

## **BESCHRIJVING VAN DE ICPC**

De International Classification of Primary Care (ICPC) is bedoeld om het domein van de huisartsgeneeskunde te ordenen. Deze classificatie maakt het mogelijk de meest voorkomende symptomen en klachten, diagnoses en interventies in de huisartspraktijk te benoemen en te coderen. De ICPC is een twee-assig classificatiesysteem: de ene as wordt gevormd door 17 hoofdstukken, elk met een lettercode; de andere as bestaat uit zeven componenten met een tweecijferige code.

De 17 hoofdstukken zijn:

- A: Algemeen
- B: Bloed, bloedvormende organen en immuunstelsel
- D: Spijsverteringsorganen
- F: Oog
- H: Oor
- K: Cardiovasculair stelsel
- L: Bewegingsapparaat
- N: Zenuwstelsel
- P: Psychische problemen
- R: Luchtwegen
- S: Huid
- T: Endocriene klieren, stofwisseling en voeding
- U: Urinewegen
- W: Zwangerschap, bevalling en geboorteregeling
- X: Geslachtsorganen vrouw, inclusief borsten
- Y: Geslachtsorganen man, inclusief borsten
- Z: Sociale problemen

De 7 componenten zijn:

- 1: Symptomen en klachten (01-29)
- 2: Diagnostische/preventieve verrichtingen (30-49)
- 3: Medicatie/therapeutische verrichtingen (50-59)
- 4: Uitslagen van onderzoek (60-61)
- 5: Administratieve verrichtingen (62)
- 6: Verwijzingen/andere verrichtingen (63-69)

## 7: Omschreven ziekten (70-79)

Symptomen en klachten zijn ondergebracht in de eerste component, en zoveel mogelijk geordend naar orgaansysteem of aandachtsgebied (hoofdstuk) waarop zij betrekking hebben. Zo zijn alle oorklachten in het hoofdstuk met ooraandoeningen (H) ondergebracht, alle klachten over maag en darmen in hoofdstuk D, alle klachten over het bewegingsapparaat - de gewrichten, spieren, botten en pezen - in hoofdstuk L; hoofdstuk Z bevat sociale problemen.

Voor de codering van interventies geldt hetzelfde: de in de huisartsgeneeskunde gebruikelijke diagnostische en therapeutische interventies hebben voor ieder hoofdstuk dezelfde code en de hoofdletter geeft aan tot welk hoofdstuk de interventie gerekend wordt. Zo duidt de code -34 'bloedonderzoek' aan; wordt dat gedaan bij een patiënt met diabetes (een ziekte in hoofdstuk T: endocriene klieren), dan is de code voor het bloedonderzoek: T34. Vindt bloedonderzoek echter plaats in het kader van diagnostiek voor ijzergebrecanemie (een ziekte uit hoofdstuk B: bloed en lymfeklieren), dan is de code B34. Op dezelfde manier geeft -50 altijd aan dat er medicatie is voorgeschreven: R50 (medicatie probleem luchtwegen), D50 (medicatie probleem maag-darmstelsel), L50 (medicatie probleem bewegingsapparaat), enz.

Tenslotte zijn in de zevende component van de ICPC de meest voorkomende ziekten ondergebracht. In hoofdstuk K hart/vaatziekten, in hoofdstuk S huidziekten, in hoofdstuk F oogziekten, enz.

De benoeming en classificatie van symptomen, klachten, interventies en diagnoses volgt een systematiek als die van de coördinaten van een landkaart. De eerste stap is het vinden van het meest voor de hand liggende orgaansysteem of probleemgebied, en de tweede stap is de beslissing of het gaat om een symptoom of klacht, om een diagnostische of therapeutische interventie, of om een 'echte', omschreven ziekte. De alfanumerieke drietecken-code die zo tot stand komt begint met de hoofdletter van het hoofdstuk, en wordt gevolgd door twee cijfers: 1-29 voor symptomen en klachten, 30-69 voor interventies en 70-99 voor ziekten.

Contactredenen, diagnoses en interventies vormen de kern van een zorgepisode: een gezondheidsprobleem of ziekte vanaf de eerste presentatie tot en met het laatste contact ervoor. Een zorgepisode kan één of meer contacten omvatten; vinden in een episode meer contacten plaats, dan kan de diagnose in de loop van de tijd veranderen (bijv. van 'hoest' in 'bronchitis').

<http://www.law.kuleuven.be/icri/frobben/wp/>

<http://www.law.kuleuven.be/icri/frobben/wp/index.php/opinion-2#more-142>

## **Het belang van elektronisch informatiebeheer en elektronische informatie-uitwisseling in de Belgische gezondheidszorg**

Elektronisch informatiebeheer en elektronische informatie-uitwisseling bieden meer dan ooit enorme mogelijkheden om de kwaliteit van de gezondheidszorg en de patiëntveiligheid te verhogen, het gezondheidsonderzoek en –beleid te ondersteunen, onnodige kosten te vermijden, alle betrokkenen, en vooral de patiënt, te empoweren, en de administratieve lasten voor patiënten en zorgverleners te verlagen. Maar uiteraard moet de inzet daarvan gebeuren op een goed beveiligde manier en met de nodige waarborgen voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer van de patiënt en van het beroepsgeheim van de zorgverlener.

Omzeggens alle mensen komen doorheen hun leven tegelijkertijd of opeenvolgend in contact met allerlei zorgverleners (huisartsen, specialisten, verplegers, apothekers, kinesisten, psychotherapeuten, diëtisten, ...) en zorginstellingen (ziekenhuizen, revalidatiecentra, rust- en verzorgingstehuizen, ...). Dit is zeker het geval voor de steeds groeiende groep van chronisch zieke patiënten. Patiënten zijn bovendien steeds mobieler, in binnen- en buitenland, en zorgen worden ook meer op afstand (bvb. telemonitoring) toegediend. Het is van zeer groot belang dat informatie over de gezondheidstoestand van de patiënt, over de verkregen zorgbehandelingen en over de daarmee geboekte resultaten door elk van de betrokken zorgverleners en -instellingen, op alle zorgniveau's en over disciplines heen, zorgvuldig en op een goed gestructureerde wijze wordt bijgehouden. En het is nog belangrijker dat deze informatie op een efficiënte, maar goed beveiligde manier elektronisch ter beschikking staat van andere zorgverleners of –instellingen die de patiënt tegelijkertijd of later (zullen) verzorgen. En dit op een wijze die toelaat om er beslissingsondersteunende systemen automatisch op toe te passen, uiteraard met respect voor de therapeutische vrijheid van de zorgverlener.

Ook de patiënt zelf moet bepaalde gegevens elektronisch kunnen bewaren en ter beschikking houden. Hij moet als een volwaardige, mondige partner kunnen deelnemen aan het zorgproces, en de ondersteunende elektronische gegevens- en kennisdeling. Het gaat tenslotte om zijn of haar gezondheid.

Efficiënte en effectieve zorg is dus multidisciplinaire en transmurale zorg, waarbij de zorgverleners goed op mekaar zijn afgestemd. Waarbij ze de informatie over de patiënt en over de stand van de wetenschap goed kunnen kennen en gebruiken wanneer ze deze nodig hebben. En waarbij ze de patiënt actief betrekken bij de zorg voor zijn gezondheid.

De vlotte, veilige, elektronische uitwisseling van gegevens voorkomt overigens ook onnodige meervoudige onderzoeken die de patiënt overbodig belasten en nodeloze kosten genereren.

Ze kan patiënten en zorgverleners daarenboven ontlasten van het tijdrovend invullen van tal van papieren formulieren, die kostbare tijd verloren doet gaan, die beter kan besteed worden aan zorg. Goed doordachte en beveiligde elektronische processen bij elke actor en vooral over actoren heen kunnen deze rompslomp sterk verminderen en de wachttijden voor het verkrijgen van zorg aanzienlijk verlagen.

Tenslotte kan een elektronische gegevensuitwisseling een degelijk gezondheidsbeleid en – onderzoek ondersteunen door juiste en longitudinale elektronische informatie over vele patiënten, behandelingen en resultaten samen te brengen op een gecodeerde of geanonimiseerde wijze, zonder de privacy van elke individuele patiënt ongepast in het gedrang te brengen.

Om een degelijk elektronisch informatiebeheer en vooral -uitwisseling in de Belgische gezondheidssector te bevorderen en te coördineren, is zowat 2 jaar geleden een nieuwe overheidsinstelling in het leven geroepen, het eHealth-platform. Deze instelling bouwt verder op de resultaten van de Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid, die er in geslaagd is om de effectiviteit en efficiëntie van de inzet van informatie- en communicatietechnologie (ICT) in de Belgische sociale zekerheid tot een niveau te brengen dat door de Verenigde Naties in 2006 tot wereldwijde beste praktijk is uitgeroepen.

Om ervoor te zorgen dat alle actoren in de gezondheidszorg vertrouwen kunnen hebben in de informatisering ervan en eraan meewerken, wordt het eHealth-platform beheerd door vertegenwoordigers van deze actoren: zorgverleners, zorginstellingen, ziekenfondsen, patiënten en federale overheidsinstellingen bevoegd voor aspecten van de gezondheidszorg. Het lijkt me zinvol te overwegen om in de toekomst ook vertegenwoordigers van andere overheidsniveaus die bevoegd zijn voor aspecten van het gezondheidsbeleid, zoals Gemeenschappen, bij het beheer van het eHealth-platform te betrekken.

Om bij de informatisering te waken over een degelijke bescherming van de persoonlijke levenssfeer en informatieveiligheid, is binnen de Commissie voor de Bescherming van de Persoonlijke Levenssfeer een specifiek comité in het leven geroepen. Alle elektronische uitwisselingen van persoonsgegevens in de gezondheidssector moeten op voorhand worden toegestaan hetzij door de betrokken patiënt, hetzij door de wet, hetzij door een voorafgaande machtiging van dat specifiek comité. Zeer grote aandacht wordt besteed aan de beveiliging van de beheerde en uitgewisselde gegevens.

In overeenstemming met onze maatschappelijke cultuur, voorziet het systeem overigens niet in een centrale opslag van alle persoonsgegevens over de gezondheid van patiënten. Deze gegevens blijven opgeslagen onder de verantwoordelijkheid van en beheerd door de

onderscheiden zorgverleners en –instellingen, of door de patiënt zelf. Niets belet echter dat sommige zorgverleners, zorginstellingen en/of patiënten overeenkomen om de fysische opslag van gegevens met de nodige fijnmazige vercijfering en toegangsrechten te laten geschieden op gemeenschappelijke hostingplatformen, die onder hun gemeenschappelijke verantwoordelijkheid worden beheerd, of op termijn zelfs in de cloud.

Het eHealth-platform beheert dus geen inhoudelijke gezondheidsgegevens, maar wel een verwijzingsrepertorium waarin de patiënt referenties kan laten opnemen naar de zorgverleners of –instellingen waarbij over hem of haar gezondheidsgegevens beschikbaar zijn. Op die manier kan ook een zorgverlener of -instelling die met een patiënt een sporadische therapeutische relatie heeft, gemakkelijk alle relevante gegevens vinden.

Om de elektronische uitwisseling van de decentraal beheerde persoonsgegevens mogelijk te maken, worden standaarden of specificaties vastgelegd volgens dewelke de gegevens worden opgeslagen en onderling worden meegedeeld. Daarnaast worden normen vastgelegd waaraan softwarepakketten voor sommige zorgverleners en –instellingen best voldoen. Deze normen, standaarden en specificaties kunnen bijvoorbeeld betrekking hebben op kwaliteit, veiligheid en semantische en inhoudelijke interoperabiliteit, en worden maximaal gebaseerd op internationale normen, standaarden en specificaties. Enkel als de softwarepakketten voldoen aan de normen, standaarden en specificaties, worden de gebruikende zorgverleners en –instellingen voor de aanschaf en het gebruik ervan vergoed door de overheid. Op die manier wordt iedereen aangezet om softwarepakketten te gebruiken die toelaten informatie in het belang van de patiënt degelijk bij te houden en te delen.

Het gebruik van relevante internationale normen, standaarden en specificaties vermijdt dat enorm veel nodeloze tijd wordt gestoken in specifiek Belgische normen, standaarden en specificaties, laat gebruikers van softwarepakketten toe om producten te kiezen op de internationale markt, en vergemakkelijkt het de Belgische bedrijven om hun producten internationaal aan te bieden. Dit alles verlaagt de kost van de softwarepakketten en bevordert open internationale concurrentie.

Het eHealth-platform heeft bovendien een aantal basisdiensten uitgewerkt die gratis ter beschikking staan van de zorgverleners en –instellingen en van hun ICT-dienstenleveranciers om een efficiënte en veilige elektronische gegevensuitwisseling te ondersteunen. Dergelijke basisdiensten zijn bijvoorbeeld een uniform systeem waarmee zorgverleners t.a.v. allerlei toepassingen hun identiteit, hoedanigheid van zorgverlener en therapeutische relatie met een patiënt kunnen bewijzen, een systeem waarmee zorgverleners elektronische informatie kunnen vercijferen zodat niemand anders dan de bestemming ze kan onderscheppen en lezen, of een systeem voor codering of anonimisering van persoonsgegevens zodat ze in een niet-privacy-gevoelige vorm kunnen worden ingezet voor onderzoek of beleidsondersteuning. Het eHealth-platform ondersteunt de aanbieders van software voor zorgverleners,

zorginstellingen en patiënten om deze diensten aan te roepen vanuit hun pakketten en biedt daartoe gratis connectoren aan.

De gratis terbeschikkingstelling van deze basisdiensten en connectoren in het hele land vermijdt dat deze meermaals moeten worden ontwikkeld en vooral dat actoren in de gezondheidszorgsector worden lastig gevallen met meerdere systemen die niet op mekaar zijn afgestemd en dus met onnodige lasten en kosten.

Vandaag wordt het eHealth-platform al gebruikt voor meer dan 25 toepassingen, zoals de voeding en de raadpleging van het kankerregister, van de registers van de heup- en knieprothesen en van de hartimplantaten (registers die allemaal multidisciplinaire en transmurale zorg ondersteunen), het aanmaken van elektronische geneesmiddelenvoorschriften in ziekenhuizen, het elektronisch uitwisselen van medische evaluaties van gehandicapten of de elektronische aangifte van geboorten. Tal van nieuwe toepassingen zijn in ontwikkeling. Voortbouwend op bestaande regionale en lokale initiatieven zullen bijvoorbeeld huisartsen, specialisten en ziekenhuizen die een therapeutische relatie bewijzen met de patiënt vanaf 2011 geleidelijk toegang krijgen tot zijn of haar relevante gegevens die beschikbaar zijn bij alle ziekenhuizen in België en die nuttig zijn voor een kwaliteitsvolle behandeling. Extramuraal zorgverleners die een therapeutische relatie hebben met de patiënt zullen onderling gegevens kunnen delen en zorgplannen beheren via de extramuraal gezondheidskluis van de patiënt. De toegang tot gegevens in de extramuraal gezondheidskluis zal zeer fijnmazig kunnen geschieden in functie van o.a. het soort zorgverlener aan de hand van zeer uitgewerkte toegangscontrole- en versleutelingstechnieken. Voorschriften van zorgen zullen ook buiten ziekenhuizen elektronisch kunnen worden aangemaakt en uitgevoerd, zodat geen papieren informatie meer moet worden overgemaakt of ingetikt. Alle rechten van patiënten in de ziekteverzekering zullen rechtstreeks elektronisch bij de ziekenfondsen kunnen worden geraadpleegd door de zorgverleners en –instellingen die ze mogen kennen. De facturatie van kosten door de zorgverleners en –instellingen zal, waar dit wettelijk toegestaan is, rechtstreeks elektronisch aan de ziekenfondsen kunnen geschieden met een veel snellere afhandeling. Aanvragen om terugbetaling van geneesmiddelen, prothesen en implantaten, waarvoor een akkoord moet worden verleend door de ziekenfondsen, zullen elektronisch kunnen geschieden aan de hand van vereenvoudigde processen en het recht op terugbetaling zal on line kunnen worden geraadpleegd door de zorgverleners voor hun eigen patiënten. Documenten met relevante gegevens voor de terugbetaling van zorgkosten door aanvullende hospitaalverzekeraars zullen quasi automatisch kunnen worden aangemaakt door de softwarepakketten van de betrokken zorgverleners en –instellingen en op een gestandaardiseerde wijze elektronisch kunnen worden overgemaakt aan de verzekeraar. Zorgverleners zullen met akkoord van de patiënt (of diens ouders) ziektemeldingen elektronisch kunnen droppen in de mailbox van diens werkgever of school. Ook zullen allerlei nuttige gegevensbanken, zoals een gegevensbank met geneesmiddelen (met de gebruiksrichtlijnen, de contra-indicaties, de onderlinge onverenigbaarheden en de terugbetalingsvoorwaarden) via het eHealth-platform

voor elkeen toegankelijk zijn en rechtstreeks kunnen worden aangeroepen vanuit de eigen software van de zorgverlener of -instelling. Daarenboven worden beslissingsondersteunende systemen gebouwd die rechtstreeks kunnen worden toegepast op de goed gestructureerde elektronische patiëntendossiers en de zorgverleners adviseren bij een kwalitatief hoogstaande dienstverlening en waarschuwen voor mogelijke fouten.

Geleidelijk aan moeten de meeste van deze diensten ook mobiel kunnen worden gebruikt. Dat vereist software-as-a-service platformen, aangepaste communicatietarieven en een betrouwbare en performante internetdekking in heel het land.

De geschetste evolutie tot inzet van ICT in de gezondheidszorg is m.i. absoluut nodig voor de vermelde doeleinden van optimalisering van de kwaliteit van de zorg en de patientveiligheid, beleids- en onderzoeksondersteuning, kostenefficiëntie, empowerment en administratieve vereenvoudiging. Maar ze moet goed kunnen gebeuren, vanuit een vertrouwen en veranderingsbereidheid van alle actoren, en met out-of-the-box denken waar nodig. Ik hoop dat bijvoorbeeld zorgverleners hun werkmethoden durven veranderen in het belang van de patiënt en dat de overheid haar reglementering aanpast waar nodig. Telecomoperatoren moeten goedkope breedband aanbieden aan actoren in de zorgsector. Alle processen die suboptimaal zijn in het licht van de hogervermelde doeleinden zouden moeten kunnen worden herdacht, in overleg tussen alle betrokken actoren. Nadat algemene gezondheidsdoelstellingen zullen zijn vastgelegd, zouden best in samenspraak tussen alle actoren doelstellingen voor de inzet van ICT ter ondersteuning van deze gezondheidsdoelstellingen worden vastgelegd. Financieringsmechanismen zouden ertoe moeten bijdragen dat ICT wordt ingezet om deze doelstellingen te halen, d.w.z. outputfinanciering (financiering voor het behalen van de doelstelling) i.p.v. inputfinanciering (financiering van de ingezette ICT-middelen). Het eHealth-platform zou op iedereen moeten kunnen rekenen voor deze enorme evolutie, die, als ze lukt, België, net zoals wat betreft de sociale zekerheid, tot de wereldtop kan laten behoren inzake effectieve en efficiënte ICT-ondersteuning in de gezondheidszorg.

Voor meer informatie over het eHealth-platform en zijn initiatieven, in een dynamisch perspectief, kan u terecht op [www.ehealth.fgov.be](http://www.ehealth.fgov.be).

# Het Elektronisch Medisch Dossier: we willen wel coderen, maar we kunnen niet!

*Oproep van afstuderende huisartsen K.U.Leuven aan de producenten van Elektronisch Medische Dossiers en de overheid*

**Wij, afstuderende huisartsen, leven in een digitaal tijdperk en wensen in ons toekomstig beroep de nieuwe technologieën optimaal te kunnen gebruiken. We staan klaar om huisbezoeken af te leggen met een smartphone, die ons direct toegang verschaft tot onze patiëntengegevens en zodoende de vele voordelen van het Elektronisch Medisch Dossier (EMD) in praktijk te zetten.**

**Om gebruik te kunnen maken van de voordelen moeten we onze ziektebeelden kunnen registreren op een gecodeerde manier. Jonge huisartsen willen wel registreren en coderen, maar beschikken niet over de nodige instrumenten. Daarom roepen we alle betrokkenen op om werk te maken van gebruiksvriendelijk coderingssystemen. Voor ons is dat een absolute prioriteit!**

*EMD: een waaier van mogelijkheden*

In handen van een ervaren huisarts is het EMD een belangrijk instrument om een patiëntenpopulatie gezond te houden, op te volgen en te behandelen. Het moet de huisarts in staat stellen een groep patiënten te selecteren om bijvoorbeeld hun vaccinatiestatus te bepalen, te checken welke preventieve onderzoeken moeten gebeuren (uitstrijkje, mammografie, stoelgangonderzoek,...) of na te gaan wie in aanmerking komt voor vaccinatie tegen de Mexicaanse griep. Verder moet het EMD de huisarts de mogelijkheid bieden een 'audit' uit te voeren: krijgen zijn diabetespatiënten nog wel de juiste medicatie en worden ze tijdig opgevolgd (oogarts, voetcontrole, bloedafname,...)? Zo'n audit laat de huisarts toe zijn patiënten niet enkel op te volgen, maar tevens de kwaliteit van de aangeboden zorg te bewaken. Het EMD, gekoppeld aan beleidsondersteunende software gebaseerd op wetenschappelijke gegevens, kan er bovendien voor zorgen dat de huisarts de beste zorgen toedient. Via directe feedback blijft hij op de hoogte van nieuwe en aangepaste therapieën of wordt hij zich bewust van foutieve of achterhaalde handelingen. De juiste informatie aangeboden krijgen tijdens de consultatie, op het moment dat die nodig is, is de beste manier om bij te blijven.

Daarnaast levert het EMD desgewenst epidemiologische gegevens met de mogelijkheid tot onderzoek. Het INTEGEO netwerk, bestaande uit een groot netwerk van huisartsen, registreert al jaren minutieus een veelheid aan informatie wat een schat aan epidemiologische gegevens oplevert vanuit de eerstelijns.

Tenslotte biedt het EMD de mogelijkheid om op een snelle en accurate wijze allerlei administratieve documenten uit te printen, voorschriften en verwijsbrieven te maken met daarin geïntegreerd de nodige gegevens uit het dossier. Verder laat het toe informatie uit te wisselen met andere disciplines en verwijsbrieven, verslagen en laboresultaten netjes te integreren in het dossier.

*De praktijk: mission impossible*

Van onze stageleider kregen we volgende opdracht: 'Wie zijn de patiënten met diabetes type 2?' De keuze voor diabetes ligt in het verlengde van de diverse initiatieven voor deze



patiëntengroep. Voor deze opdracht maakten we gebruik van het EMD. Helaas werden in de 43 betrokken praktijken, waarin de opdracht werd uitgevoerd, zeven verschillende EMD-pakketten gebruikt. De obstakels waren bijzonder talrijk. Slechts 1 dossiersysteem kon onze vragen beantwoorden. Bij vier andere bleek het monnikenwerk, het digitaal tijdperk onwaardig. Talloze interventies van de helpdesk waren nodig om de opdracht tot een goed einde te brengen. In plaats van het werk te vereenvoudigen, dienden we ieder afzonderlijk patiëntendossier manueel na te pluizen. Bij de overige twee EMD-systemen was de opdracht zelfs onmogelijk.

In sommige EMD's konden we helemaal geen zoekopdracht uitvoeren uitgaande van laboresultaten, wat ons verplichtte beroep te doen op een extern lab voor waarden als glycemie en HbA1c. Met andere EMD-pakketten bleek zoeken op de geneesmiddelenklasse "anti-diabetische medicatie" niet eens mogelijk, waardoor we bestaande geneesmiddelen één voor één moest invoeren. Bij de pakketten die dat wel konden, spaarden we wel heel veel tijd uit. Nuttig zijn die zoekmogelijkheden in ieder geval. Zo konden we in één praktijk met vier artsen dankzij diverse zoeksystemen maar liefst 200 patiënten met diabetes type 2 in kaart brengen. Dergelijke lijsten samenstellen is essentieel om de kwaliteit van een huisartsenpraktijk te verbeteren.

In minder dan de helft van de praktijken worden diagnoses systematisch op een gecodeerde wijze ingegeven. Huisartsen die dat niet doen, treffen zelden schuld: hun EMD-pakket schiet namelijk tekort. Een diagnose gecodeerd registreren vergt in die gevallen te veel handelingen of is onvindbaar.

### *Oproep*

In theorie biedt het EMD dus zeer veel voordelen. Deze implementeren in de praktijk kan enkel via gecodeerd registreren. Jonge huisartsen willen wel registreren en coderen, maar beschikken niet over de nodige tools. Daarom roepen we alle betrokkenen op om werk te maken van gebruiksvriendelijk coderingssystemen. We wensen een eenvoudige tussentaal die automatisch linkt aan een onderliggende code. Voor ons is dat een absolute prioriteit! Zonder codering, geen goede geneeskunde.

*De afstuderende studenten vierde master arts, richting huisartsgeneeskunde K.U.Leuven 2011.*

*Allemon Heidelinde, Atrtchine-kachi Zahra, Beerden Andréa, Bertels Evelien, Beulque Randy, Bex Stijn, Borreman Maxime, Borremans Jo, Busschots Marianne, Caremans Dorien, Choi Yoo-Na, Christiaens Liesbeth, Christobal Brun Patricia, Cloots Frédéric, Comyn Daphné, Conings Stefanie, Cools Inge, Creemers Leen, Cruys Lien, Das Isabelle, De Brabandere Heleen, De Buysscher Eline, De Maeyer Silke, De Meyere Evelien, De Zutter Peter, Debaere Bo, Debunne Charlotte, Decamps Sofie, Declercq Greet, Decouttere Ruth, Decré Evelien, Demaerel Hannah, Demanet Jens, Deputter Tom, Desmedt Magalie, Dom Karen, Flutur Shala, Gheysens Elien, Ghyselen Kristof, Hendrickx Elke, Herklots Martin, Herreman Charlotte, Hertogs Robertus, Himpens Kristin, Holvoet Wouter, Huyghe Lotte, Ieven Annelies, Jacobs Pieter, Lambrechts Tom, Lecok Elisabeth, Leen Sofie, Léonard Nicolas, Lippens Jolin, Lissens Ann, Luyten Seraphine, Maes Gitte, Maes Lotte, Maggen Joris, Marien Bart, Mennes Stijn, Mertens Lorien, Meus Koen, Meuwissen Ronald, Meynen Femke, Monteyne Eline, Mortelmans Kelly, Naus Jasmine, Nelissen Sanne, Nickmans Brecht, Nijs Heidi, Nouwen Leen, Ost Thomas, Peeters Silke, Politis Catherine, Ponet Frederik, Rose Sofie, Rummens Delphine, Samyn Laurence, Schauvaerts Marjan, Schouttetten Melanie, Schroé Lize, Schuerman Elke, Seghers Lynn, Six Anneleen, Smeets Miek, Staes Johanna, Staessens Lidewij, Sykora Linde, Theunis Emilie, Theuwis Catherine, Tilley Laurien, Truijens Joachim, Van Damme Dorien, Van De Putte Hilke, Van de Vegt Tim, Van de Wiele Sofie, Van*

*Dierdonck Sylke, Van Doninck Carolien, Van Droogenbroeck Hannelore, Van Meirhaeghe Stefan, Van Oevelen Laure-Anne, Van Pee Nele, Van Reepingen Kyra, Vandenberghe Stien, Vandenheede Debbie, Vanderauwera Sarah, Vanhulsel Sarah, Vanmarcke Simon, Vanneste David, Vanwesemael Stephanie, Verbeke Hanne, Vercruysse Nadjenka, Verhasselt Lies, Verhelst Griet, Verhoeyen Eva, Verlinden Rafael, Vermander Laetitia, Vermeer Nina, Vermeersch Nele, Vermet Iona, Vernooij Thomas, Verstraeten Evelyn, Von Winckelmann Karin, Wesemael Ine, Willems Sander, Wyseur Linde, Ylen Jill*

*Bert Aertgeerts, diensthoofd*

*Harrie Dewitte, verantwoordelijke EMD opleiding*

*Jan De Lepeleire, verantwoordelijke stages*

*Academisch Centrum voor Huisartsgeneeskunde, K.U.Leuven*

**Meer informatie: professor Bert Aertgeerts, Academisch Centrum voor Huisartsgeneeskunde, tel. 016 33 74 81.**