

Health Forum

September 2014 · Nr.19

Het magazine van de Landsbond van de Onafhankelijke Ziekenfondsen · - driemaandelijks

Dossier

Zorgbehoefvendheid, financiering van de ziekenhuizen, eHealth

De 3 werken van Hercules
voor de komende legislatuur

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

Waarom schaffen we die getuigschriften voor verstrekte hulp niet af?

Is het in moderne tijden nog normaal dat de verzekeren naar hun ziekenfonds moeten stappen om daar de terugbetaling te vragen van hun verzorging? En dat de ziekenfondsen hierdoor jaarlijks bijna 64 miljoen papieren getuigschriften voor verstrekte hulp moeten verwerken en meer dan 100 km lopende archieven moeten beheren? Dat de zorgverleners, die al over het gros van de informatie beschikken in een elektronisch formaat, die getuigschriften nog moeten afdrukken om ze te overhandigen aan hun patiënten of het ziekenfonds? En dat zij voor het optimale beheer van de derde betaler een beroep moeten doen op tarifieringsdiensten?

Nu er bespaard moet worden in de gezondheidszorg, is dit niet alleen onbegrijpelijk, maar vooral ongepast. Zowel de contante betaling als de derde betaler zouden gedigitaliseerd moeten worden, ten gunste van iedereen. Waarom doen jullie dat dan niet, zult u vragen? Als het maar zo eenvoudig was...

Hieronder leggen we het even uit voor alle projecten in het kader van de administratieve vereenvoudiging en de informatisering:

- we stellen een explosie vast van het aantal eHealth-projecten, net als van de veelbelovende plannen onder dezelfde naam, terwijl men zich beter zou toespitsen op een beperkt aantal projecten.
- Deze projecten worden maar half gerealiseerd, omdat men niet eerst nagaat of alle betrokken actoren wel bereid zijn om mee te werken. Dit leidt tot een vermenigvuldiging van de kosten, zonder dat men baten binnenrijft (projecten DMFA, hoofdstuk IV...).

De ziekenfondsen behandelen bijna 64 miljoen getuigschriften per jaar. Dat is waanzin!

- De projecten worden niet beheerd op een professionele manier: versnippering van de verantwoordelijkheden, loze beloften en een veel te beperkte visie.
- Ondanks hun mooie woorden hebben politici geen belangstelling voor meerjarenprojecten. Ze willen vooral snel hun slag slaan en besparen in het eerstkomende begrotingsjaar.

Vandaar onze boodschap aan de volgende minister van Volksgezondheid: maak werk van die eHealth-projecten, met een visie op de volledige legislatuur.

Creëer de voorwaarden voor de afschaffing van die getuigschriften voor verstrekte hulp tegen het einde van de legislatuur: zo zult u het leven van de verzekerden én de zorgverleners vergemakkelijken en de ziekenfondsen de kans geven om de gevraagde besparingen te realiseren. In ruil zult u kunnen beschikken over betere gegevens in verband met de terugbetalingen

(wat bevorderlijk is voor een betere beheersing van de kosten) en zult u aan het belastingbestuur de betrouwbaarheid kunnen garanderen van de inkomsten van de zorgverleners!

Xavier Brenez

Directeur-generaal

van de Landsbond van de Onafhankelijke Ziekenfondsen



Hoofdredactrice

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 Mutualités Libres - Information

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.19 September 2014

3 Edito

5 Wist u?

6 Dossier

Zorgbehoevendheid, financiering van de ziekenhuizen, eHealth : de 3 werken van Hercules voor de komende legislatuur

14 Forum Zorgverstrekkers

Burgerparticipatie in tijden van tanende solidariteit... Een goed idee?

Is het internet het ideale medium voor gezondheidspromotie?

Dialoog tussen artsen en patiënten van buitenlandse origine: een moeizame weg?

22 Studie

Hospitalisaties in de psychiatrie: te veel en te lang?

27 Europa

De Europese prioriteiten volgens de Belgische ziekenfondsen

28 Actua Onafhankelijke Ziekenfondsen

29 Event

Passo Dello Stelvio: 'Diabetes doesn't stop us!'

30 Kiosk

www.mloz.be

Zorgbehoevendheid, financiering van de ziekenhuizen, eHealth

De 3 werken van Hercules voor de komende legislatuur

Nieuwe regeringen, nieuwe uitdagingen! Hoewel de grote krachtlijnen van het toekomstige gezondheidsbeleid nog nader bepaald moeten worden, zetten de Onafhankelijke Ziekenfondsen een aantal prioriteiten uit hun Memorandum nogmaals in de kijker. Waarom die thema's? De vergrijzing van de bevolking omdat het een tijdbom is die ons dwingt om nu al werk te maken van het thema zorgbehoevendheid. De herziening van de financiering van de ziekenhuizen omdat het hoog tijd is dat die aangepast wordt aan de noden van de patiënten en aan de evolutie van de zorg. En tot slot de informatisering van de gezondheidszorg, omdat het een onontbeerlijke hefboom is voor de vereenvoudiging van de administratieve uitwisseling én om efficiënter te kunnen werken. De ziekenfondsen hebben duidelijk een rol te spelen op deze drie domeinen! Een dossier om duidelijk te maken wat er juist op het spel staat.



6

Debat

Burgerparticipatie in tijden van tanende solidariteit... Een goed idee?

29% van de Belgen vindt dat rokers met longkanker geen terugbetaling mogen krijgen zoals de anderen. Daarnaast is 28% van mening dat een levensnoodzakelijke behandeling niet kan bij 85-plussers. Vormen die cijfers een bedreiging voor de solidariteit? En is de inspraak van burgers in het gezondheidsbeleid wel een goed idee in het licht van die resultaten? Ilse Weeghmans, directeur van het Vlaams Patiëntenplatform, en Nele Van den Cruyce, Knowledge Manager van de Stichting tegen kanker, buigen zich over deze vragen!



18

Studie

Hospitalisaties in de psychiatrie: te veel en te lang?

De uitgaven voor geneeskundige verzorging van patiënten, opgenomen in de psychiatrie, zijn zeer hoog in België. Hoe komt dat? Het aantal bedden is hoog, de duur van sommige ziekenhuisverblijven is lang en er zijn niet genoeg alternatieve opvangstructuren. De Onafhankelijke Ziekenfondsen hebben de bijzonderheden van deze hospitalisaties en van de patiënten in een psychiatrische omgeving bestudeerd.



22

6 tot 8%

van de Belgen (ongeveer 700.000 personen) is getroffen door een zeldzame ziekte.

www.institutdesmaladiesrares.be

Fight against fakes !



Ziedaar de slogan van de International Federation of Pharmaceutical Manufacturers & Associations (IFPM). Ze wil de consumenten immers oproepen om uit te kijken met geneesmiddelen, aangekocht op het internet. Pharma.be steunt de campagne

en herinnert eraan dat de kwaliteit van dergelijke geneesmiddelen zeker niet gegarandeerd is. Op het internet werd een ludieke video verspreid om de gevaren voor de gezondheid in herinnering te brengen.

Het filmpje "Watch Out for False Friends" is te bekijken op het platform van gedeelde YouTube-video's of op de website van Pharma.be.

Een rooskleurige Kerst

Om de aandacht te vestigen op de strijd tegen borstkanker, brengt het Fonds Pink Ribbon ook dit jaar 72 kerstballen op de markt in de kleuren van Pink Ribbon. Dankzij deze operatie hoopt het Fonds Pink Ribbon, dat beheerd wordt door de koning Boudewijnstichting, geld te verzamelen voor concrete en specifieke projecten die bedoeld zijn om de zorg en de algemene levenskwaliteit van de patiënten te verbeteren.

Voor meer info, zie pinkribbon@sanoma.com of www.pinkribbonamiespourelavie.be



32,2%

De vergrijzing van de bevolking zou in 2014 kunnen leiden tot uitgaven in de gezondheidszorg die oplopen tot 32,2% van het BNP.

Een prognose van het studiec comité voor de vergrijzing.

De begeleiding van studenten met psychische problemen

Vanaf het begin van het nieuwe cursusjaar 2014 zal de UCL op haar site in Woluwe acht begeleide studentenkamers ter beschikking stellen voor studenten met psychische problemen (depressie, paniekstoornissen, anorexie, agorafobie enz.). Het doel: aan deze studenten een betere kans geven op succes en een integratie. Deze studenten met een gestabiliseerde psychische stoornis zullen ondergebracht worden in studentenkamers met een gemeenschappelijke ruimte en ze zullen psychopedagogische en sociale begeleiding krijgen. Het project past in het kader van het PEPS-statuut (project voor studenten met een specifiek profiel). Het is de bedoeling om zo kansen te geven aan studenten die anders door een handicap, een zware ziekte, en leerstoornis (of een sportieve of artistieke activiteit van een hoog niveau), niet in staat zouden zijn om universitaire studies aan te vatten.

www.uclouvain.be

Nieuwe regeringen, nieuwe uitdagingen! Hoewel de grote krachtlijnen van het toekomstige gezondheidsbeleid nog nader bepaald moeten worden, zetten de Onafhankelijke Ziekenfondsen een aantal prioriteiten uit hun Memorandum nogmaals in de kijker. Waarom die thema's ? De vergrijzing van de bevolking omdat het een tijdbom is die ons dwingt om nu al werk te maken van het thema zorgbehoevendheid (p. 10). De herziening van de financiering van de ziekenhuizen (p. 12) omdat het hoog tijd is dat die aangepast wordt aan de noden van de patiënten en aan de evolutie van de zorg. En tot slot de informatisering van de gezondheidszorg (p. 7), omdat het een onontbeerlijke hefboom is voor de vereenvoudiging van de administratieve uitwisseling én om efficiënter te kunnen werken. De ziekenfondsen hebben duidelijk een rol te spelen op deze drie domeinen! Een dossier om duidelijk te maken wat er juist op het spel staat.

Zorgbehoevendheid, financiering van de ziekenhuizen, eHealth

De 3 werken van Hercules voor de komende legislatuur

eHealth : evident voor iedereen?

eHealth stuitte lang op wantrouwen, maar het gros van de gezondheidsactoren blijkt nu toch gewonnen te zijn voor de functies die dat gigantische platform aanbiedt. Toch moet het nog verder gepromoot worden bij zowel de artsen als de bevolking. Wat zijn de voordelen van de digitalisering van de gezondheidszorg? En wat zijn de overblijvende hinderpalen?

Admistratieve vereenvoudiging, kwaliteit en veiligheid van de zorg, minder kosten... dat zijn de grote doelstellingen van het eHealth-platform. Daarom hebben de overheden, de vertegenwoordigers van de verstrekkers uit de eerste en de tweede lijn, de organisaties en instellingen in 2012 een 'Actieplan e-Gezondheid 2013-2018' ondertekend, met als doel het gebruik van gezondheidsdiensten online, verbonden met de patiënt, tegen 2018 te veralgemenen. Elk actiepunt van het plan omvat meerdere projecten, die al dan niet al lopen (zie kadertekst).

Regionale netwerken

Elk gewest heeft zijn eigen beveiligd systeem voor de uitwisseling van zorggegevens over de patiënten uitgewerkt, met het nodige respect voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer. Het eHealth-platform heeft daarop een structuur en hulpmiddelen ontwikkeld die een wisselwerking mogelijk maakt. Dankzij deze systemen kunnen zorgverleners en verzorgingsinstellingen beschikken over zo volledig en juist mogelijke informatie en kunnen zij beter samenwerken. De patiënten genieten van meer veiligheid, en de kwaliteit van de zorg gaat de hoogte in. België telt uit vijf 'hubs', regionaal georganiseerd vanuit Antwerpen, Gent, Luik, Brussel en Wallonië. Dit zijn digitale informatiekanaal, waarmee de artsen gegevens over de patiënten kunnen opzoeken en inkijken, zowel in als buiten het ziekenhuis.

In Vlaanderen is er, naast de hubs, ook nog het digitale platform Vitalink. Dit platform werd gelanceerd door de Vlaamse overheid en wordt ook door haar ondersteund. Het werd speciaal bedacht om de multidisciplinaire samenwerking van de eerste lijn te bevorderen. Vitalink blijft dus niet beperkt tot één sector, maar focust op alle eerstelijnszorg (maatschappelijke werkers begrepen). Het Vlaamse systeem heeft daarenboven als bijzonderheid dat het de patiënten inzage geeft in twee soorten van informatie: de gegevens over hun inentingen en hun medicatieschema's. Op termijn zal Vitalink ook een samenvatting bevatten van hun gezondheidstoestand (SUMEHR).

Aan Waalse kant is er 'le Réseau de Santé wallon

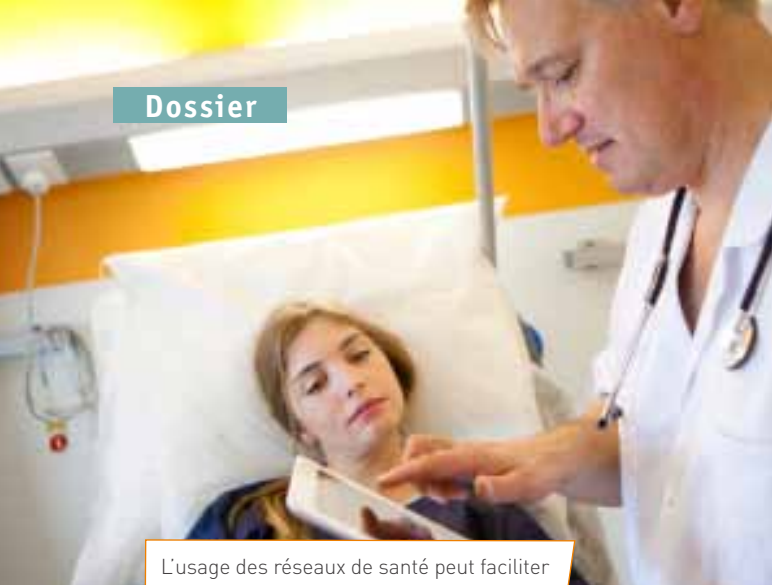
(RSW)', bestaande uit 40 acute en gespecialiseerde Waalse ziekenhuizen. Het aantal ingeschreven artsen bedraagt 7.840. In de eHealth-logica beperkt het RSW zich tot de opmaak van een inventaris. Het geeft ook toegang tot de gegevens, geleverd door de instellingen. Het netwerk herbergt de gegevens niet op een eigen server, maar het kan ondersteuning bieden aan de eerstelijnsartsen die niet beschikken over een server. Dit gebeurt in samenwerking met het 'Forum des Associations de Généralistes' : het project 'Inter-Med' organiseert de hosting en het online delen van data. Het Réseau de Santé Wallon geniet al een jaar de steun en erkenning van het Waals gewest.

In de hoofdstad werd 'het Brusselse Gezondheidsnetwerk' opgericht. Dit netwerk staat onder het toezicht van de vzw Abrumet en verzamelt 12 ziekenhuizen die met elkaar verbonden zijn, alsook 4250 artsen. Het Brusselse netwerk heeft op het politieke niveau een dossier ingediend, met het oog op een erkenning en subsidies.

Niets dan voordelen

De politieke overheden en het medische korps hebben ingezien hoe belangrijk deze digitale gezondheidsnetwerken zijn. Een impactstudie van het Réseau de Santé Wallon, gepubliceerd in 2012, brengt de baten van de invoering van een digitaal gezondheidsnetwerk in herinnering. Voor de burger die bereid is om zijn gezondheidsgegevens uit te wisselen: dankzij de toetreding tot een digitaal zorgnet, dalen de risico's en vermindert het gevaar van een foute diagnose of een verkeerde behandeling. Men krijgt zo naadloze zorg bij het verlaten van het ziekenhuis, in geval van een chronische ziekte of wanneer een patiënt opgevolgd moet worden met meerdere geneesmiddelen. Er is ook een betere tenlasteneming in spoedgevallen of in het kader van de wachtdienst.

Voor de professionals uit de gezondheidszorg is het zo dat het gebruik van de netwerken het werk in multidisciplinaire ploegen vergemakkelijkt. Doordat men onmiddellijk een maximum aan informatie krijgt over de patiënt, worden de risico's kleiner en stijgt de kwaliteit en de veiligheid van de verzorging. De zorgverleners



L'usage des réseaux de santé peut faciliter le retour après une hospitalisation

sparen tijd uit en toch worden hun patiënten optimaal opgevolgd (de uitwisseling van informatie wordt vergemakkelijkt en het aantal onderzoeken neemt af). De ziekenhuizen en verzorgingsinstellingen, eerste 'producenten' van digitale gezondheidsgegevens, hebben eveneens alles te winnen bij het delen van informatie: daling van de klinische risico's, kortere. Kortere wachttijden, een betere overeenstemming met de klinische guidelines, een verbetering van de voorschrijfprijzen en van de naadloze zorg. Het nut van de digitalisering van gezondheidsinformatie staat overigens, zowel voor de ziekenfondsen als voor de overheden, als een paal boven water: minder diagnostische handelingen, overbodige verblijven en administratieve kosten, de invoering van veiligere en efficiëntere procedures, alsook het tot stand brengen van een beleid, dat echt focust op betere naadloze zorg én op een betere zorgkwaliteit.

Onontbeerlijke stappen

De structuur bestaat al, net zoals bepaalde hulpmiddelen. Toch moeten nog heel wat artsen en patiënten overtuigd worden! Eerbiediging van het beroepsgeheim, beveiliging van de gegevens: de kaap van het

wantrouwen is omzeild, maar er blijven nog harten te veroveren. Om de artsen te overtuigen, moet men hen een basisinstallatie garanderen, waarmee optimaal gebruik kan worden gemaakt van wat eHealth te bieden heeft. Men moet zich nu al inschrijven bij het gezondheidsnetwerk, waartoe men toegang wil krijgen. Het is ook nodig om een eHealth-attest te krijgen. Dit is een cruciale stap, want zo kan het systeem de nieuwkomer op het netwerk herkennen als arts, dankzij zijn RIZIV-nummer en zijn rijksregisternummer. Een even belangrijk element is dat de arts op zijn computer een gehomologeerde versie geïnstalleerd moet hebben van zijn software.

De kwestie van de homologering van de software heeft de laatste maanden trouwens centraal gestaan. Het was van essentieel belang dat de software uit de algemene geneeskunde de toegang van de artsen tot eHealth zou kunnen vergemakkelijken. Het is aan het eHealth-platform om de criteria voor de homologering van de software te bepalen. In juli 2014 waren 9 soorten van software voor de algemene geneeskunde gehomologeerd. Dit betekent dat zij de toegang tot de eHealth-tools en tot de gezondheidsnetwerken vergemakkelijken, bijvoorbeeld via een aparte tab.

Opleiding en hulpverlening

Door de aanpassing van de software en de toegang tot de hulpmiddelen, moesten er ook hulpmiddelen komen voor de artsen: opleidingen, e-learning, coaching of collectieve begeleiding. Aan Nederlandstalige kant bleek men het groot te zien met de website 'eenlijn.be' en de mogelijkheid om op elk ogenblik van de dag telefonisch hulp te vragen (van 8u tot 22u). Bestaat eveneens: de dienst 'praktijkcoach', die de software installeert én opleidingen, uitleg, of nog gerichte hulp levert. Voor de Franstalige artsen organiseren de verenigingen van huisartsen infosessies en opleidingen. In Brussel wil de vzw die het Brusselse Gezond-

Vereenvoudiging voor de artsen

In maart 2014 werden de eerste verwezenlijkingen voorgesteld van het plan e-Gezondheid. Die beogen niet alleen de ondersteuning van de huisartsen in het kader van hun globale tenlasteneming van de patiënt, maar ook de vereenvoudiging van hun administratieve taken.

- **Recip-e:** een hulpmiddel waarmee artsen (en tandartsen) hun voorschriften elektronisch kunnen versturen naar de apothekers via het eHealth-platform. Dit systeem is veiliger voor de patiënt en het voorkomt fraude, aangezien elektronische voorschriften niet vervalst kunnen worden.
- **eHealthbox:** een beveiligde mailbox voor alle zorgverleners. Sinds 1 februari 2014 kunnen de artsen een samenvatting van het elektronische dossier van de patiënt (de 'Sumehr') versturen naar de DG Personen met een handicap via deze mailbox, in plaats van het papieren document in te vullen. Dat gaat sneller, vermindert de administratieve last voor de arts en de persoon met een handicap krijgt vlugger een beslissing.
- **My Carenet:** een platform voor de uitwisseling van informatie tussen individuele zorgverleners of verzorgingsinstellingen en ziekenfondsen: raadpleging van de verzekeraarbaarheid van de patiënt, overmaken van en vragen om toestemming voor behandelingen of forfaits, doorsturen van facturen. Sinds kort is het ook mogelijk om via My Carenet aan de adviserend geneesheer een terugbetalingsaanvraag te bezorgen voor geneesmiddelen uit 'Hoofdstuk IV'. De wachttijd wordt zo ingekort van 3 weken naar 7 dagen!

heidsnetwerk promoot, aan de artsenverenigingen voorleggen om al hun leden collectief in te schrijven op het netwerk en om het eHealth-certificaat te installeren op de computer van alle artsen die dat vragen.

De patiënten bewustmaken

Gezondheidsnetwerken opbouwen en gegevens delen is natuurlijk ondenkbaar als de patiënten niet meewillen. Men heeft het dan over 'geïnformeerde toestemming'. Dit betekent dat de patiënt geïnformeerd moeten worden over de gevolgen van zijn toestemming, meer bepaald over alle hulpmiddelen en informaticasystemen, alsook over de strikte toegangsvoorwaarden tot de gezondheidsgegevens (waaronder het verplicht bestaan van een therapeutische relatie tussen de patiënt en de arts die toegang vraagt tot de gegevens). Het ultieme doel moet altijd de verstrekking van geneeskundige verzorging aan de patiënt zijn. Wanneer de patiënt zijn toestemming gegeven heeft, dan kan hij de toegangsrechten tot zijn gegevens verder beheren: zijn toestemming schorsen, toegang verlenen aan bepaalde zorgverleners, andere zorgverleners uitsluiten of nog vragen om bepaalde gegevens niet te delen.

Eerst de huisarts overtuigen!

Het aantal Belgen dat zijn toestemming gegeven heeft voor het delen van zijn gegevens op de gezondheidsnetwerken wordt op 1% geraamd. Er is dus nog veel werk aan de winkel om al die Belgen informeren en te overtuigen. Tal van actoren vinden dat de overheid veel energie zou moeten steken in die taak. De ziekenfondsen kunnen evenmin blijven toezien. Momenteel gebeurt de communicatie louter en alleen met de middelen waarover de verschillende gewesten beschikken. Het gebeurt dus op grote schaal in Vlaanderen, dankzij de steun van de overheid en via Vitalink. In Wallonië en in Brussel gebeurt het allemaal op een veel kleinere schaal: de ziekenhuizen proberen er, elk met de eigen middelen en op de eigen manier, informatie te verschaffen en hun publiek te overtuigen. Volgens Cécile Rochus, van Abrumet, kan men de patiënten het best bewustmaken door eerst en vooral hun huisarts te overtuigen. "De patiënten beschouwen hun huisarts echt als een vertrouwenspersoon. Het is dus belangrijk om die huisartsen eerst bewust te maken, maar dat veronderstelt natuurlijk dat zij over de juiste uitrusting beschikken en dat de tijd die zij besteden aan het geven van uitleg, vergoed wordt."



Stéphanie Brisson et Steven Vervaeet

stephanie.brisson@mloz.be

steven.vervaeet@mloz.be

Standpunt van de Onafhankelijke Ziekenfondsen



Schaf die getuigschriften voor verstrekte hulp toch af!

In de huidige budgettaire context zijn alle actoren uit de gezondheidszorg verplicht om besparingsmogelijkheden voor te stellen die niet nadelig zijn voor de leden. Dat is nodig voor de financiering van noden die momenteel niet gedekt worden door de Verplichte Verzekering. Daarom pleiten de Onafhankelijke Ziekenfondsen voor de afschaffing van de getuigschriften voor verstrekte hulp. De invoering van informatiestromen tussen de zorgverleners, de verzekeringsinstellingen en het belastingbestuur biedt heel wat mogelijkheden: het leven van de sociaal verzekerden wordt eenvoudiger, er wordt bespaard op het beheer van de verwerking van de getuigschriften voor verstrekte hulp en de terugbetaling van de geneeskundige verzorging, de administratieve last voor de zorgverleners wordt lichter, de betrouwbaarheid en de beschikbaarheid van de gegevens over de terugbetaling verbetert en de terugbetalingen worden beter beheerd. Bovendien kunnen we op die manier een aantal misbruiken vermijden en de belastingfraude bestrijden.

Om dit project tot een goed einde te brengen, moeten alle actoren op dezelfde golflengte zitten: politieke beslissers, RIZIV, belastingbestuur, zorgverleners en verzekeringsinstellingen. Daarvoor zijn volgende stappen onontbeerlijk:

- Dit project moet ingeschreven worden in het regeringsprogramma 2014-2019.
- Het belastingbestuur moet de afschaffing van de papieren getuigschriften aanvaarden en moet de elektronische stromen beschouwen als een afdoend bewijsstuk voor de aangifte van de inkomsten van zorgverleners.
- De zorgverleners moeten er eerst met zachte hand (via een financiële incentive) toe aangespoord worden om gebruik te maken van de elektronische procedures. Daarna zou dat gebruik dan verplicht kunnen worden.
- De verzekeringsinstellingen moeten ertoe aangespoord worden om te investeren in dit project, zonder dat ze daar financieel de dupe van worden. Er valt trouwens nog heel veel te investeren in de informatica en de kostprijs van die verandering zal aanzienlijk zijn (bv. de omscholing van het personeel).



Opvangvoorzieningen voor zorgafhankelijke ouderen: de alternatieven bevorderen

De veroudering van de bevolking en het antwoord op de toenemende zorgbehoeftes en aangepaste hulp zijn enkele bezorgdheden van de Onafhankelijke Ziekenfondsen. Het laatste decennium is de levensverwachting van de Belgen met een paar jaar gestegen: mannen worden gemiddeld 77,8 jaar oud, vrouwen 82,9. Goed nieuws dus, maar hoe ouder we worden, hoe meer zorgen we nodig hebben. Hoe kunnen we anticiperen op de geriatrische tsunami die ons te wachten staat en op welke manieren kunnen we het groeiend aantal zorgafhankelijken opvangen?

Een stijgende levensverwachting houdt logischerwijs een stijgende vraag naar zorg in. Ouder worden vergt heel wat van het lichaam en dat kan gepaard gaan met een toename aan kwaaltjes of ongemakken en dus ook aan zorgafhankelijkheid. Toch verouderen mensen vandaag anders dan vroeger: ze kunnen zich goed behelpen en doen vooral de dingen die ze graag doen en nog goed kunnen. En wat niet meer lukt, compenseren ze met technische hulpmiddelen. Veel ouderen behouden dus hun zelfstandigheid en nemen graag zelf beslissingen als het over zorg gaat.

Multidisciplinaire thuiszorg

Voor wie in zijn dagelijkse activiteiten een extra paar handen kan gebruiken, is thuishulp vaak een goede optie. De thuiszorgsector heeft zich de afgelopen jaren sterk ontwikkeld, zodat ouderen zo lang mogelijk thuis kunnen blijven wonen of na een ziekenhuiso-

pname zo snel mogelijk weer naar huis kunnen keren. De Geïntegreerde Diensten voor Thuisverzorging (GDT) zijn multidisciplinaire teams van onder andere huisartsen, verplegers en kinesitherapeuten die een aangepaste zorg aanbieden. In Vlaanderen bestaan die ook uit gezinshelpers en mantelzorgers die hun steentje bijdragen in bijvoorbeeld huishoudelijk werk, de persoonlijke hygiëne van de zorgbehoevende en distributie van maaltijden. In Brussel en Wallonië nemen aparte coördinatiecentra deze zorgen op zich. Toch zijn er nog een aantal werkpunten. Ten eerste is er een algemeen 'detectieprobleem': wie heeft er nood aan thuiszorg? De noden van een hulpbehoevende komen niet altijd de juiste personen of instanties ter oren en de weg naar de juiste ondersteuning is soms moeilijk te vinden voor mantelzorgers. Preventie gericht op ouderen, om hen te informeren over aangepaste hulp en thuiszorg, kan eventuele moeilijkheden sneller helpen opsporen. Daarnaast zijn er ook weinig mogelijkheden om informatie over een hulpbeho-

vende uit te wisselen. In de gezondheidszorg hebben patiënten een dossier, al dan niet elektronisch, die door elke zorgprofessional geraadpleegd kan worden. Maar als het louter om thuishulp gaat, gaat er vaak informatie verloren. Eén centraal informatiepunt zou een oplossing kunnen bieden, bijvoorbeeld de sociale dienst van een ziekenfonds. Die kan de leden opvolgen en voor een aangepaste begeleiding of een geschikt traject voorstellen.

Opvang buitenshuis

Soms is het voor een zorgafhankelijke oudere niet meer mogelijk om thuis te blijven wonen. De mantelzorger kan het werk niet meer goed aan, de toestand van de zorgbehoevende wordt ernstiger... Kortom: er is meer hulp nodig dan thuiszorg. Ook dan zijn er verschillende oplossingen mogelijk. Allereerst zijn er de dagverzorgingscentra in rustoorden (ROB) en rust- en verzorgingstehuizen (RVT), waar 65-plussers met een mindere autonomie overdag terecht kunnen voor extra verzorging, sociale contacten, revalidatie en ontspanningsactiviteiten. Ook centra voor kortverblijf bieden er tijdelijke verzorging en opvang aan ouderen, die er maximaal 90 dagen per jaar verblijven. Deze vormen van opvang zijn vaak ook een respijtoplossing voor de mantelzorger, die even op adem kan komen.

Alternatieven

Daarnaast zijn er ook verschillende woonvormen voor ouderen. Serviceflats of assistentiewoningen bieden huisvesting aan ouderen die nog zelfstandig kunnen wonen en geen continue verzorging nodig hebben. Ook groepswonen of intergenerationeel wonen behoren tot de mogelijkheden. Zo zijn er bijvoorbeeld de Abbeyfield-huizen, waarbij elke oudere zijn eigen kamer of studio heeft, maar ook in een gemeenschappelijke ruimte kan vertoeven. Kangoeroewonen, waarbij een ouder echtpaar en een jonger echtpaar hetzelfde huis

delen, en het verhuren van een kamer aan studenten in het huis van een oudere zijn andere mogelijke woonvormen. Pas als het thuiswonen echt onmogelijk wordt en de zorgafhankelijkheid zwaarder wordt, kunnen ouderen terecht in een woonzorgcentrum (ROB of RVT) voor permanente opvang en verzorging.

Protocolakkoorden

Het ouderenbeleid vergt dus een geïntegreerde benadering van zorgafhankelijkheid, met voldoende ondersteunende zorg voor ouderen op alle niveaus. De overheid is zich hiervan bewust en probeert een samenhangend plan op te stellen om aan ieders behoefte te beantwoorden. Hiervoor heeft een interkabinettenwerkgroep de laatste jaren enkele protocolakkoorden afgesloten. Het eerste protocolakkoord (1998 – 2002) betrof vooral de reconversie van 25.000 ROB-bedden in RVT-bedden. Het tweede (2005-2010) maakte het voor de Gewesten en de Gemeenschappen mogelijk om, naast die conversie, vrijwillig middelen te investeren in innoverende zorgprojecten voor ouderen. Het derde protocolakkoord moedigt aan om nog verder te gaan in de ontwikkeling van alternatieve verzorgingsvormen en de omkadering van zorgbehoevende ouderen. Instellingen en organisaties uit de residentiële en thuissector kunnen dankzij dit akkoord een financiering krijgen voor projecten hierrond. Tot eind 2014 zijn er 52 projecten in uitvoering (begonnen in 2010) en na een tweede oproep werden er nog eens 24 weerhouden die in september van start zullen gaan voor nog eens 4 jaar. Deze projecten beogen voornamelijk de begeleiding van kwetsbare ouderen door ondersteuning te bieden aan 'case managers', personen die het zorgplan van hulpbehoevende ouderen opvolgen, en door psychologische en ergotherapeutische hulp aan te bieden.



Hellen Smeets

hellen.smeets@mloz.be

Mantelzorgers eindelijk erkend... maar hoe?

Vroeger bestond er geen specifiek beleid rond mantelzorgondersteuning, maar in juni 2014 werd de eerste federale wet gepubliceerd die een erkenning toekent aan de mantelzorger. Het begrip 'mantelzorger' is dus voortaan gedefinieerd en het doelpubliek geïdentificeerd. De vraag tot erkenning gebeurt door een verklaring op eer van de mantelzorger aan het ziekenfonds, die elk jaar vernieuwd moet worden door de mantelzorger(s) met het akkoord van de hulpbehoevende. De invulling van de wet is nog minimaal: het is enkel een symbolische erkenning en veronderstelt geen speciaal statuut. Er zijn dus geen rechten aan verbonden, noch aan de vaststelling van zware hulpbehoevendheid via evaluatietools, noch aan de erkenningsprocedure. Dit zal deel uitmaken van volgende Koninklijke Besluiten.

Joëlle Josse, Expert

Gezocht: een ziekenhuisfinanciering op maat van de huidige zorgnoden!

Gewijzigde zorgnoden, een veelheid aan financieringsbronnen, ... Gezien de complexiteit en het gebrek aan transparantie van de huidige ziekenhuisfinanciering dringt een grondige reflectie over deze problematiek zich op. Verschillende actoren buigen zich over deze hervorming, maar ook de Onafhankelijke Ziekenfondsen geven graag hun mening!



Christian Horemans



Regina De Paepe

In maart 2013 gaf Minister van Volksgezondheid Onkelinx aan dat de regering wil evolueren naar een prospectief, forfaitair ziekenhuisfinancieringssysteem op basis van de ziektebeelden. In oktober publiceerde het KCE dan een lijvig rapport waarin het de ziekenhuisfinanciering van 5 landen vergeleek en stelde minister Onkelinx een stappenplan voor de hervorming voor. Het doel: een voorstel dat in 2015 goedgekeurd wordt om dan in 2016-2017 in voege te treden. Alvoorens het zover is, zal er echter eerst nog een stevig open debat worden gevoerd. Een discussie waaraan de Onafhankelijke Ziekenfondsen hun steentje willen bijdragen. Onze experts zijn te rade gegaan bij verschillende ziekenhuizen, artsen en academici aan beide kanten van de taalgrens en op basis daarvan

hebben ze een strategische nota opgesteld. Regina De Paepe en Christian Horemans geven tekst en uitleg!

Waarom is de huidige ziekenhuisfinanciering zo achterhaald?

Regina De Paepe - Het duale financieringssysteem van vandaag is voorbijgestreefd omdat het de ziekenhuizen aanzet tot volume draaien via de nomenclatuur om zo de structurele onderfinanciering via het Budget der Financiële middelen (BFM) op te vangen. Dat resulteert in onnodige medische kosten. Bovendien verandert het zorgprofiel van de patiënten. De vergrijzing, de toename van chronische ziektes, ...: het zorgenorganisatiemodel zal moeten evolueren naar onder meer een

multidisciplinaire aanpak en het financieringsmodel kan dus niet achterblijven.

Christian Horemans - Er zijn vandaag 'winstgevende' diensten in het ziekenhuis die andere verlieslatende diensten ondersteunen. Zo is de ziekenhuisapotheek momenteel de derde grootste inkomstenbron van ziekenhuizen, onder meer door kortingen van farmaceutische firma's. Het systeem van de structurele onderfinanciering is dus helemaal ontspoord en we zijn van mening dat die situatie moet worden rechtgetrokken.

Daarnaast kampt de ziekenhuissector ook met een overaanbod...

C. H. - Het ziekenhuislandschap in België is inderdaad heel breed. We moeten ons dus de vraag durven

te stellen hoe we de ziekenhuisdiensten beter kunnen spreiden en hoe we de overcapaciteit kunnen aanpakken. Daarvoor moeten we vertrekken vanuit een strategisch plan dat een onderscheid maakt tussen dringende, niet-dringende en hooggespecialiseerde zorg. Bij dringende zorg, bv. bij een hartaanval, moet een patiënt kunnen terugvallen op een ziekenhuis in de nabije omgeving, maar voor niet-dringende zorg niet. Je hebt geen 4 ziekenhuizen nodig op een vierkante kilometer die allemaal dezelfde, dikwijls hooggespecialiseerde zorg aanbieden. Wij pleiten daarom voor de centralisering van gespecialiseerde zorg in referentiecentra die doordacht verspreid zijn over het Belgische grondgebied. Wij vinden dat de overheid een referentiekader moet creëren voor een efficiënte spreiding en een centralisatie van de ziekenhuisdiensten. Daarna is het aan de ziekenhuizen zelf om binnen dat kader tot een akkoord te komen. Pas als dat niet lukt, moet de overheid ingrijpen.

R. D. - De wettelijke mogelijkheden om over te schakelen naar een kleiner aantal ziekenhuiscentra bestaan, maar weinig ziekenhuizen zijn voorstander van fusies, samenwerkingsverbanden,... Ook bij de patiënten is trouwens een mentaliteitswijziging nodig. Iedereen wil bv. een dienst pediatrie om de hoek, maar zoiets kan jammer genoeg niet.

En welk financieringsmodel is nodig in het toekomstige gezondheidszorglandschap?

R. D. - Eerst en vooral is het belangrijk om de huidige zorgnoden als uitgangspunt te nemen. Alvorens te sleutelen aan de financiering, moeten we eerst de doelstellingen ervan bepalen. Om zowel tegemoet te komen aan de acute noden en de noden van chronisch zieken, pleiten we dus voor een gemengd systeem. Voor acute, gestandaardiseerde ingrepen of zorg waarbij evidence based

medicine (EBM) en gevalideerde zorgprocessen centraal staan, hebben we nood aan een All-in financiering. Voor chronische zorg is dan weer een multidisciplinaire en geïntegreerde aanpak nodig die je kan vatten in een zorgpad/traject -financiering. Ten slotte is er ook nog een derde aspect: bij hooggespecialiseerde zorg als oncologie evolueren we naar een gepersonaliseerd zorgplan. In dat geval is er uiteraard geen forfaitair systeem mogelijk.

C. H. - Bij de berekening van de forfaits ijveren we er trouwens voor om niet louter te kijken naar de historische uitgaven, maar naar de werkelijke prijs van een behandeling. Op dat vlak is het PACHA-project van de ULB een interessante denkoefening: een aantal Franstalige ziekenhuizen hebben met alle verstrekkers rond een bepaalde ingreep overlegd hoeveel de reële kostprijs ervan zou moeten bedragen, los van de huidige nomenclatuur.

R. D. - Daarnaast zijn we ook niet afkerig van het behoud van een stukje 'zuiver honorarium'. Dat slaat op een zuivere vergoeding van de intellectuele akte van de verstrekker, zonder materiaal-kosten, logistieke kosten, enz. Op die manier kunnen we het profiel van de arts blijven volgen om een 'kwaliteitsoutcome' te meten. En verstrekkers worden van hun kant ook gestimuleerd om binnen het ziekenhuis te blijven werken.

Hoe kan dat financieringsmodel bijdragen tot de zorgkwaliteit?

R. D. - We moeten ons in eerste instantie focussen op een zorgmodel op maat van de noden van de patiënten. Het financieringsmodel dat er aan gekoppeld wordt, moet incentives bevatten die kwaliteit en efficiëntie belonen. Naast de basisfinanciering moeten er dus ook bonussen komen voor Pay For Quality en Pay For Performance.

C. H. - Zorgkwaliteit kan je ook niet zomaar opleggen aan de verstrekkers. Je moet ze betrek-

ken bij een kwaliteitsproject, zoals dat van de kwaliteitsindicatoren. Op die manier raken ze meer betrokken bij de beleidskeuzes van de ziekenhuizen.

En welke ondersteunende rol kunnen de ziekenfondsen spelen in het ziekenhuislandschap?

C. H. - Eerst en vooral kunnen wij een belangrijke rol spelen bij het monitoren van de verstrekte zorg op basis van de factuurgegevens. Zo houden we de vinger aan de pols van de correctheid van de zorg en kunnen we signalen geven als er zaken moeten worden bijgestuurd. Daarnaast kunnen we ook zowel de ziekenhuizen als de patiënten ondersteunen bij een ziekenhuisopname. We kunnen onder meer instaan voor de zorgcontinuïteit door patiënten te begeleiden na hun ontslag uit het ziekenhuis middels thuiszorg, mantelzorg, ... Ook in het opname- en ontslagmanagement kunnen we onze duit in het zakje doen. Ten slotte kunnen we ook bijdragen tot een transparante communicatie over ziekenhuisgegevens. Zo beschikken we over twee belangrijke tools: 4CP en Costhop. Via de eerste kunnen ziekenhuizen de behandeling van hun facturen en betalingen opvolgen en met de tweede kan de patiënt de kostprijs van een veel voorkomende ingreep berekenen en de supplementen en remgelden vergelijken van verschillende ziekenhuizen.



Propos recueillis par Steven Vervaeke



Ontdek de volledige nota over de rol en de financiering van het ziekenhuis in het gezondheidslandschap van morgen op www.mloz.be

Het debat

Burgerparticipatie in tijden van tanende solidariteit... Een goed idee?

29% van de Belgen vindt dat rokers met longkanker geen terugbetaling mogen krijgen zoals de anderen. Daarnaast is 28% van mening dat een levensnoodzakelijke behandeling niet kan bij 85-plussers. Vormen die cijfers een bedreiging voor de solidariteit? En is de inspraak van burgers in het gezondheidsbeleid wel een goed idee in het licht van die resultaten? Ilse Weeghmans, directeur van het Vlaams Patiëntenplatform, en Nele Van den Cruyce, Knowledge Manager van de Stichting tegen kanker, buigen zich over deze vragen!

In het kader van 50 jaar ziekteverzekering voerde het RIZIV een grootschalig bevolkingsonderzoek bij meer dan 2.000 Belgen over verschillende thema's van de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen. Daaruit bleek dat een grote meerderheid voorstander is van een breed en solidair verzekeringspakket. Die solidariteit kent echter haar grenzen, want volgens Prof. Mark Elchardus (VUB), die het onderzoek leidde, leven er bij de burgers een aantal bekommernissen die net een bedreiging vormen voor de solidariteit. Zo vindt tot een derde van de Belgen dat er bij de terugbetalingen rekening moet worden gehouden met de levensstijl en bestaat de neiging om bepaalde groepen gewoon uit te sluiten van de sociale zekerheid.

Hoe kijken jullie aan tegen deze opvattingen?

Ilse Weeghmans - Toen ik die cijfers voor het eerst las, schrok ik uiteraard een beetje. We kunnen niet ontkennen dat die 'eigen schuld, dikke bult'-filosofie aan ons solidariteitsprincipe knaagt. Toch moeten we een grote kanttekening plaatsen bij die resultaten. De studie toont namelijk ook aan dat een grote meerderheid voorstander is van een breed en solidair verzekeringspakket. De vele positieve resultaten mogen we dus niet onder de mat vegen.

Van den Cruyce: Klopt, de meeste mensen staan nog altijd volledig achter het universele solidariteitsprincipe van onze ziekteverzekering. Dat stelt me deels gerust. Niettemin is die neiging tot uitsluiting een zorgwekkende

trend. Het gaat namelijk vaak om delicate, ethische keuzes met ernstige gevolgen waar volgens mij moeilijk een grens in te trekken valt. Wat met mensen die de hele dag achter hun pc zitten op het werk en de dagelijkse beweegnorm niet halen? En mogen mensen met een erfelijke vorm van kanker nog kinderen krijgen? Want ook dat zijn vormen van risicodrag. Hoe ver kan je daar in gaan? Bovendien spelen verschillende factoren mee bij een ongezonde levensstijl. Het is veel te kort door de bocht om te zeggen dat iemand er bijvoorbeeld voor kiest om te roken of overgewicht te hebben. Dat is een complexe problematiek die ook sociaal, cultureel en medisch bepaald is.

Brengt die neiging tot uitsluiting de deelname van burgers aan het gezondheidsbeleid dan in het gedrang?

Van den Cruyce: Het hangt er in de eerste plaats van af hoe je die deelname definieert en waar we de grenzen leggen. Sommige problematieken zijn zo complex dat zelfs de experts ter zake soms tussen de bomen het bos niet meer zien. Onze globale gezondheidszorg moet echter gedragen worden door de maatschappij. Het is dus zeker belangrijk om burgers te betrekken bij kwesties over het gezondheidssysteem. Eerst en vooral moeten we hen duidelijk informeren over de werking van



Ilse Weeghmans

directrice de la fédération flamande des associations de patients

dat systeem en de reële impact ervan op mensen. Die sensibilisering kan al een gedeeltelijke remedie vormen tegen de neiging tot uitsluiting.

Weeghmans: Het komt er inderdaad op aan om de bevolking nog meer en beter te informeren. Ook rond de stigmatisering van chronisch zieken en arbeidsongeschikten is er nog veel werk aan de winkel. De studie toonde namelijk ook aan dat vele mensen sociale fraude vermoeden. Sommigen begrijpen niet dat iemand een invaliditeitsuitkering krijgt, maar toch nog z'n gras kan afrijden. Terwijl je aan mensen met MS of CVS soms moeilijk kan zien dat ze ziek zijn. Bovendien krijg je niet zomaar een uitkering, daar zit een heel systeem van controlemechanismen achter. Daar is niet iedereen van op de hoogte. Ziekenfondsen, verstrekkers, patiëntenverenigingen, ...: alle actoren uit de gezondheidszorg moeten hun duit in het zakje doen om die beeldvorming aan te pakken.

En hoe zien jullie dat concreet?

Van den Cruyce: De Koning Boudewijnstichting organiseert tot het einde van het jaar debatavonden over de studie van Elchardus. Die lijken me het uitgelezen moment om de deelnemers te sensibiliseren over de gevaarlijke gevolgen van leefstijldifferentiatie en uitsluiting. Het kan misschien ook geen kwaad om het bredere publiek nogmaals te herinneren aan de kernwaarden van onze sociale zekerheid en de ontstaansgeschiedenis van onze ziekteverzekering. Zeker in het licht van de vergrijzing die op ons afkomt. Mensen leven langer, er zijn meer ouderen dan jongeren en de kans op ziekte stijgt nu eenmaal met het ouder worden. Dan is het belangrijker dan ooit om aan sensibilisering rond solidariteit te doen.

Weeghmans: Ook de populaire media spelen een belangrijke rol. Denk maar een boodschap van algemeen nut op televisie of radio. Of een soap waarin iemand voorkomt met een chronische



Nele Van den Cruyce

Knowledge Manager Fondation contre le Cancer

ziekte die op het eerste gezicht niet ziek lijkt. Ik ben geen communicatiespecialist, maar dergelijke acties kunnen volgens mij de beeldvorming rond levensstijl en ziekte aanzienlijk bijspijkeren bij een breed publiek. Debatavonden zijn ook zeer boeiend en noodzakelijk, maar daar komen enkel mensen op af die al geïnteresseerd zijn en vertrouwd zijn met ons gezondheidssysteem. Het is belangrijk dat de volledige Belgische bevolking zoveel mogelijk geïnformeerd wordt.

En welke rol zien jullie dan weggelegd voor de bevolking?

Weeghmans: We moeten eerst en vooral een onderscheid maken tussen patiënten en burgers. Chronisch zieken beschikken over heel veel ervaring rond hun ziekte. Zij weten als geen ander hoe ze met hun aandoening moeten omgaan. Dat is natuurlijk geen technische kennis, maar ze kunnen zich bijvoorbeeld wel uitspreken over de meerwaarde van een geneesmiddel op vlak van gebruiksvriendelijkheid. Dat zijn specifieke beslissingen binnen het gezondheidssysteem. Als het gaat om kwesties over de globale gezondheidszorg, kan je dan weer de volledige bevolking bevragen. Bij ethische keuzes en het bepalen van het bredere kader van onze gezondheidszorg is er overleg nodig met de volledige maatschappij. Dat is een belangrijk onderscheid. Van den Cruyce: Het is inderdaad noodzakelijk om in discussie te gaan over ons gezondheidssysteem. Onze gezondheidszorg moet blijven evolueren en daarvoor is een debat nodig met alle stakehol-

ders, inclusief de bevolking. En het mag daarbij niet enkel gaan over financiële aspecten en solidariteit in de enge zin van het woord. Ik vind dat het begrip 'levenskwaliteit' veel te weinig aan bod komt. Denk maar aan bepaalde levensverlengende behandelingen: die zijn vaak inderdaad heel duur, maar we mogen niet uit het oog verliezen wat de patiënten soms winnen aan levenskwaliteit door zo'n behandeling. In de kosten/baten-verhouding moet je ook rekening houden met dat aspect. Patiënten zijn als ervaringsdeskundigen het beste geplaatst om deze specifieke informatie aan te leveren. Het is ook aan organisaties zoals de onze om deze stem te laten horen op het beleidsniveau.

Mogen burgers zich dan niet uitspreken over terugbetalingen en dergelijke?

Weeghmans: Ik vind dat je individuele burgers kan betrekken bij dergelijke beslissingen als het gaat over acute zorg. Denk bijvoorbeeld aan de terugbetaling van een uitstrijkje om baarmoederhalskanker op te sporen. In dat geval gaat het niet om een chronische ziekte en kan je in overleg gaan met alle burgers. Ziekenfondsen zouden daarbij kunnen optreden als tussenpersoon, aangezien ze dicht bij hun leden staan. Als het daarentegen over chronische aandoeningen gaat, lijkt het me logischer dat je overlegt met vertegenwoordigers van patiëntenverenigingen.



propos recueillis par **Steven Vervaeet**
steven.vervaeet@mloz.be



Is het internet het ideale medium voor gezondheidspromotie?

Gezondheidsprofessionals kunnen er niet langer omheen: het internet is onvermijdelijk geworden om informatie te verspreiden én om aan gezondheidspromotie te doen. Toch roept de inschakeling van dit massamedium veel vragen op: is gedragsverandering via deze weg echt mogelijk? Hoe kunnen we de impact meten van online publicaties? En is het internet nu de hemel of de hel voor wie gezond gedrag wil promoten? Enkele experts uit de sector geven hun mening.

W il je een zo groot mogelijk aantal personen bereiken, dan kan je niet buiten het internet en de sociale media. Op gezondheidsvlak is het internet een echte must geworden: 47% van de Belgische gezinnen (met toegang tot het internet) zoekt online informatie op over gezondheid. Alleen al in ons land gaan bijna 5 miljoen mensen minstens een keer per dag online. Delphine Matos da Silva, projectleider bij de vzw Omtrent Gezondheidpas, een communautaire gezondheidspromotiedienst, schat de waarde van 'het viraal gaan' hoog in. Een bericht kan in enkele muisklikken tijd de wereld rondgaan, waarbij het profiteert van de geloofwaardigheid en de kwaliteitsgarantie die we hechten aan de 'likes' van onze vrienden en kennissen. Het internet heeft meer dan één voordeel: online informatie opzoeken over gezondheid is snel, hypertoegankelijk en volledig betrouwbaar. Dr. Google raadplegen voor of na een doktersbezoek is al lang geen taboe meer: we doen het allemaal wel eens.

Een uitdaging

Bijna iedereen zoekt op het internet informatie op over gezondheid... en toch vertrouwt niemand het echt. De toename van het aantal interactieve diensten en websites over gezondheid en welzijn, lijkt nochtans samen te vallen met het groeiend initiatief van de internetgebruikers om hun gezondheid in eigen handen te nemen. "Bepaalde merken hebben dit goed begrepen en aarzelen niet om de dunne lijn tussen informeren en promoten te bespelen", legt David Heard uit, Chef van het departement van de campagnes bij het INPES (het Franse instituut voor gezondheidspreventie en -educatie).

Yelp, sociaal netwerk van de dienst volksgezondheid

Sociale netwerken worden vaak beschouwd als plaatsen waar zo'n beetje alles en niets wordt uitgewisseld. Je vindt er echter ook informatie terug die heel nuttig is voor de volksgezondheid. Dat blijkt alvast uit het experiment dat het Departement van gezondheid en hygiëne in de stad New York deed. Een van de missies van deze dienst is om gevallen van voedselvergiftiging en de restaurants waar het gebeurde, in kaart te brengen. Tot voor kort kon deze dienst enkel rekenen op de informatie die rechtstreeks verstuurd werd door de personen die het hadden meegemaakt. Weinig mensen namen echt de tijd om hen goed te informeren. De hygiënediensten hebben echter vastgesteld dat heel wat gebruikers van Yelp niet aarzelden om melding te maken van de twijfelachtige hygiëne van bepaalde restaurants of de spijsverteringsproblemen die ze eraan hadden overgehouden. Op de website, die nog niet zo bekend is in België, kan je elk restaurant waar je gaan eten bent een commentaar of een waardering geven. In samenwerking met de universiteit van Colombia en Yelp hebben de hygiënediensten een pilootproject gelanceerd om de geposte commentaren te scannen op basis van enkele sleutelwoorden die verwijzen naar de symptomen van voedselvergiftiging. De resultaten bleken erg overtuigend en zorgden voor inspecties die flagrante gevallen van ernstige nalatigheid op vlak van properheid en hygiëne aan het licht brachten.

De professionals uit de gezondheidspromotiesector worden geconfronteerd met twee uitdagingen: enerzijds is er een grote vraag naar informatie over gezondheid op het internet en anderzijds is het aanbod misschien wel groot genoeg, maar is er onvoldoende garantie dat de informatie ook echt betrouwbaar is. "Er duiken eindelijk kwaliteitslabels op," legt Delphine Matos da Silva uit. "In de Franse gemeenschap heb je bijvoorbeeld 'HONcode' of 'Promosantenet'. Ze blijven echter onvoldoende bekend en beperken zich tot de sites die zelf een label aanvragen".

Ik 'like' dus ik ben

Het internet dringt door tot alle lagen van de bevolking en staat al een tijdje op gelijke voet met de grote massamedia, ergens tussen radio en televisie in. Bij jongeren is het internet zelf populairder dan televisie. "Jongeren onderhouden een passionele relatie met het internet," verklaart David Heard. "Wil je hen bereiken, dan moet je dus langs het internet passen. YouTube is de tweede belangrijkste zoekmotor na Google. Mensen zijn dus eerder geneigd om filmpjes op te zoeken dan geschreven inhoud. Wat niet betekent dat ze niet meer lezen, helemaal niet, ze willen er gewoon graag beelden bij."

Overtuigende, aantrekkelijke of grappige informatie publiceren, is tegenwoordig niet meer genoeg om je doelpubliek te bereiken. "De mensen vertellen wat ze wel en niet mogen doen en wat gevaarlijk is, werkt niet meer. Ze willen discussiëren en hebben een plek nodig waar ze samen informatie kunnen delen."

Evaluatie

Via het internet en de social networks kan je heel wat informatie over gezondheid op een goedkope manier verspreiden, maar daarmee ben je nog niet zeker of je met je publicatie ook je doel bereikt hebt. Volgens Delphine Matos da Silva van de vzw Omtrent Gezondheidspas is het door het grote aantal sociale determinanten erg moeilijk om de globale impact van een gezondheidsboodschap (zowel op internet als via een klassieke drager) op de individuele gedragsverandering te meten. Neem nu het voorbeeld van sigaretten: het is niet omdat we de risicofactoren van sigaretten kennen, dat we daarom automatisch ons gedrag aanpassen aan de criteria van volksgezondheid." Natuurlijk bestaan er tools waarmee je tendensen kan afleiden op vlak van frequentie, de soort van gedownloade pagina's enz. "Het moeilijke is om kwaliteits- en resultaatsindicatoren op te stellen waarmee de impact van een actie geëvalueerd kan worden", legt Jean Luc Manise uit, expert in sociale media en directeur van een permanente educatiedienst.

Beantwoordt het web dan echt aan alle doelstellingen op vlak van gezondheidspromotie? Jean-Luc Manise vindt van niet. "Voor efficiëntie moet je niet bij het internet zijn. Wil je resultaat, dan kan je best actoren in het veld sensibiliseren via het verenigingsleven, de maatschappelijk werkers, het PMS enz., digitaal ondersteund door een online bibliotheek, een interactieve informatietool, een ludieke site of een serieus spel. De combinatie van actie in het veld met digitale ondersteuning werkt het best."



Nathalie Renna

nathalie.renna@mloz.be

Een voorbeeld uit Frankrijk over het aankaarten van seksualiteit bij jongeren

Twee jaar geleden gingen onze Franse bureaus van het INPES een ware uitdaging aan: seksuele gezondheid aankaarten bij jongeren via de website onsexprime.fr. "De website bekendmaken bij jongeren was geen makkie," legt David Heard uit. "Vooral hun aandacht trekken is niet zo eenvoudig. We wouden hen aanspreken in hun eigen taal en via hun eigen communicatiekanalen. Het agentschap waarmee we samenwerkten, stelde ons voor om een web-serie van 6 afleveringen te maken en elke week één aflevering te publiceren op drie verschillende plaatsen: YouTube, Facebook en op onze eigen website. Voor de web-serie, 'PuceauX' genaamd, kozen we voor een opvallend verhaal: twee jongeren die op het punt staan om hun eerste seksuele ervaring te beleven, vragen zich af of ze wel goed genoeg gaan kunnen presteren. Eén van

hen krijgt het lumineuze idee (dat gelukkig bij een idee blijft) om bij wijze van oefening een pornofilm te draaien. Het is een avontuurtje dat jongeren met een heleboel vragen confronteert en ons de kans geeft om met hen in discussie te gaan. De resultaten van de campagne konden per medium niet méér van elkaar verschillen. Op Facebook, dat geen anoniem medium is, kwam er nauwelijks discussie op gang, maar het leverde wel veel 'verkeer' op met de website. YouTube, een anoniem medium waar iedereen een pseudoniem heeft, zorgde dan weer voor weinig clicks op de site, maar leverde wel enorm veel discussies op die heel interessant waren voor ons, omdat we heel veel stereotiepe ideeën konden ontcrachten. De campagne kende een enorm succes, maar vergde wel veel 'human resources'."



Dialogo tussen artsen en patiënten van buitenlandse origine

Een moeizame weg?

Als huisarts krijg je zowat dagelijks patiënten over de vloer met een verschillende origine, taal en geloofsovertuiging. De taalbarrière staat een productief gesprek vaak in de weg. Gelukkig bestaan er hulpmiddelen en tools om de dialoog tussen artsen en patiënten van buitenlandse origine vlotter te laten verlopen.

In 2012 was de bevolking van buitenlandse origine in België goed voor 1.169.064 personen. Het ging daarbij voornamelijk om Italianen, Fransen en Nederlanders. Daarnaast was er ook sprake van 86.054 personen van Marokkaanse afkomst, 56.075 Polen en 39.430 Turken. Het aandeel buitenlanders verschilt per gewest: 32,6% in Brussel, 9,7% in Wallonië en 7,1% in Vlaanderen. Deze cijfers hebben enkel betrekking op personen met de buitenlandse nationaliteit. Er wordt dus geen rekening gehouden met degenen die ondertussen de Belgische nationaliteit gekregen hebben.

Grote diversiteit aan patiënten

De patiënten komen van overal: sinds de immigratiegolven uit Azië, Afrika en vooral Oost-Europa komen er in bepaalde

Belgische wijkgezondheidscentra soms 80 verschillende nationaliteiten over de vloer. De huisartsen blijken niet altijd over de juiste middelen te beschikken om met deze patiënten om te gaan. Het taalprobleem wordt als de grote

Certaines maisons médicales ont des patients de plus de 80 nationalités différentes

boosdoener gezien. Een gesprek voeren verloopt vaak moeizaam, niet alleen om de klacht te begrijpen waarvoor ze op raadpleging komen, maar ook om de socio-culturele en persoonlijke context van de persoon te begrijpen.

Valt er een lijn te trekken in de gezondheidstoestand van personen van buitenlandse origine en meer specifiek van buiten Europa? Blijkbaar wel. Uit een rapport op vraag van de Belgische overheid uit 2011* blijkt dat bepaalde verschillen zich uiten in typische gezondheidsproblemen:

- Personen van Turkse of Marokkaanse oorsprong lopen een groter risico op chronische aandoeningen dan Belgen. De prevalentie van diabetes type 2 ligt ook veel hoger, zeker bij vrouwen.
- Personen van buitenlandse origine, die soms in moeilijke omstandigheden leven, lijden vaker aan gewrichtsproblemen, problemen met geestelijke gezondheid en spijsverteringsproblemen.
- Vrouwen van buitenlandse origine krijgen vaker te maken met ongewenste zwanger-

*Rapport réalisé par l'UCL et le Centre pour l'égalité des chances - chiffres 2013 de l'immigration en Belgique.

schappen en laten zich vaak veel later opvolgen. Ze zijn ook vaker het slachtoffer van seksueel of huiselijk geweld. Ze krijgen moeilijker toegang tot de verzorging, aangezien ze minder mogelijkheden hebben om de taal onder de knie te krijgen.

- Bij deze personen is preventie ook veel minder aanwezig. Bij vrouwen is er nauwelijks sprake van preventie zoals een

mammografie, de opsporing van baarmoederhalskanker en de preventie en opvolging van chronische ziektes zoals een hoge bloeddruk en diabetes.

Communicatie- hulpmiddelen

Om artsen en verzorgingspersoneel te helpen om de communicatie te verbeteren met

hun buitenlandse patiënten die de taal niet spreken, werden verschillende tools en initiatieven op poten gesteld.

- De bemiddelaars: voornamelijk interculturele bemiddelaars en vertalers-tolken.
- De opleidingen: bedoeld om de huisartsen de nodige skills bij te brengen om hun therapeutische relatie te verbeteren met de patiënten van buitenlandse

Getuigenis



Dr. Jean De Greef, huisarts

“Preventie is een moeilijke opdracht”

Dokter Jean De Greef geeft ook raadplegingen in het kader van Kind en Gezin.

Welke verschillen merk je op tussen je raadplegingen in het kabinet en die voor Kind en Gezin?

In mijn kabinet krijg ik veel patiënten van de Europese gemeenschap op bezoek, met wie er zich geen taalbarrière voordoet. Ze praten meestal voldoende Frans of Engels om een efficiënte behandeling mogelijk te maken. Ik heb wel enkele patiënten van Maghrebijnse of Turkse origine, maar van de tweede generatie, ze zijn dus geschoold en spreken perfect Frans. Een groot verschil met mijn raadplegingen bij Kind en Gezin, waar ik met heel wat personen van buitenlandse origine te maken krijg en met wie de communicatie veel moeilijker verloopt, omdat ze nauwelijks Frans, Nederlands of Engels praten.

Wat moeten we ons voorstellen bij de raadplegingen bij Kind en Gezin?

We doen aan preventie, voornamelijk vaccinaties, en in principe verlenen we geen curatieve verzorging. Ik vind het veel moeilijker om een preventieve boodschap aan iemand over te brengen dan hem te verzorgen. Komt er iemand met een wonde, dan kan ik die gewoon verzorgen, tonen hoe het moet en uitleggen wat ze zelf kunnen doen. Zonder vertaler is het echter zo goed als onmogelijk om aan een moeder uit te leggen die geen woord Frans spreekt, hoe en wanneer ze fruit en groenten moet beginnen opnemen in de voeding van haar baby en uit te leggen welke vaccins ze haar kind moet geven! Het risico op een foute inname van geneesmiddelen of een verkeerde behandeling is bovendien te groot.

Met welke bevolkingsgroepen krijg je bij Kind en Gezin te maken?

Heel veel Marokkanen, Turken en Tunesiërs, maar ook veel nieuwkomers uit Oost-Europese landen als Oekraïne, Roemenië of Polen. Wat typisch is voor mijn raadplegingen bij Kind en Gezin, is dat ik voornamelijk in contact sta met moeders en enkel aan preventie doe. De taalbarrière is er duidelijk voelbaar. Het is zo erg dat Kind en Gezin beslist heeft om een vertaaldienst op te richten. Als we te maken krijgen met een gezin dat nauwelijks Frans praat, dan kunnen we per telefoon of ter plaatse een beroep doen op een vertaler Frans-Russisch, Frans-Arabisch... Bijna alle combinaties zijn mogelijk om de boodschap te kunnen overbrengen.

Zijn deze vertaaldiensten efficiënt?

Ja! Ze zijn een tiental jaren geleden van start gegaan met een beperkt aantal vertalers. Ondertussen zijn het er steeds meer en het werkt heel goed! Soms maken we gebruik van beeldmateriaal of pictogrammen ter ondersteuning, maar die hebben ook hun beperkingen. In bepaalde situaties doen we een beroep op het internet, maar dat gebeurt maar zelden. Soms zijn er ook oudere, geschoolde kinderen die met hun mama meekomen en als tolk fungeren. Je mag ook niet vergeten dat er heel wat personen ongeletterd zijn, wat voor extra problemen zorgt. Het zou nog beter zijn als we meer personeel van buitenlandse origine hadden!

origine en om hen te helpen om deze patiënten en hun aparte manier van klachten formuleren en hun visie op het zorgsysteem te begrijpen.

- Referentiesites: deze online platformen leveren de artsen zowel theoretische als praktische informatie over de specifieke aandoeningen of de aangepaste behandeling van patiënten met verschillende culturele referenties.
- Informatiebrochures: dit soort materiaal kan meerdere doelstellingen hebben, zoals de arts helpen bij een of ander aspect van de tenlasteneming van de patiënten van buitenlandse origine, bv. hen informeren over een aandoening of een bijzondere behandelingswijze of hem een tool leveren om zijn rol binnen gezondheidspromotie te vergemakkelijken.

Aangepast materiaal produceren

Het is ongetwijfeld iets waar de huisartsen heel vaak naar vragen. Op korte termijn is dit ook de meest haalbare optie, aangezien er in België of in het buitenland al documenten bestaan die specifiek gericht zijn op de huisartsenpraktijk of die eraan aangepast kunnen worden. Voor iedereen dezelfde toegang tot geneeskundige verzorging!


Pascale Janssens
pascale.janssens@mloz.be

Enkele pistes

Interculturele bemiddeling binnen de gezondheidszorg

Foyer vzw is een tweetalige vereniging uit Brussel die actief is binnen het domein van de integratie van de bevolkingsgroepen van vreemde origine. De vzw heeft een ploeg van 12 interculturele bemiddelaars ter beschikking, die werkzaam zijn in de kabinetten voor medische raadpleging of die via de computer of per telefoon bijstand verlenen.

 **Hamida Chikhi, Foyer vzw**, hamida.chikhi@foyer.be et 02 410 75 81

Interculturele bemiddeling via computer

Dit project werd opgericht door de Cel Interculturele Bemiddeling in de ziekenhuizen van de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de voedselketen en Leefmilieu. Er wordt samengewerkt met een veertigtal ziekenhuizen en in 17 talen.

 **Hans Verrept, Cel Interculturele Bemiddeling – FOD Volksgezondheid** – hans.verrept@gezondheid.belgie.be – 02 524 86 07

Ba-bel

Ba-Bel is een telefonische tolkdienst die gesteund wordt door de Vlaamse regering in het kader van een sociaal tolkennetwerk. Hierbij zijn een tiental tolken betrokken die hulp bieden aan mensen die een integratietraject volgen. De tolkdienst richt zich vooral tot de sociale sector, maar ook artsen kunnen er een beroep op doen.

 www.vlaamsetolkentelefoon.be

“Zeg het met spreuken en zegswijzen – Interpretatie als toegevoegde waarde bij interculturele Bemiddeling”

Deze brochure van 56 blz. is bedoeld voor verzorgend personeel en geeft een overzicht van de punten waarop men in het bijzonder moet letten om goed begrepen te worden door de patiënt en om er zeker van te zijn dat de patiënt de raadgevingen correct zal opvolgen.

 **Hamida Chikhi, Foyer vzw**, hamida.chikhi@foyer.be et 02/410.75.81

“Cultuursensitieve zorg”

Dit netwerk is momenteel actief in Antwerpen, Brussel en Gent en heeft als doel zorgverstrekkers te sensibiliseren voor de specificiteit van de zorg voor patiënten van andere origine, en om hun kennis hierover te verruimen. Hoewel men zich vooral tot gezondheidsprofessionals richt, wordt ook samengewerkt met mensen die bijvoorbeeld integratietrajecten begeleiden.

 www.pigmentzorg.be/search-content?search=cultuursensitieve+zorg

Meer pistes en informatie in het rapport ‘Voor een betere dialoog tussen huisartsen en patiënten van andere origine – Overzicht van de bestaande hulpmiddelen’ van de Koning Boudewijnstichting. Kijk op www.kbs-frb.be

243.066

hospitalisations en 2011
étaient liées à un diag-
nostic pour une affection
du système musculaire
ou du tissu conjonctif.

Cellule Technique de traitement
de données relatives aux hôpitaux.

Parler du cancer pour le vivre différemment

Vivre sa sexualité malgré la maladie, affronter la perte et le deuil d'un proche, parler du cancer à son enfant. Autant de thèmes concrets traités dans un cycle de conférences de l'asbl Cancer et Psychologie. Celles-ci se tiendront d'octobre 2014 à juin 2015 à la Fondation contre le Cancer.

www.canceretpsy.be

57,4%

Des patients étrangers dans les hôpitaux belges
viennent des Pays-Bas (2013).

Observatoire de la Mobilité des patients.

Vlaams transitieplan dementie

Tegen 2020 zal hun aantal personen met dementie in Vlaanderen met een derde stijgen en een omvang bereiken die onze huidige samenleving grondig zal beïnvloeden. Om hierop te anticiperen, heeft Vlaams Minister van Welzijn Vandeuren het Vlaams transitieplan 'dementiekundige basiszorg in het thuismilieu' gelanceerd. Het transitieplan wil eerst en vooral personen met dementie die thuis wonen beter begeleiden en een antwoord bieden op hun fysieke, psychische en sociale noden. Daarnaast focust het zich ook op de noden van de mantelzorgers. Ook de Onafhankelijke Ziekenfondsen engageren zich in het transitieplan. Zo wordt er één Vlaams intermutualistisch contactpunt voor dementie opgericht, waar zorgverleners terecht kunnen als ze merken dat personen met dementie of hun mantelzorgers nood hebben aan een vaste begeleider vanuit het ziekenfonds. Ook kunnen maatschappelijke werkers een speciale opleiding genieten om personen met dementie nog beter te kunnen begeleiden.

www.dementie.be

Nieuwe ontspanningsweek met de Onafhankelijke Ziekenfondsen

Van 3 tot en met 9 november 2014 vindt de volgende gezondheidsweek plaats in Dunepanne, het zorgverblijfcentrum van de Onafhankelijke Ziekenfondsen. Tijdens die week worden er groepsateliers georganiseerd door therapeuten waarin lichaam, omgeving en geest de uitgangspunten vormen. Daarnaast is er ook tijd voor individuele welzijnsmomenten, met massages of specifieke verzorging. De gezondheidsweken zijn toegankelijk voor iedereen.

Meer info op www.dunepanne-mloz.be

Hospitalisaties in de psychiatrie: te veel en te lang?

De uitgaven voor geneeskundige verzorging van patiënten, opgenomen in de psychiatrie, zijn zeer hoog in België. Hoe komt dat? Het aantal bedden is hoog, de duur van sommige ziekenhuisverblijven is lang en er zijn niet genoeg alternatieve opvangstructuren. De Onafhankelijke Ziekenfondsen hebben de bijzonderheden van deze hospitalisaties en van de patiënten in een psychiatrische omgeving bestudeerd.

Tussen 2008 en 2012 werden 31.021 leden van de Onafhankelijke Ziekenfondsen gehospitaliseerd in een psychiatrische omgeving. Tijdens de geobserveerde periode (vijf jaar) werden de leden op zijn minst 1 keer als volgt gehospitaliseerd: opname in de **psychiatrische dienst van een algemeen ziekenhuis** ("psychiatrische dienst"); opname in een **psychiatrisch ziekenhuis**; verblijf in een **psychiatrisch verzorgings-tehuis** (PVT) of in een **beschutte woonvorm** (BW). Het zijn vooral deze instellingen die zich bekommeren om psychiatrische stoornissen in België (voor meer details, lees de kadertekst over de 'opvangstructuren').

Verdeling van de psychiatrische bedden binnen de gewesten

Er zijn veel psychiatrische bedden in België: 144 bedden op 100.000 inwoners, duidelijk meer dan in onze buurlanden (ongeveer 100 bedden voor 100.000 inwoners). Als we de psychiatrische verzorgingstehuizen en de beschutte woonvormen meerekenen, dan loopt het aanbod zelfs op tot 208 bedden voor 100.000 inwoners.

Het aantal psychiatrische bedden is het hoogst in Vlaanderen, ongeacht de soort van instelling: 14.485 bedden, in vergelijking met 6.582 in Wallonië en 2.217 te Brussel.

Er zijn nog andere verschillen van gewest tot gewest, wat de soorten van instellingen betreft: **het gros van de psychiatrische bedden in Vlaanderen en Wallonië (58%) is terug te vinden in psychiatrische ziekenhuizen** (in Brussel is dat maar 40%). Nog in Brussel is 1 psychiatrisch bed op 4 terug te vinden in de psychiatrische dienst van een algemeen ziekenhuis, in Vlaanderen is dat 1 op 10.

Een andere opvallende vaststelling is het grote aantal ziekenhuisbedden voor een langdurig verblijf (bedden T): 47,9% in Vlaanderen, 41,9% in Wallonië, en 21,9% te Brussel. Dit zou te verklaren kunnen zijn door het beperkte aantal alternatieve oplossingen voor de betrokken patiënten.

Op te merken valt evenwel dat het globale aantal psychiatrische ziekenhuisbedden de laatste jaren lichtjes gedaald is (behalve in Brussel). Deze daling is vooral voelbaar bij de bedden in psychiatrische diensten in

Tabel 1

	Brussel		Wallonië		Vlaanderen		België	
	aantal	in %	aantal	in %	aantal	in %	aantal	in %
Psychiatrische dienst	580	26,16%	1.147	17,96%	1.316	9,10%	3.043	13,09%
Psychiatrisch ziekenhuis	874	39,42%	3.789	57,83%	8.379	57,92%	13.042	56,08%
BW	506	22,82%	787	12,01%	2.774	18,74%	4.067	17,49%
PVT	257	11,59%	829	12,19%	2.016	14,24%	3.102	13,34%
Totaal	2.217		6.552		14.485		23.254	
Psychiatrische bedden/ 100.000 inwoners	124		138		151		144	
Psychiatrische bedden, PVT en BW inbegrepen /100.000	189		184		226		208	

Gegevens afkomstig van het Planbureau (psychiatrische bedden 2014) en van Eurostat (bevolking 2013)

Vlaanderen. Het aantal bedden in psychiatrische ziekenhuizen is daarentegen stabiel gebleven. Sommige van die bedden werden toegewezen aan initiatieven artikel 107 (projecten die bedoeld zijn om ziekenhuisbedden te sluiten en om ze te vervangen door ambulante zorg).

Ondanks het grote aantal psychiatrische bedden in België, stellen we vast dat er **nauwelijks psychiatrische bedden beschikbaar zijn voor kinderen** jonger dan 15 jaar. In Wallonië gaat het om 6,1% voor een populatie van 17,7%, in Vlaanderen om 4%, voor een populatie van 16,1%. In Brussel beantwoordt het aanbod in termen van psychiatrische bedden voor kinderen (14%) wel aan de betrokken populatie van kinderen (19%).

Kenmerken van de psychiatrische patiënten

- De studie van de Onafhankelijke Ziekenfondsen had betrekking op **31.021 personen**. De verhouding mannen/vrouwen schommelde naargelang de soort instelling, **maar de mannen hadden de bovenhand, zeker in de psychiatrische verzorgingshuizen en in de beschutte woonvormen**.

Tabel 2

Jaar	Psychiatrische dienst		Psychiatrisch ziekenhuis		PVT		BW	
	M	V	M	V	M	V	M	V
2012	47%	53%	54%	46%	62%	38%	65%	35%

- De gemiddelde leeftijd in een PVT (57 jaar) is hoger** dan in de andere soorten van instellingen (slechts 45 jaar).
- Het percentage van de **individuele verhoogde verzekeringstegemoetkoming (RVV) genieten, is duidelijk veel hoger bij personen die in een psychiatrische instelling verblijven** dan binnen de totale bevolking (14%): 33,9% in een psychiatrische dienst, 45,6% in een psychiatrisch ziekenhuis, 90% in een PVT en 82% in een BW. Dit is te verklaren door het hoge percentage van individuen zonder een beroepsinkomen, vooral in PVT's en BW's.

Kenmerken van de verblijven in een psychiatrische omgeving

Hoewel het gros van de psychiatrische bedden zich in psychiatrische ziekenhuizen (56%) bevindt, vindt de helft van de verblijven plaats in de psychiatrische dienst van een algemeen ziekenhuis.

Over het bestudeerde tijdvak van vijf jaar, zien we dat **veel patiënten van de ene instelling naar de andere verhuizen**. Dit valt vooral op bij de patiënten, gehuisvest in PVT's (41%) en in BW's (77%), die immers geregeld opgevangen worden in het ziekenhuis, bij crisissituaties.

Tabel 3

	Aantal individuen	Aantal eenmalige verblijven	% eenmalige verblijven
Psychiatrische dienst	15.677	11.569	73.69%
Psychiatrisch ziekenhuis	13.923	9.422	67.57%
PVT	522	308	59.00%

Duur van het verblijf

Wij hebben de duur van het verblijf in een ziekenhuis apart bestudeerd in de psychiatrische diensten en de psychiatrische ziekenhuizen. Gezien de bijzondere aard van de PVT's en de BW's is het immers logisch dat de patiënten lang in dergelijke instellingen verblijven. Over het bestudeerde tijdvak (vijf jaar) heeft de bestudeerde populatie 63.505 verblijven gekend in een psychiatrisch ziekenhuis of in een psychiatrische dienst (gemiddeld 2 verblijven per persoon). We hebben voor deze studie geen rekening gehouden met de patiënten die zonder onderbreking in een instelling gebleven zijn tijdens de observatieperiode van vijf jaar (2% van de betrokken personen).

Voor die psychiatrische verblijven¹, kregen we de volgende spreiding:

- In psychiatrische ziekenhuizen zijn de gemiddelde verblijfsduur (69 dagen) en de mediaanduur (32 dagen) hoger dan die in een psychiatrische dienst (respectievelijk 26 en 15 dagen). Dit is logisch, want hun opdrachten verschillen.
- In een psychiatrisch ziekenhuis vindt 83% van de verblijven plaats in een dienst A en 10% in een dienst T. De gemiddelde duur van het verblijf in een dienst A bedraagt 63 dagen per patiënt, in vergelijking met 108 dagen in een dienst T.
- In een psychiatrische dienst bedraagt de gemiddelde verblijfsduur in een dienst A 24 dagen. Minder dan 2% van de verblijven vindt plaats in een dienst T en de gemiddelde verblijfsduur is er 84 dagen.
- Er zijn verschillen van gewest tot gewest, qua verblijfsduur. De gemiddelde verblijfsduur in een psychiatrische dienst van een algemeen ziekenhuis is met 31 dagen het langst in Wallonië, gevolgd door Brussel (26 dagen) en pas daarna Vlaanderen (21 dagen). In een psychiatrisch ziekenhuis is de gemiddelde verblijfsduur daarentegen het langst in Vlaanderen (76 dagen), gevolgd door Wallonië (66 dagen) en Brussel (58 dagen).

De kostprijs van een opname in de psychiatrie

Om de kostprijs van de psychiatrische verblijven in verschillende instellingen te kunnen vergelijken, hebben we de **kosten berekend voor een verblijf van een maand**. Voor de PVT's en de BW's gaat het

¹ De verblijven die bestudeerd werden, zijn de verblijven tussen 2008 en 2012; onze maximumduur bedraagt dus 5 jaar.

² Sommige verblijven werden niet meegerekend, omdat onze database niet weet in welk gewest het verblijf plaatsgevonden heeft

Tabel 4

Duur van psychiatrische verblijven

Gemiddelde	A	Laagste kwartiel	Mediaan	Hoogste kwartiel	90ste centiel	Onderkant VI 95% voor het gemiddelde	Bovenkant VI 95% voor het gemiddelde
49	63.505	6	22	50	114	48	49

Tabel 5

Verblijfsduur in een psychiatrische dienst

Gewest	Geobs. aantal	Gemiddelde	Laagste kwartiel	Mediaan	Hoogste kwartiel	90ste centiel	Onderkant VI 95% voor het gemiddelde	Bovenkant VI 95% voor het gemiddelde
B	9.043	26	1	16	30	56	25	27
V	11.337	21	3	12	27	49	21	22
W	9.195	31	5	17	32	64	30	32

Tabel 6

Verblijfsduur in een psychiatrisch ziekenhuis

Gewest	Geobs. aantal	Gemiddelde	Laagste kwartiel	Mediaan	Hoogste kwartiel	90ste centiel	Onderkant VI 95% voor het gemiddelde	Bovenkant VI 95% voor het gemiddelde
B	5.836	58	14	29	61	126	55	60
V	14.030	76	10	36	90	189	74	78
W	13.930	66	11	32	72	151,5	64	68

om de kostprijs van individuen die in een dergelijke instelling verbleven hebben tijdens de volledige observatieperiode (minimaal vijf jaar), omdat we zo de kostprijs van individuen die lange tijd in de instelling verbleven hebben, zo goed mogelijk benaderen. Het persoonlijke aandeel van de patiënt in niet inbegrepen.

- **Het is in de psychiatrische diensten van de algemene ziekenhuizen dat de gezondheidsuitgaven ten laste van de sociale zekerheid het hoogst zijn (gemiddeld € 10.339 per maand)**, gevolgd door de psychiatrische ziekenhuizen € 4718). In de PVT's en de BW's, zijn de kosten veel lager, maar de patiënt blijft er dan weer veel langer. In alle instellingen geldt dat de verpleegdagprijs en de toezichtshonoraria de voornaamste onderdelen zijn van de kostprijs (91 à 95%). Daarbovenop, komt de prijs van de klinische biologie en de medische beeldvorming in de psychiatrische diensten van algemene ziekenhuizen (5,5% van de kosten).
- **Het aandeel van de geneesmiddelen in de kostprijs* is beperkt:** 1,5% in een psychiatrische dienst, 1,8% in een psychiatrisch ziekenhuis, 4,7% in een PVT en 7,5% in een BW.

Conclusies

- **Het aanbod aan psychiatrische bedden is zeer (te?) hoog in België:** 144 bedden, per 100.000 inwoners en het loopt zelfs op tot 208, als we rekening houden met de psychiatrische verzorgingstehuizen (PVT's) en de beschutte woonvormen (BW's). Dit overaanbod illustreert de 'hospitalo-centristische' trend in de psychiatrische zorg in België.
- **Een niet te verwaarlozen minderheid (5%) van de psychiatrische patiënten wordt langer dan een jaar verzorgd in het ziekenhuis.** 2% van de leden van de Onafhankelijke Ziekenfondsen verblijft zelfs langer dan vijf jaar in het ziekenhuis, hoewel de patiënten waarschijnlijk ten laste zouden kunnen worden genomen in een alternatieve zorgstructuur! Het is duidelijk dat de ziekenhuizen en psychiatrische diensten in dit geval meer doen dan wat hun opdracht bepaalt.
- **Er bestaan wel degelijk structuren voor een langdurig verblijf (PVT en BW) en dergelijke verblijven kosten minder aan de sociale zekerheid dan een verblijf in het ziekenhuis.** Het is wel zo dat hun aantal ontoereikend is, als ze het hoge aantal lange verblijven in het ziekenhuis zouden moeten compenseren.



Ingrid Umbach et Vanessa Vanrillaer

Dienst Studies & Strategie Onafhankelijke Ziekenfondsen

Tabel 7

Kostprijs van de psychiatrische verblijven voor het RIZIV

	Gemiddelde kostprijs	Gemiddelde verblijfsduur (in dagen)	Berekening voor 30 dagen
Verblijf PVT (individuen, aanwezig gedurende de volledige periode)	37.295	365	3.108
Verblijf BW (individuen, aanwezig tijdens de volledige periode)	20.054	365	1.671
Verblijf in een psychiatrisch ziekenhuis	10.852	69	4.718
Verblijf in een psychiatrische dienst	8.960	26	10.339

* De prijzen van de geneesmiddelen verschillen in functie van de verblijfplaats: ziekenhuisforfait vs open apotheken.

De mening van de Onafhankelijke Ziekenfondsen



Meer alternatieve oplossingen, in plaats van een ziekenhuisopname

De geestelijke gezondheid is een essentiële component van de gezondheid, dat herhaalde ook de WGO in april 2014. In het licht van de evolutie de laatste jaren, moet er zeker bijzondere aandacht uitgaan naar de opnames omwille van psychische stoornissen. De prevalentie van die ziektes blijft maar toenemen en de kosten die ermee gepaard gaan, zijn aanzienlijk.

De lengte van de verblijven in een dienst T (bedoeld voor sociale reïntegratie) en het grote aantal bedden in dergelijke diensten tonen aan dat er **te weinig alternatieven** zijn voor een bepaalde groep van patiënten. **Een ziekenhuisopname mag niet altijd de voorkeuroplossing zijn!**

De zesde staatshervorming heeft bovendien voor een opsplitsing gezorgd in federale en regionale bevoegdheden. De psychiatrische verzorgingstehuizen (PVT's) en de beschutte woonvormen (BW's) zijn voortaan materies die beheerd worden door de gewesten, terwijl de ziekenhuizen federaal blijven. De impact van deze transfers

van bevoegdheden op de soorten van verzorging, verleend aan de patiënten, zal dus geanalyseerd moeten worden (zullen de gewesten niet geneigd zijn om patiënten door te verwijzen naar de ziekenhuizen, als hun budget niet zou volstaan om de patiënten op te vangen in PVT's en BW's?)

Er moet ook een globale reflectie komen over de optimalisering van de zorg die toegediend wordt aan gehospitaliseerde patiënten, dit met het oog op een goede tenlasteneming van die laatsten. Het is in dit kader nodig om **alternatieve oplossingen te ontwikkelen voor de patiënten, en vooral om de initiatieven te bestendigen**. In het kader van artikel 107, lopen al een aantal projecten, met het oog op de ontwikkeling van zorgvormen buiten het ziekenhuis (opvolging thuis, etc). De evaluatie van deze projecten zal hopelijk uitmonden in een veralgemening van die initiatieven die het best beantwoorden aan de noden van de patiënten, zonder de sociale zekerheid nodeloos op kosten te jagen.

De verschillende opvangstructuren

Er bestaan in België 4 soorten instellingen die zich bekommeren om psychiatrische stoornissen. Elke instelling heeft haar eigen opdrachten en doelstellingen.

1. **De psychiatrische dienst van een algemeen ziekenhuis.** Acute of subacute tenlasteneming van psychiatrische aandoeningen, waarvoor een kortdurende hospitalisatie vereist is, met het oog op een observatie of het uitstippelen van een behandeling.
2. **Het psychiatrisch ziekenhuis.** De tenlasteneming van psychische stoornissen, op min of meer lange termijn in instellingen, die gespecialiseerd zijn in de behandeling van neuropsychiatrische aandoeningen.
De psychiatrische diensten en ziekenhuizen zijn georganiseerd in verschillende diensten die elk hun specifieke functie hebben:
 - **Bedden A: neuropsychiatrische dienst voor de observatie en behandeling van volwassenen (≥ 15 jaar),** voor een dringende interventie in crisissituaties, een observatie of een actieve behandeling. Dag en nacht.
 - **Bedden T: neuropsychiatrische dienst voor de behandeling van volwassenen (≥ 15 jaar),** toegespitst op sociale wederaanpassing. Dag en nacht.
 - **Bedden K: neuropsychiatrische dienst voor**
- kinderen (< 15 jaar), voor een dringende ingreep in crisissituaties, een observatie of een actieve behandeling. Dag en nacht.
- **Bedden Sp: psychogeriatrische dienst,** gespecialiseerd in de behandeling en de revalidatie van patiënten met psychogeriatrische aandoeningen.
3. **De psychiatrische verzorgingstehuizen (PVT).** Collectieve woonvorm, bedoeld voor mensen die lijden aan een gestabiliseerde chronische psychische stoornis en voor personen met een geestelijke handicap. Het is de bedoeling van de toegediende verzorging om een opname in een psychiatrisch ziekenhuis te vermijden (of om het verblijf in te korten).
4. **De beschutte woonvormen (BW's).** Leefomgeving waar men in groep woont, onder toezicht (3 à 10 personen per huis). Er zijn ook woonvormen waar de patiënt in een individuele studio verblijft. Het is de bedoeling van deze woonvorm om volwassenen op te vangen die psychosociale of psychiatrische problemen hebben en die toch een levensproject willen ontwikkelen binnen de plaatselijke gemeenschap.

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!

De gemiddelde kostprijs van een heelkundige ingreep bij discushernia

bedraagt **711 €** tijdens een daghospitalisatie
en **4.798 €** als het om een klassieke ziekenhuisopname gaat.

'Kostprijs van heelkunde bij een discushernia'

Chronisch zieken worden 3 keer vaker gehospitaliseerd en ze blijven 2 à 3 keer langer in het ziekenhuis dan niet-chronische patiënten. Patiënten met een psychose, de ziekte van Parkinson, de ziekte van Alzheimer of een geestelijk gezondheidsprobleem, blijven gemiddeld langer in het ziekenhuis dan andere patiënten (16 à 41 dagen, per jaar en per opname).



'Concentratie van de uitgaven voor de gezondheidszorg'



1 op de 2 rusthuisbewoners (53%) slikt antidepressiva en 1 op de 3 antipsychotica (36%), terwijl die percentages respectievelijk beperkt blijven tot 21% en 7% bij het geheel van de leden uit dezelfde leeftijdsgroep. De aankomst in het rusthuis leidt tot een stijging met 34% van het aantal personen dat behandeld wordt met antidepressiva. Die toename bedraagt zelfs 81% voor het aantal mensen dat behandeld wordt met antipsychotica. Vooral in de eerste 6 maanden na de opname in het rusthuis zijn deze stijgingen merkbaar.

'Analyse van het gebruik van geneesmiddelen in rusthuizen'



De kostprijs van geneeskundige verzorging gaat de hoogte in en de kosten die gepaard gaan met een bevalling, ontsnappen niet aan die trend. Men zou de honorariumtoeslagen en de kamersupplementen voor bevallingen in een eenpersoonskamer moeten begrenzen. Keizersnede of niet, de kostprijs van een bevalling is en blijft zeer hoog voor de patiënte. Zeker als ze kiest voor een eenpersoonskamer, om toch iets meer intimiteit te hebben (groot aantal bezoekers, de baby bij zich kunnen houden,...). De Onafhankelijke Ziekenfondsen raden aan om de honorariumtoeslagen en de kamersupplementen te begrenzen in dit welbepaalde geval.

'De ziekenhuiskostprijs van een bevalling in België'



Ontdek al onze studies op www.mloz.be!

Door Pascale Janssens - pascale.janssens@mloz.be

De Europese prioriteiten volgens de Belgische ziekenfondsen

Na een jarenlange financiële crisis is er meer dan ooit nood aan een sociaal beleid in Europa. Een belangrijke uitdaging voor het nieuwe Europese Parlement en de nieuwe Europese Commissie. In hun memorandum stellen de Belgische ziekenfondsen alvast duidelijk hun prioriteiten voorop!

Als er inkt vloeit over Europa in de pers, gaat het voornamelijk om financieel-economisch nieuws. Ook in de gezondheidssector en de sociale economie is de invloed van Europa echter niet te onderschatten. Daarom publiceerden de Onafhankelijke Ziekenfondsen, samen met de andere ziekenfondsen, een memorandum met de titel 'De mutualiteiten in Europa: welke prioriteiten?'. Met dit document willen ze de leden van het Europese Parlement en de Europese Commissie sensibiliseren over hun prioriteiten voor de volgende jaren!

6 prioriteiten voor Europa

In hun memorandum schuiven de Belgische ziekenfondsen de volgende 6 prioriteiten naar voor:

- 1. Het mutualiteitsmodel promoten als bestuursmodel:** de mutualiteiten in Europa dekken ongeveer de helft van de Europese burgers en garanderen een betaalbare toegang tot gezondheidszorg. Een erkenning van het mutualistische model middels een statuut van Europese mutualiteit is dan ook van groot belang.
- 2. Investeren in een actieve ondersteuningspolitiek** ten voordele van de sociale diensten van algemeen belang (SDAB): er is nood aan een gepast juridisch kader voor de SDAB die een essentiële rol spelen in de sociale economie en die verschillen van commerciële dienstverleners.
- 3. Een geneesmiddelenbeleid** ten voordele van de patiënten verdedigen: meer overleg en transparantie rond de prijsbepaling van geneesmiddelen, alsook oordeelkundige besluitvorming via Health Technology Assessment (HTA) zijn belangrijke prioriteiten op Europees niveau.
- 4. De gezondheidszorg optimaliseren:** het promoten en het vereenvoudigen van de toegang tot eHealth is essentieel. eHealth ondersteunt ook de grensoverschrijdende gezondheidszorg. Een goede bescherming van de persoonsgegevens is hierbij van groot belang. Bovendien moet gewaakt worden over een kwaliteitsvol, efficiënt en duurzaam gezondheidszorgsysteem.

5. De Europese benadering inzake preventie ondersteunen: Europa moet de lidstaten blijven stimuleren om meer in te zetten op preventie, waarbij ook stakeholders en de ziekenfondsen een belangrijke rol spelen. Innoverende initiatieven rond vergrijzing en chronische ziekten moeten blijvend ondersteund worden.

6. Strijden tegen ongelijkheden op het vlak van gezondheid en gezondheidszorg: er is nog te veel ongelijkheid in Europa: tussen man en vrouw, t.a.v. personen met een beperking en mensen die in armoede leven. Europa moet meer streven naar sociale inclusie en cohesie.

Colloquium

Op 20 juni 2014 organiseerden de Belgische ziekenfondsen een Colloquium om de ziekenfondsvertegenwoordigers te sensibiliseren over het belang van Europa, de noodzaak om de Europese besluitvorming op de voet te volgen en de belangrijke rol van de ziekenfondsen in een sociaal Europees beleid. Tijdens het rondetafelgesprek met de Europese parlementsleden Marie Arena (PS), Philippe Lamberts (Ecolo) en Philippe De Backer (Open VLD) werd duidelijk dat ook zij ervan overtuigd zijn dat Europa nood heeft aan een langetermijnvisie met een sociale dimensie na enkele jaren van zware besparingen door de financiële crisis. Met hun memorandum willen de ziekenfondsen alvast een 'checklist' aanbieden voor een sociaal Europa met een kwaliteitsvolle en betaalbare gezondheidszorg, waarbij een sterke sociale economie beschouwd wordt als een troef in plaats van als een obstakel in de interne markt.



Christian Horemans
Expert Affaires internationales



De volledige tekst van het intermutualistische memorandum kunt u raadplegen op www.mloz.be.

Passo Dello Stelvio: 'Diabetes doesn't stop us!'

Op 14 juni 2014 beklommen 7 mensen met prediabetes en 3 mensen met diabetes type 1 of 2 de Stelvio, een legendarische bergpas in de Italiaanse Alpen. In hun voorbereiding op de 'Passo Dello Stelvio' werden ze gedurende enkele maanden begeleid door Energy Lab. Aurélie Lampaert, projectcoördinator diabetespreventie van de Diabetes Liga, en Dr. Luk Buyse, sportarts en begeleider van het Stelvioteam, geven tekst en uitleg over deze bijzondere prestatie!

De Stelvio is een uitdaging voor elke fietser, maar wellicht nog iets meer voor (pre)diabetici...

Buyse: Klopt, elke fietser moet zich goed voorbereiden op een dergelijke beklimming. Het gaat namelijk om 21,5 klimkilometers, met een gemiddeld stijgingspercentage van 7,1%. Voor mensen met (pre)diabetes is sporten in het algemeen echter vaak de eerste uitdaging. De meeste (pre)diabetici bewegen te weinig en hebben een fout voedingspatroon, waardoor ze zwaarder worden en nog minder gaan bewegen. Met de 'Passo Dello Stelvio' willen we die vicieuze cirkel doorbreken. Eens ze de knop hebben omgedraaid, kunnen (pre)diabetici namelijk dezelfde uitdagingen aan als mensen zonder (pre)diabetes.

In welke mate bereiden ze zich dan anders voor?

Buyse: Vanwege hun vaak ongezonde levensstijl, starten mensen met (pre)diabetes meestal van nul. We beginnen met een grondig sportmedisch onderzoek en een inspanningstest met hartcontrole. Vaak hebben (pre)diabetici name-

lijk een verhoogd risico op hart- en vaatziekten. Daarna bouwen we hun programma heel rustig op, met respect voor de regels van periodisering, verhouding basis- en intensieve training, kracht- en uithoudingstraining, ... Een gedegen voedingsadvies en een goede opvolging van de prestaties en het gewichtsverlies vervolledigen het verhaal.

Eén van de deelnemers, Toon Wirix, bleek tijdens de voorbereiding zelfs prediabeet af te zijn.

Lampaert: Toon kreeg inderdaad tijdens de voorbereiding te horen dat zijn bloedsuikervwaarden waren genormaliseerd. De opvolgtest en scan bij Energy Lab kort voor de beklimming toonden ook duidelijk aan dat hij zijn fietsprestatie met bijna 40% had verbeterd. Toon is trouwens niet de enige (pre)diabeet van Team Stelvio die een indrukwekkende vooruitgang heeft geboekt. Alle deelnemers met (pre)diabetes hebben de verwachtingen overtroffen: verbeterde tot genormaliseerde glycemiewaarden, duidelijk gewichtsverlies, betere conditie, grotere spiermassa, ...

Zelf heeft u ook de Stelvio beklommen. Een unieke belevenis?

Lampaert: Het beklimmen van een col buiten categorie is een ervaring die moeilijk in enkele zinnen te vatten is. Zeker als beginnende fietser, zoals de rest van het team. Voor het eerst in je leven op eigen fietskracht zo'n mythische top bereiken, zorgt voor een zalig, euforisch gevoel.

Ook voor de Onafhankelijke Ziekenfondsen is diabetes een topprioriteit. Welke slotsom kunnen we trekken uit dit evenement?

De preventie van diabetes type 2 is voor iedereen een haalbare kaart. Dagelijks meer bewegen en gezond en gevarieerd eten, maken het verschil. Je moet daarom geen bergen beklimmen, maar uiteraard is het wel een unieke ervaring om de top van zo'n legendarische col te bereiken. Met een goede voorbereiding en dito medische begeleiding kan bijna iedereen zo'n uitdaging aan. Wij kijken alvast uit naar de editie 2015!



**Interview door
Steven Vervaeke & Piet Van Eenoooghe**



Passo Dello Stelvio is een initiatief van Golazo in samenwerking met de Diabetes Liga en ABD, met steun van de Onafhankelijke Ziekenfondsen - www.sport.be/passodellostelvio

Boeken

Het nut van de kindertherapeut in woord en beeld

Hoe vertel je als ouder aan je kind dat je voor hem of haar een afspraak wil maken bij de kindertherapeut? Hoe maak je als hulpverlener duidelijk hoe belangrijk psychotherapie kan zijn, ook voor de allerkleinsten? Omdat woorden vaak tekortschieten, reikt dit boek kinderen een combinatie van beeld en woord aan. Op die manier kunnen zowel ouders als hulpverleners op een speelse en heldere manier kinderen helpen te begrijpen



wat de kindertherapeut kan doen voor hen en hun gezin. Door samen in dit boek te grasduinen, wordt het belang van de kindertherapeut snel concreter. Bovendien is dit boek aangevuld met een 'draw-and-tell-techniek' om het te kunnen gebruiken op maat van elk kind!

Naar de kindertherapeut, Nicole Vliegen, Lieve Van Lier en Mark Borgions, Acco, 2014, 40 blz., ISBN 978-90-334-9534-2

Van genezen naar gezond houden

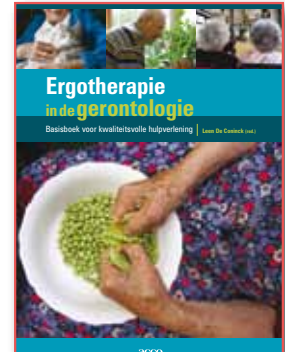
Van de 100 euro die we vandaag uitgeven aan gezondheidszorg, besteden we minder dan één euro aan ziektepreventie. Een vaststelling die voor Professor Oncologie en healthcare-trendwatcher Koen Kas een enorme doorn in het oog is. In 'Nooit meer ziek' katapulteert hij de lezer daarom naar een toekomst waar geneeskunde ons niet enkel geneest, maar ook gezond houdt, of ooit zelfs 'beter' maakt. Een toekomst waarin een arts ook fungeert als gezondheidscoach. Slimme sociale media, games, apps, onzichtbare sensoren: allemaal zullen ze een rol spelen in onze gezondheid. Nooit meer ziek zijn, kan dat? Op die vraag probeert dit boek een antwoord te formuleren!



Nooit meer ziek, Koen Kas, Van Halewyck, 264 blz., ISBN 978-94-613-12006-8

De ergotherapeut van vandaag en in de toekomst

De toenemende vergrijzing vormt een heuse uitdaging voor ergotherapeuten in de ouderenzorg. Senioren willen zo lang mogelijk autonoom blijven en het is aan de ergotherapeut om zoveel mogelijk tegemoet te komen aan hun veranderende behoeftes en wensen. Kortom, deze demografische transitie zorgt ook voor een evolutie binnen de ergotherapie. Daarom beschrijft dit boek wat een kwaliteitsvolle hulpverlening inhoudt voor de ergotherapeut van vandaag, onderbouwd door tal van methodische en evidence based-theorieën. Bovendien maken vele praktische voorbeelden het geheel herkenbaar voor zowel de beginnende als de ervaren ergotherapeut.



Ergotherapie in de gerontologie. Basisboek voor kwaliteitsvolle hulpverlening, Leen De Coninck, Acco, 300 blz., ISBN 978-90-334-9562-5

Hoe worden we ziek?

Ziek worden, niemand ontsnapt eraan. Maar hoe ontstaan ziektes en welke factoren (genetische aanleg, levensstijl, omgeving, ...) kunnen dit proces in de hand werken? Dit boek wil geen exhaustief overzicht bieden van alle mogelijke ziektes en aandoeningen, inclusief diagnostiek en mogelijke behandelingen. Lieven Dupont, hoofddocent aan de K.U. Leuven, probeert daarentegen de lezer inzicht te verschaffen in de verschillende mechanismen van ons lichaam om gezond te blijven en wat daarbij fout kan gaan, met ziekte tot gevolg. Hij beschrijft de verschillende vormen en oorzaken van ziektes en verweeft daarbij klinische en epidemiologische gegevens met biologie en fysiologie. Kortom, leerrijke en verhelderende lectuur voor iedere zorgverlener!



Ontstaansmechanismen van ziekten, Lieven Dupont, Acco, 2014, 256 blz., ISBN 978-90-334-9578-6

door **Steven Vervae** - steven.vervaet@mloz.be

Health Forum*, het magazine voor zorgprofessionals



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

Abonneer u gratis of abonneer uw collega's!
Surf naar www.mloz.be/abonnement

www.mloz.be

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

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

