



Comité voor de evaluatie van
de medische praktijk
inzake geneesmiddelen

Consensusvergadering – 23 oktober 2025

Aanpak van Multiple Sclerose



Algemeen besluit van de jury

Promotor

De heer F. VANDENBROUCKE, Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid

en

Het Comité voor de Evaluatie van de Medische Praktijk inzake Geneesmiddelen (CEG)

Voorzitter: G. HANS

Secretaris: H. BEYERS

Leden: M. BAUVAL, G. BEUKEN, A. BOURDA, E. BRUNEL, T. CHRISTIAENS, S.-E. DE MESMAEKER, T. DE RIJDT, J. DE SMEDT, V. DE VLEESSCHAUWER, P. DIELEMAN, L. DIRIX, P. DRIELSMA, T. DUJARDIN, A. DUPONT, N. ECHEMENT, L. HERRY, C. HUYGHEBAERT, A. KANFAOUI, E. LACANTE, S. MARIEN, J. MEEUS, F. MOERMAN, J. NORTIER, J. PEN, C. POLITIS, R. RADERMECKER, A. ROBBERECHTS, J. SAEVELS, A. SMITS, J. STOKX, S. TURIN, K. VALGAEREN, O. VAN DE VLOED, C. VAN HAECHT, P. VAN HOORDE, S. VASSEUR.

Organisatiecomité

Voorzitter: G. HANS

Secretaris: H. BEYERS (RIZIV)

Deskundigen: B. DUBOIS, V. VAN PESCH

Vertegenwoordigers bibliografiegroep: A. BAITAR, B. BOSIER, G. FARON, J.-M. MALOTEAUX, N. MORTIER

Vertegenwoordigers van de jury: S. EL SANKARI, I. LEUNCKENS

Leden CEG: P. DIELEMAN, C. VAN HAECHT

RIZIV: L. GRYPDONCK

Bibliografiegroep

BCFI/CBIP (sprekers tijdens de consensusvergadering: A. BAITAR, B. BOSIER, N. MORTIER)

Deskundigen (sprekers)

M. CAMBRON, L. DELLA FAILLE, D. DIVE, P. DRIELSMA, P. EELEN, G. LAUREYS, L. MARCHAL, C. SINDIC, P. VAN ASCH, M. VAN DE CASTEELE

Praktische voorbereiding

H. BEYERS, Dienst voor Geneeskundige Verzorging, RIZIV

Verantwoordelijke uitgever: P. FACON, RIZIV, Galileelaan 5/01, 1210 Brussel

Consensusvergadering

23 oktober 2025

Aanpak van Multiple Sclerose

Algemeen besluit van de jury

**Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering
Comité voor de evaluatie van de medische praktijk inzake geneesmiddelen**

Het systematisch onderzoek naar de beschikbare gegevens in de wetenschappelijke literatuur (uitgevoerd door BCFI), de teksten van de deskundigen, het juryrapport en de video-opnames kunnen worden geconsulteerd op de RIZIV-website (www.riziv.fgov.be: Thema's - Zorgkwaliteit – Kwaliteitszorg geneesmiddelen - [Consensusvergaderingen](#)). Voor bijkomende informatie kan u terecht bij Herman Beyers, RIZIV, Galilleelaan 5/01, 1210 Brussel (e-mail consensus@riziv-inami.fgov.be).

Samenstelling van de jury

Vertegenwoordigers van de artsen

- o Thomas de Cartier (huisarts)
- o Soraya El Sankari (neuroloog) Vicevoorzitter
- o Ivan Leunckens (huisarts) Voorzitter
- o Annick Mélin (neuroloog)
- o Bram Spinnewijn (huisarts)
- o Cindy Van Humbeeck (neuroloog)

Vertegenwoordigers van de verzekeringsinstellingen

- o Pieter-Jan Claus
- o Raphaël Pagé

Vertegenwoordigers van de apothekers

- o Anneleen Robberechts
- o Charlotte Verrue

Vertegenwoordigers van andere gezondheidszorgberoepen

- o Gaëtane Landenne (verpleegkundige)
- o Gaëlle Vertriest (kinesitherapeut)

Vertegenwoordigers van het publiek of van de patiëntenverenigingen

- o Hinde Sebti
- o Deborah Seys

Logistieke ondersteuning tijdens de juryvergaderingen

Herman Beyers (RIZIV)

Inhoudstafel

LIJST VAN GEBRUIKTE AFKORTINGEN	1
INLEIDING.....	2
Methodologie van de consensusvergadering.....	3
ALGEMEEN BESLUIT VAN DE JURY	4

Lijst van gebruikte afkortingen

BCFI	Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische Informatie
CBIP	Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische Informatie (BCFI) (Centre Belge d'Information Pharmacothérapeutique)
CEG	Comité voor de evaluatie van de medische praktijk inzake geneesmiddelen
CZS	Centrale zenuwstelsel
DMT	Disease-modifying treatment/therapy
EBM	Evidence-Based Medicine
EDSS	Expanded Disability Status Scale
FGR	Fysische Geneeskunde en Revalidatie
HAS	Haute Autorité de Santé
L	Liter
MDT	Multidisciplinair team
MRI	Magnetische resonantiebeeldvorming (Magnetic resonance imaging)
MS	Multiple sclerosis
MSVPK	MS verpleegkundige
nmol	Nanomol (10^{-9} mol)
PmMS	Persoon met MS
RIZIV	Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering
RSV	Respiratoir syncytieel virus
S1PR	Sfingosine 1-fosfaat receptor (Sphingosine 1-phosphate receptor)
SSRI	Selective serotonin reuptake inhibitors



Inleiding

Op donderdag 23 oktober 2025 organiseerde het RIZIV een consensusconferentie over het rationeel gebruik van geneesmiddelen bij de behandeling van multiple sclerose (MS).

Deze consensusvergadering is de 47^e in de reeks.

Dit onderwerp werd voorgesteld door de leden van het CEG, zich baserend op toch een aantal controversen die rond dit onderwerp heersen in de klinische praktijk. Deze consensusvergadering wordt gewijd aan multiple sclerose (MS). MS is de meest voorkomende chronische aandoening van het zenuwstelsel bij jonge volwassenen. Naar schatting krijgen elk jaar in België zo'n 450 personen de diagnose van MS. MS wordt weleens de ziekte van de vele gezichten genoemd. De aandoening kan zich immers op veel verschillende manieren uiten. Tijdens deze consensusvergadering zullen we dieper ingaan op de verschillende aspecten van de behandeling van deze chronische neurologische aandoening.

Ook dit keer heeft het Organisatiecomité een aantal beperkingen moeten doorvoeren in het aantal onderwerpen dat tijdens de consensusmeeting aan bod zal komen en de jury kan/mag zich enkel en alleen hierover uitspreken. Ondanks deze beperking zijn we er toch van overtuigd dat alle belangrijke aspecten, zowel farmacologisch als niet-farmacologisch, en over alle leeftijdsgroepen heen, voldoende belicht zullen worden. We zijn blij hiervoor een beroep te kunnen doen op zeer hoogwaardige sprekers. Ook deze consensusvergadering zullen we afsluiten met een pluridisciplinair debat rond toekomstige organisatie van de zorg voor MS-patiënten (PmMS).

Zoals het geval was voor de vroegere consensusvergaderingen die door het RIZIV en het CEG werden georganiseerd, richt ook deze consensusvergadering zich voornamelijk tot de eerstelijnszorg, de huisartsen. Maar, gelet op het onderwerp, heeft deze consensusvergadering ook in belangrijke mate betrekking op artsen van andere medische specialismen, zoals natuurlijk neurologen maar ook o.a. artsen-specialisten in fysische geneeskunde en revalidatie, oftalmologen, urologen, algemeen internisten, pediaters, geriateren en gynaecologen. De relevantie van het onderwerp voor paramedici is overigens ook zeer groot, gezien het toenemend belang van multidisciplinaire zorg en opvolging voor PmMS.

Zoals al voorheen aangehaald, zullen de sprekers tijdens hun respectievelijke uiteenzettingen sommige aspecten niet bespreken. Die beperking is niet hun eigen beslissing, maar die van het organisatiecomité en houdt verband met de haalbaarheid voor de bijkomende literatuurstudie en het programma van deze consensusvergadering. Ten slotte benadrukken we dat de literatuurstudie minstens twee maanden voor de consensusvergadering werd afgesloten zodat zeer recente publicaties mogelijks niet in het literatuuroverzicht voorkomen, maar indien nodig worden ze voorgesteld en becommentarieerd door de deskundige sprekers (of aangekondigd als ze op de dag van de vergadering niet zijn gepubliceerd).

Ook met de consensusvergaderingen zetten we overigens belangrijke stappen inzake duurzaamheid. We trachten de papieren afdrucken zoveel mogelijk te vervangen door digitale weergaves. Alle informatie betreffende deze consensusvergadering zal dus op de website van het RIZIV te vinden zijn.



De [volledige \(lange\) tekst](#) en de [korte tekst](#) van de besluiten, het literatuuroverzicht ([volledige versie, samenvatting](#)), de [teksten van de experts](#) en de [methodologie](#) kunnen worden geconsulteerd op de RIZIV-website (<https://www.riziv.fgov.be/nl/publicaties/consensusvergaderingen-juryrapporten>).

De [volledige tekst](#) bevat eveneens alle referenties naar literatuur en/of experts.

Voor bijkomende informatie kan u terecht bij Herman Beyers, RIZIV, Galileelaan 5/01, 1210 Brussel (e-mail consensus@riziv-inami.fgov.be).

Methodologie van de consensusvergadering

De [methodologie](#) gebruikt voor deze conferentie volgt de aanbevelingen van het Franse Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (Nationaal Agentschap voor Accreditatie en GezondheidsEvaluatie¹) (nu: HAS - Haute Autorité de Santé).

1. De [promotor](#) is het RIZIV en de conferentie is georganiseerd door het Comité voor de evaluatie van de medische praktijk inzake geneesmiddelen. Dit organisme beslist over de keuze van het onderwerp en bepaalt de te bereiken doelen.
2. Het [organisatiecomité](#) is opgericht door het RIZIV op initiatief van het Comité onder 1. Het specificeert de te bespreken thema's en stelt de leden aan van respectievelijk de bibliografische groep, de groep deskundigen en de jury.
3. De [bibliografiegroep](#) heeft een overzicht van de literatuur gemaakt, op basis van publicaties die hun wetenschappelijke waarde bewezen hebben. De literatuurgegevens worden gewogen naar niveau van zekerheid, volgens de principes van *Evidence-Based Medicine* (EBM). (literatuurstudie: [volledige versie](#) (Engels), [samenvatting](#) (Engels))
4. De [deskundigen](#) hebben, ieder rond een specifiek onderwerp, een uiteenzetting voorbereid en gepresenteerd op de conferentie op 23 oktober 2025. Een [synthesetekst](#) hiervan werd ter beschikking gesteld.
5. De [jury](#) heeft deelgenomen aan de conferentie en is nadien in discussie samengekomen om de conclusies in het hiernavolgende rapport op te stellen. Deze discussies vonden plaats in een zeer constructieve sfeer en leidden tot een gemeenschappelijk standpunt verwoord in deze consensustekst. Het doel was een synthese te maken van de wetenschappelijke gegevens die openbaar werden gemaakt door de bibliografiegroep en de deskundigen, en een antwoord te formuleren op de vooraf vastgestelde vragen.

¹ Les conférences de consensus : base méthodologique pour leur réalisation en France – 1999 - Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
Service communication et diffusion 159, rue Nationale 75640 Paris Cedex 13
I.S.B.N. : 2-910653-45-5



Algemeen besluit van de jury

Multiple sclerose (MS) is een chronische neurologische aandoening met een aanzienlijke impact op patiënten en zorgorganisatie in België.

Kenmerkend voor MS is een verstoord immuunsysteem, met ontstekingshaarden die littekenvorming vertonen ("plaques") in het centrale zenuwstelsel (CZS); die ontsteking veroorzaakt neurodegeneratie, wat gepaard gaat met de vernietiging van neuronen en hun axonen. De diagnose wordt vooral gesteld omstreeks de leeftijd van 32 jaar en treft vooral vrouwen.

MS wordt beschouwd als een auto-immuunziekte van het CZS. De lymfocyten worden geactiveerd (wellicht door genetische aanleg en eerdere infectie met het Epstein-Barr virus), zij passeren de bloed-breinbarrière en veroorzaken er een ontstekingsreactie, vooral rond de kleine veneuze bloedvaten. T-lymfocyten scheiden cytokinen af en dat trekt andere afweercellen aan, die op hun beurt de myeline vernietigen. B-lymfocyten produceren auto-antilichamen en activeren de T-lymfocyten. Die ontsteking leidt tot demyelinisatie (plaquevorming) en soms tot neuronaal verlies, wat blijvende klinische stoornissen veroorzaakt.

De kenmerkende symptomen die wijzen op **verdachte klinische presentaties** bij jongvolwassenen zijn onder meer: motorische stoornissen (zwakte, vermoeidheid, gangstoornissen), optische neuritis (verminderd gezichtsvermogen aan één oog met mogelijk pijn), zintuiglijke stoornissen (paresthesiën, teken van Lhermitte), dubbel zicht, evenwichtsstoornissen, urinaire stoornissen (komen aanvankelijk zelden voor) en cognitieve stoornissen (vrij laat). **Niet-verdachte presentaties** zijn: abrupt begin (onset), hoofdpijn, gehoorverlies, zintuiglijke stoornissen met een duidelijke of radicaire aflijning.

Huisartsen (e.a. zorgverleners) moeten de patiënt doorverwijzen naar een neuroloog bij progressieve neurologische symptomen die niet overgaan binnen de 24-48 uur, bij een eerste evocatieve episode, bij toevallige ontdekking via medische beeldvorming of bij twijfel over de diagnose (met name bij jonge patiënten met atypische symptomen).

De onderstaande **medicamenteuze behandelingen** zijn specifiek voor MS:

- ter behandeling van exacerbaties: hoge doses corticoiden (methylprednisolon), oraal of intraveneus, zonder preventief effect op recidieven.
 - immunomodulerende behandeling: aangepast aan de vorm van MS, als monotherapie. Zij verschillen onderling qua werkingsmechanisme (immunomodulering, remming van lymfocytoproliferatie, blokkering van lymfocytcirculatie, gerichte vernietiging van lymfocyten), qua toedieningswijze (oraal, intraveneus of subcutaan, regelmatig of sequentieel) en qua veiligheids- en tolerantieprofielen. Over het algemeen worden zij geclassificeerd als eerste- of tweedelijsbehandeling, afhankelijk van de baten/risicoverhouding en de tegemoetkomingsvoorwaarden in België.
- Niet-specifieke immunosuppressiva worden niet langer gebruikt.

Afhankelijk van de individuele klachten mag men ze combineren met niet-specifieke, symptomatische behandelingen: baclofen, tizanidine, cannabinoïden, botulinetoxine (spasticiteit); oxybutynine, tolterodine, solifenacine, fesoterodine (blaasklachten); gabapentine, pregabaline, carbamazepine, amitriptyline, duloxetine (neuropathische pijn); SSRI's (depressie); fampridine (gangproblemen).



Tijdens deze consensusconferentie werd ook een analyse gepresenteerd van de evolutie van het gebruik van DMT, waarvoor de ziekteverzekering het indicatiecriterium "multiple sclerose" hanteert. Deze analyse toont aan dat de voorbije vijf jaren een evolutie plaats gevonden heeft in het therapeutisch landschap voor MS. De beta-interferonen worden minder voorgeschreven doch blijven nog gebruikt door een duizendtal patiënten uit een totaal van 12.000 à 14.000. Ook het gebruik van dimethylfumaraat en teriflunomide kent een dalende lijn. Meer patiënten nemen een S1PR-modulator; fingolimod (Gilenya®) is intussen generiek beschikbaar en de belangrijkste uitgavepost binnen de S1PR-modulatoren. Drie nieuwe S1PR-modulatoren 'nemen over'.

Het gebruik van anti-CD20 monoclonale antilichamen kent een belangrijke vlucht en deze zijn als klasse de belangrijkste uitgedrukt in patiëntenaantallen en gebruiksvolumes (ongeveer 1/5 van het totale volume).

De jury stelt vast dat de **rol van de huisarts** (hoewel die essentieel is bij het monitoren en behandelen van MS) onvoldoende staat omschreven in de huidige richtlijnen. De huisarts moet de patiënt basisinformatie verstrekken, jaarlijks een algemene check-up verrichten in samenwerking met het multidisciplinaire team dat instaat voor de zorgverlening aan de PmMS (MDT), symptomen herkennen en een diagnose stellen, symptomen holistisch behandelen en comorbiditeiten en exacerbaties behandelen in overleg met het gespecialiseerde team. Eveneens aanbevolen: het monitoren van de ongewenste effecten van de behandeling, leefstijladvies, vroegtijdige zorgplanning, vaccinatiepromotie en regelmatige communicatie met het MDT. Eén enkel contactpunt wordt aanbevolen voor een vlotte coördinatie tussen huisarts en MS-team.

De **apotheker** wordt weliswaar zelden vernoemd, maar speelt een sleutelrol in de multidisciplinaire aanpak van MS: hij/zij bevordert therapietrouw, houdt het overzicht bij gebruik van meerdere geneesmiddelen, houdt het farmaceutisch dossier up-to-date, beheert interacties tussen geneesmiddelen en staat in contact met de artsen om de continuïteit van de behandeling te waarborgen.

Verwijzing naar een specialist (neuroloog / MS-expert) is noodzakelijk voor de diagnosestelling, de behandeling bij exacerbaties, de jaarlijkse algemene check-up, gezinsplanning, ziektemodificerende therapieën en de aanpak van ernstige of aanhoudende symptomen wanneer de eerstelijnsstrategie niet blijkt te volstaan.

Kenmerkend voor MS-exacerbaties is dat nieuwe symptomen optreden of bestaande symptomen verergeren gedurende ten minste 24 uur, zonder dat er sprake is van infectie of andere oorzaken. Het is van cruciaal belang om het teken van Uhthoff (= tijdelijke verergering bij lichaamstemperatuurverhoging) te herkennen en het te onderscheiden van een echte exacerbatie. Bij een bevestigde exacerbatie wordt aanbevolen de patiënt zo snel mogelijk door te verwijzen naar het MDT (binnen de 24 tot 48 uur) en een behandeling met corticosteroïden te overwegen als de functionele beperking aanzienlijk is.

Biologische monitoring is onontbeerlijk voor en tijdens MS-behandelingen: bloedonderzoek, lever-, nier- en schildklierfunctie, virale serologie. Verscheidene geneesmiddelen veroorzaken lymfopenie; dat vergt verhoogde controle en soms stopzetting van de behandeling in het geval van een ernstige vorm.

Vaccinatie moet worden overwogen voordat men een immunosuppressieve behandeling start. Levende vaccins worden idealiter 4 weken voor de start van de behandeling toegediend; geïnactiveerde vaccins 2 weken ervoor. Tijdens de behandeling zelf zijn uitsluitend de geïnactiveerde vaccins aanbevolen; die zijn mogelijk slechts beperkt werkzaam bij bepaalde moleculen. Na stopzetting van de behandeling wacht men best alvorens levende vaccins toe te dienen. Jaarlijkse vaccinatie tegen griep, COVID-19, pneumokokken en RSV wordt aanbevolen voor alle PmMS, maar dat blijkt in de



praktijk niet eenvoudig om allerlei redenen, zoals toegang en vergoedbaarheid (met name anti-RSV-vaccin, bijvoorbeeld).

De ongewenste effecten van MS-behandelingen verschillen van geneesmiddel tot geneesmiddel. Op korte termijn ervaren sommige patiënten griepachtige reacties, spijsverteringsklachten, reacties op de injectieplaats, bradycardie of allergische reacties. Eerstelijnsbehandelingen houden vaak geen noemenswaardig risico in (tenzij de patiënt ze slecht verdraagt). Sommige tweedelijnsgeneesmiddelen daarentegen vergen langetermijnmonitoring wegens het risico van opportunistische infecties, bloedstoornissen, huidkankers, cardiovasculaire en levercomplicaties en oog- en longproblemen, of in meer zeldzame gevallen auto-immuniteit (zoals bij alemtuzumab).

Er bestaat een risico op reboundklachten wanneer men sommige behandelingen abrupt staakt (natalizumab, S1P-modulatoren). Gecontroleerde tapering is dus geboden.

Kortom, de aanpak van MS vergt een nauwe samenwerking tussen de huisarts en het MDT, met bijzondere aandacht voor klinische, biologische en vaccinatiemonitoring, voor de aanpak van ongewenste effecten en voor multidisciplinaire communicatie.

De jury benadrukt dat het belangrijk is de – vaak onderschatte – **“onzichtbare” symptomen** te herkennen en behandelen; de meeste PmMS hebben daar last van. De vier belangrijkste “onzichtbare” symptomen zijn blaasklachten, darmklachten, pijn en vermoeidheid.

Bij **blaasklachten** pleiten zij voor een systematische anamnese en een klinisch onderzoek, met gebruik van vragenlijsten en, indien nodig, een raadpleging bij een specialist-uroloog. De behandeling bestaat in de eerste plaats uit niet-medicamenteuze oplossingen zoals bekkenbodembodemkinesithérapie, leefstijlaanpassingen en dieet. Medicamenteuze behandeling valt te overwegen als daar nood aan is, mits men aandachtig blijft voor ongewenste effecten en het onderscheid maakt tussen asymptomatische bacteriurie (die niet behandeld moet worden) en symptomatische bacteriurie (die wel behandeld moet worden).

Bij **darmstoornissen** is een actieve aanpak essentieel. Constipatie wordt in eerste instantie behandeld met niet-medicamenteuze maatregelen (hydratatie, lichaamsbeweging, vezelrijk dieet) en, indien nodig, met geschikte geneesmiddelen. Bij stoelgangincontinentie is dieetadvies de eerste keuze, met loperamide als optie. In complexe gevallen kan een tussenkomst door een specialist nodig zijn.

Bij **pijn** moet men de oorzaak opsporen (neuropathisch, musculoskeletaal, ongewenste effecten). De behandeling hangt af van het type pijn, volgens bestaande nationale aanbevelingen.

Vermoeidheid komt vaak voor, is invaliderend en moet worden erkend; de niet-medicamenteuze aanpak krijgt prioriteit (mindfulness, lichaamsbeweging, cognitieve gedragstherapie) en na 3 tot 4 maanden gaat men na of dat doeltreffend is.

Het is van vitaal belang de patiënt uit te leggen dat die vermoeidheid verschillende aspecten heeft en dat regelmatig onderzoek nodig is om te ontdekken welke algemene factoren die vermoeidheid triggeren (slaapproblemen, stemmingsstoornissen, pijn, blaas- en sfincterproblemen, ongewenste effecten van geneesmiddelen, tekorten, hormonale problemen, enz.).

Kortom, actieve beoordeling van **“onzichtbare” symptomen** is essentieel; alle zorgverleners rondom de patiënt moeten daarbij worden betrokken, vooral de huisarts, die een sleutelrol vervult in de coördinatie met het MDT. Het bewijs voor de doeltreffendheid van behandelingen blijft beperkt, maar patiënteneducatie en niet-medicamenteuze interventies zijn van fundamenteel belang. De jury benadrukt dat men die onzichtbare symptomen niet mag gedogen: men moet ze zoveel mogelijk behandelen.



Over de behandeling van MS in **specifieke situaties** zet de jury zijn belangrijkste besluiten en aanbevelingen uiteen. MS is bij **kinderen en adolescenten** weliswaar zeldzaam, maar hun symptomen zijn vaak ernstiger. De jury benadrukt het belang van een multidisciplinaire aanpak, met bijzondere aandacht voor cognitieve en psychosociale aspecten. Exacerbaties worden behandeld met intraveneus toegediend methylprednisolon, eventueel gevolgd door een oraal afbouwschema; voor de ziektemodificerende behandeling gelden dezelfde monitoringregels als bij volwassenen. Ook al is de toegang tot ziektemodificerende behandeling beperkter dan bij volwassenen, toch bestaan er verschillende opties, met eerste- of tweedelijnsbehandelingen, waaruit de expert neuroloog zal kiezen op basis van de ernst van de ziekte en het tolerantieprofiel. Bij die zorg zijn naast de huisarts ook de patiënt, diens ouders, de kinderarts, de neuropsychiater enz. actief betrokken.

Bij PmMS met een kinderwens moet men het onderwerp "zwangerschap" vroegtijdig aankaarten, waarbij moet worden herinnerd dat dit geen contra-indicatie vormt. Het is raadzaam om de zwangerschap te plannen nadat de ziekte is gestabiliseerd en te zorgen voor multidisciplinaire follow-up. Specifieke behandelingen (immunomodulatoren, immunosuppressiva) vergen bijzondere voorzorgsmaatregelen: anticonceptie is verplicht bij bepaalde teratogene geneesmiddelen en er bestaat een risico op reboundklachten na stopzetting van het gebruik van bepaalde geneesmiddelen. Toch zijn veel geneesmiddelen verenigbaar met zwangerschapsplannen; men mag het gebruik ervan staken eens de zwangerschap is bevestigd, of men mag ze zelfs blijven gebruiken tijdens de zwangerschap onder bepaalde voorwaarden en gedurende een welbepaalde periode. Borstvoeding wordt aangemoedigd mits de behandeling wordt aangepast indien nodig.

Waakzaamheid is geboden bij de diagnose van MS bij **ouderen of mensen met cardiovasculaire comorbiditeiten**. Leeftijd hoeft het starten van ziektemodificerende behandeling niet in de weg te staan, maar noopt tot een verhoogde controle op ongewenste effecten en een actieve aanpak van comorbiditeiten. Stopzetting van de behandeling moet van geval tot geval worden besproken, met nauwgezette monitoring.

Tot slot pleit de jury ervoor om van meet af aan rekening te houden met **werkgelegenheids- en invaliditeitsaspecten**, via een multidisciplinaire aanpak met het oog op behoud van werk door middel van de aangewezen aanpassingen. De jury benadrukt dat blijven werken van groot belang is voor het welzijn van PmMS.

Levensstijl speelt een centrale rol en moet holistisch worden benaderd. **Stoppen met roken** wordt sterk aanbevolen, aangezien roken zowel de progressie van de ziekte, invaliditeit, MRI-activiteit als overlijdensrisico verhoogt. Rookstopmaatregelen moeten een integraal onderdeel van de behandeling zijn, met name met hulp van de huisarts.

Met betrekking tot voeding is het raadzaam om een optimale vitamine D-spiegel (50-70 nmol/L) te handhaven met regelmatig gecontroleerde suppletie. Vanaf de leeftijd van 50 jaar moet men aandacht hebben voor osteoporose. De werkzaamheid van omega-3 of omega-6 is niet bewezen. Een gezond, evenwichtig dieet verhoogt de levenskwaliteit, terwijl de Wahls- en Jelinek-diëten worden afgeraden. Zowel overgewicht als ondervoeding zijn te mijden, omdat ze een negatieve invloed hebben op het verloop van de ziekte.

Psychosociale factoren, met name chronische stress, beïnvloeden het welzijn en de progressie van MS. Psychologische ondersteuning wordt aanbevolen vanaf het moment van de diagnose, met speciale aandacht voor slaap. Benaderingen zoals mindfulness, cognitieve therapie en stressbeheer worden voorgesteld.



Regelmatische lichaamsbeweging (150 minuten per week) **en sport** worden sterk aanbevolen, ongeacht de mate van invaliditeit (EDSS). Zij zijn gunstig voor mobiliteit, energieniveau, mentale gezondheid, uithoudingsvermogen, spierkracht en evenwicht. Andere aanvullende therapieën (hippotherapie, hydrotherapie, yoga, Pilates, enz.) kunnen ook nuttig zijn. Patiëntenvoorlichting en motivatie zijn essentieel, net als het inschakelen van gespecialiseerde professionals indien nodig.

Dat helpt om lichamelijke en cognitieve reserves te behouden en de impact van MS te beperken. Jaarlijkse follow-up door de neuroloog en multidisciplinaire beoordeling worden aanbevolen. De kinesitherapeut moet in een vroeg stadium tussenbeide komen, doelen formuleren en een programma op maat aanbieden, terwijl de specialist in FGR het revalidatieprogramma coördineert.

De specifieke symptomen (vermoeidheid, gangstoornissen, spasticiteit, enz.) moeten op individuele basis worden beoordeeld en behandeld. Toegang tot kinesitherapie moet worden vergemakkelijkt van zodra de diagnose is gesteld, zelfs in het geval van milde beperkingen; de MSVPK verzekert de communicatie tussen het team en de eerste verwijzer.

Patiënten hebben ook ondersteuning nodig om individuele, omgevings- en gezondheidsgerelateerde drempels te overwinnen.

De zorg moet worden verstrekt door een MDT (multidisciplinair team van neurologen, huisartsen, specialisten in de fysieke geneeskunde, verpleegkundigen, kinesitherapeuten, ergotherapeuten, psychologen, apothekers, enz.). Er moet een specifieke, up-to-date vorming worden voorzien voor wie bij die zorg is betrokken.

De jury baseerde zich op internationale aanbevelingen die de **MSVPK centraal stellen in multidisciplinaire MS-zorgunits** (MSCU – MS Care Units), onder coördinatie van de neuroloog en in nauwe samenwerking met verscheidene beroepsbeoefenaren. In België blijft de toegang tot dergelijke zorg beperkt, zeker voor patiënten in de minder geavanceerde ziektestadia, en de MSVPK-financiering is heterogeen en doorgaans onbestendig.

Recent Belgisch onderzoek toont aan dat de aanwezigheid van een MSVPK en/of multidisciplinaire zorg een positief effect heeft op het symptoombeheer en de beroepsintegratie van PmMS. De jury benadrukt ook de sleutelrol van de huisarts, vooral bij het monitoren van “onzichtbare” symptomen, het beheren van behandelingen en comorbiditeiten, terwijl de MSVPK coördineert.

De jury is het eens met de noodzaak van vroegtijdige multidisciplinaire zorg en bevestigt de centrale rol van de MSVPK als voornaamste aanspreekpunt, zowel voor PmMS als voor zorgverleners. Zij benadrukt ook de essentiële complementariteit tussen neurologen en huisartsen. Bovendien erkent de jury het belang van de financiering en de waardering van de status van MSVPK, en beveelt zij aan hun expertise te erkennen, ook voor degenen die niet over een masterdiploma beschikken, door middel van homologatie of aangepaste specifieke opleidingen.

De jury pleit voor een gewaarborgde multidisciplinaire toegang voor elke patiënt vanaf het moment van diens diagnose tot MDT waarin de MSVPK centraal staan, voor een geharmoniseerde financiering ervan, voor erkenning van hun verworven expertise, terwijl er tegelijkertijd een opleiding met diploma wordt voorzien voor toekomstige beroepsbeoefenaren.

Algemene opmerkingen

De jury benadrukt dat het belangrijk is de zorg zo dicht mogelijk bij de patiënt te organiseren en tegelijkertijd de voorzieningen te creëren om de zorg te verstrekken in gespecialiseerde centra indien een complexe situatie dat vereist of als er nood is aan specifieke knowhow. Met zo’n combinatie van nabijheid en specialisatie is elke patiënt zeker van globale zorg, afgestemd op de eigen behoeften.

De jury deelt de conclusie dat de rol van de eerstelijnszorg in de aanbevelingen onvoldoende is omschreven, maar erkent tegelijkertijd het grote potentieel ervan. De huisarts is immers een gemakkelijk bereikbaar en beschikbaar aanspreekpunt en ziet zijn patiënten regelmatig, waardoor hij



een totaalbeeld van hun situatie heeft. Gezien de complexiteit van de behandelingen en de beperkte ervaring van de huisarts met deze geneesmiddelen is overleg echter noodzakelijk. De jury benadrukt ook het belang van een coördinerende functie, bijvoorbeeld door een MSVPK, om een optimale zorg te garanderen.

Om de zorgcontinuïteit en -kwaliteit te garanderen, is het essentieel dat de specialisten hun kennis en vaardigheden delen met de eerstelijns-zorgverleners. Mede dankzij initiatieven zoals o.m. die van MS Nurse PRO kunnen beroepsbeoefenaren die betrokken zijn bij de behandeling van de ziekte zich voortdurend bijscholen en hun kennis actueel houden.

In België zijn drie MS-liga's actief: de Nationale Belgische MS-Liga, de MS-Liga Vlaanderen en de Ligue SEP Communauté Française. De gemeenschapsliga's delen de opdracht om PmMS en hun omgeving te informeren, te begeleiden en ondersteunen, te verbinden en te mobiliseren en sensibiliseren. Zij beschikken over een sociale dienst met maatschappelijk werkers en casemanagers die PmMS begeleiden op hun zorgpad, bieden maatschappelijke en psychologische ondersteuning en informeren over hun rechten en adviseren rond tewerkstelling, wetgeving en administratie. Daarnaast organiseren zij bijeenkomsten, gespreksgroepen en activiteiten waar PmMS en hun naasten elkaar kunnen ontmoeten. De Nationale Liga draagt op federaal en internationaal niveau bij aan de verdediging van PmMS en aan de algemene en medische voorlichting over MS.

Expertisecentra en neurologen spelen een centrale rol door regelmatig informatie te verstrekken en door de vaardigheden van huisartsen te versterken. Op diezelfde manier delen kinesitherapeuten die gespecialiseerd zijn in MS hun ervaring en werkwijzen met kinesitherapeuten uit de eerstelijnszorg; al doende komt men tot onderlinge afstemming van praktijkvoering en wint het plaatselijke netwerk aan vaardigheden.

De eerstelijns-MS-expertise wordt beschouwd als een hoeksteen van de zorgorganisatie, met een bijzondere verantwoordelijkheid voor eerstelijnszorggebieden. Er wordt ook benadrukt dat elke patiënt gewaarborgde toegang moet krijgen tot kinesitherapie, los van woonplaats of situatie.

De MSVPK spelen een sleutelrol in de eerstelijnszorg. Ze blijven beschikbaar voor rechtstreekse tussenkomsten bij de patiënt, maar ook voor ondersteuning van (en contactname met) andere zorgverleners in diens plaatselijke netwerk. Daarnaast staan zij in voor het organiseren van voortdurende opleidingen in het werkveld; zo helpen ze de zorgkwaliteit voortdurend te verbeteren.

Specialisatie in MSVPK is vooral gestoeld op in het veld verworven vaardigheden en ervaringen, niet op het bezit van een specifiek diploma. Toch is men van plan de toegang tot dit beroep afhankelijk te maken van academische criteria zoals het bezit van een masterdiploma, ofschoon multidisciplinair teamwerk en kwaliteitscontrole zouden moeten primeren. Dat is een zorgwekkende vaststelling, te meer daar grote schaarste aan gespecialiseerde verpleegkundigen heerst.

Een multidisciplinaire expertengroep volgt voortdurend de wetenschappelijke ontwikkelingen op het gebied van MS en de behandeling ervan. Hun opdracht: aangepast advies verlenen dat rekening houdt met de eerstelijnszorg en het perspectief van de patiënt om het best mogelijke antwoord te bieden op alle problemen die de ziekte met zich meebrengt.

Daarnaast is het belangrijk dat PmMS zich betrokken voelen bij de keuze van de behandeling tijdens het gesprek met hun arts, en dat rekening wordt gehouden met de behandelopties en hun voorkeuren. Gedeelde besluitvorming is bevorderlijk voor medewerking van de PmMS en voor therapietrouw, en maakt een persoonlijke aanpak mogelijk.



Daarnaast verdienen "ervaringsdeskundigen" meer steun, vermits zij een doorslaggevende rol spelen bij de ondersteuning van en zorg voor PmMS omdat zij elk hun ervaring en deskundigheid kunnen inbrengen om anderen te helpen.

De tenlasteneming van MS is uiterst complex, doordat tal van zorgpaden elkaar volgen of overlappen zonder noemenswaardige coördinatie. Dat alles leidt tot overbodig medisch onderzoek en soms tot tegenstrijdige adviezen, vooral voor patiënten met comorbiditeiten (kanker, diabetes, nierfalen, COPD, psychiatrische aandoeningen, enz.) Door die situatie zijn patiënten vaak genooddaakt van hot naar her te gaan voor raadplegingen of ziekenhuisopnamen, tot grote frustratie van alle betrokkenen:

- van alle artsen, wier aanbevelingen niet altijd optimaal worden opgevolgd;
- van de patiënt, die zich veronachtzaamd kan voelen met als gevolg dat de therapietrouw eronder lijdt;
- van de huisarts, die het moeilijk krijgt om de verschillende betrokken partijen te coördineren (dat is onbetaald werk);
- van de verzekeringsinstellingen, die merken dat medisch onderzoek wordt overgedaan zonder dat de zorg daar beter van wordt.

Aanvullende voorstellen

De jury formuleert onderstaande concrete optimalisatievoorstellen voor de zorg voor PmMS:

- voor thans actieve MSVPK: erkenning van hun expertise op basis van anciënniteit en klinische ervaring, los van een masterdiploma, waarbij tegelijkertijd een opleiding met diploma wordt aanbevolen voor toekomstige professionals,
- eenvormige en bestendige MSVPK-financiering, op een harmonieuze en billijke wijze, in heel het Belgische grondgebied,
- betere terugbetaling van kinesitherapie en psychotherapie voor PmMS,
- terugbetaling van niet-specifieke geneesmiddelen bij blaasklachten,
- vergoeding van prucalopride (Resolor®) als bij zeer zware constipatie iedere andere behandeling faalt,
- betere terugbetaling van aanbevolen vaccins voor/tijdens het starten van immunosuppressie bij PmMS.
- terugbetaling van monitoring van vitamine D-spiegels.