

Health Forum

Juni 2014 · N°18

Het magazine van de Landsbond van de Onafhankelijke Ziekenfondsen - driemaandelijks

Dossier

Xavier Brenez:

“Welk gezondheidsbeleid voor het Brussel van morgen?”

**Onafhankelijke
Ziekenfondsen**

Maak kennis met de Onafhankelijke Ziekenfondsen!

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

De Landsbond van de Onafhankelijke Ziekenfondsen verenigt 6 ziekenfondsen:



OZ

Boomsesteenweg 5
2610 Antwerpen
www.oz.be



Omnimut Mutualité Libre de Wallonie

Rue Natalis 47 B
4020 Liège
www.omnimut.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

Sluisweg 2 bus 1
9000 Gent
www.partena-ziekenfonds.be



Partenamut

Anspachlaan 1
1000 Brussel
www.partenamut.be

Een niet te missen kans

Ons zorgstelsel loopt op zijn laatste benen. De signalen dat we het 'einde van een tijdperk' naderen, worden steeds duidelijker. Daarom moeten er dringend een aantal werkpunten aangepakt worden: de financiering van de ziekenhuizen, de zorg voor bejaarden en zorg-behoevenden, de geïntegreerde zorg voor chronisch zieken, de geestelijke gezondheid... De uitdagingen zijn welbekend en vereisen

fundamentele wijzigingen van de medische praktijk, de responsabilisering van de actoren, de terugbetaling van de zorg en de rolverdeling tussen de zorg-verleners. Hierbij is vooral nodig om anticiperend te werk te gaan en deze fundamentele domeinen op middellange en lange termijn te bekijken.

Tot op heden is dit anticiperend vermogen echter niet de sterkste kant van de machthebbers, die zich al te vaak beperken tot kortetermijnmaatregelen zonder veel coherentie. Maar het is nog niet te laat! De volgende legislatuur zal vijf jaar duren op alle bevoegdheidsniveaus en is dus een niet te missen kans. Als er, zoals wij hopen, sereen en met het nodige plichtsbesef onderhandeld wordt over deze legislatuur met als kernpunt de belangen van de burgers, dan zou het mogelijk moeten zijn om de hoogst noodzakelijke hervormingen door te voeren in alle sectoren. Rekening houdend met de erfenis die de zesde staatshervorming ons nalaat, zullen de beleidslijnen van de gezondheidszorg bovendien vertaald moeten worden naar de verschillende bevoegdheidsniveaus, coherent en gecoördineerd.

“
Onze hoofdstad is een stad vol contrasten en met eigen kenmerken, maar tast volledig in het duister over het toekomstige beheer van de overgedragen bevoegdheden
”

Het is in Brussel waar de nood aan coherente structuren en een samenhangend zorgbeleid het hoogst is. Want daar heerst, bij het schrijven van dit editoriaal, nog de grootste onduidelijkheid over! Onze hoofdstad is een stad vol contrasten en met eigen kenmerken, maar tast volledig in het duister over het toekomstige beheer van de overgedragen bevoegdheden en de coördinatie van de beleidslijnen.

Voor de Onafhankelijke Ziekenfondsen is het hoog tijd om aan Brussel de middelen te geven voor een gezondheidsbeleid dat afgestemd is op haar bevolking. Nu de verkiezingskoorts gedaald is, hopen we dat onze politieke verantwoordelijken eindelijk werk maken van de essentie: het aanbrengen van de nodige wijzigingen in het hele Belgische zorgstelsel om het voortbestaan ervan te verzekeren, met behoud van de solidariteit, de toegankelijkheid en de kwaliteit van de zorg. Dat betekent dan wel dat

er oplossingen bedacht moeten worden die het belang van de burger/kiezer voorop plaatsen... en dat in een postelelectorale fase!

Xavier Brenez
Directeur-generaal

van de Landsbond van de Onafhankelijke Ziekenfondsen



Hoofredactrice

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

Eindredacteur

Steven Vervaeke en Hellen Smeets

Redactiecomité

Karima Amrous · Stéphanie Brisson · Ann Ceuppens · Annemie Coëme · Regina De Paepe · Luc Detavernier · Christian Horemans · Pascale Janssens · Güngör Karakaya · Nathalie Renna · Hellen Smeets · Ingrid Umbach · Piet Van Eenoooghe · Christiaan Van Hul · Emilie Vanderstichelen · Philippe Van Wilder · 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

Le magazine de l'Union Nationale des Médicaments Libéraux

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

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



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

Inhoud

Nr. 18

Juni 2014

3 Edito

5 Wist u?

6 Dossier

Welk gezondheidsbeleid voor het Brussel van morgen?

13 Forum Zorgverstrekkers

Accreditering van de Belgische ziekenhuizen: er komt schot in de zaak!

Het Debat

Seksualiteit bij senioren: verliefd in het rusthuis

Grensoverschrijdende verzorging: verwarring over de Europese richtlijn

22 Studie

Consumptie van antidepressiva bij volwassenen: impact op de andere zorgaspecten

Geneesmiddelen in de rusthuizen: aflevering van geneesmiddelen optimaliseren

30 Partnership

Op bezoek bij 'Papa Mutuelle'

32 Event

Symposium 'Verzorgde tanden, gezond lichaam!'

34 Kiosk

www.mloz.be

Dossier

Welk gezondheidsbeleid voor het Brussel van morgen?

De Belgische hoofdstad bekleedt een aparte plaats in het zorglandschap. De institutionele complexiteit, de grote verscheidenheid van de bevolking en het geconcentreerde zorgaanbod maken van Brussel een soms moeilijk te vatten caleidoscoop. Wat zijn de opvallende kenmerken van de gezondheid van de Brusselaars? Hoe zit het met hun zorgconsumptie? In de nasleep van de verkiezingen analyseert dit dossier wat er in Brussel op het spel staat!



6

Seksualiteit bij senioren

Verliefd in het rusthuis

Relaties en seksualiteit in een rusthuis, het blijft een taboe. Binnen deze gemedicaliseerde context, waar veel bewoners afhankelijk zijn van verzorging, is intimiteit allesbehalve vanzelfsprekend.



18

Studie

Consumptie van antidepressiva bij volwassenen: impact op de andere zorgaspecten

De stijgende consumptie van antidepressiva bij de Belgische bevolking wordt een steeds heter hangijzer. De Onafhankelijke Ziekenfondsen onderzochten daarom het gebruik van antidepressiva, zonder zich te beperken tot het aantal voorgeschreven doosjes. Er vallen namelijk ook tendensen op te merken rond de eerste voorschrijver, co-morbiditeiten, het volgen van psychotherapie of ziekenhuisopnames.



22

Dixit

“Solidariteit met kankerpatiënten boven alles!”

“Moeten we rokers de toegang tot de sociale zekerheid ontfagen of hun behandeling voor longkanker niet langer terugbetalen? Als we die logica volgen, kunnen we iedereen met overtollige kilo's ook uitsluiten (30 à 50% van de volwassen bevolking). En waarom niet al wie graag dagelijks meer dan 1 glaasje drinkt? En de zonnekloppers, wat doen we daarmee? Kortom, een sociale zekerheid met dergelijke principes zou eigenlijk bijna niemand meer dekken. Solidariteit met kankerpatiënten is onontbeerlijk: solidariteit van het grote publiek om ons te helpen om onderzoek te financieren, solidariteit van de overheid om behandelingen terug te betalen die zo goed als onbetaalbaar geworden zijn voor individuele patiënten, solidariteit van het verzorgend personeel, dat bereid moet zijn om in multidisciplinaire ploegen te werken, solidariteit van de familie en mantelzorgers van de zieken, solidariteit onder patiënten.”

De Stichting tegen Kanker heeft gereageerd op de resultaten van de studie ‘Uw gezondheidszorg. Uw mening telt!’, voorgesteld door het RIZIV in de lente van 2014.

www.kanker.be

9,22 kg

Dat is het gemiddelde gewicht van de verse appels die een Belg jaarlijks eet.

onderzoek van GfK
Panel Services Belgium



12 miljoen

Zoveel personen kregen een foute diagnose te horen in de Verenigde Staten.

studie in het British Medical Journal

Miljardendeals in de farmaceutische industrie

De twee farmareuzen Novartis en GlaxoSmithKline (GSK) hebben een monsterakkoord gesloten. GSK verkoopt zijn oncologie-afdeling aan Novartis voor 16 miljard dollar en omgekeerd neemt GSK de activiteiten van Novartis over op het gebied van vaccins voor 7,1 miljard dollar. Novartis wil zich namelijk vooral concentreren op zijn kerntaak, de ontwikkeling van innovatieve geneesmiddelen. Daarnaast slaan de twee bedrijven de handen ook in elkaar op het vlak van geneesmiddelen en gezondheidsproducten zonder voorschrift (bv. tandpasta, geneesmiddelen tegen hoofdpijn, ...). GSK zal de controle krijgen over dit samenwerkingsverband, met een belang van 63,5%. Zowel Novartis als GSK zijn zeer vertegenwoordigd in ons land. Zo stelt GSK meer dan 8.000 mensen te werk in Wallonië. Novartis heeft dan weer 1.600 mensen in dienst in ons land, waarvan de meerderheid in de provincie Antwerpen aan de slag is.

The background of the top half of the page is a photograph of the Atomium structure in Brussels, Belgium. The structure consists of three large spheres connected by long, white, tubular legs, set against a clear blue sky with some light clouds. The spheres contain greenery and architectural details.

Dossier

Welk gezondheidsbeleid voor het Brussel van morgen?

Gezondheidszorg in Brussel: een stad vol contrasten

p. 7

Interview Xavier Brenez: "Communautair of multicultureel: welk model voor Brussel?"

p. 11

Gezondheidszorg: acties binnen alle beleidsdomeinen

p. 13

Gezondheidszorg in Brussel: een stad vol contrasten

De Belgische hoofdstad bekleedt een aparte plaats in het zorglandschap. De institutionele complexiteit, de grote verscheidenheid van de bevolking en het geconcentreerde zorgaanbod maken van Brussel een soms moeilijk te vatten caleidoscoop. Wat zijn de opvallende kenmerken van de gezondheid van de Brusselaars? Hoe zit het met hun zorgconsumptie? In de nasleep van de verkiezingen analyseert dit dossier wat er in Brussel op het spel staat!

Jong, multicultureel, gedeprimeerd en precair: zo komt Brussel over. Maar de werkelijkheid is veel minder eenduidig. Het geboortecijfer in de hoofdstad is hoger dan het Belgische gemiddelde met 16 geboortes op 1.000 personen, logisch dus dat de inwoners jonger worden. De situatie verschilt sterk van wijk tot wijk: de oudste inwoners zijn terug te vinden in Ganshoren, de jongste in Sint-Joost-ten-Node. Brussel bestaat als hoofdstad uit meerdere gemeenschappen: 28% van de inwoners bezit niet de Belgische nationaliteit, met verschillende leefgewoonten en zorgbehoeftes tot gevolg. 1 op de 3 leeft onder de armoedegrens. 28% van de Brusselaars heeft het statuut RVV (rechthebbende op de verhoogde tegemoetkoming): dit percentage is 2 keer hoger dan in Vlaanderen en 1,5 keer hoger dan in Wallonië. Qua leefgewoonten blijft alcoholconsumptie een groot probleem in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest: 1 op de 3 mannen en 1 op de 5 vrouwen drinkt te veel. In Brussel vinden we ook de grootste rokers: 9,4% rookt meer dan 20 sigaretten per dag, tegenover 6,6% in Vlaanderen en 7,4% in Wallonië.

Kampioenen van de uitgestelde zorg

Het aantal gezinnen die verklaren dat ze geneeskundige verzorging hebben moeten uitstellen, is hoger in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest (26%) dan in het Waals (14%) en Vlaams gewest (11%). Volgens de gezondheidsenquête stellen Brusselse gezinnen verzorging vaker uit om financiële redenen dan gezinnen uit de andere twee gewesten, ondanks de grote verscheidenheid van gezondheidsdiensten in Brussel. Er zou dus een verband bestaan tussen de gezondheid in Brussel en de preciaire situatie van haar bewoners. De werkelijkheid is echter genuanceerder en het is nuttig om enkele clichés uit de weg te ruimen. De ongelijkheden op gezondheidsvlak hangen trouwens nauw samen met tal van factoren die het gezondheidskader overstijgen (zie het artikel op p. 11). De tendensen tussen verschillende wijken, gemeenschappen of sociale statussen kunnen elkaar versterken, maar ook tegenspreken.

Multiculturele samenleving

Een deel van de Brusselse bevolking van buitenlandse origine heeft een precair statuut, met een minder goede toegang tot de zorg als gevolg. Hun leefgewoonten behoeden hen gelukkig wel voor andere gezondheidsproblemen. 1 op de 2 pasgeborenen heeft een buitenlandse mama, wat soms leidt tot een minder goede opvolging voor en na de geboorte. Het gevaar dat de baby vroegtijdig overlijdt, is in dergelijke gevallen groter. Positief daarentegen is dat deze mama's spontaan borstvoeding geven. Geen wonder dus dat het aantal vrouwen dat uitsluitend borstvoeding geeft bij het verlaten van de kraamkliniek (90%), duidelijk hoger is in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest dan in de andere twee gewesten van het land.

Brusselaars met de Marokkaanse nationaliteit vertonen duidelijk lagere sterftecijfers dan de Belgische bevolking. "Dat is grotendeels te verklaren door hun gezonde leefgewoonten: ze eten regelmatig fruit en vis, consumeren nauwelijks alcohol en roken ook weinig. Het sterftecijfer is dus laag, maar Marokkaanse en Turkse vrouwen kampen wel vaker met diabetes en obesitas. Volgens het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn Brussel-Hoofdstad ligt de verklaring bij een gebrek aan beweging en bepaalde voedingsgewoontes.

Zorgconsumptie

De Brusselaars onderscheiden zich op een aantal gezondheidsdomeinen, maar hun zorgconsumptie is helemaal bijzonder. Het gros van de actoren stelt vast dat er een gebrek aan evenwicht is tussen de eerste- en tweedelijnszorg. Zo raadplegen Brusselaars minder vaak een huisarts: het gemiddelde aantal jaarlijkse contacten bedraagt 3,9 in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, tegenover 4,7 in het Vlaams gewest en 4,5 in het Waals gewest. De huisartsen zijn vooral gevestigd in de gemeenten in het zuiden van Brussel en in Sint-Agatha-Berchem. De Brusselse gezinnen maken ook nauwelijks gebruik van thuiszorg: slechts 2,4% van de Brusselaars heeft al

een beroep gedaan op een thuisverpleegster in de 12 maanden voorafgaand aan de gezondheidsenquête, tegenover 5,6% in Vlaanderen en 5,1% in Wallonië.

Waar gaan de inwoners van Brussel dan naartoe als ze verzorging nodig hebben? Naar het ziekenhuis of bij een specialist! Deze Brusselse bijzonderheid heeft meerdere oorzaken. Brussel telt 24 ziekenhuizen op zijn grondgebied, waaronder 3 universitaire ziekenhuizen. Een groot aanbod, waardoor inwoners vaak onmiddellijk naar een specialist stappen (gemiddeld 3 contacten per jaar). Er valt wel een opvallende contradictie te noteren: 11% van de Brusselaars die eigenlijk naar een specialist hadden moeten gaan in de laatste 12 maanden, hebben dat niet gedaan vanwege financiële redenen (tegenover 5% in Vlaanderen en 6% in Wallonië).

Te vlug naar de spoed...

Door het grote aantal ziekenhuizen stapt de patiënt ook vaker naar de spoeddienst in Brussel: jaarlijks 40 contacten op een groep van 100 personen, tegenover 25 in Wallonië en 15 in Vlaanderen. 4% van de Brusselaars heeft geen huisarts geraadpleegd vooraleer naar de spoeddienst te stappen (in Wallonië is dat 2%, in Vlaanderen 1%). Volgens de Federatie van Wijkgezondheidscentra laat 1 op de 10 Brusselaars zich ten slotte verzorgen in een wijkgezondheidscentrum. De hoofdstad telt namelijk bijna 50 wijkgezondheidscentra die soms zelfs patiënten moeten weigeren of die moeten opboksen tegen de schaarste aan zorgverle-

ners uit de eerste lijn.

Ook andere actoren maken gewag van een tekort aan bepaalde beroepen. In zijn strategisch plan 2011-2015 klaagt het Huis voor Gezondheid, een instelling die als contactpunt fungeert voor de Nederlandstalige Brusselse zorgverleners, opnieuw de aanwervingsproblemen aan, waarmee sommige verzorgingsinstellingen geconfronteerd worden. Tegen 2015 zouden er in Brussel 1.841 voltijdse verpleegkundigen te weinig zijn.

Al die gegevens bewijzen dat het moeilijk is om een goed inzicht te krijgen in de gezondheidssector in de Belgische hoofdstad. Brussel staat bol van de contrasten en dimensies die moeilijk in een model kunnen worden gegoten. De versnippering van de politieke instellingen en de vragen over de gevolgen van de zesde staatshervorming maken de zaken bovendien nog complexer. Kortom, in Brussel werken en zich laten verzorgen is allesbehalve eenvoudig, noch voor de beroepsmensen uit de zorgsector, noch voor de patiënten.



Stéphanie Brisson

stephanie.brisson@mloz.be



Alle cijfers in dit artikel komen uit de Gezondheidsenquête 2008 en uit de Gezondheidsindicatoren van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest 2010.

‘Brusselse’ ziektes?

Het Observatorium voor Gezondheid pakt regelmatig uit met een indrukwekkend aantal gegevens over de gezondheidstoestand van de Brusselaars. De aandoeningen en ziektes zijn van diverse aard. De grootste verschillen in vergelijking met de andere gewesten zijn toe te schrijven aan de leefgewoonten van een deel van de inwoners van de hoofdstad.

- Een kwart van de Brusselaars lijdt aan een chronische ziekte. Dat is meer dan in de andere twee gewesten, maar vergelijkbaar met Antwerpen en Gent.
- Een derde van de overlijdens bij de inwoners van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest is te wijten aan cardiovasculaire aandoeningen. Kanttekening: Brussel behoort tot de gebieden, waar het cardiovasculaire sterftecijfer het laagst is in Europa.
- Kanker is de oorzaak van een kwart van de overlijdens in Brussel.
- Tuberculose doodt 28 inwoners op 100.000 in Brussel. Dat is 3 à 4 keer meer dan in Wallonië en Vlaanderen. Dit is deels te verklaren door de aanwezigheid van bevolkingsgroepen, afkomstig uit landen met een hoge tuberculoseprevalentie.
- Qua geestelijke gezondheid is de situatie minder gunstig in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest: 34% heeft psychologische problemen, in vergelijking met 29% in het Waals gewest en 23% in Vlaanderen.
- Depressies komen proportioneel ook meer voor in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest (14%) dan in de andere twee gewesten (8% in het Vlaams gewest, 11% in Wallonië).
- In 2007 registreerde men in Brussel 154 overlijdens door zelfdoding. Het aantal zelfdodingen in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest bij vrouwen behoort tot de hoogste van Europa.

www.observatbru.be

“De institutionele breinbreker Communautair of multicultureel: welk model voor Brussel?”

Spreken over dé Brusselse gezondheidszorg is een contradictio in terminis. Onze uiterst complexe hoofdstad kent verschillende gezondheidsstelsels, met systemen die haaks op elkaar staan en budgetten die ongelijk en ontoereikend zijn. De 6de Staatshervorming maakt het er alvast niet gemakkelijker op en schuift meteen het vraagstuk rond het 'Brusselse model' naar voren. Xavier Benez, Directeur-generaal van de Onafhankelijke Ziekenfondsen, buigt zich over het probleem en legt de pijnpunten bloot van het eeuwige Brusselse kluwen.

Hoe ziet het zorglandschap van Brussel er vandaag uit?

Xavier Benez - "Het is een heel eigenaardig landschap. De hulpbehoefte is er groot: een derde van de inwoners bevindt zich onder de armoedegrens, dat is dubbel zoveel als in de andere regio's. Zowel wat chronische als psychische aandoeningen betreft, is Brussel koploper in België. Toch wijzen cijfers van het RIZIV er op een sterke onderconsumptie van de eerstelijnszorg. Meer dan de helft heeft bijvoorbeeld geen huisarts en ook van thuiszorg wordt onvoldoende gebruik gemaakt in vergelijking met de rest van België. De Brusselse bevolking gaat eerder rechtstreeks naar een specialist of ziekenhuis als er gezondheidsklachten zijn. Dat heeft deels te maken met het grote aanbod aan ziekenhuizen en specialistische zorg in Brussel, maar ook met een beperktere doorstroming naar de eerstelijnszorg."

Is de zorg in Brussel dan duurder dan in de rest van België?

X.B. - "Een toegankelijkheidsprobleem is niet altijd een financieel probleem. In Brussel is zorg enkel duurder als we spreken over de supplementkosten – voor een privékamer in een Brussels zie-

kenhuis betaal je veel meer dan in Vlaanderen of Wallonië. Het gebrek aan toegankelijkheid vloeit hier eigenlijk voort uit een mix van factoren. Zo zijn Brusselaars niet altijd op de hoogte van de voordelen waar ze recht op hebben, zoals het RVV- of OMNIO-statuuut. Daarnaast zijn er ook culturele en psychosociale barrières waardoor ze de weg naar de huisarts niet altijd vinden of de drempel te hoog is. Dat zijn dingen waar we aan moeten werken, met een medisch-sociale aanpak: van wijk tot wijk de eerstelijnszorg versterken."

Hoewel de algemene zorgconsumptie er lager ligt, trekken oudere Brusselaars massaal naar rusthuizen en verzorgingsinstellingen. Daarvoor betalen ze soms meer dan 1.500 euro per maand. Hoe valt dat te rijmen met het voorgaande?

X.B. - "Er zijn in Brussel 154 rusthuizen met meer dan 15.000 bedden. Het merendeel daarvan zijn privé-instellingen, daarom zijn de prijzen zo hoog. De redenen voor hun populariteit zijn divers. Ten eerste zijn er te weinig alternatieven: thuiszorg, groepswoningen, serviceflats... zijn initiatieven die nog te weinig ondersteund worden. Daarnaast

speelt ook het fenomeen van isolement in grote steden een rol, waardoor oudere mensen liever in een gezamenlijk rusthuis verblijven. Als je daar dan nog eens de hoge huisvestingskosten in Brussel bijvoegt, dan is de keuze voor velen snel gemaakt. We weten dat er veel meer niet-afhankelijke mensen in de rusthuizen verblijven dan in andere regio's. En omdat zij even goed thuis verzorgd kunnen worden, betekent dit minder plaats voor zorgbehoevende senioren. Om die laatste te kunnen opvangen, moeten we structurele verschuivingen doorvoeren en meer plaats vrijmaken in de rust- en zorgthuizen om ons concentreren op de nodige zorg."

Met de 6de Staatshervorming komen onder andere ouderenzorg, ondersteuning van eerstelijnszorg en enkele aspecten van het ziekenhuisbeleid in handen van gefederaliseerde instellingen. Is het voor Brussel, gezien haar institutionele structuren, dan niet eenvoudig om deze nieuwe bevoegdheden op te vangen?

X.B. - "Brussel is op institutioneel vlak nu al een breinbreker waar niemand aan uit kan! In plaats van de zaken te vereenvoudigen,

dreigen we in de toekomst het overzicht helemaal te verliezen. Wat de gezondheidszorg betreft, worden de nieuwe bevoegdheden overgeheveld naar drie organen: de COCOF (Franse Gemeenschapscommissie), de VGC (Vlaamse Gemeenschapscommissie) en de GGC (Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie). Terwijl er in Vlaanderen en Wallonië een regionale, homogene aanpak komt, dreigt Brussel te verzeilen in een versnipperde structuur. Volgens welk model gaan we het gezondheidsbeleid voeren? Een multicultureel model, waarbij iedere Brusselaar gelijk blijft, of hij nu Frans, Nederlands, Engels of Arabisch spreekt? Of een communautair model, waarbij een inwoner in functie van zijn taal een bepaalde sociale bescherming geniet? Het eerste stelsel zou het meest logisch zijn, met dezelfde regels voor iedereen en in lijn met de socioculturele realiteit in de hoofdstad. Het is een maatschappelijke keuze voor Brussel, die uiteindelijk de gezondheidszorg zal overstijgen. Als er op die vraag geen antwoord komt, dreigen we in een vaag model te blijven steken dat nadelig zal zijn voor de Brusselaars door efficiëntie-, toegankelijkheids- en financieringsproblemen. En niet te vergeten ook het probleem van 'gaming'."

Wat is gaming?

X.B. - "Doordat er voor rusthuizen momenteel drie zorgstelsels zijn in Brussel, kunnen private actoren er gewoon één kiezen volgens hetwelk ze te werk gaan. De normen kunnen variëren tussen de verschillende stelsels, bijvoorbeeld wat betreft het aantal verpleegkundigen per bed. Dat leidt tot een verschillend kostenplaatje, afhankelijk of in het Franstalig, Nederlandstalig of bicommunautaire stelsel gewerkt

wordt. Zo ontstaat het risico op 'gaming': een privérusthuis kiest een bepaald zorgstelsel in zijn voordeel. Dat fenomeen kan alleen maar vermeden worden als de institutionele complexiteit in Brussel vereenvoudigd wordt en als we ons volgens hetzelfde stelsel richten op alle bevoegdheden van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest."

'Gaming' is het fenomeen dat ontstaat wanneer privérusthuizen een zorgstelsel in hun voordeel kunnen kiezen, wat een ongezond klimaat creëert in Brussel.

Een ander probleem is de financiering. Hoe kunnen we dat het best begrijpen?

X.B. - "Het is alleszins niet nieuw, het financieringsprobleem in Brussel. En door de overdracht van bevoegdheden wordt de aandacht er nog meer op gevestigd. Ten eerste omvat het grootste deel van die nieuwe bevoegdheden de ouderenzorg. De overgedragen financiële middelen daarvoor zijn ondermaats, wat voortkomt uit de beslissing om de gefederaliseerde instellingen een deel van het gewicht van veroudering te laten dragen. Dat betekent dat er bijkomende middelen moeten worden gevonden, een fundamenteel probleem voor de Brusselse financiën. Bovendien moeten die eventuele bijkomende middelen ook nog eens verdeeld worden. In Vlaanderen en Wallonië zijn deze zaken in handen van het Gewest,

in het kader van een globaal budget. Daar kan men de middelen verdelen over de verschillende bevoegdheden (gezondheidszorg, tewerkstelling, sport, huisvesting enz.). In Brussel zijn de budgetten versnipperd door verschillende institutionele structuren, wat het onmogelijk maakt om flexibel te zijn. Bovendien kunnen de gewesten extra belastingen heffen om bijkomende middelen vrij te maken. Dat is niet het geval voor de COCOF, de COCOM en de VGC, die louter afhangen van dotaties. De onderfinanciering van Brussel gaat met andere woorden gepaard met een probleem rond budgettaire flexibiliteit én met het ontbreken van een financiële hefboom."

Komt de garantie op zorg voor iedereen in Brussel in het gedrang?

X.B. - "Op termijn kunnen we de risico's niet ontkennen. Om te vermijden dat ze werkelijkheid worden, moeten we de pijnpunten één voor één aanpakken: het institutionele landschap, de financiële tekorten, de culturele en psychosociale barrières, een psychosociale zorgaanpak aangepast aan de verschillende wijken, een duidelijke visie rond ouderenzorg en eerstelijnszorg, een herschikking van de ziekenhuissector in Brussel om meer synergie te creëren... Een grote uitdaging voor de beleidsmakers van morgen. Maar er is meer: niet alleen het zorgbeleid heeft een impact op de gezondheidszorg in Brussel, ook andere determinanten spelen een rol: tewerkstelling, huisvesting, onderwijs, milieu... Het zorgbeleid van morgen moet sowieso politieke initiatieven van deze domeinen integreren om de algemene gezondheid in Brussel te kunnen verbeteren."



Interview door **Hellen Smeets**
hellen.smeets@mlz.be

Gezondheidszorg

Acties binnen alle beleidsdomeinen

Een stad met gezonde inwoners, die initiatieven neemt om hen gezond te houden. Dat zou de ambitie van Brussel moeten zijn. In een stadsomgeving versterken verschillende factoren elkaar en hebben ze een rechtstreekse invloed op de gezondheid van de Brusselaars. Gezondheid is dan ook een thema dat centraal zou moeten staan in elk overheidsbeleid. Een besef dat in onze hoofdstad traag op gang komt, maar gelukkig gecompenseerd wordt door heel wat lokale initiatieven!

Werk, wonen, onderwijs, leefmilieu, vrije tijd. Het zijn niet bepaald domeinen die we meteen met gezondheid associëren. En van een coherente aanpak op politiek vlak is al helemaal geen sprake. Een ongezonde woning heeft nochtans onmiskenbare gevolgen voor de gezondheid. Stress schaadt zowel lichaam als geest. Een job kan leiden tot een burn-out, net als werkloosheid. Een jonge zwangere vrouw, die niet over de juiste informatie beschikt, kan complicaties krijgen tijdens haar zwangerschap. Voeg daar nog alcohol en sigaretten aan toe en de bovenstaande situaties worden nog een pak erger. Het resultaat is een hele waslijst aan factoren die nefast zijn voor de gezondheid van een deel van de inwoners van Brussel! Het is dan ook logisch dat deze domeinen samen aangepakt moeten worden.

Gezondheid binnen elk beleid

'Gezondheid moet centraal staan bij het uitstippelen van alle beleidslijnen', zo luidde de belangrijke aanbeveling die de Wereldgezondheidsorganisatie in 2010 lanceerde en die overgenomen werd door de Europese Unie. De gezondheid en het welzijn van de burgers moeten dus de sleutelelementen zijn bij de uitwerking van de beleidslijnen. Economie en werk, huisvesting, voeding, landbouw, opvoeding of vervoer, het zijn allemaal domeinen die raakvlakken hebben met gezondheid.

Het verband tussen gezondheid en deze verschillende politieke beleidsvormen ligt voor de hand: onze gezondheid wordt rechtstreeks beïnvloed door onze economische en materiële levensomstandigheden. Chronische ziektes, absentisme op het werk, een woning die niet aan de normen voldoet of een schadelijke omgeving kunnen leiden tot een vicieuze cirkel die enkel doorbroken kan worden door coherente beleidslijnen die onderling op elkaar afgestemd zijn. "In Brussel slaagt men daar op dit moment duide-

lijk nog niet in!" Myriam De Spiegelaere, professor Volksgezondheid van de ULB, vindt er geen doekjes om. "Het is een van de grote uitdagingen die Brussel moet aangaan op vlak van gezondheid", voegt ze eraan toe. "Het doel is een intersectoraal bestuur, zoals dat eerder gedaan werd voor armoede. Daarvoor moeten we tot het hoogste politieke niveau doordringen, met ministers als de sterkste schakel van dit bestuur. Iets wat in Brussel niet van de ene dag op de andere zal gebeuren, aangezien de bevoegdheden op gezondheidsvlak nauwelijks vertegenwoordigd zijn op het ministeriële niveau. Met de overdracht van de bevoegdheden is het de uitdaging om gezondheid opnieuw onder te brengen bij het gewest. De versnippering over de gemeenschapscommissies staat coherentie echter in de weg. Hoe kunnen we gezondheid integreren in elk beleid als het gezondheidsbeleid niet eens eengemaakt is?", vraagt de professor Volksgezondheid zich af. Luc Detavernier, Expert Regionale Materies bij de Onafhankelijke Ziekenfondsen, treedt haar bij: "De bevoegdheden rond gezondheid in Brussel zijn versnipperd over meerdere ministers, wat een efficiënte aanpak danig bemoeilijkt. Zou het niet beter zijn om alle gezondheidsbevoegdheden te groeperen binnen één ministerpost?"

Innoveren

Myriam De Spiegelaere wijst op de opvallende aanwezigheid van de verenigingssector in Brussel. Verenigingen bieden in Brussel duidelijk een antwoord op bepaalde politieke lacunes. "Ze komen tegemoet aan de noden die op bepaalde niveaus ontstaan zijn. Ze lossen niet alle problemen op, maar alle beetjes helpen", legt Myriam De Spiegelaere uit. "De verenigingswereld speelt ook een rol op vlak van innovatie en creativiteit: ze bedenkt nieuwe antwoorden, bv. op de ongelijkheid op vlak van gezondheid. Het is ook de plaats waar rekening gehouden wordt met de levens-

omstandigheden van de mensen.” Het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad is dan ook erg nuttig als tussenpersoon, want het legt het verband tussen deze twee thema's.

De burger sensibiliseren over gezondheid

De socio-economische omstandigheden, het leefmilieu en de gezondheidsdeterminanten (opvoeding, financiële moeilijkheden, enz.) liggen duidelijk aan de oorsprong van de ongelijkheden. En het is dit verstoorde evenwicht dat aangepakt moet worden om de globale gezondheid van de Brusselse bevolking te kunnen verbeteren.

Vandaar dat bepaalde actoren zich inspinnen om deze ongelijkheden op vlak van gezondheid op een andere manier aan te pakken. Zo verleende de Koning Boudewijnstichting onlangs haar steun aan een reeks Brusselse projecten, bedoeld om de gezondheid van de fragielere bevolking te verbeteren. De vereniging Buurtsport ging dan weer van start met een project om jonge immigrantenvrouwen aan te zetten om te sporten en een evenwichtige levensstijl aan te nemen. De vereniging heeft aangepaste diensten uitgewerkt voor deze doelgroep van dertigers met een werk- en gezinsleven. Met de steun van Buurtsport konden alle deelnemende vrouwen kiezen voor een abonnement in een fitnesszaal en ze hebben deelgenomen aan ateliers rond voeding en gezondheid bij een diëtiste van een wijkgezondheidscentrum.

Lokale acties

Dergelijke projecten zijn gezondheidsacties die focussen op de gemeenschappen: het is een collectieve stap door een 'gemeenschap' van personen om de gezondheidsdeterminanten aan te pakken. Iets dat tot stand kan komen dankzij informele netwerken van inwoners, maar ook dankzij de structuren die in de

wijken worden ingeplant. Dat is bv. de achterliggende filosofie van de wijkgezondheidscentra.

“Gemeenschapsacties impliceren dus ook dat deelname aangemoedigd wordt: de gebruikers, de burgers of inwoners van een wijk organiseren acties die hun gezondheid bevorderen,” zegt Isabelle Heymans, secretaris-generaal van de Federatie van wijkgezondheidscentra. “In de wijkgezondheidscentra zijn we hier constant mee bezig en doen we ook aan gezondheidseducatie en -preventie. Dat integreren we in de raadpleging of tijdens specifieke campagnes, zoals die rond het griepvaccin. We organiseren daarnaast ook groepsactiviteiten als praatgroepen of activiteiten rond roken, voeding of sport”, legt Heymans uit. De arts van opleiding ziet de gemeenschapsacties als een middel om de burgeremancipatie binnen de wijken te ondersteunen. De mensen worden geconfronteerd met hun levensomstandigheden en ze kunnen beslissen om die te verbeteren door samen op zoek te gaan naar manieren om dit te realiseren.

Het netwerk, een hefboom voor de toekomst

Heel wat initiatieven zijn verankerd in de wijken en dus vooral voor hun inwoners bedoeld. Het grootschalige 'project 107' rond geestelijke gezondheid illustreert echter fraai het principe van het gezondheidsnetwerk en van de interacties tussen verschillende domeinen van het leven van een patiënt. Het project wil vooral geestelijke gezondheidszorg in een globale visie integreren. Het bevordert het werk in een netwerk, samen met het gezin en de leefomgeving van de patiënt. Het overstijgt dus het kader van de gezondheid en de muren van de instelling. Kortom, een mooie bron van inspiratie om de grenzen te verleggen en de gezondheid in Brussel te verbeteren.



Stéphanie Brisson
stephanie.brisson@mloz.be

Brussel, Gezond stadsgewest

Begin jaren 2000 trad Brussel toe tot het netwerk van de 'Gezonde steden', een initiatief van de WGO. Het doel: de gezondheid van stedelingen helpen te verbeteren om de sociale ongelijkheden op vlak van gezondheid te verminderen, de transversale samenwerking tussen instellingen en organen te verbeteren (vervoer, werk, omgeving, enz.) én om ervoor te ijveren dat de verschillende beleidsvormen op het grondgebied van het gewest de volksgezondheid hoog in het vaandel dragen. Zo zagen enkele lokale projecten het licht in Brussel, waaronder de heropening van een zwembad in Schaarbeek onder impuls

van de wijkbewoners. Het project 'Gezonde Stad' wordt opgevolgd door het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad. De bedoeling is om te werken op institutioneel vlak en om het pad te effenen voor initiatieven die naar alle wijken uitgebreid kunnen worden. Het einddoel is om de gezondheidsdeterminanten aan te pakken en het gezondheidsprincipe toe te passen in alle beleidsvormen.



Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad
Miguel Rwubu - mrwubu@ccc.irisnet.be



Accreditering van de Belgische ziekenhuizen: er komt schot in de zaak!

Het Belgische gezondheidsstelsel heeft internationaal een goede reputatie, in vergelijking met de andere Europese landen. Een reputatie die tot voor kort echter nergens op gebaseerd was, vanwege een gebrek aan een objectieve evaluatie van de zorgkwaliteit in het ziekenhuis. Het KCE heeft in 2008 trouwens al de aandacht gevestigd op die lacune. Ondertussen gaan de zaken wel de goede kant uit, zowel in het noorden als het zuiden van het land!

Dat gebrek aan kwaliteitsmeting was verbazend, aangezien er wel degelijk middelen op vlak van externe audits rond ziekenhuiskwaliteit voorhanden waren (ISO-certificatie, het EFQM-model, de accreditering). De laatste jaren vond echter een positieve evolutie plaats, naargelang de bevoegdheidsniveaus en de gewesten. Het federale niveau heeft meerdere maatregelen genomen die bijdragen tot de zorgkwaliteit: de colleges van geneesheren, de contracten over de 'coördinatie van de kwaliteit en de veiligheid van de zorg en de patiënt', de verplichte registratie van ziekenhuisinfecties, ...

Kwaliteit en veiligheid

De contracten over de 'coördinatie van de kwaliteit en de veiligheid van de zorg en van de patiënt' vormen een structurele aanpak

van de kwaliteit en de veiligheid van de patiënt in het ziekenhuis. Ze zijn niet verplicht, maar 91% van de Belgische ziekenhuizen heeft ondertussen al een contract ondertekend met de FOD Volksgezondheid over het gebruik en de evaluatie van de indicatoren voor kwaliteit en veiligheid. Jaarlijks wordt nagegaan of die indicatoren wel echt gebruikt worden en of het contract nageleefd wordt.

Voor dit initiatief werd een globaal budget van € 7,2 miljoen vrijgemaakt, dat via het Budget van de Financiële Middelen verdeeld wordt onder de ziekenhuizen die het contract ondertekend hebben. Het tweede plan 2013-2017 legt de klemtoon op zelfevaluatie, de verbetering van de processen en een externe evaluatie van de werking van het ziekenhuis. Dit contract staat los van de accreditering van het ziekenhuis, maar het is wel een interessante stap.

De mentaliteitswijziging en de bevoegdheidsoverdrachten van een deel van het stelsel van geneeskundige verzorging, hebben de belangstelling voor de accreditering nog versterkt en hebben nieuwe verwachtingen gewekt. Zowel bij het publiek, de organisaties van consumenten die transparante informatie wensen over de veiligheid en de kwaliteit van de zorg, als bij de ziekenhuizen, de ziekenfondsen of de professionals zelf, die hun praktijken willen verbeteren.

Vlaanderen als pionier

Vlaanderen heeft zich als eerste gewaagd aan een objectieve beoordeling van de zorgkwaliteit in de ziekenhuizen. Het heeft het project 'Quality Indicators' uitgewerkt voor de patiënten en de professionals uit de ziekenhuissector. Dat bestaat uit een set van 24 kwaliteitsindicatoren in 5 domei-

nen: de zorg voor moeder en kind, orthopedie, cardiologie, oncologie en onderdelen als de handhygiëne en tot slot, de heropnames.

Dankzij deze indicatoren moeten de Vlaamse ziekenhuizen de kwaliteit van hun resultaten kunnen analyseren en, indien nodig, verbeteringsmaatregelen treffen. Een van de uitdrukkelijke doelstellingen van het initiatief is transparantere informatie verschaffen aan de patiënten, opdat ze weten welke inspanningen de ziekenhuizen leveren om de zorgkwaliteit te verbeteren. De vrijwillige publicatie van de resultaten van de ziekenhuizen op hun website is een ander objectief. Eind 2013 zijn de eerste resultaten overigens al gepubliceerd.

Een 30-tal ziekenhuizen hebben op hun site de resultaten gepubliceerd van 3 indicatoren. De burgers kunnen dus voor het eerst informatie inkijken over de behandeling van borstkanker, de handhygiëne en de tevredenheid van andere patiënten. Uit deze eerste cijfers blijkt overigens dat de zorgkwaliteit sterk kan verschillen van ziekenhuis tot ziekenhuis.

Daarnaast hebben 58 ziekenhuizen zich vrijwillig ingeschreven voor een accrediteringsproces (september 2013), op initiatief van de Vlaamse overheden en in ruil voor een lichtere inspectie van

de erkenningsnormen. Dit proces geniet de steun van de Vlaamse ziekenhuisfederaties, gegroepeerd binnen een platform dat de uitwisseling van ervaringen tussen de ziekenhuizen bevordert. In Vlaanderen staat de accreditering niet alleen uitdrukkelijk vermeld in het Vlaamse regeerakkoord, het is ook een belangrijk luik van het initiatief Flanders' Care.

Wallonië, ongecoördineerde initiatieven

In het Franstalige landsgedeelte kwam de reflectie over de problematiek van de accreditering in een stroomversnelling terecht na het Vlaamse initiatief. De Franstalige ziekenhuisactoren beslisten eerst om mee te doen aan federale initiatieven als het contract 'coördinatie van de kwaliteit en de veiligheid van de zorg en de patiënt' van de FOD Volksgezondheid, aangezien ze geen richtlijnen kregen over het accrediteringsproces vanwege de Waalse overheden. Om de reflectie aan te wakkeren, heeft de federatie Wallonië-Brussel in 2013 een studie besteld over de voorbereiding van de ziekenhuizen op de accreditering. Die studie mondde uit in de redactie van een gids over dit onderwerp. Sommige ziekenhuizen hebben in-

dividueel contact opgenomen met erkende accrediteringsinstellingen. Diverse actoren uit de wereld van de gezondheidszorg hebben daarnaast nog andere projecten en initiatieven ontwikkeld, maar van enige coördinatie is tot nu toe geen sprake.

Een Franstalig platform

Eind 2012 beslisten de ziekenfondsen, de representatieve organisaties van Franstalige ziekenhuizen, de scholen voor volksgezondheid van 3 grote universiteiten (UCL, ULB en ULg), alsook de andere gewestelijke overheden en de Franstalige vereniging van hoofdgeneesheren om een overlegplatform op te richten voor de accreditering van de Franstalige ziekenhuizen in België (Plateforme Amélioration continue Qualité des soins et Sécurité des patients - PAQS). De visie van dit Franstalige platform is zeer duidelijk: de ziekenhuizen en psychiatrische instellingen steunen, met het oog op een verbetering van kwaliteit en veiligheid, door te streven naar een permanente verbetering.

Dit platform heeft niet als opdracht om de Franstalige ziekenhuizen deze of gene accrediterende instelling te laten gebruiken. Het wil de ziekenhuizen vooral overtuigen

...

“De zorgkwaliteit verbeteren is een blijvende bekommernis”



Vera De Troyer

ICURO

Wat zijn de eerste reacties van de ziekenhuizen op de accreditering?

De ziekenhuizen die al een accreditering gekregen hebben, geven aan dat die een nieuwe wind heeft doen waaien in hun instelling. Ze voelen zich echt geroepen om het kwaliteitsbeleid en de patiëntveiligheid op duurzame wijze te implementeren. De accreditering heeft hun ogen geopend en ze zijn vragende partij voor een verdere optimalisering van de zorgkwaliteit.

Wat zijn de rechtstreekse kosten rond de accreditering die de ziekenhuizen moeten dragen?

Die kosten blijven beperkt tot de kosten die de ziekenhuizen betalen aan de accrediterende instellingen. Het is wel belangrijk om te onderstrepen dat dit niet de enige kosten zijn, het gaat slechts om het topje van de ijsberg. De ziekenhuizen investeren nog in tal van andere essentiële punten, die hen in staat moeten stellen om het accrediteringslabel te behalen. Voorbeelden daarvan zijn het elektronische patiëntendossier, een systeem voor het beheer van documenten of een manager die het proces moet leiden.

van het feit dat accreditering een troef is voor het permanente onderzoek van de kwaliteit en de veiligheid. Het platform heeft een ontmoeting gehad met de 3 belangrijkste accrediterende instellingen op de markt: Accréditation Canada International (ACI), Haute autorité de Santé (HAS) en Joint Commission International (JCI).

Om zowel de beslissers in de ziekenhuizen, de artsen, het verzorgend personeel en de overige actoren uit de ziekenhuissector te sensibiliseren, heeft het overlegplatform over de accreditering wetenschappelijke activiteiten (vooral opleidingen) gepland voor 2013 en 2014. Het is de bedoeling om de betrokken actoren bewust te maken van het nut van het accrediteringsproces, niet alleen voor het ziekenhuis, maar ook voor de gemeenschap.

Actie!

De ziekenhuizen mogen dan nog in de bewustmakingsfase zitten, maar op politiek vlak lijkt de problematiek van de zorgkwaliteit in het ziekenhuis nu toch eindelijk het stadium van de intentieverklaring overschreden te hebben. Er zal namelijk een apart budget toegekend worden met een looptijd van 3 jaar (190.000 euro per jaar, over die periode van 3 jaar).

De zorgkwaliteit heeft haar intrede gemaakt in augustus 2013 via het plan 'zorgkwaliteit' en vervolgens in het Marshallplan 2022: "Innovatie en kwaliteit in de ziekenhuizen ondersteunen (...), meer bepaald via een accrediteringssysteem". Dit vloeit voort uit de zesde staatshervorming, die bepaalt dat de reglementering op de kwaliteitscontrole en de evaluatie van de zorgkwaliteit een bevoegdheid wordt van de Gewesten en Gemeenschappen.

En Brussel?

In Brussel komt de gewestelijke overheid ook langzamerhand in beweging, maar er is noch een intentieverklaring, noch een budget voor de aanpak van de problematiek van de kwaliteit en de veiligheid van de patiënt in het ziekenhuis, laat staan voor de accreditering van de Brusselse ziekenhuizen. De complexiteit van het Brusselse institutionele landschap is daar wellicht niet vreemd aan.

Ook de Onafhankelijke Ziekenfondsen zijn begaan met de problematiek van de accreditering en nemen daarom actief deel aan de PAQS. Het hoofddoel is een optimale veiligheid voor de leden tijdens hun ziekenhuisverblijf, alsook de best mogelijke zorgkwaliteit. Dankzij de accreditering zou het daarenboven mogelijk moeten zijn om de kostprijs voor de maatschappij, veroorzaakt door het gebrek aan kwaliteit, te verminderen. We zullen de implementatie in het veld van dit uitermate belangrijke dossier dan ook met argusogen opvolgen.



Denis Herbau

Economisch adviseur bij Santhea

“De coherentie verzekeren”

Het Waalse gewest ondersteunt sinds 2013 de werkzaamheden in het kader van de accreditering, hoe zit het met Brussel?

In augustus 2013 heeft het Waalse gewest een Waals plan goedgekeurd voor de kwaliteit van de ziekenhuisverzorging. Het is de bedoeling om globaal na te denken over de huidige stand van de ziekenhuisnormen, over wat beter kan en moet, over de inspectie en over de indicatoren en de publiciteit voor die indicatoren. Er werd een budget toegekend voor de concretisering van dit project en het geld werd verdeeld onder de federaties van ziekenhuizen. In Brussel ging een budget van 65.000 euro naar een interuniversitaire studie, die duidelijk moet maken welk systeem op maat van Brussel is gesneden, rekening houdend met de opbouw van de inspectie, de erkenningsnormen en de accreditering.

Wat zijn de pijnpunten van de werking van het platform?

Hét heikele punt is de verscheidenheid van de actoren binnen het platform: we moeten vele, soms uiteenlopende, belangen, netwerken of profielen met elkaar verzoenen. Het is een tijdrovende en energievretende bezigheid om al die partijen op dezelfde golflengte te krijgen. Een tweede moeilijkheid is de relatieve onbekendheid van het thema van de kwaliteit en de veiligheid (en zelfs van de accreditering) in de sector. Dat zorgt voor angst, vragen en misverstanden. Er moet dus heel veel informatie verstrekt worden en de communicatie neemt veel tijd in beslag. Het platform zal, tot slot, ook de inventaris van alle bestaande initiatieven moeten opmaken en coördineren. Dit alles moet zodanig opgebouwd worden dat de ziekenhuizen kunnen genieten van een duidelijk en coherent aanbod, dat rekening houdt met hun noden. Die coherentie verzekeren, is geen geringe opdracht.



Rudy Van Tienen

Dienst Studies & Strategie



ICURO: <http://icuro.be>

Plateforme Amélioration continue Qualité des soins et Sécurité des patients (PAQS): www.paqs.be



Het Debat

Een 'Michelin-gids' voor de gezondheidszorg?

Voor 365 euro per jaar stuurt het Belgische bedrijf Royal Doctors patiënten naar de juiste specialist, waar ook ter wereld. Het doel: zoekende patiënten wegwijzen in de gezondheidszorg en verspilling aan banden leggen. Kan een privé-onderneming de rol van patiënten-gps op zich nemen? Joris Vanvinckenroye, ceo van Royal Doctors, en Philippe Van Wilder, Directeur Studies en Strategie van de Onafhankelijke Ziekenfondsen, gaan het debat aan!

“De juiste arts voor slechts 1 euro per dag...” Dat is de belofte die Royal Doctors maakt aan de patiënt. Mensen die zoeken naar de juiste arts voor hun probleem, een second opinion willen, verloren lopen in de medische wereld, ... kunnen terecht bij dit Belgische bedrijf dat beschikt over een wereldwijd netwerk van meer dan 750 artsen in 250 ziekenhuizen. “Ik heb gewerkt bij Medtronic en ik mocht in honderden operatiekwartieren dezelfde ingreep bekijken. Ik zag al snel immense kwaliteitsverschillen en dat zette me aan het denken”, zegt Joris Vanvinckenroye. “Daar is het idee van Royal Doctors ontstaan, namelijk een netwerk van goede specialisten in verschillende deelgebieden waar we mensen naartoe kunnen sturen. Die database monitoren we constant en we hebben er een businessmodel aan verbonden. We werken voor verzekeraars en bedrijven, maar ook vanuit de particuliere markt bleek er vraag naar onze diensten. Daar hebben we dan een bedrag op geplakt: als mensen gebruik willen maken van Royal Doctors, betalen ze 365 euro per jaar.”

“Model zonder transparantie”

Philippe Van Wilder staat kritisch tegenover dit model, vooral door het gebrek aan transparantie. “Er ontbreken feiten en cijfers om uw beweringen te staven. De gezondheidszorg is een complexe materie en trans-



Joris Vanvinckenroye
Royal Doctors



Philippe Van Wilder
Landsbond van de
Onafhankelijke Ziekenfondsen

parantie is noodzakelijk om kwaliteit na te streven. Denk maar aan accreditering en kwaliteitsindicatoren van ziekenhuizen. Ik ben dus allesbehalve geneigd om beweringen van externen als Royal Doctors zomaar aan te nemen als de cijfers niet openbaar gemaakt zijn. Bovendien hebben we in ons land een vlotte toegang tot zorg, in 1e en 2de lijn, inclusief de second opinion”, klinkt het.

Joris Vanvinckenroye denkt echter dat de Belgische aanvullende verzekeraars het accrediteringssysteem van Royal Doctors zullen kopiëren als ze hun normen publiek maken. “Het gaat ons ook niet om de kwaliteit an sich. Onze kerntaak is het doorsturen van patiënten naar de juiste arts. Ons accrediteringssysteem dient dan ook vooral om te bepalen waar welke arts goed in is, in welk domein hij gespecialiseerd is.” Daarnaast vreest de ceo van Royal Doctors ook dat hun artsen overstelpt zullen worden met vragen van patiënten als ze hun namen publiceren. “Onze klanten zijn vooral verzekeraars en bedrijven. Als we onze site echter commercieel en transparant maken voor het grote

publiek, krijgen we wellicht duizend aanvragen per dag. Zoiets kunnen wij en onze artsen niet bolwerken. Onze site is nu zo opgebouwd dat we dagelijks slechts 5 à 10 aanvragen van particulieren krijgen. Op die manier werken artsen graag met ons.”

Philippe weet niet wat hij hoort. “Je gaat als privébedrijf toch de zaken niet moedwillig tot 5 à 10 aanvragen beperken? Ik vraag me af hoe uw bedrijf de zorg organiseert en of u kunt staven dat uw diensten kwaliteitsvol zijn. Anders zie ik de meerwaarde niet.”

Vooruitgang boeken met de hele zorgsector

Als Directeur Studies en Strategie van de Landsbond van de Onafhankelijke Ziekenfondsen heeft Philippe Van Wilder dus een andere visie. “Wij pleiten voor een model waarin we zoveel mogelijk cijfers bekend maken. Bovendien willen wij met het hele medische korps werken en niet met slechts een klein percentage. Door de toevloed aan chronisch zieken wordt de gezondheidszorg enkel complexer en daarom is het belangrijk om vooruitgang te boeken met de hele sector. Zaken als het Globaal Medisch Dossier en expliciete kwaliteitsindicatoren zijn daarbij erg belangrijk. Er moet wel gemonitord worden met gevalideerde expliciete instrumenten, anders ben je misleidend. Indien nodig moet er ook duidelijk op de vingers getikt worden door verschillende partijen. Kortom, een model dat continu verbeterd wordt, maar mét de sector.”

Een stelling waar Joris Vanvinckenroye het niet mee eens is. “Nu schetst u het bredere kader. Was de zorg in ons land maar volledig transparant en was iedere patiënt maar voldoende geïnformeerd om te weten wat hij moet doen. De realiteit is anders en daar ligt onze rol. In België heeft de patiënt een grote vrijheid en als hij vindt dat hij niet goed geholpen is, kan hij bij ons terecht om doorverwezen te worden naar de juiste zorg. Dat is wat we doen. En met succes!” Op die manier doet Royal Doctors volgens Vanvinckenroye ook aan kostenbesparing. “Een patiënt die bij de juiste specialist terecht komt, gaat niet verder shoppen. Daarnaast zijn er nog andere voordelen. Als het medisch dossier van arbeidsongeschikte mensen opnieuw wordt bekeken via onze diensten, kunnen ze misschien weer geïntegreerd worden op de arbeidsmarkt. Zoiets is goud waard.” Daarmee is het euvel van het gebrek aan transparantie voor Philippe echter niet van de baan: “U hebt blijkbaar de heilige graal ontdekt. Waarom dat niet publiek maken en delen met al wie hieromtrent actief is in de zorg?”

Wie is de juiste zorgverlener?

Over één zaak zijn Van Wilder en Vanvinckenroye het alvast eens, namelijk de sleutelrol van de huisarts. “De cruciale rol van de huisarts moet zelfs dringend versterkt worden”, klinkt het overtuigd bij de ceo van Royal Doctors. “Ook huisartsen kunnen trouwens bij ons terecht voor advies. Als ze niet weten naar wie ze hun patiënt moeten doorverwijzen, krijgen ze van ons gratis een suggestie binnen een korte termijn.”

Ook voor Van Wilder vormt de huisarts de basis, maar hij blijft wel met de vraag zitten hoe Royal Doctors dan zijn artsen selecteert. “We doorlopen verschillende fases”, dixit Vanvinckenroye. “Eerst is er een proef-fase, waarna onder meer ook de accreditatie en een na-evaluatie volgen. We hebben dus stevige selectiecriteria en op basis daarvan proberen we de juiste artsen te kiezen binnen een bepaalde context. Een moeilijke oefening, maar we doen dat blijkbaar niet slecht, want onze patiënten zijn meestal heel tevreden na onze doorverwijzing.” Blijft de vraag waarom Royal Doctors bepaalde namen wel en andere dan niet noemt? “We willen geen artsen in de schijnwerpers plaatsen”, zegt Vanvinckenroye. “Dergelijke communicatie is al snel te commercieel en de meeste van onze artsen nemen ons zoiets niet in dank af. Om een toevloed aan patiënten te vermijden, blijven we liever discreet.” Van Wilder blijft echter argwaan hebben bij een privébedrijf dat actief is in de zorg en toch discreet wil blijven.

Trechterfenomeen

Van Wilder vermoedt ook een ‘trechterfenomeen’ als gevolg van het model van Royal Doctors. “Als er 100 artsen gespecialiseerd zijn in een bepaalde ingreep, waarom zou je patiënten dan slechts naar 1 à 2 van hen doorsturen?”, klinkt het. Vanvinckenroye haalt daarop het voorbeeld aan van Pedro Brugada*. “Volgens ons klopt je voor het Brugada-syndroom nog altijd beter aan bij Brugada zelf en niet bij een ander. Een patiënt die ons contacteert, wil ook niet dat we hem lukraak doorsturen naar iemand die we niet kennen. Wij fungeren dus een beetje als een Michelin-gids.” Van Wilder kan echter moeilijk leven met die vergelijking. “Zorg is te belangrijk om het te laten afhangen van een beoordeling waarvan we de criteria niet kennen. Een systeem met sterren gaat niet samen met zo’n complexe materie waarbij er voortdurend en samen naar meer kwaliteit moet worden gestreefd.”



interview door **Steven Vervae**
steven.vervae@mlaz.be

*Zeldzame genetische ziekte, beschreven door de broers Pedro en Josep Brugada.

Seksualiteit bij senioren

Verliefd in het rusthuis

Relaties en seksualiteit in een rusthuis, het blijft een taboe. Binnen deze gemedicaliseerde context, waar veel bewoners afhankelijk zijn van verzorging, is intimiteit allesbehalve vanzelfsprekend.

Op liefde staat geen leeftijd! Germaine en André leerden elkaar kennen in het rusthuis. Op hun 76ste en 85ste besloten ze om alsnog te trouwen. Twee bewoners die hun eenzame dag samen willen doorbrengen? Ja, maar evengoed twee mensen die elkaar graag zien! Op liefde op latere leeftijd rust echter nog altijd een taboe: sociale druk, kinderen die er problemen mee hebben, schaamte rond seksualiteit... Zeker in een rusthuis is er maar weinig ruimte voor liefde. Voor 'nieuwe' koppels die in het rusthuis zelf ontstaan, is het al helemaal onmogelijk om een plekje te vinden waar ze niet gestoord worden.

Bij gebrek aan opleiding en onder het gewicht van hun eigen taboes, beperken de zorgverleners de bewoners vaak in hun autonomie en vrijheid door bijvoorbeeld nieuwe koppels gescheiden te houden, alleen getrouwde koppels te aanvaarden, homoseksuele koppels te weigeren...

Taboe

Het zijn echter niet alleen de personeelsleden die moeite hebben met liefde in het rusthuis. Vaak krijgen de geliefden ook af te rekenen met afkeurende

...

Gesprek met een hoofdverpleegkundige

“We hebben allemaal nood aan tederheid”

Françoise is hoofdverpleegkundige in een rusthuis. Ze wordt er regelmatig geconfronteerd met gevallen van seksuele toenadering.

Staat de Directie van het rusthuis open voor amoureuze vriendschap of seksualiteit?

Nee... helemaal niet. Elke toenadering of liefdesrelatie wordt onderdrukt! We hebben het een paar keer meegemaakt, maar het zorgde soms voor jaloezie onder de bewoners of de familie was er vierkant tegen. De Directie heeft dan ook beslist om dergelijk gedrag in het ganse rusthuis te bannen. Ik vind dat spijtig.

U heeft al heel wat ervaring... denken ze er in andere rusthuizen ook zo over?

Ik heb een privé-instelling gekend waar liefdesrelaties en zelfs seksualiteit getolereerd werden. De verpleegkundigen werden opgeleid door een psycholoog, een sociaal assistent en mezelf om de intimiteit van de rusthuisbewoners te respecteren. Ze werden bijvoorbeeld geacht eerst op de deur te kloppen en even te wachten voor ze binnengingen. Als er iets

bloeide tussen twee bewoners, dan bespraken we dat met de familie. Voor sommige kinderen is het namelijk niet makkelijk om hun ouders gevoelens voor iemand te zien krijgen en opnieuw seksueel actief te zien worden. Het was echter een klein rusthuis en we konden onze tijd nemen om dit uit te klaren zonder dat de kwaliteit van de verzorging in het gedrang kwam.

Volgens u is affectie dus ook in een rusthuis belangrijk?

Natuurlijk! Ik heb gemerkt dat verliefde bewoners meer lachen en meer op hun uiterlijk letten: de vrouwen maken zich op, de mannen halen hun mooie kostuum boven. Ze nemen ook actiever deel aan de activiteiten die het rusthuis organiseert. We hebben allemaal affectie en tederheid nodig. En het houdt onze gepensioneerden in leven, zo simpel is het!

blikken van de andere bewoners of van hun eigen familieleden. Voor de familie is het vaak moeilijk om zich in te beelden dat hun moeder, vader of grootvader opnieuw interesse krijgt in iemand anders en er zich ook naar gedraagt. Voor de kinderen zijn hun ouders vaak asexueel.

Oudere personen die zelfstandig wonen, hebben het geluk dat ze hun seksuele vrijheid kunnen behouden. Eens ze in een rusthuis terechtkomen, moeten ze dit aspect van hun leven meestal opgeven. Elk rusthuis gaat hier anders mee om: het ene laat genegenheid toe, het andere keurt het volledig af.

Een charter

Er bestaat nochtans een charter over de kwaliteit van zorginstellingen voor oudere personen dat gericht is op hun noden, verwachtingen en het respect van de bewoners om hun levenskwaliteit te verbeteren. De instellingen die het charter willen respecteren, moeten voldoen aan het volgende principe: "eerbied voor de menselijke waardigheid, namelijk de erkenning van ieders identiteit, de eerbied voor ieders levensloop, ieders intimiteit en persoonlijke ruimte, de organisatie van ieders geestelijke leven... Dat impliceert onder andere het recht op een privéleven, het recht op affectieve beleving, het recht op seksuele beleving tussen instemmende volwassenen..."

Ook het decreet van 30 april 2009 over de huisvesting en de opvang van ouderen legt aan alle instellingen "het respect op voor de individuele rechten van de bewoners en het respect voor hun privé-, affectieve en seksuele leven."

Enkele cijfers

De seksuele activiteit neemt af met de leeftijd, maar verdwijnt nooit volledig, zelfs niet na de leeftijd van 75 jaar. Uit een studie van de New England Journal of Medicine bij 57- tot 85-jarigen blijkt dat van de 75- tot 85-jarigen 26% een seksuele relatie heeft gehad dat jaar, een percentage dat bij de 65- tot 74-jarigen zelfs dubbel zo hoog is. Volgens een Franse studie heeft 63% van de mannen tussen de 80 en de 102 jaar minstens 1 keer per maand seksuele betrekkingen... cijfers die in een rusthuis dalen tot 8%!

Uit heel wat onderzoeken blijkt bovendien dat affectieve, relationele en seksuele momenten bevorderen voor oudere personen niet alleen hun levenskwaliteit verbetert, maar ook hun levensduur verlengt.

Of zoals Germaine het treffend verwoordt: "Iemand graag zien, dat is weten dat je leeft!"

3

vragen aan à Caroline Guffens

gerontologe - Le Bien Vieillir



“Sensibiliseren en opleiden”

Is seksualiteit in het rusthuis echt nog altijd een taboe?

Het is inderdaad nog altijd iets dat voor veel verzorgingsploegen en voor bepaalde bewoners ondenkbaar is. Heel veel mensen geloven nog altijd dat seksualiteit uitdooft met ouder worden. Gelukkig is die mentaliteit aan het veranderen... dat merken we aan de groeiende interesse voor onze opleidingen.

Geven jullie specifieke opleidingen over seksualiteit bij ouderen?

Inderdaad, en de laatste twee jaar is het aantal deelnemers fors gestegen. Directeuren van rusthuizen vragen ons regelmatig om opleidingen te geven aan hun verzorgingspersoneel. Zij zijn opgeleid om aan de basisbehoeften te voldoen en ze kunnen zich moeilijk inbeelden dat er in die oude en vaak zieke lichamen nog seksueel verlangen schuilt.

Is het probleem van seksualiteit niet acuter voor personen met Alzheimer of dementie?

Er zijn natuurlijk problemen. Deze mensen verliezen door hun ziekte soms hun remmingen en zouden dus het 'slachtoffer' kunnen worden van andere patiënten, die hen bijvoorbeeld willen aanraken. In dat geval raden we de verzorgingsploegen meestal aan om de situatie te observeren en te zien of de persoon met Alzheimer er al dan niet plezier aan beleeft en als dat zo is, hem ervan te laten genieten. Is dat niet het geval, dan moet de persoon natuurlijk in bescherming genomen worden.



Pascale Janssens

pascale.janssens@mloz.be

Europese richtlijn

Verwarring over de Europese richtlijn

Op 25 oktober 2013 trad de Europese richtlijn over grensoverschrijdende verzorging in werking. In de praktijk loopt echter nog niet alles van een leien dakje. Zeker in de grensstreken heerst nog verwarring over de nieuwe reglementering. De belangrijkste principes nogmaals op een rij!

Voorafgaande toestemming of niet?

Gaat het om 'gewone' ambulante verzorging in een andere lidstaat? Dan heeft de patiënt geen voorafgaande toestemming van het ziekenfonds nodig. Hij schiet de medische kosten zelf voor en vraagt achteraf bij zijn ziekenfonds de terugbetaling aan volgens de Belgische tarieven en voorwaarden. Gaat het echter om een ziekenhuisopname? Of om ambulante verzorging die duur is of waarvoor hoogtechnologische apparatuur nodig is? Dan moet de patiënt wel de toestemming krijgen van zijn ziekenfonds vóór de aanvang van de behandeling. De schriftelijke aanvraag moet steeds vergezeld zijn van een medisch rapport waarin een specialist preciseert waarom de patiënt naar het buitenland moet voor verzorging.

Procedure in een notendop

Is een voorafgaande toestemming van het ziekenfonds vereist? Dan evalueert de adviserend geneesheer de aanvraag. Een toestemming voor ambulante

verzorging is enkel mogelijk als de verstrekking is opgenomen in het Belgische verzekerde pakket en de behandeling niet binnen een redelijke termijn kan gebeuren in België. Ook voor een ziekenhuisopname kan de adviserend geneesheer een toestemming geven als aan deze voorwaarden is voldaan, of als de behandeling in het verzekerde pakket zit en in betere medische omstandigheden kan gebeuren in het buitenland. Krijgt de patiënt geen toestemming en laat hij zich toch in het buitenland behandelen? Dan heeft hij geen recht op een terugbetaling ten laste van de Belgische ziekteverzekering.

Formulier of niet?

Als de adviserend geneesheer zijn toestemming geeft, zijn er twee mogelijkheden:

- Gaat het om een **publiek ziekenhuis**? Dan wordt een Europees formulier S2 afgeleverd. De patiënt betaalt enkel het remgeld, de rest van de factuur gaat rechtstreeks naar het Belgische ziekenfonds volgens de tarieven van het land van verzorging.

- Gaat het om een **privé-ziekenhuis of -verstrekker**? Dan wordt er geen Europees formulier afgeleverd en moet de patiënt het hele bedrag zelf betalen om achteraf de terugbetaling aan te vragen bij zijn Belgische ziekenfonds, volgens de Belgische tarieven.

Bijzondere regels in de grensstreken

De grensstreken vormen een geval apart. De adviserend geneesheer kan namelijk een toestemming geven zonder zijn beslissing te moeten motiveren aan verzekerden die niet verder dan 15 km van de grens wonen voor een opname in een verplegingsinrichting die in het buurland ligt op maximaal 25 km van de grens die het buurland scheidt van de grensstreek waar de patiënt zijn hoofdverblijfplaats heeft. Let op, dit kan enkel op voorwaarde dat er dichterbij in België geen gelijkaardige inrichting is. Wie in de Duitstalige gemeenschap woont, geniet ook deze bijzondere regeling. Aan de bestaande grensoverschrijdende projecten verandert er niets.



Christian Horemans en Chris Van Hul
Experten Onafhankelijke Ziekenfondsen

Verzorging in het buitenland: wat met verstrekkingen buiten de Belgische nomenclatuur?

Tot nu toe kon het Bijzonder Solidariteitsfonds (BSF), bij behandeling in het buitenland, enkel een tegemoetkoming verlenen in de kosten voor vervoer en verblijf en nooit voor medische verzorging. Sinds maart 2014 kan het College van Geneesheren-Directeurs (RIZIV) echter ook een tegemoetkoming aanvaarden voor geneeskundige verstrekkingen waarvoor (nog) geen terugbetaling voorzien is in de Belgische reglementering. Op voorwaarde wel dat de verstrekking 'behartenswaardig' is en voldoet aan de volgende voorwaarden: duur zijn, een erkende wetenschappelijke waarde en doeltreffendheid hebben, niet

meer experimenteel zijn, een aandoening behandelen die de vitale functies bedreigt, geen aanvaardbaar alternatief hebben, en voorgeschreven zijn door een geneesheer-specialist ter zake. In de vervoers- en verblijfskosten blijft het BSF ook tussenkomen, maar enkel bij 'behartenswaardige' gevallen en verplaatsingen van meer dan 350 km in vogelvlucht vanaf Brussel, ongeacht de woonplaats (behalve voor medisch vervoer). Tot slot is het erg belangrijk om te vermelden dat het College alle aanvragen moet goedkeuren vóór de verzorging, of het nu gaat om een verstrekking, vervoer of verblijf.

Onze studies in een notendop

De Dienst Studies & Strategie van de Onafhankelijke Ziekenfondsen pakt meerdere keren per jaar uit met studies en analyses over de consumptie van geneeskundige verzorging. Het doel: de evolutie van de sector opvolgen, samen met de impact ervan op het stelsel van de gezondheidszorg, de zorgverleners en de patiënt. Enkele opmerkelijke cijfers uit de laatste studies!

27%

1% van de leden van de Onafhankelijke Ziekenfondsen met de hoogste consumptie van geneeskundige verzorging is verantwoordelijk voor meer dan 27% van de terugbetaalde uitgaven.

'Concentratie van de uitgaven voor de gezondheidszorg'

Een lid van de Onafhankelijke Ziekenfondsen dat niet chronisch ziek is, kost jaarlijks gemiddeld 859 euro aan de ziekteverzekering. Aan een patiënt met één chronische ziekte wordt jaarlijks gemiddeld 3.449 euro terugbetaald. Een bedrag dat oploopt tot 6.501 euro bij iemand met 2 chronische ziektes (21.751 euro bij een patiënt met ten minste 5 chronische ziektes).

'Concentratie van de uitgaven voor de gezondheidszorg'

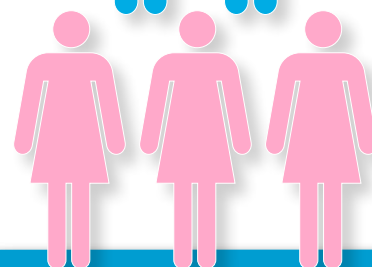
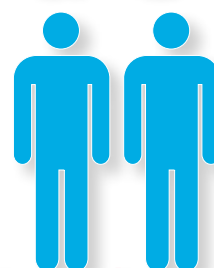


"Gezien de voordelen van thuisverzorging, zowel op financieel vlak als op vlak van comfort voor de **alzheimerpatiënt**, vragen de Onafhankelijke Ziekenfondsen dat de bedragen die de ziekteverzekering bespaart, o.a. dankzij de wijziging van de terugbetalingsregels voor specifieke geneesmiddelen voor deze ziekte (bedragen die geraamd worden op ± € 5,2 miljoen per jaar), besteed zouden worden aan de ondersteuning van hun mantelzorgers. Dankzij hun hulp kunnen de patiënten namelijk langer in hun vertrouwde woonomgeving blijven, wat bevorderlijk is voor het goede verloop van de behandeling."

rugbetalingsregels voor specifieke geneesmiddelen voor deze ziekte (bedragen die geraamd worden op ± € 5,2 miljoen per jaar), besteed zouden worden aan de ondersteuning van hun mantelzorgers. Dankzij hun hulp kunnen de patiënten namelijk langer in hun vertrouwde woonomgeving blijven, wat bevorderlijk is voor het goede verloop van de behandeling."

'Ziekte van Alzheimer - Impact van de beperkingsmaatregelen van de terugbetaling van geneesmiddelen'

4 à 5%



De jaarlijkse prevalentie van depressie bij adolescenten wordt geraamd op 4 à 5%. Meisjes worden twee keer vaker getroffen dan jongens.

'Jongeren, antidepressiva en psychotherapie'

11.488 euro

Een aandoening wordt als duur bestempeld, als ze meer dan 11.488 euro kost aan de verplichte verzekering. De duurste ziektes zijn: zeldzame aandoeningen, nierinsufficiëntie en geestelijke gezondheidsproblemen.

'Concentratie van de uitgaven voor de gezondheidszorg'

 Ontdek al onze studies op www.mloz.be!



Consumptie van antidepressiva bij volwassenen

Impact op de andere zorgaspecten

De stijgende consumptie van antidepressiva bij de Belgische bevolking wordt een steeds heter hangijzer. De Onafhankelijke Ziekenfondsen onderzochten daarom het gebruik van antidepressiva zonder zich te beperken tot het aantal voorgeschreven doosjes. Er vallen namelijk ook tendensen op te merken rond de eerste voorschrijver, co-morbiditeiten, het volgen van psychotherapie of ziekenhuisopnames.

De populatie van de studie werd gekozen uit de administratieve database van de Onafhankelijke Ziekenfondsen, en wel op basis van 2 criteria: de terugbetaling van minstens één antidepressivum (klasse ATC N06A) in 2011 en de leeftijd (≥ 18 jaar). Het is mogelijk dat de betreffende geneesmiddelen voor andere indicaties gebruikt worden. Ter vergemakkelijking hebben we in deze studie niettemin de term 'antidepressivum' gebruikt. We zijn er ook van uitgegaan dat een terugbetaald antidepressivum ook echt gebruikt werd.

Tabel 1

Prevalentie van de consumptie van antidepressiva op basis van de leeftijd en de behandelingsduur

Leeftijd	Consumptie antidepressiva	Minder dan 1 maand	2 à 6 maanden	Meer dan 6 maanden
18-24	3,8%	25%	45%	30%
25-39	8,3%	19%	41%	40%
40-59	14,3%	14%	35%	50%
60-74	16,4%	13%	34%	53%
ouder dan 75	22,6%	13%	34%	53%
Totale populatie	12,6%	15%	36%	49%

De consumptie van antidepressiva gedurende meer dan 120 dagen werd beschouwd als een 'proxy' van de diagnose van depressie. We zijn er dus van uitgegaan dat personen met een dergelijk consumptiegedrag aan een depressie lijden. In een deel van de analyse werden de 2 consumptiegroepen van minder dan 120 dagen en meer dan 120 dagen met elkaar vergeleken.

Opvallende resultaten

In 2011 slikten 198.783 personen van 18 jaar en ouder (12,6%) een antidepressivum. Er vielen grote verschillen op te merken tussen de leeftijdsgroepen: minder dan 4% bij de leeftijdsgroep van 18 tot en met 24 jaar, terwijl bij de 75-plussers meer dan 1 op de 5 behandeld wordt met een antidepressivum.

Consumptieduur

- Voor de volledige populatie is de gemiddelde behandelingsduur¹ voor het jaar 2011 282 dagen. De mediaanduur, die duidelijk lager ligt (175 dagen), is een verklaring voor de grote verschillen op vlak van behandelingsduur.
- Globaal gezien heeft 15% van de personen slechts één verpakking van antidepressiva terugbetaald gekregen.

- Bij de **18- tot 24-jarigen** werd 1 op de 4 personen slechts gedurende minder dan een maand behandeld. Binnen deze leeftijdsgroep is de behandelingsduur ook korter en werd **70% gedurende minder dan 6 maanden behandeld**. Nochtans bevelen de verschillende guidelines aan om de geneesmiddelenbehandeling nog minstens 6 maanden voort te zetten na de oplossing van de acute episode.
- **1 op de 2 personen slikte antidepressiva gedurende meer dan 6 maanden**. Als we ervan uitgaan dat deze behandelingsduur duidt op een diagnose van depressie, betekent dit dat ongeveer 6% aan een depressie lijdt. Een percentage dat overeenstemt met de Belgische epidemiologische gegevens (prevalentie van depressie: 5 tot 8%). De hogere prevalentie bij de 75-plussers is wel verrassend, aangezien heel wat studies net stellen dat het aantal depressies bij ouderen daalt.
- **Vrouwen worden vaker voor depressie behandeld dan mannen**, wat overeenstemt met de epidemiologische cijfers. Hun behandeling duurt ook langer.

Voorgeschreven klassen van antidepressiva

Het hoeft niet te verwonderen dat de selectieve serotonineheropnameremmers (SSHR) het meest en het langst geconsumeerd worden.

Eerste voorschrijver

De eerste voorschrijver wordt geïdentificeerd op basis van de eerste terugbetaling van een antidepressivum voor het jaar 2011. De kwalificaties van de zorgverleners werden als volgt gegroepeerd: huisartsen, psychiaters + neurologen, inwendige geneeskunde en andere. Voor de ziekenhuisopnames hebben we

de voorschrijver niet systematisch in onze gegevens opgenomen.

- **75% van de behandelingen met antidepressiva wordt voor het eerst voorgeschreven door een huisarts**. Het aandeel van die eerste voorschriften door een huisarts stijgt naarmate de leeftijd van de patiënten toeneemt (80% van de eerste voorschriften vanaf 75 jaar), terwijl we net het omgekeerde vaststellen bij het voorschrijven door een psychiater (21% van de eerste voorschriften tussen 18 en 24 jaar).
- De klasse van de voorgeschreven antidepressiva varieert in functie van de voorschrijver: de huisartsen en internisten schrijven vooral SSHR's voor, terwijl in het ziekenhuis vooral de klasse 'andere antidepressiva' voorgeschreven wordt. De psychiaters schrijven deze twee klassen allebei voor.

Psychiatrische ziekenhuisopname

- De psychiatrische verblijven werden geïdentificeerd aan de hand van de dagprijs in een psychiatrisch ziekenhuis, de psychiatrische dienst van een algemeen ziekenhuis, een beschutte woonplaats of een psychiatrisch verzorgingstehuis.
- Slechts een **minderheid (3,8%) van de personen die behandeld worden met een antidepressivum, worden in de psychiatrie opgenomen**. Bij 75% van deze ziekenhuisopnames gaat het om personen die een behandeling volgen gedurende meer dan 120 dagen.
- Het aantal psychiatrische ziekenhuisopnames is omgekeerd evenredig met de leeftijd, gaande van 8,4% bij de 18- tot 24-jarigen tot minder dan 1% bij de 75-plussers.
- 95% van de psychiatrische verblijven vindt plaats in de psychiatrische dienst van een algemeen ziekenhuis.

Tabel 2

Eerste voorschrijver van antidepressiva per leeftijdsgroep

Leeftijd	Huisartsen	Inwendige geneeskunde	Psychiater + neuro	Hospitalisatie	Andere
18-24	68,2%	0,5%	20,8%	6,7%	3,7%
25-39	70,7%	0,7%	19,7%	4,5%	4,4%
40-59	73,6%	1,1%	15,8%	3,9%	5,6%
60-74	77,4%	1,8%	9,0%	5,6%	6,1%
ouder dan 75	79,7%	1,1%	3,7%	11,8%	3,8%
Totaal	74,7%	1,2%	13,2%	5,8%	5,1%

Tabel 3

Aantal ziekenhuisopnames op basis van de leeftijd

	18-24	25-39	40-59	60-74	>75	18 ->75
Geen psy ziekenhuisopname	91,6%	94,1%	95,5%	97,8%	99,2%	96,2%
Psy ziekenhuisopname	8,4%	5,9%	4,5%	2,2%	0,8%	3,8%

Psychotherapie

- Slechts **15% van de personen behandeld met een antidepressivum volgt ook psychotherapie**, voornamelijk bij een psychiater.
- Psychotherapie komt vaker voor wanneer de behandelingsduur met antidepressiva langer is**. Dat geldt voor alle leeftijdsgroepen.
- Wat de behandelingsduur ook is, het aantal personen die psychotherapie volgen, daalt sterk met de leeftijd. Boven de 75 jaar is psychotherapie dan ook verwaarloosbaar (2%).

Tabel 4

Aandeel patiënten die psychotherapie volgen (psychiater) op basis van de leeftijd en de behandelingsduur

Leeftijd	< 120 dagen	> 120 dagen	Totaal
18-24	17,1%	34,8%	24,1%
25-39	14,1%	29,0%	21,6%
40-59	10,5%	21,5%	17,4%
60-74	3,7%	10,2%	7,8%
< 75	0,9%	2,7%	2,0%

- Het volgen van psychotherapie wordt sterk beïnvloed door de eerste voorschrijver**: als het antidepressivum de eerste keer werd voorgeschreven door een specialist, dan volgt 55,2% van de personen psychotherapie. Bij een huisarts zakt dit percentage tot 6,7%.
- Het gemiddelde aantal psychotherapiesessies tijdens het bestudeerde jaar is 6,4, maar 50% van de personen volgt slechts 4 sessies op het volledige jaar.
- De combinatie van psychotherapie met een farmacologische behandeling komt vaker voor bij jongeren dan bij volwassenen²**: een derde van de jongeren die antidepressiva neemt, volgt een psychotherapiebehandeling. Dat is twee keer meer dan bij volwassenen.

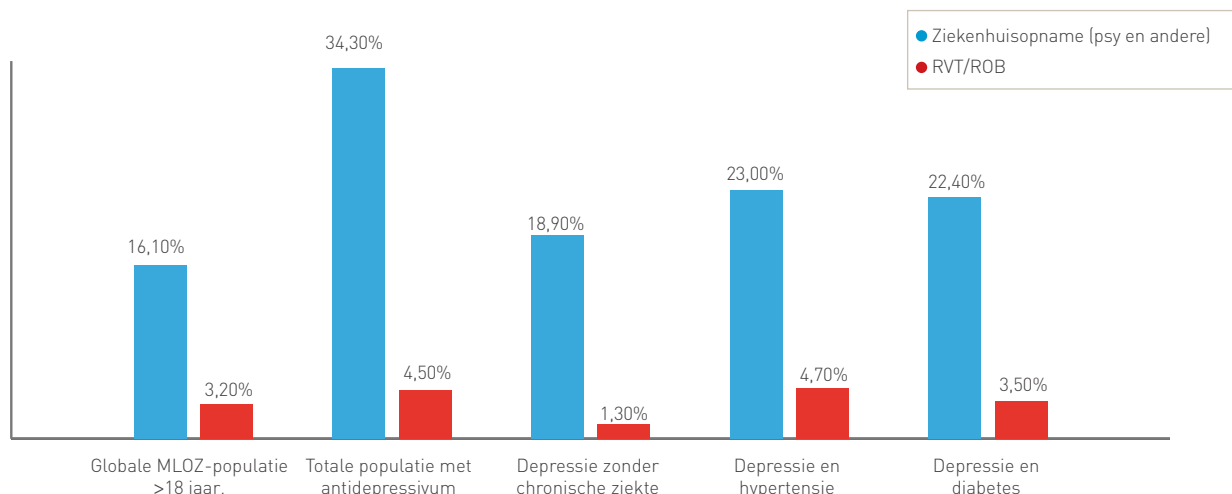
Co-morbiditeiten

Binnen de populatie die antidepressiva neemt, lijdt de helft aan een bijkomende chronische aandoening. Meer dan de helft van die personen neemt het antidepressivum gedurende meer dan 6 maanden.

- De **chronische aandoeningen** die het vaakst gepaard gaan met de inname van antidepressiva zijn een **hypertensie** (39,4%) en **diabetes** (11,2%). Voor deze twee chronische ziektes analyseerden we de ziekenhuisopnames, de verblijven in RVT/ROB en de kostprijs van geneeskundige verzorging voor personen met een depressie (met een consumptieduur van antidepressiva van meer dan 120 dagen).
- Als we de vergelijking maken met de globale populatie, is het **aantal ziekenhuisopnames** bij de populatie die antidepressiva **neemt dubbel** zo hoog (34,3% vs 16,1%) en het aantal verblijven in RVT/ROB is ook hoger (4,5% vs 3,2%).
- Bij een **depressie zonder bijkomende chronische ziekte** ligt het **aantal ziekenhuisopnames hoger** (18,9% vs 16,1%) en is het aantal **verblijven in RVT/ROB meer dan de helft lager** (1,3% vs 3,2%) dan bij de globale populatie.
- Als de depressie gepaard gaat met hypertensie of diabetes**, merken we een toename van de **ziekenhuisopnames en verblijven in RVT/ROB**. Dit kan verklaard worden door het feit dat deze chronische aandoeningen vooral bij oudere personen voorkomen.
- Depressie** zonder co-morbiditeit zorgt voor een gemiddelde **kostprijs die 30% hoger is dan de jaarlijkse gemiddelde kostprijs** van geneeskundige verzorging binnen de totale populatie.
- De jaarlijkse kostprijs van geneeskundige verzorging per persoon binnen de totale populatie die antidepressiva neemt (4.479 €)** is bijna het dubbele van de **kostprijs bij personen met depressie zonder bijkomende chronische aandoening (2.387 €)** en vergelijkbaar met die van personen die ook kampen met een hoge bloeddruk (4.493 €) of diabetes (4.228 €). Dit suggereert dat de aanwezigheid van co-morbiditeiten, meer dan de consumptie

Grafiek 1

Ziekenhuisopnames en verblijven in RVT/ROB op basis van de aanwezigheid van een depressie en een chronische ziekte



van een antidepressivum, een invloed heeft op de kostprijs van geneeskundige verzorging.

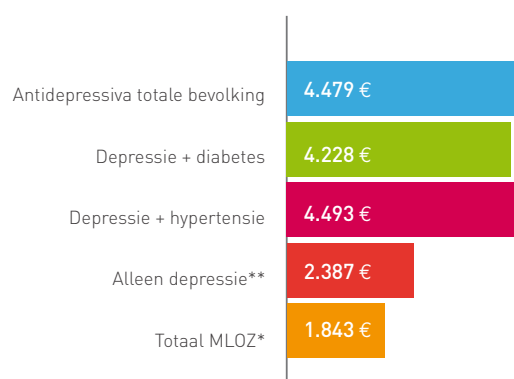
Conclusies

- In de loop van het jaar 2011 nam 12,6% antidepressiva, waarvan de helft gedurende meer dan 6 maanden. Als we ervan uitgaan dat deze behandelingsduur overeenstemt met een diagnose van depressie, dan betekent dit dat ongeveer 6% van de personen een depressie had, wat overeenstemt met de Belgische epidemiologische gegevens. Bij oudere personen valt op dat de prevalentie van depressie hoger is (12%) – we kunnen ons afvragen of alle voorschriften voor antidepressiva wel nodig zijn.
- Weinigen doen een beroep op psychotherapie (15%), terwijl deze therapie voornamelijk verleend wordt door psychiaters en een terugbetaling dus mogelijk is. De vooroordelen rond psychiatrie zouden dit lage percentage deels kunnen verklaren.
- Meer dan de helft van de personen die antidepressiva nemen, lijden ook aan een bijkomende chronische aandoening. Op basis van de gegevens waarover we beschikken, kunnen we de relatie tussen de depressie en de chronische aandoening echter niet verduidelijken (oorzakelijk verband of niet, de invloed van de leeftijd, enz.).
- De gemiddelde kostprijs van geneeskundige verzorging van een persoon die antidepressiva neemt, is twee keer zo hoog als de gemiddelde

kostprijs per persoon. Uit een gedetailleerdere analyse van de kosten blijkt echter dat depressie alleen slechts een beperkte factor is en dat het vooral de bijkomende chronische aandoeningen zijn die de kostprijs doen stijgen.

Grafiek 2

Gemiddelde jaarlijkse kostprijs per persoon van geneeskundige verzorging op basis van de aanwezigheid van depressie en een chronische ziekte



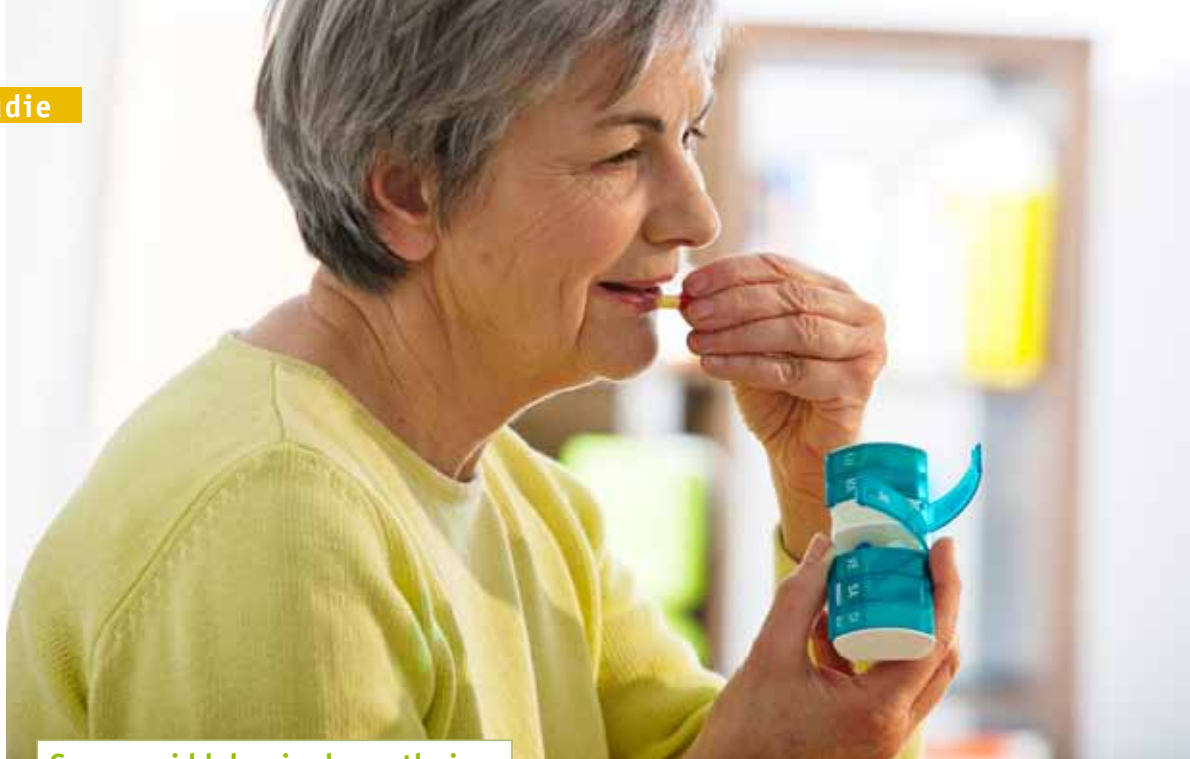
* Gegevens 2010

** zonder andere chronische aandoening

- berekend op basis van de DDD (de dagelijkse vastgelegde dosis per verpakking, aanbevolen door de WGO voor de voornaamste indicaties voor een volwassene van 70kg).
- Cf Health Forum September 2013

Ingrid Umbach

Dienst Studies & Strategie van de Onafhankelijke Ziekenfondsen



Geneesmiddelen in de rusthuizen

Aflevering van geneesmiddelen optimaliseren

De rusthuizen krijgen regelmatig de wind van voren omdat de consumptie van geneesmiddelen er de pan uit swingt. In een studie bij hun leden hebben de Onafhankelijke Ziekenfondsen vastgesteld dat er grote onderlinge verschillen zijn tussen die rusthuizen, zeker rond de toediening van antidepressiva en antipsychotica. Een globale reflectie over het voorschriftsgedrag is aan de orde!

De studie van de Onafhankelijke Ziekenfondsen is eerst en vooral een analyse van de consumptie van geneesmiddelen die openbare officina's of ziekenhuisapotheken afleverden aan hun leden die in rustoorden (RO's) verbleven in 2011. Het doel is om aanbevelingen te formuleren voor een beter gebruik én een beter beheer van die geneesmiddelen. Personen die minder dan drie maanden in een RO verbleven in 2011, werden niet meegerekend. Ook de geneesmiddelen, afgeleverd door het ziekenhuis aan gehospitaliseerde patiënten, werden buiten beschouwing gelaten.

Kenmerken van de inwoners van RO's

België telt meer dan 130.000 bedden in rusthuizen. 22.000 inwoners van deze instellingen zijn aangesloten bij de Onafhankelijke Ziekenfondsen, dat is bijna 17% van het totale aantal plaatsen in

RO's. Meer dan de helft van die personen (56%) woont in een rustoord voor bejaarden (ROB), terwijl de anderen (44%) opgenomen zijn in rust- en verzorgingstehuizen (RVT's).

Voor de 70-plussers bevat tabel 1 enkele kenmerken die de leden in RO's, onderscheiden van leden die niet opgenomen zijn in een instelling. Enkele vaststellingen:

- Ongeacht het soort RO zijn de personen die er opgenomen zijn gemiddeld ouder (7 jaar) en het gaat meestal om vrouwen. De RO's vangen daarenboven proportioneel meer mensen op met een precair sociaal statuut (RVV- statuut) en meer weduwen en weduwnaars.
- Het sterftecijfer van de leden in RO's tijdens het bestudeerde jaar (2011) was opvallend hoger in vergelijking met dat van de leden die niet opgenomen waren in een instelling (21% vs 5%). Dit percentage stijgt mee met de zorgbehoefte: 39% van de

inwoners met een grote fysieke en geestelijke afhankelijkheid overlijden tijdens het jaar van hun opname in het rusthuis. Bij de niet-afhankelijke inwoners gaat het om 9%.

- Het sterftecijfer is opvallend hoog bij de aankomst in het RO, aangezien bijna 90% van de overlijdens tijdens het opnamejaar zich voordoet binnen de 6 maanden na de opname!
- Personen in een RO raadplegen ook vaker de huisarts (maar minder vaak de specialist) dan mensen die niet in een rusthuis verblijven.

Geneesmiddelen: categorieën en kostprijs

In één jaar krijgt een inwoner van een rusthuis gemiddeld 10 verschillende geneesmiddelen (moleculen) toegediend.

In 2011 hebben de geneesmiddelen die geconsumeerd werden door de leden van de Onafhan-

Tabel 1

Enkele kenmerken van leden, ouder dan 70 jaar (in 2011)

	Geen ROB/ RVT	ROB	RVT	ROB+RVT
Gemiddelde leeftijd	79	86	86	86
Vrouw (%)	59%	73%	77%	75%
RVV (%)	25%	40%	45%	42%
Weduwnaar/weduwe (%)	37%	63%	65%	64%
Overlijden (%)	5%	16%	27%	21%
Raadpleging huisarts (gemiddelde)	6	15	15	15
Raadpleging specialist (gemiddelde)	4	2	1	2

kelijke Ziekenfondsen in RO's, 20,5 miljoen euro gekost aan de ziekte- en invaliditeitsverzekering (ZIV) (950 euro per rechthebbende). De remgelden komen neer op 3,6 miljoen euro (169 euro per persoon). De geneesmiddelen in RO's, afgeleverd door openbare officina's, vertegenwoordigen het gros van de ZIV-uitgaven (92%). De geneesmiddelen, afkomstig van ziekenhuisofficina's, vertegenwoordigen slechts 8%.

De originele geneesmiddelen vertegenwoordigen 76% van de voorschriften in RO's en 87% van de ZIV-uitgaven voor geneesmiddelen (figuur 1). De generische geneesmiddelen en de kopieën wegen weinig op de ZIV-uitgaven, wat logisch is gezien de aard van die geneesmiddelen (ze zijn gewoonlijk goedkoper). De duurste geneesmiddelen voor de ZIV zijn deze die gebruikt worden voor de behandeling van een zeldzame ziekte of kanker.

De geneesmiddelen die het vaakst voorgeschreven worden in RO's, werken in op het centrale zenuwstelsel en het cardiovasculaire stelsel, aangevuld met middelen ter bestrijding van infecties. De eerstgenoemde geneesmiddelen (vooral antidepressiva, antipsychotica en opioïde analgetica) vertegenwoordigen 28% van de geneesmiddelen die voorgeschreven worden aan inwoners in RO's, de tweede soort (vooral lisdiuretica en bètablokkers) 23% en de laatste

groep (hoofdzakelijk antibacteriële middelen en vaccins) 7%. Elk van die 3 groepen van geneesmiddelen werd voorgeschreven aan meer dan 80% van de bewoners van de RO's. De geneesmiddelen die inwerken op het centrale zenuwstelsel en op het cardiovasculaire systeem vertegenwoordigen samen bijna 60% van de ZIV-uitgaven en de remgelden voor geneesmiddelen. Figuur 2 stelt de geneesmiddelen voor die het vaakst toegediend worden in rusthuizen aan 60-plusers, in vergelijking met alle leden uit dezelfde leeftijdsgroep. De verschillen omtrent de antidepressiva en antipsychotica zijn heel opvallend: 53% van de bewoners van rusthuizen consumeert antidepressiva, terwijl 36%

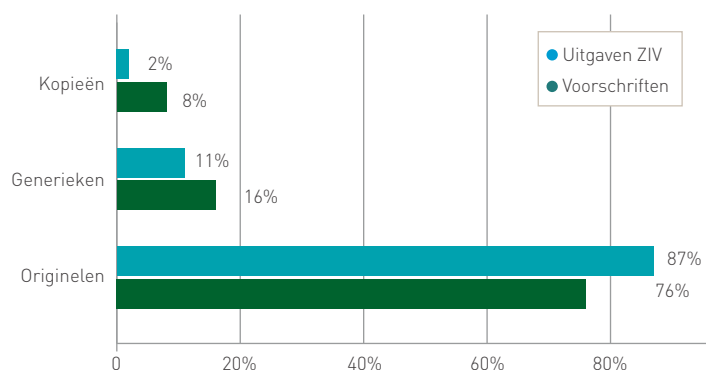
antipsychotica gebruikt. Die percentages bedragen respectievelijk 21% en 7% bij alle leden uit dezelfde leeftijdsgroep (zowel in RO's als thuis). Die vaststelling bevestigt de bestaande literatuur over de consumptie van antidepressiva en antipsychotica in rusthuizen.

Grote verschillen

We stellen grote verschillen vast tussen de verschillende instellingen, wat de consumptie van antidepressiva en antipsychotica betreft. In bepaalde instellingen consumeert 90% van de patiënten antidepressiva en 75% antipsychotica, terwijl dat in andere instellingen respectievelijk 29% en 5% is! We hebben ook nagekeken in hoeverre de voorgeschreven ge-

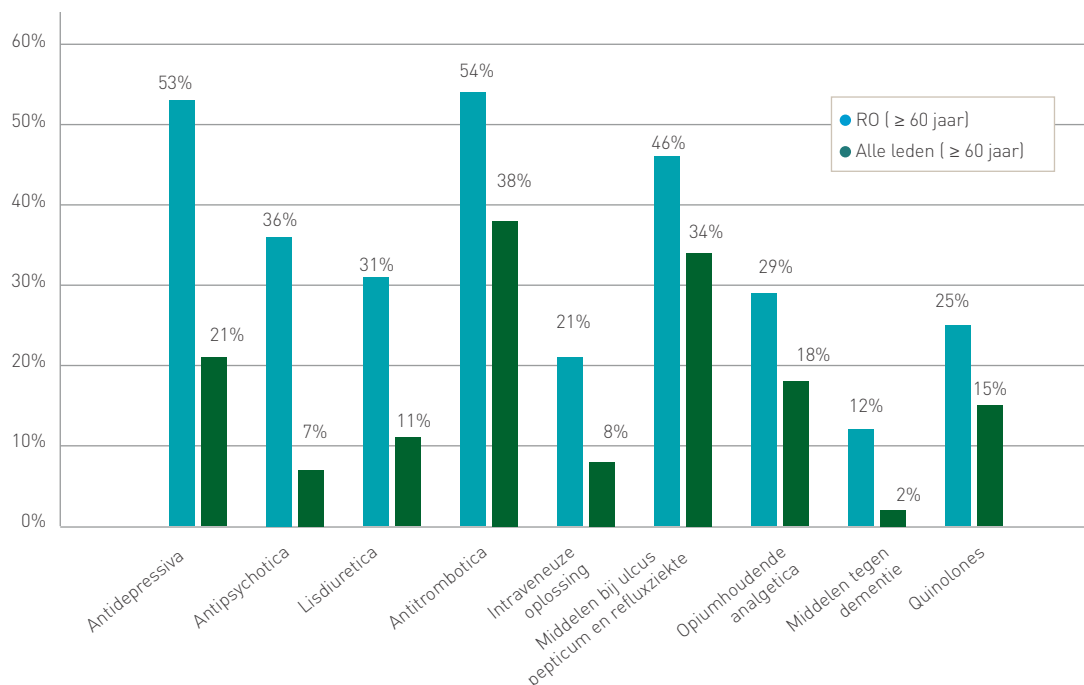
Grafiek 1

Het aandeel van de verschillende soorten geneesmiddelen binnen de voorschriften en de uitgaven ZIV (in 2011)



Grafiek 2

De geneesmiddelen die het vaakst gebruikt werden in RO's in 2011 (in % van de betrokken 60-plussers)



neemsmiddelen zouden kunnen worden beschouwd als zijnde 'potentieel ongeschikt voor bejaarden', b.v. omwille van het toenemende aantal ongewenste effecten. De analyse werd gemaakt op basis van de criteria van Beers en van de criteria START/STOPP* (hoewel er geen consensus bestaat over het gebruik van die criteria), alsook op basis van het WZC-Formularium (Farmaka). Volgens de lijst van Beers **krijgt minstens 1 op de 5 inwoners een antidepressivum toegediend dat als ongepast wordt beschouwd** en

krijgt slechts 1 op de 10 bewoners een antidepressivum dat 'geselecteerd' werd met behulp van het WZC-Formularium. **Volgens de lijst START/STOPP krijgen minstens 4 op de 10 inwoners een antidepressivum voorgeschreven dat potentieel ongepast is in hun geval.**

Impact van de opname in een instelling op de consumptie van geneesmiddelen

- De opname in een RO verhoogt

de waarschijnlijkheid van de consumptie van ten minste 1 geneesmiddel: het aandeel van de bewoners van een RO, die ten minste 1 geneesmiddel geslikt hebben in de eerste 6 maanden na hun opname in de instelling, bedraagt 99%, terwijl dat nog 93% was in de 6 maanden voordien.

- De opname in de instelling leidt niet tot een daling van het aantal geneesmiddelen, die de persoon al nam voor zijn opname in het rusthuis. Patiënten in een instelling blijven een

...

Binnenkort: tarifiering per eenheid!

De voorbije maanden werden al heel wat initiatieven opgestart met als doel de kwaliteit van de zorg in de rusthuizen te verhogen, en het geneesmiddelengebruik te rationaliseren. Zo vroeg het RIZIV een studie aan met als doel het formuleren van aanbevelingen in verband met het multidisciplinaire overleg over de behandeling van de patiënten, het gebruik van het geneesmiddelenformulier, het voorschrijven van geneesmiddelen en het volledige geneesmiddelenproces (bestellen, verpakken, verdelen, toedienen,...). Meerdere rusthuizen, verspreid over heel België, zijn bij deze studie betrokken.

Vanaf 1 januari 2015 zal ook de tarifiering per eenheid ingevoerd worden in de rusthuizen voor de terugbetaalde geneesmiddelen met een vaste orale toediening. Door de tarifiering te beperken tot de werkelijk afgeleverde hoeveelheden, kan verspilling vermeden worden en wordt het gebruik van individuele medicatievoorbereiding aangemoedigd.

Tabel 2

Aantal leden, behandeld met antidepressiva of antipsychotica in de periode van 6 maanden, voorafgaand aan en na hun opname in de instelling in 2011 (op een totaal van 2.529 leden).

	Voor de opname (1)	Stoppen ermee (2)	Gaan door (1) - (2)	Beginnen (3)	Na de opname (1) - (2) + (3)	Vershil (%) na de opname in een rusthuis
Antidepressiva (AD)	927	130	797	443	1.240	+ 34%
Antipsychotica (AP)	407	90	317	418	735	+ 81%

breder gamma van geneesmiddelen uit diverse therapeutische klassen te gaan slikken.

- **De opname in een rusthuis heeft een grote invloed op het aandeel van de populatie die behandeld wordt met antipsychotica (+81%) en antidepressiva (+34%),** alsook op hun gemiddelde dagelijkse consumptie (gemeten in dagelijkse dosissen of DDD's) van antidepressiva (+32%) en anti-

psychotica (+55%). De stijging van het aantal leden, behandeld met antidepressiva en antipsychotica, is te verklaren door het **hoge aantal leden die pas met de behandeling beginnen na hun opname in het rusthuis (tabel 2).**

- Als de betrokken personen **eenmaal opgenomen zijn in een rusthuis,** zetten ze hun behandeling met antidepressiva en antipsychotica **ook minder**

vaak stop. Hun consumptie van die geneesmiddelen (gemeten in aantal DDD's) varieert ook niet metertijd. Tussen 2007 en 2011 zetten meer dan 80% en 70% van de inwoners hun behandeling met respectievelijk antidepressiva en antipsychotica voort. ●

Güngör Karakaya,

Claire Huyghebaert en Evelyn Macken
Dienst Studies & Strategie van de
Onafhankelijke Ziekenfondsen

* START: Screening Tool to Alert Doctors to Right Treatment.
STOPP: Screening Tool of Older Persons' potentially inappropriate Prescriptions.

Het voorschrijfgedrag afstemmen op de individuele noden



Onze studie toont duidelijk aan dat het geneesmiddelengebruik in rusthuizen vragen oproept. De Onafhankelijke Ziekenfondsen zijn voorstander van volgende maatregelen:

1. Het geneesmiddelengebruik in de RVT/ROB's rationaliseren: niet alleen de keuze van het geneesmiddel (op basis van 'evidentie' en kosten/efficiëntie) en het correct gebruik ervan (indicatie, farmaceutische vorm, ...) spelen een rol, ook het voorschrijfgedrag van de artsen in de rusthuizen is van belang. In dit kader pleiten wij voor een regelmatige feedback aan de artsen over hun voorschrijfgedrag en aan de rusthuizen over het geneesmiddelengebruik in hun instelling. Het doel: aanbevelingen en richtlijnen opstellen rond het voorschrijven van geneesmiddelen (vb. gebruik van het geneesmiddelenformulier en medicatieschema's) en het optimaliseren van de aflevering van geneesmiddelen in de RVT/ROB's.

2. Een centrale rol voor de patiënt: regelmatig overleg tussen de zorgverleners (artsen, apothekers, verpleegkundigen) over de individuele patiënt met zijn specifieke noden en behoeften, is belangrijk voor de juiste keuze van een behandeling of geneesmiddel, en voor een correct gebruik ervan. Door regelmatig de voorgeschreven medicatie te herzien, kan overconsumptie of misbruik opgespoord worden en kunnen eventuele problemen gelinkt aan polymedicatie (zoals interacties) verminderd worden.

3. Optimalisatie van de aflevering van geneesmiddelen in rust- en verzorgingshuizen: het gebruik van IMV (individuele medicatievoorbereiding) vermindert het risico op fouten bij de voorbereiding van de medicatie voor de patiënt, verbetert de veiligheid en de kwaliteit van de aflevering en leidt tot minder verspilling.



Op bezoek bij 'Papa Mutuelle'

Begin 2014 brachten de Onafhankelijke Ziekenfondsen een bezoek aan Benin en Togo, samen met hun partner Louvain Coopération. Het doel: met eigen ogen vaststellen hoe de lokale ziekenfondsen het leven van de lokale bevolking veranderen. En hoewel er nog vele uitdagingen zijn, bleek die impact groot. "De oprichting en werking van de ziekenfondsen hebben de gezondheidsindicatoren verbeterd", klonk het bij een verantwoordelijke van de sanitaire zone in Noord-Benin. Een reisverslag over hoop en verandering!

Een goede toegang tot noodzakelijke medische verzorging, dat is de belangrijkste missie van de lokale ziekenfondsen in Benin en Togo. En dat lijkt aardig te lukken: Coby en N'Dahonta, de 2 ziekenfondsen in Noord-Benin die de Onafhankelijke Ziekenfondsen ondersteunen, tellen ondertussen al meer dan 6.000 leden en die gaan sneller naar de medische centra door het wegvallen van de financiële drempel. Op die manier nemen ze hun lot meer in eigen handen. Vooral vrouwen spelen een belangrijke rol, want vaak beslissen zij om hun gezin te laten aansluiten bij het ziekenfonds. Ze zijn ook goed vertegenwoordigd in de algemene vergadering van de ziekenfondsen, waar knopen worden doorgehakt over welke medische verzorging gedekt wordt en hoeveel de bijdrage bedraagt.

Niettemin bleek tijdens ons bezoek dat de uitdagingen nog altijd groot zijn. Om nieuwe leden te overtuigen, zijn namelijk vaak 3 of meer bezoeken nodig. Daarnaast is een blijvende sensibilisatie vereist om aangesloten leden te overtuigen om hun jaarbijdrage te blijven betalen. Die bijdrage bedraagt ongeveer 2 euro per persoon, een grote financiële inspanning voor de lokale bevolking ondanks de

kortingen waar ze recht op hebben als het hele gezin aansluit. De aansluitingen gebeuren daarom van januari tot mei. Tijdens deze periode beschikken de gezinnen namelijk over meer middelen door het binnenhalen van de oogst.

Landsbond als volgende stap

Zowel in Benin als Togo eindigden onlangs enkele officiële ontwikkelingsprogramma's en publieke financieringsprojecten. Bij de lokale bevolking rees dan ook de vraag of de lokale ziekenfondsen eenzelfde lot beschoren waren. De plaatselijke ziekenfondsen wilden daarom op het hart drukken dat ze niet gaan verdwijnen en ze de belangen van hun leden verder zullen blijven behartigen. Het bezoek van de Onafhankelijke Ziekenfondsen zette die boodschap extra in de verf.

Ons bezoek kaderde daarnaast ook in het volgende hoofdstuk van het Afrikaanse ziekenfondsverhaal, namelijk de oprichting van een Landsbond. Tijdens een seminarie in Dapaong (Togo) heeft Xavier Brenez, Directeur-generaal van de Landsbond van de Onafhankelijke Ziekenfondsen, een presentatie gegeven over de rol

en organisatie van een Landsbond in België. Achteraf volgde een geanimeerd debat en vele vragen van de vertegenwoordigers van de lokale mutualiteiten en ngo's. De Onafhankelijke Ziekenfondsen hopen in de komende jaren met hun knowhow te kunnen bijdragen tot de oprichting en werking van deze nieuwe Landsbonden.

Het ziekenfonds, een socio-economische schakel

Tijdens ons bezoek werd het snel duidelijk dat de ziekenfondsen een belangrijke schakel vormen in het socio-economische netwerk van de dorpen en gemeenten. Het ziekenfonds zorgt namelijk voor financiële stabiliteit, waardoor de leden sneller een micro-krediet kunnen krijgen om landbouwwerktuigen te kopen of een klein handeltje op te zetten. Dat de ziekenfondsen dergelijke kansen bieden, bleek onder meer uit het verhaal van een imker die moderne bijenkorven had kunnen kopen. Of uit de getuigenis van een vrouw die door haar nieuwe handeltje in pindanoten in het levensonderhoud van haar gezin kon voorzien.



Christian Horemans

christian.horemans@mloz.be



Het ziekenfonds van Coby in Benin



Een ziekenhuis in Dapaong, Togo



Félix Vanderstricht in gezelschap van Ernest, alias 'Papa Mutuelle', een medewerker van Louvain Coopération die ziekenfondsen op het terrein ondersteunt.



De vertegenwoordigers van het ziekenfonds van Coby, samen met Félix Vanderstricht, Directeur van Louvain Coopération, en Christian Horemans en Xavier Brenez van de Onafhankelijke Ziekenfondsen



Raadpleging bij de gynaecoloog



Rébecca, voorzitter van het ziekenfonds van N'Dahonta



Boekje voor micro-krediet



Onafhankelijke Ziekenfondsen breiden hun steun nog uit!

Sinds 2013 worden de Belgische ziekenfondsen erkend voor hun rol in de ontwikkelingssamenwerking. De overheid wil op die manier projecten van Belgische ziekenfondsen financieel ondersteunen. De Onafhankelijke Ziekenfondsen hebben samen met de Christelijke en Socialistische Ziekenfondsen een project ingediend om de mutualistische projecten in 7 Afrikaanse landen, waaronder Benin en Togo, te helpen om zich verder te ontwikkelen. Dit project zou lopen van midden 2014 tot 2016. Hiermee breiden de Onafhankelijke Ziekenfondsen hun engagementen t.a.v. deze jonge ziekenfondsen nog verder uit.



Verzorgde tanden, gezond lichaam!

Wat is het verband tussen mondgezondheid en de algemene gezondheid? Hoe beïnvloeden parodontale ziektes andere aandoeningen als diabetes en hart- en vaatziekten? Hoe kunnen we bepaalde doelgroepen bereiken? Die vragen stonden centraal tijdens het laatste symposium van de Onafhankelijke Ziekenfondsen midden maart 2014. Een honderdtal tandartsen, huisartsen, vertegenwoordigers van zorginstellingen en universiteiten debatteerden er over het thema tandhygiëne!

Slechts 30% van de Belgen gaat jaarlijks naar de tandarts en 25% laat er zich zelden of nooit zien. Met deze cijfers leidde **Xavier Brenez, Directeur-generaal van de Landsbond van de Onafhankelijke Ziekenfondsen**, de namiddag in. Hij herinnerde eraan dat er nog werk aan de winkel is rond de toegang tot

zorg, ondanks de geboekte vooruitgang op vlak van gezondheidszorg en financiële bescherming. Vooral door nog meer te investeren in preventie, zeker bij bepaalde doelgroepen. Daarnaast wees Xavier Brenez ook op het belang van het doorbreken van de barrières tussen preventieve en

curatieve verzorging en onderstreepte hij de noodzaak van een goede tandverzorging en dito gezondheid in het algemeen: "Er is een geïntegreerde zorgbenadering nodig, in het bijzonder een globale en multidisciplinaire visie op de chronische ziektes."

De tandarts, een zorgverstrekker uit de eerste lijn

Ri De Ridder, Directeur-generaal geneeskundige verzorging van het RIZIV, nam daarna het woord en verwees naar de grote bakens van het RIZIV, gepubliceerd ter gelegenheid van de 50ste verjaardag van de ziekte- en invaliditeitsverzekering. Voor deze openbare instelling moet de ziekteverzekering een hefboom zijn om globale

gezondheidsdoelstellingen te verwezenlijken. Het RIZIV heeft zijn acties op vlak van mondgezondheid daarom toegespitst op sensibiliseringsacties, regis-

tratie van gegevens én aandacht voor mensen met bijzondere noden. "We moeten overstappen van een passieve benadering, via curatieve verzorging, naar een proactieve aanpak, via preventie", kondigde Ri De Ridder aan. Na te verwijzen naar de opmerkelijke vooruitgang rond tandverzorging bij min 18-jarigen, legde hij de sociale ongelijkheid bloot op vlak van de toegang tot zorg en het uitstel van het tandartsbezoek bij mensen met financiële problemen. De Ridder stelde zich dan ook vragen bij de plaats van het conventieakkoord van de tandartsen en bij het gebrek aan transparantie van de tarieven. Hij suggereerde een aantal mogelijke denkpistes om daar iets aan te doen: meer gewicht geven aan het conventieakkoord, focussen op bepaalde doelgroepen, de tandarts in de eerste lijn plaatsen, beroepen als tandartsassistenten en mondhygiënist steunen, alsook investeren in MyCareNet.

Parodontale ziektes, een grote risicofactor

Michèle Reners, parodontologe en voorzitter van de Europese Federatie van Parodontologie, informeerde

het auditorium daarna over de invloed van parodontale ziektes op de algemene gezondheid en systeemziekten. Ze gaf uitvoerig uitleg bij het mechanisme dat ertoe leidt dat een parodontale aandoening een infectie veroorzaakt in andere

delen van het lichaam. Michèle Reners beschreef de parodontale aandoening als een bacteriële en multifactoriële ontstekingsziekte, die tot een desorganisatie van het mondevenwicht leidt met tandplak als hoofdoorzaak. Tal van studies tonen aan dat een parodontale ziekte wel degelijk een invloed heeft op de rest van het lichaam. "We moeten beseffen dat parodontale ziektes veel voorkomen", legde Michèle Reners uit. "95% van de bevolking lijdt eraan of zal er



Xavier Brenez



Ri De Ridder



Michèle Reners

een krijgen. Dat kan gaan van een gewone gingivitis tot een veel ergere parodontale aandoening. De invloed op de kostprijs van de geneeskundige verzorging is aanzienlijk. Vandaar het belang van een degelijke opsporing door de tandarts. De DPSI (Dutch periodontal screening index) is daarbij een uitstekend hulpmiddel, dat nog te weinig gebruikt wordt. Dankzij dit systematische onderzoek van tandvlees en parodontium kan men de aanwezigheid van een parodontale ziekte opsporen en de ernst ervan beoordelen." De parodontologe vindt het ook belangrijk om te investeren in een grondige educatie van de patiënt om hem te helpen en begeleiden bij de tandverzorging. Opsporing en educatie moeten centraal staan: de correcte uitvoering van de behandeling is bevorderlijk voor de parodontale gezondheid en heeft duidelijk ook een invloed op de algemene gezondheid.

Meer aandacht voor mensen met bijzondere noden

"Bejaarden die ouder zijn dan 75 jaar, lopen 3 à 5 keer meer kans op een longontsteking, en slechte tandhygiëne is daarbij een van de grote risicofactoren", verklaarde **Professor Joke Duyck, gerodontologe bij de KU Leuven**. Een ander probleem dat de professor aanhaalde, zijn kauwproblemen door een slecht gebit en de cognitieve achterstand en ondervoeding die daaruit kunnen voortvloeien. Daarnaast ging Joke Duyck uitvoerig in op het pilootproject voor mondverzorging bij personen met bijzondere noden (RIZIV en universiteiten). Dit



Joke Duyck

Dit project toonde aan dat er een schrijnend gebrek is aan tandverzorging bij bejaarden of gehandicapten, zeker als ze afhankelijk zijn. 9 op de 10 bleek aan een parodontale ziekte te lijden. Slechts 5% van de volwassenen met een handicap, had een verzorgd gebit. "Verzorgingsinstellingen beseffen nog niet genoeg dat het voor dergelijke personen belangrijk is om een goede mondgezondheid te hebben", bevestigde Joke Duyck. "Het is nochtans altijd de moeite om het gebit te verzorgen, op welke leeftijd dan ook. Preventie is bovendien iets heel eenvoudigs: het volstaat om elke dag de tanden te verzorgen." De creatie van de functie van een referentiepersoon voor tandverzorging in instellingen en een betere opleiding van tandartsen om dit type van patiënten te verzorgen, zijn twee denksporen van het pilootproject.

Nieuwe tendensen in de tandverzorging

Via de terugbetalingsaanvragen in het kader van Dentalia Plus, heeft **Danny De Bock, Operationeel**

directeur van de VMOB, belast met de verzekering Dentalia Plus, kunnen vaststellen dat de gewoonten qua tandverzorging veranderen. Wat vroeger als een luxe beschouwd werd, blijkt nu medisch noodzakelijk te zijn of men ziet het als een logische behandeling die comfort biedt, gezien de evolutie van de samenleving. Er gaat dus meer en meer aandacht naar de gezondheid van de tanden. De directeur van Dentalia Plus meent dat het succes van zijn product bewijst dat men verwachtingen koestert inzake een betere financiële toegankelijkheid van bepaalde soorten tandverzorging.



Danny De Bock

De patiënt beter responsabiliseren

Tot slot kwamen twee beroepsorganisaties van tandartsen aan het woord. **Stefaan Hanson van het Verbond der Vlaamse Tandartsen (VVT)** beklemtoonde 3 pijlers van een goede mondgezondheid: de tanden dagelijks poetsen, een evenwichtige voeding én een jaarlijks bezoek aan de tandarts. Het is ook noodzakelijk om de patiënt beter te sensibiliseren en vooral te responsabiliseren. **Michel Devriese, voorzitter van de Franstalige SMD (Société de Médecine Dentaire)**, benadrukte dan weer dat het gezondheidsbeleid een collectieve verantwoordelijkheid is. "De muren tussen de gezondheidssectoren moeten weg, de disciplines moeten veel meer gekruist worden, ook qua preventie", klonk het. Michel Devriese kwam ook met een spectaculair cijfer op de proppen. Het budget dat besteed wordt aan tandverzorging is volgens hem veel te krap: slechts 72 euro, per Belg, per jaar. Het is volgens hem dus niet alleen belangrijk om het gezondheidsbeleid te versterken, maar ook het beroep van tandarts. Dit alles moet gepaard gaan met een betere coaching van de patiënt.



Stefaan Hanson



Michel Devriese



Stéphanie Brisson
stephanie.brisson@mloz.be



Ontdek de film over ons symposium en de interviews met de sprekers op onze site www.mloz.be

Boeken

Met glans in het Frans (bis)

In de vorige editie van Health Forum stelden we het boek 'Medisch Frans voor artsen' in de kijker, maar ook apothekers krijgen uiteraard steeds meer Franstalige patiënten over de vloer. Een handboek



om gerichte vragen te leren stellen in het Frans is dus ook voor hen geen overbodige luxe. Dankzij onder meer een medische basiswoordenschat, korte anamneses in het Frans en het Nederlands en een tweetalige lijst van regelmatig gebruikte anatomische termen leren ze om de klachten van de patiënten correct te interpreteren en de juiste hulpverlening te verlenen.

Verscheidende apothekers hebben trouwens hun medewerking verleend aan dit boek. Bonne lecture!

Medisch Frans in de apotheek, Stéphane Ostyn, Acco, 2013, 160 blz., ISBN 978-90-334-9354-6

Apothekers en depressieve patiënten: een probleemhuwelijk?

Apothekers beperken zich niet langer tot het bereiden en afleveren van geneesmiddelen, ook de begeleiding van patiënten nemen ze steeds meer op zich. Die nieuwe verantwoordelijkheid is



echter geen sinecure. Zo toont onderzoek aan dat apothekers zich ongemakkelijk voelen tegenover depressieve patiënten en niet weten hoe ze met hen moeten omgaan. Daarom wil deze praktijkgids een wegwijzer zijn in de begeleiding van patiënten die antidepressiva krijgen voorgeschreven. Hoe pak je een gesprek aan met een patiënt bij een eerste of herhaalde aflevering van deze

geneesmiddelen? Wat zijn de niet-medische behandelopties bij depressie? Al deze en veel meer vragen krijgen een antwoord in dit boek!

Farmaceutische zorg voor patiënten met depressie. Praktijkgids, Sophie Liekens en Veerle Foulon, Acco, 2013, 178 blz., ISBN 978-90-334-8984-6

De heup onder de loep

Orthopedisch chirurgen, kinesitherapeuten, maar ook huisartsen en sportartsen: allemaal worden ze steeds meer geconfronteerd met heupaandoeningen.

De behandeling van deze aandoeningen is dan ook één van de snelst groeiende en meest uitdagende deelgebieden binnen de orthopedie. Dit boek biedt daarom een veelomvattend overzicht van de verschillende heupaandoeningen en de behandeling ervan. Daarbij komen onder meer chirurgie en revalidatie aan bod, maar ook postoperatieve pijnstilling en sport na een heupprothese.



Heup. Chirurgie en postoperatieve revalidatie, Geert Meermans e.a., Acco, 2014, 176 blz., ISBN 978-90-334-9254-9

Bestseller in een nieuw jasje

In 1998 zag 'Brein bedriegt' het licht, een ware bestseller onder de autismeboeken met meer dan 15.000 verkochte exemplaren. Voor vele mensen betekende het boek

een eerste moment van herkenning en zelfs een uitweg uit een jarenlange zoektocht naar een diagnose. In deze nieuwe editie is de vormgeving dezelfde gebleven, maar de inhoud is geactualiseerd en aangepast aan de nieuwste inzichten. Bovendien zijn er ook een paar nieuwe hardnekkige misverstanden ontstaan die ontkracht moeten worden. Denk maar aan 'Iedereen is een beetje autistisch'. Kortom, een relevante update over een aandoening waarover het laatste woord nog niet gezegd en geschreven is!



Brein bedriegt, Peter Vermeulen, Acco, 2013, 240 blz., ISBN 978-90-334-8209-0



Health Forum*, het magazine voor zorgprofessionals

www.mloz.be

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

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

Verbeter het evenwicht tussen uw werk- en privéleven
zonder het contact met de patiënten te verliezen!

Word Adviserend geneesheer

bij de Onafhankelijke Ziekenfondsen

Profiel

- U bent arts.
- U bent contactvaardig en u hebt belangstelling voor de medische en sociale problemen van de patiënten.
- U beschikt over de nodige managementvaardigheden om vlot te kunnen samenwerken met administratief en paramedisch personeel.
- U beschikt over enige klinische ervaring. Een opleiding in verzekeringsgeneeskunde of een andere bijkomende specialisatie is een pluspunt.

Takenpakket

Contact met patiënten is essentieel als adviserend geneesheer. Uw takenpakket zal o.a. bestaan uit:

- het evalueren van de arbeidsongeschiktheid (mogelijkheden nagaan van arbeidsherinschakeling in samenspraak met betrokken partners zoals de huisarts, bedrijfsarts, VDAB, Actiris, Forem ...);
- informeren en adviseren van patiënten tijdens de raadpleging over sociale wetgeving, medische terugbetalingen en verzekeringsproblemen;
- behandelen van aanvragen voor gezondheidszorg.

Wat bieden we?

- U krijgt een voltijds bediendestatuut met een aantrekkelijk salarispakket (een deeltijds contract kan in overweging genomen worden).
- U komt terecht in een ruim en aangenaam werkkader waarbinnen een dynamische bedrijfscultuur heerst. Respect voor het evenwicht tussen werk- en privéleven staat voorop. Telewerken is mogelijk.
- U werkt in een gemotiveerd team met voldoende ruimte voor persoonlijke ontplooiing.

Interesse?

Landsbond van de Onafhankelijke Ziekenfondsen
Recruitment
St-Huibrechtsstraat 19 - 1150 Brussel
recruitment@mloz.be

Onafhankelijke
Ziekenfondsen

www.mloz.be