

Health Forum

Maart 2013 · Nr.13

Het magazine van de Landsbond van de Onafhankelijke Ziekenfondsen · driemaandelijks

Verantw. uitg.: Xavier Brenez - Landsbond van de Onafhankelijke Ziekenfondsen - Sint-Huibrechtsstraat 19 - 1150 Brussel - Health Forum, driemaandelijks (maart - april - mei 2013) - Afgiftekantoor Brussel X - P911 186



Dossier

Gezondheidszorg: de solidariteit in gevaar?

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



6^e staatshervorming

Requiem voor de solidariteit?

Zou het woord 'solidariteit' dan toch uit de mode zijn? Kunnen we nog wel spreken van een gevoel van morele plicht ten opzichte van degenen die minder geluk hebben dan wij? De vraag stellen is ze beantwoorden. Er zijn dan ook genoeg tekenen aan de wand dat we onze waarden aan het verliezen zijn: enquêtes bij jongeren waaruit weinig solidariteit blijkt, het blindstaren op zichzelf of op de eigen gemeenschap, de stigmatisering van anderen. Solidariteit is nochtans een waarde die te belangrijk is om zomaar op te geven. Het zijn wellicht de paternalistische solidariteit en de ronselpraktijken die we beu zijn. Maar ook rond het opnemen van onze verantwoordelijkheid blijft het angstvallig stil.

Verantwoordelijkheid mag echter nooit misbruikt worden om het begrip solidariteit zelf te ondermijnen, een praktijk waar sommigen ondertussen wel erg bedreven in zijn geworden.

Wat zou er gebeuren als we de 6e staatshervorming eens aan de 'stresstest' van de solidariteit-verantwoordelijkheid zouden onderwerpen? We beseffen dat deze hervorming, eens de overgangperiode voorbij is, het einde zal betekenen van de solidariteit tussen de gewesten. Van het risico voor onze interpersoonlijke solidariteit zijn we ons waarschijnlijk minder bewust. De gezondheidszorg zal evolueren volgens de specifieke eigenheid van elk gewest (welke eigenheid?), een tendens die door de fiscale autonomie alleen maar

versterkt zal worden. Het is bovendien niet gezegd dat het fundamentele principe dat iedereen naar eigen vermogen bijdraagt tot het systeem, zal blijven bestaan. Sommigen dromen zelfs hardop van een persoonlijke bijdrage als aanvulling op de financiering van de overgedragen materies. Van responsabilisering is in het akkoord dat eind 2011 ondertekend werd, zo goed

als geen sprake. Erger nog, de bevoegdheden werden zo ondoordacht verdeeld, dat de entiteiten er een sport van zullen maken om de kosten zoveel mogelijk naar de andere door te schuiven. Een voorbeeld: als Mijnheer Durant, een oudere afhankelijke persoon, thuis of in een geriatriesch bed in een algemeen ziekenhuis verzorgd wordt, dan zal hij ten

laste genomen worden door de staat. Wordt diezelfde Mijnheer Durant verzorgd in een rusthuis of een geïsoleerd geriatriesch bed, dan zal hij ten laste vallen van de gemeenschap... zoek de fout!

We kunnen niet anders dan met weemoed terugdenken aan de stichters van ons solidariteitssysteem en verlangen naar de tijd toen we nog aan de toekomst konden bouwen...

Xavier Brenez

Directeur-generaal
van de Landsbond van
de Onafhankelijke Ziekenfondsen



“ De gezondheidszorg zal volgens de specifieke eigenheid van elk gewest evolueren en zo de interpersoonlijke solidariteit in het gedrang brengen. ”

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 Eenoooghe · Jan Van Emelen · Christiaan Van Hul · Emilie Vanderstichelen · Rudy Van Tielen · Steven Vervaeke

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

Wenst u Health Forum
regelmäßig 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



Volg ons op Twitter!
[@HealthForumNL](https://twitter.com/HealthForumNL)

Inhoud

N°13

Maart 2013

3 Edito

5 Wist u?

6 Dossier

Gezondheidszorg:
de solidariteit in gevaar?

13 Forum Zorgverstrekkers

Biosimilaire geneesmiddelen:
obstakels beter begrijpen

Thuishospitalisatie -
de kwaliteit van het ziekenhuis,
het vertrouwde comfort van thuis

De vettaks als laatste redmiddel?

Het ziekenhuis 2.0: op naar
meer transparantie!

Arbeidsongeschiktheid -
Vlotter weer aan het werk dankzij
deeltijdse formule

Reumatologen werken mee aan
arbeidsreïntegratie

25 Actua

Onafhankelijke Ziekenfondsen

26 Studie

Een operatie wegens een discus-
hernia kost gemiddeld 4.800€

Chronische ziektes -
Van de theorie naar de praktijk

30 Kiosk

www.mloz.be

Dossier

Solidariteit: waakzaam blijven!

Gezondheidszorg en solidariteit zijn twee begrippen die onlosmakelijk met elkaar verbonden zijn. Vandaag wordt die solidariteit langs meerdere kanten bedreigd: door de crisis, door de regionalisering of, voor sommigen, door de supplementen. De actoren uit de wereld van de gezondheidszorg moeten meer dan ooit op hun hoede zijn voor al die gevaren.



6

Thuishospitalisatie

De kwaliteit van het ziekenhuis, het vertrouwde comfort van thuis

Thuishospitalisatie heeft, als alternatief voor de klassieke ziekenhuisopname, het voordeel van een sneller ontslag uit het ziekenhuis. Het fenomeen, dat ontstond in 1947 in de Verenigde Staten en in 1957 naar Frankrijk kwam overgewaaid, staat bij ons voorlopig nog in zijn kinderschoenen. De Onafhankelijke Ziekenfondsen zijn alvast geïntrigeerd door deze aanpak en richten er een werkgroep rond op.



16

Obesitas

De vettaks als laatste redmiddel?

Sinds Denemarken een extra belasting op vetrijk voedsel invoerde, is de discussie overgewaaid naar andere landen. Ook in België stellen we ons de vraag: gaan we met z'n allen pas gezonder eten als we in onze portemonnee worden geraakt? Is een vettaks het laatste redmiddel?



18

500.532

Dat was het aantal mensen met diabetes in ons land in 2011. Dat is een stijging van bijna 18% ten opzichte van 2008!

Een elektrode tegen alcoholisme?

Het Universitair Ziekenhuis Antwerpen (UZA) heeft een elektrode ingeplant in de hersenen van een alcoholverslaafde man. Het doel van de operatie was om een einde te maken aan zijn drang om te drinken. Deze techniek werd eerder al gebruikt bij mensen met epilepsie of Parkinson. De ingreep, die momenteel nog deel uitmaakt van een proefproject, was een wereldprimeur en kostte 25.000 euro.

www.uza.be

Sessie logopedie van 1 uur niet meer terugbetaald

Sinds begin dit jaar bestaat er geen terugbetaling meer voor logopediesessies van 1 uur voor kinderen onder de 10 jaar. Voor deze leeftijdsgroep worden namelijk enkel

nog sessies van 30 minuten terugbetaald. Het RIZIV gaat daarbij uit van de redenering dat kinderen onder de 10 jaar niet in staat zijn om zich een uur lang te concentreren tijdens een logopedische behandeling. Voor kinderen ouder

dan 10 jaar blijft de terugbetaling voor sessies van 1 uur gewoon behouden.

www.riziv.be



19,8%

van de bevallingen in België tussen 2008 en 2010 gebeurde via een keizersnede. Het aantal keizersneden varieert wel sterk naargelang de zorginstelling of de behandelende gynaecoloog.

Bron: Inter mutualistisch Agentschap (IMA)

Verband tussen fastfood en astma

Een kind dat drie keer per week in een fastfoodrestaurant eet, heeft een veel hoger risico om astma of eczeem te ontwikkelen. Dat heeft het Nieuw-Zeelandse onderzoek ISAAC bewezen na een analyse van de gegevens van 319.000 jongeren tussen 13 en 14 jaar en 181.000 kinderen van 6 tot 7 jaar uit 51 verschillende landen. Hamburgers en frieten eten doet het risico op een ernstige vorm van astma toenemen met 39% bij de jongeren en met 27% bij de kinderen tussen 6 en 7 jaar. Het hoeft niet te verwonderen dat het onderzoek ook aantoonde dat het eten van 3 of meer stukken fruit per week een beschermend effect lijkt te hebben. Een goede verstaander...!

<http://isaac.auckland.ac.nz>





Dossier

Gezondheidszorg: de solidariteit in gevaar?

Solidariteit: waakzaam blijven!

p.7

Zet de terugbetaling van weesgeneesmiddelen het solidariteitssysteem onder druk?

p.9

Europese referentienetwerken: het belang van intra-Europese samenwerking

p.11

Aanrekenen van supplementen: nood aan nuance

p.12

Solidariteit: waakzaam blijven!

Gezondheidszorg en solidariteit zijn twee begrippen die onlosmakelijk met elkaar verbonden zijn. Het zorgsysteem, zoals wij het nu kennen, werd na de oorlog opgericht om het welzijn en de gezondheid van iedereen te verzekeren. Vandaag wordt die solidariteit langs meerdere kanten bedreigd: door de crisis, door de regionalisering van de gezondheidszorg of, voor sommigen, door de aangerekende supplementen. De actoren uit de wereld van de gezondheidszorg moeten meer dan ooit op hun hoede zijn voor al die gevaren.

De ziekenfondsen zijn de eerste uitwerkingen van een elan dat meer dan 50 jaar geleden geleid heeft tot de opkomst van de sociale zekerheid. "Onze sociale zekerheid werd opgericht in de periode van de industrialisering, een tijd waarin veel arbeiders stierven door barre arbeidsomstandigheden en slechte hygiëne", verklaart Marie-Christine Closon, professor gezondheidseconomie aan de universiteit van Leuven. "Hun kwetsbaarheid leidde tot het besef dat ze solidair moesten zijn en dat besef heeft op zijn beurt geleid tot het ontstaan van de ziekenfondsen. In de naoorlogse periode werd de sociale zekerheid nog meer versterkt. De oorlog en het verdriet hebben geleid tot de opkomst van een 'sociaal contract' en een steeds sterker gevoel van solidariteit."

Men moet de middelen vinden om de collectieve risico's te dekken.

Pr. Marie-Christine Closon

in dat we ons niet overgeven aan de markt en dat er geen burgers mogen sterven door een gebrekkige toegang tot de zorg. Het is die toegankelijkheid van de gezondheidszorg die wij als waarde gezamenlijk willen verdedigen."

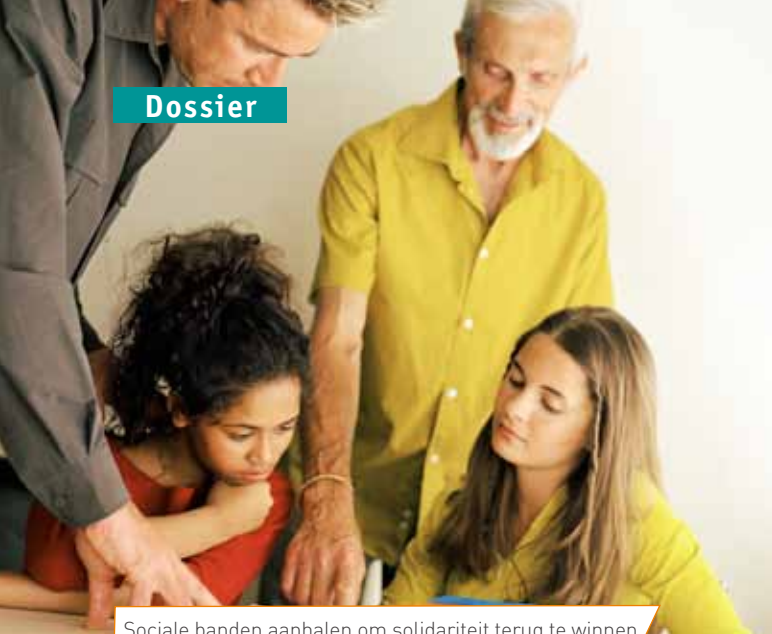
In onze maatschappij dragen wij allemaal ons steentje bij in de 'gemeenschappelijke pot' die de gezondheidsproblemen van burgers moet opvangen. Bovenop die collectieve mechanismen zijn er nog andere vangnetten voor meer specifieke noden, bijvoorbeeld een bijzonder solidariteitsfonds voor personen met zeer ernstige medische problemen. Er zijn ook de statuten 'rechthebbende op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming' (RVV) en 'OMNIO' voor personen in een benarde sociale of financiële situatie.

Op losse schroeven

De maatschappij is intussen veranderd. De budgetten om het welzijn van iedereen te garanderen, slinken van jaar tot jaar, terwijl de noden de omgekeerde richting uitgaan. Sommigen zouden bijvoorbeeld de terugbetaling van bepaalde behandelingen willen inperken, terwijl anderen de regionalisering als dé oplossing voor de beperkte geldmiddelen zien. Al die overwegingen doen de oorspronkelijke definitie van de ziekteverzekering, bepaald door de politieke beleidsmakers, vergeten. "Solidair zijn in de gezondheidszorg wil zeggen dat het noodzakelijk is om zowel de kleine als de grote risico's te dekken. Men moet de middelen vinden om de collectieve risico's te dekken", brengt Marie-Christine Closon in herinnering. "De politieke keuze die in ons land is gemaakt, houdt

Het gevaar van de crisis

In tijden van crisis heeft niet iedereen zin om nog een bijdrage te leveren aan de gemeenschap, omdat het de druk alleen maar opvoert. De crisis van de financiële markten heeft overal in Europa geleid tot besparingen in de gezondheidszorg en in sommige lidstaten van de EU (Griekenland, Spanje, Estland) ondervinden de patiënten de gevolgen er al van. Ook de werking van de ziekenhuizen lijdt eronder. De financiële crisis bedreigt de solidariteit in die zin dat de toegang tot de zorg niet langer gewaarborgd is voor iedereen. Marie-Christine Closon wijst ook op de gevolgen van internationale invloeden. "Er wordt een internationale druk uitgeoefend om de overheidstekorten te beperken. Dit heeft ook een effect op de sociale zekerheid. Het huidige debat over de 'vrije markt' vereist een



Sociale banden aanhalen om solidariteit terug te winnen

mindere tussenkomst van de overheid. De overheid van nu is het resultaat van collectieve keuzes die gemaakt zijn in het verleden. Om de solidariteit te vrijwaren, moeten wij de geschiedenis en het ontstaan van ons stelsel voor ogen houden.”

Regionalisering

De geschiedenis niet vergeten en zich tegelijk voorbereiden op de toekomst: dat is wat talloze actoren doen in het vooruitzicht van de staatshervorming en de regionalisering van de gezondheidszorg. Zou het kunnen dat die regionalisering ten koste gaat van de solidariteit in de gezondheidszorg? Zorgnet Vlaanderen (de overkoepelende Vlaamse werkgeversorganisatie van ziekenhuizen, instituten voor de geestelijke gezondheidszorg en voor de ouderenzorg) denkt dat het een goed idee is om de verschillende entiteiten de kans te geven om hun eigen gezondheidszorg te beheren. Dat zal volgens hen leiden tot meer solidariteit en rechtvaardigheid, want de middelen zullen efficiënter

Om de solidariteit na de regionalisering te vrijwaren, zal er nog lang onderhandeld moeten worden.

gebruikt worden, afgestemd op de specifieke noden van het gewest. Aan Vlaamse kant is men er dus redelijk gerust in, aan Franstalige kant is het nog koffiedik kijken. In het debat staat één vraag centraal: ligt de gezondheid in handen van het gewest of van de gemeenschap? Men ruziet er over de verdeelsleutels voor de betrokken domeinen én over de kansen die aan privéfirma's geboden worden om terrein te veroveren, zeker in de bejaardenzorg. Kortom, om de solidariteit na de regionalisering te vrijwaren, zal er nog lang onderhandeld moeten worden. Voor Marie-Christine Closon klinkt een geografische organisatie veelbelovend, ook al vermindert de solidariteit door de lagere gemeenschappelijke middelen. “De middelen moeten federaal blijven, maar de federale solidariteit moet regionaal georganiseerd kunnen worden”, luidt haar conclusie.

Vooruitzichten

Het zal geen sinecure zijn om een solidair en billijk systeem te behouden na de staatshervorming. Toch zijn er nog andere denksporen om de solidariteit in ons stelsel nieuw leven in te blazen. Volgens Marie-Christine Closon moeten we ons opnieuw focussen op het lokale niveau en moeten de sociale banden nauwer aangehaald worden. “De gezondheidszorg moet ‘sociaal’ en ‘medisch’ met elkaar verzoenen. De toegankelijkheid van de gezondheidszorg hangt nauw samen met een aantal sociale aspecten. Zeker wat de bejaardenzorg betreft.” En op dat domein hebben de ziekenfondsen een belangrijke rol te vervullen: ze moeten de belangen van hun patiënten behartigen en hen toegang verlenen tot de zorg. Belangrijk is dat zij hun aandacht vestigen op de waarden die aan de basis liggen van ons stelsel.



Stéphanie Brisson
stephanie.brisson@mloz.be

Een standpunt van Dr. Lieve Vanhaverbeke, Wijkgezondheidscentrum De Central

Gezondheidszorg moet toegankelijk en betaalbaar blijven

“Gezondheidszorg is een basisrecht voor iedereen, daarom moet ze toegankelijk en betaalbaar blijven. De solidariteit waar ons systeem van ziekenfondsen op steunt, wordt steeds meer uitgehold. Ziekenhuiskosten lopen hoog op en de patiënt draait er steeds vaker zelf voor op. Hoe kunnen we de gezondheidszorg dan goedkoper maken? Met beperkte budgetten moeten we keuzes maken. De grootste kosten gebeuren in de laatste levensfase, daarom moeten we durven nadenken over welke behandelingen ‘lonen’ en welke niet, bijvoorbeeld diegene die slechts een aantal maanden aan het leven toevoegen. Ook een betere organisatie van de gezondheidszorg kan helpen. Wijkgezondheidscentra zijn bijvoorbeeld erg efficiënt en kostenbesparend: wij bereiken beter de mensen uit de laagste economische klassen.”



Zet de terugbetaling van weesgeneesmiddelen het solidariteitssysteem onder druk?

De terugbetaling van weesgeneesmiddelen vormt al jaren een knelpunt in de begroting van de gezondheidszorg. Deze geneesmiddelen voor zeldzame ziekten worden meestal door de ziekteverzekering terugbetaald, de patiënt betaalt dus geen remgeld. Farmaceutische bedrijven rechtvaardigen hun soms exuberante prijsvorming door de hoge onderzoeks- en ontwikkelingskosten en de kleine markt, maar erg transparant zijn ze daarbij niet altijd. Hoe kunnen we de toegang tot de weesgeneesmiddelen blijven garanderen zonder de solidariteit in de gezondheidszorg in gevaar te brengen?

In 2008 betaalde de Belgische ziekteverzekering ongeveer 66 miljoen euro aan weesgeneesmiddelen terug, wat neerkwam op 2% van het geneesmiddelenbudget. Per patiënt betekende dat tussen 6.000 en 312.000 euro, voor in totaal 31 terugbetaalde weesgeneesmiddelen. Ondertussen zijn er dat al 57 geworden en verwacht wordt dat dit jaar de weesgeneesmiddelen 4% van de totale geneesmiddelenterugbetaling zullen vertegenwoordigen. Deze toenemende kost creëert dan ook een stijgende druk op het gezondheidszorgbudget en tart de grenzen van de solidariteit tussen de burgers.

Grote belangen voor kleine markt

Hoewel zeldzame ziekten per definitie niet vaak voorkomen, zijn er naar schatting toch zo'n 7.000. Het aantal patiënten dat aan één of andere zeldzame ziekte lijdt,

is met andere woorden niet te verwaarlozen. In België zouden tussen 60.000 en 100.000 mensen hiervoor speciale verzorging nodig hebben. Om behandeld te worden voor hun zeldzame ziekte, krijgen zij niet altijd dezelfde mogelijkheden als patiënten met een vaker voorkomende aandoening. De interesse bij onderzoekers en bij de farma-industrie is kleiner, waardoor de ontwikkeling van nieuwe weesgeneesmiddelen moeizaam verloopt. En als ze dan toch op de markt raken, zijn ze vaak erg duur omdat de kosten van het onderzoek moeten worden gedekt door de beperkte verkoop. Hierdoor rijzen enkele ethische vragen: moeten alle weesgeneesmiddelen zomaar worden terugbetaald door de ziekte- en invaliditeitsverzekering? En welke gevolgen heeft dit op het solidariteitssysteem?

De status van weesgeneesmiddel toekennen en de vergunning verlenen om het product in de handel te brengen, gebeurt op Europees

niveau, meerbepaald door het Europees Geneesmiddelenagentschap (EMA). De beslissing voor de terugbetaling van geneesmiddelen is echter een bevoegdheid van de lidstaten. In België wordt die genomen door de Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, na advies van de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen (CTG) en de FOD Economie. Om de terugbetaling van een geneesmiddel te bekomen, moeten farmaceutische bedrijven de werkzaamheid en de doeltreffendheid ervan aantonen aan de CTG. Voor weesgeneesmiddelen is dat niet altijd evident, omdat het om een kleine groep van patiënten gaat. De resultaten van klinische studies gelden dus niet per se als onweerlegbaar bewijs van de werking van het weesgeneesmiddel. Daarnaast hebben artsen een beperkte ervaring met zeldzame ziektes en is het natuurlijke verloop ervan in de meeste gevallen onbekend.

...

Transparantie



Jean-Jacques Cassiman

De procedure voor terugbetaling die de fabrikanten van weesgeneesmiddelen moeten volgen, is in principe dezelfde als voor andere geneesmiddelen, maar de informatie die ze aan beleidsmakers moeten overmaken is beperkter. Er is bijvoorbeeld geen farmaco-economische evaluatie nodig. Daar moet dringend iets aan gedaan worden, vindt professor emeritus Jean-Jacques Cassiman, voorzitter van het Fonds Zeldzame Ziekten en Weesgeneesmiddelen. "Het grote probleem is dat er weinig duidelijkheid is over de manier waarop farmaceutische bedrijven tot die prijszetting komen. Toch is dat niet helemaal de schuld van de farma-industrie. Het is nu eenmaal niet evident om tot een correcte prijszetting voor weesgeneesmiddelen te komen. De fabrikanten moeten niet alleen rekening houden met de producten die op de markt verschijnen, maar ook met diegene die een hele weg hebben afgelegd en dan in de laatste fase uiteindelijk afgekeurd worden. Binnen een bedrijfsboekhouding is het dus heel moeilijk om te bepalen wat de kost van één bepaald middel is." Toch is de vraag naar meer transparantie bij de prijszetting gegrond volgens Cassiman. "De fabrikant moet voldoende informatie verstrekken, zodat de CTG de prijs kan beoordelen. Je kan geen beroep doen op maatschappelijke solidariteit zonder die inspanning te leveren."

Exclusiviteit en prijsstijgingen

Er is nog een andere oorzaak voor de hoge prijszetting. Om onderzoek en ontwikkeling van weesgeneesmiddelen te stimuleren, heeft Europa in 2000 enkele

maatregelen genomen die het aantal weesgeneesmiddelen jaarlijks doen stijgen. Zo krijgt een nieuw weesgeneesmiddel, dat efficiënt gebleken is, tien jaar marktexclusiviteit. Gedurende deze periode is geen ander gelijkaardig product voor de behandeling van deze aandoening toegelaten (tenzij de fabrikanten kunnen aantonen dat hun product veiliger of werkzamer is). Door die monopoliepositie drijven farmaceutische bedrijven hun prijzen verder op, vaak zonder zich hiervoor te verantwoorden. Deze onrealistische prijsopdrijvingen worden pas echt duidelijk wanneer gewone geneesmiddelen na een tijdje als weesgeneesmiddel aan een tweede leven beginnen. Een voorbeeld hiervan is sildenafil, het actief bestanddeel in Viagra. Dat bleek, naast zijn bekende indicatie, nog een tweede toepassing te hebben. Het middel is ook in staat om bij pulmonale hypertensie de bloeddruk van de longcirculatie omlaag te brengen. De Europese Commissie erkende sildenafil in 2004 als weesgeneesmiddel, waarna het voor deze indicatie onder de naam Revatio op de markt gebracht werd. Dezelfde bestanddelen dus, maar niet aan dezelfde prijs: Revatio kostte in 2011 maar liefst zes keer zoveel als Viagra.

Postmarketing surveillance

Om de terugbetaling van weesgeneesmiddelen onder controle te houden, volstaat het niet om enkel de ontwikkeling ervan op te volgen. Ook nadat ze op de markt zijn gebracht, moet de meerwaarde opgevolgd worden. "Men moet vooral besluiten durven te trekken uit de ervaringen bij weesgeneesmiddelen," legt Cassiman uit, "ook al is dat door het kleine aantal patiënten niet gemakkelijk." Deze 'postmarketing surveillance' is een mechanisme waarmee we in België – net als in de rest van Europa – niet zo vertrouwd zijn, zo blijkt. "De industrie is nu al verplicht om gegevens over de effecten van het weesgeneesmiddel

bij te houden, maar de opvolging van het gebruik ervan kan beter. Er zijn bijvoorbeeld meer gegevens nodig om de dosis optimaal vast te leggen. Misschien heeft een lagere dosis van hetzelfde product een gelijkaardig effect? Vanwege de zeldzaamheid van de ziekte kan de evaluatie best op Europees niveau gebeuren, onafhankelijk van de farma-industrie, bijvoorbeeld binnen het EMA."

Stop de verkwisting

Ondanks de knelpunten kijkt Cassiman de toekomst hoopvol tegemoet. "We hebben een Nationaal Plan uitgewerkt dat de situatie van patiënten met een zeldzame ziekte duidelijker en gestructureerder moet maken. Het is nu aan de Minister om dat plan goed te keuren. Maar wat de begroting van de gezondheidszorg betreft, mogen we ons niet te sterk fixeren op weesgeneesmiddelen. Het is niet omdat ze individueel zo duur zijn, dat ze samen een enorme budgettaire impact hebben. Medische hulpmiddelen, zoals gentherapie of nanotechnologie, wegen bijvoorbeeld veel zwaarder door. Hoe geavanceerd die technologieën ook zijn, ze maken het probleem van de betaalbaarheid van de gezondheidszorg er niet gemakkelijker op. Men moet niet alle schuld op de weesgeneesmiddelen steken."

Hoe kunnen we dan besparen? "Stop de verkwisting", aldus Cassiman. "Er zijn heel wat geneesmiddelen die eigenlijk lapmiddeltjes zijn. Als we de terugbetaling daarvan kritisch bekijken, kunnen we budget vrijmaken voor weesgeneesmiddelen. Het kan toch niet dat een bepaald geneesmiddel niet efficiënt blijkt te zijn, maar toch op de markt blijft en terugbetaald wordt? Als we daar al eens mee beginnen, zal het solidariteitssysteem niet moeten buigen onder de terugbetaling van weesgeneesmiddelen."



Hellen Smeets

hellen.smeets@mloz.be

Europese referentienetwerken

Het belang van intra-Europese samenwerking

Europa ijvert volop voor meer samenwerking tussen de Europese gezondheidssystemen. De oprichting van grensoverschrijdende referentienetwerken kan daarbij alvast het kader creëren voor een dergelijke bundeling van de krachten. Maar wat zijn deze netwerken? En hoe kunnen ze bijdragen tot intra-Europese samenwerking en solidariteit op vlak van de gezondheidszorg? Een streepje duiding!

Vorig jaar zag de Europese richtlijn rond grensoverschrijdende zorg het licht. Deze richtlijn 2011/24 omvat een breed spectrum van maatregelen die de Europese lidstaten tegen oktober 2013 moeten omzetten naar hun nationale wetgeving. Eén daarvan is de oprichting van Europese referentienetwerken van zorgverleners en expertisecentra in het kader van een betere samenwerking rond de aanpak en het onderzoek van moeilijk behandelbare aandoeningen en medische technologieën. In tijden van budgettaire schaarste is het namelijk belangrijk om de krachten te bundelen op Europees vlak met het oog op een beter gebruik van de beschikbare financiële middelen.

Modus operandi

Ter voorbereiding van deze Europese referentienetwerken heeft de Europese Commissie eind vorig jaar al een raadpleging georganiseerd tussen experts uit verschillende lidstaten. De voornaamste bedoeling van deze enquête was om de noodzakelijke criteria te bepalen voor de oprichting van de referentienetwerken. Het gaat onder meer om:

- De criteria voor de aandoeningen en pathologieën waarover de referentienetwerken zich zullen buigen (bv. zeldzame ziektes)
- De criteria waaraan de geïnteresseerde zorgverleners of expertisecentra moeten voldoen om deel uit te maken van de referentienetwerken
- Specifieke criteria waaraan zorgverleners of expertisecentra moeten voldoen om geselecteerd te worden voor een bepaalde aandoening of ziekte

- De criteria die noodzakelijk zijn om de werking van de referentienetwerken te evalueren

Op basis van de vastgelegde criteria is het daarna de bedoeling dat de Europese referentienetwerken het licht zien in de loop van de volgende maanden en jaren.

Voornaamste doelstellingen

De voornaamste ambitie van de Europese referentienetwerken is een vlottere toegang tot gespecialiseerde gezondheidszorg voor Europese patiënten met een specifieke ziekte en een grotere mobiliteit van de expertise. Een grotere concentratie van de beschikbare middelen en kennis is daarbij onontbeerlijk. Daarom wil de Europese Commissie via deze netwerken vooral volgende doelstellingen realiseren:

- Samenwerking in de zeer gespecialiseerde zorg door onder meer innovatie
- Bundeling van expertise inzake onderzoek, preventie en domeinen waar dergelijke kennis schaars is
- Ontwikkeling van benchmarks voor kwaliteits- en veiligheidsverbetering
- Bundeling van investeringen
- Ondersteuning van lidstaten die onvoldoende patiënten hebben met een bepaalde aandoening en te weinig expertise en technologieën om hoogwaardige verzorging aan te bieden



Christian Horemans

Expert Internationale Zaken
& Steven Vervae



www.ec.europa.eu

Aanrekenen van supplementen: nood aan nuance

Sinds enkele maanden is er een debat aan de gang over ziekenhuis-supplementen bij tweepersoonskamers. In een dossier over solidariteit in de gezondheidszorg kan dit onderwerp niet over het hoofd gezien worden. De Onafhankelijke Ziekenfondsen geven hun opinie rond deze polemie.



Kamersupplementen mogen volgens de wet enkel bij eenpersoonskamers aangerekend worden. De maximumprijs ligt hierbij vast. Ereloonsupplementen, daarentegen, waren tot voor kort toegestaan bij alle kamertypes. Maar de ziekenhuisdirecties en artsen spraken in de meeste gevallen beperkende voorwaarden af. Tot op heden bestaat er, naar aanleiding van de Wet Diverse Bepalingen van 27 december 2012, een verbod op het aanrekenen van ereloonsupplementen in twee- of tweepersoonskamers bij klassieke hospitalisatie. Bovendien bestaat er ingevolge het akkoord met de artsen van 23 januari 2013 een afspraak dat de artsen die het akkoord hebben aanvaard ook geen ereloonsupplementen vragen in de daghospitalisatie, met uitzondering van de eenpersoonskamer (zoals het geval is bij klassieke hospitalisatie). In de ambulante sector zijn er ereloonsupplementen voor de artsen, tandartsen en andere verstrekkers die geen akkoord of overeenkomst getekend hebben. Geconventioneerde verstrekkers mogen ook supplementen aanrekenen voor bijzondere eisen van de patiënt (volgens akkoorden), of voor bepaalde diensten (bv. verzorging aan huis met bijhorende verplaatsingskosten).

Een billijke vergoeding

Supplementen hebben dus een reglementaire basis, zonder echter bij de ZIV gedefinieerd te zijn. Maar er zijn ook supplementen die willekeurig worden aangerekend, buiten het kader van de bijzondere eisen van de patiënten of buiten

de regels van de overeenkomsten. Deze 'vrije' supplementen worden dan ook in vraag gesteld: wat is de 'meerwaarde' van een verstrekking waarvoor een supplement wordt aangerekend? Moet het supplement niet evenredig/evenwaardig zijn met de objectiveerbare meerwaarde in bv. kwaliteit, comfort, omstandigheden waarin de verstrekking wordt geleverd...?

Ook het systeem van 'bijzondere eisen' is niet voldoende afgelijnd en soms volledig 'arbitrair', zowel in regel als in de toepassing. Waarom moeten patiënten die een bepaald plafond aan inkomsten overschrijden méér betalen voor hun verzorging, ook al is de aard, meerwaarde of kwaliteit van de zorg niet verschillend van de courante zorg voor de meerderheid van de patiënten? De recente studie van het KCE over de remgelden pleit voor een koppeling van de maatschappelijke waarde van de zorg en het remgeld. Hoe hoger de maatschappelijke meerwaarde van de medische interventie, hoe lager het remgeld moet zijn. Kunnen we ditzelfde principe ook niet toepassen op de relevantie van het aanrekenen van supplementen?

De kern van het probleem

Om die supplementenaanrekeningen te verantwoorden, wijzen de ziekenhuisdirecties op de onaanpaste, lees onvoldoende, financiering van de ziekenhuizen. Supplementen, net zoals afhoudingen op erelonen, dragen bij tot de financiering van bepaalde diensten in het ziekenhuis, omdat het budget daar te klein voor is. Maar

dit is niet de goede oplossing voor het probleem. Deze supplementen hangen immers af van het type verblijf en niet van het type zorg dat de patiënt krijgt in ruil voor deze supplementen.

De supplementen moeten de barsten in het systeem niet compenseren

Supplementen kunnen niet dienen om andere problemen, zoals onderfinanciering van ziekenhuizen, op te lossen. De financiering van de ziekenhuizen, inclusief de erelonen van de medische verstrekkingen, moet worden herzien. Supplementen kunnen ook niet dienen om de (historische) scheeftektrekking in verloning tussen medische specialisaties op te vangen. Daarvoor moet er een herijking van de nomenclatuur komen. Patiënten moeten vooraf duidelijk geïnformeerd zijn over een mogelijke aanrekening van supplementen. Bovendien moeten de redenen hiervoor objectiveerbaar en controleerbaar zijn. De aflevering van een gedetailleerde ereloonnota met alle elementen van de kostprijs van de behandeling moet transparantie en duidelijkheid garanderen. Niet alleen om de patiënten te sensibiliseren voor de totale kost van de verzorging, maar ook om de overheid te kunnen wijzen op pertinente tekorten in vergoeding, zodat supplementen worden aangerekend omdat de 'billijke' vergoeding niet (meer) gegarandeerd is.



Regina De Paepe

Expert Onafhankelijke Ziekenfondsen

Prostaatkanker: eerder opvolgen dan opereren

Volgens het KCE is het in bepaalde gevallen van prostaatkanker (bij een laag risico op kankerprogressie) beter om niet te opereren, maar om de evolutie van de kanker actief op te volgen. Prostaatkankers evolueren namelijk traag en het risico op impotentie of incontinentie na een operatie is niet gering. Als er een hoog risico op kankerprogressie is, blijft het onmiddellijk opstarten van een behandeling uiteraard wel vereist. Bij de uiteindelijke keuze over het al dan niet beginnen met een behandeling, moet de persoonlijke voorkeur van de patiënt wel door-slaggevend blijven. Daarom ijvert het KCE voor een duidelijke informatieverstrekking aan de patiënt over de keuzemogelijkheden en de voor- en nadelen die ermee gepaard gaan.

www.kce.fgov.be

1.000

Het UZ Gent heeft z'n duizendste lever-transplantatie sinds 1991 gevierd. Dat komt neer op een gemiddelde van 50 transplantaties per jaar!

Patiënten en burgers doen deelnemen aan gezondheidspolitiek

Kunnen patiënten en burgers meer betrokken worden bij het systeem van de gezondheidszorg? Kunnen ze hun steentje bijdragen aan discussies over gezondheidsprioriteiten en beslissingen over terugbetalingen? Het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) stelde deze en andere vragen aan 80 actoren uit de gezondheidszorg. Het merendeel van de bevraagde personen denkt dat de inspraak van burgers en patiënten belangrijk is, maar dat deze georganiseerd moet worden binnen de bestaande overlegstructuren. Het KCE peilde ook naar de manier om rekening te houden met maatschappelijke voorkeuren bij de besluitvorming. Bent u geïnteresseerd in het thema van patiëntenparticipatie? Aarzel dan niet om ons dossier 'De patiënt als kloppend hart van de zorg: initiatieven om zijn rol te versterken' te lezen op www.mloz.be

52%

Dat is het deel van de omzet dat farmaceutische bedrijven herinvesteren in Research & Development in België.

www.pharma.be

Onafhankelijke Ziekenfondsen lid van het Kenniscentrum Sociaal Europa



De Onafhankelijke Ziekenfondsen zijn als eerste koepelorganisatie van ziekenfondsen lid geworden van het Kenniscentrum Sociaal Europa (KSCE). Het KSCE informeert, adviseert en coacht Vlaamse socialprofit organisaties rond Europees beleid, Europese projecten en projectfinanciering. Onder socialprofit valt welzijn, gezondheid, sociale economie en de socio-culturele sector. Vandaag zijn 10 koepelorganisaties lid van het KSCE, waaronder Zorgnet Vlaanderen en het Vlaams Welzijnsverbond, en samen vertegenwoordigen ze 1.800

vzw's en meer dan 300 Vlaamse gemeenten.

De Onafhankelijke Ziekenfondsen zijn ervan overtuigd dat het KSCE een belangrijke rol zal spelen in het beter opvolgen en begrijpen van de toenemende invloed van Europa.

www.kcse.eu



Bijkomende info

In het dossier 'De patiënt als actieve partner in de gezondheidszorg' uit het decembernummer van Health Forum wordt Dhr. Lucio Scanu geciteerd als voorzitter van de vereniging Stoma Ilco. Dhr. Scanu is echter de voorzitter van de vzw Brussel-Wallonië. Deze lotgenotenvereniging is sinds 27 juli in vereffening. Stoma Ilco vzw is dus de representatieve vereniging.

Meer info op www.stomailco.be

Farma

Biosimilaire geneesmiddelen: de obstakels beter begrijpen

In de huidige budgettaire context is het logisch dat de beleidsmakers streven naar een efficiënter gebruik van de financiële middelen. Een mogelijk denkspoor bij de zoektocht naar budgettaire ruimte is dat van de 'biosimilars'. In België worden dergelijke geneesmiddelen echter nauwelijks voorgeschreven en ze genieten ook weinig bekendheid. Hoe komt dat?

Er is een ruim debat aan de gang over de biosimilaire geneesmiddelen en over de mogelijke besparingen die ze zouden kunnen opleveren voor de ziekteverzekering. De hele discussie doet denken aan bepaalde vroegere debatten rond de generische geneesmiddelen. Dit debat is echter nog complexer, aangezien rekening moet gehouden worden met een aantal bijzonderheden, zoals de aard van die biosimilaren (biologische geneesmiddelen met een ingewikkelde structuur), de productieprocessen, de hoge kostprijs van de productie (minder besparingen dan bij de generische producten), de distributie (het bijzondere karakter van de ziekenhuismarkt) en een aantal andere hete hangijzers (veiligheid, immunogeniciteit, switch, uitwisselbaarheid, opspoorbaarheid) die een specifieke aanpak vereisen.

Wat is een 'biosimilaire geneesmiddel'?

De term 'biosimilaire geneesmiddel' is gebaseerd op een begrip uit de Europese reglementering. Het

gaat om een geneesmiddel dat een biologische stof bevat als actief bestanddeel. De 'biosimilar' moet vergelijkbaar zijn, wat de werkzaamheid, veiligheid en kwaliteit betreft, met een bestaand biologisch referentiegeneesmiddel, dat al gecommercialiseerd wordt in de EU en waarvan het brevet verstreken is. In tegenstelling tot de generische geneesmiddelen, die een eenvoudigere chemische structuur hebben en die beschouwd worden als identiek aan het referentiegeneesmiddel, moet voor de biosimilaire middelen een 'similarity' of 'vergelijkbaarheid' aangetoond worden met het referentiegeneesmiddel. Het gaat namelijk om geneesmiddelen die geproduceerd worden met behulp van levende biologische organismen: het heterogene karakter is inherent aan de aard van die producten en aan hun productieproces. Wegens de complexiteit van dit productieproces is het mogelijk dat er in verschillende partijen ('batches') van eenzelfde geneesmiddel kleine verschillen aanwezig zijn, en dit voor zowel het referentiegeneesmiddel als voor

de biosimilar. Deze verschillen mogen echter geen invloed hebben op de veiligheid of de werkzaamheid van het geneesmiddel.

Vele obstakels

Het aantal biologische geneesmiddelen op de markt stijgt: ze staan dan ook aan de top van de uitgaven van de ziekteverzekering voor geneesmiddelen (bv. de anti-TNF-middelen). Het verstrijken van het brevet van meerdere van deze biologische geneesmiddelen zou dus een belangrijk potentieel kunnen hebben in de komende jaren. De regering heeft al diverse maatregelen getroffen om het gebruik van biosimilars te bevorderen: de opname in de voorschrijfquota voor goedkope geneesmiddelen, de creatie van een terugbetalingscategorie 'F' (geneesmiddelen waaraan een terugbetalingsbasis toegekend werd, bestaande uit een vast bedrag) en de opname in het ziekenhuisforfait voor bepaalde geneesmiddelen (EPO). Die maatregelen hebben echter niet het verwachte effect gehad. De biosimilars (momenteel EPO, somatropine en filgrastim) worden

nog altijd nauwelijks gebruikt op de Belgische markt. Er zijn namelijk een aantal obstakels waarop men geen vat heeft.

Meer inzicht in deze hinderpalen

In het kader van de discussies heeft het Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) een studie uitgevoerd over de toegankelijkheid van de markt van de biosimilars in de EU-landen. De onderzoekers hebben diverse actoren uit de gezondheidszorg in België ontmoet, om een beter inzicht te krijgen in de hinderpalen voor het gebruik van dergelijke geneesmiddelen. Hoewel we op dit moment nog niet alle factoren kennen die een rol kunnen spelen, kunnen we toch al een aantal elementen aanhalen. Zo is er een zekere vorm van wantrouwen bij wetenschappers en gezondheidsbeoefenaars. Indien er wantrouwen is, zou dit echter zowel voor een nieuw referentieproduct als voor een biosimilaire product moeten gelden (zie supra). De impact van industrie-gerelateerde informatie (zowel van de

producent van de originele als van de biosimilaire variant) op deze perceptie valt niet te achterhalen. Het is dan ook noodzakelijk dat alle belanghebbenden kunnen beschikken over correcte en onbevooroordeelde informatie, die hen toelaat om met kennis van zaken hun keuze te maken.

Een ander element dat een rol kan spelen, is het systeem voor de financiering van de geneesmiddelen in het ziekenhuis. Uit het symposium *'De opkomst van biosimilaire geneesmiddelen - opportuniteiten voor de patiënt en de ziekteverzekering'* is immers gebleken dat er zwaar onderhandeld wordt over de prijs van geneesmiddelen in het ziekenhuis. De toegekende kortingen door farmaceutische bedrijven spelen schijnbaar een grote rol bij het beheer van de ziekenhuisapothek en het ziekenhuis. In het geval van biologische geneesmiddelen zouden de kortingen op de originele producten zo groot zijn dat hun prijs de vergelijking kan doorstaan met de biosimilaire producten. Geen wonder dus dat de artsen en ziekenhuizen zich in het huidige systeem niet geroepen

voelen om gebruik te maken van biosimilaire middelen.

Een herziening van het financieringssysteem?

Het financieringssysteem van de geneesmiddelen in het ziekenhuis is niet bevorderlijk voor de transparantie en we kunnen ons een aantal vragen stellen: vormt dit systeem geen obstakel voor het uitstippelen van een efficiënt geneesmiddelenbeleid door het RIZIV? Is het logisch dat voor terugbetaalde geneesmiddelen de bedongen voordelen tijdens prijsonderhandelingen, niet terugvloeien naar de sociale zekerheid? Dergelijke vragen moeten opgenomen worden in een ruimere reflectie over het systeem voor de financiering van de ziekenhuizen. Het ziet er nu al naar uit dat er bijkomende maatregelen nodig zullen zijn om een aantal hinderpalen uit de weg te ruimen en om het besparingspotentieel van die biosimilaire middelen maximaal te benutten. In die context werd dan ook reikhalzend uitgekeken naar het rapport van het KCE!



Claire Huyghebaert
Evelyn Macken

Experten bij de Onafhankelijke
Ziekenfondsen

Strikte evaluatiecriteria

Het Europees Geneesmiddelenagentschap (EMA) heeft een strikte reglementering opgesteld voor de beoordeling van de kwaliteit, de veiligheid en de doeltreffendheid van de biosimilaire geneesmiddelen. De goedkeuring gebeurt via een aparte procedure ('state of the art' bovendien, wat niet altijd het geval is in de rest van de wereld).

In België heeft het Federale Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten (FAGG) zich uitgesproken over een aantal elementen die geen deel uitmaken van het toepassingsgebied van het EMA. Wat de uitwisselbaarheid betreft, stelt de FAGG dat biologische geneesmiddelen met een identieke actieve stof, waaronder de biosimilars, vanwege hun complexiteit per definitie niet onderling uitwisselbaar zijn. Het Agentschap geeft ook de raad om de biologische

geneesmiddelen uit te sluiten van voorschrijven op stofnaam (VOS).

Wat het 'switchen' betreft – d.w.z. wanneer de voorschrijvende arts beslist om van het ene product naar het andere over te schakelen (origineel/origineel, origineel/biosimilar, biosimilar/origineel of biosimilar/biosimilar) – werd opgemerkt dat dit van dichtbij moet worden opgevolgd en dat de wijziging nauwkeurig moet worden genoteerd. Het is belangrijk dat die keuze altijd gemaakt wordt door de voorschrijver. In verband met de substitutie (waarbij de apotheker de specialiteit op het voorschrift vervangt door een andere specialiteit, zonder enig contact met de behandelende arts), herhaalt het Agentschap dat die praktijk niet toegestaan is in België voor biologische producten, en dus evenmin voor de biosimilaire producten.

Thuishospitalisatie

De kwaliteit van het ziekenhuis, het vertrouwde comfort van thuis

Thuishospitalisatie heeft, als alternatief voor de klassieke ziekenhuisopname, het voordeel van een sneller ontslag uit het ziekenhuis. Het fenomeen, dat ontstond in 1947 in de Verenigde Staten en in 1957 naar Frankrijk kwam overgewaaid, staat bij ons voorlopig nog in zijn kinderschoenen. De Onafhankelijke Ziekenfondsen zijn alvast geïntrigeerd door deze aanpak en richtten er een werkgroep rond op.

Het doel van thuishospitalisatie, kortweg TH, is om zieken met ernstige, acute of chronische aandoeningen thuis dezelfde (para)medische verzorging te bieden als in het ziekenhuis. Officieel is TH de globale en gecoördineerde verzorging van de patiënt thuis, met het oog op een betere levenskwaliteit in zijn gezinsomgeving. De bedoeling is om zo de ziekenhuisopname in een acute verzorgings- of revalidatiedienst in te korten of zelfs te vermijden dankzij het gebruik van materiaal of therapieën die gewoonlijk voor het ziekenhuis voorbehouden zijn, op voorwaarde dat de verzorging thuis mogelijk is.

Technologische vernieuwingen

Deze vorm van thuiszorg kwam tot stand dankzij de evolutie van de technologieën die de handelingen ondersteunen en die nodig zijn voor de verzorging

(beademingsapparatuur, elektrische insputingen, chemotherapie, ziekenhuisbed, heftoestel), telegeneeskunde en de ontwikkeling van informatie- en communicatietechnologieën die een permanente verzending van de gegevens mogelijk maken. Frankrijk, Groot-Brittannië, Nederland, Spanje, Duitsland, Zweden, Australië, Canada... één voor één kiezen ze voor thuishospitalisatie als antwoord op de toenemende vraag, vaak met een handhaving of zelfs vermindering van de gezondheidskosten tot gevolg.

Goed ontwikkeld in Frankrijk

In Frankrijk is thuishospitalisatie sterk ontwikkeld. Alle aanvragen voor thuishospitalisatie moeten er formeel ingediend worden door een (ziekenhuis)-arts op basis van een gedateerd en ondertekend voorschrift. Wordt de aanvraag ingediend door een

andere arts dan de behandelende arts, dan moet deze laatste wel zijn toestemming geven, net de patiënt zelf. De instellingen moeten ervoor zorgen dat de verzorging die de patiënt vraagt, wel degelijk onder de opnamecriteria valt die vastgelegd zijn door de Franse sociale zekerheid. Het gaat bijvoorbeeld om beademing, intraveneuze behandeling, geneesmiddelen voorbehouden voor ziekenhuisgebruik, palliatieve verzorging, chemotherapie, begeleiding na chemotherapie, orthopedische of neurologische revalidatie, zware en complexe verbanden...

In 2010 werden op deze manier meer dan 100.000 zieken verzorgd, gedurende ongeveer 4 miljoen dagen van TH. Volgens de Hoge Raad voor de toekomst van de ziekteverzekering van Frankrijk, bedroeg de gemiddelde kostprijs van TH 196 euro, tegenover 703 euro voor een traditionele hospitalisatiedag.

Verenigd Koninkrijk: een waar alternatief

Volgens een studie van het IRDES (het onderzoeks- en documentatiecentrum voor gezondheidseconomie in Frankrijk) is thuishospitalisatie in Groot-Brittannië in de eerste plaats bedoeld om de duur van klinisch niet-verantwoorde ziekenhuisopnames in te korten. TH moet verzorging bieden van een hoger niveau dan ambulante verzorging en een waar alternatief zijn voor een langdurig verblijf of een ziekenhuisopname. Thuisverzorging maakt deel uit van de diensten die aangeboden worden in het kader van 'overgangszorg', d.w.z. verzorging en sociale interventie in een instelling of thuis bij fragiele personen, met name ouderen, die op medisch vlak stabiel zijn.

Volgens het onderzoek verschilt de organisatie van deze verzorging nogal sterk van dienst tot dienst. Zo kan het zijn dat de artsen de patiënt regelmatig bezoeken en de verzorging verleend wordt door een volledige ploeg bestaande uit verpleegkundigen, hulpverpleging... Het kan ook zijn dat de huisarts alleen in noodgevallen ter hulp schiet en hij de sociale en medische verzorging overlaat aan derden onder de coördinatie van een kleine ploeg. Thuishospitalisatie wordt voornamelijk toegepast bij orthopedische verzorging, verzorging na een operatie, kinesitherapie en ergotherapie.

En bij ons?

In 1970 startte het OCMW van Brussel met een thuishospitalisatiedienst voor pediatrie, met behulp van

het Sint-Pietersziekenhuis. De voornaamste doelstellingen waren de inkorting van de hospitalisatie, door het kind binnen zijn gezinsomgeving kwaliteitsvolle medische verzorging te bieden. Een multidisciplinaire aanpak die goed gecoördineerd wordt bij de opvolging van vrij complexe aandoeningen en medisch-sociale hulp en gezondheidseducatie voor het gezin. Na dertien jaar activiteit was de meerwaarde van het systeem duidelijk, maar konden de activiteiten door budgettaire beperkingen toch niet voortgezet worden. Onlangs hebben een vzw rond thuiscoördinatie en het

Sint-Lucasziekenhuis de koppen bij elkaar gestoken over een piloot-project rond TH. In 2013 zullen ze het uittesten op een beperkt aantal patiënten (25 momenteel) die lijden aan aandoeningen die voornamelijk onder de noemer orthopedie en urologie vallen. De artsen binnen deze diensten zijn namelijk vragende partij: ze willen enerzijds de duur van de ziekenhuisopname beperken om ziekenhuisinfecties

te vermijden en anderzijds bedden vrijmaken voor patiënten die op de wachtlijst staan. Natuurlijk moet er bij het ontslag uit het ziekenhuis een ploeg opgericht worden die deze TH superviseert op een professionele manier: het diensthoofd van het ziekenhuis, de behandelende arts, bekwame en opgeleide verpleegkundigen, sociale partners en zelfs de apotheker in samenwerking met de ziekenhuisapotheker!

Diverse initiatieven en projecten

Op Belgisch niveau bestaan er sinds enkele jaren nog andere individuele initiatieven. Zo is er in Brussel sinds 1988 de interdisciplinaire ploeg Aremis die thuishospitalisaties organiseert voor volwassen en kinderen met zware aandoeningen, die complexe technische verzorging thuis vergen. Op initiatief van een van de Onafhankelijke Ziekenfondsen ontstond in Bergen een project voor thuishospitalisatie voor kinderen met kanker, l'Etoile des enfants.

De Onafhankelijke Ziekenfondsen beslisten om deze problematiek van naderbij te bestuderen. Eind 2013 zou het project van de speciale werkgroep rond thuisverzorging (bij voorkeur op nationale schaal) afgerond moeten zijn. Het dossier volgt!



Pascale Janssens

pascale.janssens@mloz.be

In de meeste gevallen leidde thuishospitalisatie tot een handhaving van de gezondheidskosten op een vermindering van de uitgaven.

Obesitas

De vettaks als laatste redmiddel?

Sinds Denemarken een extra belasting op vetrijk voedsel invoerde, is de discussie overgewaaid naar andere landen. Ook in België stellen we ons de vraag: gaan we met z'n allen pas gezonder eten als we in onze portemonnee worden geraakt? Informatiecampagnes en gezondheidsadviezen van de overheid en gezondheidsorganisaties lijken de wereldwijde obesitasepidemie niet tegen te houden. Is een vettaks het laatste redmiddel? Professor Ignaas Devisch, medisch filosoof met een hart voor de gezondheidszorg, evalueert het systeem.

Ongeveer één op de twee Belgen heeft overgewicht. Bovendien is 14% van de Belgen obees en 2% morbide obees. Alarmerende cijfers, want de kwalijke gevolgen zijn alom bekend. Toch lijkt het er niet op te beteren: ruim een vijfde van de Belgische kinderen tussen twee en zeven jaar oud is te dik. Ze nemen de ongezonde levensstijl van hun ouders over en dreigen in hetzelfde straatje te verzeilen. Gezondheidsinstanties zitten met de handen in het haar, want niets lijkt het tij te doen keren. De Deense overheid kreeg er genoeg van en zette in 2011 de harde middelen in. Een taks op verzadigde vetzuren zou de Denen wel gezonder doen eten. Maar de gewenste resultaten bleven uit en de toeslag kwam al snel onder vuur te liggen.

Bureaucratie

"Het idee om taksen in te voeren op de consumptie van goederen is niet nieuw", legt Devisch uit. "De bekendste zijn de accijnzen op alcohol en tabak. Het idee van de vettaks is ontstaan omdat we er maar niet in slagen om mensen gezonder te laten eten en leven. De problemen rond overgewicht blijven zelfs toenemen, ondanks de vele onderzoeken die we er naar doen. Daarom voerden enkele Europese landen voedseltaksen in." Hongarije koos voor de

zogenaamde chipsbelasting: sterk gezouten of gesuikerde koekjes werden zwaarder belast. Frankrijk ging dan weer de strijd aan met frisdranken en voerde de sodataks in. In Denemarken hielden ze het op een algemene 'fat tax': producten met meer dan 2,3% verzadigde vetten werden zwaarder belast, goed voor 2,15 euro extra per kilo. De Deense heffing werd berekend op basis van het percentage vet dat bij de fabricage van een product wordt gebruikt, niet op het vetgehalte van het eindproduct. Dat zorgde niet alleen voor extra administratieve kosten, maar ook voor complex rekenwerk. "Dat is net wat een voedseltaks zo complex maakt", verklaart professor Devisch. "Moeten we een belasting heffen op het eindproduct of op bepaalde voedingsstoffen? Om zo'n specifieke maatregel te rechtvaardigen, is er een uitgebreide analyse en berekening nodig. En daar heeft de Deense regering zich wat aan mispakt. Ze was in feite meer bezig met het uittekenen van de vettaks dan met de uitvoering ervan." Verzend in bureaucratie, heet dat dan. En dat bleek niet het enige obstakel. De hogere voedselprijzen veroorzaakten een hogere inflatie, wat nefast was voor de Deense economie.

Maat voor niets

De Deense overheid sloeg na een

jaar al mea culpa en heeft intussen beslist de vettaks weer af te schaffen. "Naast de administratieve en economische perikelen, zien we nog een ander probleem de kop op steken: het zogenaamde substitutie-effect", vervolgt Devisch. "Mensen verschuiven hun consumptiegedrag naar substituten van de belaste producten. Ze kopen gelijkaardige producten die niet noodzakelijk gezonder zijn, maar die minder vetten bevatten en dus goedkoper zijn. Terwijl die vervangproducten misschien andere ingrediënten bevatten die even ongezond zijn." Daarnaast zag de Deense regering al snel in dat ze er alleen voor stond in haar strijd tegen de calorieën. Veel inwoners trokken dan ook over de grens met Duitsland voor hun inkopen, waar er van voedseltaksen geen sprake is. Het enige effect dat men voor ogen had, de Denen gezondere eetgewoontes opleggen, draaide dus op niets uit.

En in België?

Ook in ons land is er even sprake geweest van voedseltaksen. Sp.a-senator Marleen Temmerman wilde in 2011 het Deense model bestuderen, maar werd niet gevolgd door haar partij, noch door de andere. Het debat viel stil en een eventuele vettaks verdween van de parlementaire agenda. Nochtans blijkt uit de internatio-

nale consumentenstudie EATWELL dat het merendeel van de Belgen bereid is om meer belastingen te betalen voor ongezonde voedingsproducten, op voorwaarde dat die gekoppeld wordt aan goedkopere gezonde etenswaren, een zogenaamde 'magersubsidie'.

Ook professor Devisch wijst op het belang van positief te stimuleren. "Waar ik vanuit ethisch en sociaal oogpunt moeite mee heb, is dat een vettaks vooral mensen uit lagere sociale klassen treft. De vetrijke, goedkope producten worden nu eenmaal meer geconsumeerd door mensen met een laag inkomen. Bovendien gaan zij de extra belasting sterker voelen in hun portemonnee dan mensen met een gemiddeld inkomen. In die zin vind ik de voedseltaks een sociaal onrechtvaardige maatregel. Om het consumptiegedrag van mensen uit lagere sociale klassen te veranderen, is het beter om hen 'incentives' te geven door bijvoorbeeld gezonde voeding goedkoper

maken. In Nederland heeft onderzoek uitgewezen dat wanneer supermarkten bepaalde gezonde voedingsproducten plots 10 of 20% goedkoper aanbieden, mensen ze meer gaan kopen. Het positieve stimuleren is volgens mij dan ook veel efficiënter dan het negatieve te bestraffen. Als de Belgische regering ooit overgaat tot het extra belasten van ongezonde voeding, kan ze dit best in het achterhoofd houden."

Beter voorkomen dan genezen

Hoewel het spreekwoord er geen twijfel over laat bestaan, scoort België bijzonder slecht op gezondheidspreventie. "Het budget dat de Belgische overheid vrijmaakt voor preventie is onwaarschijnlijk klein in vergelijking met het curatieve aspect van de gezondheidszorg", vertelt Devisch. "Grote publiekscampagnes hebben weinig effect, dat wisten we al langer, maar op

lokaal niveau kunnen we wél veel veranderen. Een gedragsverandering vraagt niet alleen een soort kennisoverdracht van wat goed of slecht is, maar vooral een projectmatige aanpak, waarbij mensen individueel en contextgericht op hun gedrag worden aangesproken. Een mooi voorbeeld is het Universitair Ziekenhuis van Gent, waar men een soort 'zorgpad' voor patiënten uitwerkt. Mensen die er bijvoorbeeld een maagverkleining hebben ondergaan, worden na hun operatie intensief begeleid. De zorgprofessionals gaan verder dan de ingreep alleen, ze proberen ook de levensstijl van de patiënten aan te passen. Als we de strijd tegen overgewicht willen aangaan, moeten we meer in die richting denken. Ja, dat is intensiever en ongetwijfeld een pak duurder... maar de resultaten zullen ook beter zijn."



Hellen Smeets

hellen.smeets@imloz.be

Meer visie, preventie en evaluatie



Volgens de Onafhankelijke Ziekenfondsen is voorzichtigheid geboden bij een eventuele invoering van een voedseltaks in België en zijn er enkele voorwaarden waaraan voldaan moet worden:

- Alvorens een belastingheffing door te voeren, moeten we **meer preventief te werk gaan**. Het budget dat België toekent aan gezondheidspreventie is te laag in vergelijking met andere landen. Een hoger budget is nodig voor meer en betere gezondheidspromotie. Zo kan men bijvoorbeeld meer workshops op lagere en middelbare scholen organiseren, om kinderen van jongs af aan op het belang van gezonde voeding te wijzen. De ziekenfondsen kunnen hier een belangrijke rol in spelen. Een degelijk preventiebeleid houdt ook evidente zaken in die we vandaag nog niet of te weinig doen, bijvoorbeeld frisdrankautomaten op scholen verbieden. Ook beweging en sportactiviteiten promoten is een belangrijk onderdeel van gezondheidspreventie. Daarna kunnen we pas beginnen nadenken over een eventuele voedseltaks.
- **Een voedseltaks moet kaderen in een globaal plan:** men mag niet zomaar een extra belasting heffen op ongezonde voeding, de maatregel moet passen in een globale visie met voldoende informatie en begeleiding.
- Er is **veel onduidelijkheid over de operationalisering** van een voedseltaks: belasten we het eindproduct of de voedingsstoffen? Richten we ons op suiker of op vet? Waar ligt de grens? Daarom is het belangrijk om evidence-based te werken. Men moet voldoende onderzoek doen en zich bij het ontwerp van de voedseltaks baseren op de resultaten ervan.
- Als de maatregel toegepast wordt, moet men de gevolgen ervan nauwlettend in de gaten houden en **het systeem regelmatig evalueren**. Wat is de impact van de voedseltaks op mensen met een lager inkomen? Zien we een gedragsverandering? Op die manier kan men voortdurend bijsturen en corrigeren.

Het ziekenhuis 2.0: op naar meer transparantie!

Het aantal herinterventies na een heupoperatie, het aantal patiënten dat ten prooi valt aan de ziekenhuisbacterie... tot voor kort was het een utopie om dergelijke informatie rond de ziekenhuizen te achterhalen. Daar komt echter verandering in, want transparantie wordt steeds meer beschouwd als een katalysator voor kwaliteitsverbetering. Zo kunnen de Vlaamse ziekenhuizen binnen enkele maanden hun kwaliteit objectiveren via een reeks indicatoren. Een blik op de toekomst van onze ziekenhuizen!

In 2011 formuleerde de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen (NRZV), een adviesorgaan voor de federale overheid, een advies omtrent integrale kwaliteit en veiligheid in de ziekenhuiszorg. Het stimuleren van het gebruik van indicatoren met het oog op zowel kwaliteitsmeting als -verbetering maakte deel uit van dit advies. Alle Belgische ziekenhuizen verklaarden zich akkoord met deze aanbeveling, maar in Vlaanderen voegen ze eerst de daad bij het woord. Die ontwikkeling inzake transparantie van de Vlaamse ziekenhuizen zal twee grote voordelen hebben: eerst kunnen de ziekenhuizen zelf hun resultaten analyseren

en later krijgen de patiënten zicht op de scores van hun ziekenhuis, beide met een kwaliteitsboost tot gevolg.

Resultaat van teamwork

Tot dusver heeft het project rond de kwaliteitsindicatoren in Vlaanderen zijn ambities kunnen waarmaken. "Dat is vooral te danken aan de goede samenwerking tussen de verschillende partners en de belangrijke rol van de hoofdartsen", klinkt het bij Johan Hellings, afgevaardigd bestuurder van ICURO (de koepel van Vlaamse ziekenhuizen met publieke partners). "De indicatoren zijn bepaald in 'ontwikkelingsgroepen',

Kwaliteitsindicatoren: het Vlaamse project in een notendop

Wie?

De Vlaamse Vereniging van Hoofdartsen van de ziekenhuizen, de ziekenhuiskoepels ICURO en Zorgnet Vlaanderen, de Vlaamse overheid, het Vlaams Patiëntenplatform, de ziekenfondsen en tal van wetenschappelijke en beroepsverenigingen: het zijn slechts enkele van de partners die de krachten gebundeld hebben in het kader van dit regionale project.

Wat?

Het gaat om een basisset van 34 kwaliteitsindicatoren in 5 domeinen: moeder- en kindzorg, orthopedie, cardiologie, oncologie en ziekenhuisbrede elementen zoals handhygiëne en heropnames.

Doel?

Dankzij deze indicatoren kunnen de Vlaamse ziekenhuizen hun resultaten inzake kwaliteit

analyseren en indien nodig verbeteringsacties uitwerken. Daarnaast zullen ook de patiënten zicht krijgen op de resultaten en zullen ze kunnen ontdekken op welke manier ziekenhuizen inspanningen leveren om de kwaliteit van de zorg op een continue wijze te verbeteren. Zo zal deze transparantie leiden tot een opwaartse spiraal van kwaliteitsverbetering.

Wanneer?

Deze kwaliteitsindicatoren zijn sinds enkele maanden klaar en de feedback naar de ziekenhuizen is in volle voorbereiding. Er wordt verwacht dat tegen de zomer de ziekenhuizen de eerste resultaten zullen ontvangen. Daarnaast is het de bedoeling dat de ziekenhuizen hun resultaten vrijwillig op hun site plaatsen zodat het grote publiek deze ook kan raadplegen.

waarin vooral de professionals en de patiënten op een actieve wijze betrokken worden. Bovendien organiseren we samen met alle betrokken actoren op regelmatige basis momenten van feedback en afstemming, waardoor er nu een stevig draagvlak bestaat.”

Wat zit er nog in de pijplijn?

Momenteel zijn er een aantal indicatoren uitgewerkt via fiches (zie kader), maar daarmee is het werk uiteraard niet af. “Onze eerste uitdaging is de voorliggende set aan indicatoren operationeel te maken”, verklaart Vera De Troyer, stafmedewerker bij ICURO. “Binnen enkele maanden willen we namelijk helemaal klaar zijn om alle nodige data te verzamelen en de eerste resultaten van een aantal indicatoren aan de ziekenhuizen over te maken. Uiteraard is een set van indicatoren nooit helemaal klaar en zullen we in de volgende jaren de gedefinieerde indicatoren verfijnen, aanpassen of vervangen indien dit nodig blijkt te zijn. Het is ook mogelijk dat we bepaalde indicatoren schrappen of vervangen. Daarnaast willen we ook bijkomende indicatoren uitwerken in de toekomst. Zo zijn er al plannen om de set uit te breiden met indicatoren rond onder meer rectumkanker, maar ook voor andere disciplines/patiëntengroepen zijn er reeds een aantal voorstellen geformuleerd.”

En zullen de ziekenhuizen de resultaten van die feedback dan ook daadwerkelijk op hun websites plaatsen? “Helemaal zeker is dat niet”, vertelt Hellings. “We raden het echter sterk aan en het draagvlak bij de ziekenhuizen is echt wel groot. Mede onder invloed van een aantal maatschappelijke ontwikkelingen, hechten we veel belang aan die externe transparantie, maar deze materie is uiteraard heel complex. Vandaar

dat een goede feedback aan de ziekenhuizen op basis van technische verfijnde indicatoren nu ons eerste objectief is.”

En in Brussel en Wallonië?

In Brussel en Wallonië lijkt het erop dat de verantwoordelijke actoren beslist hebben om een andere weg te bewandelen, gebaseerd op initiatieven en projecten op federaal vlak. Volgens Dr. Bruno Krug, de medische kwaliteitscoördinator bij het Universitair Ziekenhuis Mont-Godinne, is de intentie om aan de slag te gaan met de kwaliteitsindicatoren wel aanwezig bij de meeste Franstalige ziekenhuizen. De Waalse ziekenhuiskoepel Santhea heeft trouwens al een deel van de indicatoren vertaald naar het Frans. Het is echter nog wachten op de validering ervan.

Bij enkele ziekenhuizen zou daarnaast ook al een intentieverklaring rond de accreditering bestaan. In Franstalig België hebben meerdere zorginstellingen ook al stappen rond ISO of EFQM (www.bbest.be) genomen. Omtrent die accreditering doen een twintigtal Franstalige ziekenhuizen ook mee met Navigator, een set van kwaliteitsindicatoren vanuit de K.U. Leuven. Deze acties en initiatieven vergen echter extra financiële inspanningen van de beleidsmakers. Het gaat dus vooruit, maar de dynamiek is niet dezelfde als in Vlaanderen. Het lijkt er namelijk op dat de Franstalige ziekenhuizen de ontwikkelde initiatieven op federaal niveau (FOD Volksgezondheid) niet zomaar willen kopiëren op regionaal en communautair niveau.



Steven Vervaeet

steven.vervaeet@mloz.be



www.icuro.be

www.zorgnetvlaanderen.be

“Basis voor kwaliteitsverbetering!”

In de ‘10 krijtlijnen voor de toekomst van de gezondheidszorg’ formuleerden de Onafhankelijke Ziekenfondsen al de publicatie van kwaliteitsindicatoren als een concreet voorstel om het zorgsysteem en zijn actoren te meten en te monitoren. Een door de verschillende partners gevalideerde methodologie is hiervoor noodzakelijk, evenals de kwaliteitsvolle registratie van relevante gegevens.

Het Vlaamse project rond de indicatoren kan leiden tot meer transparantie en vormt een basis voor kwaliteitsverbetering. De ziekenhuizen kunnen hun resultaten gebruiken om de zorgkwaliteit

op een continue manier te verbeteren. Bovendien is de publicatie ervan op de websites van de ziekenhuizen een goede zaak voor de patiënt.

De indicatoren vormen echter slechts één pijler in de kwaliteitsverbetering. De ziekenhuisaccreditering is een andere belangrijke stap. Deze accreditering dient in een eerste fase te gebeuren op vrijwillige basis. De financiering dient aan deze accreditering gekoppeld te worden. Een accreditering van het ziekenhuis moet controles door andere instanties vereenvoudigen of het ziekenhuis zelfs vrijstellen van dergelijke controles.

Arbeidsongeschiktheid

Vlotter weer aan het werk dankzij deeltijdse formule

Een vlotte werkhervatting na een periode van arbeidsongeschiktheid is niet alleen voordelig voor de werknemer, maar ook voor de hele maatschappij. Deeltijds weer aan de slag gaan lijkt hierbij een succesformule. Het RIZIV bevestigt dat met de nodige cijfers!

In België zijn 426.000 mensen arbeidsongeschikt. In 2010 zorgden ze samen voor een hap uit het budget van de sociale zekerheid van meer dan 1,3 miljard. Het verbaast dan ook niemand dat de verantwoordelijke politici de voorwaarden van een werkhervatting willen verbeteren, enerzijds door de terugkeer naar het werk te vergemakkelijken en anderzijds door de administratieve rompslomp drastisch te vereenvoudigen.

De terugkeer vergemakkelijken

Een van de mogelijkheden die de uitkeringsverzekering aanbiedt, is de deeltijdse werkhervatting. Deze optie is aan een ware opmars bezig. Zo steeg tussen 2010 en 2011 het aantal gedeeltelijke werkhervattingen met bijna 10% bij de loontrekkenden. 40% onder hen ging nadien opnieuw voltijds aan het werk. De optie om deeltijds weer aan de slag te gaan, was altijd al voorzien in de wet, maar bleek niet erg bekend te zijn onder de werknemers en werkgevers. Sinds de recente vereenvoudiging van de wetgeving is het gemakkelijker om de stap te zetten. Vanaf nu moet een werknemer

namelijk slechts één document indienen voor zowel een aangifte van werkhervatting als een toestemmingsaanvraag voor een deeltijdse werkhervatting. Bovendien moet hij het antwoord van de adviserend geneesheer niet langer afwachten om opnieuw aan de slag te gaan. De adviserend geneesheer beschikt over 30 werkdagen om al dan niet zijn toestemming te geven.

Rustig inlopen

Een deeltijdse werkhervatting houdt in dat iemand rustig zijn werk kan hervatten aan een verminderd uurrooster. In de meeste gevallen gaat het om een halftijdse formule, maar de werktijd kan ook langer of korter zijn. "Vaak menen adviserend geneesheren dat iemand die weer aan 50% van zijn vermogen zit, sowieso halftijds aan de slag zal gaan", vertelt Christophe Van den Bremt, medisch adviseur voor de verplichte verzekering bij de Onafhankelijke Ziekenfondsen. "In de wetgeving wordt echter met geen woord gerept over het aantal uren dat gepresteerd moet worden bij een deeltijdse werkhervatting." De terugkeer kan ook geleidelijk aan

gebeuren: de persoon in kwestie begint bijvoorbeeld met twee uur per dag en bouwt die uren geleidelijk aan op.

Net zoals voor een voltijdse werkhervatting, voorziet de wet verschillende stappen om een geleidelijke of deeltijdse werkhervatting vlot te laten verlopen. Een bezoek van de adviserend geneesheer vóór de werkhervatting is bijvoorbeeld een goed idee. Het is de ideale gelegenheid om de werkpost te observeren en te kijken hoe die aangepast kan worden om de werknemer bij zijn terugkeer nog beter te kunnen opvangen.

50% van vermogen

Wat zijn de criteria om het werk gedeeltelijk te mogen hervatten? De werknemer moet op medisch vlak opnieuw aan 50% van zijn vermogen zitten en hij moet het ziekenfonds op de hoogte gebracht hebben van zijn werkhervatting. François Perl, Directeur van de dienst Uitkeringen van het RIZIV, benadrukt hierbij de proactieve rol van de werknemer. "Hij onderhandelt rechtstreeks met zijn werkgever over zijn geleidelijke terugkeer. Hij is zelf, samen met de adviserend geneesheer, de

aangewezen persoon om te oordelen waartoe hij in staat is. Uiteraard moet de werknemer fysiek bekwaam zijn om te werken. Het werk vormt op zich een goede therapeutische strategie.”

Een nieuwe mentaliteit

Om als werkgever een voltijdse werkhervatting aan te moedigen na een periode van deeltijds werk, moet hij voldoende betrokken zijn bij de situatie van de werknemer. En op dat vlak is in België helaas nog wat werk aan de winkel. “De werkgevers verwachten dat de werknemer meteen weer voor 100% paraat staat, wat niet vanzelfsprekend is”, legt Christophe Van den Bremt uit. “Ze zouden beter wat meer openstaan voor een geleidelijke terugkeer, want het levert hen alleen maar voordelen op. Tijdens die periode moeten ze namelijk geen gewaarborgd loon voorzien, wat voor een werknemer die helemaal niet komt werken, wel het geval is.”

Waarom staan dan zo weinig werkgevers te springen voor een deeltijdse werkhervatting? Volgens de onderzoekers aan de K.U.Leuven en de Universiteit van Luik (zie kader) zijn de werkgevers in de eerste plaats niet genoeg op

de hoogte van de verschillende mogelijkheden. Uit onderzoek blijkt dat meer dan 70% van de HRD's en KMO's de bestaande formules niet kent (waaronder het bezoek vóór de werkhervatting). Een ander probleem is dat het Belgische systeem nauwelijks financiële incentives toekent om de werkgever te helpen bij de werkhervatting van zijn werknemers. Dergelijke incentives zouden de responsabilisering en sensibilisering van de werkgevers aanmoedigen bij de aanpassing van de werkpost of de organisatie van de ploegen. Ze zouden ook methodologische tools kunnen aanreiken om de bedrijven te helpen om met dergelijke situaties om te gaan.

Disability management en andere initiatieven

Het werk weer opnemen is een onderwerp dat door de betrokken partijen heel serieus genomen wordt. Getuige daarvan zijn de vele werkgroepen, waaraan verschillende experts uit de wereld van de werkgelegenheid, ziekteverzekering en gezondheidssector deelnemen. Een van die initiatieven is de praktische gids van de FOD Personeel en Organisatie om bedrijfsleiders te helpen omgaan met ziektegevallen en afwezighe-

den en met de uitwerking van een preventiebeleid. Het RIZIV coördineert dan weer het grote project 'Return to work'. “Dit project is bedoeld om tools aan te reiken om werkhervatting vlotter te laten verlopen, bijvoorbeeld door eerst deeltijds aan de slag te gaan”, legt François Perl uit. “Zo wordt er gewerkt aan een betere cumulatie van inkomsten en uitkeringen om de terugkeer naar het werk of het volgen van opleidingen te ondersteunen.” Al deze maatregelen moeten uiteindelijk leiden tot een definitieve werkhervatting in een aangepast en aangenaam werkkader.

Ten slotte zag ook een nieuw concept het levenslicht: Disability management. Het is een systematisch bedrijfsbeleid om werknemers aan het werk te houden, of na een lange afwezigheid opnieuw het werk te laten hervatten. In België wordt dit beleid nog zo goed als nergens toegepast. De vzw Prevent heeft een website opgericht om bedrijven te begeleiden bij de invoering van deze functie. Op de website DM@work vindt u alle nieuwtjes, informatie en praktische instrumenten terug.



Stéphanie Brisson



Website DM@work: www.disability-management.be

Meer informatie over het project 'Return to work' op de site van het RIZIV: www.riziv.be

Succesfactoren

In 2012 voerden de Universiteit van Luik en de K.U.Leuven een studie uit naar werkhervatting na een langdurige afwezigheid. De onderzoekers formuleerden een aantal factoren die, bijvoorbeeld in het geval van een lumbago, voor een geslaagde terugkeer naar het werk kunnen zorgen: de raadpleging van de arbeidsgeneesheer aan het begin van de arbeidsongeschiktheid, de ergonomische aanpassing van de werkpost of een goede communicatie tussen arbeidsgeneesheer, werkgever, ziekenfonds en werknemer.

Een gedeeltelijke werkhervatting kent gelijkaardige succesfactoren. Het RIZIV onderzocht de voorwaarden van een geslaagde beroepsherintegratie na een

periode van deeltijdse activiteit. Daaruit bleek in de eerste plaats dat de kans op een volledige werkhervatting groter is bij een korte periode van deeltijdse activiteit. Qua werktijd blijkt de formule van 15,5 uren per week de beste resultaten op te leveren. Uit de analyse van het RIZIV bleek ook dat de werknemer wel degelijk nood heeft aan begeleiding, al vanaf het moment dat hij arbeidsongeschikt wordt. Hoe sneller de adviserend geneesheer de toestemming geeft om opnieuw deeltijds te werken, hoe groter de kans dat de werknemer nadien ook opnieuw voltijds gaat werken. Meer dan de helft van de werknemers die minder dan zes maanden na het begin van hun arbeidsongeschiktheid van de AG een toestemming kregen, gaan opnieuw voltijds aan de slag.

Visie van de Onafhankelijke Ziekenfondsen

Reumatologen werken mee aan arbeidsreïntegratie



Xavier Janssens

“Ons zorgmodel moet evolueren naar een preventieve, multidisciplinaire, proactieve en geplande geneeskunde.” Deze visie van de Onafhankelijke Ziekenfondsen op de gezondheidszorg valt in goede aarde, ook bij de reumatologen. Zij werken bovendien actief mee aan projecten rond arbeidsongeschiktheid en -reïntegratie. Een verhelderend gesprek met Dr.

Xavier Janssens, reumatoloog en voorzitter van het Fonds voor wetenschappelijk reumaonderzoek (FWRO).

Wat is nu precies de missie van het Fonds voor wetenschappelijk reumaonderzoek?

Xavier Janssens - Het FWRO wordt sinds 2009 beheerd door de Koning Boudewijnstichting en geeft financiële steun aan wetenschappelijk onderzoek omtrent reumatische aandoeningen. Daarbij richten we onze pijlen niet enkel op het fundamenteel wetenschappelijke onderzoek. We ondersteunen namelijk ook onderzoek naar de medicosociale en medicolegale aspecten waarmee patiënten met chronische aandoeningen worden geconfronteerd. Dat is toch vrij uniek! Daarnaast werken we uiteraard ook samen met patiëntenorganisaties die ons de noodzakelijke input geven rond onderzoeksonderwerpen.

Jullie zijn zeer actief op vlak van arbeidsreïntegratie. Om welke projecten gaat het?

X.J. - Het project 'Let's work together' is gestart in 2011 voor een periode van 5 jaar. Het focust op de bevordering van de arbeidsparticipatie en -reïntegratie van personen met chronische reumatische aandoeningen in België. Ook het vrijwilligerswerk en de inkomensvervangende tegemoetkomingen krijgen

hierbij de nodige aandacht. Wij willen duidelijk inzetten op de responsabilisering van de verschillende actoren actief op het vlak van arbeidsongeschiktheid en de werkhervatting. De ziekenfondsen en hun adviserend geneesheren hebben uiteraard hun rol te spelen.

Ik heb met veel plezier kennis genomen van de prioriteiten van de Onafhankelijke Ziekenfondsen rond de vermindering van de arbeidsongeschiktheid. Een van de voorstellen, namelijk het invoeren van de functie 'Disability case manager', hebben wij ondertussen zelfs verwezenlijkt. Niet minder dan 5 disability case managers kregen een opleiding. Zij zetten hun schouders onder een pilootproject rond individuele arbeidstrajectbegeleidingen. In 2013 worden nog eens 5 disability case managers opgeleid. Daarnaast hebben we ook enkele wetenschappelijke onderzoekslijnen rond dit onderwerp opgestart.

U bereidt ook een expertenrapport voor rond arbeidsreïntegratie. Kunt u hier iets meer over vertellen?

X.J. - Het eerste deel van de studie 'Allen actief... ook met reuma' is een expertenrapport rond arbeidsintegratie, inkomensvervangende tegemoetkomingen en het vrijwilligerswerk. Het tweede deel gaat in op de bestaande fiscale en sociale voordelen voor chronische reumapatiënten. In 2014 verschijnt het 3de expertenrapport met aandacht voor de kostenefficiëntie van het inzetten van o.m. disability case managers. Er staat nog heel wat werk op stapel, maar ik ben ervan overtuigd dat we goed op weg zijn om de reumatische aandoeningen op een innovatieve en kostenefficiënte manier aan te pakken.

Interview door **Piet Van Eenoooghe**



'10 Krijtlijnen voor de toekomst van de gezondheidszorg, visie van de Onafhankelijke Ziekenfondsen op de evolutie van de gezondheidszorg in België', te downloaden op www.mloz.be

De kosten van een medische ingreep beter begrijpen

De studiedienst van de Onafhankelijke Ziekenfondsen voert regelmatig analyses uit over de kosten van een chirurgische of medische ingreep. Hernia's, tandheelkundige zorg, het verwijderen van de galblaas, bariatrische chirurgie, prostaat, cataract ... het zijn allemaal domeinen die zorgvuldig bestudeerd worden door onderzoekers van de Onafhankelijke Ziekenfondsen. De resultaten van deze studies vindt u op <http://www.mloz.be/nl/studies/uitgegeven-studies>.

60.000 km

leggen de verpleegsters van de Onafhankelijke Ziekenfondsen jaarlijks af.

Solidariteit met de ziekenfondsen in Benin

Voor 2 euro per jaar hebben de leden van de ziekenfondsen in Benin recht op medische zorgen, zonder daarvoor in financiële moeilijkheden te komen. De NGO Louvain Coopération organiseerde een grote sensibiliseringsactie en ondersteunt daarbij twee plaatselijke ziekenfondsen, met de steun van de Onafhankelijke Ziekenfondsen. Deze samenwerking ontstond in 2006 en is zopas verlengd voor een periode van vijf jaar.



www.louvaincooperation.org

Abonneer u nu online!

Voortaan kunt u zich ook online abonneren op Health Forum (nog steeds gratis). Breng dus zeker eens een bezoekje aan onze website. Vergeet er ook de vorige edities niet te raadplegen!

<http://www.mloz.be/nl/publicaties/health-forum>

Ziekenfondsverpleegkundigen: een uitdagend beroep

7 verpleegsters werken vanuit het hart van de Landsbond van de Onafhankelijke Ziekenfondsen. In samenwerking met het RIZIV en andere ziekenfondsen, staan ze in voor vier soorten missies:

- **De afhankelijkheidsgraad voor thuisverpleging evalueren:** de graad van fysieke afhankelijkheid controleren bij een lid dat verzorging krijgt van een thuisverpleegkundige. De 'ziekenfondsverpleegkundige' moet dan controleren of de tarificatie, opgesteld door de thuisverpleegkundige, klopt en eventuele fraude opsporen.
- **De evaluatie van de afhankelijkheidsgraad in rusthuizen** is een van de voorwaarden voor de toekenning van de RIZIV-vergoedingen. Deze controles worden uitgevoerd per ziekenfondsgroep, samen met collega-verpleegkundigen of artsen van de andere verzekeringsinstellingen.
- **Controle van de RIZIV-criteria voor de toekenning van mobiliteitshulpmiddelen of orthopedische schoenen:** controle van de criteria, de administratieve opvolging en de planning van de eventuele huisbezoeken.
- Tot slot nemen de verpleegkundigen **medisch-sociale enquêtes** af bij personen in arbeidsongeschiktheid. Deze enquêtes bestaan onder andere uit een analyse van het beroep, het socio-professionele milieu, de functionele beperkingen en de medische of paramedische verzorging. Op basis van het resultaat van deze enquête kan de adviserend geneesheer een verantwoorde beslissing nemen in het kader van een arbeidsongeschiktheidsdossier.

Discushernia

Een operatie wegens een discushernia kost gemiddeld 4.800€

Jaarlijks worden ongeveer 14.000 personen geopereerd aan een discushernia in België. Vaak is een operatie niet nodig, maar in sommige gevallen is deze ingreep onvermijdelijk (wanneer de aanhoudende pijn niet te harden is of bij een neurologische uitval). De kostprijs van de operatie kan zeer verschillend zijn, naargelang het soort hernia. Een nieuwe studie van de Onafhankelijke Ziekenfondsen maakt de balans op.

Een discushernia is een uitstulping van een tussenwervelschijf, waardoor er druk kan ontstaan op de zenuwknopen. De aandoening kan asymptomatisch zijn als er geen beklemming is van een zenuwknop, maar ze kan eveneens goed lumbale pijn veroorzaken of ischias (wegens druk op een van de zenuwknopen die naar het been leiden).

Een discushernia kan zich situeren in de lenden, ter hoogte van de borst of de nek. Een discushernia ter hoogte van de borst doet zich echter nauwelijks voor. Meestal gaat het om een discushernia ter hoogte van de lenden. Dat hoeft niet te verwonderen, gezien hun positie onderaan de wervelkolom.

Heelkundige behandeling

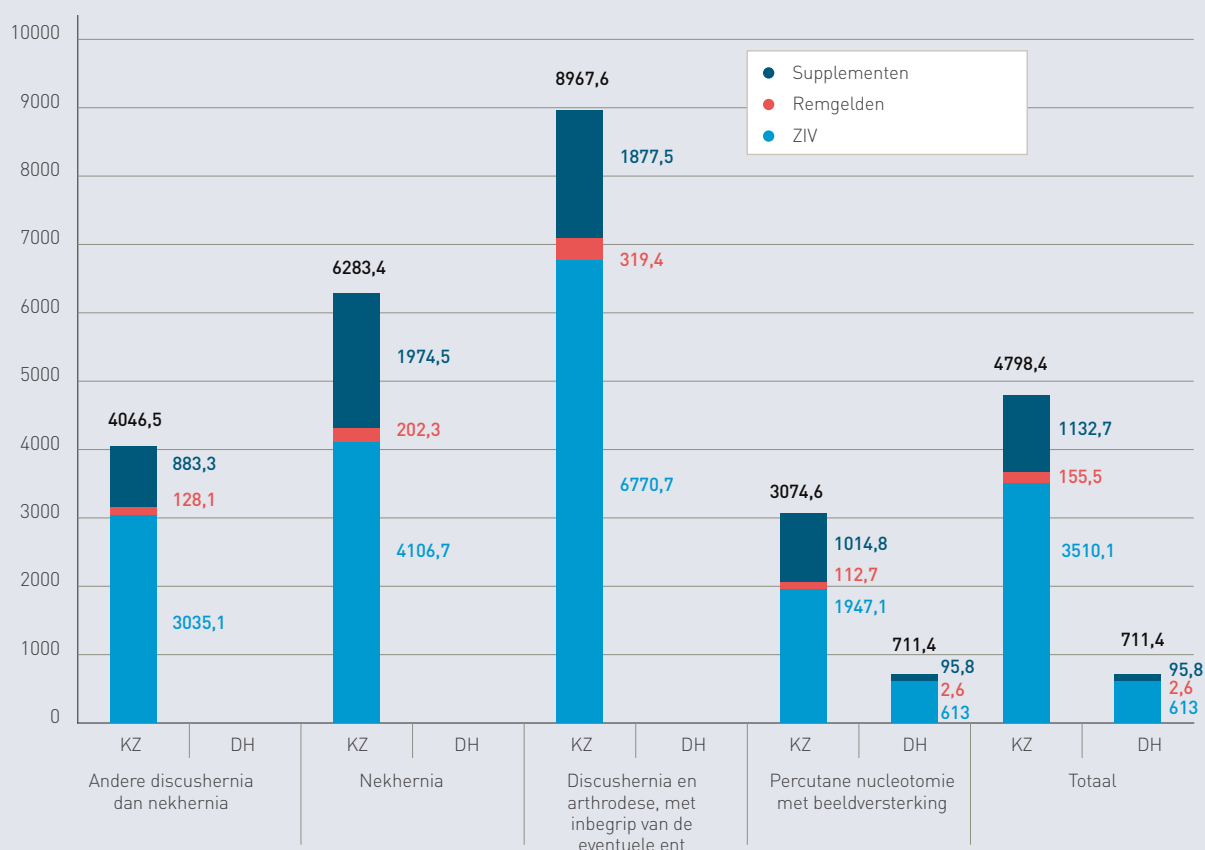
De heelkundige techniek bij uitstek is de volledige of gedeeltelijke verwijdering van de schijf onder volledige verdoving. De zenuwknop wordt eerst en vooral vrijgemaakt, waarna de discushernia en een deel van de

beschadigde (of de volledige) schijf verwijderd worden. Op die manier wordt het gevaar van recidive na de operatie tot een minimum beperkt. Er worden ook andere heelkundige technieken gebruikt zoals de percutane nucleotomie met beeldversterking en de arthrodese, met of zonder het nemen van een ent (voor ingewikkeldere gevallen). Momenteel wordt zo goed als altijd geopereerd tijdens een klassieke ziekenhuisopname. De operatie gebeurt zelden of nooit tijdens een daghospitalisatie (enkel in geval van percutane nucleotomie).

De kostprijs van een hernia-operatie

- De **gemiddelde kostprijs van de heelkundige ingreep** bedraagt 711€ via one day en **4.798€ voor een klassieke ziekenhuisopname**.
- De ingreep met arthrodese is de operatie die de langste ziekenhuisopname vereist. Deze kost dus ook het meest aan de ziekteverzekering (ZIV) én aan de patiënt: **in totaal bijna 9.000€**. Het gaat echter slechts om ongeveer 8% van alle heelkundige ingrepen voor discushernia.
- Hoewel de gemiddelde verblijfsduur (1 dag) korter is, kost de **ziekenhuisopname wegens een nekhernia 50% meer dan** die voor een lumbale (of thoracale) hernia. Dit is vooral te wijten aan de hoge kostprijs van de implantaten en het gebruikte materiaal, alsook aan de medische honoraria.
- **Het gebruik van implantaten en materialen weegt ook op de factuur voor de arthrodese.** Zowel de ZIV als de patiënt betalen meer, de ziekenhuisfactuur stijgt namelijk met bijna 30%. Diezelfde post vertegenwoordigt slechts 2% van de gemiddelde kostprijs van een lumbale (of thoracale) discushernia. Deze kostengroep (implantaat/materiaal) is namelijk nauwelijks terug te vinden bij de heelkundige ingrepen voor lumbale (of thoracale) discushernia: bij minder dan 10 operaties op een totaal van 1.642 heelkundige ingrepen voor lumbale (of thoracale) discushernia (minder dan 1% van de gevallen).

De gemiddelde kostprijs van een operatie wegens een discushernia, per soort van ziekenhuisopname (bedrag in euro, 2010)



Andere belangrijke resultaten

- In 2010 ondergingen 2.191 leden van de Onafhankelijke Ziekenfondsen een operatie vanwege een discushernia (2.161 daarvan werden uitgevoerd tijdens een klassieke ziekenhuisopname, terwijl de daghospitalisatie enkel toegepast werd voor de percutane nucleotomie).
- Het aantal heekkundige ingrepen neemt toe naarmate de leeftijd stijgt (tot 50 jaar). Daarna gaat het aantal operaties eerder in dalende lijn. Meer dan **80% van de ziekenhuisopnames wegens een discushernia vindt plaats bij personen jonger dan 60 jaar**.
- Het gros van de operaties wordt uitgevoerd in niet-universitaire ziekenhuizen (90% van de gevallen), heeft betrekking op gewone rechthebbenden (niet-RVV) en geeft aanleiding tot een opname in een gemeenschappelijke of tweepersoonkamer (60% van de gevallen).

- De **percutane nucleotomie** is de enige operatietechniek die toegepast kan worden tijdens een daghospitalisatie en **is 4 keer minder duur dan dezelfde operatie via een KZ**, maar wordt zo goed als nooit toegepast (in minder dan 2% van de gevallen).
- **75% van de operaties zijn ingrepen voor lumbale (of thoracale) hernia**. Ongeveer 15% van de operaties betreffen een discushernia ter hoogte van de nek.
- De **gemiddelde duur van het ziekenhuisverblijf loopt op tot 4 à 5 dagen** voor een discushernia ter hoogte van de nek en de lenden (of voor een thoracale hernia). Het verblijf is veel langer wanneer de discushernia geopereerd wordt via arthrodese (7 dagen).



Güngör Karakaya

Studiedienst
van de Onafhankelijke Ziekenfondsen



Chronische ziektes

Van de theorie naar de praktijk

Eind 2012 publiceerde het KCE een rapport dat een mijlpaal zou kunnen betekenen rond chronische ziektes. Het formuleert namelijk een aantal concrete aanbevelingen en acties met het oog op een grondige hervorming van de organisatie van de chronische zorg in België. De conclusies van het rapport stemmen in grote mate overeen met de voorstellen van de Onafhankelijke Ziekenfondsen. Een woordje uitleg!

Meer dan een kwart van de Belgen verklaart te lijden aan een chronische ziekte. Op vraag van de Minister van Volksgezondheid, die graag zou beschikken over een 'visie op de toekomstige organisatie van de chronische zorg in België', heeft het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) de internationale literatuur over dit onderwerp uitgepluisd. Publicaties van de WHO, de Europese Commissie, de Verenigde Naties, een vergelijking van de 'nationale' programma's voor chronische ziektes in 4 pionierlanden en tal van wetenschappelijke studies: het werd allemaal geanalyseerd. Daarnaast heeft het KCE ook de bestaande Belgische initiatieven

rond chronische ziektes onder de loep genomen en gepeild naar de mening van experts, waaronder de vertegenwoordigers van patiëntenorganisaties.

Een visie op de toekomst

De ontwikkelde 'visie' in dit KCE-rapport strookt in grote mate met de uitgewerkte voorstellen van de Onafhankelijke Ziekenfondsen in hun '10 krijtlijnen voor de toekomst van de gezondheidszorg'. Enkele voorbeelden:

“De huidige betalingssystemen doen evolueren zodat ze beter de chronische zorg vergoeden die hoogkwalitatief, geïntegreerd, multidisciplinair

en 'patient empowered' is, met een bijzondere aandacht voor de ambulante zorg”

Het KCE-rapport stelt dat een vergoedingssysteem dat hoofdzakelijk gebaseerd is op het 'vergoeding per verstrekking'-systeem niet werkt voor chronisch zieken: multidisciplinaire samenwerking, tijdrovende activiteiten en taakdelegatie worden namelijk bestraft. Binnen zo'n systeem is er trouwens ook geen link tussen de vergoeding van zorgverstrekkers en het bereiken van doelstellingen inzake volksgezondheid en er zijn geen incentives voor coördinerend werk tussen de 1e en de 2e lijn. Het KCE pleit daarom voor een graduele overgang van een 'vergoeding per verstrekking'-systeem naar

een systeem dat gebaseerd op de patiëntennoden. Daarnaast moet er ook een beloning komen voor het bereiken van (objectiveerbare) kwaliteitsdoelstellingen.

Ook de Onafhankelijke Ziekenfondsen zijn van mening dat we de financiering van de eerstelijnszorg moeten herzien door een verhoging van het forfaitaire aandeel dat dimensies moet dekken als het medisch dossier, zorgcontinuïteit, opvolging van bepaalde doelgroepen (bv. chronisch zieken met een multipathologie). We moeten specifieke incentives ontwikkelen om o.a. het multidisciplinaire werken in de eerste lijn en de naleving van de richtlijnen aan te moedigen. Dit neemt echter niet weg dat de bestaande nomenclatuur (die nu soms veel te hoge en veel te lage vergoedingen voorziet) absoluut moet worden herbekeken in functie van risico, deskundigheid van de zorgverstreker en tijdsinvestering (zeer belangrijk voor chronisch zieken met een multipathologie).

“De zorg aanbieden in de minst complexe omgeving die klinisch voldoet”

Dit is een pertinent pleidooi voor een aanpak van de zorg op het laagst mogelijke echelon ('stepped care'). Momenteel is de zorg voor chronisch zieken namelijk vaak duur voor de patiënt. Er bestaat bijvoorbeeld geen terugbetaling voor de psycholoog, ergotherapeut of multidisciplinaire aanpak in het algemeen. De patiënten worden te vaak doorverwezen naar zorg-

instellingen (ziekenhuizen of gespecialiseerde verstrekkers) terwijl dat niet altijd nodig is. Die situatie is niet langer houdbaar. De grote stijging van het aantal chronisch zieken (obesitas, diabetes ...) en de vergrijzing zullen er niet enkel voor zorgen dat de huidige zorgpatronen onbetaalbaar worden, maar ook dat het aanbod (specialisten, ziekenhuisdiensten, RVT's ...) ontoereikend zal zijn.

Daarnaast zullen meer preventie, een betere detectie in eerste lijn en een vroegtijdigere behandeling het aantal patiënten doen dalen die wel verwezen moeten worden naar die instellingen of specialisten. Deze 'stepped care' in de ouderenzorg moet zich daarom vertalen in een brede waaier van maatregelen en hulpmiddelen die de autonomie van de ouderen verhoogt en hen toelaat om zo lang mogelijk thuis te blijven wonen.

“'Patient empowerment' aanmoedigen”

Het aanmoedigen van de patiënt om actief deel te nemen aan de aanpak van zijn ziekte zou een systematische reflex moeten zijn bij alle acties rond chronische ziektes. Volgens het KCE is daarbij een belangrijke rol weggelegd voor de ziekenfondsen, zoals het toegang geven tot gedecentraliseerde en wetenschappelijk gevalideerde informatie. De Onafhankelijke Ziekenfondsen zijn van mening dat ook het ontwikkelen en begeleiden van 'self-management'-programma's een toekomstvolle opdracht

kan zijn voor de ziekenfondsen.

“De huisarts ondersteunen bij de aanpak van complexe gevallen”

Een van de meest markante actiepunten bij deze aanbeveling is het uitbouwen van de functie van 'case manager' voor patiënten met zeer complexe noden (vb. demente patiënten die nog thuis wonen). Het gaat vooral om een coördinerende functie die de brug moet slaan tussen het sociale en het medische. Het spreekt voor zich dat er nog reflectie nodig is voor de concrete invulling van deze functie (bv. de relatie met de bestaande coördinatoren van de lokale multidisciplinaire netwerken). Het KCE is niet blind voor de mogelijke struikelblokken, maar de Onafhankelijke Ziekenfondsen vinden dat zo'n coördinerende functie een grote hulp kan zijn voor de eerste lijn. Andere 'denktanken' pleiten trouwens ook voor de ontwikkeling van een functie van zorgcoördinator. Denken we maar aan het rapport van de Koning Boudewijnstichting rond de aanpak van zeldzame ziektes. Ook het vermelden waard: de nieuwe rol van de specialist als referentiepersoon en coach van de eerstelijnssector, de verdere ontwikkeling van het EMD (Elektronisch Medisch Dossier) en meer transmurale samenwerking.



Chris Van Hul
Expert bij de

Onafhankelijke Ziekenfondsen



'Organisatie van zorg voor chronisch zieken in België' (rapport 190B van het KCE), te raadplegen op www.kce.fgov.be

Alarmerende cijfers

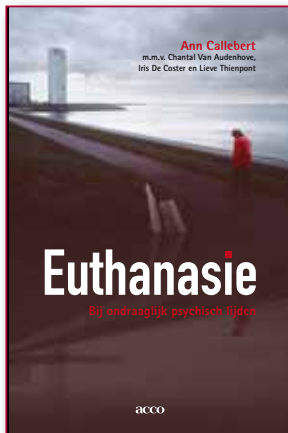
Rugpijn, gewrichtsaandoeningen, hoge bloeddruk, diabetes, obesitas ... Meer dan een kwart van de Belgische bevolking zegt te lijden aan een chronische ziekte (volgens de cijfers van de gezondheidsenquête van het Wetenschappelijk

Instituut Volksgezondheid uit 2008). Bovendien verklaart een kwart van de Belgen te kampen met mentale problemen. In de meeste Europese landen gaat meer dan 80% van het budget voor gezondheidszorg naar chronische ziektes.

Boek

Psychisch lijden en euthanasie: enkele denklijnen!

Euthanasie bij ondraaglijk psychisch lijden, het is een delicate kwestie die heel wat vragen oproept. Bovendien bestaat er nog heel weinig wetenschappelijk onderzoek op dit gebied. Daarom wil dit boek die leemte opvullen door enkele belangrijke denkpistes uit te tekenen. Allereerst door het wettelijke kader te schetsen, maar ook door in te zoomen op de praktijk van een psychiater die met deze problematiek wordt geconfronteerd. Zowel patiënten en hun naasten als de begeleidende arts komen aan het woord. Op die manier biedt dit boek een leerrijke eerste verkenning rond deze thematiek!



Euthanasie bij ondraaglijk psychisch lijden, Callebert Ann e.a., Acco, 2012, 144 blz., ISBN 978-90-334-8800-9

Boek

Voeding en kankerpreventie

Dat roken een risicofactor is voor het ontwikkelen van kanker, is genoegzaam bekend. Maar we mogen ook een ongezonde voeding niet uit het oog verliezen als vermijdbare oorzaak van de ziekte. Daarom onderscheidt Prof. David Khayat, diensthoofd van de afdeling oncologie in het Parijse ziekenhuis Pitié-Salpêtrière, in dit boek feit van fictie over voeding en kanker. Welke vissoorten vermijden we beter? Verkleint rode wijn de kans op kanker of niet? Is de kwalijke reputatie van rood vlees terecht of niet? 'Het echte antikankerdiët' reikt eenvoudige voedingsadviezen aan, gebaseerd op de recentste wetenschappelijke studies. Gevonden vreten voor al wie geïnteresseerd is in kankerpreventie!

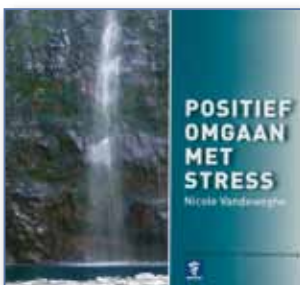


Het echte antikankerdiët, David Khayat, Lannoo, 2012, 280 blz., ISBN 978-90-209-4046-6

CD

Stress gemuilkorfd

Op de werkvloer staat de boog constant hard gespannen. Een oase van rust creëren op het werk is dan ook geen eenvoudige opgave. Die uitdaging gaat Nicole Vandeweghe, stressconsulente in de bedrijfswereld, daarom met volle overtuiging aan. Al jaren specialiseert ze zich in het opsporen van verborgen oorzaken en gevolgen van burnout. Haar eerste cd bevat 3 basisoefeningen die geïnspireerd zijn door de principes van



de Caycediaanse Sofrologie, een wetenschap die de positieve dialoog tussen lichaam en geest stimuleert. Een boeiend en leerrijk hulpmiddel om de gezondheid, motivatie en efficiëntie op het werk te verbeteren!

Positief omgaan met stress, Nicole Vandeweghe, Associatie Biofeedback & Zelfregulatie (ABZ), 2012, www.sofrologie.be/www.biofeedback.be

Boek

Dementievriendelijk wonen

Met een ware vergrijzingstsunami in het vooruitzicht is dementievriendelijk wonen een heet hangijzer. Het is namelijk essentieel om de zorgvisie over dementie te vertalen naar herinrichtingen en nieuwbouw. Maar aan welke criteria moet een woonzorgcentrum nu voldoen opdat mensen met dementie er zich thuis voelen? Hoe kan de materiële omgeving hen ondersteunen? En welke architecturale knopen moeten er doorgehakt worden zodat het personeel doeltreffend kan werken? Met dergelijke vragen trok Erik Stroobants naar 20 woonzorgcentra. Daarnaast legt Patrick Verhaest uit hoe we wetenschappelijk onderzoek kunnen integreren in dementievriendelijk bouwen en inrichten. Een boeiend boek dat een noodzakelijk fundament legt voor dit belangrijke thema!



Architectonica. Een thuis voor mensen met dementie, Erik Stroobants en Patrick Verhaest, Epo, 2012, 301 blz., ISBN 978-94-912-9712-0



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!
Surf naar www.mloz.be/abonnement

www.mloz.be

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

Meer dan **2.000.000** verzekerden
schenken ons hun vertrouwen

Jij ook?

Onafhankelijke 
Ziekenfondsen

www.mloz.be

De Onafhankelijke Ziekenfondsen groeperen:

