan welkom is: een geboorte, ziekte, handicap, ouderdom of moeilijke omstandigheden. Onze medewerkers zijn deskundig opgeleid en helpen je met plezier én op jouw maat.

- | gezinszorg | kraamzorg
- | poetshulp | groen- en klusjesdienst
- | gastopvang | dagopvang
- | woningaanpassing

bel GRATIS 0800 112 05

thuiszorg@ons.be www.landelijkethuiszorg.be  

**BESCO**

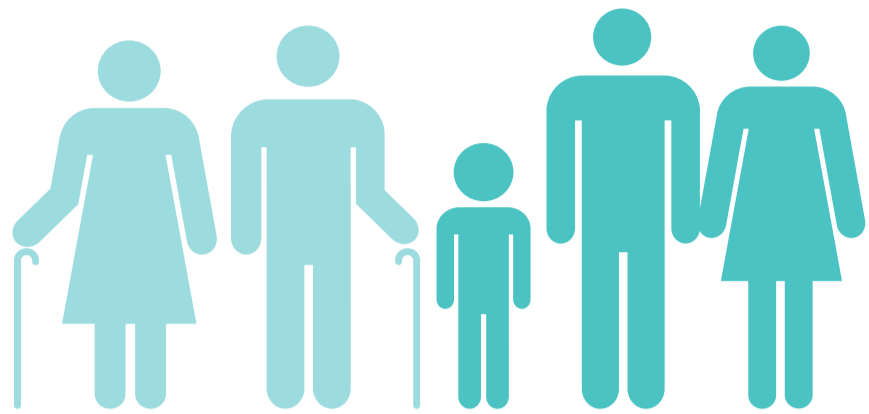
eCoNoDat eCoFæDat  
eCoMæDat SteMæTo

Besco is dé referentie op de markt van databases en Saas (Software as a Service) rond nomenclatuur, geneesmiddelen, implantaten en centrale sterilisatie.

Aardbruggenstraat 81- 3570 Alken  
info@besco.be - www.besco.be



# “Trachten om iedereen een betaalbare zorg op maat te bieden”



De zorgsector en de ouderenzorg staan voor heel wat uitdagingen. Creatieve oplossingen en duidelijke beleidskeuzes kunnen hier een antwoord op bieden. Luc De Vreese, manager-consultant van Zorgsite Molenhoeve, geeft zijn visie.

**“Zorgbehoevende ouderen worden vandaag nog steeds geacht te verhuizen naar een zorgvoorziening die wordt gesubsidieerd door het departement Welzijn en Gezondheid. Bij de gehandicaptenzorg kiest men er daarentegen voor om mensen een persoonsgebonden financiering te geven. Hierbij splitst men de componenten ‘wonen’ en ‘zorg’. Dat is ook onze visie op ouderenzorg”, opent De Vreese.**



**Luc De Vreese**

Manager-consultant Zorgsite Molenhoeve

Een gemengde samenlevingsvorm is vooral interessant voor de tussengroep van ouderen die nog te goed is voor een woonzorgcentrum.

“Betaalbaar wonen moet een verantwoordelijkheid zijn van de sociale huisvesting. De eventuele aanpassingen van de woning aan de specifieke zorgbehoeften kunnen dan desnoods wel nog worden ondersteund door het departement Welzijn en Gezondheid of een ander agentschap. Er hoeven echter geen volledig gesubsidieerde voorzieningen te worden gebouwd. Andere actoren kunnen dat beter.”

## **24 uurspersistentie**

De Vreese: “Aanvullend kunnen dan in wijken kleinere voorzieningen worden gebouwd waar mensen samenwonen die permanent zorg nodig hebben. De permanentie die er daar is, kan dan ook meteen de hele wijk bedienen. Zo hoeven mensen niet noodzakelijk te verhuizen naar een collectieve voorziening wanneer ze bang zijn om te vallen of in een noodsituatie terecht te komen. Zij kunnen voorlopig in hun eigen woning blijven, die al dan niet wordt aangepast aan de specifieke noden.”

“Vandaag doen alle zorgbehoevende bewoners in een wijk of gemeente een beroep op allerlei diensten voor gezinszorg. Die moeten zich dus voor iedere bewoner apart helemaal verplaatsen naar die wijk, want er is daar ter plekke geen permanentie. Hoewel het logisch is dat men een beroep doet op een zorgaanbieder naar keuze, zijn die zorgaanbieders vaak niet in staat om bij een noodgeval snel ter plaatse te zijn.”

“Het zou daarom nuttig zijn om deze zorgaanbieders te verplichten om centraal in de wijk of gemeente samen een 24 uurspersistentie op te zetten die noodsituaties kan opvangen. Dat kan bijvoorbeeld in één van onze centra, die ook voorzien zijn van een wachtpost voor huisartsen. Zo is er altijd een zorgaanbieder in de onmiddellijke omgeving wanneer daar dringend nood aan is. Het feit dat deze aanbieder dan misschien niet noodzakelijk de eerste keuze is, doet er op dat moment niet toe. Men dient dan gewoon zo snel mogelijk geholpen te worden”, zegt De Vreese.

## **Gemengde sites**

“We moeten ernaar streven om mensen - indien mogelijk - zo lang mogelijk te laten leven in een normale gemeenschap waar alle leeftijden samenleven. Bovendien dienen we de mogelijkheden van deze mensen optimaal te benutten. Een goed voorbeeld hiervan is een ouder koppel waarvan de vrouw een beperking heeft. De man verzorgt zijn vrouw, maar ervaart zich ook veel omdat hij thuis vast zit. Hij kan dan bijvoorbeeld zijn blinde buurjongen even begeleiden naar de bushalte.”

De Vreese: “Zo’n gemengde samenlevingsvorm is vooral interessant voor de tussengroep van ouderen die nog te goed is voor een woonzorgcentrum, en die naar eigen vermogen wil bijdragen aan en een beroep wil doen op de gemeenschap rondom zich.”

## **Herstelverblijf**

“De overheid stelt dat een ziekenhuisopname niet te lang mag duren wanneer een persoon geen permanente gespecialiseerde zorg nodig heeft. Toch zijn deze personen vaak tijdelijk niet in staat om zelfstandig thuis te functioneren. In dat geval kan men gebruik maken van het ‘herstelverblijf’. Zo’n herstelverblijf wordt niet gesubsidieerd, maar wel erkend door Vlaanderen. De inperking van de ligduur is echter een federale

aangelegenheid. Dat zou kunnen betekenen dat een deel van het federale budget op termijn naar Vlaanderen vloeit om die herstelverblijven toch te kunnen subsidiëren.”

“We merken nu echter dat de vraag naar gezinszorg sterk gestegen is door de ingekorte verblijfsduur na een bevalling en door de persoonsgebonden financiering voor mensen met een beperking. De gezinszorg bedient dus al lang niet meer enkel ouderen. Dat plaatst echter een extra druk op die gezinszorg - zowel op het vlak van de financiering als de organisatie - en vraagt om de nodige creativiteit”, aldus De Vreese.

## **Integrale hulpverlening**

“Mensen met een beperking die over een persoonsgebonden budget beschikken dat hoger is dan het basisondersteuningsbudget, kunnen integrale zorg op maat krijgen, waarbij deskundige verzorgers echt kijken naar hun noden. Er zitten echter ook heel wat mensen thuis zonder een budget, omdat zij zich niet in een acute noodsituatie bevinden. Ook die mensen hebben soms nood aan professionele hulpverlening.”

De Vreese: “We moeten dus trachten om ook die laatste groep een betaalbare zorg op maat te bieden. Dat kan in voorzieningen waar alle nodige integrale zorgen aanwezig zijn, maar waar de familie bijvoorbeeld de kamer poetst of de was doet om de kosten te drukken.”

**ZORGDORPEN**

[WWW.ZORGDORPEN.BE](http://WWW.ZORGDORPEN.BE)

**Joris Hendrickx**

redactie.be@mediaplanet.com



AZ Sint-Jan Brugge

# “Heel wat gebouwen van ziekenhuizen hebben hun maximumleeftijd bereikt”

De bouw en renovatie van gebouwen in de zorgsector is onderhevig aan heel wat specifieke eisen, uitdagingen en evoluties. Het is dan ook het werk van gespecialiseerde aannemers. Rik Hinnens, algemeen directeur van bouwbedrijf Wycor, staat ons te woord.



**Rik Hinnens**  
Algemeen  
directeur Wycor



## De medische technologieën

en werkwijzen evolueren almaar sneller, en veel gebouwen zijn daar vandaag niet meer aan aangepast.

## Wat zijn volgens u de grootste uitdagingen in de bouw en renovatie van gebouwen in de zorgsector?

“De laatste jaren hebben we als firma die gespecialiseerd is in de afwerking van nieuwe en gerenoveerde zorggebouwen behoorlijke evoluties waargenomen. Zo was er de herfinanciering van de zorgsector ten gevolge van de staats-hervorming, waardoor de subsidies gevoelig daalden. In het laatste jaar vóór de overdracht van de bevoegdheden dienden heel wat renovaties in sneltempo te worden uitgevoerd om nog te kunnen genieten van de subsidies van de federale overheid. Dat veroorzaakte een tijdelijke oververhitting van de markt.”

“Bovendien stopte de Vlaamse overheid enkele jaren geleden de VIPA-subsidies (Vlaams Infrastructuurfonds voor Persoonsgebonden

Aangelegenheden) waarmee infrastructuurprojecten van zorginstellingen konden worden gefinancierd. Dat houdt in dat de grote nieuwbouwprojecten nu stilaan ten einde lopen. Daarnaast is ook de financiering voor renovatieprojecten gevoelig afgenomen. Al deze evoluties komen de sector zeker niet ten goede en veroorzaken bovendien een gevoelige daling van de werkgelegenheid bij de bedrijven die gespecialiseerd zijn in deze renovatiewerken.”

## Welk risico houdt dat in voor de ziekenhuizen?

“Heel wat bestaande gebouwen van ziekenhuizen hebben hun maximumleeftijd bereikt. De medische technologieën en werkwijzen evolueren almaar sneller, en veel gebouwen zijn daar vandaag niet meer aan aangepast. Daarnaast dienen ziekenhuizen zich continu aan te passen aan de almaar strenger wordende normen en regels, bijvoorbeeld op het vlak van duurzaamheid. Ook zijn heel wat bestaande gebouwen niet meer in orde op het vlak van brandcompartimentering en brandstabiliteit. Dat vraagt uiteraard om investeringen en een continuïteit in renovaties.”

## Welke specifieke eisen worden er gesteld bij werken aan een ziekenhuis?

“De afwerking van nieuwe of gerenoveerde zorggebouwen wordt best uitgevoerd door gespecialiseerde aannemers die continu investeren in het bijscholen van hun medewerkers. Zorginstellingen hebben immers zeer specifieke vereisten op het vlak van hygiëne, vloerafwerkingen, wandbekledingen, enz.”

“Een bijzondere uitdaging is bovendien de renovatie van zorggebouwen die in gebruik blijven tijdens de werken. Dat brengt speciale eisen met zich mee op het gebied van bijvoorbeeld stofverspreiding en lawaaihinder. Ziekenhuizen willen in dat geval overigens dat de werken op een zo kort mogelijke termijn worden uitgevoerd, zodat de hinder voor de gebruikers, de artsen en de patiënten kan worden geminimaliseerd.”

“Dat alles vraagt om een zeer goede organisatie die dus best in handen is van een gespecialiseerde firma die alles in eigen beheer en met eigen medewerkers uitvoert. Zo kan ze alles van zeer nabij opvolgen en snel schakelen indien nodig. Ook dienen de teams goed op elkaar afgestemd te zijn.”

## Hoe slaagt u erin om steeds up-to-date te blijven met de laatste evoluties?

“Er zijn zeer grote evoluties in de zorgsector, en dit zowel voor wat betreft de normering, de technische en de medische installaties als de brandcompartimentering. Het komt er dus als bedrijf op aan om voortdurend te blijven investeren om mee te zijn met de modernste technieken, de laatste normeringen, enz. Wycor zorgt ervoor om in eigen beheer gespecialiseerde medewerkers te hebben die zeer regelmatig opleidingen en bijscholingen volgen om steeds up-to-date te blijven.”

## Welke evoluties verwacht u in de nabije toekomst?

“We verwachten dat de financiering stilaan terug zal loskomen. Tegelijk wordt er al veel

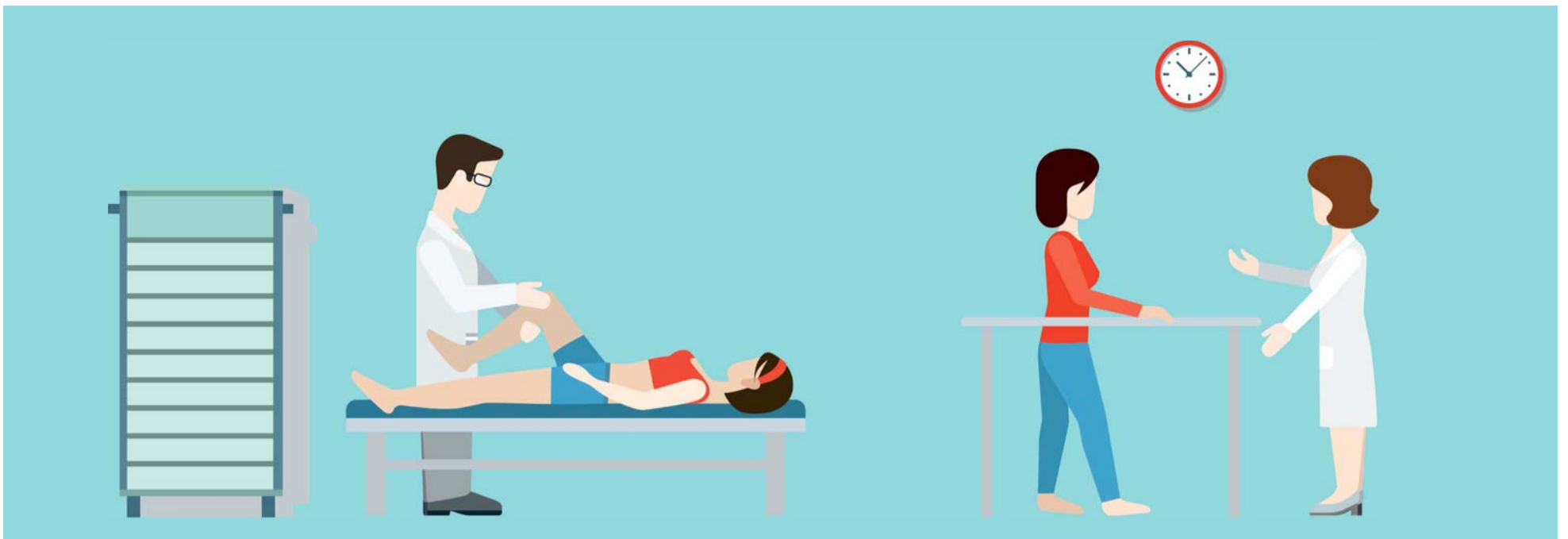
door de ziekenhuizen zelf geïnvesteerd. Ook is het belangrijk om te beseffen dat de rol van de ziekenhuizen in onze maatschappij evolueert. Vroeger werden patiënten na een operatie vaak meerdere dagen tot zelfs weken gehuisvest. Vandaag gebeuren steeds meer ingrepen in het dagziekenhuis. De patiënt kan vaak dezelfde dag al of hooguit na één of twee overnachtingen naar huis. Ook daar moeten ziekenhuizen aan worden aangepast, want dat houdt een heel andere benadering van patiëntenzorg in.”

“Tot slot werken ziekenhuizen almaar meer samen in regionale netwerken. Dat is een positieve evolutie, want zo kunnen ze hun specialisaties concentreren en hoeft niet ieder ziekenhuis dezelfde dure installaties aan te kopen. Maar ook dat vraagt uiteraard om aanpassingen aan de indeling en inrichting van die ziekenhuizen.”



WWW.WYCOR.EU

**Joris Hendrickx**  
redactie.be@mediaplanet.com



# Revalidatie in Vlaanderen: nog heel wat uitdagingen

**Prof. Dr. Bernard Dan, medisch en paramedisch directeur van revalidatieziekenhuis Inkendaal, geeft zijn visie op de rol, de uitdagingen en de toekomst van de revalidatieziekenhuizen in Vlaanderen.**

“Het doel van revalidatie is om mensen met een aandoening opnieuw een rol te laten opnemen in de maatschappij. Dat doen we door de positieve punten en nog aanwezige capaciteiten van ieder individu te identificeren en vervolgens te optimaliseren. De behandeling komt tot stand via een multidisciplinair overleg waarbij rekening wordt gehouden met het perspectief van verschillende experts, maar ook met de situatie van de persoon en zijn of haar omgeving. De patiënt staat daarbij steeds centraal”, opent Prof. Dan.



**Prof. Dr. Bernard Dan**  
Medisch en paramedisch directeur van revalidatieziekenhuis Inkendaal

**Het is noodzakelijk om revalidatie ruimer te zien dan enkel het aspect binnen de muren van het ziekenhuis.**

Het revalidatieproces begint reeds voordat de patiënt naar het ziekenhuis komt en zal verdergaan nadat die het revalidatieziekenhuis heeft verlaten.

**Innovatieve technologieën**  
“Revalidatie gebeurt steeds multidisciplinair. Zo beschikken we over revalidatieartsen, neurologen, kinderneurologen, fysieke geneesheren, internisten, verpleegkundigen, logopedisten, psychologen, kinesitherapeuten, diëtisten, maatschappelijke werkers, enz. De expertises gaan dus zeer breed.”

“Daarnaast dienen we altijd mee te zijn met de laatste technologieën. We maken vandaag gebruik van onder meer een driedimensionaal bewegingsanalyzelaboratorium, een Zorarobot die revalidatieoefeningen voordoet, een zwembad met specifieke apparatuur voor revalidatieoefeningen, ademhaling technologie, noem maar op.”

**Ambulante revalidatie**  
“Het is noodzakelijk om revalidatie ruimer te zien dan enkel het aspect binnen de muren van het ziekenhuis. Het revalidatieproces begint reeds voordat de patiënt naar het ziekenhuis komt en zal verdergaan nadat die het revalidatieziekenhuis heeft verlaten. Toch

moeten we het stellen met de middelen die we hebben. Er worden helaas nog steeds geen specifieke erkenning en financiering voorzien voor ambulante revalidatie, ondanks de overtuiging bij velen dat die net centraal zou moeten staan.”

**Verankering in het Vlaamse zorgaanbod**

“Een andere uitdaging betreft het statuut van het revalidatieziekenhuis. Revalidatieziekenhuizen zijn categorale ziekenhuizen, die als gevolg van de laatste staats hervorming hun statuut als ziekenhuis dienen te verankeren in het Vlaamse zorgaanbod. Toch wordt een ziekenhuis volgens de wetgeving op federaal niveau gedefinieerd. Dat zorgt voor een complexe uitdaging op korte termijn”, aldus Prof. Dan.

“Er moet dringend een nieuwe structuur gevonden worden om een verankering in het Vlaamse zorglandschap mogelijk te maken. Vlaanderen moet in dat kader specifieke normen opstellen, maar tegelijk dient de structuur open genoeg te blijven om ook Brusselse en Waalse patiënten te kunnen opnemen. Revalidatieziekenhuis Inkendaal ligt immers op slechts enkele kilometers van Brussel en Wallonië, wat uiteraard een invloed heeft op onze patiëntenpopulatie.”

**Het toekomstige revalidatiebeleid**

Prof. Dan: “Naast Revalidatieziekenhuis Inkendaal besluiten nog acht andere revalidatieziekenhuizen om autonoom en Vlaams te worden. Samen vormen deze ziekenhuizen het overlegorgaan ‘R9’, waarin de algemene directeurs van alle negen revalidatieziekenhuizen zich samen engageren. Doel is om het toekomstige revalidatiebeleid specifiek vanuit het oogpunt van revalidatieziekenhuizen en samen met de universitaire en algemene ziekenhuizen alsook de koepel Zorgnet-Icuro mee uit te tekenen.”

“Hiervoor wordt intens overlegd met zowel de Vlaamse als de federale overheid. We hangen

immers nog steeds af van de RIZIV-conventies (Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering) en ook de medische honoraria worden nog federaal bepaald. Onze financiering is dus deels Vlaams én deels federaal. Bovendien zijn er ook binnen de Vlaamse en federale financiering verschillende bronnen, wat het geheel nog complexer maakt. We hopen alvast dat er in de toekomst een systeem komt dat beter aangepast is aan onze maatschappelijke rol.”

**Samenwerking met andere ziekenhuizen**

“We werken nauw samen met de algemene ziekenhuizen die hun patiënten voor complexe revalidatie naar ons doorverwijzen. Dat systeem functioneert reeds goed, maar toch is er nog werk aan het verbeteren en ontsluiten van deze netwerken. Daarnaast hebben we een goede samenwerking met de revalidatiediensten binnen de universitaire centra. Zij doen een beroep op ons voor complexe en langetermijnrevalidatie”, aldus Prof. Dan.

“Er is dus zeker een plaats in de derde lijn voor ons revalidatieziekenhuis als referentie- en expertisecentrum. Ook kunnen we in de toekomst een rol spelen binnen een specifieke opleiding van revalidatiemedewerkers en binnen het wetenschappelijk onderzoek rond revalidatie. Maar die rol dient dan wel erkend (en gefinancierd) te worden.”



WWW.INKENDAAL.BE

Joris Hendrickx  
redactie.be@mediaplanet.com

# Verhoogde kans op genezing voorkamerfibrillatie

In het AZ Sint-Jan Brugge is er de voorbije tien jaar sterk geïnvesteerd in onderzoek naar voorkamerfibrillatie. Met het CLOSE-protocol heeft het ziekenhuis een nieuwe operatietechniek ontwikkeld die de kans op genezing aanzienlijk verhoogt.

De waarde van deze innovatieve techniek is niet te onderschatten. Getuige daarvan is de aankomende publicatie van een gerelateerd artikel in het gerenommeerde vaktijdschrift *Circulation: arrhythmia and electrophysiology*. Voorkamerfibrillatie of atriale fibrillatie (A-fib) is de meest voorkomende hartritmeaandoening. Ongeveer twee procent van de bevolking krijgt ermee te maken. Bovendien wordt er verwacht dat het aantal patiënten met A-fib zal verdubbelen tegen 2050. Het is dan ook het meest onderzochte hartprobleem van de laatste twintig jaar.

## Wat is atriale fibrillatie?

Bij een hartslag ontstaat er een elektrische ontlading die zich voortplant door de hartspier heen. Op die manier trekken de verschillende kamers van het hart op een gecoördineerde manier samen. Bij A-fib is de wand van de voorkamers ziek, waardoor de ontlading chaotisch verloopt. A-fib is niet rechtstreeks levens-



Prof. Mattias Duytschaever, Dr. Yves Vandekerckhove, Prof. Sebastien Knecht en Prof. Rene Tavernier van het AZ Sint-Jan Brugge. © FOTO: PRIVÉ

bedreigend, maar het geeft wel een verhoogde kans op hartfalen en beroertes. In regel wordt een patiënt met A-fib behandeld met antiaritmische medicatie en bloedverdunners.

## CLOSE-protocol

Katheterablatie is een techniek waarbij men via de lies een katheter inbrengt in de linkervoorkamer van het hart. Het uiteinde van de katheter wordt verhit of gekoeld. Zo ontstaat een brandpunt dat zieke longaders, die zorgen voor een verkeerde geleiding van elektrische prikkels, ontkoppelt van de rest van de voorkamer. Met de

conventionele ablatietechnieken worden er verschillende brandpunten aangebracht die soms niet perfect aansluiten, waardoor de foute prikkels alsnog voortgezet kunnen worden. Met het CLOSE-protocol slaagt men er in het AZ Sint-Jan in om alle brandpunten schouder aan schouder te plaatsen, waardoor probleemzones perfect geïsoleerd worden. Uit een onderzoek met 238 patiënten blijkt 92 procent vrij te zijn van A-fib na één enkele ingreep en zonder antiaritmische medicatie. Dat is een aanzienlijke verbetering ten opzichte van de bestaande methoden met een slaagpercentage van 75 procent.

## Onderhuidse chip monitort hartactiviteit 24/7

In het kader van de CLOSE to CURE studie heeft het AZ Sint-Jan honderd patiënten uitgerust met een onderhuidse looprecorder die het hartritme dag en nacht monitort tot drie jaar na de ingreep. De voorlopige resultaten geven aan dat, dankzij de CLOSE-techniek, een volledige genezing van A-fib erg dichtbij is. Zo zou men anno 2017 de antiaritmische medicatie na de operatie kunnen stopzetten. Wat betreft het stoppen van bloedverdunning is meer voorzichtigheid geboden omdat er vandaag alleen nog maar indirecte aanwijzingen voor bestaan. Mogelijk kunnen de resultaten van de CLOSE to CURE studie hiervoor wel een objectief, direct bewijs leveren.



WWW.AZSINTJAN.BE

Bram Thiry

redactie.be@mediaplanet.com

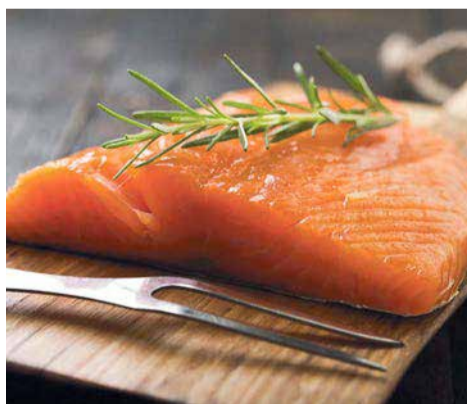
# Voeding speelt hoofdrol bij cardiovasculaire gezondheid

Cardiovasculaire ziekten zijn de belangrijkste doodsoorzaak in België, net zoals in de meeste geïndustrialiseerde landen. Ongeveer één persoon op de twee krijgt ermee te maken.

De belangrijkste risicofactoren voor cardiovasculaire aandoeningen zijn het gevolg van onze levensstijl. Weinig bewegen, roken en verkeerde voedingsgewoonten zijn de grootste boosdoeners. Het goede nieuws is dat je deze factoren zelf kan wijzigen. Je kan immers meer bewegen, stoppen met roken en gezonder eten.

## Voeding, de hoeksteen van preventie

Wat is er dan verkeerd aan onze voedingsgewoonten? Wel, we eten te veel industrieel klaargemaakte gerechten. Het is weliswaar een gemakkelijke oplossing, maar deze gerechten bevatten meestal te veel zout, suiker en vet, waardoor het risico op een hoge bloeddruk, obesitas, suikerziekte en atherosclerose toeneemt.



Het eten van onder meer vette vis, rijk aan omega-3, heeft een positieve impact op onze cardiovasculaire gezondheid.

Al deze factoren beschadigen de bloedvaten, belasten het hart en leiden daardoor tot een verhoogd risico op hartinfarcten en hersenaanvallen. Onze voeding speelt dus een hoofdrol in de cardiovasculaire gezondheid. Dat is zodanig belangrijk dat Groot-Brittannië recent voedingsrichtlijnen voor cardiovasculaire preventie heeft uitgebracht. De voornaamste richtlijnen zijn: meer groenten en fruit, volle granen, peulvruchten en vis eten (vooral vette vis, rijk aan omega-3) en daarnaast minder suiker, rood vlees en charcuterie consumeren. Deze laatste groep is namelijk de belangrijkste verantwoordelijke voor een verhoogde cholesterol. De aanbevelingen zijn zowel naar de bevolking als naar de voedingsindustrie gericht.

## Plantensterolen

Plantensterolen, of fytosterolen, verlagen de hoeveelheid cholesterol die in ons bloed aanwezig is. Ze zitten van nature in groenten en fruit, maar in te kleine hoeveelheden om de cholesterolspiegels sterk te beïnvloeden. De

noodzakelijk inname van plantensterolen om de cholesterol te verlagen, bedraagt anderhalf à drie gram per dag. Plantensterolen verschillen van de andere niet-medicamenteuze werkwijzen tegen cholesterol omdat ze hun werking uitoefenen zonder in de bloedbaan aanwezig te zijn: ze zijn namelijk actief ter hoogte van het spijsverteringskanaal.

Wanneer ze in voldoende hoeveelheid én op het juiste moment (bij de hoofdmaaltijd) aanwezig zijn, verminderen ze de opname van cholesterol in de bloedbaan. Zodoende wordt een groot deel van de cholesterol verwijderd. Dankzij dit doeltreffend en veilig werkingsmechanisme wordt het gebruik van plantensterolen gevalideerd door de Europese Vereniging tegen Atherosclerose. Ze worden aanbevolen voor personen met verhoogde cholesterolspiegels die nog geen zware medicamenteuze behandeling nodig hebben of wanneer de geneesmiddelen onvoldoende resultaten geven of slecht verdragen worden.

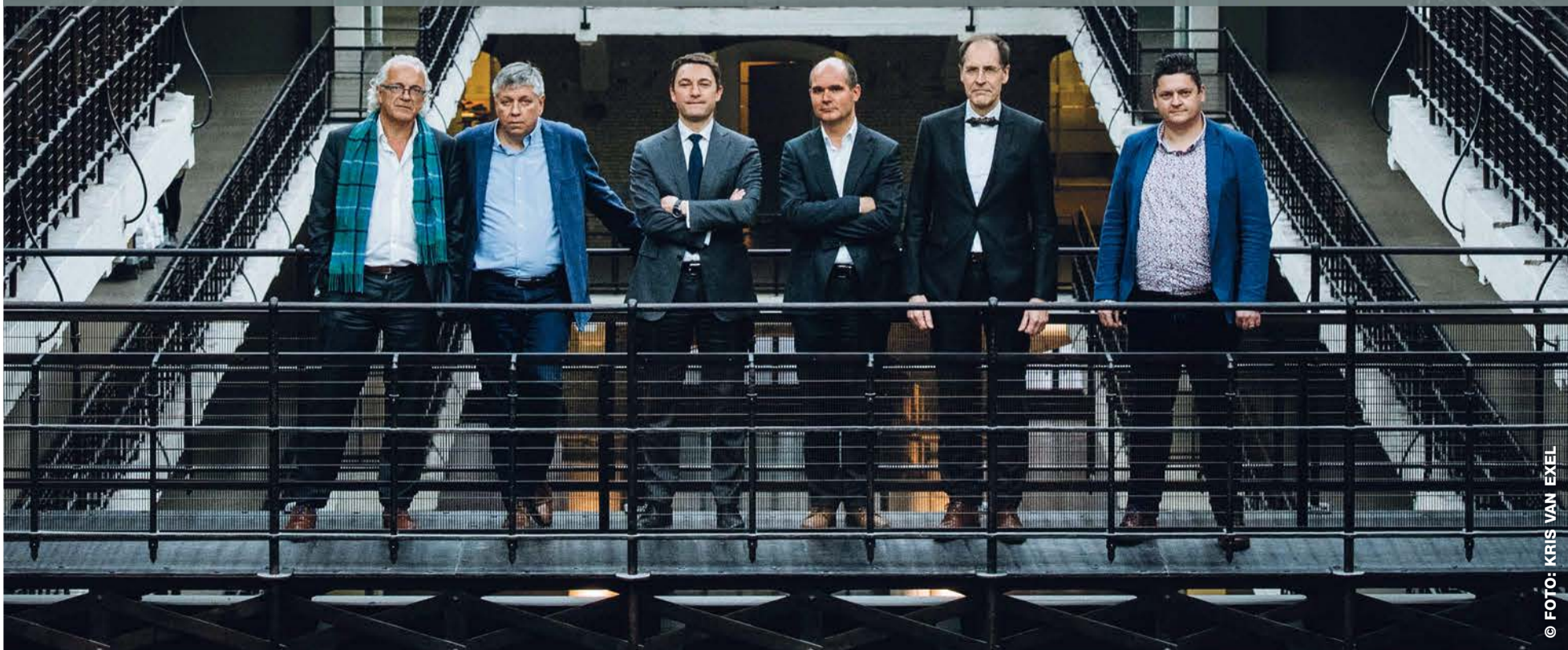
redactie.be@mediaplanet.com



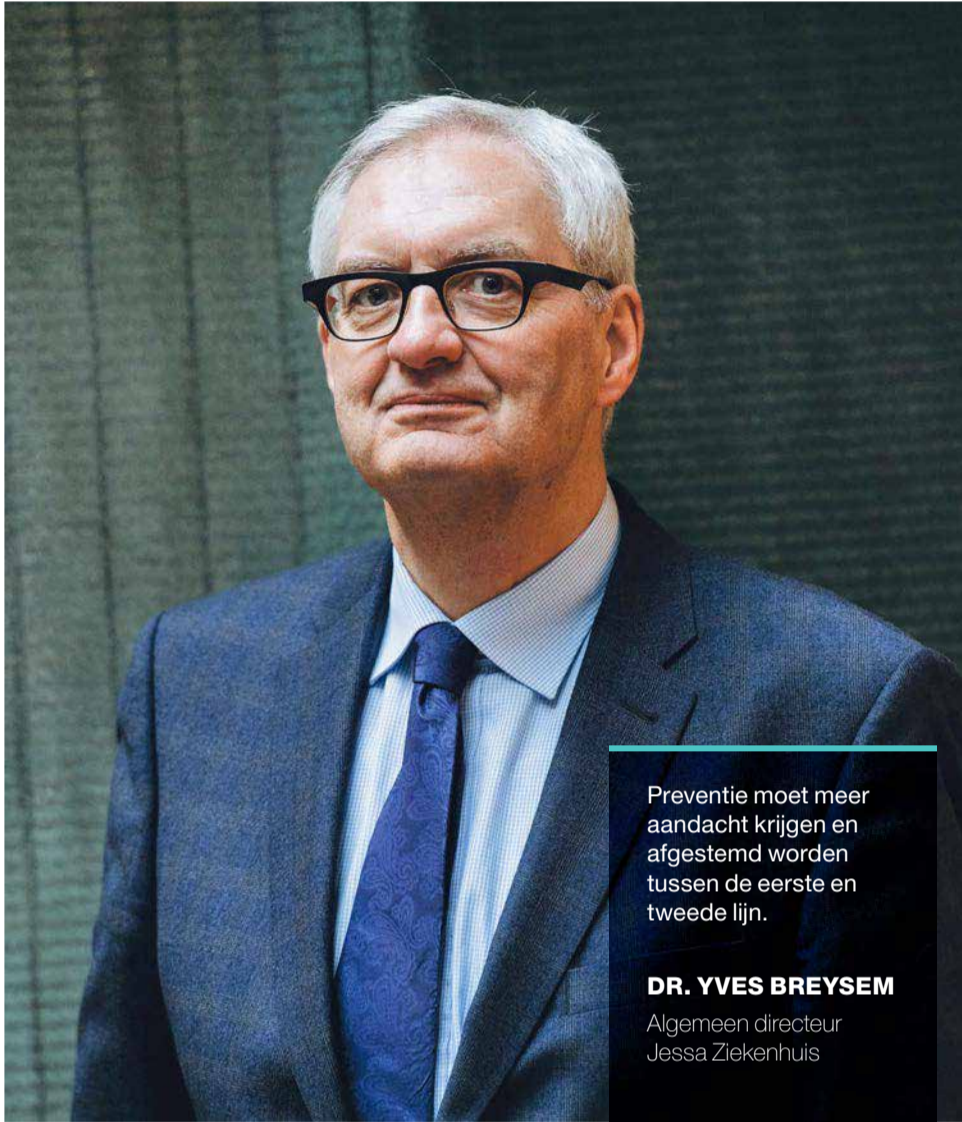
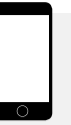
*Rondetafelgesprek met Jo Vandeurzen:*

# “We moeten dringend meer inzetten op preventie”

Wat zijn de belangrijkste evoluties en uitdagingen voor de zorgsector? Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, gaat in debat met tien vooraanstaande actoren uit verschillende expertisedomeinen.



Naast de uitbouw van nieuwe projecten dient de zorgsector sterk in te zetten op de renovatie van bestaande ziekenhuizen.  
Lees meer op [www.medischeinformatie.be](http://www.medischeinformatie.be)



Preventie moet meer aandacht krijgen en afgestemd worden tussen de eerste en tweede lijn.

**DR. YVES BREYSEM**

Algemeen directeur  
Jessa Ziekenhuis



Om stappen vooruit te zetten in de preventie is het belangrijk dat ook de thuiszorg en de mantelzorg kunnen participeren in de elektronische gegevensuitwisseling.

**MARLEEN VANHEES**

Directeur zorg Landelijke Thuiszorg

**Wat zijn de structurele uitdagingen voor de zorgsector?**

**Jo Vandeurzen:** “De zorg bevindt zich in een belangrijke transitiefase. Zo zijn er de budgettaire beperkingen, nieuwe technologieën, de emancipatie van de patiënt, de verschuiving van bevoegdheden tussen de overheden, wijzigende zorgvragen, de komst van nieuwe zorgspelers, enz. De grootste uitdaging hierbij is om samen met alle stakeholders en overheden de wet van de remmende voorsprong te weerstaan. Ondanks ons sterk zorgmodel is er immers wel degelijk nood aan evoluties, maar dan moeten we wel duidelijke keuzes maken en het een en ander op de rails krijgen.”

**Yves Breyssem:** “Al deze facetten zullen zich weerspiegelen in de zorg die we in de toekomst in ziekenhuizen zullen aanbieden. Zo geeft een Nederlandse studie aan dat door de technologische evoluties maar liefst 46% van de momenteel gehospitaliseerde patiënten thuis zal kunnen worden verzorgd.

Dit vraagt om een reorganisatie van de eerste-, tweede- en derdelijnszorg. De vraag die ons vandaag moet bezig houden is hoe we dit zullen aanpakken.”

**Marleen Vanhees:** “Door de vermaatschappelijking van de zorg vinden nieuwe doelgroepen alvast de weg naar de thuiszorg. Het gaat niet enkel meer over ouderen met zelfredzaamheidsbeperkingen, maar ook bijvoorbeeld over mensen met psychische aandoeningen of met een handicap en over pas bevallen vrouwen die sinds de ingekorte verblijfsduur in het ziekenhuis nood hebben aan kraamzorg aan huis. Op één jaar tijd nam het aantal uur kraamzorg aan huis toe met twintig procent.”

“We missen echter een coherent beleid waarbij de verschillende niveaus aandacht hebben voor de effecten van zo’n maatregel in het veld. We moeten immers de kwaliteit kunnen blijven waarborgen en dat vraagt capaciteit. Momenteel staat het aantal uur zorg dat we iedere persoon kunnen bieden sterk onder druk.”

**Marc Noppen:** “Een bijkomende uitdaging hierbij is dat er binnenkort voor iedere honderd experten die de zorg verlaten, er slechts 75 klaarstaan om hen te vervangen. We zullen ons model dus moeten veranderen en mensen anders moeten inzetten, krachten aantrekken uit andere sectoren en/of ze zelfs gaan rekruteren in andere landen.”

**En wat dan met de financiering?**

**Saskia Bauters:** “De relevantie van deze sector in onze economie en maatschappij is groot, wat betekent dat alle actoren, inclusief de banken, in een goed overleg de sector moeten blijven ondersteunen. Het is belangrijk dat er zo snel mogelijk een duidelijke en stabiele langetermijnvisie komt, ook op het vlak van de financiering van de verschillende spelers en initiatieven. Hiervoor is er nood aan een afstemming tussen alle actoren en beleidsniveaus.”

**Joeri Staessen:** “Iedere speler wil open en financieel rendabel kunnen werken, maar uit-

eindelijk zal de patiënt altijd wel een deel van de factuur moeten betalen, hetzij via belastingen, hetzij via een rechtstreekse bijdrage. We moeten duidelijk maken dat in dat kader naast de verplichte ziekteverzekering ook de Vlaamse Sociale Bescherming een cruciale rol speelt. Intussen maken al 350.000 Vlaamse zorgbehoevenden er gebruik van. Als ziekenfonds zullen we meer vraaggericht moeten werken en de mensen moeten begeleiden om door de bomen het bos te blijven zien.”

**Wat is de rol van preventie in de toekomstige gezondheidszorg?**

**Marc Gryseels:** “Preventie is een enorme uitdaging. We moeten dus meer inzetten op preventie en het voorkomen van ziekten. De uitdrukking is toch ‘voorkomen is beter dan genezen’, en OTC-geneesmiddelen moeten daarbij een rol spelen. Maar dan dient de overheid de rol van deze middelen daarin wel te erkennen.”

**Jo Robrechts:** “Gezondheidszorg bestaat uit ‘gezondheid’ en ‘zorg’. Bij ‘zorg’ focussen





We moeten meer inzetten op preventie en het voorkomen van ziekten.

**MARC GRYSEELS**  
Gedelegeerd bestuurder Bachi



De zorg zal in de toekomst vooral in de thuisomgeving gebeuren, en dus niet in een ziekenhuis.

**JO ROBRECHTS**  
CEO Triamant

we doorgaans op wat niet meer kan, terwijl 'gezondheid' gaat over wat wel nog kan. Vandaag leggen we als samenleving nog te veel de focus op zorg. Medische behandelingen bepalen immers slechts tien procent van de gezondheidswinst die kan worden geboekt. Toch gaat nog steeds 97 procent van de huidige budgetten naar die behandelingen. Onze levensstijl is daarentegen goed voor maar liefst veertig procent impact op onze gezondheid. Het is dus tijd om keihard in te zetten op gezondheid en preventie. Zo zullen we bij heel wat mensen chronische ziekten kunnen uitstellen en zelfs vermijden. Zowel in het beleid als in de wijze waarop zorgspelers op het terrein handelen, is het tijd voor een herziening."

**Marc Noppen:** "Daar ben ik volledig mee akkoord. Zo kan je bijvoorbeeld veel zeggen over Cuba, maar zij slagen er wel in om maar liefst vijftig procent van hun budget te spenderen aan preventie en geïntegreerde zorg. Hierdoor halen ze betere gezondheidscijfers dan de Verenigde Staten."

**Jo Vandeurzen:** "De verzekeraars hebben alvast een pact afgesloten met minister Maggie De Block, waarin ze stellen dat ze meer willen inzetten op gezondheid. De cijfers over hoeveel budget er procentueel wordt besteed aan preventie versus behandelingen kunnen zeker internationaal niet worden vergeleken. Maar het is uiteraard wel zo dat er momenteel in België meer budget gaat naar curatie dan naar preventie. Gezondheid in de brede zin gaat echter over alle mogelijke beleidsdomeinen, inclusief mobiliteit, werk, onderwijs, sociaal beleid, enz. 'Health' is inderdaad 'in all policies'. Het is duidelijk dat alleen een klassieke campagne van folders en affiches niet langer volstaat."

**Jo Robrechts:** "Een euro kan je inderdaad slechts éénmaal uitgeven. Maar zijn we niet stilaan toe aan een fundamentele politieke discussie op federaal niveau over een gedeeltelijke heroriëntatie van de RIZIV-middelen richting 'gezond blijven'?"

**Piet Calcoen:** "Wanneer we praten over de financiering van de zorg, wordt vaak uit het oog

verloren dat de patiënt een aanzienlijk deel van de zorg zelf moet financieren. In de ziekenhuizen wordt minder dan tien procent van de zorg door de patiënt zelf gefinancierd. In de ambulante sector gaat het echter over meer dan dertig procent. Geneesmiddelen worden voor veertig procent door de patiënt betaald en tandzorg zelfs voor 45 procent. Terwijl de meeste mensen over een hospitalisatieverzekering beschikken die ziekenhuiskosten terugbetaalt, hebben slechts weinig mensen een dekking voor ambulante kosten. Misschien wordt het tijd dat verzekeringsmaatschappijen en ziekenfondsen hun aandacht hierop richten."

**Joeri Staessen:** "Preventie vinden we de kern van een toekomstig gezondheidszorgbeleid. Bij het ziekenfonds spelen we daar al sterk op in. Vorig jaar lanceerden we een campagne om overmatig suikergebruik aan te kaarten: meer dan zeventigduizend mensen lieten zich door ons begeleiden. We hebben er resoluut voor gekozen om geen belerende toon aan te nemen en dat heeft duidelijk zijn vruchten afgeworpen. Als ziekenfonds evolu-

eren we bewust van een klassieke loketwerking naar informatieverlening en proactief gezondheidsadvies geven."

"Preventie slaagt wanneer het individu zelf bewust in actie kan komen, dit in tegenstelling tot een model waarbij je een bepaalde zienswijze wil opdringen. We geloven sterk dat elk van ons autonome keuzes kan maken, mits hij of zij de juiste informatie ter beschikking heeft. De uitdaging waar we nu voor staan, is om voldoende 'patiënt emancipatie' te creëren. Als ziekenfonds hebben we een grote rol om de zogenaamde 'health literacy' verder te ontwikkelen, waarbij het zorgaanbod en zorglandschap zo bevattelijk en eenvoudig mogelijk worden voorgesteld. We moeten met andere woorden dus ook beter en duidelijker gaan communiceren."

Lees het vervolg van dit debat op de pagina's 16,17 en 18.

**TE VEEL CHOLESTEROL ?**

Niet zo hoog dat de dokter u reeds geneesmiddelen moet voorschrijven maar het is tijd om te beginnen opletten op uw voeding: minder vet, minder rood vlees, meer groenten en fruit.

**Plantensterolen helpen u uw cholesterol te beheersen op een natuurlijke wijze.**



**VistaSterol**

**HOOGGEDOSEERDE PLANTENSTEROLEN in sliktabletten**

VistaSterol 60 tabletten = 19,95€  
Vraag raad aan uw arts of apotheker



Lees op [www.medischeinformatie.be](http://www.medischeinformatie.be) meer over de evolutie naar het 'ziekenfonds van de toekomst'.



Als we naar een écht zorgnetwerk willen, dan is het belangrijk dat men in elk patiëntendossier kan zien welke behandelingen iemand al heeft ondergaan.

#### SASKIA BAUTERS

Head of public sector en social profit  
ING België



Voor iedere 100 experten die de zorg verlaten, staan er slechts 75 klaar om hen te vervangen. We zullen ons model dus moeten veranderen.

#### MARC NOPPEN

CEO UZ Brussel

**Marc Gryseels:** “Wanneer het op preventie en gezond blijven aankomt, dan speelt ook het gedeelde medisch dossier een belangrijke rol. Alle geneesmiddelen - inclusief de OTC-geneesmiddelen en de nutriënten - zouden in dit dossier moeten worden opgenomen, maar vandaag is dat nog niet het geval. Het gevolg is dat de arts geen volledig beeld heeft van welke medicijnen en gezondheidsproducten zijn patiënt gebruikt. Toch zou het weinig moeite vergen om al die producten op te nemen in de database. Het zou zelfs een verplichting moeten zijn dat ieder software-programma dat elektronische voorschriften toelaat een complete database van alle CNK-producten bevat.”

**Saskia Bauters:** “Dat probleem kunnen we zelfs verruimen naar de behandelingen. Als we naar een écht zorgnetwerk willen, dan is het belangrijk dat men in dat dossier ook kan zien welke behandelingen iemand al heeft ondergaan in het verleden. Iedereen is het hierover eens, maar de ideale manier van werken is nog niet gevonden.”

**Marc Noppen:** “Het feit dat men nu veel ouder wordt met vaak meerdere chronische aandoeningen, zorgt ervoor dat vandaag vijftig procent van het budget van de gezondheidszorg naar vijf procent van de bevolking gaat. Het preventiebeleid moet zich dus ook focussen op de risicogroepen, zodat er daar meer budget vrijkomt.”

**Yves Breysem:** “Preventie moet meer aandacht krijgen en afgestemd worden tussen de eerste en tweede lijn. Op dat vlak gebeurt

er ook al heel wat. Daarbij denk ik aan het decreet dat huisartsenkringen vraagt om samenwerkingsakkoorden af te sluiten met de ziekenhuizen. Daaraan worden kwaliteits- en resultaatsindicatoren gekoppeld om het traject en de uitkomst van de patiënt beter op te kunnen volgen en te verbeteren.”

**Marleen Vanhees:** “Preventie overstijgt trouwens het geheel dat te maken heeft met gezonde voeding, beweging en levensstijl. In de thuiszorg zien we bijvoorbeeld dat veel ouderen overwegen om opgenomen te worden in een woonzorgcentrum omdat veertig procent van de woningen niet is aangepast aan hun zorgnoden. Ook het aanmoedigen van zulke aanpassingen past in het kader van preventie, want dan vermijden we dat mensen in een woonzorgcentrum of in het ziekenhuis terechtkomen.”

#### Hoe kunnen we het grote publiek motiveren om zelf de controle te nemen over hun gezondheid?

**Joeri Staessen:** “Het valt ons op dat er bij bepaalde doelgroepen een enorm gebrek is aan kennis en motivatie om te investeren in een goede gezondheid. Mensen beseffen wel dat ze er individueel verantwoordelijk voor zijn, maar toch kijken ze vaak op tegen de inspanning die het vergt.”

**Jo Robrechts:** “Een juiste allocatie van middelen is de sleutel. Laat ons RIZIV-middelen die normaal bedoeld zijn om chronische ziekten te bestrijden ten gronde inzetten om te voorkomen dat diezelfde chroni-

sche ziekten ontstaan. Een focus op de drie belangrijkste indicatoren voor toekomstige chronische ziekten (roken, overgewicht en hoge bloeddruk) maakt ‘en passant’ dat er extra klemtoon wordt gelegd op de sociale risicodoelgroepen.”

**Jos Bessemans:** “Ik geloof niet in het verschuiven van RIZIV-middelen van de ziekenhuizen naar preventie. We kunnen wel in het Elektronisch Patiënten Dossier (EPD) inbouwen dat artsen met duidelijke gegevens aan mensen kunnen tonen waarom ze een bepaalde aandoening hebben gekregen of waarom ze een groot risico lopen om deze te krijgen. Dit zou in het kader van preventie een veel grotere impact hebben.”

**Marleen Vanhees:** “Vandaag gaat het over een puur medisch dossier, en daar zit inderdaad nog een lacune. Zo komen wij aan huis bij diabetespatiënten en bereiden we hun maaltijden, maar we hebben geen toegang tot het medicatieschema en de voedingsadviezen. De thuiszorg zou bovendien mensen kunnen opvolgen, signalen detecteren en die terugkoppelen naar de huisarts en verpleegkundige. Om stappen vooruit te zetten in de preventie is het dus belangrijk dat ook de thuiszorg en de mantelzorg kunnen participeren in de elektronische gegevensuitwisseling.”

**Marc Gryseels:** “Het medisch dossier moet vollediger worden. Als bijvoorbeeld een patiënt calcium en vitamine D3 neemt om een risico op osteoporose te beperken, zou dat moeten worden geregistreerd in

zijn dossier. Vandaag is dat niet het geval. Als dit in de toekomst allemaal geregistreerd zou worden, dan zou de overheid dit als criteria kunnen gebruiken om het vergoedingssysteem te herzien.”

**Piet Calcoen:** “Toch kunnen naast informatie ook financiële incentives een rol spelen. Zo geven verzekeraars een positieve beloning aan mensen die schadelijk gedrag stoppen en dat dan ook volhouden.”

**Jo Vandeurzen:** “De techniek om de zorgverleners en welzijnswerkers in te schakelen in het aansporen tot een gezonde levensstijl wordt door heel wat experts onderschreven. Er bestaan reeds projecten waarbij we de arts toelaten om een bewegingscoach voor te schrijven. Dit is trouwens een van de weinige technieken die hebben aangetoond dat ze kwetsbare groepen kunnen motiveren. Om terug te komen op de digitalisering en innovatie: we zijn stilaan in de fase gekomen waarin we mogen verwachten dat de communicatie tussen de verschillende professionele spelers digitaal verloopt. Digitaliseren is zelfs onvermijdelijk. Daarbij dient ook de link te worden gelegd - alle noodzakelijke randvoorwaarden in acht genomen - tussen het puur medische en de andere sectoren. Toch verbaas ik me er nog over dat de standaardisatie hiervan nog zo moeilijk verloopt. Het zou niet de overheid moeten zijn die dit oplegt. De sector moet gezamenlijk keuzes maken om tot een gebruiksvriendelijke en transparante standaard te komen.”

“Er moet bovendien goed worden nagedacht over wat het ziekenhuis van de toe-





Ziekenhuizen zullen dichterbij de patiënt komen en nauwer samenwerken met zorgactoren in de eerste lijn.

**SÉBASTIEN BERDEN**  
Head of healthcare  
Cofinimmo



Sommige zaken die vandaag als onmogelijk of onbetaalbaar worden gezien, zullen mits enige dynamiek en innovatiekracht toch werkelijkheid worden.

**JO VANDEURZEN**  
Vlaams minister van  
Volksgezondheid

komst is, gezien de enorme veranderingen die zich afspelen. Dit wil ook zeggen dat we best niet meer investeren in concepten die onvoldoende toekomstgericht zijn. Samen met Flanders' Care zullen we deze oefening faciliteren."

**Marc Noppen:** "Ik volg hierin volledig, maar dan zal de financiering dat ook moeten stimuleren. Ziekenhuizen hebben er momenteel nog alle belang bij om zo veel mogelijk bedden te vullen. Er is nood aan een alternatieve financiering."

**Yves Breyssem:** "Om het aantal ziekenhuisbedden te kunnen afbouwen, moeten we investeren in technologieën én gezondheidswerkers heroriënteren, zodat die kunnen worden ingezet in de thuiszorg. Met enkel een afbouw van het aantal ziekenhuisbedden zullen we niet veel uitsparen."

**Marc Noppen:** "Bovendien is er nood aan een rechtszeker kader. We moeten goed weten waar we op lange termijn naartoe willen als maatschappij en daar de nodige architectuur voor opzetten. Uiteraard is het onmogelijk om vijftig jaar in de toekomst te kijken, maar een consequent beleid over twintig à dertig jaar moet toch kunnen."

**Piet Calcoen:** "Er moeten ook duidelijke keuzes worden gemaakt over wat de overheid moet doen, en wat privaat kan worden gefinancierd. Essentiële zorg zou door de overheid moeten worden gefinancierd. De vraag is echter waar de grens ligt tussen essentiële zorg en niet-essentiële zorg."

**Welke rol kunnen ziekenhuizen in de toekomst opnemen?**

**Jo Robrechts:** "De zorg zal in de toekomst vooral in de thuisomgeving gebeuren, en dus niet in een ziekenhuis. De rol van het ziekenhuis zal hierdoor dramatisch wijzigen. Heel wat nieuwe innovaties zullen hierbij een rol spelen: gepersonaliseerde behandelingen, microbots, pilroboten, 3D-printing, sensoren, enz. Patiënten zullen hun gezondheidsdata zelf kunnen verzamelen in plaats van daarvoor telkens naar het ziekenhuis te moeten komen. Het 'huispitaal' zal het hospitaal deels vervangen."

**Jos Bessemans:** "De toekomstige meerwaarde van het ziekenhuis zal zich mogelijk vooral concentreren rond noodgevallen en intensieve zorgen. De vraag is of de sector daar klaar voor is en of de overheid dan nog honderden miljoenen moet investeren in infrastructuur die mogelijk binnen enkele decennia deels overbodig is."

**Sébastien Berden:** "De patiënt zal inderdaad in de toekomst meer thuis worden verzorgd, maar bij bepaalde aandoeningen is dat gewoon niet mogelijk. Een ziekenhuis zal dus altijd nodig blijven. Wel denk ik dat het ziekenhuismodel zelf grondig zal veranderen. Zo denk ik dat de huidige scheiding tussen eerste lijn en acute zorg zal vervagen. Ziekenhuizen zullen dichterbij de patiënt komen en nauwer samenwerken met zorgactoren in de eerste lijn. Dat zien we bijvoorbeeld al in Nederland waar er steeds vaker gezondheidscentra op centrale locaties in kleinere steden en dorpen worden gebouwd."

"In deze centra vindt men huisartsen, thuiszorg, paramedici en apotheken die samenwerken met specialisten, afgevaardigd door het regionaal ziekenhuis. Ziekenhuizen trekken het initiatief om dichterbij de patiënt aanwezig te zijn en om samen met andere zorgactoren te werken aan een geïntegreerd zorgaanbod. Voor de patiënt vormt dat centrum een steun waarop hij op een geïntegreerd zorgaanbod kan terugvallen en langer thuis kan blijven wonen. Zo'n model laat ook toe om de eerste en tweede lijn dichterbij elkaar toe te laten groeien."

**Jo Robrechts:** "Daarbij is er een evolutie naar echte allianties tussen gestructureerde thuisomgevingen en medische spelers zoals huisartsenkringen en hospitaalnetwerken. Hier werken we momenteel al volop aan."

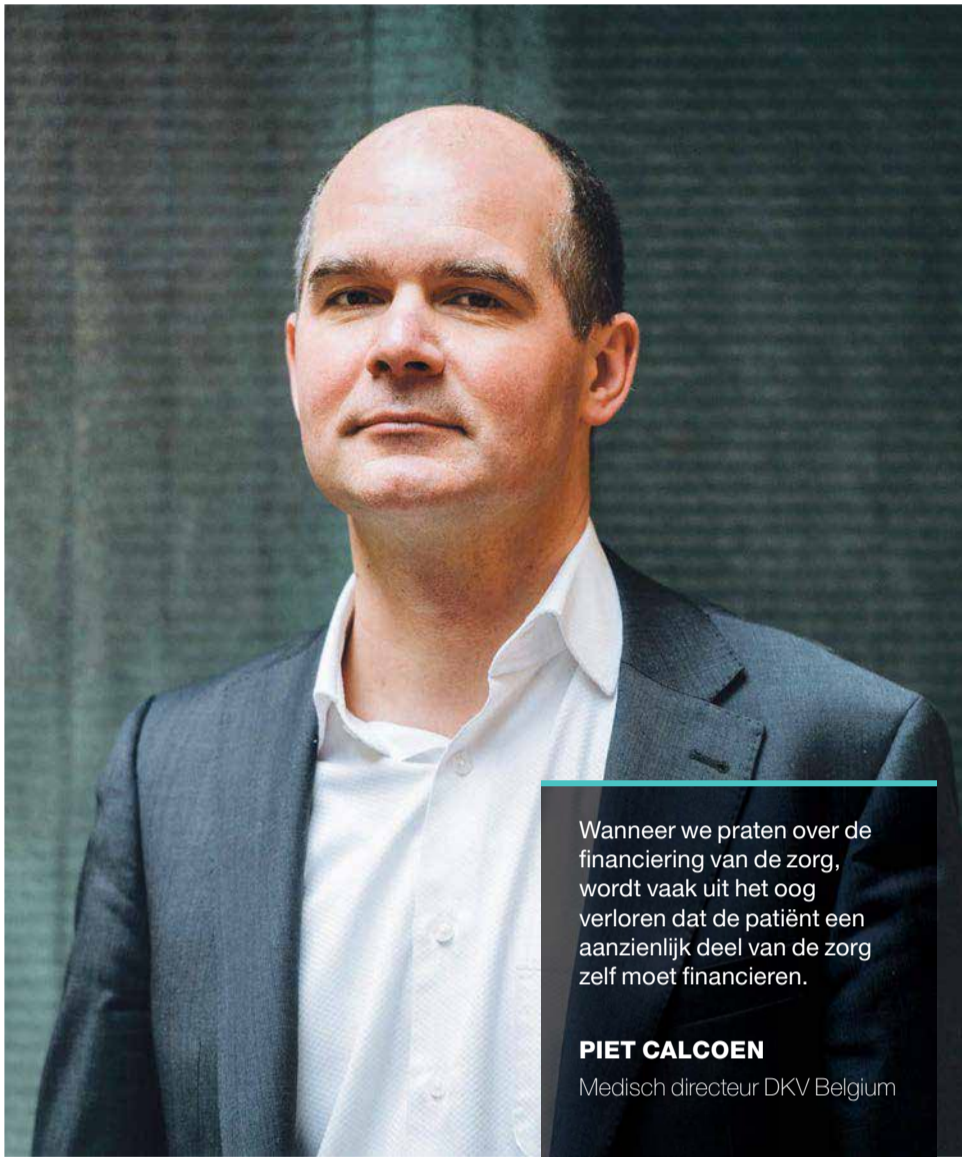
**Marleen Vanhees:** "In de ouderenzorg zien we sinds enkele jaren een evolutie waarbij de dagverzorgingscentra, die initieel in de context van een woonzorgcentrum werden ingericht, steeds vaker vanuit de thuiszorg worden georganiseerd. Je merkt vandaag haast niet meer dat het dagverzorgingscentra zijn. De patiënten kunnen er met de hulp van de aanwezige verzorgenden worden behandeld door hun eigen huisarts, verpleegkundige, kinesist, enz. Er is dus een duidelijke verschuiving van de instelling naar een gezinszorg in collectief verband. Om dit te verbreiden zullen de diverse betrokken spelers wel beter moeten leren samenwerken en communiceren. Bovendien mogen ze niet enkel naar hun eigen belang of financiën kijken, want dan zullen we niet slagen."

**Joeri Staessen:** "We staan aan de vooravond van onwaarschijnlijke coalities. De vraag is echter of alle spelers ook echt uit hun comfortzone zullen willen treden. Het beleid stelt duidelijk dat de patiënt centraal moet komen te staan, niet het systeem. We gaan van een sturing van de zorg vanuit het aanbod, naar een sturing van de zorg vanuit de vraag. We steunen deze evolutie ten volle, maar merken wel nog een belangrijke lacune: het Vlaamse zorgaanbod is complex. Patiënten hebben in deze nieuwe situatie nood aan een objectieve partner die hun zorgvraag individueel kan bekijken en adviseren. Het ziekenfonds en de zorgkas kunnen en moeten hier een echte meerwaarde bieden."

**Jo Vandeurzen:** "De besturen en de directies van de zorgvoorzieningen hebben een belangrijke verantwoordelijkheid inzake zorgstrategie. Als de raad van bestuur niet de juiste omgevingsanalyse maakt, zich niet op de juiste manier organiseert en niet out-of-the-box denkt, dan zal ze in een zeer defensieve strategie terecht komen. Sommigen beseffen bijvoorbeeld reeds dat een nieuw personeelsbeleid een van de kritische succesfactoren zal zijn om een antwoord te bieden op de nieuwe zorgvragen. Anderen denken dat het antwoord ligt in het eng verdedigen van hun eigen terrein. De regelgeving houdt hen meestal alvast niet tegen om de nodige stappen te zetten, ook niet wanneer het gaat over het creëren van duurzame samenwerkingsverbanden die geënt zijn op een logische zorgvraag."

Lees het vervolg van dit debat op pagina 18.

## DEBAT



Wanneer we praten over de financiering van de zorg, wordt vaak uit het oog verloren dat de patiënt een aanzienlijk deel van de zorg zelf moet financieren.

**PIET CALCOEN**

Medisch directeur DKV Belgium



Als ziekenfonds evolueren we bewust van een klassieke loketwerking naar informatieverlening en proactief gezondheidsadvies geven.

**JOERI STAESSEN**

Directeur netwerk en sales & business development Partena

**Zal er toch niet heel wat financiering nodig zijn voor hen om te kunnen inspelen op die nieuwe modellen?**

**Jo Vandeurzen:** “Door een samenloop van omstandigheden bevinden we ons in een uitzonderlijke situatie. Enerzijds hebben we in Vlaanderen recent al zeer zwaar geïnvesteerd in nieuwe ziekenhuisinfrastructuur. Dit was het gevolg van de fusiebeweging in de jaren tachtig en negentig. Het resultaat van die beweging is dat we in vergelijking met andere landen zeer grote ziekenhuizen hebben die helaas vaak de neiging hebben om ongeveer hetzelfde aan te bieden. Het eerste dat op Vlaams niveau staat te gebeuren, is het geven van een forfaitaire vergoeding aan ziekenhuizen om instandhoudingswerken te kunnen uitvoeren. Dat is een belangrijke investeringssteun met weinig administratieve lasten. Hierdoor worden ziekenhuizen ook geresponsabiliseerd. Er zullen op korte termijn ook enkele dossiers rond strategische investeringssteun worden behandeld. Daarbij zal voorrang worden gegeven aan de meest urgente dossiers die niet in strijd zijn met de evoluties in de zorgsector en de nieuwe zorgstrategische visie. En uiteraard moeten ze ook passen binnen de budgettaire mogelijkheden.”

“Het stellen van de prioriteiten op dit vlak vraagt om een grondige denkoefening. Er zal out-of-the-box en op lange termijn moeten worden gedacht over toekomstbestendige modellen. Zo werd er hier reeds gesproken over een multicampusmodel met functie-differentiatie als alternatief voor één groot ziekenhuis en over nieuwe modellen inzake integrale zorg in samenwerking met de eerste lijn. De veranderingen in het zorglandschap zijn geen lineair verhaal, maar zullen in de komende jaren tot grote uitdagingen én

opportuniteiten leiden. Sommige zaken die vandaag als onmogelijk of onbetaalbaar worden gezien, zullen mits enige dynamiek en innovatiekracht toch werkelijkheid worden.”

**Sébastien Berden:** “Voor wat betreft de toekomstbestendige ziekenhuismodellen stellen we vast dat ziekenhuizen in deze context vaak nadenken aan fysieke organisaties in de vorm een campus of netwerk van gebouwen. Ziekenhuizen nemen initiatieven om in hun directe omgeving bufferzones te verwerven en er infrastructuur te realiseren die hun flexibiliteit, operationele efficiëntie of het comfort voor de patiënt verbeteren. In andere gevallen werken ziekenhuizen samen om bijvoorbeeld gemeenschappelijke logistieke gebouwen of laboratoria te ontwikkelen.”

“Eén mogelijke out-of-the-box oplossing voor de financiering daarvan is alvast het inschakelen van de kleine belegger. Dit soort gebouwen (niet te grote gebouwen en fysisch gescheiden) lenen zich uitstekend voor een financiering via het grote publiek. Het succes van de obligatieplaatsing van de VUB of van de Gereguleerde Vastgoed Vennootschappen (de vroegere ‘Bevaks’) bewijst dat het grote publiek steeds interesse toont om zich voor maatschappelijk zinvolle infrastructuurprojecten te mobiliseren, zolang dat kan in een gereguleerde en gecontroleerde omgeving.”

**Jo Robrechts:** “Laat ons tot slot ook een ingrijpende denkoefening lanceren over toekomstige woonzorgvormen. Modellen die oog hebben voor autonomie in een gezondheids- en zorgomkaderende omgeving, betaalbaar voor de Vlaming en met een beperktere overheadskost.”

**Joris Hendrickx**

redactie.be@mediaplanet.com



We kunnen in het Elektronisch Patiënten Dossier inbouwen dat artsen met duidelijke gegevens aan mensen kunnen tonen waarom ze een bepaalde aandoening hebben gekregen of waarom ze een groot risico lopen om deze te krijgen.

**JOS BESSEMANS**

Zaakvoerder en stichter Besco

 ONDERZOEK

## Resistente bacteriën: efficiënte testen maken het verschil

**Ziekenhuispatiënten krijgen antibiotica toegediend, zodat ze minder kans lopen om besmet te worden met een bacterie. Steeds meer bacteriën ontwikkelen echter een mechanisme om deze antibiotica te omzeilen.**

De farmaceutische industrie heeft bijgevolg ingezet op nieuwe moleculen die deze resistentie tegengaan. Alsmar meer bacteriën blijken echter ook daartegen resistent te worden. Het is dus belangrijk om via efficiënte testen zo snel mogelijk dergelijke resistenties te kunnen opsporen.



Als een patiënt geïnfecteerd is met een resistente bacterie, dan dient de behandeling zo snel mogelijk aangepast te worden.

### Vroege diagnose is cruciaal

De meeste ziekenhuizen stelden reeds richtlijnen op om de diagnose van eventuele resistenties zo vroeg mogelijk op te sporen. Als een patiënt immers geïnfecteerd is met een resistente bacterie, dan dient de behandeling zo snel mogelijk aangepast te worden. Bovendien moet de patiënt dan onmiddellijk worden afgezonderd, zodat de bacterie zich niet verder kan verspreiden. Dat kost ziekenhuizen heel wat geld en tijd. Enterobacteriën leven normaal in de ingewanden, maar kunnen zich ook verspreiden naar andere delen van het lichaam en ernstige infecties veroorzaken. Normaal zou dan een behandeling met antibiotica worden opgestart. Helaas zijn er steeds meer gevallen bekend waarbij de bacterie een resistentie ontwikkelt, waardoor deze antibiotica niet meer effectief zijn.

### Nieuwe detectiemethode

Er bestaan reeds meerdere methodes om resistenties te detecteren, maar die nemen vaak heel wat tijd in beslag. Een resistentie moet echter zo snel mogelijk worden gedetecteerd en aangepakt. Om een antwoord te bieden op deze toenemende problematiek ontwikkelde een Waalse KMO een test die laboratoria helpt om de detectie te versnellen.

**Joris Hendrickx**

redactie.be@mediaplanet.com



Alle personen voor wie het niet mogelijk is om zelf voldoende van houding te veranderen, **lopen een risico op doorligwonden.**

# Preventie bij doorligwonden bespaart leed en kosten

**Decubitus is de medische benaming voor een doorligwond. Jammer genoeg worden veel mensen hier vroeg of laat mee geconfronteerd.**

Alle personen die niet in de mogelijkheid zijn om zelf voldoende van houding te veranderen, lopen een risico: verzwakte ouderen, mindervaliden, patiënten die verdoofd zijn bij een medische ingreep, comateuze patiënten, enz. Decubitus is zeer pijnlijk en kostelijk. Preventie is dus cruciaal.

### Zeer pijnlijk en kostelijk

Bij decubitus worden door druk in de huid bloedbanen dichtgedrukt en krijgen de cellen daar geen zuurstof. Iets dat geen zuurstof krijgt, sterft af. De plaatsen waar het bot dicht bij de huid zit zijn extra kwetsbaar, bijvoorbeeld het staartbeen, de hiel, de elleboog en de knieën.

Doorligwonden zijn zéér pijnlijk en kosten bovendien veel geld. Je mag dagelijks op zeker dertig euro aan wondzorgmateriaal rekenen, aangevuld met de honoraria van de verpleegkundige. Een doorligwond geneest bovendien zeer traag, waardoor het herstel weken tot maanden kan duren. Ook voor de maatschappij - met name de ziekteverzekeringen - lopen de kosten hoog op.

### Belang van preventie

Met een goede preventie zouden echter veel problemen kunnen worden vermeden. Zo evident als het is om een gordel te dragen in de auto, zo evident zou een goede decubituspreventie moeten zijn. De basis van preventie start bij de erkenning dat het kan gebeuren. Hiervoor bestaan er risicoschalen, vragenlijsten om per patiënt na te gaan

hoe groot het risico is. Artsen en verpleegkundigen kunnen ook vanuit hun ervaring het risico inschatten. Preventie vraagt dus alertheid, waakzaam observeren en handelen. Hoe je moet handelen, vind je op de website van de Belgische richtlijnen voor decubitus.

Preventie gaat trouwens niet alleen over de dagelijkse inzet van de zorgverlener. Ook de aanwezigheid van een goede matras en positioneringsmateriaal is belangrijk. Zo bestaat er een innovatieve positioneringsmethode om doorligwonden en spitsvoetvorming te helpen voorkomen. Bij ruglig positioneert die methode de voeten, hierbij zweven de hielen, wat cruciaal is. Dat systeem is bovendien modulair opgebouwd, waardoor het ook bruikbaar is in zijlig. Het positioneringsconcept bevat eveneens een kniekussen, een dekenboog en een kussen voor 30 graden zijlig.

### Rol van de overheid

Als een zorginstelling kan aantonen dat het aan preventie werkt en hiervoor de nodige investeringen realiseert - waardoor de frequentie van het aantal doorligwonden daalt - dan zouden zij beloofd kunnen worden met een soort van investeringspremie. Deze zou dan weer kunnen dienen voor een volgende aankoop van preventiemateriaal. Een dergelijk systeem zou een win-winsituatie zijn voor iedereen. Zeker ook voor de patiënt zelf, want die blijft gespaard van het leed. Willen we onze gezondheidszorg betaalbaar houden, dan is preventie een pure noodzaak.

**Joris Hendrickx**

redactie.be@mediaplanet.com



• 20 years of experience in the diagnostic field !

• A 100% Belgian company providing solutions for global health concerns

• Now offering unique worldwide rapid tests to identify antibiotic resistances in bacteria



Coris BioConcept - Belgium

sales@corisbio.com - info@corisbio.com - www.corisbio.com



Bekijk onze demonstratiefilm

WWW.MAXICARESOLUTIONS.EU

0493/25.60.60

**MEDIFEET**<sup>®</sup>

by **MAXI CARE**<sup>®</sup>  
SOLUTIONS



# “Digitale signalisatie zal alsmaar belangrijker worden”

Johan Lambrechts, directeur van Signburo, geeft meer uitleg over de specifieke uitdagingen en evoluties op het vlak van de bewegwijzering in zorggebouwen.



**Johan Lambrechts**  
Directeur  
Signburo

## Welke verschillen zijn er op het vlak van signalisatie tussen woonzorgcentra en ziekenhuizen?

“In woonzorgcentra kan men meestal relatief makkelijk de weg vinden, omdat het doorgaans eenvoudig gestructureerde gebouwen zijn. Bovendien kom je er als bezoeker om op één plaats één bepaalde persoon te bezoeken. Hierdoor kan er meer aandacht gaan naar het huiselijk maken van de woonomgeving. Wel moet rekening worden gehouden met dementerende ouderen. De signalisatie moet simpel, voldoende groot en herkenbaar zijn.”

“Ziekenhuizen zijn daarentegen veel complexer op het gebied van bewegwijzering. Een van de grote uitdagingen is immers dat

bezoekers er vaak van de ene plek naar de andere worden doorverwezen. Daarnaast lijken ziekenhuisgangen vaak op elkaar, wat de oriëntatie bemoeilijkt. Vaak is het ook zo dat ziekenhuizen door de jaren heen zijn gerenoveerd en uitgebreid. Hierdoor zijn de structuur en indeling vaak niet logisch.”

## Welke evoluties voorziet u?

“Digitale (of dynamische) signalisatie zal alsmaar belangrijker worden. Ziekenhuizen trachten hun lokalen immers zo efficiënt mogelijk te gebruiken. Digitale deurborden maken het bijvoorbeeld mogelijk om één consultatieruimte door de dag heen door verschillende artsen te laten gebruiken. In wachtzalen kan er dan weer een scherm hangen dat achtergrondinformatie toont over de artsen, de raadplegingen en de werking van de dienst.”

“Een andere evolutie die spoedig vanuit de Verenigde Staten ook naar België zal overwaaien, is de verplichting om de bewegwijzering in alle openbare gebouwen te voorzien van braille. Daarnaast zullen ook mobiele applicaties steeds meer hun ingang vinden om de taken van de balie te verlichten, maar die moeten dan wel zijn afgestemd op de fysieke signalisatie.”

## Hoe gaat u te werk bij het uitwerken van de bewegwijzering?

“We starten met het opvragen van alle plannen van het gebouw. Door gesprekken met de bouwheer, de architect én de gebruikers verdiepen we ons in het functioneren van het gebouw. Vervolgens brengen we alle bestemmingen en de onderlinge circulaties in kaart. Ook bekijken we waar we beter geen grote mensenstromen heen sturen. Pas daarna bepalen we welke ‘wayfinding’-methodiek we zullen gebruiken.”

“Vaak werken we met herkenningspunten die mensen kunnen helpen om de weg uit te leggen of te onthouden. Wanneer wij vroeg genoeg in het project worden betrokken, kan dat zelfs gebeuren aan de hand van de architectuur. Zo kan worden gekozen voor een opvallende trap, kenmerken in de gangen, foto's, een uitstekende balie, enz. Zulke elementen kunnen de omgeving aangenamer maken én tegelijk dienen als herkenningspunten. Het is dus belangrijk om tijdig aan bewegwijzering te denken en een ervaren specialist onder de arm te nemen.”

**Joris Hendrickx**

redactie.be@mediaplanet.com



Ziekenhuizen zijn zeer complex op het gebied van bewegwijzering. © FOTO: PRIVÉ

**Signburo**  
leading visual guidance

WWW.SIGNBURO.BE

# Zorgsector zet de deuren open

Op zondag 19 maart vindt voor de zesde keer de Dag van de Zorg plaats. Bij meer dan 170 voorzieningen kan je op die dag een blik achter de schermen werpen, maar ook in de week ervoor vinden er al tal van activiteiten plaats. Het thema van deze editie is ‘Samen zorgkrachtig’. Voorzitter Geert Van Hijfte geeft meer uitleg.

## Een blik achter de schermen van de zorg- en welzijnssector

“Het doel van de Dag van de Zorg is om de zorg- en welzijnssector positief in de kijker te zetten. Hieronder verstaan we zowel de algemene en psychiatrische ziekenhuizen als de woonzorgcentra, voorzieningen voor mensen met een beperking, kinderopvang, bijzondere jeugdzorg, thuiszorg, enz. Voor het brede publiek is het immers niet altijd gemakkelijk om door de bomen het bos te zien”, opent Van Hijfte.

“Het basisidee is om op een laagdrempelige manier de deuren open te zetten en zo mensen de kans te geven om eens achter de schermen te komen kijken. Ook willen we over zorg en welzijn in alle facetten spreken



## Tijdens de Dag van de Zorg

op zondag 19 maart kan je een kijkje achter de schermen nemen bij bedrijven uit de zorg- en welzijnssector.

© FOTO: PETER DE SCHRYVER

en het economische belang ervan tonen. Maar liefst één op de zes Vlamingen werkt in de zorg- en welzijnssector. De Dag van de Zorg is trouwens de ideale gelegenheid om te ontdekken welke openstaande vacatures voor medewerkers en vrijwilligers er zijn in de deelnemende voorzieningen.”

## Thema: ‘Samen zorgkrachtig’

Van Hijfte: “Door de evolutie in de zorg- en welzijnssector is een samenwerking tussen de patiënt, cliënt of bewoner en mantelzorgers, vrijwilligers en zorgverleners meer dan noodzakelijk. We zien in de praktijk ook samenwerkingsverbanden tussen profit en social-profit, tussen patiënt en overheid en tussen beleid, ondernemers en kennisinstellingen.”

## Volledige week van activiteiten

“Intussen zijn we geëvolueerd van één dag naar een hele ‘Week van de Zorg’. Zo brengt Radio 1 de zorg- en welzijnssector een week lang extra onder de aandacht en organiseren we samen met hen een enquête. Op 17 maart zenden ze zelfs live uit vanuit een deelnemend woonzorgcentrum. Bovendien brengt

Koningin Mathilde op 16 maart een bezoek aan een van de deelnemers, reiken we samen met het Rode Kruis Vlaanderen een award uit voor ‘Zorgverhaal van het Jaar’ en roepen we op om op zaterdag 18 maart bloed te komen geven bij één van de donorcentra van Rode Kruis-Vlaanderen.”

Van Hijfte: “Daarnaast organiseren we op 14 maart ons Dag van de Zorg Congres. Ook hier staat ons jaarthema centraal en plaatsen we verschillende personen tegelijk op het podium. Zo komt Europees kampioen tienkamp Thomas Van der Plaetsen samen met zijn broer (trainer) en zus (begeleidster) praten over hoe hij na een teelbalkankerbehandeling terug zijn weg vond naar de top. We plaatsen verder ook Frans Colruyt en Paul Ongenaert tegenover elkaar om te tonen hoe profit en social-profit van elkaar kunnen leren. Deze en nog veel meer sprekers komen samen rond de draaitafel van Radio Gaga met Joris Hessels als gastheer van dienst.”

**Joris Hendrickx**

redactie.be@mediaplanet.com

# “Hartrevalidatie in team aanpakken”



**Dr. Philippe Vanderheeren**

Cardiorevalidatiearts in het Sint-Andriesziekenhuis in Tielt

**C**ardiale revalidatie is een programma dat wordt terugbetaald aan patiënten met specifieke indicaties zoals een hartinfarct of hartfalen, mensen die een stent geïmplantéerd krijgen en mensen die cardiale heelkunde ondergaan. Bij deze groep is het bewezen dat ze zo hun prognose en levenskwaliteit aanzienlijk kunnen verbeteren. Dr. Philippe Vanderheeren, cardio-revalidatiearts in het Sint-Andriesziekenhuis in Tielt, geeft meer uitleg.

**Wat zijn de grootste uitdagingen op het vlak van hartrevalidatie?**

“Vandaag wordt slechts twintig tot dertig pro-

cent van de patiënten in Europa geïnccludeerd in programma's en doorloopt slechts een minderheid het volledige programma. Enerzijds komt dat omdat niet alle ziekenhuizen over een hartrevalidatiecentrum beschikken, waardoor patiënten vaak verwezen worden naar verder gelegen ziekenhuizen.”

“Anderzijds moeten artsen zich bewust zijn van de voordelen van hartrevalidatie en zou elk ziekenhuis patiënten die in aanmerking komen automatisch moeten aanspreken. Ook is er dikwijls een gebrek aan motivatie en inzicht bij patiënten. Het is dan ook een grote uitdaging om alle patiënten goed in te lichten en hen te wijzen op hun eigen verantwoordelijkheid.”

**Aan welke vereisten moet zo'n hartrevalidatiecentrum voldoen?**

“Om een intern hartrevalidatiecentrum op te kunnen richten, moet er een erkende cardio-revalidatiearts zijn én dient het ziekenhuis te beschikken over opgeleid personeel, ruimtes, specifiek materiaal, toestellen en monitoring. Het team dient naast een cardio-revalidatiearts te beschikken over een

socialle assistent, kinesisten, een psycholoog/tabakoloog en een diëtist. In het Sint-Andriesziekenhuis is dat het geval.”

“Het doel is nu om alle patiënten die in aanmerking komen te motiveren om het programma ook effectief te volgen én volledig te doorlopen, met extra aandacht voor ouderen, laaggeschoolden en allochtonen.”

**Wat houdt het programma precies in?**

“Het hartrevalidatieprogramma is een multidisciplinair programma dat de hartpatiënt in staat moet stellen om opnieuw een plaats in te nemen in de samenleving. De cardio-revalidatiearts coördineert het geheel en plant eerst een inspanningstest die toelaat om een programma op maat op te stellen. We beschikken over twee gespecialiseerde kinesisten die de patiënten volgens dit programma trainen en hen wekelijks bijsturen. De sociale assistent is het aanspreekpunt voor alle administratieve en sociale zaken.”

“Daarnaast zien patiënten ook een psycholoog, want hartpatiënten lopen een verhoogd risico op depressies, angst en stress.

Bovendien krijgen ze van onze diëtist een dieet op maat. Ook ontvangen patiënt en partner informatie over de hartaandoening en risicofactoren, therapie en preventieve maatregelen. We leren hen ook om zelf hun bloeddruk en hartfrequentie te meten én om thuisoefeningen te doen. Na de 45 beurten waar ze recht op hebben, moeten ze immers zelfstandig het programma verder zetten en mogen ze absoluut niet hervallen in hun oude gewoonten.”



Uw gezondheid, onze zorg.

[WWW.SINTANDRIESTIELT.BE](http://WWW.SINTANDRIESTIELT.BE)

**Joris Hendrickx**

redactie.be@mediaplanet.com

# “IPF veroorzaakt onherstelbare schade”



**Wim Wuyls**

Prof. Dr. aan het UZ Leuven

**L**ongfibrose is een ernstige aandoening waarbij een progressieve beschadiging optreedt van het longweefsel. Deze schade kan niet worden hersteld, en daarom zijn een vroege diagnose en behandeling uiterst belangrijk. Bij IPF (Idiopathische Pulmonale Fibrose), één van de meer dan tweehonderd vormen van longfibrose, kan geen oorzaak worden aangewezen voor deze littekenvorming. Meer uitleg door Wim Wuyls, Prof. Dr. aan het UZ Leuven.

**Wat is de grootste misvatting over IPF?**

“IPF is nog te weinig gekend en wordt daarvoor veel te vaak onderschat, zowel door patiënten als artsen. Velen beseffen niet dat het een erg agressieve ziekte is die zonder een tijdige behandeling onherstelbare schade veroorzaakt en de dood tot gevolg heeft. IPF-patiënten zijn hierdoor aanvankelijk vaak niet bereid om medicatie te nemen, omdat die soms nevenwerkingen veroorzaakt. Dit in tegenstelling tot kanker waar mensen er zich beter van bewust zijn dat de situatie ernstig is en onmiddellijke actie vereist.”

“Bij IPF kan aanvankelijk heel wat longweefsel beschadigd raken zonder dat je er veel klachten van ondervindt. Als je op dat moment echter niets doet, dan riskeer je dat de verlittekening zich alsmaar sneller doorzet.”

**Waar moet men op letten om tot een vroegtijdige diagnose te komen?**

“Wanneer een arts bij het beluisteren van de longen van iemand met kortademigheid

het geluid hoort van een openende velcrosluiting, dan is het uiterst belangrijk dat hij denkt aan een longfibrose. Zeker wanneer er geen bijkomende symptomen zijn van een hartaandoening of een dubbele longontsteking, dient de patiënt onmiddellijk te worden doorverwezen naar een longarts. Hetzelfde dient te gebeuren wanneer een arts of radioloog op een scan (ook al is die van de buik, maar waarop toevallig een deeltje de longen te zien is) ziet dat er littekenvorming is in de longen. Ook bij ontstekingsziekten zoals gewrichtsreuma en systeemsclerose dienen artsen extra waakzaam te zijn.”

“De verdere diagnose én behandeling dient, gezien de enorme variëteit en complexiteit van longfibroses, in ieder geval te gebeuren door een gespecialiseerd team van onder andere longartsen, radiologen, pathologen, enz. Zo bestaan er echter slechts een handvol zeer ervaren teams in heel Europa.”

**Welke behandelingen bestaan er?**

“We beschikken vandaag over twee krachtige medicijnen die hebben bewezen dat ze IPF in heel wat gevallen kunnen stabiliseren, of minstens de evolutie ervan fors kunnen afremmen. Omdat het krachtige medicijnen zijn, gaan ze gepaard met nevenwerkingen. Die wegen echter niet op tegen de grote effectiviteit. Nadeel is dat deze medicatie enkel in een vroegtijdig stadium terugbetaald wordt. Via een strikte opvolging, het eventueel aanpassen van de dosis en het bijgeven van medicatie die de nevenwerkingen kan onderdrukken, slagen we er in België alvast in om de overgrote meerderheid van de patiënten langdurig hun medicatie te laten nemen. De enige andere optie is een longtransplantatie, maar hiervoor komt slechts een beperkte groep in aanmerking.”

**Joris Hendrickx**

redactie.be@mediaplanet.com



**LONG FIBROSE**

Kijk op de website: [WWW.LONGFIBROSE.ORG](http://WWW.LONGFIBROSE.ORG)

Of neem contact op met de vereniging via: [INFO@LONGFIBROSE.ORG](mailto:INFO@LONGFIBROSE.ORG)

BELGISCHE VERENIGING VOOR LONGFIBROSE VZW

INSPIRATIE



**Zorgmeubilair is niet enkel voor thuis of in het rusthuis.** De meubels kunnen overal geplaatst worden om onze vergrijzende en hulpbehoevende bevolking een handje te helpen in het vinden van autonomie en vrijheid. ©FOTO'S: MOMENTS FURNITURE

# Aanpasbare zorgmeubels: veiligheid, vrijheid, comfort én design



**Benoit Thevelin**  
CEO Moments Furniture

**Vrijheid is een begrip dat steeds centraler staat in de levensstijl en verzorging van ouderen en hulpbehoevenden. Dankzij aangepast zorgmeubilair wordt deze vrijheid dan ook alsnog beter gegarandeerd, zonder dat er daarbij aan comfort, veiligheid of zelfs stijl ingeboet moet worden.**

We lopen met steeds meer rond in België. Meer monden om te voeden, maar ook meer pensioenen om uit te betalen, meer hulpbehoevenden om te ondersteunen en minder beschikbare middelen om dat allemaal te doen. Waar we vroeger veel sneller veel minder mobiel werden, leven we vandaag allemaal een dagje langer en gezonder. We blijven bovendien bewegen, reizen en ons verzorgen én hebben relatief goede middelen om dat allemaal te doen.

## Zelfstandig thuis wonen

Innovatie in de zorg is hier een belangrijke factor: er worden steeds meer manieren gevonden om ons langer en beter zelfstandig te laten leven, en daardoor een minder grote 'last' voor de maatschappij te betekenen. Of dat nu in een zorgcentrum, thuis of op hotel is. Want waar wij deze dagen enorm veel

belang aan hechten - jong, oud, hulpbehoevend of zelfstandig - is vrijheid.

Aanpasbare zorgmeubels helpen ouderen en hulpbehoevenden vandaag om mobieler én zelfstandiger te kunnen blijven leven en zo lang mogelijk van deze belangrijke vrijheid te kunnen blijven genieten. Comfort, veiligheid en vrijheid zijn hier de sleutelwoorden, maar ook qua design en vorm schieten de fauteuils, bedden en zitbanken niets tekort.

## Omgekeerde piramide

"De piramide staat op zijn kop", zegt Benoit Thevelin, CEO van Moments Furniture. "Waar we vroeger met veel jongeren en weinig ouderen waren, zitten we vandaag in een omgekeerde wereld. Maar oud zijn is niet per se slecht, zeker niet omdat we gezonder en beter oud worden. We willen in onze samenleving iedereen zo gelukkig mogelijk oud laten worden, in zo goed mogelijk omstandigheden, zonder dat ze daarbij al teveel wegen op de maatschappij. Daar zit de uitdaging. Als meubelmakers spelen we hier dan ook graag op in. Wij willen mensen autonoom en gelukkig laten zijn, hoe oud of hulpbehoevend zij ook zijn."

## Fixatiearm

"Vroeger werd er in de zorg enorm veel aandacht besteed aan fixatie - het beperken van iemands bewegingsmogelijkheden uit veiligheidsoverwegingen. Dat principe ligt vandaag ver achter ons, wat natuurlijk wel een uitdaging voor zorgverleners betekent. Het moet namelijk wel veilig blijven. Daarom zijn er vandaag de dag veilige en aanpasbare zorgmeubels te verkrijgen die vertrekken vanuit een fixatiearm beleid. De hulpbehoevende wordt niet meer gedwongen om 'vast' te zitten en de veiligheid wordt toch gegarandeerd. Denk maar aan een bed met een 'safe-exit'-systeem,

dat de veiligheid van de patiënt garandeert en bovendien gemakkelijk te verstellen is. Door één simpele druk op de knop verlaagt het bed zich naar de 'slaappositie' dicht bij de grond. Rol je 's nachts onverwachts uit bed, dan kom je op een zachte matras terecht. De zorgverlener krijgt meteen een 'out-of-bed'-oproep en helpt je er weer in. Voor een dubbele veiligheid kan je kiezen voor verwijderbare zijdelingse beschermingselementen. Bovendien kan je je bed makkelijk verstellen aan de hand van allerlei voorgeprogrammeerde scenario's zoals 'eten', 'tv kijken' of 'uittappen', waardoor je zo weinig mogelijk hulp aan een ander hoeft te vragen", vertelt Thevelin.

## Design for all

"Maar de aanpasbare zorgmeubels zijn niet enkel voor de meest hulpbehoevende personen. Volgens het principe 'design for all' kunnen ze perfect dienst doen als meubelstuk voor zij die nog zelfstandig kunnen leven. Zo kan je kiezen voor een 'meegroei' relaxzetel, die zich aanpast aan jouw hulpbehoevendheid. Koop hem wanneer je bijvoorbeeld vijftig jaar oud bent en op zoek gaat naar nieuwe meubels. Je kan hem dan als een modern meubelstuk in je huis zetten. Als je een dagje ouder en dus minder mobiel wordt, kan je door de modulaire aanpasbaarheid en accessoires de stoel afstemmen op jouw noden."

"Ook je bed kan op deze manier aangepast worden, zonder dat het daarbij hoeft te lijken op dat lelijke, stalen thuiszorgbedje dat enkel in de zitkamer past. De aanpasbare zorgbedden van vandaag zijn moderne designstukken die gewoon op de slaapkamer geplaatst worden, waardoor je tenminste nog rustig naast je vrouw of man slapen kunt. De meubels zien er bovendien niet uit als zorgmeubilair. Je kunt zo'n stoel perfect in je woon-

kamer hebben staan zonder er iedere dag opnieuw aan herinnerd te moeten worden dat je niet meer zo mobiel bent."

## Overall

Thevelin: "Zorgmeubilair is niet enkel voor thuis of in het rusthuis. Deze meubels zouden overal geplaatst kunnen worden om onze vergrijzende en hulpbehoevende bevolking een handje te helpen in het vinden van die noodzakelijke autonomie en vrijheid. Bij je familie in huis, maar ook in zorgcentra, hotels, ééndagsklinieken, ziekenhuizen, luchthavens, noem maar op."

"De meubels zijn bovendien duurzaam. Niet alleen gaan ze, doordat ze meegroeien met jouw gezondheidstoestand, een lange tijd mee, bovendien zijn ze perfect recycleerbaar. Nog een last minder voor de maatschappij dus."

## Gelukkig

"De essentie van dat alles? Mensen moeten zich goed voelen. Ze moeten gelukkig zijn. Er is niemand die van plan is om triest zijn of haar oude dag door te brengen. Bovendien leiden we allen een langer, actiever leven. En als wij als meubelfabrikanten een rol kunnen spelen om die vrijheid, autonomie en dat geluk beter en langer te garanderen, zijn wij in ons opzet geslaagd."

moments furniture.com

CARE

INTERIOR

the combination is the strength

WWW.MOMENTSFURNITURE.COM

Shannah Jongstra  
redactie.be@mediaplanet.com



**Toermalien Genk:**

het woonzorgcentrum maakt deel uit van een grote zorgcampus.

**Maaspoorte Maaseik:**

een fiets- en wandelpad loopt dwars door het gebouw.

# “Architectuur kan drempel tot woonzorgcentra verlagen”

De woonvormen voor ouderen zijn in volle evolutie, en dat heeft een grote invloed op de grootte, locatie en architectuur van woonzorgcentra. Guido Ieven, architect en bestuurder bij Architectengroep PSK, geeft zijn visie.



**Guido Ieven**

Architect en bestuurder bij Architectengroep PSK

**Welke evoluties stelt u vast wat betreft woonzorgcentra?**

“Het landschap van de ouderenzorg is sterk aan het veranderen. Hoewel er nog steeds woonzorgcentra worden gebouwd, stimuleert de overheid alternatieve woonvormen. Woonzorgcentra zijn nu eenmaal duur, zowel inzake bouwkost als uitbating. Die prijs wordt deels doorgerekend aan de bewoners. Aangezien het normale pensioen hiervoor niet meer volstaat, dienen de ouderen een beroep te doen op hun spaarcenten, de verkoop van hun woning, de hulp van hun kinderen... of een latere instap in een woonzorgcentrum.”

**Welke alternatieve opvangvormen voor ouderen bestaan er zoal?**

“In eerste instantie is er de mantelzorg, waarbij ouderen zo lang mogelijk in hun eigen woning of flat blijven wonen en een beroep doen op mantelzorgers. Een veel voorkomend probleem hierbij is dat de woongelegenheden niet is aangepast aan de noden van de oudere. Kangeroewoningen, waarbij de oudere in éénzelfde gebouw inwoont bij een jonger gezin, kunnen hierbij een oplossing bieden. Ook cohousing kan in dat licht gezien worden.”

“Een degelijk alternatief zijn de assistentiewoningen. Dat zijn groepen van wooneenheden die aangepast zijn aan de behoeften van ouderen en waar men een beroep kan doen op zorgverlening en andere diensten. Mensen die in assistentiewoningen wonen (minimum 65 jaar) zijn nog relatief gezond en grotendeels in staat om voor zichzelf te zorgen. Velen kiezen ook voor een assistentiewoning omwille van de contacten met anderen.”

“Een andere optie is het dagzorgcentrum. Dat is de plaats waar ouderen, die nog zelfstandig thuis of bij hun kinderen wonen, overdag worden opgevangen en deelnemen aan activiteiten. s’ Avonds gaat men dan gewoon terug naar huis. Mensen die nog thuis of bij hun kinderen wonen, maar waarbij door omstandigheden de mantelzorg tijdelijk wegvalt, hebben nood aan een tijdelijke opvang. Deze mensen kunnen dan in het woonzorgcentrum terecht voor een kort verblijf. Voor een tijdelijke opvang na een heelkundige ingreep is er het herstelverblijf. Hier worden mensen opgevangen voor een korte periode, waarbij de nadruk niet alleen op zorg maar vooral ook op herstel ligt.”

**En wat dan met het woonzorgcentrum zelf?**

“Tot slot is er uiteraard nog het woonzorgcentrum. Dat wordt voornamelijk bewoond door zwaar zorgbehoevende en dementerende ouderen die niet meer zelfstandig kunnen leven. Het wordt vaak gezien als iemands laatste verblijfplaats. Bovendien hebben veel mensen bang dat ze er niet meer zichzelf kunnen zijn, omdat de groep zou primeren.”

“Deze bezorgdheden moeten we als architecten opvangen door het wonen in kleine leef-

groepen te voorzien en het er voor bewoners zo aangenaam mogelijk proberen te maken, onder andere door het creëren van een huiselijke en open sfeer in een aantrekkelijke omgeving.”

**Hoe kan een woonzorgcentrum hierop inspelen?**

“We moeten streven naar een maximale belevingswaarde in de woonzorgcentra. Dat komt erop neer dat mensen zich er niet geïsoleerd mogen voelen en dat er interactie moet zijn met de omgeving. Ouderen willen er graag bij horen en hebben prikkels van buitenaf nodig. Er moet iets te zien en/of te beleven zijn en er moet ‘passage’ zijn. Dat is bijvoorbeeld het geval in het centrum van een gemeente, op marktpleinen, langs drukke assen of in de buurt van stations en scholen.”

**Hoe kunnen we de drempel naar het woonzorgcentrum nog verder verlagen?**

“We merken een tendens naar kleinere woonzorgcentra die gelokaliseerd worden midden in een wijk of gemeente. Het woonzorgcentrum komt zo dus naar de mensen, in plaats van de mensen naar het woonzorgcentrum. Het voordeel van zulke kleinere rusthuizen in eigen streek is vooral dat ze drempelverlagend werken om mensen in hun eigen habitat te kunnen huisvesten.”

**Welke rol kan de architectuur spelen in het verlagen van de drempel?**

“De architectuur van het gebouw kan op zich drempelverlagend werken. Zo trachten we de publieke straat naar binnen te trek-

ken, zodat men het gevoel heeft dat je er vrij kan binnen- en buitenlopen. In wzc Sint-Antonius te Zaventem creëerden we door die reden een verlengstuk van het marktplein in de publiek toegankelijke patio van het woonzorgcentrum. Ook kunnen bepaalde ruimtes, zoals de cafetaria, de kinéruimte en vergaderruimte opengesteld worden voor het publiek. Ze zijn dus niet specifiek voorbehouden voor de bewoners.”

“In wzc Heuvelheem in Tessenderlo werd het publiek toegankelijke cafetaria zelfs populairder dan de lokale cafés in de omgeving. In Genk bouwden we dan weer een woonzorgcentrum (Toermalien) dat deel uitmaakt van een grote zorgcampus. Het Grand Kaffee in dat woonzorgcentrum fungeert er als de centrale ontmoetingsplaats van de hele campus. In wzc Maaspoorte te Maaseik lieten we zelfs een fiets- en wandelpad dwars door het gebouw lopen, langs de publieke delen, waaronder de cafetaria.”

“Architectengroep PSK, actief in gans België, streeft er in zijn ontwerpen steeds naar om een totaalconcept te bieden met aandacht voor een kader dat het louter bouwkundige overstijgt.”



WWW.ARCHITECTENGROEPPSK.BE

Joris Hendrickx  
redactie.be@mediaplanet.com

# Efficiënte en duurzame zorglogistiek

**K**ostenbesparing, ook de zorgsector ontsnapt er niet aan. Zorginstellingen zijn verplicht om efficiënter te werken. Niet alleen op het vlak van zorgverlening, maar ook wat betreft de logistieke processen. Meer en meer ziekenhuizen en woonzorgcentra werken vandaag dan ook samen met een externe partner voor het logistieke goederenbeheer.

Ziekenhuizen en woonzorgcentra verbruiken dagelijks heel wat goederen: koffie, thee, melk, suiker, papierwaren, toiletpapier en handdoeken, maar ook medisch materiaal zoals compressen, spuiten, katheters, steriele producten, enz. In het verleden werden al deze goederen in de centrale voorraad van het ziekenhuis of de zorginstelling opgeslagen en van daaruit verdeeld naar de verschillende afdelingen.

## Logistiek ketendenken

Tegenwoordig vertrouwen meer en meer zorginstellingen het integrale logistieke beheer van hun verbruiksgoederen toe aan een



**Dankzij de digitalisering** van de logistieke flow hebben zorginstellingen altijd een perfect beeld van de voorraad en het verbruik.

© FOTO: PRIVÉ

externe partner. De leveranciers leveren hun goederen bij deze logistieke partner, die per ziekenhuis en per afdeling een pakket op maat samenstelt. Bestellingen en leveringen kunnen zo heel fijnmazig en per afdeling gebeuren, zonder dat er in het ziekenhuis een aparte sortering en bedeling nodig is. Zo kunnen alle afdelingen zich concentreren op de zorg voor hun patiënten en bewoners. Bovendien kan alle beschikbare ruimte maximaal gebruikt worden voor de zorgactiviteiten en gaat deze niet verloren aan de opslag van goederen.

## Traceerbaarheid en digitalisering

De vraag naar de traceerbaarheid van artikelen wordt steeds belangrijker. Men wil meer en meer weten welke artikelen met welke specificaties waar en wanneer verbruikt worden in de keten. Zeker voor de medische hulpmiddelen en de medicatie is dat een must. Medicatie kan per unitdosis verpakt, gelabeld en getraceerd worden. Er bestaan zelfs oplossingen die een halfautomatische medicatiebedeling naar de patiënt toelaten. Dankzij de digitalisering van de logistieke flow hebben

zorginstellingen altijd een perfect beeld van de voorraad en het verbruik. Bovendien wordt ook het administratief beheer en de facturatie een stuk eenvoudiger. De afrekening kan zelfs per afdeling gemaakt worden.

## Duurzame logistiek

Waar vroeger elke leverancier individueel alle zorginstellingen apart beleverde, kunnen dezelfde leveranciers vandaag alle producten voor alle zorginstellingen in één keer leveren bij de logistieke partner. Deze zorgt op zijn beurt voor één integrale levering naar de zorginstelling. Zo is er over de hele keten heen minder vrachtvervoer nodig, waardoor de CO<sub>2</sub>-uitstoot beperkt wordt.

Door de digitale opvolging en traceerbaarheid van de goederen heb je ook meer grip op het verbruik en kunnen posten van verspilling gemakkelijker opgespoord worden. Bovendien wordt de kans op vervallen of vergeten voorraden een stuk kleiner.

**Bram Thiry**

redactie.be@mediaplanet.com



**HOSPITAL CARE**



**RESIDENTIAL CARE**



**PHARMA CARE**

## Verhoog nu de efficiëntie van uw zorgverlening met Hospital Logistics!

Hospital Logistics bekleedt sinds jaren een leidinggevende positie op het vlak van logistieke processen voor de medische wereld.

De kerntaak van Hospital Logistics bestaat uit de bevoorrading van verschillende ziekenhuizen en zorginstellingen vanuit één extern medisch distributiemagazijn.

Hospital Logistics biedt tevens oplossingen aan voor distributie en unitdosering van medicatie, zowel op centraal als op decentraal niveau van een zorginstelling.

Hospital Logistics staat voor innovatie, kwaliteitsverhoging en biedt maatwerkoplossingen aan zorginstellingen. Dit resulteert in een uniek totaalconcept gericht op consolidatie van goederenstromen met kostenreducties én serviceverhoging tot gevolg.

Voor meer informatie:

**Hospital Logistics** • [www.hospitallogistics.eu](http://www.hospitallogistics.eu) • [info@hospitallogistics.eu](mailto:info@hospitallogistics.eu)



**HOSPITAL LOGISTICS**

EVERYTHING  
FOR  
HEALTHCARE





© FOTO: PRIVÉ

# Blik op de operatiekamer van de toekomst

De efficiëntie, veiligheid en steriliteit van een operatiekamer zijn van cruciaal belang. Er is dan ook een constante vraag naar technologische innovatie om operatiekamers te optimaliseren. Niet enkel de technologie speelt hierin een rol, maar ook de werkmethodes, het onderhoud en de discipline van het ziekenhuispersoneel hebben hun invloed.

Vandaag zijn de operatiekamers uitgerust met heel wat medische apparaten die aan het plafond of tegen de wanden gemonteerd zijn. Deze apparaten beperken de bewegingsvrijheid van het personeel tijdens een operatie. Door al deze apparaten met verschillende monitoren te vervangen door een interactief HD-scherm, ingewerkt in de wand van de operatiekamer, kan er zonder hinder gewerkt worden. Bovendien is zo'n scherm eenvoudiger te onderhouden dan de traditionele medische apparaten en pendels boven de operatietafel. Een extra voordeel is dat een omgeving met minder kabels en randapparatuur ook veiliger is.

## Realtimemonitoring

De operatiekamer van de toekomst is geoptimaliseerd om zo efficiënt mogelijk te werken. Dankzij innovatieve, digitale systemen wordt alles wat in en rond de operatiekamer gebeurt, gemonitord. Zowel het personeel, de patiënt als het gebruikte materiaal wordt continu opgevolgd.



## Technologische innovatie

helpt om de operatiekamers van de toekomst nog sterielier te maken.

Maar alles staat of valt bij de werkmethodes en de discipline in het ziekenhuis.

Bovendien kunnen de activiteiten in de operatiekamer over heel het ziekenhuis gevolgd worden, tot zelfs buiten de muren van het ziekenhuis. Zo wordt realtime-assistentie tijdens operaties door buitenlandse specialisten vanop een andere locatie mogelijk.

## Hybridezalen

Vandaag bestaan er al een aantal hybride operatiekamers die zijn uitgerust met een vaste C-boog voor medische beeldvorming. Door medische beeldvorming te integreren in de operatiezaal kunnen er werkingskosten en tijd bespaard worden en hoeft de patiënt niet langer dan noodzakelijk onder narcose te blijven. Een hybridezaal is echter niet goedkoop om te bouwen en neemt veel plaats in. Door een hybridezaal als modulaire unit aan de bestaande infrastructuur te koppelen blijft de bouwlast tot een minimum beperkt.

## Prefab operatiezalen

Heel wat ziekenhuizen zijn vandaag toe aan renovatie. Het is niet evident om tijdens ver-

bouwingswerken dezelfde dienstverlening te garanderen. Een oplossing hiervoor is het huren van modulaire prefabzalen die naast of op het ziekenhuis worden geplaatst. Deze modulaire operatiekamers kunnen als tijdelijke of definitieve oplossing geplaatst worden. Afhankelijk van de mogelijkheden, de plaats en het budget zijn er heel wat mogelijkheden, zowel voor renovatie als voor uitbreiding.

## Werkmethodes en discipline

Technologische innovatie helpt om de operatiekamers van de toekomst nog sterielier te maken. Maar alles staat of valt bij de werkmethodes en de discipline in het ziekenhuis. Indien de protocollen voor het sluiten van deuren, omkleden, reinigen, enz. niet worden gevolgd, heeft het geen enkele zin om te investeren in extra steriele operatieomgevingen.

Bram Thiry

redactie.be@mediaplanet.com



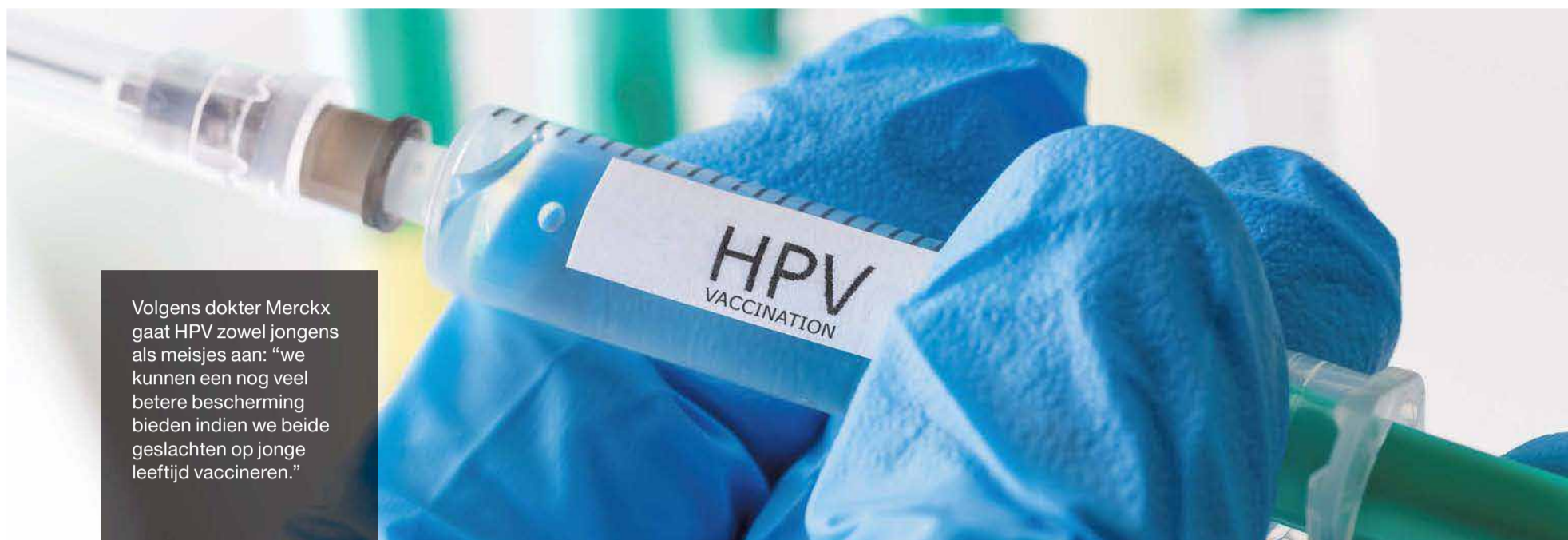
LAVERO MEDICAL

- ▶ Integrator
- ▶ Totaalprojecten

voor uw OK complex

Lavero Medical BVBA  
Nieuwlandlaan 66 bus 14  
B-3200 AARSCHOT

+32 (0)16 25 55 20  
info@lavero-medical.be



Volgens dokter Merckx gaat HPV zowel jongens als meisjes aan: “we kunnen een nog veel betere bescherming bieden indien we beide geslachten op jonge leeftijd vaccineren.”

# “80% van de vrouwen wordt ooit geïnfecteerd met HPV”

**Baarmoederhalskanker wordt veroorzaakt door het Humaan Papilloma Virus (HPV). Ondanks het feit dat jonge meisjes in België gevaccineerd worden tegen meerdere types van het virus, is er toch nog ruimte voor beterschap. Dr. Mireille Merckx, bestuurslid van de VVOG en stafid bij UZ Gent en CHIREC Brussel, legt uit.**



**Dr. Mireille Merckx**

Bestuurslid VVOG, stafid UZ Gent en CHIREC Brussel

“Maar liefst tachtig procent van de Belgische vrouwen geraakt ooit in haar leven geïnfecteerd met HPV. Zo’n tien procent daarvan blijft HPV-positief na de leeftijd van dertig jaar, terwijl dertig tot veertig procent van de vrouwen met precancereuze letsels na tien tot twintig jaar baarmoederhalskanker zullen ontwikkelen. Ieder jaar krijgen meer dan 500.000 vrouwen wereldwijd de diagnose van baarmoederhalskanker”, opent Merckx.

“HPV kan ook worden overgedragen van moeder op kind. Deze overdracht kan zowel bij de conceptie als bij de geboorte optreden. Uit studies blijkt dat kinderen van met HPV besmette moeders 33 procent meer kans hebben om positief te zijn. Bij hoge risico types loopt dit zelfs op tot 45 procent. HPV kan eveneens leiden tot andere anogenitale kankers en tot mond- en keelkanker. Ook mannen kunnen HPV krijgen. Het kan zelfs worden doorgegeven via een zoen. HPV is alomtegenwoordig en is niet meteen een reden tot ongerustheid. Weet wel dat het niet louter een seksueel virus is en dat preventie raadzaam is.”

## Vormen van preventie

“De primaire preventie is het vaccineren van alle jonge meisjes. Het is belangrijk om te weten dat de vaccins geen volledige bescherming bieden tegen HPV. Momenteel vaccineren we meisjes met een bivalent en quadrivalent vaccin. Zo komt men tot 74 procent HPV-bescherming. De secundaire preventie bestaat uit uitstrijk-

jes waarmee HPV kan worden opgespoord. Er wordt echter ook gedacht aan toegankelijke zelftesten die een eerste indicatie kunnen geven van de aanwezigheid van HPV. De vrouwen die daarmee positief testen, screenen we dan grondiger met een uitstrijkje. Simultaan op een raadpleging uitstrijkjes nemen en HPV testen is een duurdere optie”, aldus Merckx.

## Belang van vaccins

“Uit een studie die ik zelf voerde, bleek dat maar liefst 39 procent van de meisjes tussen de leeftijd van veertien en achttien jaar meerdere virussen draagt. We merkten bovendien dat de types die voorkwamen bij deze meisjes verschilden van de types die we vaststelden bij volwassen vrouwen. De vraag is dus of het virus zich door de jaren heen aanpast.”

Merckx: “Een gelijktijdige studie toonde aan dat de prevalentie van HPV in Brussel zestien procent was, tegenover tien procent in Vlaanderen. Dit significante verschil kan mogelijk verklaard worden door het feit dat Vlaanderen reeds in 2007 startte met het geven van een quadrivalent vaccin. Wallonië volgde helaas pas in 2009 met een bivalent vaccin. Nog een andere studie toonde aan dat de vaccinatie tussen 2009 en 2015 alvast een significante reductie van het aantal HPV-infecties opleverde.”

## Nog verbetering mogelijk

“HPV gaat zowel jongens als meisjes aan. We kunnen een nog veel betere bescherming bieden indien we beide geslachten op jonge leeftijd vaccineren. Ik betreur dat er momenteel op dat vlak een genderongelijkheid is. In Australië, Zuid-Korea, het Verenigd Koninkrijk en de Verenigde Staten zijn jongens reeds opgenomen in het vaccinatieschema. De vraag is of we best één, twee, of drie keer vaccineren. Boven de vijftien jaar blijven we veiligheidshalve drie dosissen toedienen. Onder de vijftien jaar is de immunitaire respons beter, waardoor twee dosissen volstaan. In België vaccineren we

momenteel vanaf twaalfjarige leeftijd. Ik hoop echter dat we dat in de toekomst al vanaf negen jaar kunnen doen”, zegt Merckx.

“Intussen werden reeds 250 miljoen HPV-vaccins toegediend die tegen ongeveer een half miljoen kankers bescherming zullen bieden in de komende tachtig jaar. Via onder meer FIGIJ (Fédération Internationale de Gynécologie Infantile et Juvénile) werken we momenteel overigens aan de opstart van vaccinaties in de derde wereld. Hiervoor hopen we nu nog op bijkomende funding.”

## Nonavalent vaccin is sinds oktober verkrijgbaar

Merckx: “Naast het bivalent en quadrivalent vaccin bestaat er ondertussen ook een nonavalent vaccin dat een bescherming biedt van maar liefst negentig procent. Zo’n 82 procent van de hoge graad letsels in Europa zijn bovendien gerelateerd aan de negen types waartegen het nonavalent vaccin een bescherming biedt. In Duitsland, Italië, Portugal, Oostenrijk, Canada, Slovenië, Nieuw Zeeland en de Verenigde Staten werd dit nieuwe vaccin daarom reeds opgenomen in een bevolkingspreventieprogramma.”

“Bij de Hoge Gezondheidsraad werd inmiddels de vraag ingediend om het nonavalent vaccin zo snel mogelijk naar voor te schuiven als tender voor het onderwijs, voor meisjes en ook voor jongens. In oktober kwam het op de Belgische markt, maar helaas wordt het vaccin bij ons nog niet terugbetaald. Het zou nochtans de eerste keuzeoptie moeten worden in het preventief beleid, want een universele vaccinatie met dit middel houdt de circulatie van maar liefst negen types van HPV tegen. Bijgevolg zullen we ook de negen types HPV-gerelateerde ziekten efficiënter kunnen terugdringen.”

**In België vaccineren we meisjes momenteel vanaf twaalfjarige leeftijd.**

Ik hoop echter dat we dat in de toekomst al vanaf negen jaar kunnen doen.



**De mogelijkheden voor de behandeling van longkanker zullen in de toekomst nog verder uitbreiden.**

Hierdoor kunnen patiënten nog beter geholpen worden.

# Nieuwe therapieën verbeteren prognose bij uitgezaaide longkanker



**Paul Germonpré**

Prof. Dr. AZ Maria Middelaars in Gent



**We beschikken met de immuuntherapieën** en doelgerichte therapieën over zeer effectieve behandelingen waarmee we de prognose en levenskwaliteit van patiënten met uitgezaaide longkanker alvast aanzienlijk kunnen verbeteren.

**Nieuwe behandelingsopties verbeteren de prognose en levenskwaliteit van longkankerpatiënten, ook wanneer de kanker al is uitgezaaid. Paul Germonpré, Prof. Dr. aan het AZ Maria Middelaars in Gent, geeft meer uitleg.**

“Sinds kort beschikken we over een revolutionaire anti PD-1 immuuntherapie tegen longkanker. Hierbij kunnen we het immuunsysteem aanzetten om een kanker opnieuw op te ruimen. We hebben immers allemaal immuuncellen die lichaamsvreemde elementen in normale omstandigheden zouden moeten aanvallen. Tumoren veroorzaakt door DNA-schade ten gevolge van blootstelling aan UV-stralen of tabaksrook bevatten doorgaans veel gemuteerde eiwitten, waardoor ons immuun-

systeem die tumoren zou moeten elimineren. Door een onderdrukkingsmechanisme van de tumor worden de immuuncellen echter afgeremd”, opent professor Germonpré.

“Via een monoklonaal antilichaam tegen de ‘programmed cell death protein 1’ (PD-1) kunnen we dit mechanisme blokkeren en worden de slapende immuuncellen dus opnieuw wakker, waardoor ze de tumor opnieuw kunnen bestrijden. Dit resulteert in een betere controle en een langere overleving.”

## Significante winsten

Professor Germonpré: “Deze immuuntherapie werd getest in de eerstelijnsbehandeling bij patiënten met uitgezaaide niet-kleincellige longkanker die niet in aanmerking komen voor curatieve behandelingen. De resultaten hiervan werden vergeleken met die van patiënten die werden behandeld met chemotherapie, de standaard eerstelijnsbehandeling bij uitgezaaide longkanker.”

“Patiënten met een oncogene mutatie werden uitgesloten van deze test omdat er voor hen de doelgerichte therapieën zijn die zeer goed werken. Ook werden patiënten specifiek geselecteerd op een hoge aanwezigheid van de biomarker PD-L1. Die PD-L1 staat namelijk in voor de activatie van de PD-1 receptor die onze immuuncellen blokkeert. De groep van patiënten die voldoen aan deze kenmerken maken dertig procent uit van de niet-kleincellige longkankers. Uit de test bleek dat immuuntherapie in de eerste lijn veel effectiever is bij deze patiënten. Er werd namelijk bij veel meer patiënten een respons vastgesteld (hierbij komt een respons erop neer dat de tumor voor zeventig procent of meer krimpt). Ook de duur tot

wanneer de ziekte weer progressief wordt, kon duidelijk worden verlengd ten opzichte van patiënten die chemotherapie kregen”, aldus professor Germonpré.

## Zowel in eerste als in tweede lijn

“Dankzij de goede resultaten is immuuntherapie voor patiënten met uitgezaaide niet-kleincellige longkanker de nieuwe standaard eerstelijns-therapie geworden, maar uiteraard moeten daarvoor wel de juiste patiënten worden uitgeselecteerd in de eerste lijn. Dat is slechts een minderheid van de totale populatie van longkankerpatiënten. Bovendien komen patiënten die in de eerste lijn niet in aanmerking komen voor deze immuuntherapie, maar waarbij de chemotherapie faalt, in de tweede lijn eventueel toch in aanmerking. De kans op slagen is dan wel kleiner dan bij de streng geselecteerde patiënten in de eerste lijn. Toch kan immuuntherapie ook bij hen de kans op respons verhogen ten opzichte van tweedelijnschemo.”

“Bij immuuntherapie staan we overigens nog maar aan het prille begin. De mogelijkheden zullen dus zeker verder evolueren en uitbreiden, waardoor in de toekomst nog meer patiënten op deze manier zullen kunnen worden behandeld.”

## Doelgerichte therapieën

“Sommige longkankers worden in belangrijke mate aangestuurd door specifieke genetische veranderingen in bepaalde eiwitten. Bij longkanker gaat dit vooral over het EGFR-gen en het ALK-gen. Als hier mutaties in optreden, dan zijn de groei en het actief blijven van de kanker in grote mate afhankelijk van de werking van dat gemuteerde eiwit. Het gaat hierbij over een kleine subgroep van

longkankerpatiënten”, zegt Prof. Germonpré.

“Er bestaan gelukkig goede doelgerichte moleculaire behandelingen die hier een zeer goed effect op hebben. Het overgrote deel van de tumoren zal door het nemen van deze medicatie sterk krimpen tot zelfs helemaal verdwijnen. Vroeg of laat zal de tumor echter ontsnappen aan deze medicatie. Om die resistentie te bestrijden, is er intussen een tweede en derde generatie medicatie ontwikkeld.”

## Meer behandelingsopties

“Uiteraard blijft voorkomen beter dan genezen. Stoppen met roken is dus cruciaal, want roken blijft de belangrijkste oorzaak van longkanker. Heb je toch longkanker, dan ben je er best zo snel mogelijk bij. Indien er nog geen uitzaaiingen zijn, dan heb je immers een veel grotere kans op genezing. Zijn er wél uitzaaiingen, dan beschikken we met de immuuntherapieën en doelgerichte therapieën over zeer effectieve behandelingen waarmee we de prognose en levenskwaliteit alvast aanzienlijk kunnen verbeteren.”

Professor Germonpré: “Het komt er echter op neer om bij patiënten met uitgezaaide longkanker zo goed mogelijk te kiezen tussen de behandelingsmogelijkheden die we vandaag ter beschikking hebben. Vroeger was chemo de standaardtherapie en was de keuze dus relatief snel gemaakt. Vandaag moeten we eerst testen of er mutaties aanwezig zijn en of er een hoge aanwezigheid is van de biomarker PD-L1. Dat neemt enkele dagen in beslag, maar het zorgt er wel voor dat de patiënten van bij het begin een optimale behandeling krijgen.”



**Cofinimmo**  
together in real estate

- Belangrijkste Belgische beursgenoteerde vastgoedvennootschap
- Een van de grootste zorgvastgoedportefeuilles in continentaal Europa
- 135 zorginstellingen in vier landen: België, Frankrijk, Nederland en Duitsland

T. +32 (0)2 373 00 00 • info@cofinimmo.be • www.cofinimmo.com

Over opportuniteiten gesproken!

De Week van  
de Ondernemers

24  
27  
april

Kom ideeën delen en creëer zo nieuwe  
businessopportuniteiten!

Werk en privé, nieuwe technologieën, anticiperen op de behoeften van klanten ... Dit zijn enkele van de thema's die we zullen behandelen tijdens de Week van de Ondernemers. Schrijf u in voor lezingen die u inspireren én kom uw netwerk uitbreiden.  
ing.be/ondernemers

ING

'De Week van de Ondernemers': gratis lezingen georganiseerd door ING België van 24/04/2017 tot en met 27/04/2017 in verschillende steden in België (Brussel, Gent, Oostende, Antwerpen, Zvevegem, Genk, Leuven, Louvain La Neuve, Luik en Frameries), elke dag tussen 11.00 u. en 20.30 u. Deelname zonder verplichting tot aankoop van een product of dienst van ING. Inschrijven enkel mogelijk via [ing.be/ondernemers](http://ing.be/ondernemers). Aanbod onder voorbehoud van het aantal beschikbare plaatsen bij ING België. Maximum 150 plaatsen per lezing. ING België nv - Bank/Kredietgever - Marnixlaan 24, B-1000 Brussel - RPR Brussel - Btw: BE 0403.200.393 - BIC: BBRUBEBB - IBAN: BE45 3109 1560 2789. Verzekeringsmakelaar ingeschreven bij de FSMA onder het nummer 12381A - [www.ing.be](http://www.ing.be) - Verantwoordelijke uitgever: Marie-Noëlle De Greef - Sint-Michielswarande 60, B-1040 Brussel - 02/17.



Nieuw

Medicalia

Jaarlijks tot  
1.500 euro terug  
voor medische  
kosten

Waar je ziekteverzekering stopt...  
neemt Medicalia het over

MEDICALIA, DE VERZEKERING MEDISCHE  
KOSTEN VAN JE ZIEKENFONDS

→ Ontdek Medicalia op [www.partena-ziekenfonds.be/medicalia](http://www.partena-ziekenfonds.be/medicalia)

Partena, de gezonde reflex.



V.L.: Stefaan Lauwers, Sluisweg 2, bus 1, 9000 Gent - ON. 0411696011 - Maart 2017 - Voor de voorwaarden, terugbetalingen en alle details van Medicalia verwijzen we naar de Algemene Voorwaarden. Je kunt deze raadplegen op [www.partena-ziekenfonds.be](http://www.partena-ziekenfonds.be) of te verkrijgen bij je ziekenfonds. Voor Medicalia treedt Partena Onafhankelijk Ziekenfonds (nr CDZ 5006c - Sterrenkruislaan 1, 1210 Brussel) op als verzekeringsagent voor de VMOB. Ziekenfonds voor Hospitalisatiekosten (Sint-Hubrechtstraat 19, 1150 Brussel, RPR Brussel, nr CDZ 750/01).



Heb jij toegang tot de beste  
geneskunde in België?

Drie hospitalisatieverzekeringen van DKV: zeker één ervan is je op het lijf geschreven.

Wanneer het aankomt op je gezondheid en die van je gezin, wil je geen compromissen sluiten. Daarom is alleen het beste goed genoeg. DKV geeft je toegang tot de beste gezondheidszorg dankzij drie formules samengesteld op basis van je noden en behoeften. Deze hospitalisatieverzekeringen bieden je een onbeperkte dekking en laten je de vrije keuze van arts en ziekenhuis.

Aarzel niet om contact op te nemen met je verzekeringstussenpersoon of kijk op [dkv.be](http://dkv.be).

Algemene informatie. De volledige omvang van de waarborgen en de onderschrijvingsmodaliteiten vind je terug in de Verzekeringsvoorwaarden beschikbaar bij je verzekeringstussenpersoon of op HYPERLINK "<http://www.dkv.be>" [www.dkv.be](http://www.dkv.be). DKV Belgium N.V. | Bischoffsheilaan 1-B | 1000 Brussel | HYPERLINK "<http://www.dkv.be>" [www.dkv.be](http://www.dkv.be) | R.P.M. 0414858607 Vennootschap naar Belgisch recht toegelaten onder nummer 0739, fabrikant van de producten DKV Hospi Premium, DKV Hospi Flexi en DKV Medi Pack. Deze producten behoren tot de tak 'ziekte' en zijn onderworpen aan het Belgisch recht. Offerte via je verzekeringstussenpersoon en/of HYPERLINK "<http://www.dkv.be>" [www.dkv.be](http://www.dkv.be). Levenslang contract niet opzegbaar door de verzekeraar, behoudens de uitzonderingen voorzien door de wet. Uitgesloten van verzekeringsdekking zijn onder meer gebruik van drugs, sterilisatie, contraceptie, medisch begeleidde vruchtbaarheidsbehandelingen, esthetische ingrepen en vaccinatie. Voor klachten in verband met het beheer of de uitvoering van deze producten kan men zich wenden tot de dienst Quality Control via HYPERLINK "<http://www.dkv.be/ni/contact/>" [www.dkv.be/ni/contact/](http://www.dkv.be/ni/contact/) (DKV Belgium, Bischoffsheilaan 1-B, 1000 Brussel) of tot de Ombudsman van de Verzekeringen via HYPERLINK "<mailto:info@ombudsman.as>" [info@ombudsman.as](mailto:info@ombudsman.as) (de Meeuwsplantsoen 35, 1000 Brussel). Dit is een commercieel document.

DE BESTE ZORGEN. LEVENSLANG.

DKV