

Health Forum

December 2012 · Nr.12

Het magazine van de Landsbond van de Onafhankelijke Ziekenfondsen · driemaandelijks



Digitaal doktersadvies

**Brengt het internet de
arts-patiëntrelatie in het gedrang?**

Dossier

**De patiënt als kloppend hart
van de zorg: initiatieven om
zijn rol te versterken**

**Onafhankelijke
Ziekenfondsen**

Maak kennis met de Onafhankelijke Ziekenfondsen!

De Onafhankelijke Ziekenfondsen zijn, met meer dan 2.000.000 leden, de op 2 na grootste verzekeringsinstelling van het land.

De Landsbond van de Onafhankelijke Ziekenfondsen verenigt 7 ziekenfondsen:



OZ

Boomsesteenweg 5
2610 Antwerpen
www.oz.be



Omnimut Mutualité Libre de Wallonie

Rue Natalis 47 B
4020 Liège
www.omnimut.be



Euromut Onafhankelijk Ziekenfonds

Louis Mettwielaan 74-76
1080 Brussel
www.euromut.be



Freie Krankenkasse

Hauptstrasse 2
4760 Büllingen
www.freie.be



Onafhankelijk Ziekenfonds Securex

Tervurenlaan 43 | Verenigde-Natieslaan 1
1040 Brussel | 9000 Gent
www.securex-ziekenfonds.be



Partena Ziekenfonds

Coupure Links 103
9000 Gent
www.partena-ziekenfonds.be



Partenamut

Anspachlaan 1
1000 Brussel
www.partenamut.be



Het akkoord rond geneesmiddelen gewikt en gewogen

“Een partnership voor het handhaven van de solidariteit en de innovatie inzake geneesmiddelen ten behoeve van de patiënt”, zo heet het akkoord dat Laurette Onkelinx, de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, in oktober heeft afgesloten met pharma.be. Dit stabiliteitspact legt vooral de klemtoon op regelmatig voorafgaandelijk (en vertrouwelijk) overleg omtrent het geneesmiddelenbudget, de toegang tot nieuwe geneesmiddelen, volksgezondheid en Research & Development.

Het hoeft geen betoog dat het geneesmiddelenbudget een belangrijk aandachtspunt van het akkoord is. Meer bepaald zullen beide partners, samen met de RIZV-administratie, onderzoeken of het budget gekoppeld kan worden aan op voorhand vastgelegde gezondheidsdoelstellingen. Daarnaast maken de bestaande marktevoluties en vooruitzichten (op 1 en 3 jaar) en de verwachte innovatie deel uit van de budgetbesprekingen. Het probleem hierbij schuilt in het feit dat dat de ‘te verwachten innovatie’ niet altijd strookt met deze die na evaluatie gekenmerkt wordt door meerwaarde. Zo is ongeveer 50% van de innovatieve producten gekoppeld aan een therapeutische meerwaarde^{1,2,3}. Dat heeft een impact op de realisatie van de gezondheidsdoelstellingen én op het budget aangezien meerwaarde noodzakelijk is voor het aanvaarden van een meerprijs. Zal hiermee rekening

worden gehouden tijdens de budgetbesprekingen? Omtrent de toegang tot nieuwe geneesmiddelen onderstreept het akkoord terecht de nood aan meer externe expertise bij de CTG (Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen) en een afgerond evaluatierapport. Ook de vraag naar geanonimiseerde data (Farmanet, verzekeringsdata) is opportuun, want iedereen heeft voordeel bij het gebruik van de best

beschikbare data. Verrassender is de vermelding van “een betere evaluatie van therapeutische waarde en budgetimpact”. Sinds 2002 is de evaluatie van de relatieve therapeutische waarde namelijk al de norm bij de CTG en het KCE heeft net een nieuwe aanbeveling rond gezondheids-economie en budgetimpact⁴ gepubliceerd. Is dit geen gebrek

aan erkenning van het geleverde werk van deze twee instellingen tijdens de voorbije 10 jaar?

Volgens pharma.be stelt de farmaceutische sector 32.000 mensen te werk en overschrijden de jaarlijkse uitgaven voor geneesmiddelen de kaap van 4 miljard euro. Het staat dus buiten kijf dat overleg in deze sector essentieel is. Om de zorgefficiëntie te garanderen en de toekomstige solidariteit te handhaven.

Xavier Brenez
Directeur-generaal
van de Landsbond van
de Onafhankelijke Ziekenfondsen



1 MORSE rapport 2009, RIZIV

2 Motola D et al., Br J Clin Pharmacol 2004 ; 59 (4):475-78

3 Franse Gezondheidsraad, activiteitenrapport 2011

4 KCE rapport 183A, 2012

Hoofredactrice

Karima Amrous · karima.amrous@mloz.be · T 02 778 94 33

Eindredacteur

Steven Vervaeke · steven.vervaeke@mloz.be · T 02 778 94 38

Redactiecomité

Karima Amrous · Stéphanie Brisson · Ann Ceuppens · Annemie Coëme · Regina De Paepe
Christian Horemans · Pascale Janssens · Chantal Neiryck · Nathalie Renna · Hellen Smeets
Piet Van Eenoo · Jan Van Emelen · Christiaan Van Hul · Emilie Vanderstichelen
Rudy Van Tielen · Valérie Vander Veken · Steven Vervaeke · Anne Viroux

Lay-out

Leen Verstraete · layout@mloz.be

Foto's

Reporters

Vertaling

Annemie Mathues · Emilie Van Isterdael · Barbara Van Ransbeeck

Verantwoordelijke uitgever

Xavier Brenez · xavier.brenez@mloz.be

Health Forum

Bent u geïnteresseerd in Health Forum?

Wenst u Health Forum regelmatig te ontvangen of uw collega's te abonneren?

Contacteer ons!
Landsbond van de
Onafhankelijke Ziekenfondsen
Health Forum
Sint-Huibrechtsstraat 19
1150 Brussel · T 02 778 92 11
Of stuur een e-mail naar
health-forum@mloz.be

Inhoud

Nr.12 December 2012

3 Edito

5 Wist u?

6 Dossier

De patiënt als kloppend hart van de zorg : initiatieven om zijn rol te versterken

14 Forum Zorgverstrekkers

Europese gezondheidssystemen halen broeksriem aan

Gezond en evenwichtig eten...
Maar volgens welk model?

18 Studie

Galblaasverwijdering – Waarom zo weinig daghospitalisaties?

Cataractoperatie - Chirurgie buiten het ziekenhuis: een verdedigbare derde optie?

24 Europa

Thema's om in het oog te houden in 2013

26 Debat

Kinesitherapeuten wikken en wegen de toekomst van de gezondheidszorg

28 Events

Feminisering van de gezondheidszorg
Op zoek naar een evenwicht

30 Kiosk

www.mloz.be

Dossier

De patiënt als kloppend hart van de zorg: initiatieven om zijn rol te versterken

De oprichting van het Observatorium voor chronische ziekten was een eerste stap om patiënten te betrekken bij het Belgische gezondheidstelsel. Dat het noodzakelijk is om als arts naar de patiënt te luisteren, staat als een paal boven water, maar dat blijkt in de praktijk niet altijd van een leien dakje te lopen. Hoewel het startschot voor een grotere inbreng van de patiënt al gegeven is, blijft België achterop hinken. Hoe kunnen we de betrokkenheid van de patiënten verhogen? Een overzicht!



6

Gezondheidspromotie

Gezond en evenwichtig eten ... Maar volgens welk model?

Een evenwichtige en gevarieerde voeding is en blijft een basisvoorwaarde voor een goede gezondheid. De manier om de daad bij het woord te voegen, blijft echter voer voor discussie. In Vlaanderen blijven de bevoegde instanties zweren bij de actieve voedingsdriehoek, terwijl in Wallonië andere modellen gelden. Vanwaar die verschillen tussen de voedingsaanbevelingen? En zou een uniform nationaal model niet beter zijn? Gevonden vreten voor een boeiende discussie!



18

Studie Cataractoperatie

Chirurgie buiten het ziekenhuis: een verdedigbare derde optie?

In België vinden jaarlijks ongeveer 100.000 cataractoperaties plaats. Deze ingreep hoeft echter niet noodzakelijk in een ziekenhuisomgeving uitgevoerd te worden. Om de (vaste) kosten te drukken en ziekenhuisinfecties te vermijden, wordt dan ook steeds vaker gezocht naar alternatieven voor een ziekenhuisopname. In een recente analyse over de gefactureerde kosten bij onze leden nemen de Onafhankelijke Ziekenfondsen deze 'derde optie' onder de loep!



24

Belgische Virtuele Tumorbank uit de startblokken

Onderzoekers kunnen momenteel al meer dan 12.000 stalen raadplegen via de webapplicatie van de 'tumorbank'. Het gaat niet om stalen van menselijk lichaamsmateriaal, maar om bijbehorende technische en medische gegevens als de bewaarprocedure van het staal, het tumortype, de uitgebreidheid van de ziekte op het moment van de diagnose ... Deze tumorbank zal op die manier een belangrijk hulpmiddel zijn bij translationeel kankeronderzoek. Dit type onderzoek richt zich op het vertalen van basisonderzoek en laboresultaten naar de toepassing ervan in de klinische praktijk. **11 ziekenhuizen, waaronder alle universitaire ziekenhuizen, werken mee aan dit initiatief** van het Kankerregister en de universitaire oncologische centra.

www.kankerregister.org

4 op de 10 Belgen

raadplegen hun arts één keer per maand.

Bron: enquête Ivox

2 miljard...

Zoveel 60-plussers zullen er tegen 2050 op onze planeet rondlopen. Tegen die tijd zullen er bovendien ook meer 60-plussers zijn dan kinderen onder de 15 jaar.

Bron: United Nations Population Fund (UNFPA)

Verlof voor gehospitaliseerd kind: soepelere regeling

Sinds 1 november 2012 kunnen ouders van zwaar zieke, gehospitaliseerde kinderen een week thematisch verlof nemen, met de mogelijkheid om dit verlof aansluitend met een week te verlengen. Daarvoor was het verplicht om minimaal 1 maand verlof te nemen. De werknemer is daarbij beschermd tegen een ontslag. Na deze periode is het gewone verlofsysteem voor de verzorging van een zwaar ziek familielid (minimaal een maand) van toepassing. Als het kind langer dan twee weken in het ziekenhuis moet blijven, is de werknemer wel verplicht om gedurende een maand voltijds themaverlof op te nemen. Tijdens deze verlofperiode voor medische bijstand ontvangt de werknemer een onderbrekingsuitkering van de RVA.

www.werk.belgie.be

Meer en meer ziekenhuizen zijn 'babyvriendelijk'



en UNICEF.

Een optimale steunpilaar bij borstvoeding, een goede informatieverstrekking tijdens de zwangerschap, de promotie van een natuurlijke bevalling en de weigering om kunstmatige voeding te promoten. Aan deze criteria voldoen 8 Belgische ziekenhuizen die daardoor voor de tweede keer mogen pronken met het **Baby Friendly Hospital Initiative-certificaat (BFHI)**. Dat brengt het aantal ziekenhuizen die dit kwaliteitslabel hebben behaald op 22 (20.000 in de wereld). Aan Vlaamse kant zijn de laureaten: UZ Leuven (Campus Gasthuisberg), AZ Jan Palfijn (Gent), de Kliniek Sint-Jan (Brussel) en AZ Sint-Jan (Brugge-Oostende). De toekenning van het BFHI-certificaat gaat terug op een internationale gedragscode die vastgelegd is door de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO)

www.babyhospital.be



Dossier

De patiënt als kloppend hart van de zorg : initiatieven om zijn rol te versterken

De patiënt als actieve partner in de gezondheidszorg

p.7

De ombudsfunctie van het ziekenhuis: nog werk aan de winkel ...

p.9

Ervaringsdeskundigen of medebeslissers?

p.10

Brengt het internet de arts-patiëntrelatie in het gedrang?

p.12

De patiënt als actieve partner in de gezondheidszorg

De oprichting van het Observatorium voor chronische ziekten was een eerste stap om patiënten te betrekken bij het Belgische gezondheidsstelsel. Dat het noodzakelijk is om als arts naar de patiënt te luisteren, staat als een paal boven water, maar dat blijkt in de praktijk niet altijd van een leien dakje te lopen. Hoewel het startschot voor een grotere inbreng van de patiënt al gegeven is, blijft België achterop hinken. Hoe kunnen we de betrokkenheid van de patiënten verhogen? Een overzicht!

“**W**at bedoelen de autoriteiten en instellingen juist met ‘patiëntenparticipatie’?”, vraagt Lucio Scanu, voorzitter van de vereniging Stoma-Ilco, zich af. “Een patiënt is geen deskundige. Hij bevindt zich in een complexe situatie en probeert zelf een oplossing te vinden. Het is dus logisch dat hij vanuit zijn ervaringen gaat nadenken over de organisatie van de zorg.” Dat is in het kort de inbreng van de patiënt in het zorgsysteem en de twijfels die dit oproept.

De definitie van participatie verschilt naargelang men zelf patiënt is of helper. In het kader van de geestelijke gezondheid is de kern van het probleem bijvoorbeeld de relatie van de ouders met de betrokken zorgverleners. “De geestelijke gezondheidszorg is een wereld apart”, legt Georges Legros uit. Hij is lid van de vereniging Similes en zijn zoon lijdt aan ernstige psychische stoornissen. “Er bestaat een soort dogma dat de familie zich niet mag bemoeien met de tenlasteneming van de patiënt. Ik heb altijd geprobeerd om zoveel mogelijk informatie los te weken bij de artsen van mijn zoon en om mee na te denken over mogelijke oplossingen, maar dat wordt mij niet altijd in dank afgenomen.”

Eindelijk erkenning van rechten

Het is moeilijk om één definitie te geven van het begrip ‘patiëntenparticipatie’. “Participatie is geen doel op zich. Het is enerzijds het verwerven van bepaalde vaardigheden, anderzijds is het ook een bewustmakingsproces. Het volstaat niet om het woord aan de patiënt te geven”, zegt Carine Serano. Zij staat in voor

het project en de communicatie bij LUSS, het Franstalige patiëntenplatform.

Participatie kan op allerlei manieren gebeuren, maar het startschot werd gegeven bij de erkenning van de rechten van de patiënt 10 jaar geleden. Die rechten houden bijvoorbeeld in om geïnformeerd te worden over de eigen gezondheidstoestand of om na

voldoende informatie al dan niet in te stemmen met een geneeskundige behandeling. Hiervoor werd de functie van ombudsman ingevoerd in elk ziekenhuis (zie het artikel op pagina 9). Informatie is één van de belangrijkste factoren die de participatie van patiënten kunnen bevorderen, en dus ook hun houding ten opzichte van het gezondheidsstelsel. “Als ouder van een kind met zware psychi-

sche stoornissen werden we vaak met een kluitje in het riet gestuurd wanneer we probeerden om met de psychiater te praten”, legt Georges Legros uit. “Het gebeurde zelfs dat we geen antwoord kregen op eenvoudige vragen, bijvoorbeeld wanneer de geneesmiddelen genomen moesten worden.”

Samen sterk

Wanneer het niet mogelijk is om tijdens een gesprek met de arts een antwoord te krijgen op alle vragen of verwachtingen, dan kunnen patiënten en hun familie zich wenden tot zelfhulpgroepen. Deze bestaan uit andere zieken of ouders die dezelfde situatie doormaken. Het is deze uitwisseling tussen ‘peers’ (gelijken) die aan de basis ligt van het ontstaan van de patiëntenverenigingen (lees het artikel op pagina 10). Patiënten en hun familieleden krijgen dankzij

Het Observatorium voor chronische ziekten vormt eindelijk een officieel platform waarin ook patiëntenverenigingen een plaats krijgen.

Carine Serano, LUSS.



Het overleg met de arts is cruciaal ter bevordering van de patiëntenparticipatie.

die verenigingen meer inzicht in hun kwaal, zodat ze actief kunnen 'meewerken' aan de tenlasteneming of de begeleiding van hun aandoening.

Gebruikerscomités: nog een stap verder

In Vlaanderen denkt men na over manieren om de patiënten te betrekken bij het beheer van de verzorgingsinstellingen. ICURO, de Vlaamse koepel van openbare ziekenhuizen, vermeldt in haar code van goed bestuur de raadpleging van de stakeholders, patiënten inbegrepen. Ook in sommige wijkgezondheidscentra zijn er gebruikerscomités die deelnemen aan de besprekingen over hun organisatie. Dat is bijvoorbeeld het geval in het Wijkgezondheidscentrum van Seraing, waar twee vertegenwoordigers zetelen in de raad van bestuur en de algemene vergadering. Ze bespreken er onder andere de prioriteiten van het wijkgezondheidscentrum op vlak van gezondheid, de structuur, de uurroosters of de wachtdiensten.

Schuchtere participatie op politiek vlak

De participatie van de patiënten is minder evident op het politieke niveau, al zijn de platformen van de patiëntenverenigingen Vlaams Patiëntenplatform (VVP) en LUSS wel degelijk aanwezig in diverse bestuursorganen. Zo hebben ze bijvoorbeeld een raadgevende functie in de federale commissie 'Rechten van de patiënt' of in het Federale Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten (FAGG). De verenigingen zijn ook actief op een minder 'zichtbaar' niveau. Toen Frank Vandenbroucke nog Minister van Sociale Zaken was, hebben beide koepels deelgenomen aan de inventaris van de bedragen die patiënten moeten betalen. Deze inventaris diende voor de uitwerking van het begrip 'maximumfactuur' (MAF). In de geestelijke gezondheidszorg heeft de vereniging Similes een antwoord geformuleerd op de bespreking over de erkenning van het statuut van gehandicapte. De ware revolutie in de politieke participatie is er echter pas gekomen met de oprichting van het

Observatorium voor chronische ziekten door het RIZIV. "Hiermee is de rol van de patiëntenverenigingen eindelijk officieel gemaakt!", dixit Carine Serano. "Het Observatorium is onze klankbuis, een plaats waar wij verslag kunnen uitbrengen over feiten die niet gekwantificeerd worden door het RIZIV, zoals bijvoorbeeld de prijs van een pruik voor een kankerpatiënt", voegt ze daar nog aan toe.

Sommigen vragen zich af of het geen goed idee zou zijn om de patiënten ook te betrekken bij de reflectie over het gezondheidsbeleid, zoals dat nu al gebeurt in het Verenigd Koninkrijk. Daar komen 'burgerraden' op geregelde tijdstippen samen om gezondheidskwesties te bespreken. Het KCE (Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg) heeft zich trouwens al over die vraag gebogen en gaat momenteel na hoe het in zijn analyses en aanbevelingen rekening kan houden met de meningen van de burgers.

Een gemakkelijkere opstart van de participatie

Om een standpunt te formuleren en om vergaderingen bij te wonen moet men beschikken over de vaardigheden om te debatteren of in dialoog te gaan met het medische korps. De patiëntenverenigingen bieden hun leden dan ook zeer concrete opleidingen aan over een welbepaalde aandoening, de Belgische gezondheidszorg of de verwerving van relationele vaardigheden. Andere verenigingen nemen dan weer het initiatief om de professionals uit de zorg te informeren. Ze beschouwen dat als een soort concrete participatie: aan de professionals een andere invalshoek geven dan die van de louter wetenschappelijke aspecten. Het is namelijk mogelijk dat van professionals verwacht wordt dat zij de rol vervullen van tussenpersoon bij hun patiënten of collega's.

Wanneer de participatie betrekking heeft op het politieke niveau, is de opleiding nog crucialer. Er gaapt immers een grote kloof tussen de experts uit de overlegorganen en de vertegenwoordigers van de patiënten. "We moeten de vertegenwoordigers van de patiënten de nodige middelen meegeven," legt Lucio Scanu uit, "want het is belangrijk dat ze de mening van de patiënten juist verkondigen en dat ze inzicht krijgen in de werking van het hele gezondheidsstelsel, niet louter in die van de terugbetalingen." Naast het aanleren van participatietechnieken is er nog de nood aan een formele erkenning. Talloze experts hebben namelijk opgemerkt dat België nog een juridisch kader nodig heeft voor de patiëntenparticipatie en een participatiecultuur, een kader dat rekening houdt met zowel de patiënten als de zorgverstrekkers.



Stéphanie Brisson

stephanie.brisson@mloz.be

De ombudsfunctie van het ziekenhuis

Nog werk aan de winkel ...

Sinds 2002 zijn er in België enkele wetten van kracht die een grote verandering zouden teweegbrengen: de wet op euthanasie, de wet op palliatieve zorg en de wet op de patiëntenrechten. Speciaal voor deze laatste werd een nieuw orgaan in het leven geroepen: de ombudsfunctie van het ziekenhuis. Hoever staan we tien jaar later? Piet Vanormelingen, voorzitter van AMIS (de Franstalige vereniging van medische bemiddelaars), blikt terug.

“Ok vóór 2002 werd er in Belgische ziekenhuizen bemiddeld bij klachten en problemen, maar de functie van ombudsman was eerder officieus,” legt Piet Vanormelingen uit. “Om ervaringen uit te wisselen, besloten de ombudsdiensten van verschillende Vlaamse ziekenhuizen om regelmatig samen te komen. Die vergaderingen bleken erg vruchtbaar, en zo ontstond de behoefte om de functie van ombudspersoon in het ziekenhuis te professionaliseren.” VVOVAZ, de Vlaamse Vereniging Van Ombudsfunctie Van Algemene Ziekenhuizen, zag het licht in 2003 en twee jaar later kregen ook de Franstalige bemiddelaars in België hun officiële vereniging, AMIS.

Geen advocaat

Hoewel de ombudsfunctie van een ziekenhuis steeds meer ingeburgerd raakt, bestaan er nog steeds misverstanden over volgens Piet Vanormelingen. “Een typisch voorbeeld is de patiënt die bij de bemiddelaar komt aankloppen en vraagt: ‘Ik denk dat de dokter een fout heeft gemaakt, kan jij me verdedigen?’ Daarom is het heel belangrijk om vóór een gesprek te peilen naar de verwachtingen van de patiënt en die indien nodig bij te stellen. Wij zijn er niet om de ene of de andere partij te verdedigen, maar wel om het vertrouwen tussen patiënt en zorgverlener te herstellen.”

Knelpunten

De medische bemiddeling in ziekenhuizen heeft een lange weg

afgelegd. Toch zijn er volgens Piet Vanormelingen nog enkele knelpunten.

Financiering

“Ziekenhuizen worden door de overheid gefinancierd om een ombudsfunctie te creëren, maar niet genoeg voor een voltijdse betrekking. Daardoor moeten ziekenhuizen de tekorten met eigen middelen opvangen. Normaal gezien moet de bemiddelaar zich beperken tot klachten die betrekking hebben op de individuele relatie tussen patiënt en zorgverlener, maar in de praktijk worden ook klachten over bijvoorbeeld het onthaal of de parking behandeld. Het ziekenhuis heeft er alle belang bij om alle klachten te centraliseren bij één persoon, maar dat wil dus zeggen dat ongeveer de helft van de klachten die we behandelen niets te maken heeft met patiëntenrechten. Daarom hopen we dat de bevoegdheid van de ombudsfunctie uitgebreid wordt, zodat er meer financiële middelen vrijkomen.”

Erkenning

“De wet op de patiëntenrechten voorziet dat elk ziekenhuis een ombudspersoon heeft. Maar de vereisten zijn eerder vaag en beperkt: hij moet minimaal een diploma hoger onderwijs hebben, hij mag niet betrokken zijn bij de feiten en hij moet te allen tijde onpartijdig blijven. Er bestaan specifieke opleidingen voor bemiddelaars, maar tot nu toe moet men die, wettelijk gezien, niet volgen om als ombudspersoon in een ziekenhuis aan de slag te gaan. Dit zou verplicht moeten worden. Niet

alleen om het professionalisme van de bemiddelaar te stimuleren, maar ook en vooral om de ombudsfunctie te valoriseren. Er ontbreekt nog steeds een officiële erkenning.”

Onafhankelijkheid

“Hoewel de meeste ombudsdiensten zeer professioneel functioneren, stellen we vast dat hun onafhankelijkheid niet altijd gegarandeerd is. Een bemiddelaar wordt namelijk aangesteld door de algemene directie van het ziekenhuis in kwestie, waardoor hij niet altijd volledig ongebonden is. Daarom zou het goed zijn als de Federale Commissie ‘Rechten van de Patiënt’ (opgericht binnen de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid) een zekere controle zou uitvoeren op de werking van de lokale ombudsdiensten. Momenteel blijft die beperkt tot een aantal klachten van patiënten die vinden dat hun dossier niet goed behandeld is door de lokale bemiddelaar.”

Vertrouwelijkheid

“Noch patiënten, noch de beroepsbeoefenaars hebben de garantie dat alles wat in een bemiddelingsgesprek gezegd en gedaan wordt, binnenskamers blijft. Dat is bijvoorbeeld wel het geval bij familiale of sociale bemiddeling. Wettelijk gezien gelden die juridische grendels nog niet in de gezondheidszorg. We hopen dan ook dat die lacune in de wetgeving zo snel mogelijk opgevuld wordt.”



Hellen Smeets

hellen.smeets@amloz.be



www.vvovaz.be

Patiëntenverenigingen

Ervaringsdeskundigen of “medebeslissers”?

Net als verenigingen van gezondheidsberoepen maken ook patiëntenverenigingen deel uit van het zorglandschap. In België zijn patiëntenverenigingen talrijk en zorgen ze voor een duidelijke dynamiek binnen de wereld van de gezondheid. Welke verschillende rollen vervullen ze? Wat zijn hun moeilijkheden en beperkingen? Hoe onderscheiden ze zich van ziekenfondsvertegenwoordigers?

Het is patiëntenverenigingen niet zozeer te doen om het eisenpakket. Ze willen in de eerste plaats mensen met eenzelfde probleem samenbrengen, zodat ze in praatgroepen bij elkaar terecht kunnen.

“Elkaar steunen, dat is de basis van de vereniging”, verklaart Micky Fierens, directrice van LUSS (Franstalig patiëntenplatform). “Het geeft de patiëntenorganisaties hun typische, unieke rol en bestaansreden. De verenigingen ontstaan daar waar er een leemte is.”

“Lid worden van een vereniging doe je in de eerste plaats omdat je op zoek bent naar informatie over de ziekte voor jezelf of iemand die je kent”, vertelt Claudine Fréron, lid van de vereniging Similes. “Daarna krijg je de mogelijkheid om bij te leren over de ziekte, deel te nemen aan discussies en je mening te geven.”

Eigenheid bewaren

“Een patiëntenvereniging beschikt over een eigen expertise, zonder echt expert te zijn in gezondheids-economie”, vertelt Micky Fierens. “Ze moet opboksen tegen een gesloten milieu van experts die ver van de realiteit staan. De patiëntenvertegenwoordigers moeten hun eigen plekje behouden binnen de gezondheidswereld, zonder echt specialist in de materie te zijn en zonder hun eigenheid te verliezen, die moeilijk naar waarde te schatten is.” Om het tot ‘ervaringsdeskundige’ te schoppen,

moeten de patiënten echter een hele weg afleggen. Een traject dat een vereniging hen kan aanbieden. “De patiëntenverenigingen zijn unieke spelers in het gezondheidsveld,” legt Micky Fierens uit. “Je moet bepaalde zaken nu eenmaal hebben meegemaakt vooraleer je erover kan meespreken.” En praten is wat er in de praatgroepen vooral gedaan wordt. Op die manier worden patiënten ervaringsdeskundigen. Als deze expertise eenmaal uitgebreid en versterkt wordt door opleidingen, dan wordt die niet alleen nuttig voor de professionals, maar ook voor de politiek. “Op een bepaald moment kan je beslissen om van bovenuit te werken, door op vraag advies te geven, de overheid aan te spreken of door het grote publiek en de media te sensibiliseren over de ziekte”, vertelt Claudine Fréron.

Betere ondersteuning van de verenigingen

De activiteiten van de organisaties kosten niet alleen veel geld, ze nemen ook veel tijd in beslag. Naast de eigen gezondheid, die van de familie en de financiële zorgen, moet het lid ook nog energie overhouden voor het dagelijkse beheer van de vereniging, wat niet vanzelfsprekend is. De meeste leden zijn trouwens vrijwilligers, wat meteen vragen oproept over de erkenning van de verenigingen. “Zonder concreet kader is het onmogelijk om het woord van de patiënten te verspreiden”, bevestigt Lucio Scanu, voorzitter van de vereniging

Stoma-Ilco. “De organisatie ervan kost namelijk tijd en geld. We moeten volhouden en de huidige cadans aanhouden, ook al zijn we er niet zeker van of de patiënten echt gehoor zullen krijgen. Voor mij is het alvast klaar en duidelijk: ik ga ervoor!”, besluit hij.

“In België staat de collectieve belangenverdediging via patiëntenverenigingen nog niet bovenaan de politieke agenda”, vertelt Yvo Nuyens, professor aan de Universiteit van Antwerpen. De twee koepelorganisaties, VVP (Vlaams Patiëntenplatform) en LUSS, proberen hun rol te spelen in een leeg juridisch kader en zijn dus afhankelijk van de goede wil van anderen.” Yvo Nuyens benadrukt ook het nijpende gebrek aan politieke wil om wat in het veld al bestaat om te zetten in een globale visie.

Zonder officiële erkenning kunnen de verenigingen enkel rekenen op individuele financiering. Heel weinig verenigingen krijgen van de overheid een subsidie en de institutionele complexiteit maakt de taak er ook niet gemakkelijker op.” Ze hebben geen enkele wettelijke basis om op lange termijn te kunnen denken”, verklaart Micky Fierens. Dat maakt dat de verenigingen zich soms tot farmaceutische bedrijven richten om financiering te vinden, met alle mogelijk nefaste gevolgen vandien. “Het is voor een vereniging soms onmogelijk om zonder deze privéfondsen te overleven. Via een wetenschappelijk comité

en een ethische code worden ze wel tegen alle mogelijke invloeden beschermd”, legt Micky Fiers uit. Door de huidige financiële crisis zijn er echter bedrijven die hun steun schrappen en zo de verenigingen in de problemen brengen. Dat is bijvoorbeeld gebeurd met Stoma-Ilco, dat er in juli om financiële redenen mee moest ophouden.

Relaties met de ziekenfondsen

Binnen het Belgische overlegsysteem zijn het de ziekenfondsen die de patiënten vertegenwoordigen. Een idee waar de verenigingen het duidelijk niet mee eens zijn. “Vertegenwoordigen de ziekenfondsen de patiënten? Voor mij is dat niet het geval!”, vertelt Lucio Scanu. Een mening die ook LUSS deelt. “De verenigingen en LUSS als federatie beschikken over ervaring die alleen zij kunnen voorleggen. De ziekenfondsen zullen als verze-

keringsinstellingen nooit over deze specifieke kennis beschikken”, legt Micky Fierens uit. De twee actoren zouden meer op gelijke voet moeten staan, zodat ze elkaar beter kunnen aanvullen, maar voor LUSS zal dit nog een tijdje duren. Anderen gaan verder en eisen het recht voor de verenigingen om deel te nemen aan de beslissingen die hen aanbelangen. “Over bepaalde thema’s zou het over-

leg en de raadpleging versterkt moeten worden door medebeslissingsrecht,” vindt Yvo Nuyens. Dat zou een grote stap voorwaarts zijn, maar het Observatorium van chronische ziektes vertelt wel niet wat de draagwijdte en het gewicht van de aanbevelingen zal zijn, die hieruit zullen voortkomen.”

Stéphanie Brisson

stephanie.brisson@mloz.be



Patiëntenverenigingen zijn ontstaan uit zelfhulpgroepen.

Verenigingen en ziekenfondsen: complementaire instanties

Sommige patiëntenverenigingen strijden met de ziekenfondsen om de titel van ‘officiële’ patiënten-vertegenwoordigers. Rekening houdend met de alsmaar belangrijkere rol van deze verenigingen, zullen de twee actoren in de toekomst meer op gelijke voet moeten staan en complementair te werk gaan. Hieronder herhalen de Onafhankelijke Ziekenfondsen twee van hun belangrijkste missies.

“De ziekenfondsen beheren de ziekte- en invaliditeitsverzekering in de ruime zin.”

Het is zo dat een deel van de taken van de ziekenfondsen bestaat uit het administratieve beheer van de (terug)betalingen. Maar naast deze missie hebben de ziekenfondsen nog een andere belangrijke rol: ze informeren hun leden over ziektes, de rechten van de patiënten en de verschillende sociale maatregelen. Bij geschillen verdedigen ze hun leden bij de zorgverleners of zorginstellingen. In het kader van de gezondheidspromotie stellen ze bijvoorbeeld preventiemaatregelen voor via tegemoetkomingen voor

bepaalde verstrekkingen die niet terugbetaald worden. Door hun positie en ervaring kunnen de ziekenfondsen bij het RIZIV bovendien de terugbetaling van bepaalde verstrekkingen bepleiten én verkrijgen.

“De ziekenfondsen verdedigen de belangen van de patiënten in een vast kader.”

De ziekenfondsen hebben een duidelijke opdracht in het kader van het RIZIV, maar die is niet om de belangen van het RIZIV te behartigen. Uiteraard moeten de ziekenfondsen zich houden aan de nomenclatuur, daar kunnen ze niet omheen. Dat betekent echter niet dat de ziekenfondsen geen veranderingen kunnen voorstellen als er leemten in de wetgeving worden vastgesteld of als de reglementering aangepast moet worden. Soms zijn bepaalde terugbetalingen overbodig geworden en dan kan het dus gebeuren dat de ziekenfondsen voorstellen om de terugbetaling stop te zetten, om zo financiële middelen vrij te maken voor andere maatregelen waar de patiënten baat bij hebben.



Digitaal doktersadvies

Brengt het internet de arts-patiëntrelatie in het gedrang?

Steeds meer patiënten wenden zich tot het internet voor medisch advies. Meestal hebben ze zelfs al een en ander uitgezocht in de digitale wereld nog voor ze de dokterspraktijk binnenkomen. Volstaat de goede raad van de huisarts niet meer? Lieve Peremans, professor huisartsgeneeskunde aan de Universiteit van Antwerpen, werpt licht op de zaak.

In 2008 peilde onderzoeksbureau InSites naar het surfgedrag van Belgische patiënten. Wat bleek? Driekwart zocht medische informatie op het net en 20% deed dit nog voor ze bij de dokter kwamen. De online medische informatie die ze opzochten ging vooral over dringende zaken en chronische ziektes. Niet alleen jongeren, maar ook opvallend veel 55+'ers vertonen een steeds duidelijker drang om goed voorbereid bij de dokter binnen te komen. Eén op de tien patiënten verzocht om specifieke medicijnen die hij op het internet had gevonden.

Drie aanpakken

Niet alle artsen stellen deze nieuwe trend op prijs. Lieve Peremans ziet drie grote lijnen. "Er zijn artsen die daar helemaal niet mee om kunnen. Meestal zijn ze zelf weinig vertrouwd met het internet en vinden ze het lastig als een patiënt met online medische informatie afkomt. Ze laten er weinig ruimte voor in hun communicatiestijl, want de informatie bespreken kost tijd. Dit is een eerder dominante arts-patiëntrelatie,

waarbij de huisarts vooral snel en efficiënt wil werken." Daarnaast zijn er ook artsen die veel meer openstaan voor informatie die

Het is een belangrijke uitdaging voor artsen om patiënten meer te betrekken bij het management van hun gezondheid en de rol die het internet daarin speelt een plaats te geven.

patiënten meebrengen. Ze nemen de tijd om die informatie te kanaliseren of in een context te plaatsen. Deze artsen werken op een meer patiëntgerichte manier. Tot slot zijn er ook artsen die nog een stapje verder gaan. Zij reiken zelf informatiekanalen aan en stellen een aantal goede websites voor. Een voorbeeld van zo'n website is die van Domus Medica. Daar vind je niet alleen richtlijnen voor artsen, maar ook patiëntenfolders die aansluiten bij de richtlijnen."

Pijnpunten

Volgens een recent onderzoek van medisch dienstverlener Inquiles houden bijna 9 op de 10 Belgen er een goede relatie met hun huisarts op na. Het vertrouwen zit dus goed, maar er bleken twee andere pijnpunten te zijn: de communicatie tijdens de diagnose en de soms gebrekkige informatie over behandelingen. Dat in combinatie met patiënten die steeds meer willen begrijpen wat er scheelt met hun lichaam, legt de weg naar het internet open. "Er zijn verschillende redenen waarom mensen op zoek gaan naar medische informatie op het internet", legt Lieve Peremans uit. "Soms willen ze zich voorbereiden op een consultatie, soms zitten ze achteraf nog met een aantal vragen en zoeken ze de antwoorden online. Maar het kan ook aan de arts zelf liggen. Patiënten gaan soms dingen opzoeken nadat ze ontevreden zijn over een vorige consultatie. De arts gaf bijvoorbeeld te weinig informatie over een medische aandoening of een onduidelijke uitleg over een behandeling."

Uit het onderzoek van InSites bleek ook dat Belgische artsen relatief laag scoorden op empathisch vermogen. Daarnaast gaven patiënten ook aan dat ze weinig wederzijds respect ervoeren tijdens een consultatie. Hoog tijd om hier verandering in te brengen, vindt Lieve Peremans. "Het is een belangrijke uitdaging voor artsen vandaag om patiënten meer te betrekken bij het management van hun gezondheid en de rol die het internet daarin speelt een plaats te geven. Dat zou niet alleen het gebrek aan empathie ten goede komen, maar het zorgt ook voor een beter begrip bij patiënten. En goed geïnformeerde patiënten kunnen betere beslissingen nemen, samen met de arts."

Belang van vorming

Om toekomstige artsen voor te bereiden op de nieuwe 'geïnformeerde patiënt', zouden ze tijdens hun opleiding al moeten leren hoe ermee om te gaan. "Studenten aan onze universiteit leren niet alleen om wetenschappelijke informatie te vertalen in mensentaal, maar ook wat ze moeten doen als patiënten met tegenstrijdige informatie op de proppen komen", vertelt prof. Peremans. "Daarom proberen we een seminarie rond patiëntenmateriaal te organiseren in de opleiding. We geven een aantal goede websites voor patiënten mee en we leren de studenten hoe ze op een zo duidelijk en efficiënt mogelijke manier kunnen communiceren tijdens een consultatie."

Web van informatie

In één muisklik komen patiënten terecht op tal van websites die medisch advies aanbieden. Maar is die informatie ook correct? "De geloofwaardigheid van online medische informatie is een probleem dat dringend opgelost moet worden", vindt Lieve Peremans. "Internationaal zijn er de HON-criteria (Health on the Net). Als een medische

Dokter Google

Dat patiënten zich tot het internet wenden voor medische informatie, hoeft niet te verbazen. Met behulp van een zoekmachine vind je meteen alle informatie die je nodig hebt over een aandoening: symptomen, behandeling, preventie ... Het Amerikaanse internetconcern Google zag de gezondheidsgerelateerde zoekvolumes de laatste jaren zodanig toenemen dat het er een specifiek kanaal voor oprichtte: 'Google Health'. De bedoeling was dat mensen er een online patiëntendossier konden openen, met belangrijke medische gegevens en digitale voorschriften voor medicijnen. Maar het internetbedrijf wist te weinig partnerships aan te gaan met belangrijke partijen in de zorgsector en gebruikers maakten zich zorgen om de bescherming van hun medische gegevens, waardoor Google Health er begin 2012 mee ophield.

website aan die criteria voldoet, kunnen we van betrouwbare informatie spreken. De website van het Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische Informatie (www.bcfi.be) is daar een voorbeeld van, maar voor de rest zijn er niet veel in België. De overheid zou dringend initiatief moeten nemen door een label voor Belgische websites te voorzien,

De autoriteiten moeten initiatieven nemen om een label te creëren dat patiënten de juistheid van informatie op een gezondheidssite garandeert.

zodat de patiënt zeker kan zijn over de juistheid van online informatie."

De rol van de huisarts

De huisarts kan zijn of haar patiënten wel waarschuwen voor verkeerde medische informatie op het internet. "Een patiënt kan nooit zeker zijn dat informatie op het internet 100% correct is, maar er zijn

een aantal criteria die bijdragen tot de geloofwaardigheid ervan", meent Lieve Peremans. "Om te beginnen zou de naam van de auteur zeker vermeld moeten worden op de website. Ook de datum van de laatste update en het doelpubliek zou je er moeten terugvinden. Tot slot zijn ook de referenties belangrijk: vanwaar komt de informatie voor de patiënten? Daarnaast moet de informatie ook 'eerlijk' zijn: niet alleen de voordelen, maar ook de nadelen van een behandeling moeten opgesomd worden. Een goede website verzwijgt niets."

Een ander aspect waar de huisarts in kan tussenkomen, is volgens Lieve Peremans de angst die het internet bij patiënten kan inboezemen. "Sommige informatie is niet voor alle patiënten geschikt. Daarom is het zo belangrijk om het doelpubliek te vermelden. Een kankerpatiënt die informatie vindt voor mensen die in een vergevorderd stadium zijn, terwijl het letsel bij hem nog heel goed behandelbaar is, kan op die manier nodeloos ongerust worden. Uiteindelijk blijkt toch dat de taak van huisarts onvervangbaar is en dat het internet, hoe gigantisch ook, de relatie tussen arts en patiënt nooit in het gedrang zal brengen."

Hellen Smeets

hellen.smeets@mlmz.be

Crisis

Europese gezondheidssystemen halen broeksriem aan

De economie en de middelen voor de gezondheidssector zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden. Geen toeval dus dat de Europese gezondheidssystemen zwaar in de klappen delen van de economische crisis. De sluiting van ziekenhuizen, loonsvermindering van zorgverstrekkers, geen verzorging meer voor buitenlanders ...: vooral de zwaarst getroffen landen houden de knip op de beurs van de zorgsector. Een overzicht van de impact van de financiële crisis op de Europese gezondheidssystemen!

In de pers vloeiden al liters inkt over de strenge besparingen die landen als Griekenland en Spanje moesten doorvoeren om de financiële markten te sussen. Naast het onderwijs sneden de regeringen daarbij vooral in het budget van de zorgsector. Om de ware impact van de economische crisis op de Europese gezondheidssystemen na te gaan, publiceerde de EPHA (European Public Health Alliance) daarom twee infofiches. Enkele opvallende resultaten op een rij!

Beperking nationale budgetten

In ons land voorzag de regering Di Rupo een besparing van 2,3 miljard euro (structurele maatregelen en indexbeperkingen) voor de gezondheidszorg in 2012. België is daarmee lang niet het enige land dat snijdt in het nationale budget voor de zorgsector. Zo daalt het budget van het Ministerie van Volksgezondheid in Portugal met 12,3% en vermindert Oostenrijk de uitgaven binnen de gezondheidssector met 1,7 miljard euro van 2012 tot 2013. In Frankrijk gaat het om 2,4 miljard euro, maar Spanje spant de kroon met een vermindering van 7 miljard euro van het budget voor gezondheid en opvoeding.

Welke maatregelen?

'Meer doen met minder geld', dat is het streefdoel in vele Europese landen als gevolg van de economische crisis. Maar hoe ze gaan ze daarbij te werk? Enkele maatregelen om de uitgaven te beperken:

- **Frankrijk:** het gebruik van generische geneesmiddelen stimuleren, inperking van de terugbetaling van geneesmiddelen, grotere efficiëntie in de ziekenhuizen ...
- **Griekenland:** verlaging van de BTW op geneesmiddelen (van 11% naar 6,5%), een verplicht gebruik van e-prescriptions sinds juli 2012 ...

Gevolgen voor de patiënten

In bepaalde landen is het kleinere budget voor de gezondheidszorg niet onmiddellijk voelbaar voor

de patiënt. In andere landen is de omvang van de besparingen echter zo groot dat er onvermijdelijk nadelige gevolgen aan verbonden zijn voor de patiënten. Enkele opmerkelijke effecten op de aangeboden gezondheidsdiensten in Europa:

- **Griekenland:** de diensten rond mentale gezondheid zijn met 50% verminderd, het aanbod van geneesmiddelen is niet langer gegarandeerd.
- **Spanje:** in mei 2012 stemde het Spaanse Parlement een nieuwe wet, waardoor illegalen en bepaalde categorieën van werklozen niet langer toegang hebben tot de publieke gezondheidszorg.
- **Estland:** de uitkering voor arbeidsongeschiktheid is verminderd van 80% naar 70% van het inkomen.

Ziekenhuizen sluiten deuren

Nog een zeer opvallende tendens: als gevolg van de economische crisis worden in bepaalde landen ziekenhuizen gewoonweg gesloten. Zo daalde het aantal ziekenhuizen in Letland van 106 naar 39 tussen 2006 en 2010. In Manchester zullen de ziekenhuizen hun personeel dan weer verminderen met 23% tussen 2011 en 2016.

En de zorgverstrekkers?

Ook voor de Europese gezondheidswerkers blijven de besparingen in de zorgsector niet zonder gevolgen. Enkele voorbeelden:

- **Roemenië:** in 2010 verlieten 2.500 artsen het land. Het personeel in de ziekenhuizen werd verminderd met 25%.
- **Letland:** het loon van de verpleegkundigen daalde met 20% tot 40% sinds 2009.
- **Ierland:** in 2009 gingen 4.000 jobs voor verpleegkundigen en vroedvrouwen verloren. Ook hun loon daalde met 5% tot 10%.



Christian Horemans

Expert Internationale Zaken

& Steven Vervae



www.epha.org

Advieslijn zelfmoordpreventie nu ook voor hulpverleners

Sinds kort kunnen ook hulpverleners terecht bij de advieslijn zelfmoordpreventie (ASPHA). Tot voor kort was die enkel bestemd voor huisartsen. Nu blijkt dat andere hulpverleners ook nood hebben aan begeleidend advies rond deze thematiek, wordt deze lijn dus ook voor hen opengesteld. ASPHA geeft hen advies bij het begeleiden van suicidale patiënten, hun omgeving en nabestaanden, zowel telefonisch als via e-mail. Deze advieslijn is een noodzakelijk hulpmiddel voor huisartsen en hulpverleners. Ze weten namelijk niet altijd hoe ze moeten omgaan met zelfmoordgedachten bij patiënten. De mensen van ASPHA beschikken echter wel over die expertise. De advieslijn is elke dag bereikbaar tussen 8u en middernacht op 024 24 3000, ook in het weekend.

www.aspha.be

95.000

mensen kregen tussen juni 2011 en juni 2012 een uitkering voor een mentale aandoening. Het ging daarbij vooral om depressie, bipolaire stoornissen en schizofrenie.

RIZIV

Artsen houden van hun job!

Zowel huisartsen als specialisten zijn in de wolken over hun job. Dat blijkt uit hun respectievelijke beoordeling van 8,6/10 en 8,3/10. Die hoge score betekent echter niet dat alles rozegeur en maneschijn is. Vooral de complexe administratie, de organisatie van de praktijk en tijdsgebrek blijken bronnen van frustratie te zijn. Daarom staan heel wat artsen open voor nieuwe consultatiemethodes. Zo staat 18% positief tegenover een telefonische consultatie in bepaalde gevallen. Daarnaast is 11% van de huisartsen en 22% van de specialisten voorstander van e-mailcommunicatie met patiënten.

Bron: enquête Medistrat en Ipsos

4.565 miljard euro

De jaarlijkse kostprijs van sterfgevallen door hart- en vaatziekten in België.

Meer weten over patiëntenparticipatie



Patiëntenparticipatie binnen de gezondheidszorg en het gezondheidsbeleid is één van de prioriteiten van de Koning Boudewijnstichting. Ter aanvulling van ons dossier over dit thema, is het dus sterk aangeraden om een kijkje te nemen op de site van de Stichting die zich al sinds 2006 op patiëntenparticipatie focust. U vindt er verschillende publicaties die onder meer ingaan op de financiële situatie van patiëntenorganisaties, de verschillende hefboomen om patiëntenparticipatie te verbeteren, projecten die patiënten bij het gezondheidssysteem betrekken en de bijzondere kenmerken van de patiëntenparticipatie in België.

www.kbs-frb.be

Gezond en evenwichtig eten ... Maar volgens welk model?

Een evenwichtige en gevarieerde voeding is en blijft een basisvoorwaarde voor een goede gezondheid. De manier om de daad bij het woord te voegen, blijft echter voor discussie. In Vlaanderen blijven de bevoegde instanties zweren bij de actieve voedingsdriehoek, terwijl in Wallonië andere modellen gelden. Vanwaar die verschillen tussen de voedingsaanbevelingen? En zou een uniform nationaal model niet beter zijn? **Gevonden vreten voor een boeiende discussie!**

In Vlaanderen is de actieve voedingsdriehoek al 15 jaar lang het basiseducatiemodel voor gezonde voeding. Het Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie en Ziektepreventie (VIGeZ), Domus Medica ...: allemaal zweren ze trouw aan dit model. Ook in de nieuwe gezondheidsrichtlijnen van de Vlaamse Overheid blijft de actieve voedingsdriehoek de officiële leidraad voor een gezonde voeding. Maar waarom kiezen al deze instanties voor dit model en niet voor een ander? "De driehoek geeft een duidelijke visuele voorstelling van de praktische voedingsaanbevelingen voor elke dag", klinkt het bij Erika Vanhauwaert van het VIGeZ. "De grootte, de opsplitsing in verschillende groepen en de inhoud van elke groep zijn gebaseerd op de aanbevelingen voor België van de Hoge Gezondheidsraad. Bovendien houdt de driehoek rekening met de Vlaamse voedingsgewoontes en de voedingsmiddelen die beschikbaar zijn in Vlaanderen."

En in Wallonië?

Ten zuiden van de taalgrens bestaat er minder eensgezindheid over een educatiemodel voor gezonde voeding. In Wallonië be-

staan namelijk drie verschillende modellen, maar geen enkel is officieel. Een kort overzicht:

- **Voedingspiramide van het Instituut Paul Lambin en Food in Action:** een model dat recent geactualiseerd is op basis van nieuwe wetenschappelijke aanbevelingen.
- **Piramidemodel van CIHIRA:** een model met bakstenen dat verbonden is aan de Hogeschool Lucia de Brouckère en de Vrije Universiteit Brussel (VUB). Dit model is nog niet geactualiseerd.
- **Voedingsdriehoek van Spa:** een model met 6 grote groepen waarin water (niet verwonderlijk) de belangrijkste plaats inneemt.

Voedingsstoffen en voedingsmiddelen

In België stelt de Hoge Gezondheidsraad (HGR) voedingsaanbevelingen op die steunen op een zeer brede wetenschappelijke basis. "Onze voedingsaanbevelingen zijn echter uitgedrukt in termen van nutriënten of voedingsstoffen", verduidelijkt Jean Nève, voorzitter van de Hoge Gezondheidsraad.

"De problemen ontstaan dan ook wanneer onze aanbevelingen worden omgezet in voedingsadviezen in termen van voedingsmiddelen. Op dat moment verdwijnt namelijk het strikt wetenschappelijke karakter van onze aanbevelingen en dat geeft aanleiding tot verschillen tussen de Gemeenschappen." Het schoentje knelt dus vooral bij de federale structuur van ons land. "Elke Gemeenschap draagt de verantwoordelijkheid voor zijn voedingsmodel en daar kan de HGR als federaal orgaan niet tussenkomen. De fragmentatie van competenties maakt het heel moeilijk om de meest recente wetenschappelijke voedingsaanbevelingen te vertalen naar de voedingsmodellen", dixit Jean Nève.

Uniform model: een utopie?

Vallen die verschillen tussen de regionale voedingsaanbevelingen nog weg te werken? "Geen eenvoudige klus", aldus Jean Nève. "Een uniform nationaal model vergt namelijk een breed overleg met de belangrijkste actoren. Anders kan je geen wetenschappelijk aanvaardbaar compromis krijgen. Wij hebben in 2011 al geprobeerd

om iedereen rond de tafel te krijgen met ons project 'Food-based dietary guidelines for Belgium', maar tot nu toe blijven de verschillen tussen de voedingsaanbevelingen bestaan. We vinden het dan ook jammer dat het zo moeilijk is om ze weg te werken."

Het VIGeZ benadrukt dat ze bij herzieningen steeds overleg voorzien met een brede groep van experts. "Ook nu zijn we zeker nog bereid om rond de tafel te zitten", zegt Erika Vanhauwaert. Ze wijst daarnaast ook nog op de complexiteit van de aanpassing van voedingsaanbevelingen en de communicatie van gezondheidsboodschappen. "Eén studie is niet voldoende om voedingsaanbevelingen te wijzigen. Pas als verschillende studies tot dezelfde conclusies komen en er een internationale consensus bestaat, worden aanbevelingen of gezondheidsboodschappen aangepast. Bovendien is de actieve voedingsdriehoek recent onder consensus herzien en is deze dus actueler dan ooit."

 Steven Vervaeet
steven.vervaeet@mloz.be

Vlaanderen en Wallonië: enkele opvallende verschillen!

In welke mate verschilt de actieve voedingsdriehoek van bijvoorbeeld de voedingspiramide van het Instituut Paul Lambin? "Er zijn geen enorm grote verschillen, zoals bij de actieve voedingsdriehoek en de voedselzandloper van Kris Verburgh", zegt Nicolas Guggenbühl van Food in Action. "Niettemin leggen wij enkele andere accenten in vergelijking met het VIGeZ". Enkele voorbeelden:

- Food in Action heeft de verdieping van de granen en die van fruit en groenten omgedraaid. Die laatste nemen nu een belangrijkere plaats in. Volgens het VIGeZ is er echter geen wetenschappelijke reden om die twee om te wisselen.
- De actieve voedingsdriehoek beveelt dagelijks 3 kleine glazen melk aan, maar voor Food in Action mag melk ook vervangen worden door kaas of yoghurt. Volgens het VIGeZ is melk door kaas vervangen dan weer niet aangeraden, omdat zo de inname van verzadigde vetten en energie stijgt.
- Bij vlees en vis spreekt de actieve voedingsdriehoek in termen van gram (75 à 100 per dag), maar Food in Action kiest voor de formulering '1 à 2 porties per dag'.



www.vigez.be of www.gezondheidstest.be
www.foodinaction.com
www.hgr-css.be

Over driehoeken en zandlopers ...

De wetenschapsoorlog over voedingsaanbevelingen woedt niet enkel tussen het Noorden en het Zuiden van ons land. Ook in Vlaanderen is er sprake van een clash tussen bestaande en nieuwe voedingsmodellen. Zo manifesteerde de voedselzandloper van Kris Verburgh zich als concurrent van de actieve voedingsdriehoek. Zijn gelijknamige dieetboek veroorzaakte heel wat ophef onder de voedingsdeskundigen. De voedselzandloper verschilt namelijk aanzienlijk van de actieve voedingsdriehoek. Enkele opvallende voorbeelden:

- Graanproducten en aardappelen vormen een essentiële voedingsgroep in de voedingsdriehoek, maar volgens de voedselzandloper moeten we die vermijden en vervangen door haveremoutpap, peulvruchten, groenten en paddestoelen.

- De actieve voedingsdriehoek plaatst vis en vlees samen, terwijl de voedselzandloper aanraadt om rood vlees te vervangen door vis en gevogelte.
- Volgens de driehoek moeten we dagelijks 3 tot 4 glazen melk drinken (450 – 600 ml), terwijl de voedselzandloper koemelk ten stelligste afraadt.

'Waardeloos prul', 'pure nonsens', 'rondt uit gevaarlijk' ...: de reacties uit wetenschappelijke hoek waren niet mals voor de voedselzandloper van Verburgh. Ook het VIGeZ veegt het boek de mantel uit. "Het boek bevat onjuistheden door het foutieve gebruik van cijfergegevens, verkeerde interpretaties en het ontbreken van bronvermeldingen", klinkt het bij Erika Vanhauwaert.

Galblaasverwijdering

Waarom zo weinig daghospitalisaties?

10 à 20% van de bevolking heeft galstenen. Soms is daarbij een galblaasverwijdering (cholecystectomie) aangewezen. Uit een studie van de Onafhankelijke Ziekenfondsen over de kostprijs van die heelkundige ingreep blijkt dat een laparoscopische cholecystectomie in een dagziekenhuis 40% minder kost voor de patiënt en 55% minder voor de ziekteverzekering. Deze praktijk wordt echter nauwelijks toegepast in België: slechts in 4% van de gevallen!

De voornaamste indicatie voor een cholecystectomie (galblaasverwijdering) is de symptomatische lithiasis, beter bekend als 'galsteenvorming'. De epidemiologische studies ramen de prevalentie van galstenen bij de westerse bevolking op 10 à 20% en ze hebben in de laatste decennia een stijging geregistreerd van die prevalentie. Bijna 80% van de galstenen is echter asymptomatisch en wordt enkel ontdekt bij een echografie van de buik om andere redenen. Een operatie is vaak niet nodig.

De risicofactoren voor de ontwikkeling van galstenen zijn enerzijds factoren waar niets aan gedaan kan worden (familiale antecedenten, etnische afkomst, genetische aanleg, geslacht, leeftijd ...), en anderzijds factoren waar men wel iets kan aan doen (obesitas, dyslipidemie, metabolisch syndroom, diabetes, het gebruik van bepaalde geneesmiddelen, sommige aandoeningen als levercirrose of de ziekte van Crohn, diëten, snel gewichtsverlies ...). Momenteel gebeurt de galsteenverwijdering in het gros van de gevallen via laparoscopie. De ingreep via laparotomie ('openbuikoperatie') blijft echter aangewezen, wanneer de galblaas moeilijk te bereiken is of wanneer er verwikkelingen verwacht worden (of zich voordoen) tijdens een ingreep via laparoscopie. Uit epidemiologische studies blijkt dat de operatie via laparoscopie geleid heeft tot een verhoging van het aantal galsteenverwijderingen. Die stijging is hoger dan men zou verwacht hebben gezien de toename van de prevalentie van de aandoening.

Analyse van de gegevens van de Onafhankelijke Ziekenfondsen

Type en duur van de ziekenhuisopname

- In 2010 bedroeg het aantal galsteenverwijderingen bij leden van de Onafhankelijke Ziekenfondsen 3.069, waarvan er 2.965 uitgevoerd werden tijdens een klassieke ziekenhuisopname (KZ) en slechts 104 tijdens een daghospitalisatie (DH). Deze heelkundige ingreep werd uitgevoerd bij 0,15% van het ledental van de Onafhankelijke Ziekenfondsen en vertegenwoordigt 1% van het totale aantal opnames bij de leden.

- Galblaasverwijderingen gebeuren bijna uitsluitend via laparoscopie: 95% van de gevallen, waaronder slechts 4% via one-day.** Een merkwaardige vaststelling, aangezien meerdere wetenschappelijke studies en een meta-analyse gelijkwaardige resultaten aangetoond hebben over postoperatieve pijn en vroegtijdige of laattijdige verwikkelingen bij zowel DH als KZ. De kostprijs in het eerste geval was wel duidelijk lager. 'Openbuikoperaties' zijn uitzonderlijk geworden. Ze worden enkel nog toegepast bij een aantal ingewikkelde vormen, die onmogelijk behandeld kunnen worden via laparoscopie.
- De gemiddelde duur van een klassieke ziekenhuisopname bedraagt 3 dagen bij een laparoscopische cholecystectomie.** In ongeveer 40% van de gevallen blijft de ziekenhuisopname nochtans beperkt tot 1 overnachting en factureert men 1 à 2 dagen naargelang het uur van aankomst en dat van vertrek.
- Het verblijf bij cholecystectomie via laparotomie is drie maal langer.** Het gaat hier namelijk om ingewikkeldere gevallen.

Profiel van de gehospitaliseerde patiënten

- Het risico op een galblaasverwijdering neemt toe naarmate men ouder wordt,** tot de leeftijdsgroep van 70-79 jaar. 1 op de 1.000 personen tussen 20 en 29 jaar moet een dergelijke ingreep ondergaan. Bij de leeftijdsgroep tussen 50 en 59 jaar gaat het om 2 op de 1.000 personen en bij die van 70 tot 79 jaar om meer dan 3 op de 1.000.
- Vrouwen ondergaan een cholecystectomie twee keer meer dan mannen.** Het relatieve verschil tussen vrouwen en mannen is aanzienlijk hoger bij de laagste leeftijdsgroepen (jonger dan 40 jaar). Bij vrouwen van 20-39 jaar wordt 4 à 5 keer vaker een cholecystectomie uitgevoerd dan bij mannen uit dezelfde leeftijdsgroep.
- De hogere prevalentie bij vrouwen valt vooral op voor de menopauze en is enerzijds te verklaren door het effect van de hormonen (oestrogenen en progestativa) op de afscheiding van gal door de lever en op de werking van de galblaas, en anderzijds door het feit dat vrouwen die een contraceptiemiddel slikken,

vaker in contact komen met een arts. Symptomen als buikklachten zouden hierdoor vlugger ernstig genomen worden, met als gevolg dat een cholecystectomie op jongere leeftijd uitgevoerd wordt bij vrouwen die de pil nemen dan bij vrouwen die de pil niet nemen.

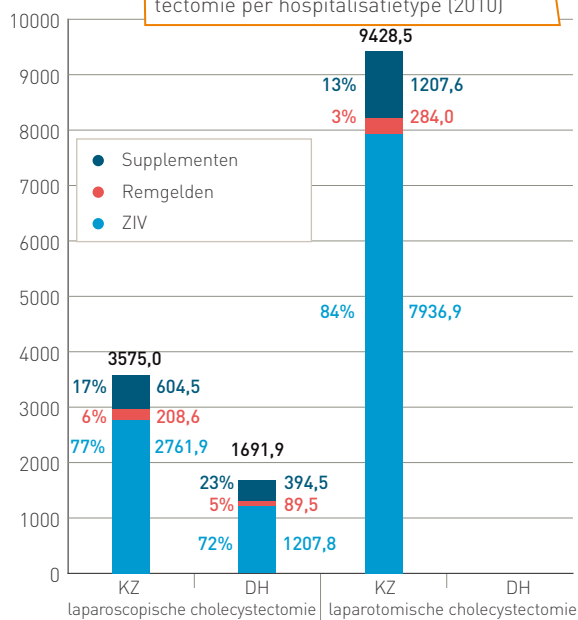
De kostprijs in het ziekenhuis van een cholecystectomie

De kostprijs in het ziekenhuis van een cholecystectomie werd berekend op basis van het geheel van de verstrekkingen (verblijfskosten, erelonen, geneesmiddelen ...), toegediend tijdens het ziekenhuisverblijf van de patiënt, in de veronderstelling dat de heelkundige verwijdering van de galblaas de voornaamste reden was van de ziekenhuisopname.

De duur van het ziekenhuisverblijf vertoont een positieve correlatie met de kosten in het ziekenhuis en het spreekt voor zich dat een klassieke ziekenhuisopname duurder is dan een daghospitalisatie (zie figuur 1). Dit geldt zowel voor het aandeel van de patiënt (remgelden + toeslagen), als voor de toeslagen ten laste van de ziekte- en invaliditeitsverzekering (ZIV).

Figuur 1

Gemiddelde kostprijs van een cholecystectomie per hospitalisatietype (2010)



Structuur van de gemiddelde kostprijs van een laparoscopische cholecystectomie, per prestatiegroep tijdens een KZ (2010)

Kostengroepen	ZIV		Remgeld		Supplement	
	Euro	%	Euro	%	Euro	%
Kostprijs van verzorging en verblijf	1202,8	43,6	56,3	27,0	70,7	11,7
Medische erelonen	717,0	26,0	10,5	5,1	429,6	71,1
Klinische biologie	144,1	5,2	6,1	2,9	4,3	0,7
Medische beeldvorming	100,6	3,6	5,4	2,6	11,3	1,9
Geneesmiddelen	169,0	6,1	2,0	1,0	36,6	6,1
Gebruikte materialen	239,4	8,7	113,0	54,2	2,4	0,4
Overige	188,9	6,8	15,3	7,3	49,6	8,2
Totaal	2761,9	100,0	208,6	100,0	604,5	100,0

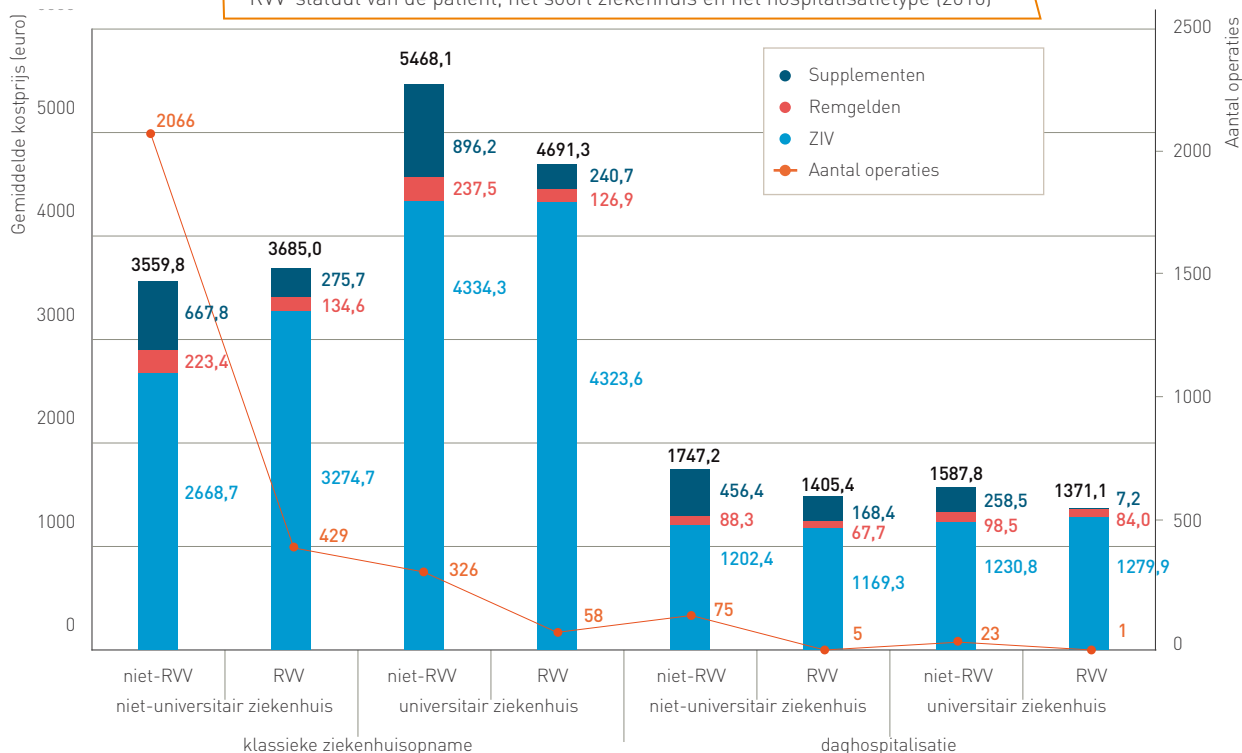
- In 2010 bedroeg de gemiddelde totale kostprijs van een laparoscopische cholecystectomie 3.575€ tijdens een klassieke ziekenhuisopname en 1.691€ via one-day. Een operatie via laparotomie, waarbij het verblijf drie keer langer is, kost ook ongeveer 3 keer meer dan via laparoscopie.
- Bijna 25% van de kostprijs van een laparoscopische cholecystectomie is ten laste van de patiënt, terwijl het bij een laparotomie slechts om 16% gaat. Het zijn vooral de toeslagen die doorwegen op de factuur ten laste van de patiënt. Die supplementen vertegenwoordigen op hun eentje bijna 80% van de totale kostprijs voor de patiënt en meer dan 70% van die toeslagen zijn ereloon-supplementen (zie tabel). Het gebruikte materiaal bij een laparoscopische ingreep vertegenwoordigt het leeuwendeel van de remgelden ten laste van de patiënt (meer dan 50%).
- Dankzij een cholecystectomie via laparoscopie via one-day, kan de kostprijs ten laste van de ZIV gemiddeld verminderd worden met 55% en kunnen de kosten ten laste van de patiënt verlaagd worden met 40%, in vergelijking met de kostprijs van een identieke ingreep tijdens een KZ.

Kostprijs naargelang het soort ziekenhuis en het sociaal-economische statuut

- Meer dan 80% van de galblaasverwijderingen gebeurt in een niet-universitair ziekenhuis en meer dan 80% van de rechthebbenden heeft het statuut van niet-RVV of het gewone statuut (figuur 2). Er lijkt geen voorkeur te zijn voor een bepaald ziekenhuistype, aangezien op een totaal van ongeveer 100 ziekenhuizen die galblaasoperaties verrichten, de 8 universitaire ziekenhuizen samen slechts 15% vertegenwoordigen van het totale aantal operaties.
- Er is geen significant verschil tussen de verdeling RVV en niet-RVV en tussen de universitaire en de niet-universitaire ziekenhuizen voor eenzelfde hospitalisatietype.
- De hoge kostprijs van de operaties bij een KZ, uitgevoerd in een universitair ziekenhuis, is te verklaren door de hogere kostprijs van de verpleegdag ten laste van de ZIV.
- Qua remgelden stellen we geen significant verschil vast tussen de universitaire en de niet-universitaire ziekenhuizen. De supplementen van de rechthebbenden op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming zijn daarentegen lager in de universitaire ziekenhuizen.

Figuur 2

Gemiddelde kostprijs en aantal galblaasverwijderingen volgens het al dan niet RVV-statuut van de patiënt, het soort ziekenhuis en het hospitalisatietype (2010)



Kostprijs naargelang het kamertype

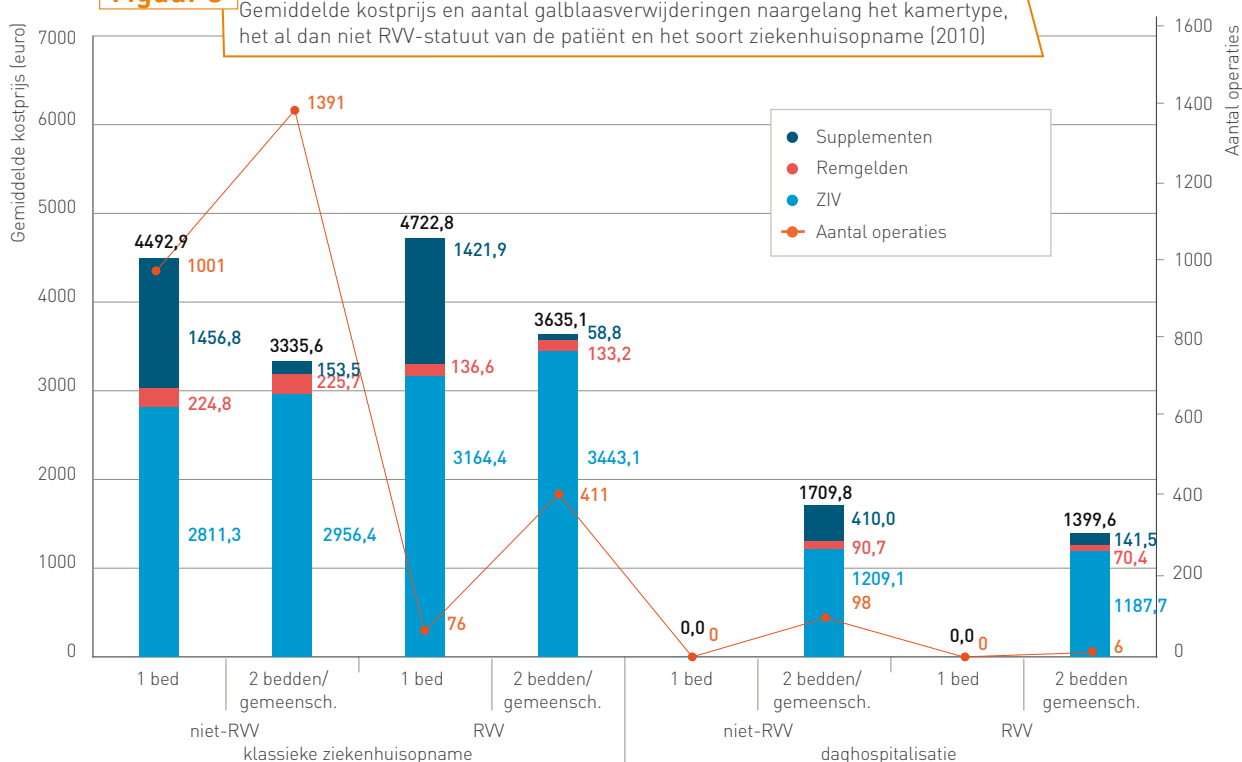
- Het gros van de ziekenhuisopnames (in totaal 2 op de 3) vindt plaats in gemeenschappelijke of tweepersoonskamers, ongeacht het soort hospitalisatie en het statuut van de patiënt (figuur 3).

- De kostprijs ten laste van de ZIV en het remgeld ten laste van de patiënt worden niet zwaar beïnvloed door het kamertype. De supplementen ten laste van de patiënt zijn daarentegen aanzienlijk (10 à 24 keer) hoger in een eenpersoonskamer dan in een gemeenschappelijke of tweepersoonskamer.

...

Figuur 3

Gemiddelde kostprijs en aantal galblaasverwijderingen naargelang het kamertype, het al dan niet RVV-statuut van de patiënt en het soort ziekenhuisopname (2010)



Conclusies

De bepalende factoren van de kostprijs van een ziekenhuisopname voor een cholecystectomie zijn de operatietechniek (laparoscopie/laparotomie), alsook het soort ziekenhuisopname (KZ/DH), het ziekenhuistype (universitair of niet), het soort patiënt (RVV of niet) en het kamertype (eenpersoonskamer of gemeenschappelijke/tweepersoonskamer):

- Een heelkundige ingreep via **laparotomie** (minder dan 5% van de gevallen) gaat gepaard met een **langer verblijf en kost drie keer meer** dan een laparoscopische ingreep.
- Een laparoscopische cholecystectomie, uitgevoerd **via one-day, maakt het mogelijk om de kostprijs ten laste van de ZIV gemiddeld te verminderen met 55%, terwijl de kostprijs ten laste van de patiënt met 40% daalt** in vergelijking met dezelfde operatie tijdens een KZ. Het is een verbazende vaststelling dat slechts een kleine minderheid (4%) van de laparoscopische galblaasverwijderingen gebeurt tijdens een daghospitalisatie, terwijl uit meerdere klinische studies en een meta-analyse* gebleken is dat de resultaten van een DH en een KZ gelijkaardig zijn op vlak van postoperatieve pijn en vroegtijdige of laattijdige complicaties.
- Het spreekt vanzelf dat het niet mogelijk zal zijn om alle klassieke ziekenhuisopnames via laparoscopie te vervangen door een daghospitalisatie. Niettemin is in het Verenigd Koninkrijk duidelijk sprake van een stijgende trend van het aantal daghospitalisaties ter zake (van 10 naar 61% tussen 2006 en 2009) en in meerdere Franse ziekenhuizen gaat het aantal daghospitalisaties ook in stijgende lijn (+ 50%). Het zou dus wel degelijk mogelijk moeten zijn om in België meer galblaasverwijderingen uit te voeren via one-day.
- Bij een klassieke ziekenhuisopname zijn de **universitaire ziekenhuizen veel duurder** (30%) dan de niet-universitaire ziekenhuizen voor de ziekte- en invaliditeitsverzekering. Qua remgeld is er echter geen sprake van significante verschillen.
- De **kostprijs van het kamertype heeft een aanzienlijke impact op het aandeel ten laste van de patiënt, en meer bepaald op de supplementen**. Dat aandeel is namelijk veel hoger in een eenpersoonskamer (10 à 24 keer hoger dan in de andere kamers).



Phd Güngör Karakaya

Dr Ingrid Umbach

Dienst Studies & Strategie
van de Onafhankelijke Ziekenfondsen

Daghospitalisatie promoten

Standpunt Onafhankelijke Ziekenfondsen

- De Onafhankelijke Ziekenfondsen willen de laparoscopische cholecystectomie via one-day promoten. Het doel: een rationeler en efficiënter gebruik van de geldmiddelen waarover onze gezondheidszorg beschikt, een verlaging van de ziekenhuisfactuur ten laste van de patiënt en een verbetering van het comfort voor de patiënt.
- De Onafhankelijke Ziekenfondsen stellen in dit kader voor om, in overleg met de betrokken sectoren en op basis van de ervaring in de buurlanden, **Belgische aanbevelingen** uit te werken (indicaties, programmering, organisatie, opvolging etc.). Dankzij die aanbevelingen zou men het aantal operaties via one-day moeten kunnen verhogen, zonder dat de zorgkwaliteit en de veiligheid van de patiënt daaronder lijden.
- Tijdens contacten met de zorgverleners is gebleken dat de huidige **organisatie van de one-day** een obstakel vormt voor de uitvoering van meer galblaasverwijderingen in daghospitalisatie. De patiënten hebben namelijk niet alleen verzorging en toezicht nodig tijdens de openingsuren van de one-day (niet-24-uurs). Een striktere selectie van de patiënten die in aanmerking komen voor een operatie via one-day is dan ook wenselijk.
- De laparoscopische cholecystectomie maakt momenteel deel uit van de courante heelkundige ingrepen, waarop het **systeem van de referte-bedragen** van toepassing is. Dit systeem geldt evenwel niet voor de daghospitalisatie, wat een domper zet op dit hospitalisatietype. In het licht van de komende wetsverandering, zou de integratie van de daghospitalisatie in dit systeem het echter mogelijk moeten maken om het beroep op een dergelijke ziekenhuisopname te stimuleren.
- Een beroep op de one-day voor alle patiënten bij wie dat aangewezen is, zou het volgende mogelijk maken:
 - een **beter gebruik van de beschikbare ontvangsten** door de ziekenhuizen, met de mogelijkheid om middelen te verschuiven naar sectoren die niet genoeg gefinancierd worden;
 - een **vermindering van de kosten** ten laste van de patiënt (besparing van 40% in vergelijking met een klassieke hospitalisatie);
 - **meer comfort voor de patiënt** die al naar huis kan, na een paar uurtjes in het ziekenhuis.
- De Onafhankelijke Ziekenfondsen pleiten voor meer communicatie met (en voorlichting van) alle actoren (ziekenhuizen/zorgverleners, sociaal verzekerden, verzekeringsinstellingen en de ziekte- en invaliditeitsverzekering) over de - niet enkel financiële - voordelen van een daghospitalisatie.

* Gurusamy KS., S. Junnarkar, M. Farouk and BR. Davidson, 2008, 'Day-case versus overnight stay in laparoscopic cholecystectomy', Cochrane Database of Systematic Reviews, no. 1, article CD006798.

Cataractoperatie

Chirurgie buiten het ziekenhuis:
een verdedigbare derde optie?

In België vinden jaarlijks ongeveer 100.000 cataractoperaties plaats. Deze ingreep hoeft echter niet noodzakelijk in een ziekenhuisomgeving uitgevoerd te worden. Om de (vaste) kosten te drukken en ziekenhuisinfecties te vermijden, wordt dan ook steeds vaker gezocht naar alternatieven voor een ziekenhuisopname. In een recente analyse over de gefactureerde kosten bij onze leden nemen de Onafhankelijke Ziekenfondsen deze 'derde optie' onder de loep!

De klassieke vorm van cataract is het gevolg van een onvermijdelijke vertroebeling van de kristallens door ouderdom. De visuele aandoeningen die eruit voortvloeien, kunnen niet gecorrigeerd worden met een bril. De operatie, waarbij de kristallens verwijderd wordt en vervangen wordt door een lens, leunt aan bij de microchirurgie: de volledige operatie gebeurt onder de microscoop, bijna altijd onder plaatselijke verdoving. Oogoperaties buiten het ziekenhuis waren niet verboden, maar ze werden pas sinds 2009 omkaderd en terugbetaald.¹

Nog maar weinig ingrepen in de praktijk

Cataractingrepen buiten het ziekenhuis zijn op dit moment nog eerder uitzondering dan regel (2% van de ingrepen). Zo lieten in 2010 363 leden van de Onafhankelijke Ziekenfondsen de ingreep buiten het ziekenhuis uitvoeren, in 2011 waren dat er 307 (leden van wie we de facturatiegegevens hebben voor het bestudeerde jaar). Van een echte tendens is dus misschien nog geen sprake, maar de nieuwsgierigheid is alvast gewekt. Bij de analyse van de ingrepen bui-

ten het ziekenhuis in 2011 stellen we een grote variatie vast in de chirurgische praktijken en facturatie. Vandaar dat we een studie maakten van de prestaties waarvoor het trio 'anesthesie - weghalen van de kristallens - plaatsen van een lens' aangerekend werd aan het RIZIV en door de Onafhankelijke Ziekenfondsen betaald werd.

Belangrijkste gegevens

- Uit de tabel hieronder blijkt dat puur economisch bekeken

het RIZIV beter de voorkeur zou geven aan deze soort tenlasteneming voor een cataractoperatie. De kostprijs in 2011 bedroeg voor het RIZIV **gemiddeld 780 € voor een ingreep buiten de ziekenhuisomgeving, in vergelijking met 1.300 € in one day en 2.300 €** tijdens een klassieke ziekenhuisopname. Deze bedragen stemmen overeen met die van 2010, maar zijn ze wel volledig? Enkele punten zijn namelijk voor discussie vatbaar, vooral voor bepaalde

Verdeling van de gemiddelde kostprijs voor het RIZIV per uitgavepost en volgens de plaats en het soort ziekenhuisopname in 2011

	Verplichte verzekering					
	Buiten het ziekenhuis (92 op 307)		One Day (16.605)		Klas. ziekenhuisopname* (882)	
Honoraria (Chirurgie + techn. prest.)	707 €	88,6%	673 €	51,3%	1.059 €	46,0%
Implantaten en materiaal	79 €	9,9%	186 €	14,1%	249 €	10,8%
Geneesmiddelen	1 €	0,2%	12 €	0,9%	152 €	6,6%
Medische beeldvorming	7 €**	0,9%	0 €**	0,0%	92 €	4,0%
Klinische biologie	4 €**	0,5%	76 €**	5,8%	106 €	4,6%
Andere	0 €	0,0%	0 €	0,0%	22 €	1,0%
Verblijfskosten	0 €	0,0%	365 €	27,8%	623 €	27,1%
	798 €		1.313 €		2.304 €	

* Bij een klassieke ziekenhuisopname kunnen de patiënten verschillend zijn van de one day of de operatie buiten het ziekenhuis, vanwege een grotere comorbiditeit.

** Berekende bedragen op basis van de gerealiseerde prestaties op de dag van de ingreep (one day en buiten het ziekenhuis)

uitgaveposten in one day en buiten de ziekenhuisomgeving. Er bestaat namelijk een zekere onderschatting van de prestaties betreffende klinische biologie en medische beeldvorming, aangezien deze enkele dagen voor de operatie plaatsvinden.

- Als we alleen de ingrepen buiten het ziekenhuis bekijken, dan bestaan de prestaties voor de ingreep voor ongeveer 90% uit de erelonen van de oogarts en de chirurgische handeling zelf. De anesthesie wordt meestal door de oogarts zelf uitgevoerd.
- In vergelijking met de andere twee vormen van cataractchirurgie, valt op dat de implantaten (de lens en het bijbehorende materiaal) bij een **ingreep buiten het ziekenhuis heel wat goedkoper zijn**. Het gaat om 80 €, in vergelijking met 185 € in one day en 250 € bij een klassieke ziekenhuisopname in 2011. De geplaatste lenzen (gefactureerd aan het RIZIV) zijn nochtans van hetzelfde type, namelijk de plooibare of multifocale intra-oculaire lens (terugbetaald voor 77,46 €²).
- Het globale remgeld van de ingreep is laag en ligt rond de 20 euro (stabiel van 2009 tot 2011). Maar is dit het werkelijke bedrag dat de patiënt uit eigen zak moet betalen?

Groot verschil in uitgaven

We stellen grote verschillen vast in de uitgaven die aan het RIZIV aangerekend worden voor een cataractingreep buiten het ziekenhuis. Deze vaststelling geldt

niet alleen voor de zorgverleners onderling, maar ook voor de uitgaven van eenzelfde zorgverlener. In 2011 voerden 48 verschillende zorgverleners (24 in 2010) verstrekkingen voor cataract uit buiten de ziekenhuisomgeving. Is deze stijging van het aantal verstrekkers wenselijk voor de organisatie van de oogverzorging ... in het ziekenhuis?

Volgens onze bevindingen factureert de zorgverlener de chirurgische handeling, de anesthesie en de technische handeling van het meten van het zicht. Bij gebrek aan nauwkeurige gegevens over de gezondheidstoestand van de patiënt, kan een ziekenfonds onmogelijk oordelen over de noodzaak van de verschillende technische handelingen die tijdens een chirurgische ingreep plaatsvinden.

In tegenstelling tot de operaties die plaatsvinden in het ziekenhuis (tijdens een klassieke ziekenhuisopname of in one day), hebben we geen enkele informatie over de supplementen die aan de patiënten gevraagd worden. Volgens de patiënten zelf worden er echter soms vrij hoge supplementen aangerekend via een aparte factuur. Een knelpunt dat onze aandacht trekt en ons enthousiasme voor de verstrekkingen buiten het ziekenhuis danig tempert.

Supplementen: te weinig transparantie

In het belang van de patiënt moet er een manier gevonden worden om de informatie over de supple-

menten expliciet en transparant te maken. Een ziekenfonds kan zijn leden pas een 'nieuwe' piste aanprijzen, als er voor de patiënt geen enkel financieel risico is. Zeker wanneer de overheid de initiatieven voor de alternatieven van een ziekenhuisopname wil aanmoedigen.

Meer transparantie over de aangerekende supplementen aan de patiënt, zou de ziekenfondsen helpen om de verscheidenheid van de chirurgische ingrepen beter te begrijpen, bijvoorbeeld op vlak van de gebruikte en aangerekende anesthesie en de soorten van implantaten die de patiënten ingeplant krijgen en die niet terugbetaald worden door het RIZIV. Dit probleem op vlak van transparantie hebben we al aangehaald in een vorige analyse, meer bepaald over de verstrekkingen uitgevoerd op de patiënten onder de 50 jaar*. Het analyseren van de facturatie van de handelingen bij een cataractoperatie met de betrokken zorgverleners kadert in de kwaliteitscontroles op de verstrekkingen die het RIZIV, samen met de ziekenfondsen, kan en moet uitvoeren. Hierna volgen nog andere analyses die zullen antwoorden op praktijkvragen die tot nu toe onbeantwoord zijn gebleven. Wij zullen in dat kader de betrokken professionals contacteren om een zo groot mogelijke transparantie te bereiken.



**Rudy Van Tienen
& Dr Ingrid Umbach**

Dienst Studies & Strategie
van de Onafhankelijke Ziekenfondsen

Meer transparantie

- Om te zorgen dat de kwaliteit van de verstrekkingen en de veiligheid van de patiënt optimaal zouden zijn, raden de Onafhankelijke Ziekenfondsen aan om de oftalmologiecentra te erkennen, waardoor ze controleerbaar worden, en hen een expliciet erkenningsnummer te geven om ze te controleren, zoals de ziekenhuisinstellingen, op de naleving van de

Standpunt Onafhankelijke Ziekenfondsen

- verschillende wettelijke normen.
- De Onafhankelijke Ziekenfondsen vragen aan de zorgverleners om transparanter te zijn over de handelingen die ze uitgevoerd hebben tijdens een cataractingreep met het oog op een goede zorgkwaliteit en een zo groot mogelijke toegankelijkheid (het soort anesthesie en het soort lens).

* Kostprijs van de cataractchirurgie in België, MLOZ, nov. 2011

1 Op 1 mei 2009 ging een wijziging in werking van het artikel 15, §2 van de Wet van 25/11/1997, op basis waarvan oogchirurgieverstrekkingen met een waarde boven N200 en buiten het ziekenhuis officieel geattesteerd mogen worden.
2 De torische lenzen met dioptrie (die terugbetaald worden) vertegenwoordigen minder dan 3% van de gevallen bij one day en een klassieke ziekenhuisopname voor de leden van de Onafhankelijke Ziekenfondsen in 2011.



Meer dan ooit houdt Europa zich bezig met de gezondheidszorg. De Onafhankelijke Ziekenfondsen volgen deze evolutie met argusogen en daarom selecteerden we enkele dossiers die in 2013 hoog op de agenda zullen staan. Deze thema's illustreren de diversiteit aan Europese initiatieven in de sector.

1 De Europese richtlijn over grensoverschrijdende gezondheidszorg

De richtlijn beoogt hoofdzakelijk de rechten van de patiënten die zich in een andere lidstaat willen laten behandelen. Centraal daarin staan de terugbetaling van de medische kosten en de voorwaarden voor een systeem van voorafgaande toestemming. **De uitdaging bestaat erin om deze principes te integreren in de bestaande regelgeving voor grensoverschrijdende verzorging.** Om dit kader uit te werken, werd binnen het RIZIV een werkgroep opgericht (met ver-

tegenwoordigers van de ziekenfondsen).

Deze richtlijn is ook van toepassing op privéziekenhuizen en -verstrekkers en geldt eveneens in geval van dringende zorgen in een andere lidstaat. Ze behandelt bovendien nog een heleboel andere onderwerpen. Het gaat daarbij onder andere om de informatieopdracht van de lidstaten (o.a. over kwaliteit van de zorg en prijzen in ziekenhuizen, oprichting van nationale contactpunten), wederzijdse erkenning van voorschriften, de oprichting van referentienetwerken, zeldzame ziekten, netwerken voor eHealth en HTA ... Alle lidstaten – en dus ook België – moeten deze richtlijn tegen 25 oktober 2013 omzetten naar de nationale wetgeving.

2 Een Europees statuut voor de ziekenfondsen

In een rapport uit 2011¹ erkende het Europese Parlement de economische en sociale meerwaarde van de ziekenfondsen in Europa, maar het onderstreepte ook dat het mutualistische model onder druk staat, o.a. door de principes van de interne markt. De Europese Commissie voerde op haar beurt een studie uit om deze problematische punten beter in kaart te brengen.

De ziekenfondsen kunnen als actoren in de sociale economie namelijk bijdragen tot de doelstellingen van Europe 2020.

In oktober presenteerde de Europese Commissie een tweede rapport², dat niet enkel de verschillende types van ziekenfondsen in Europa (actief in de aanvullende verzekering) gedetailleerd beschreef, maar ook aangaf dat de ziekenfondsen een sterkere juridische positie en een betere promotie van het mutualistische concept verdienen. In zes Europese lidstaten hoort men het in Keulen donderen wanneer het over ziekenfondsen gaat. "De ziekenfondsen hebben nochtans een belangrijke sociale rol te spelen in het herstel van Europa in tijden van crisis", vatte een Europees Parlements lid het samen tijdens een conferentie over deze problematiek. De roep om een Europese erkenning en een aangepast juridisch instrument om als ziekenfonds grensoverschrijdend te werken, stemt tot nadenken over de ontwikkeling van een Europees statuut voor ziekenfondsen.

In 2013 zal de Europese Commissie het resultaat publiceren van een publieke raadpleging over de nood aan Europese initiatieven om de positie van de ziekenfondsen in Europa te versterken.

3 Europese denktank over de toekomst van de gezondheidszorg

In heel Europa staan de gezondheidssystemen onder druk, met grote uitdagingen tot gevolg. De vergrijzing en de oprukkende chronische aandoeningen zijn enkele van de grootste kopzorgen. Daarom ging de Europese Commissie begin juli over tot de oprichting van een 'multisectoraal en onafhankelijk panel van deskundigen voor het verstrekken van advies over doeltreffende manieren om te investeren in gezondheid'.

Dit 'panel van wijzen' moet de Commissie **onafhankelijk en multisectoraal advies geven over efficiënte manieren om te investeren in projecten als gezondheidsplannen en -prioriteiten**, een systeem voor de financiering, kwaliteitsnormen, preventie en gezond-

heidspromotie, ziekenhuiszorg, eHealth, onderzoek, monitoring ... Het panel zal bestaan uit maximaal 17 leden, die samen een zo groot mogelijke kennis over en inzicht in de gezondheidssystemen binnen de EU hebben. Ze kunnen ook een beroep doen op externe deskundigen.

De zoektocht naar kandidaat-experten voor dit panel startte dit najaar, zodat ze in 2013 met hun werkzaamheden kunnen starten. Hun aanbevelingen kunnen ook voor België van groot belang zijn. Met de publicatie van hun '10 krijtlijnen voor de toekomst van de gezondheidszorg' hebben de Onafhankelijke Ziekenfondsen ook aangegeven dat een fundamentele reflectie over het Belgische gezondheidssysteem aangewezen is.

4 De bescherming van privégegevens

Begin 2012 stelde de Europese Commissie een grondige hervorming van de gegevensbeschermingsregels voor. Door de nieuwe technologieën, globalisering en maatschappelijke veranderingen is het erg belangrijk om de burgers gerust te stellen. Er is namelijk sprake van versnippering en wettelijke onzekerheid.

De belangrijkste maatregel van deze hervormingen is het voorstel van verordeningen 'betreffende de bescherming van natuurlijke personen in verband met de verwerking van persoonsgegevens en betreffende het vrije verkeer van die gegevens'. Deze verordening omvat ook het gebruik van gegevens in de gezondheidszorg. De doelstellingen zijn o.a. meer transparantie over het **gebruik van gegevens, het geven van een expliciet akkoord om data te gebruiken (niet stilzwijgend) en het recht om 'vergeten te worden' voor de burger**.

Wat de concrete gevolgen zullen zijn van deze verordening in de gezondheidszorg is nog niet helemaal duidelijk, vooral wanneer de gegevens niet geanonimiseerd zijn. In België bereidt de Privacycommissie een analyse van deze Europese voorstellen voor. Die zou ten vroegste in mei 2013 besproken worden in het Europese Parlement, wat niet zonder discussie zal verlopen. Voor de ziekenfondsen is dit een belangrijk dossier, denken we maar aan eventuele preventiecampagnes om bepaalde doelgroepen van verzekerden te sensibiliseren.



Christian Horemans

Expert Internationale Zaken
christian.horemans@mloz.be

¹ "The role of the mutual societies in the 21st century"

² "Study on the current situation and prospects of mutuals in Europe"

Kinesitherapeuten wikken en wegen de toekomst van de gezondheidszorg

De Belgische gezondheidszorg staat voor grote uitdagingen, zoveel is zeker. Maar hoe kijken zorgprofessionals aan tegen '10 krijtlijnen voor de Toekomst van de Gezondheidszorg'*, de visietekst van de Onafhankelijke Ziekenfondsen? Health Forum stelde de vraag aan Luc Lemense, voorzitter van Axxon (de beroepsvereniging van kinesitherapeuten), en Xavier Brenez, Directeur-generaal van de Onafhankelijke Ziekenfondsen!



Luc Lemense



Xavier Brenez

“Ons zorgmodel moet evolueren naar preventieve, multidisciplinaire, proactieve en geplande geneeskunde.” Wat betekent deze stelling uit onze visietekst voor de kinesitherapeut in het bijzonder?

Luc Lemense - In 2011 verwezen artsen 1.873.993 personen naar kinesitherapeutische verzorging, een toename met 38,6% tegenover 2003. Kinesitherapie is dus vroeg inzetbaar, maar helaas stellen we vast dat de kinesitherapeut dikwijls 'later' of 'te laat' in het zorgproces wordt ingeschakeld. Vaak vinden namelijk eerst een reeks andere interventies plaats, elk met hun kostprijs, en niet altijd met een bewezen efficiëntie. Wetenschappelijke studies tonen nochtans aan dat het tijdige inzetten van kinesitherapeutische zorg in een zorgplan bij welbepaalde aandoeningen de revalidatie bespoedigt, de kostprijs drukt en het eindresultaat optimaliseert. Een planmatige aanpak van revalidatieprocessen, goede richtlijnen en een multidisciplinaire aanpak zijn daarbij een stap in de goede richting.

Xavier Brenez - Ons huidige gezondheidsstelsel werd inderdaad uitgebouwd om in de eerste plaats een antwoord te bieden op acute aandoeningen. In ons stelsel streven we dan ook nog niet genoeg naar een globale aanpak via een nieuw en multidisciplinair model van geïntegreerde zorg dat nagaat welke verzorging de beste is voor de patiënt en diens zorgnood. Zo'n aanpak impliceert tevens een voortdurende monitoring en evaluatie van de efficiëntie van de aangeboden verzorging.

“Articulare en musculaire aandoeningen vertegenwoordigen samen met de psychische stoornissen 60% van de gevallen van invaliditeit.” Een onrustwekkende vaststelling waarachter bovendien heel wat chronische patiënten schuilgaan ... Hoe moeten we dit aanpakken?

L. L. - Preventie, begeleiding en reïntegratie op de arbeidsmarkt via een multidisciplinair zorgplan: dat zijn de noodzakelijke ingrediënten van een visie op lange termijn. Ook de responsabilisering van de patiënt is essentieel. Preventie is echter een bevoegdheid van de Gemeenschappen, terwijl de zorgsector een bevoegdheid is van de federale overheid. Axxon is al jaren vragende partij voor meer investeringen in preventie die op termijn de grootste besparing ooit kunnen betekenen in de gezondheidszorg. Dat is helaas niet evident gezien de huidige economische situatie. De kinesitherapeut zou nochtans een belangrijke rol kunnen spelen inzake de coaching van patiënten.

X.B. - We zijn het er volledig mee eens dat 'preventie', ongeacht wie bevoegd is inzake reglementering, integraal deel uitmaakt van de gezondheidszorg. Daarom ijveren de Onafhankelijke Ziekenfondsen voor programma's van 'Disease management' inzake het beheer van chronische aandoeningen. Deze programma's moeten de (vroeg) opsporing van chronische aandoeningen mogelijk maken en de opvolging

verzekeren van de evolutie van de ziekte met aandacht voor secundaire preventie. Responsabilisering van de patiënt moet onder meer gebeuren via informatieverstrekking, communicatie, gezondheidseducatie en coaching.

De Onafhankelijke Ziekenfondsen pleiten voor de hervorming van de financiering en de terugbetaling van de zorg. Wat is het belang daarvan voor de kinesitherapie?

L. L. - Het huidige overlegmodel in de gezondheidszorg loopt op zijn laatste benen. Raden en commissies komen afspraken niet na, budgetten worden arbitrair toegekend, etc. Kortom, de overheid doet waar ze zin in heeft. De eerstelijns zorgverleners blijven daarbij verweesd achter. Globaal overleg is dus van primordiaal belang om dit hele financieringsmechanisme te herzien binnen een lange termijnvisie op de toekomstige gezondheidszorg.

X.B. - De financiering van de zorg per handeling via de nomenclatuur is aan herziening toe. Niet alleen omdat deze financieringsvorm zeer complex is geworden en in bepaalde gevallen leidt tot overconsumptie, maar vooral omdat de verschillende dimensies van het medisch handelen niet voldoende naar waarde geschat worden. Het overleg tussen zorgverstrekkers, de coördinatie van de zorg, het bijhouden van een (uitwisselbaar) patiëntendossier ...: het zijn allemaal elementen van een goede zorgverlening die niet via de nomenclatuur, maar bij voorkeur forfaitair moeten worden gefinancierd.

Ten slotte: de relaties tussen zorgverstrekkers en ziekenfondsen zijn niet altijd evident. Hoe kunnen we deze samenwerking optimaliseren?

L.L. - Als we op termijn een integrale, geoptimaliseerde en multidisciplinaire zorg willen realiseren, zullen alle stakeholders, zorgverleners, ziekenfondsen, patiënten en de overheid moeten samenwerken. Zorgverstrekkers en ziekenfondsen zouden gebaat zijn bij een regelmatig structureel overleg buiten de officiële overlegorganen. Zo kunnen ze tot oplossingen komen die de politiek of belangengroepen nadien niet kunnen negeren. Iedereen kent de knelpunten in zijn eigen sector en in andere sectoren, maar de uitwassen blijven bestaan. Door het groeiende gebrek aan financiële middelen zal men finaal gedwongen worden tot een ruime consensus. Axxon blijft vragende partij voor sectoroverschrijdend overleg met alle stakeholders. Zo kunnen we een einde maken aan het huidige gefragmenteerde beheer van de gezondheidszorg. Budgetgestuurde gezondheidszorg zonder langetermijnvisie heeft geen toekomst.

X.B. - Ook wij zijn voorstander van een grensoverschrijdend overleg in plaats van het 'silo'-denken. Om de slaagkansen van dit overleg te vergroten, moet de overheid in eerste instantie de realisatie van gemeenschappelijke gezondheidsdoelstellingen nastreven. Alle stakeholders moeten zich scharen achter de verwezenlijking van deze doelstellingen in plaats van het eigen belang voorop te stellen. Ons overlegmodel, evenals het conventioneringsstelsel, is dus aan herziening toe.



Interview door **Piet Van Eenoo** & **Steven Vervaeke**
met de medewerking van **Regina De Paep**

Op naar een directe toegang tot kinesitherapie?

Axxon is in een aantal gevallen voorstander van een directe toegang tot de kinesitherapie. Wat behelst dit?

L.L. - Zorg- en adviesvragen van patiënten zonder een consultatie bij de arts of zonder voorschrift zijn dagelijkse kost. Een kinesitherapeut die hierop ingaat, is echter strafbaar wegens onwettige uitoefening van de geneeskunst. De Nationale raad voor Kinesitherapie werkt daarom aan een voorstel tot

'Directe toegang tot de kinesitherapie', waarbij iemand onder welbepaalde voorwaarden zich reeks tot de kinesitherapeut kan richten. Deze voorwaarden omvatten o.a. een bijkomende voorafgaande opleiding voor de kinesitherapeut en communicatie met de huisarts.

X.B. - De competenties van een zorgverstrekkers worden uiteraard bepaald door de aard en het niveau van zijn opleiding. De terugbetaling van behandelingen door de ziekteverzekering is an-

derzijds soms beperkt vanwege budgettaire redenen. Als patiënten willen gebruik maken van de uitgebreidere competenties van zorgverstrekkers, dan moet dit kunnen. De ziekteverzekering kan niet alles ten laste nemen, maar aanvullende verzekeringen van ziekenfondsen kunnen ook hun nut bewijzen. Wij beschouwen de begeleiding door de huisarts als een garantie voor een goede zorgkwaliteit, zelfs zonder een geschreven voorschrift dat recht geeft op een terugbetaling van kinesitherapie.



Symposium 'Feminisering: welke impact op de gezondheidszorg?'

Op zoek naar een evenwicht op alle niveaus

In september riepen de Onafhankelijke Ziekenfondsen op om na te denken over de feminisering van de gezondheidszorg en de gevolgen ervan in de toekomst. Vier spreeksters deelden hun visie op dit thema. Enkele sfeerbeelden ...

De Onafhankelijke Ziekenfondsen organiseerden een studienamiddag rond feminisering in de gezondheidszorg die leidde tot een essentieel debat met de verschillende actoren binnen de sector. Centraal stonden onder andere de gevolgen op de organisatie van de zorg, de ondervertegenwoordiging van vrouwen in besluitvormende functies en de invloed van de feminisering op de beroepswaarden.

Evenwicht privé- en beroepsleven

Tijdens het evenement haalde **Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid Laurette Onkelinx** aan dat zij vooral de toegankelijkheid en de continuïteit van professionele verzorging wil garanderen. "De beroepsbeoefenaars zijn niet allemaal actief in een van de gezondheidssectoren en wie dat wel is, werkt niet noodzakelijk voltijds. Dat komt omdat steeds meer vrouwen hun gezinsleven en hun beroepsleven met elkaar proberen te verzoenen." Dit evenwicht is niet altijd verenigbaar met bepaalde eisen van het beroep. Men kan moeilijk van patiënten eisen dat ze enkel verzorging krijgen tijdens de kantooruren", legde de Minister uit.

Tijd winnen

Nathalie Bekx, CEO van het analysebureau Trendhuis, kwam meteen scherp uit de hoek door te stellen dat de vlucht van mannen uit bepaalde beroepen vooral te maken heeft met het feit dat die niet genoeg meer opbrengen. Vrouwen daarentegen hamsteren liever tijd dan geld. Zij kiezen eerder voor een job waar meer ruimte is voor flexibele arbeidsuren of

de mogelijkheid om deeltijds te werken. Volgens **Nathalie Bekx** is het moederschap een sleutelmoment in het beroepsleven van een vrouw. Maar in onze cultuur wordt het 'professionele ritme' van de vrouw niet erkend: zolang ze een gezin moet opvoeden, kan ze zich minder focussen op haar werk. Dit belet niet dat ze achteraf soms ambitieuzer dan ooit terugkeert, maar jammer genoeg hebben bedrijven vaak weinig begrip voor die evolutie.

Oefenen vrouwen een andere geneeskunde uit?

Volgens **Lieve Peremans, arts en professor in het Departement Interdisciplinaire en Eerstelijnszorg van de Universiteit Antwerpen**, geeft de vervrouwelijking aanleiding tot een ander praktijkmodel, mindere en flexibele werkuren, groepspraktijken, de combinatie privé- en beroepsleven ... De vrouwelijke artsen zien meer jonge vrouwelijke patiënten, zij begrijpen hun typisch vrouwelijke noden en gezondheidsproblemen immers beter. Bovendien besteden ze meer aandacht aan de patiënten: ze geven meer blijk van empathie en nodigen hen uit om te participeren. De professor onderstreepte ook dat de vervrouwelijking niet genoeg weerspiegeld wordt in de academische wereld. Zo zijn er bijvoorbeeld te weinig vrouwelijke docenten en onderzoeksters.

Harmonie en diversiteit

Anne Gillet, huisarts en onderzoozster van ASGB (Algemeen Syndicaat van Geneeskundigen van België), meent dat de vervrouwelijking slechts één aspect is van een beroep dat om allerlei

redenen in crisis is beland: te weinig structuur, een gebrekkige samenwerking tussen de zorglijnen en hier en daar een tekort aan mensen. Jonge artsen keren zich van het beroep af door de zware werklast en omdat ze niet genoeg betaald worden.

"Om een evenwicht tot stand te brengen tussen privé- en beroepsleven, moet men voldoende middelen inzetten om solidariteit tussen alle beroepsmensen te bereiken," aldus **Anne Gillet**. "Op die manier wordt de specifieke inbreng van vrouwen juist een sterkte in plaats van een zwakte voor de organisatie van de gezondheidszorg."

Quota's opleggen?

Isabella Lenarduzzi, managing director van Jump Forum, sloot de namiddag af met een algemeen overzicht van de plaats van de vrouw in de arbeidswereld. Het gros van de beslissingen wordt nog altijd genomen door mannen, zelfs in gezondheidsinstellingen zoals ziekenhuizen, waar vrouwen de meerderheid van het personeel vormen." De grootste uitdaging om diversiteit in de bedrijfswereld te bekomen is om de meest performante ondernemingen een duwtje in de rug te geven, het BBP te verhogen, de gaten op te vullen waar nodig, op zoek te gaan naar de juiste vaardigheden en de sociale zekerheid te beschermen. Momenteel is werken met quota's de enige manier om de diversiteit te bevorderen. Dit gebeurt overigens al in de Scandinavische landen, maar hiermee geven we dan weer de aanzet tot een ander debat ...



Stéphanie Brisson

stephanie.brisson@mloz.be



Valérie Nys



Lieve Peremans



Anne Gillet



Laurette Onkelinx



Nathalie Bekx



Isabella Lenarduzzi



Meer documentatie over het symposium vindt u op www.mloz.be onder de rubriek 'events'

Boeken

Na de film, het boek!

U herinnert zich misschien nog de spraakmakende en treffende documentaire 'Verdwaald in het geheugenpaleis'. Welnu, deze film over dementie krijgt een vervolg in boekvorm. Ook nu staan persoonlijke en diepmenselijke verhalen



en emoties centraal. Journaliste Nathalie Carpentier heeft namelijk een jaar lang een aantal mensen met dementie gevolgd, waardoor dit boek een uniek en pakkend piepgaatje in hun leven biedt. Het boek bevat bovendien een waardebon voor de met lof overladen documentaire van Klara Van Es!

Verdwaald in het geheugenpaleis,
Nathalie Carpentier, Uitgeverij Vrijdag, 2012,
ISBN 978-94-600-1146-7

Het kluwen van autisme

Hoe gaat de naaste omgeving van een autistisch kind om met deze ontwikkelingsstoornis? In 'Verstrikt in autisme' doet Lieke Groenewijde het verhaal van haar zoon Joep. Van de diagnose over het doolhof van de hulpverlening tot de dagelijkse problemen die haar soms tot wanhoop drijven: Groenewijde vertelt met heel veel openhartigheid over hoe het is om een autistisch kind te hebben. Kortom, een authentiek en integer verhaal dat zowel hulpverleners, studenten als eenieder die geïnteresseerd is in deze thematiek zal kunnen boeien!



Verstrikt in autisme,
Lieke Groenewijde, De Graaff, 2012, 288 blz.,
ISBN 978-90-770-2434-8

Het relaas van een aidspionier

W e associëren memoires al eens snel met duffe, slaapverwekkende bakstenen van boeken. Niet onterecht, maar gelukkig doorpikt Peter Piot die negatieve bijklank met verve. In 'Geen tijd te verliezen' vertelt deze aidspionier het verhaal over zijn strijd tegen infectieziektes, met



een bijzondere focus op ebola en aids. Van zijn jaren in Centraal-Afrika tot zijn functies van directeur van UNAIDS en adjunct-secretaris-generaal van de VN: veel meer dan een biografie is dit boek een kroniek over bijzondere ontdekkingen,

mensen en ontwikkelingen, gezien door de ogen van een gepassioneerde arts en wetenschapper.

Geen tijd te verliezen, Peter Piot, Lannoo, 2012,
360 blz., ISBN 978-94-014-0226-2

De mokerslag van agressie

A gressie laat steevast wonden na, fysiek maar ook mentaal. Daarom wil dit boek een leidraad bieden aan leidinggevenden van medewerkers die geregeld te maken krijgen met agressieve cliënten. Het is namelijk belangrijk om een goed inzicht te krijgen in de impact van agressie, maar ook om de nodige aandacht te besteden aan nazorg en het herstel. Daarom bevat dit boek tal van concrete hulpmiddelen die als bouwstenen kunnen dienen voor een beter agressiebeleid!



Agressie in hulp- en dienstverlening,
Mariet Ghaye en Rita Daneels, Acco, 2012,
152 blz., ISBN 978-90-334-8801-6

A photograph of three healthcare professionals sitting around a white circular table in a clinical setting. Two women on the left wear white uniforms with maroon accents, and one woman on the right wears green scrubs. They are engaged in conversation, with coffee cups on the table. A magazine titled 'Health Forum' is placed on the table. A green speech bubble graphic is overlaid at the top, containing the title and a white silhouette of a person with arms raised.

Health Forum*, het magazine voor zorgprofessionals

Wilt u de vinger aan de pols houden van de laatste debatten die voor deining zorgen in de wereld van de gezondheidszorg? Heeft u een onverzadigbare honger naar thematische dossiers, studies en brandend actuele nieuwsberichten uit de wereld van de zorgprofessionals?

Abonneer u gratis of abonneer uw collega's!

Mail naar health-forum@mloz.be

www.mloz.be

*Health Forum is een publicatie van de Landsbond van de Onafhankelijke Ziekenfondsen

Zorgverblijf Dunepanne

Waar herstellen ook genieten is...



Wenst uw patiënt op krachten te komen?

Heeft uw patiënt na een chirurgische ingreep of tijdens een chronische ziekte behoefte om op adem te komen in de gezonde zeelucht? Of bent u op zoek naar tijdelijke opvang omdat zijn of haar mantelzorger er even tussenuit wil? Dan is een zorgverblijf in Dunepanne de oplossing op maat! Ons zorgverblijf combineert een kwalitatieve hotel-service met individueel aangepaste verzorging. Het verzorgend personeel, de kinesitherapeuten, de verpleegkundigen en een arts staan dagelijks voor de gasten klaar. De kamers zijn ingericht naar hun noden en bovendien kunnen ook partners of mantelzorgers in Dunepanne verblijven.

Wist u dit?

Van januari t.e.m. maart 2013 kunnen alle gasten rekenen op een korting van 10% op de bruto verblijfsprijs. In combinatie met de tegemoetkoming van het ziekenfonds, kan deze korting zelfs oplopen tot **20%**. Bovendien ontvangt iedereen die een kamer tijdens het laagseizoen boekt een uniek welkomstgeschenk.

Meer weten?

Wenst u meer informatie over de verblijfprijzen, de tegemoetkomingen en de aanvraagprocedure? Surf dan naar www.dunepanne-mloz.be.