

Health Forum

September 2015 · Nr. 23

Het magazine van de Landsbond van de Onafhankelijke Ziekenfondsen · driemaandelijks



Dossier

Wat zijn de nieuwe gezondheids- beroepen van morgen?

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



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



Omnimut Mutualité Libre de Wallonie

Rue Natalis 47 B
4020 Liège
www.omnimut.be



Partenamut

Mettewielaan 74/76
1080 Brussel
www.partenamut.be



Freie Krankenkasse

Hauptstrasse 2
4760 Büllingen
www.freie.be

Geneesmiddelen: een Pact dat de weg plaveit voor de toekomst

Eind juli hebben Maggie De Block en de twee voornaamste koepelorganisaties van de farmaceutische industrie* een Toekomstpact gesloten met een aantal opvallende nieuwigheden.

Dit Pact bestaat uit vier luiken (toegankelijkheid, groei en innovatie, deontologie, budgettaire duurzaamheid en voorspelbaarheid) en geeft voorrang aan de toegang tot innoverende therapieën. Tot grote vreugde van de Onafhankelijke Ziekenfondsen, want dat thema is een van onze stokpaardjes. Door de concurrentie te stimuleren over het segment dat niet langer onder patent staat, komt voortaan jaarlijks een budget van 350 miljoen euro vrij voor nieuwe geneesmiddelen.

Het Pact pleit ook voor een betere samenwerking op Europees niveau, zeker rond de weesgeneesmiddelen.

Dat zou moeten leiden tot een eenvoudiger en snellere toegang tot deze medicijnen en tot een betere prijsbedinging, wat zeker in het voordeel van de patiënt zal zijn. Dankzij structurele maatregelen zal de factuur van de patiënt in de komende jaren kunnen dalen (een verlaging van het supplement van de patiënt én van het prijsniveau van de geneesmiddelen die niet meer onder patent staan). De industrie krijgt zo ruimte voor groei en innovatie binnen een stabiel budgettair kader, gespreid over meerdere jaren.

Innoverende geneesmiddelen zijn een grote uitdaging voor de houdbaarheid van het gezondheidsstelsel. In dat opzicht is het ook een opsteker dat het Pact mechanismen wil steunen die meer garanties bieden op vlak van

efficiëntie. Dat geldt bv. voor de contracten die prestaties belonen ('Pay for Performance') of voor het gebruik van 'live' gegevens. Deze data maken het mogelijk om aanpassingen aan te brengen, wanneer nodig. Op vlak van kwaliteit kan de stimulerende van het gebruik van objectieve, onafhankelijke en wetenschappelijk onderbouwde informatie alleen maar bevorderlijk zijn voor een rationeler voorschrijfgedrag.

Er staan dus veel goede maatregelen in het Pact, maar een kleine kanttekening is wel aan de orde. In het hoofdstuk 'deontologie' belooft de industrie dat ze meer transparantie aan de dag zal leggen in haar relaties met zorgverleners en patiëntenorganisaties. Op zich goed nieuws, **maar het Pact zegt weinig**

of niets over de concrete reacties van de ondertekenaars, wanneer er zichtbaar misbruik zou worden gemaakt van een monopoliesituatie.

Overleg met de partners zal meer dan ooit nodig zijn om de slaagkansen van het Toekomstpact te vergroten. De Onafhankelijke Ziekenfondsen zullen de concrete implementatie van deze maatregelen met argusogen volgen.

*Pharma.be en Febelgen

Xavier Brenez

Directeur-generaal

van de Landsbond van de Onafhankelijke Ziekenfondsen



Dit Pact geeft voorrang aan toegang tot innoverende therapieën, tot grote vreugde van de Onafhankelijke Ziekenfondsen.

Hoofredactrice

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

Eindredactie

Steven Vervaeke en Lies Dobbelaere

Redactiecomité

Karima Amrous · Stéphanie Brisson · Ann Ceuppens · Annemie Coëme · Lies Dobbelaere · Christian Horemans · Pascale Janssens · Güngör Karakaya · Agnès Leclercq · Nathalie Renna · Piet Van Eenoooghe · Christiaan Van Hul · Emilie Vanderstichelen · Vanessa Vanrillaer · Rudy Van Tielen · Steven Vervaeke

Lay-out

Leen Verstraete · layout@mloz.be

Foto's

Reporters & Shutterstock

Vertaling

Annemie Mathues · Emilie Van Isterdael · Barbara Van Ransbeeck

Verantwoordelijke uitgever

Xavier Brenez · xavier.brenez@mloz.be

Health Forum

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

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

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

Inhoud

Nr. 23 September 2015

3 Edito

5 Wist u?

6 Dossier

Wat zijn de nieuwe gezondheidsberoepen van morgen?

13 Forum zorgverstrekkers

4CP: Eenvoudiger factureren voor zorgverstrekkers

Hypnose, welkom in het operatiekwartier

Nieuwe technologieën, sociale media, ...: wat mag (en wat mag niet)?

De adviserend geneesheer heeft de blues

20 Studies

Geneesmiddelenconsumptie bij astma

Evolutie van de prevalentie en de kostprijs van chronische ziektes

28 Event

Debat: geneesmiddelen, tegen elke prijs?

30 Kiosk

www.mloz.be

Dossier

Wat zijn de nieuwe gezondheidsberoepen van morgen?

De gezondheidszorg verandert voortdurend. Wijzigingen in de samenleving, maar ook politieke, technologische en budgettaire ontwikkelingen hebben een rechtstreekse impact op de patiënt en de professionals die hen begeleiden. Hierdoor ontstaat een nieuwe rolverdeling en zijn nieuwe manieren van werken nodig. Welke trends zijn kenmerkend voor de gezondheidssector van morgen? Hoe verandert de relatie tussen de patiënt en de zorgverlener? Welke andere partners treden op het voorplan?



6

Forum zorgverstrekkers

De adviserend geneesheer heeft de blues

Adviserend geneesheren krijgen steeds meer te maken met burn-out. Bij hun patiënten natuurlijk, maar ook bij zichzelf. Waarom gaan sommigen van hen eronderdoor? Hoe kunnen we hen helpen omgaan met de risico's van het vak, die soms zwaar doorwegen op hun professionele welzijn? En hoe kunnen ze een evenwicht vinden tussen de realiteit van hun werk en hun persoonlijke waarden?



18

Studie

Geneesmiddelenconsumptie bij astma

Astma is een chronische ontsteking van de luchtwegen die 5 à 10% van de Belgen treft (tussen de 500.000 en 1 miljoen personen). De prevalentie van gediagnosticeerde astma zou schommelen tussen 2 en 8%. De Onafhankelijke Ziekenfondsen hebben het geneesmiddelengebruik voor de behandeling van astma geanalyseerd bij hun leden.



20

20

Elk jaar zijn minstens 20 nieuwe geriateren nodig in België. Maar dat cijfer halen we jammer genoeg niet. Tussen 2010 en 2013 hebben slechts 28 artsen gekozen voor een specialisatie in de geriatrie. Daarom heeft het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) tips gepubliceerd om de specialisatie aantrekkelijker te maken bij beginnende artsen.

Colloquium over TTIP op 1 oktober 2015

TTIP, het vrijhandelsakkoord waarover de VS en de EU onderhandelen, is al het hele jaar een heet hangijzer. De mogelijke impact van TTIP op onze gezondheidszorg komt echter zelden aan bod in de discussies. **Wat zijn de gevaren van het arbitragemechanisme (ISDS) voor de bevoegdheden van de nationale overheden inzake gezondheidszorg?** Primeren de belangen van de farmaceutische industrie boven die van de patiënt en de ziekteverzekering? En wat met de diensten van algemeen belang? Om hierover klare wijn te schenken, organiseren de Belgische ziekenfondsen op 1 oktober 2015 (namiddag) een colloquium in het Europese Parlement in Brussel. Via enkele paneldiscussies tussen vertegenwoordigers van o.a. de ziekenfondsen, belangenorganisaties en de politieke en academische wereld zal getracht worden de mogelijke gevolgen te bevestigen of te ontkrachten.

Geïnteresseerd? Stuur dan een mail naar christian.horemans@mloz.be voor meer informatie.

Onafhankelijke Ziekenfondsen ondersteunen 'De Alzheimer Code'

Tegen 2050 zullen maar liefst 200.000 Vlamingen lijden aan dementie. Daarom organiseren verschillende organisaties in september en oktober 'De Alzheimer Code', een kunstenaarsproject dat deze aandoening in de kijker wil zetten. Ook de Onafhankelijke Ziekenfondsen zetten hun schouders onder deze actie! **'De Alzheimer Code' is een sociaal-artistisch initiatief: artistiek van opzet en idee, sociaal van inhoud.** Het project wil vooral de nieuwsgierigheid wekken rond wat de aandoening van de eeuw lijkt te worden. Op 18 september gaat 'De Alzheimer Code' van start in deSingel in Antwerpen met onder meer Warre Borgmans en Dimitri Leue. Daarna vinden er nog voorstellingen plaats in onder meer Museum Dr. Guislain (Gent), M-Museum in Leuven en Muntpunt (Brussel). Televisiezender Canvas pakt uit met 'Amour', de film over dementie van Michael Haneke. Voor kinderen en jongeren staan er workshops, doe-verhalen en thematische rondleidingen op het programma.

Meer info op www.alzheimercode.be!

Belg leeft 218 dagen langer

De levensverwachting van een baby die in 2014 in België werd geboren bedroeg 81,07 jaar. Dat meldt Belga. Dat is 218 dagen langer dan de levensverwachting in 2013. Dat meldt de FOD Economie. De toename komt onder meer **door een daling van het aantal geregistreerde overlijdens en de trage groei van de totale bevolking in ons land.** De vooruitgang was net iets sterker bij mannen (+228 dagen) dan bij vrouwen (+215 dagen). Het verschil tussen beide geslachten wordt steeds kleiner.

54.207

In 2014 hebben 54.207 Belgen gebeld naar het Antigifcentrum.



Dossier

Wat zijn de nieuwe gezondheidsberoepen van morgen?

Nieuwe functies, nieuwe organisatie

p.7

De patiënt en zijn zorgverleners als team

p.10

Mantelzorgers: een rol met toekomst
die ondersteuning verdient

p.12

Nieuwe functies, nieuwe organisatie

De gezondheidszorg verandert voortdurend. Wijzigingen in de samenleving, maar ook politieke, technologische en budgettaire ontwikkelingen hebben een rechtstreekse impact op de patiënt en op de professionals die hen begeleiden. Hierdoor ontstaat een nieuwe rolverdeling en zijn nieuwe manieren van werken nodig. Welke trends zijn kenmerkend voor de gezondheidssector van morgen? En zijn deze trends niet contradictorisch? Meer uitleg in deze beknopte, maar lang niet volledige samenvatting.

“Ik ben ervan overtuigd dat de Belgische gezondheidszorg er binnen 10 jaar helemaal anders uitziet!”, verklaart Jean Macq, onderzoeker bij de UCL. Volgens hem zullen verscheidene evoluties er toe leiden dat zowel de gezondheidsberoepen als de opleidingen veranderen. “Wij zien bijvoorbeeld dat bepaalde activiteiten die vroeger in het ziekenhuis werden uitgevoerd, nu in de eigen woning plaatsvinden. Het is belangrijk om deze verschuiving te kaderen in de hervorming van de ziekenhuisfinanciering”, verduidelijkt Macq. “De vergrijzing van de bevolking, een stijging van het aantal chronische ziekten en een toename van het aantal psychische aandoeningen hebben invloed op het profiel van de zorgbehoevende. Bovendien stellen we vast dat bij bepaalde segmenten van de bevolking het nodig is om naast verzorging ook aan gezondheidspromotie te doen. Er moet dringend iets gedaan worden aan de ongelijkheid tussen mensen op vlak van gezondheidszorg. Ook het profiel van de arts of verpleegkundige is niet meer hetzelfde als vroeger. We hebben niet langer aan de ene kant een alwetende arts en aan de andere kant de verpleegkundige die klakkeloos doet wat wordt gevraagd.”

Niet alleen komen er nieuwe functies bij, ook de rol van bepaalde beroepsmensen uit de gezondheidszorg verandert en evolueert. Dat is bijvoorbeeld het geval voor de rol van de liaisonverpleegkundigen, de ergotherapeuten, de voedingsdeskundigen of de psychologen. Maar er zijn ook nog andere beroepen die niet onmiddellijk betrokken worden bij de gezondheidszorg, maar toch een belangrijke rol spelen, zoals de gezondheidscoach of de lifestyle-coach. Andere beroepen staan dan weer dichter bij de gezondheidszorg, zoals de kwaliteitsbeheerders in het ziekenhuis. Zij zullen de komende jaren een alsmaar belangrijker rol gaan spelen.

Spanningen tussen huisarts en specialist

“Er is vooral vraag naar algemeen geneeskundigen”, vertelt Jean Macq. “Maar in het ziekenhuis zien we vooral dat er meer en meer gespecialiseerd wordt. Deze trends zijn contradictorisch en brengen spanningen met zich mee. In bepaalde sectoren stijgt het aantal specialisten enorm. Het is belangrijk dat we dit goed in de gaten houden.” Met andere woorden,

er mag geen kloof komen tussen de patiënt en de verschillende aandoeningen. Daarnaast moeten we ons ook de vraag stellen welke inhoud we aan elke nieuwe functie geven. Er bestaan praktijkondersteunende functies en tegelijk ook functies aan wie een deel van de opdrachten gedelegeerd zal worden.

Deze trends zijn stof tot nadenken en verscheidene actoren buigen zich dan ook over de materie. Ze bekijken de manier

waarop de zorg georganiseerd zou moeten worden en zoeken ‘nieuwe’ functies die als ankerpunt kunnen dienen voor de uitdagingen van de toekomst. Over die thema’s* zijn al meerdere studies en analyses gemaakt. Zo kunnen we nu al een tipje van de sluier oplichten.

Bepaalde activiteiten in het ziekenhuis verschuiven naar de thuisomgeving, een trend die moet gekaderd worden in de hervorming van de ziekenhuisfinanciering.

Case manager

De case manager of ‘casusbeheerder’ is een **professionaal die naast de behandelende arts optreedt**. Deze twee actoren verdelen hun taken, zowel de administratieve taken als de klinische behandelingen. In 2012 heeft het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) een document gepubliceerd waarin het de raad geeft om aan casusbeheer te doen. Dit blijkt vooral nodig bij patiënten met uiterst ingewikkelde behoeften, zoals mensen met chronische ziektes na het verlaten van het ziekenhuis of na een



Een nieuwe rol en een nieuwe plaats voor de apotheker.

acute fase. Het KCE merkt ook op dat de interventie van een case manager een gunstige invloed heeft op de zorgkwaliteit. Dit is vooral te zien bij bejaarden en patiënten die lijden aan dementie. De case manager is meestal een verpleegkundige, maar ook een maatschappelijk werker komt in aanmerking voor deze functie. Hij of zij treedt op in samenspraak met de patiënt en de huisarts.

Een lotgenoot

De vzw Psytoyens omschrijft deze functie als volgt: "Een lotgenoot is een gebruiker of ex-gebruiker van diensten voor mensen die psychisch kwetsbaar zijn. De lotgenoot maakt deel uit van een team dat psychologische en medisch-sociale hulpverlening aanbiedt. De taak van de lotgenoot is vooral het uitwisselen van ervaringen. Hij of zij heeft al dezelfde weg afgelegd als de patiënt en heeft het dus allemaal zelf meegemaakt." De lotgenoot is een bijzondere functie, want hij heeft zelf ervaring met een geestesziekte. Hij is dus als het ware een 'ervaringsdeskundige'. De lotgenoot **helpt de patiënt bij zijn of haar herstel en sociale re-integratie**. Deze functie is nauwelijks bekend in België, maar ze bestaat in Canada en de Verenigde Staten. In Vlaanderen zijn intussen wel al lotgenoten opgenomen in bepaalde zorgteams in Antwerpen en Gent. De functie is voornamelijk bekend binnen de geestelijke gezondheidszorg, maar kan zeker ook geïntegreerd worden in andere gezondheidsdomeinen. In Wallonië wordt er momenteel nog niet met lotgenoten gewerkt.

Praktijkassistent

Een praktijkassistent kan administratieve taken op zich nemen, zoals de opvolging van de medische dossiers, archivering, het onthaal van de patiënten, facturering, personeelsbeheer of het beheer van de resources. Maar ook medische taken kunnen door de praktijkassistent worden uitgevoerd. Denk maar aan uitstrijkjes nemen, wratten verwijderen, de bloeddruk

meten, de patiënt wegen... In België is de taakomschrijving van een praktijkassistent niet dezelfde als in Nederland. **Bij ons wordt de assistent vooral ingeschakeld als een administratieve hulp.** De fondsen Impulseo II en III financieren deze assistentie. In 2010 werd de functie uitgetest tijdens een pilootproject bij Vlaamse artsen. Sindsdien organiseert het Huis voor Gezondheid ook opleidingen van zes maanden.

Zorgcoördinator/netwerkcoördinator

Deze functies zijn niet nieuw, maar een stijging van het aantal zorgnetwerken bewijst de noodzaak van deze coördinatoren. Een studie van de Federatie van de Wijkgezondheidscentra omschrijft twee coördinatiefuncties. Bij de zorgcoördinatie wordt vooral aandacht besteed aan de patiënt. De coördinator moet goed vertrouwd zijn met de problemen zodat hij de zorg tussen de huisarts, het ziekenhuis en de diensten voor thuishulp en -bijstand kan coördineren. Daarnaast kan de coördinator ook fungeren als tussenpersoon tussen de professionals en de instellingen. Dan spreken we van de netwerkcoördinator. **Op termijn zal deze functie cruciaal worden binnen verscheidene zorgsectoren.**

Coördinator gezondheidspromotie

Het is niet gemakkelijk om deze functie te omschrijven omdat ze zowel preventie, gezondheidspromotie als algemene gezondheid omvat. Iedereen die betrokken is bij de gezondheidszorg kan deze rol op zich nemen. In de studie van de Federatie van de Wijkgezondheidscentra staat het volgende te lezen: "Alle verzorgers komen in aanmerking voor deze functie in het kader van een therapeutisch beroep, zelfs in een ziekenhuis is dit mogelijk." Er is nood aan een persoon die alles wat met gezondheidspromotie te maken heeft, kan coördineren. Die persoon kan werken binnen multidisciplinaire teams, maar bijvoorbeeld ook actief zijn op het niveau van een wijk of gemeente. Uiteraard zal diegene die deze taak op zich neemt, een opleiding nodig hebben en naar behoren gefinancierd moeten worden. **Hoe het beste aan gezondheidspromotie wordt gedaan, is een heikel punt.** Verschillende instanties bekvechten hier al jaren over en het debat is nog heviger geworden sinds de overdracht van de bevoegdheden. Los van de gezondheidspromotie, onderstreepte het RIZIV in een Witboek dat gepubliceerd werd in 2014, het belang van nieuwe beroepen. Op die manier kan de patiënt beter geïnformeerd en gesensibiliseerd worden. Dat is wat wordt omschreven als 'gezondheidswijsheid'. Het achterliggende doel is om de ongelijkheid tussen mensen op vlak van gezondheid weg te werken.

Huisapotheker

De rol van de apotheker is de laatste jaren sterk veranderd. Ook dit beroep is geëvolueerd naar een functie van 'huisapotheker'. Vaak wordt de apotheker gezien als een **zorgpartner in een multidisciplinaire context**. De apotheker heeft, zoals wordt benadrukt door de Algemene Pharmaceutische Bond, als fundamentele opdracht zijn patiënten te informeren en te adviseren, met het oog op de bevordering van een correct gebruik van geneesmiddelen en andere gezondheidsproducten. Daarnaast moet hij hen ook aansporen om gezond te leven. Het farmaceutische patiëntendossier (FPD) is een handige tool om deze opdracht te vervullen. Het FPD bevat alle gegevens over de levering van geneesmiddelen waarvoor een medisch voorschrift nodig is. Dit dossier kan ook andere informatie bevatten, zoals de aflevering van geneesmiddelen zonder voorschrift of het bestaan van allergieën. De apotheker is dus een belangrijke schakel in de keten van de gezondheidszorg. Alain Chassapierre, zelf apotheker, benadrukt dit. "Therapietrouw van de patiënt is een groot probleem en de

apotheker bevindt zich in een ideale positie om dit op te volgen en te beoordelen. Hij beschikt ook over de juiste tools om dit te doen."

De intermediaire zorglijn, 'lijn 0,5'

Deze functie werd omschreven in het Witboek dat het RIZIV heeft opgemaakt in samenwerking met Dokters van de Wereld. De achterliggende gedachte is dat in elke grote stad een zorglijn ingevoerd wordt. Deze zorglijn is een verzameling van de multidisciplinaire diensten en structuren die primaire geneeskundige verzorging aanbieden. **Deze zorg richt zich op kwetsbare groepen, die de traditionele eerste lijn niet kan bereiken.** Lijn 0,5 wil deze doelgroepen opnieuw integreren in de traditionele eerstelijnszorg. Beroepen zoals interculturele bemiddelaar of ervaringsdeskundige zouden hier een interessante rol kunnen spelen.



Stéphanie Brisson

stephanie.brisson@mloz.be

De ziekenfondsen van morgen: ontegensprekelijke partners

Om hun verantwoordelijkheden ten volle op te nemen en hun expertise ter beschikking te stellen van de overheid en hun leden, zouden de ziekenfondsen in de toekomst nieuwe rollen kunnen gaan spelen binnen bepaalde domeinen. Denk maar aan het informeren van de patiënten en het coördineren van de verzorging, het organiseren van een ontslag uit het ziekenhuis, het beleid voor socio-professionele re-integratie na arbeidsongeschiktheid, het promoten van een gezonde levensstijl of het begeleiden van de patiënten met het oog op een verbetering van de geneesmiddelenconsumptie. Op vlak van de evolutie van de gezondheidsneden, zullen de ziekenfondsen meer inspanningen moeten leveren voor chronisch zieken en zullen ze de evolutie naar chronische verzorging bij de patiënt efficiënter moeten programmeren en de afhankelijke en chronische patiënten beter moeten omkaderen en coachen. De ziekenfondsen zullen zich in de toekomst ook meer moeten toeleggen op het voorkomen van fraude en praktijken die aanleiding geven tot een grote hoeveelheid aan onrechtmatige prestaties of overconsumptie. En dan is er ook nog het meten van de kwaliteit, de performantie en financiële toegankelijkheid van de geneeskundige verzorging. Ten slotte kunnen de ziekenfondsen ook de verzekerden informeren over de kwaliteit van de verzorging en over de mutaties van het gezondheidssysteem, zodat ze hun gezondheid zelf meer in handen hebben (patient empowerment).



*Meer info!

- "Together we change. Eerstelijnszorg: nu meer dan ooit", Prof. Jan De Maeseneer (UGent), Prof. Bert Aertgeerts (KU Leuven), Prof. Roy Remmen (UA), Prof. Dirk Devroey (VUB).
- "Position paper: Organisatie van de zorg voor chronisch zieken in België", KCE, 2012.

Chronisch zorgmodel

De patiënt en zijn zorgverleners als team



Geert Goderis

De chronische patiënt die zelf de leiding neemt rond zijn medische verzorging en een beroep kan doen op een multidisciplinair team van zorgverleners, georganiseerd in regionale netwerken. Dat is de basis van het chronisch zorgmodel. Dit model heeft de zorgtrajecten geïnspireerd en moet een antwoord bieden op de explosie aan chronisch zieken. Geert Goderis, onderzoeker aan het Academisch Centrum voor Huisartsgeneeskunde van de K.U. Leuven, belicht die nieuwe relatie tussen de chronische patiënt en zijn zorgverleners!

Kunt u de visie achter het chronisch zorgmodel kort schetsen?

Geert Goderis - De grote stijging van mensen met diabetes, obesitas en andere chronische aandoeningen vraagt om een nieuwe aanpak. Aangezien de levensstijl een grote rol speelt bij dergelijke ziektes, is er nood aan meer patient empowerment. De nieuwe rol van de patiënt houdt een grotere verantwoordelijkheid in op vlak van het beheer van zijn ziekte (therapietrouw, contact met zorgverleners, ...). Daarnaast moeten de patiënten proactief begeleid worden door een team van zorgverleners. Op die vlakken schiet het huidige acute zorgmodel tekort. Om chronisch zieken te begeleiden, is echt teamwerk

nodig. Door een groep mensen die elkaar kennen, vertrouwen en feedback kunnen geven,... Een huisarts alleen kan dat niet, een specialist evenmin. We hebben geïntegreerde structuren nodig, waarin verschillende zorgverleners met elkaar kunnen overleggen en samenwerken. Alleen zo krijg je een kwaliteitsvolle begeleiding van chronisch zieken op lange termijn.

Staan zorgverleners open voor zo'n intens teamwerk?

G.G. - De meeste zorgverleners voelen aan dat er nood is aan verandering. Te veel zaken lopen spaak bij de begeleiding van chronisch zieken. Door het gebrek aan teamwerk lopen patiënten van hot naar her, artsen spreken elkaar tegen, ... De bereidheid om in team te werken, is er dus wel, maar op

dit moment weten we nog niet hoe we dat praktisch moeten organiseren. Hetzelfde geldt voor de patiënt als spilfiguur van zijn eigen verzorging. Patient empowerment is een prachtig concept, maar hoe breng je dat in de praktijk? Er zijn nog verschillende bouwstenen nodig om het chronisch zorgmodel realiteit te laten worden. Denk maar aan nieuwe functies als educatoren en case managers, de juiste informaticatools, meer contact tussen de eerste lijn en de ziekenhuizen, ...

En niet te vergeten een structuur van regionale netwerken...

G.G. - Om het chronisch zorgmodel goed te laten functioneren, moeten we inderdaad territoria afbakenen. Als we de bestaande medische structuren in ons land willen

integreren, kunnen we namelijk niet anders dan territoriaal te werk gaan. We mogen ons echter ook niet blindstaren op die regio's. Eenmaal dat raamkader geschapen is, komt het er vooral op aan om de zorg af te stemmen op chronische patiënten. We moeten de silo's doorbreken en netwerken creëren die een vlotte samenwerking tussen de eerstelijnscentra en de ziekenhuizen mogelijk maken.

Maar die netwerken beperken zich niet tot huisartsen en specialisten alleen?

G.G. - Nee, ook maatschappelijk werkers en thuisverpleegkundigen spelen bijvoorbeeld een rol. Vandaag vallen veel patiënten tussen de mazen van het net. Denk maar aan familiehelp of het bereiden van maaltijden. Vandaag is niemand echt als verantwoordelijke aangeduid voor het evalueren van sociale risicosituaties en het nemen van maatregelen om problemen te vermijden, waardoor er pas ingegrepen wordt als de toestand schrijnend is. Binnen een geïntegreerde structuur moet de huisarts weten wie hij moet aanspreken om dergelijke problemen sneller aan te pakken. Op die manier kan de huisarts zich voornamelijk focussen op zijn medische taken. Het chronisch zorgmodel is dus niet ziekte- of artzgericht. Het is een model waarin op een getrapte wijze aan preventie, welzijn en proactieve opvolging voor een specifiek doelpubliek wordt gedaan

door een multidisciplinair team. Nu hebben huisartsen het gevoel dat ze duizend zaken tegelijk moeten doen, terwijl ze er amper de tijd voor hebben. Dat kan je enkel oplossen door andere zorgverleners nauwer bij de begeleiding van de patiënt te betrekken. Alleen moet een dergelijke structuur goed gerund worden en dat ontbreekt op dit moment echt wel in ons land.

Wat zijn dan de grootste obstakels om zo'n structuur op poten te zetten?

G.G. - Er zijn twee grote knelpunten die ervoor zorgen dat er geen vooruitgang is. Ten eerste is er de financieringswijze, die niet aanspoort om te veranderen. En ten tweede is er de grote versnippering, vooral binnen de eerstelijnsorganisaties. Kinesisten, verpleegkundigen, huisartsen, ...: al wie in direct contact staat met de chronische patiënt, werkt momenteel op een eiland. Er is een schaalvergroting nodig om hen in team te laten werken.

Welke impact zullen dergelijke regionale netwerken hebben op de relatie met de patiënt?

G.G. - Binnen het chronisch zorgmodel is het uiteindelijk de bedoeling dat de patiënt zelf rationeel kan beslissen bij wie hij aanklopt. Dan heb ik het over een goed geïnformeerde patiënt die weet wat evidence-based gezondheidszorg is en weet waar hij welke kwaliteit krijgt. En de zorgverleners moe-

ten dan maar aanvaarden dat de patiënt de leiding neemt rond zijn medische verzorging en zelf zijn ziekte 'runt'. Dat is zijn verantwoordelijkheid. Uiteraard hangt dat wel af van patiënt tot patiënt. Sommigen zullen vlotter de leiding nemen dan anderen.

Tot slot, in hoeverre is ons land klaar voor dit model?

G.G. - Op dit moment zijn we niet klaar om kwaliteitsvolle chronische zorg gebaseerd op het chronisch zorgmodel te gaan implementeren. Ik denk wel dat er een mentaliteitswijziging aan de gang is bij de artsen en andere hulp- en zorgverleners die een aantal bouwstenen van dat model moet mogelijk maken. Dan heb ik het over een nieuwe financiering, eHealth, territoriale afbakening, praktijkassistenten aannemen, ... En dan is het natuurlijk aan de overheid om die zaken in te voeren. Tot 2013 was ik heel pessimistisch gestemd, maar daar is het laatste jaar verandering in gekomen. Als ik bv. zie wat er al gebeurd is op vlak van eHealth, stemt me dat zeer hoopvol. Tegen het einde van deze legislatuur zullen de fundamenten volgens mij gelegd zijn. In de politiek moet je altijd met een termijn van 10 jaar rekening houden. Ik hoop dus dat het integrale chronisch zorgmodel 2 legislaturen verder een feit is.



Interview door **Steven Vervae**
steven.vervaet@amloz.be

Rol van nieuwe technologieën

Telemonitoring, telecoaching, medische apps, ...: de opkomst van nieuwe technologieën is een belangrijke factor binnen het chronisch zorgmodel. "We zitten op een kantelmoment", beaamt Geert Goderis. "Onze wetgeving is nog niet aangepast aan deze digitale revolutie, maar het wordt tijd dat we onze manier van werken aanpassen aan deze nieuwe hulpmiddelen. Zo moeten er nomenclatuurnummers komen voor dergelijke verstrekkingen."

Er is ook nog heel wat sensibilisering nodig rond deze digitale tools. "Ik denk niet dat veel patiënten nu al staan te springen om bv. medische apps te gebruiken. Er bestaan al honderden apps rond gezondheid, maar eigenlijk staan we nog maar aan het begin van dit verhaal. Er is sowieso nog meer onderzoek nodig. Het is belangrijk om het kaf van het koren te scheiden en te kijken wat evidence-based is en wat niet. Hun potentiële nut binnen het chronisch zorgmodel staat echter buiten kijf. Apps kunnen bijvoorbeeld een belangrijke katalysator zijn voor patient empowerment."

Mantelzorgers: een rol met toekomst die ondersteuning verdient

Volgens de laatste gezondheidsenquête doet meer dan 9% van de Belgische bevolking aan mantelzorg. Een cijfer dat de komende jaren ongetwijfeld nog zal stijgen. Om mantelzorgers te ondersteunen bij hun taken kunnen gezondheidsprofessionals daarom een belangrijke rol spelen.

Vergrijzing van de bevolking, langere levensduur, meer chronische aandoeningen, verschuiving naar meer thuiszorg, ...: al die factoren zullen het aantal mantelzorgers in de toekomst exponentieel doen stijgen. Hun rol zal ook alsmaar belangrijker worden, want ze vormen een essentiële schakel van de thuiszorgketen. De toekenning van een statuut voor deze held(inn)en in 2014 was een stap in de goede richting, hoewel er van specifieke sociale rechten of financiële bijstand nog steeds geen sprake is. Er is dus nog werk aan de winkel voor de politici.

De gezondheidsprofessionals kunnen ook een rol spelen bij de ondersteuning van de mantelzorgers. "Het is aan de beroepsmensen uit de gezondheidszorg om te waken over het welzijn van wie hun patiënten helpt", zegt Dr. Florence Potier van het CHU Dinant-Godinne. "Dat is des te belangrijker omdat het gros van de mantelzorgers geen grenzen kent. Ze vinden het vanzelfsprekend om te helpen, maar hoe ver mogen ze daarin gaan? Verzorgers zouden oog moeten hebben voor de dreigende uitputting bij mantelzorgers. Ze moeten een luisterend oor zijn en samen met de mantelzorger op zoek gaan naar middelen om ervoor te zorgen dat de patiënt in goede omstandigheden thuis kan blijven."

Gezondheid van mantelzorgers in gevaar

Zich dagelijks bekommeren om een persoon met een grote zorgnood blijft niet zonder gevolgen voor de gezondheid van mantelzorgers. Angststoornissen, depressie, cardiovasculaire aandoeningen, vermindering van de immuniteit, chronische ontstekingen, ...: het komt allemaal voor. Dr. Florence Potier en haar collega's van het CHU Dinant-Godinne hebben daarom een grootscheepse studie opgezet om de

gezondheid van mantelzorgers te vergelijken met de gezondheid van personen die samenwonen met een autonoom iemand.

"Bij mantelzorgers dreigt het gevaar van fysieke en psychologische uitputting. Hun eigen leven en identiteit komen in het gedrang: stoppen met sporten, stress,... Het gevaar bestaat ook dat ze de zieke persoon zullen gaan verwaarlozen. Het gebeurt helaas zelfs ook dat de mantelzorger overlijdt vóór de persoon die hij of zij helpt, met alle nefaste gevolgen van dien voor 'diegene die achterblijft'. Tijdens de raadplegingen is de uitputting van mantelzorgers overduidelijk. Daarom hebben wij 'Caregiver' opgestart, een project dat ondersteund wordt door het Waals gewest en dat vermoeidheid moet opsporen voor het kritieke punt waarop de helper moet afhaken en het duo opgenomen moet worden."

Informatieopdracht

Mantelzorgers wijzen regelmatig op het belang van juiste informatie. "Mantelzorgers weten vaak niet tot wie ze zich kunnen wenden voor duidelijke informatie bij ingewikkelde situaties. Ze hebben hulp nodig bij het vervullen van alle formaliteiten", legt Dr. Florence Potier uit. "Bovendien voelen ze zich minder machteloos als ze weten hoe ze zich moeten gedragen in bepaalde omstandigheden. Daarom moet deze globale begeleiding beschouwd worden als een specifieke missie van de gezondheidsprofessionals bij de opvolging van de mantelzorger en zijn zieke naaste."



Nathalie Renna

nathalie.renna@mloz.be

Ouderenzorg

4CP: eenvoudiger factureren voor woon-zorgcentra



In België erkent het RIZIV 1.500 rust- en verzorgingstehuizen voor bejaarden. Deze instellingen factureren elk trimester de verblijfskosten van hun bewoners aan de Belgische ziekenfondsen. Om een administratieve rompslomp te vermijden, wordt de facturatie aan de zes Onafhankelijke Ziekenfondsen* gecentraliseerd op één plaats. Met behulp van de webtool 4CP (For Care Provider) kan de facturatie gemakkelijker verlopen. Wat betekent dit concreet?

In Vlaanderen spreken we over woon-zorgcentra oftewel WZC. In Brussel en Wallonië heten ze MRPA (equivalent van ROB: rustoord voor bejaarden) en MRS (equivalent voor RVT: rust- en verzorgingstehuis). Door de toenemende vergrijzing is de vraag naar rusthuizen in België enorm groot. De instellingen factureren elke drie maanden de verblijfskosten van hun bewoners aan de respectievelijke ziekenfondsen. Om de periode tussen twee kwartalen financieel te kunnen overbruggen, mogen ze per kwartaal een voorschot vragen op basis van het gefactureerde bedrag. Dit voorschot wordt in mindering gebracht bij de betaling van de factuur van het volgende kwartaal. Sinds januari 2015 worden de facturen van alle Onafhankelijke Ziekenfondsen gecentraliseerd bij de Landsbond. Het grote voordeel hiervan is dat er nu nog maar één overzichtsfactuur moet worden gemaakt, die geldt voor alle Onafhankelijke Ziekenfondsen samen. Bijgevolg moet er dus maar één betaling en één voorschot worden opgevolgd.

Vereenvoudigde opvolging van de facturatie

Om deze opvolging te vergemakkelijken, mogen de rusthuizen gebruikmaken van de gratis webtool

www.4CP.be (For Care Provider). Deze tool toont per kwartaal een overzicht van het werkelijk betaalde bedrag. Daarnaast is er ook een opsomming te vinden van de geweigerde forfaits en er is een lijst van de voorschotten en de regularisatie ervan.

Er kan ook per bewoner, die lid is van een Onafhankelijk Ziekenfonds, nagegaan worden welk forfait kan gefactureerd worden per kwartaal. Meestal gaat het om het forfait dat door de adviserend geneesheer van het ziekenfonds werd aanvaard. Momenteel verblijven 25.180 leden van de Onafhankelijke Ziekenfondsen in een woon-zorgcentrum (zie tabel). In tegenstelling tot de facturatie, die vanaf nu centraal verwerkt wordt, blijven de persoonsgebonden zaken door het ziekenfonds beheerd. Het behandelen van de kennisgevingen van de forfaits (die ingediend worden bij de adviserende

geneesheer) blijven de bevoegdheid van het ziekenfonds. De betaling van de facturen aan de instellingen kan wel gecentraliseerd worden, omdat de instellingen via het systeem van de derde betaler worden betaald.

Een succesverhaal

De webtool 4CP is sinds de lancering in 2008 een groot succesverhaal. Momenteel wordt het programma door bijna 3.400 zorginstellingen gebruikt. Vooral ziekenhuizen en huisartsen maken gebruik van 4CP, maar ook medische huizen, bejaardentehuizen en privélaboratoria werken steeds vaker met de webtool.



Patrick Hurkmans
patrick.hurkmans@mloz.be



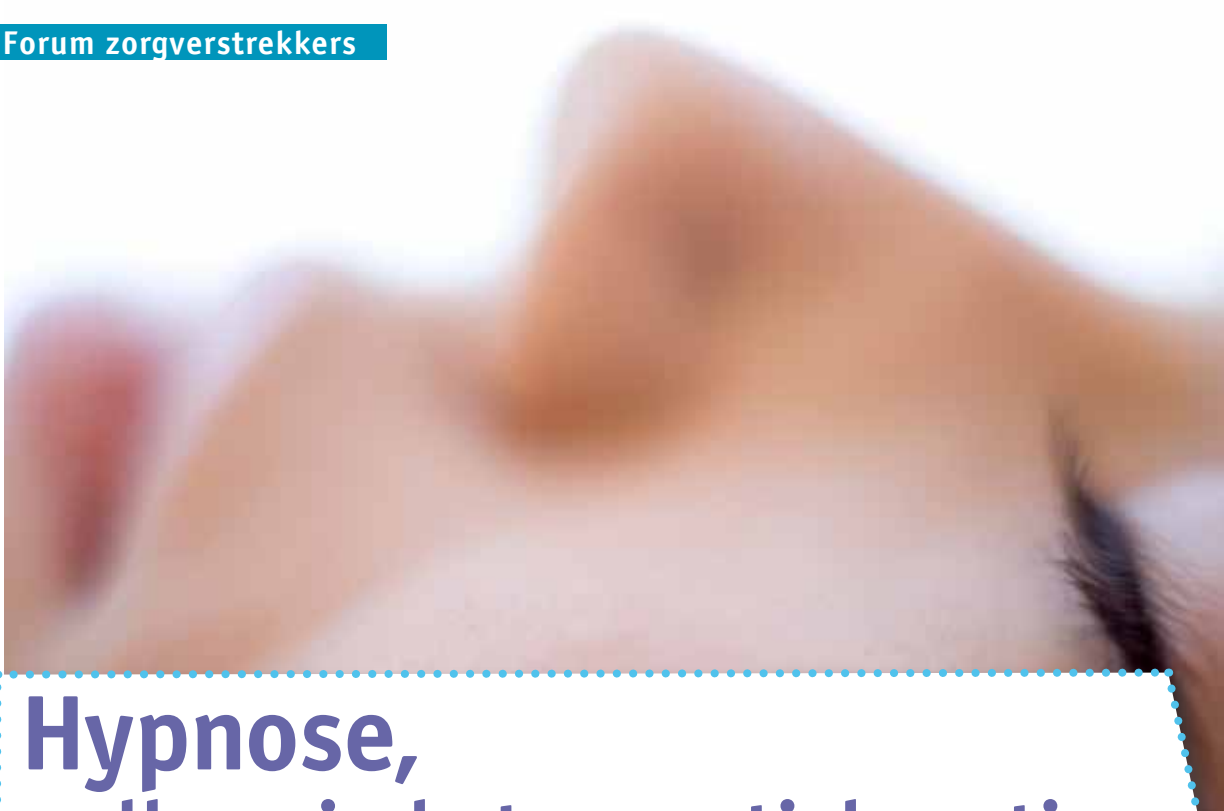
Meer info? Contacteer de dienst 4CP via mail: info@4cp.be

Meer dan 1.500 instellingen

De tabel hieronder toont het aantal instellingen in België.

Ligging	Aantal instellingen	Aantal bedden	Leden Onafhankelijke Ziekenfondsen
Vlaanderen	779	76.283	8.063
Wallonië	586	48.664	10.444
Brussel	145	14.966	6.449
Duitstalige gemeenschap	8	751	224
	1.518	14.0664	25.180

*OZ, Securex Onafhankelijk Ziekenfonds, Partena Ziekenfonds, Omnimut, Partenamut, Freie Krankenkasse.



Hypnose, welkom in het operatiekwartier



Hypnose is niet langer een rariteit, een kermisattractie. Tegenwoordig maken ook ziekenhuizen er gebruik van en België is op dat vlak een pionier. De techniek van de hypnosedatie werd 20 jaar geleden al ontwikkeld in het CHU van Luik, door de ploeg van Professor Marie-Elisabeth Faymonville. Intussen wordt de techniek zowat overal gebruikt.

Prof. Marie-Elisabeth Faymonville

Hypnose is een natuurlijk fenomeen en komt elke dag voor. Het is te vergelijken met een situatie waarin we zo scherp gefocust zijn, waardoor al de rest ons ontgaat. We zijn even 'weg' uit de realiteit. "Iedereen beschikt over dat talent. Het is aangeboren", verduidelijkt Professor Marie-Elisabeth Faymonville, anesthesiste in het CHU van Luik. "Maar niet iedereen gebruikt dat talent op dezelfde manier. Sommigen zijn er zeer goed in terwijl anderen het minder goed kunnen. Anesthesisten die een opleiding in hypnose gevolgd hebben, gebruiken technieken die de patiënt toegang geven tot dit talent."

De hypnosedatie is een combinatie van sedatie bij bewustzijn en van lokale anesthesie. Het is een techniek die in 1992 op punt werd gesteld in het CHU van Luik. De wetenschappelijke bewijzen overtuigden ook andere ziekenhuizen, zowel in België als in het buitenland, om de techniek over te nemen. "Wij beschikken nu over genoeg analyses en studies, gebaseerd op medische bewijzen, om aan te tonen dat dit een interessant hulpmiddel is", legt Professor Faymonville uit. "Studies uit de jaren 90 over de werking van de hersenen hadden

al aangetoond dat hypnose de hersenen anders doet werken. Hierdoor verandert de manier waarop de hersenen nociceptieve informatie (pijn) registreren."

De techniek van de hypnosedatie heeft een aantal voordelen: minder vermoeidheid, minder postoperatieve pijn, een daling van het gebruik van geneesmiddelen en minder ontstekingen in de opereerstreek.

Te weinig financiële middelen?

Ondanks de talloze voordelen van hypnosedatie kent de methode maar een bescheiden succes. In het CHU van Luik hebben sinds 1992 slechts 9.000 patiënten gekozen voor een operatie onder hypnose. Het klopt dat de techniek niet bij alle soorten heelkunde past en dat momenteel slechts een aantal anesthesisten is opgeleid voor de techniek. Maar het gebruik van de techniek is vooral een investering en er zijn ook een aantal zaken vereist.

"Niet alle anesthesisten zijn bereid om de omkadering van de techniek te aanvaarden: de patiënt is bewust, blijft spontaan ademen en kan emoties vertonen

tijdens de operatie. Sommige anesthesisten doen de patiënt liever helemaal in slaap. Daarnaast zijn er ook enkele beperkingen voor de

chirurg. De hele medische ploeg moet zich anders gedragen tijdens het werk: geen ruwe bewegingen, zachtjes praten, ..."

Een studie van Professor Faymonville heeft aangetoond dat patiënten die onder hypnose een lobectomie van de schildklier ondergaan twee weken vroeger opnieuw beginnen werken, vergeleken

met patiënten die volledige anesthesie krijgen. "Voor volksgezondheid en de ziekenfondsen is dit uitermate interessant", legt Professor Faymonville uit. "Maar de artsen hebben te weinig financiële middelen om dit te doen. Ze moeten hun opleiding bekostigen en steken daar vooral tijd in. Er bestaan geen lobbyisten voor hypnose en daarnaast is geen enkel farmaceutisch bedrijf geïnteresseerd in de methode. Toch zijn artsen die een dergelijke opleiding volgen, positief over hypnose. Ze merken dat hun interactie met de patiënt verandert: ze beseffen dat de woorden die ze gebruiken en de suggesties die ze doen veel invloed hebben."

De patiënt: partner van de zorg

Prof. Faymonville gebruikt hypnose nu ook in de algologie en in de oncologie. Door hypnosetechnieken aan te leren aan de patiënt, kan hij leren om zelf zijn chronische pijn te beheersen. Hypnose kan helpen om de behandeling, de vermoeidheid of de emotionele ellende die gepaard gaan met kanker te verdragen. "Iemand met chronische pijn bereikt zeer vlug een punt waarop geneesmiddelen geen effect meer hebben", zegt Faymonville. "Het is dus belangrijk om over andere hulpmiddelen te beschikken. Wij hebben een studie gemaakt over patiënten die gemiddeld al 10 jaar last hebben van chronische pijn en dus al heel lang lijden. Uit de resultaten bleek dat 84% van de patiënten verklaarde dat onze aanpak tot een verbetering van hun gezondheid heeft geleid. Als we de patiënten zelf meer betrekken bij hun gezondheid, daalt de consumptie van geneesmiddelen. De patiënten hebben minder raadplegingen nodig en er is een significante daling van de arbeidsongeschiktheid. De patiënt neemt zijn gezondheid zelf in handen: hij fleurt op, voelt zich beter en beseft dat hij zelf ook veel kan doen. Het zijn niet de geneesmiddelen of de behandelingen die hem beter maken. Hij doet het zelf."

De pijnkliniek van het CHU van Luik heeft een overeenkomst met de FOD Volksgezondheid om patiënten

die beantwoorden aan een reeks criteria, kosteloos te laten deelnemen aan het programma. Is het denkbaar dat hypnose ooit terugbetaald zal worden door de sociale zekerheid? Volgens Prof. Faymonville is er nog werk aan de winkel. "Er is een kader nodig. Hypnose is geen beschermde praktijk. Op internet zijn heel wat mensen te vinden die beweren dat ze hypnotherapeut zijn. Maar onder hypnose

werken de hersenen anders. Het redenerings-, analyse- en beoordelingsvermogen vermindert. Je wordt veel vatbaarder voor suggesties. En dan is manipulatie niet ver weg als je te maken krijgt met een knoeier. Het is belangrijk om voorzichtig te zijn."



Nathalie Renna

nathalie.renna@mloz.be

Hypnosedatie heeft een aantal voordelen: minder vermoeidheid, minder postoperatieve pijn, een lager geneesmiddelengebruik en minder ontstekingen in de opereerstreek.

Mijn keuken was mijn toevluchtsoord

Alizée is 28 jaar en zit in het onderwijs. In december 2014 werd haar schildklier gedeeltelijk verwijderd onder hypnosedatie in het universitair ziekenhuis Saint-Luc (Brussel). Zij heeft absoluut geen spijt van haar keuze. "Tijdens de preoperatieve raadpleging heeft de chirurg me uitgelegd dat ik ook onder hypnose kon geopereerd worden", legt ze uit. "Ik was zeer bang van de volledige anesthesie en vond hypnose een goed alternatief. Voor de operatie heeft de anesthesist mij gevraagd om te denken aan een plaats waar ik graag verblijf. Ik moest dit noteren in een boekje. Ik kook heel graag en heb dus gekozen voor mijn keuken. Op de dag van de operatie hebben de assistenten in de operatiekamer mij gevraagd om het operatiekwartier goed te visualiseren. Ze hebben mij uitgelegd wie op welke plaats zou staan, welke geluiden ik zou horen en wat die geluiden betekenen. Ik wist dus wat er mij te wachten stond en ik vond dat allemaal heel geruststellend. Ik ben tijdens de hele ingreep volledig bij bewustzijn geweest. De anesthesist had mij hiervoor gewaarschuwd, maar ik verwachtte eigenlijk niet dat ik zo goed zou beseffen wat er gebeurde. Na de operatie wou de anesthesist graag weten wat ik van de ervaring vond: ik moest toegeven dat de tijd voorbij gevlogen is."



Nieuwe technologieën, sociale media, ...

Wat mag (en wat mag niet)?

Een eigen site, medische apps, sociale media, telegeneeskunde, ...: ook artsen ontsnappen niet aan deze nieuwe technologieën. Mogen ze een vriendschapsverzoek van een patiënt aanvaarden? Wat met online vragen van patiënten? Hoe zit het met het medisch beroepsgeheim? Benoît Dejemepe, Michel Deneyer en Tom Goffin, voorzitter, ondervoorzitter en jurist bij de Nationale Raad van de Orde der geneesheren, zetten de belangrijkste do's en don'ts op een rij!

EEN EIGEN SITE

“Mag ik zelf m'n webadres kiezen?”

Vele artsen beschikken over een eigen website. “Het belangrijkste is dat deze sites geen commercieel of publicitair karakter hebben en het publiek enkel inlichten over de beroepsactiviteit van de arts”, zegt Tom Goffin. Maar welke concrete info mag deontologisch wel en welke niet?

- **Wel toegelaten:** naam, officiële titel(s), specialisme, contactgegevens, uurrooster van spreekuren en huisbezoeken, conventie en tarieven, ...
- **Niet toegelaten:** misleidende of vergelijkende publiciteit, vergelijkende honorariatarieven, getuigenissen van patiënten, aanzetten tot overbodige onderzoeken, gegevens gedekt door het medisch beroepsgeheim (tenzij ze voldoende beveiligd zijn), gebruik van cookies met als enige doel om de bezoekers van een website buiten hun medeweten om te identificeren of te profileren, ...

De arts mag ook zelf zijn webadres kiezen, zolang het niet te monopoliserend is. “Denk bv. aan www.dokter-brussel.be”, zegt Michel Deneyer. “Zoiets is vaag en zet de patiënten op het verkeerde been. Dat kan nooit de bedoeling zijn.”

Artsen die een eigen website hebben, moeten die ook voorleggen aan de provinciale raad van de Orde der geneesheren. “Die kijkt dan of de site in overeenstemming is met de deontologische richtlijnen, vooral op vlak van reclame. Als dat niet het geval is, doet de raad de nodige aanbevelingen”, dixit Deneyer.

TELEFONISCH EN ONLINE ADVIES

“Wat met dagelijkse telefoontjes of mails van patiënten?”

Artsen krijgen steeds meer telefonische en elektronische vragen van patiënten. In beide gevallen is **het stellen van een diagnose verboden**. “Een diagnose zonder anamnese of fysiek onderzoek is onmogelijk. Via de telefoon, e-mail of sociale media moeten artsen zich daarom beperken tot het uitwisselen van administratieve informatie of beperkt advies in niet-dringende zaken”, zegt Deneyer. “Voor telefonisch of elektronisch medisch advies bestaat overigens geen nomenclatuur-nummer. Als je de patiënt hiervoor al iets zou kunnen aanrekenen, kan die laatste dus geen terugbetaling krijgen.”

In het kader van het eHealth-project mogen artsen dan weer wel elektronische voorschriften versturen. “Dankzij Recip-e kan de arts bv. zijn voorschriften elektronisch naar de apotheker sturen via het beveiligde eHealth-platform. Daar kan die laatste ze dan ophalen. Ook het elektronisch versturen van een herhaalvoorschrift naar de patiënt bij langdurige behandelingen is toegestaan”, dixit Deneyer.



SOCIALE MEDIA

Wat met een vriendschapsverzoek van een patiënt?

Facebook, Twitter, LinkedIn, ...: artsen kunnen hun on-line aanwezigheid versterken en professionele debatten voeren via de sociale media, maar er zijn ook risico's aan verbonden. "Artsen zijn wettelijk en deontologisch verplicht om medische gegevens van hun patiënten geheim te houden. Als ze specifieke medische gevallen online bespreken, moeten ze dus heel voorzichtig zijn. De vertrouwelijkheid is snel geschonden", zegt Deneyer. Naast de mogelijke schending van het beroepsgeheim **bestaat op de sociale media ook het gevaar dat de grens tussen het professionele leven en het privéleven vervaagt**. Daarom brengen artsen best de volgende richtlijnen in de praktijk:

- Geen vriendschapsverzoeken aanvaarden van huidige of oude patiënten.
- Het professionele profiel en het privéprofiel strikt gescheiden houden.
- Geen valse identiteit gebruiken op het professionele profiel (wettelijk verboden volgens art. 231 van het Strafwetboek). In de privésfeer zijn pseudoniemen of avatars wel toegestaan.
- Persoonlijke informatie op de sociale media zo bescheiden mogelijk houden en regelmatig de correctheid van professionele en persoonlijke info verifiëren.
- Nooit informatie (professioneel en privé) publiceren die een eigen leven kan gaan leiden of uit zijn verband kan worden getrokken.
- Altijd de strengste privacyinstellingen kiezen en regelmatig de gekozen instellingen controleren
- Geen account aanmaken als de privacyinstellingen niet flexibel genoeg zijn.

TELEMONITORING

Mag ik een videoconferentie houden met m'n patiënt?

Door de technologische evoluties wordt het steeds meer mogelijk om patiënten op afstand op te volgen via informaticatools (vooral bij hartfalen). Daar bestaat echter geen nomenclatuurcode voor.

Wat mag er dan? "De arts kan een billijke vergoeding vragen voor de opvolging van en de reacties op eventuele alarmsignalen, maar daar zijn enkele belangrijke voorwaarden aan verbonden", zegt Deneyer. "De arts moet bv. waken over de biotechnische veiligheid van het materiaal, het onderhoud van de monitors, ... Alles moet naar behoren werken uiteraard. Daarnaast moet hij er natuurlijk ook voor zorgen dat geregistreerde signalen goed opgevolgd worden en hij moet de patiënt en zijn omgeving ook voldoende coachen. Als er iets zou gebeuren, moet de patiënt namelijk juist kunnen reageren."

Twee andere vormen van telemonitoring zijn videoconferenties en teleoverleg. Die hebben allebei veel voordelen, zolang de arts rekening houdt met enkele voorwaarden:

- **Videoconferentie:** doorbreekt het sociale isolement van de patiënt en opent perspectieven voor nieuwe sociale netwerken binnen een zorgkader. Videoconferenties moeten wel gebeuren met een goed beveiligde elektronische verbinding. Bovendien moet de patiënt op elk moment de mogelijkheid hebben om van de videoconferentie af te zien.
- **Teleoverleg:** ook meestal via videoconferentie, maar dan tussen artsen onderling. Ook hier is de veiligheid van de verbinding essentieel: met het oog op de privacy van de patiënt moet de identiteit van de gesprekspartners en hun hoedanigheid van arts gecontroleerd kunnen worden.

MEDISCHE APPS

Mag ik m'n patiënt apps voorschrijven?

Een specifieke vorm van telemonitoring die wellicht een grote explosie zal kennen, zijn de medische apps. Minister van Volksgezondheid De Block heeft dan ook een hoofdstuk 'Mobile Health' toegevoegd aan het actieplan voor de informatisering van de gezondheidszorg. "Ook op dit vlak is onze wetgeving nog niet aangepast", vertelt Goffin. "In afwachting van dat wettelijke kader geldt ook hier dus een zorgvuldigheidsplicht van de arts. Zij mogen gerust een beroep doen op apps, maar ze zijn wel verantwoordelijk voor de goede werking ervan, het respect voor de privacy en de coaching van de patiënt."

"Het is inderdaad essentieel dat de patiënt de app goed begrijpt en de resultaten goed kan interpreteren", zegt Deneyer. "Anders wordt hij misschien nodeloos ongerust. Bovendien kan niet elke patiënt even goed om met nieuwe technologieën. De arts moet dus zelf uitmaken bij wie hij apps gebruikt. Hij kent z'n patiënten het best."



Steven Vervaeet

steven.vervaeet@mlmloz.be

Orde der Geneesheren op www.ordomedic.be

De adviserend geneesheer heeft de blues

Adviserend geneesheren krijgen steeds meer te maken met burn-out. Bij hun patiënten natuurlijk, maar ook bij zichzelf. Waarom gaan sommigen van hen eronderdoor? Hoe kunnen we hen helpen omgaan met de risico's van het vak, die soms zwaar doorwegen op hun professionele welzijn? En hoe kunnen ze een evenwicht vinden tussen de realiteit van hun werk en hun persoonlijke waarden?

Dit onderwerp is taboe. Hoewel de explosie van stressgerelateerde aandoeningen (burn-out, depressie, pesterijen) de media, de gezondheidsoverheden en de bedrijven in de ban houdt, haalt burn-out bij artsen maar zelden de voorpagina. En nog minder als het fenomeen een categorie van artsen treft die zo goed als onbekend is bij het grote publiek: de adviserend geneesheren.

Een vak op zoek naar erkenning

Als werknemers van de ziekenfondsen moeten ze evalueren of de verzekerden voldoen aan de voorwaarden voor arbeidsongeschiktheid, of nagaan of ze aanspraak kunnen maken op de terugbetaling van een behandeling. Toch bestaan er veel misverstanden over het beroep van adviserend geneesheer. Ze worden soms beschouwd als pietluttige controleurs en worden zelfs gevreesd omdat ze de macht hebben om de verlenging van een ongeschiktheidsperiode te weigeren. Toch moeten de meesten van hen balanceren op de slappe koord tussen hun verschillende taken die niet altijd makkelijk te combineren zijn.

Adviserend geneesheren hebben dan ook een flinke dosis psychologie, empathie en luistervaardigheid nodig. Net zoals hun praktiserende vakgenoten gaan ook de adviserend geneesheren gebukt onder werkdruk en overbelasting. "De laatste jaren is het aantal ernstig en langdurig zieken als een raket de hoogte in geschoten," getuigt Michel, 56 jaar en adviserend geneesheer na 30 jaar in een zelfstandige praktijk. "Resultaat: er zijn meer ongeschiktheidsperiodes en de adviserend geneesheren

moeten een grote stapel dossiers per dag verwerken. Soms worden we ook geconfronteerd met ernstige gevallen. Dan vraag ik me af waarom die personen, die toch duidelijk lijden, opgeroepen werden voor een controle. Dergelijke situaties botsen met mijn roeping als arts, namelijk helpen en ondersteunen. Ik doe mijn best om beleefd en empathisch te blijven, maar het is frustrerend dat ik maar zo weinig tijd aan de patiënten kan besteden."

Eens dokter, altijd dokter?

Volgens Patrick Mesters, neuropsychiater en directeur van het European Institute for Intervention and Research on burn out, vallen alle medische beroepen ten prooi aan burn-out. "Burn-out en het risico op zelfdoding komen 3 à 4 keer vaker voor in medische beroepsgroepen dan bij de algemene bevolking. Vaak bezwijken degenen die het meest enthousiast en geëngageerd zijn."

De vaakst geciteerde oorzaken om dit fenomeen te verklaren zijn de verhoogde werkdruk, administratieve rompslomp en reglementaire beperkingen, maar ook de afbrokkeling van de relatie met de patiënten, de emotionele belasting waarmee het vak gepaard gaat, en het verminderde gevoel van zelfvervulling.

En de adviserend geneesheren? Aangezien zij niet langer de genezende rol spelen die de basis

vormt van elke arts-patiëntrelatie, zou je denken dat zij minder slachtoffer zijn van de desillusies van dit beroep. Ze schudden de waarden en reflexen van hun 'genezende' rol echter niet zo makkelijk van zich af. "De bureaucratie maakt de administratieve taken nog

Bij adviserend geneesheren ontstaat er een waardenconflict tussen de vereisten van hun controleopdracht en hun eed van Hippocrates.

zwaarder en vervreemdt de adviserend geneesheer van datgene waarvoor hij opgeleid werd, namelijk luisteren, begrijpen, verzachten, genezen, leren en doorgeven,” legt Patrick Mesters uit. “Bij adviserend geneesheren kan er een waardenconflict ontstaan tussen de vereisten van hun controleopdracht en hun eed van Hippocrates. Op termijn kan die innerlijke spanning leiden tot fysieke en emotionele uitputting”, waarschuwt de psychiater.

Andere moeilijkheden die de adviserend geneesheren meemaken, zijn onder andere agressiviteit van verze-kerden die aan een controle onderworpen worden of die niet akkoord gaan met de beslissing, het gevoel alleen te staan, het gebrek aan waardering voor hun beroep, enz. Kortom, een problematiek met vele facetten.

Een crisis, geen ramp

Hoe burn-out bij artsen voorkomen? De gezondheids-overheden (FOD, KCE, RIZIV, ...) buigen zich al enkele jaren over dit vraagstuk. Alle gepubliceerde verslagen raden een combinatie van maatregelen aan (werklast beheersen door administratieve taken te delegeren, groepspraktijken aanmoedigen, ...). Tot nu toe bestaat er echter nog geen algemeen programma om burn-out bij artsen aan te pakken. En al helemaal geen specifieke maatregelen voor adviserend geneesheren. De Onafhankelijke Ziekenfondsen hebben besloten deze lacune op hun niveau op te vullen door een denkoefening over de kwestie op te starten (lees het interview met Carine Deneyer). Patrick Mesters herhaalt dat een ‘gemengde’ aanpak de meest efficiënte manier is om burn-out te bestrijden: “Uiteraard moeten de werkomstandigheden verbeterd worden. Maar slachtoffers van burn-out moeten ook zelf aan de slag om hun visie op het werk te begrijpen en te veranderen. Onder andere door weerstand te bieden aan beperkende overtuigingen, die een bron van stress en druk zijn (je moet ‘sterk zijn’, ‘anderen plezier doen’, ‘snel gaan’, ...). Bedrijven hebben er dan weer alle belang bij om het probleem te dedramatiseren, taboes te doorbreken en de boodschap te verspreiden dat burn-out een crisis is, en geen ramp. En erover praten lukt geen epidemie uit!”



Karima Amrous
karima.amrous@mloz.be

Niet mis te verstane signalen

Geen empathie meer kunnen opbrengen, onverschilligheid, koelheid, cynisme, isolement, verlies van zelfrespect en zelfvertrouwen, verlies van zin in en tevredenheid over het werk, starheid, irritatie, agressiviteit, in huilen uitbarsten, pessimisme, ...



2 vragen aan Carine Deneyer, Directrice HR (Onafhankelijke Ziekenfondsen)

“We moeten burn-out bespreekbaar maken”

Opsporen, voorkomen en aanpakken: bedrijven spelen een belangrijke rol bij de aanpak van burn-out. Carine Deneyer, Directrice Human Resources bij de Landsbond van de Onafhankelijke Ziekenfondsen, is vastberaden om er iets aan te doen.

Waarom heb je besloten om het probleem van burn-out aan te pakken. Aan te pakken?

Twee jaar geleden hebben we een tevredenheidsenquête georganiseerd bij onze werknemers. De resultaten waren over het algemeen positief, maar stress over de werklast bleek wel een heikel punt waar we meer aandacht aan konden besteden. Zo is onze medisch directeur ons de specifieke moeilijkheden komen toevertrouwen die adviserend geneesheren ondervinden met patiënten die steeds agressiever worden. Het is de combinatie van die twee factoren die ons ertoe aangezet heeft om dit initiatief te nemen.

Om welke acties gaat het concreet?

We gaan een preventiecampagne op touw zetten voor het volledige personeel. We zijn van start gegaan met een themadag voor de artsen over de manier waarop ze met stress kunnen leren omgaan en hoe ze het risico op een burn-out kunnen verkleinen. Op het einde van het jaar zal er een conferentie plaatsvinden over professionele uitputting van de verzekerde en over de manier waarop je als adviserend geneesheer hiermee moet omgaan.

Voor het volledige personeel hebben we een preventiesessie gepland om het risico op een burn-out zelf onder controle te houden. We zullen ook het management specifiek informeren over de opsporing van het risico op professionele uitputting binnen een team. Deze initiatieven worden georganiseerd met dokter Mesters. Andere acties lopen al: personen met een burn-out verwijzen we door naar specialisten, teams in moeilijkheden laten we begeleiden door twee coaches, en in sommige gevallen doen we een beroep op een individuele coach. Het blijft echter belangrijk om de “collective intelligence” te mobiliseren. Door het mysterie rond een burn-out weg te nemen, hopen we dat de werknemers makkelijker over hun problemen zullen praten en sneller tot actie zullen overgaan.



Meer weten? Lees ‘Nooit meer burn-out. In drie stappen leren genieten van werk en leven’ van Anita Roelands (uitgeverij SWP).

Geneesmiddelenconsumptie bij astma

Astma is een chronische ontsteking van de luchtwegen die 5 à 10% van de Belgen treft (tussen de 500.000 en 1 miljoen personen). De prevalentie van gediagnosticeerde astma zou schommelen tussen 2 en 8%. De Onafhankelijke Ziekenfondsen hebben het geneesmiddelengebruik voor de behandeling van astma geanalyseerd bij hun leden.

De studie heeft betrekking op de leden van de Onafhankelijke Ziekenfondsen die minstens één geneesmiddel gebruikt hebben voor de behandeling van astma en dat tussen 2008 en 2013 afgeleverd werd door een officina open voor het publiek. Kinderen jonger dan 5 jaar werden buiten beschouwing gelaten, want het is onmogelijk om aan de hand van administratieve gegevens na te gaan of de geneesmiddelen bij hen gebruikt werden voor astma of voor bv. de behandeling van bronchiolitis. Ook de 45-plussers zijn niet opgenomen, omdat het onmogelijk is om uit te maken of

die leeftijdsgroep behandeld werd voor astma of COPD. In de studie baseren we ons op het principe dat een patiënt die jaarlijks minstens 3 afleveringen van geneesmiddelen tegen astma gekregen heeft, als een 'regelmatige gebruiker' mag worden beschouwd.

Prevalentie van astma en het aantal behandelde personen

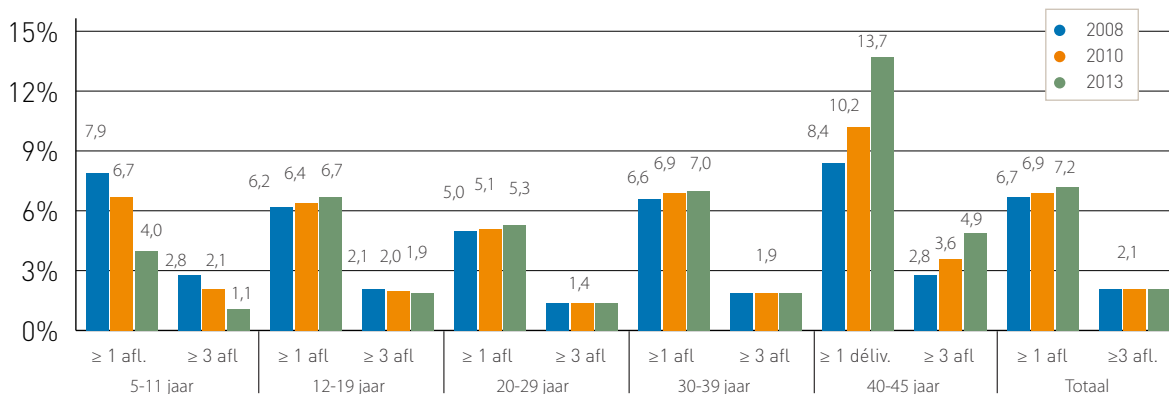
De prevalentie kan op verschillende manieren ingeschat worden. In deze studie werd de prevalentie berekend op basis van het aantal

personen dat een terugbetaling gekregen heeft voor een behandeling tegen astma.

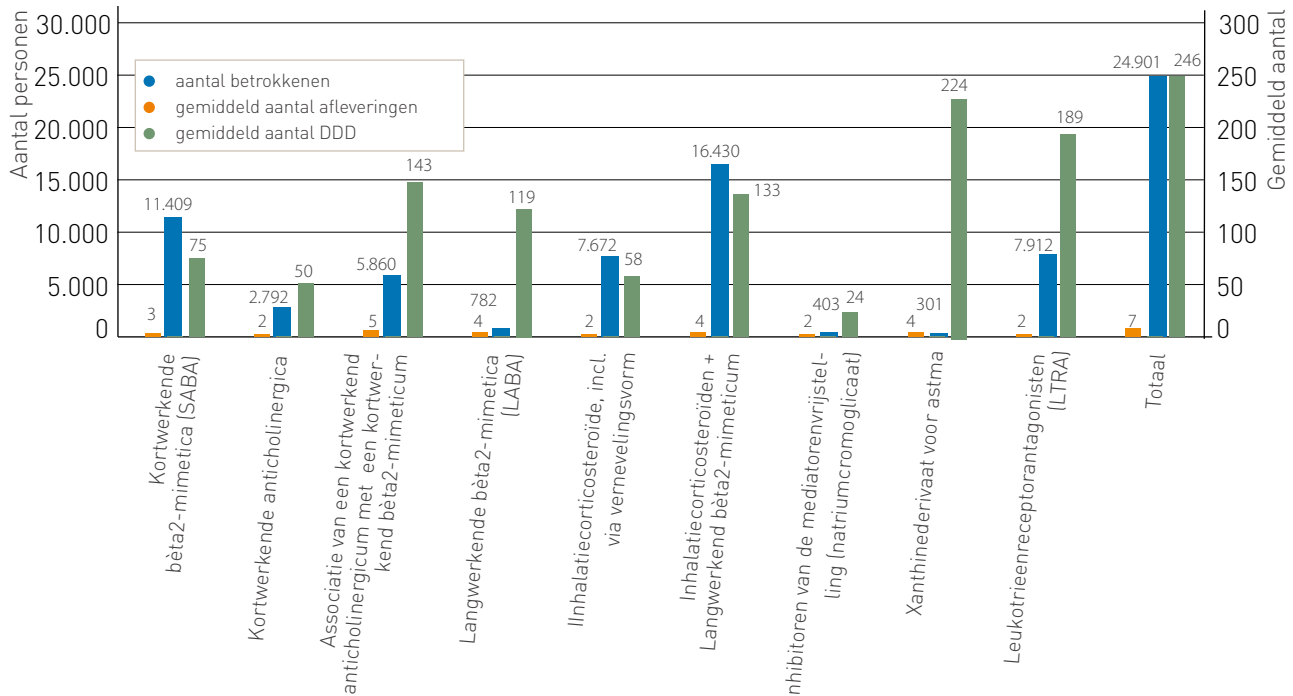
In 2013 werd de prevalentie van astma op 7,2% geraamd in de leeftijdsgroep van 5-45 jaar (83.477 personen bij de Onafhankelijke Ziekenfondsen (figuur 1)), terwijl dit percentage 2,1% bedroeg bij de regelmatige gebruikers van middelen tegen astma (24.901 personen). Deze percentages zijn relatief stabiel gebleven tussen 2008 en 2013. De prevalentie van astma is het hoogst bij personen in de leeftijdsgroep van 40-45 jaar en het is ook in die groep dat de stijging van de prevalentie het grootst is tussen

Figuur 1

Prevalentie van astma bij personen die minstens één geneesmiddel tegen astma gebruiken en bij regelmatige gebruikers (ten minste 3 leveringen van middelen tegen astma)



Het aantal betrokkenen en het gemiddelde aantal afleveringen en gebruiksdagen (gemeten in DDD's - defined daily doses) van de 9 groepen van geneesmiddelen tegen astma bij de regelmatige gebruikers in 2013



2008 en 2013. De prevalentie van astma was daarentegen het laagst bij kinderen in de leeftijdsgroep van 5-11 jaar in 2013. Onze gegevens wijzen op een fikse daling in die leeftijdsgroep tussen 2008 en 2013. We kunnen verschillende hypothesen vooropstellen voor deze daling van de prevalentie bij jonge kinderen. Het zou kunnen dat ze over het algemeen beter gecontroleerd zijn, waardoor het globaal gebruik afneemt. Het kan ook dat het gebruik van bronchodilatoren en inhalatiecorticoiden wordt voorbehouden aan kinderen die echt lijden aan astma en minder wordt voorgeschreven voor de behandeling van acute luchtweginfecties. Of misschien is er een toegenomen voorzichtigheid om deze geneesmiddelen bij astma te gebruiken bij jonge kinderen. Er is evenwel meer onderzoek nodig om om deze dalende trend bij jonge kinderen echt te kunnen begrijpen. Volgens specialisten is astma bij kinderen nochtans de meest voorkomende chronische aandoening en de morbiditeit die ermee gepaard gaat, is significant.

Behandeling met geneesmiddelen

Het is de bedoeling van de behandeling om een zo optimaal mogelijke controle van de ziekte te bereiken. De behandeling gebeurt in verschillende opbouwende of dalende stappen, naargelang de graad van controle.

In geval van Intermittente astma kan het volstaan om een kortwerkend geneesmiddel te gebruiken en zo de symptomen binnen de perken te houden. Als dat niet voldoende is, wordt een onderhoudsbehandeling opgestart. Die behandeling gaat de ontsteking tegen en vermindert de hyperreactiviteit van de luchtwegen. De inhalatiecorticosteroïden vormen gewoonlijk de basis van de onderhoudsbehandeling.

Frequentie, aantal afleveringen, gebruiksduur

- Bij 70% van de bestudeerde patiënten wordt slechts 1 à 2 keer per jaar een geneesmiddel afgeleverd, wat zou kunnen wijzen op een intermitterend gebruik van geneesmiddelen (bv. omdat het om de lichtste vormen van astma gaat) (figuur 2).
- In 2013 kreeg 2,1% van de regelmatige gebruikers gemiddeld

7 keer dergelijke geneesmiddelen afgeleverd met een gemiddeld gebruik gedurende 246 dagen van het jaar.

- Wat de afleveringen betreft zijn het de vaste associaties van inhalatiecorticosteroïden met langwerkende bèta2-mimetica en de kortwerkende bèta2-mimetica als monopreparaat (SABA) die het vaakst voorgeschreven worden (respectievelijk 66% en 46% van de astmalijders hebben deze geneesmiddelen gebruikt).

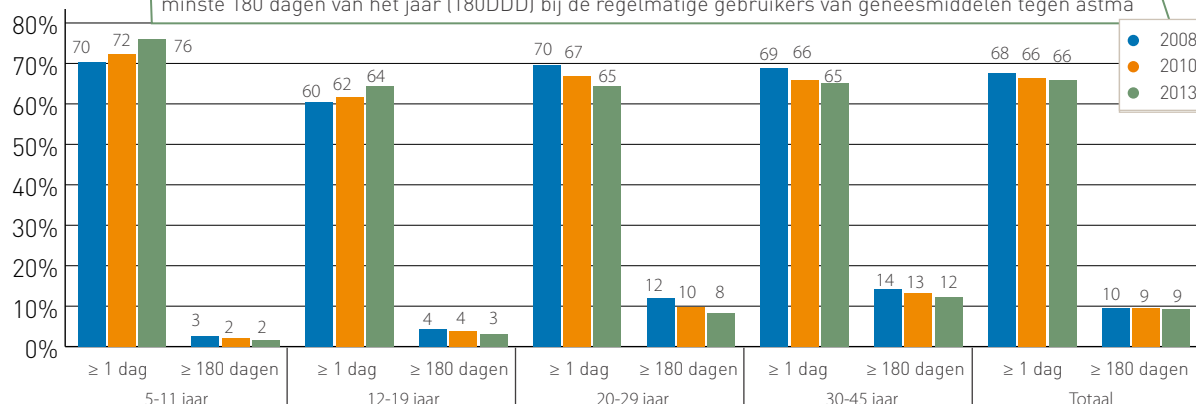
Het gebruik van bronchodilatoren met een korte werkingsduur

Deze geneesmiddelen worden gebruikt bij hinderlijke symptomen en een astmacrisis. Als het om intermitterende astma gaat, kunnen ze de enige behandeling zijn. Uit de studie blijkt het volgende:

- 2 op de 3 patiënten die regelmatig gebruik maken van geneesmiddelen tegen astma, gebruiken minstens één kortwerkende bronchodilatator per jaar en 9 op de 100 gebruiken die kortwerkende bronchodilatator gedurende ten minste 180 dagen (figuur 3). Een hoge consumptie

Figuur 3

Het aandeel van de personen die ten minste één kortwerkende bronchodilatator gebruiken gedurende ten minste 180 dagen van het jaar (180DDD) bij de regelmatige gebruikers van geneesmiddelen tegen astma



van kortwerkende bronchodilatatoren kan erop wijzen dat de astma niet genoeg onder controle is en dat het noodzakelijk is om een anti-inflammatoire behandeling op te starten of om de bestaande onderhoudsbehandeling te herbekijken.

- Kinderen uit de leeftijdsgroep van 5-11 jaar maken vaker gebruik van een kortwerkende bronchodilatator, maar dan wel in kleinere hoeveelheden (uitgedrukt in DDD's). Slechts 1,5% van de kinderen jonger dan 12 jaar wordt gedurende meer dan 180 dagen van het jaar behandeld, terwijl dat percentage bij de volwassenen de 10% benadert. Met andere woorden, astma lijkt beter beheersbaar bij kinderen dan bij volwassenen.

Gebruik van een onderhoudsbehandeling

Als de ziekte onvoldoende onder controle kan gehouden worden met kortwerkende geneesmiddelen, wordt een onderhoudsbehandeling opgestart. Deze bestaat meestal uit inhalatiecorticosteroiden. In ernstigere gevallen van astma wordt nog een bijkomend geneesmiddel toegevoegd aan de onderhoudsbehandeling op basis van corticosteroiden, bv. een bèta2-mimeticum met een lange werkingsduur.

Iets meer dan de helft van de regelmatige gebruikers van middelen tegen astma krijgt een onderhoudsbehandeling (inhalatiecorticosteroiden of een

vaste associatie van corticosteroiden met een langwerkend bèta2-mimeticum (LABA) bv.), ongeacht de leeftijdsgroep. 12 à 13% van de patiënten die een onderhoudsbehandeling krijgen, gebruikt overigens heel wat kortwerkende bronchodilatatoren (≥180 DDD's per jaar). Dit percentage stijgt trouwens bij het ouder worden (2% bij kinderen in de leeftijdsgroep van 5-11 jaar en 16% bij de volwassenen van 30-45 jaar).

- Volgens de aanbevelingen mogen LABA's alleen maar gebruikt worden in associatie met de inhalatiecorticosteroiden (ICS). Het percentage van patiënten die alleen gebruik maken van een LABA is overigens zeer laag (2% in 2013). Dit wijst erop dat de aanbevelingen goed nageleefd worden.

De toedieningswijze

Geneesmiddelen tegen astma bestaan onder verschillende farmaceutische vormen en toedieningswijzen: doseeraërosols met of zonder expansiekamer, poederinhalatoren, oplossingen of suspensies voor verneveling, enz. De arts kiest de vorm die het meest geschikt is om een optimale longdepositie te verkrijgen. De toediening in de vorm van verneveling (met behulp van aërosolapparaat) wordt in principe voorbehouden voor patiënten die hun ademhaling niet kunnen coördineren (bv. vanwege een geestelijke of motorische handicap).

Uit onze gegevens blijkt dat het

gebruik van geneesmiddelen tegen astma in de vorm van verneveling tussen 2008 en 2013 nauwelijks veranderd is. 2 op de 10 patiënten hebben een middel tegen astma gekregen in die vorm. Het gebruik van inhalatiecorticosteroiden via verneveling is daarentegen fors gestegen tijdens de bestudeerde periode. In 2013 nam 30% van de personen die gebruik maakten van de inhalatiecorticosteroiden dit geneesmiddel via verneveling, terwijl dit percentage nog 3% bedroeg in 2008. Die stijging roept vragen op.

Astma en allergische rhinitis

Astma en allergische rhinitis komen vaak tegelijk voor. Uit onze gegevens blijkt dat meer dan de helft van de patiënten (53,5%) die regelmatig een geneesmiddel tegen astma gebruiken hebben tussen 2008 en 2013, ook een terugbetaling gekregen hebben voor een geneesmiddel tegen allergie/allergische rhinitis (een H1-antihistaminicum en/of corticosteroiden, toegediend via de neus) tijdens datzelfde jaar.

De kostprijs van geneesmiddelen tegen astma

- In 2013 bedroeg het kostenplaatje van geneesmiddelen tegen astma € 4,4 miljoen voor de ziekteverzekering en € 1,2 miljoen voor de verzekerden (figuur 4). Het deel ten laste van de

verzekerde vertegenwoordigde 22% van de totale kostprijs. Die verhouding is weinig veranderd tussen 2008 en 2013.

- De vaste associaties van inhalatiecorticosteroiden met langwerkende bèta2-mimetica, die behoren tot de groep van de middelen tegen astma die het vaakst voorgeschreven worden, zijn de duurste geneesmiddelen voor de verplichte verzekering

én de verzekerde (respectievelijk € 164 en € 44 in 2013). Zij vertegenwoordigen meer dan 60% van de totale kostprijs van de geneesmiddelen tegen astma ten laste van de verplichte verzekering en de verzekerde.

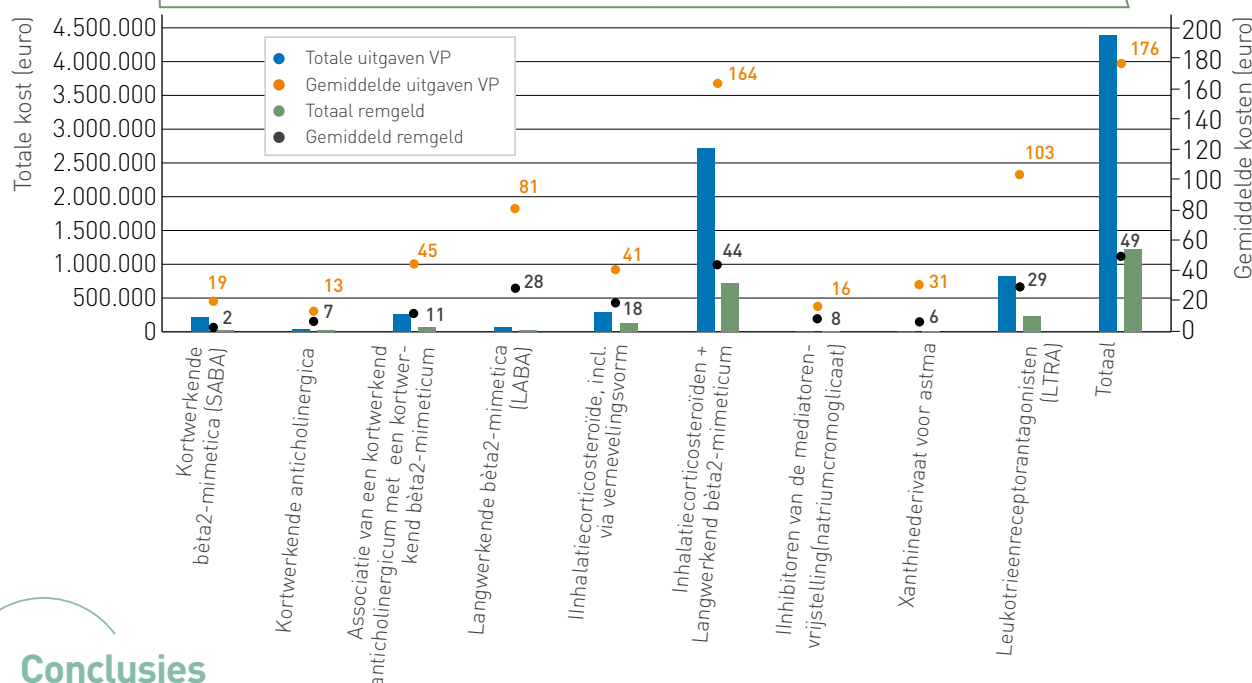
- De leukotriënenreceptorantagonisten (LTRA) zijn de tweede duurste groep van de geneesmiddelen tegen astma (€ 103 voor de verplichte verzekering

en € 29 voor de verzekerden in 2013). Ze vertegenwoordigden in dat jaar 20% van de totale kosten van de geneesmiddelen tegen astma ten laste van de verplichte verzekering en de verzekerde.

Güngör Karakaya,
Evelyn Macken & Claire Huyghebaert
Dienst Vertegenwoordiging en Studies
van de Onafhankelijk Ziekenfondsen

Figuur 4

Totale en gemiddelde uitgaven ten laste van de verplichte verzekering (VP) en de verzekerde (remgeld) van de 9 groepen van geneesmiddelen tegen astma bij de regelmatige gebruikers in 2013



Conclusies

- Astma is een chronische aandoening en gaat gepaard met een aanzienlijke morbiditeit. Het is mogelijk om de ziekte onder controle te houden door een correcte aanpak. Uit onze analyse blijkt dat **het gebruik van kortwerkende bronchodilatatoren hoog is** bij 9% van de patiënten die geregeld gebruik maken van geneesmiddelen tegen astma. **Dat zou kunnen wijzen op een onvoldoende controle.**
- Bij chronische ziektes als astma zijn een optimale behandeling en een regelmatige opvolging essentieel. Het is dus ook zaak om de patiënt persoonlijk te begeleiden en te **informer over zijn ziekte**, de werking van zijn geneesmiddelen en de inhalatietechnieken. Kortom, hij moet **actief betrokken worden bij zijn behandeling.**
- De zorgverleners (artsen, apothekers) moeten wijzen op **het belang van therapietrouw.** Bij

astma zou er sprake zijn van gebrekkige therapietrouw bij 30 tot 70% van de patiënten. Het is dus belangrijk om met de patiënt te praten over de redenen waarom hij zijn therapie niet volgt zoals het hoort en mogelijke oplossingen aan te reiken.

- Volgens onze studie wordt er nog veel gebruik gemaakt van geneesmiddelen tegen astma in de vorm van **verneveling**, hoewel de longdepositie minder goed is bij die toedieningswijze. Het gebruik via verneveling is alleen aan te raden als het niet mogelijk is om op een correcte manier gebruik te maken van een doseeraërosol, in combinatie met een expansiekamer. Het gebruik zou dus **voorbehouden moeten worden voor gevallen waarin de patiënt zijn ademhaling zelf niet kan coördineren.**

Evolutie van de prevalentie en de kostprijs van chronische ziektes

Eind 2013 wezen de Onafhankelijke Ziekenfondsen er al op dat de chronische ziektes zwaar doorwegen op de uitgaven voor geneeskundige verzorging (analyse van de terugbetalingsdata in het jaar 2010). Maar hoe ziet de situatie er nu uit, drie jaar later? Wat met de evolutie van het aantal chronisch zieken in België en wat kost dit aan de verplichte verzekering?

Ter herinnering, mensen die lijden aan een chronische aandoening worden geïdentificeerd aan de hand van enkele criteria: enerzijds het criterium van de consumptie van welbepaalde geneesmiddelen gedurende een minimumperiode van 90 dagen tijdens het jaar (of van 120 dagen in geval van een depressie). Anderzijds gebeurt die identificatie op basis van een aantal nomenclatuurcodes van het RIZIV (voor nierinsufficiëntie en kanker), bepaalde soorten geneesmiddelen (voor zeldzame ziektes) of een specifieke ziekenhuisopname (bij een mentale ziekte). Om de data van 2010 te kunnen vergelijken met die van 2013, hebben we lichte aanpassingen moeten aanbrengen aan de data van 2010. Daarnaast hebben we ook de lijst van geneesmiddelen aangevuld met de nieuwe medicijnen die sinds 2011 op de markt verschenen zijn.

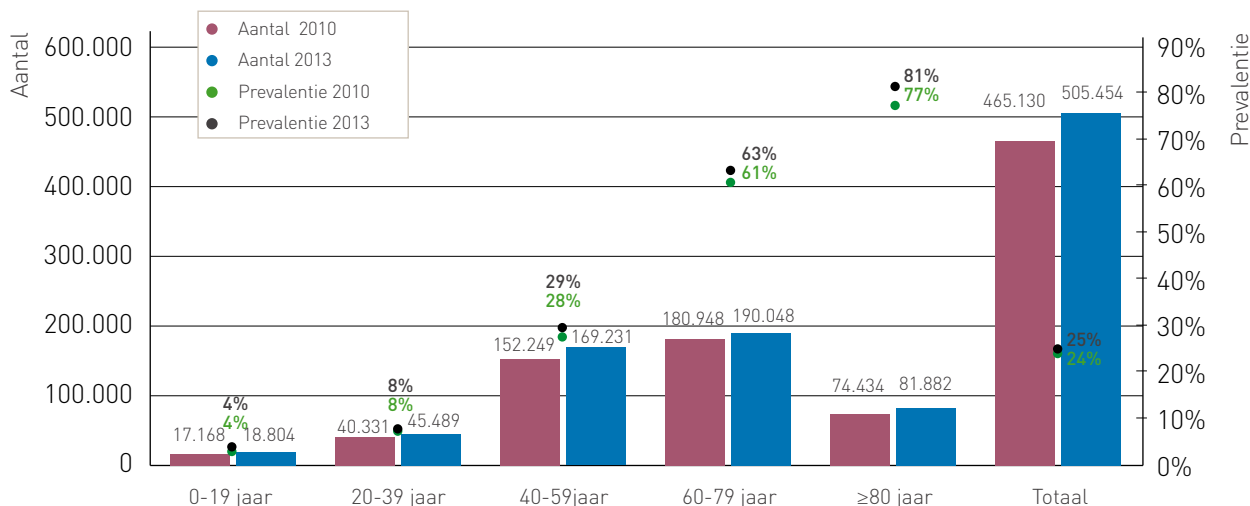
Figuur 1 wijst op een **stijging van het aantal en de prevalentie van de personen die lijden aan een chronische ziekte tussen 2010 en 2013**, ongeacht hun leeftijdsgroep. Hun aantal is met meer dan 40.000 gestegen in die periode van 3 jaar. Het gaat dus om een stijging van 1 procentpunt, waardoor we de kaap van 500.000 personen overschrijden in 2013 (bijna 25% van het totale ledenaantal van de Onafhankelijke Ziekenfondsen).

De grootste schommelingen stellen we vast bij de personen ouder dan 40 jaar. **De kans op een chronische aandoening stijgt mee met de leeftijd**. Meer dan 6 op de 10 personen in de leeftijdsgroep van 60-79 jaar lijden aan een chronische ziekte en bij de 80-plussers loopt dit cijfer op tot 8 op de 10.

Van 2010 tot 2013 steeg het aandeel van de personen die lijden aan 1 van de 24 bestudeerde chronische

Figuur 1

Aantal en prevalentie van personen met een chronische ziekte per leeftijdsgroep (2010 en 2013)



aandoeningen van 23,7% naar 24,7% en hun uitgaven voor geneeskundige verzorging liepen op van 67,4% naar 69,1%. **Het al aanzienlijke gewicht van de chronische ziekten op de uitgaven voor geneeskundige verzorging neemt dus metertijd nog toe.**

Stijgend sterfterisico

Tussen 2010 en 2013 stierven 73 op de 1.000 personen met een chronische ziekte. Op het niveau van de totale bevolking ligt dit cijfer 3 keer lager (figuur 2). Met andere woorden: **chronisch zieken hebben 3 keer meer kans om te overlijden tijdens de geobserveerde periode dan de totale bevolking.** De kans op een overlijden tijdens deze periode is des te groter bij personen die lijden aan een zeldzame ziekte (42%), een psychose (32% bij de 70-plussers), kanker (31%), nierinsufficiëntie (30%), een hartziekte (21%) of een leeftijdsgebonden aandoening (Alzheimer (31%) of Parkinson (26%)).

Arteriële hypertensie is de voornaamste chronische aandoening en gaat vaak gepaard met andere ziektes. **Deze ziekte treft meer dan 16% van de populatie.** In 2013 vertegenwoordigde de kostprijs van de geneeskundige verzorging van personen met arteriële hypertensie **45% van de totale uitgaven voor verzorging die terugbetaald worden** door de verplichte verzekering.

Na arteriële hypertensie volgen depressie, insulineafhankelijke diabetes, hartziekten en COPD met de hoogste prevalentie (>2%). Tussen 2010 en 2013 stellen we vooral een stijging vast van de prevalentie van hypertensie en depressie.

Als we naar de uitgaven voor verzorging kijken, is het duidelijk dat de stijgingen tussen 2010 en 2013

het hoogst waren bij hypertensie, depressie, COPD, astma, insulineafhankelijke diabetes, epilepsie, psychose en kanker bij personen jonger dan 70 jaar.

Stijging van de gemiddelde uitgaven

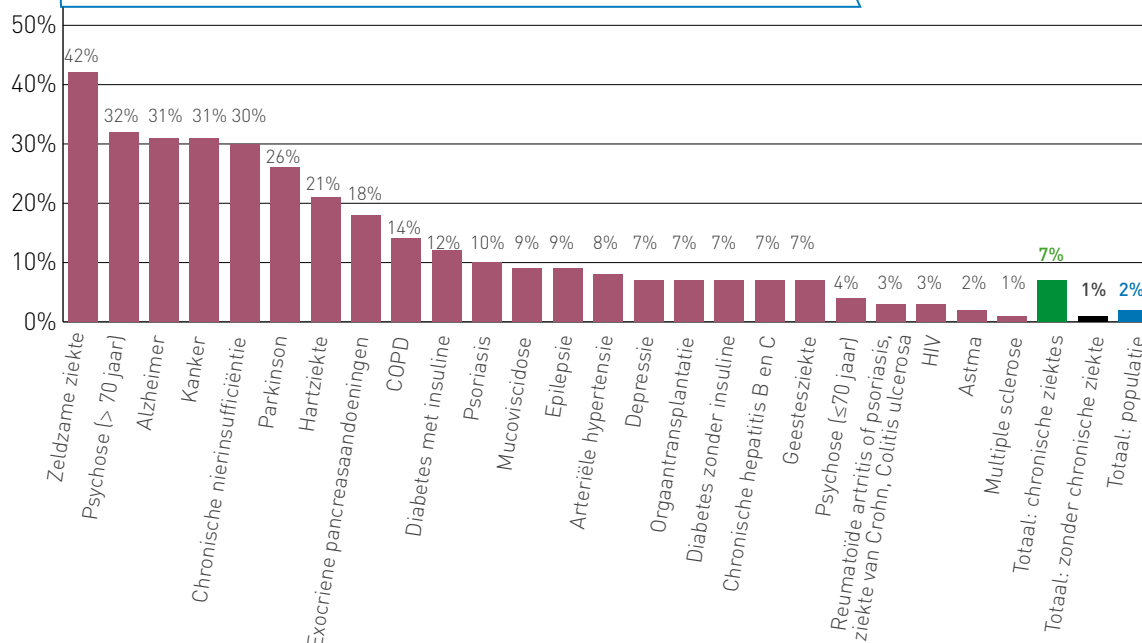
De **gemiddelde uitgaven voor geneeskundige verzorging** van een persoon die lijdt aan één van de 24 bestudeerde chronische aandoeningen, **stijgt van € 5.243 in 2010 naar € 5.467 in 2013**. Dat is een toename met 4% over een periode van 3 jaar. Bij personen die geen chronische ziekte hebben, was dat ritme echter 2 keer trager (slechts 2%). Die fikse stijging geldt voor alle chronische aandoeningen, met uitzondering van nierinsufficiëntie, hiv, Alzheimer en insulineafhankelijke diabetes. Bij deze aandoeningen stellen we een daling vast.

De gemiddelde uitgave van personen die lijden aan hepatitis B of C, een psychose (≤ 70 jaar) of epilepsie is zeer sterk gestegen tussen 2010 en 2013 (> 30%). De gemiddelde uitgaven van personen met chronische nierinsufficiëntie zijn daarentegen duidelijk gedaald (-18%). Dit is te verklaren door de stijging van het aantal personen met een zorgtraject voor chronische nierinsufficiëntie tussen 2010 en 2013 (die dus nog geen dialyse krijgen). Die stijging is groter dan de stijging van het aantal personen die wel een dialyse krijgen (dialyse is nu eenmaal duurder). De verzorging van de volgende personen heeft in 2013 dus het meest gekost aan de verplichte verzekering: mensen met een **zeldzame ziekte (€ 49.343)**, nierinsufficiëntie (€ 33.156), een psychische aandoening (€ 27.628) of mucoviscidose (€ 22.850).

Uit figuur 3 blijkt dat er een kloof gaapt tussen de gemiddelde uitgaven voor geneeskundige verzorging.

Figuur 2

Percentage van het aantal overlijdens tussen 2010 en 2013 per chronische ziekte



Dit verschil neemt metertijd toe en hangt samen met de stijging van het aantal chronische ziektes. De gemiddelde uitgaven van een persoon met minder dan 3 chronische aandoeningen variëren relatief weinig in die periode van 3 jaar ($\leq 5\%$), terwijl ze stijgen met enkele honderden euro's bij personen die lijden aan 3 chronische aandoeningen (+ 9%).

Het gaat zelfs om enkele duizenden euro's zodra de drempel van 3 chronische aandoeningen overschreden is (+ 15 à 29%).

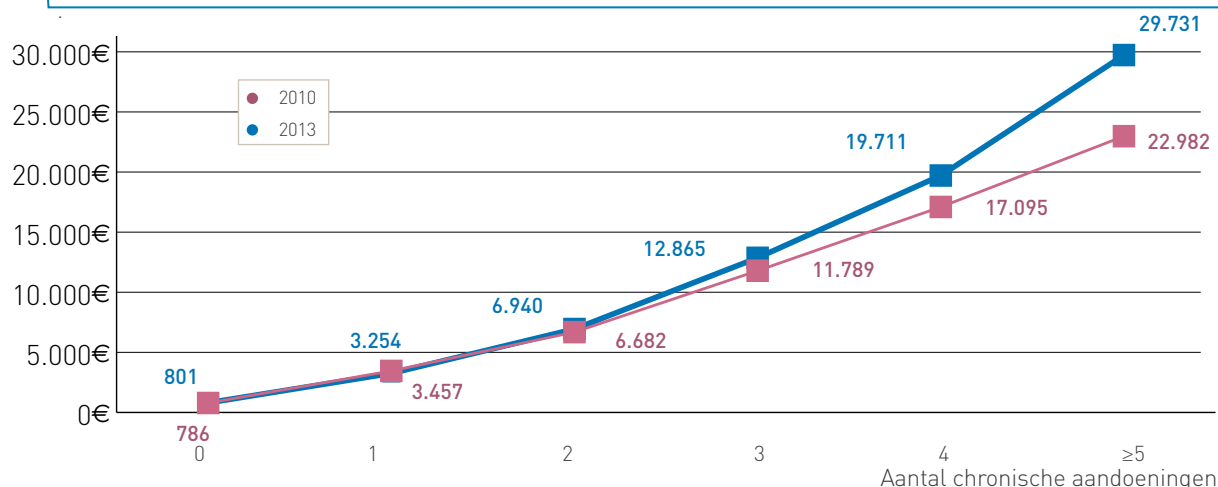


Güngör Karakaya

Dienst Vertegenwoordiging & Studies
van de Onafhankelijke Ziekenfondsen

Figuur 3

De gemiddelde uitgaven voor geneeskundige verzorging (VP) naargelang het aantal chronische aandoeningen (2010 en 2013)



De mening van de Onafhankelijke Ziekenfondsen



Naar een proactief beheer van de chronische ziektes

De chronische ziektes wegen al zwaar door op het sterftcijfer en de gezondheidsuitgaven en het ziet er naar uit dat hun gewicht enkel nog zal toenemen. Een proactief beheer van deze aandoeningen is dan ook één van de prioriteiten voor de toekomst van de gezondheidszorg. De Onafhankelijke Ziekenfondsen zijn zich bewust van de omvang van het probleem en we hebben er dan ook één van onze 10 prioriteiten van gemaakt.

Enkele aanbevelingen op een rij:

- **Meer investeren in preventie** (gezondheidseducatie, promoten van sport,...) of begeleiding, meer bepaald door de ontwikkeling van nieuwe zorgtrajecten en 'disease management'. Sommige chronische aandoeningen (hypertensie, hartziekten, diabetes, depressie, COPD) zijn namelijk deels te wijten aan bepaalde levensgewoonten: verkeerde voeding, een zittend leven, stress, roken, alcoholisme.
- **Stimuleren en promoten van technologische innovatie** die evidence-based is, meer bepaald in de sector van de tests voor het opsporen van chronische aandoeningen.
- **Organiseren van een registratie en een uitwisseling van gegevens** tussen zorgverleners, met het oog op een betere tenlasteneming van personen die lijden aan één of meer chronische ziektes en een verbetering van het beslissingsproces.
- **Ondersteunen van de inspanningen om een chronische patiënt te identificeren** in een vroegtijdig stadium van zijn ziekte. Uit wetenschappelijke studies blijkt dat personen die geconfronteerd worden met een gezondheidsprobleem, dit eerst melden aan andere zorgverleners dan hun arts (bv. hun apotheker). Daardoor komt een efficiënte aanpak in het gedrang.
- **Nagaan in hoeverre er efficiëntere zorgcircuits bestaan**, zonder te raken aan de kwaliteit van de verzorging. We weten dat er progressie mogelijk is op vlak van de alternatieven voor geïnstitutionaliseerde zorg. Een voorbeeld: thuisdialyse die even efficiënt is als de dialyse in een instelling, maar die minder duur is.
- **De bevolking regelmatig informeren** over medische en technologische vooruitgang op vlak van chronische ziektes, zodat de patiënt zelf initiatieven kan nemen (patient empowerment).

Onze studies in een notendop

De dienst Studies & Vertegenwoordiging 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 globale uitgaven van het RIZIV per Alzheimer-patiënt kunnen oplopen tot €18.000 per jaar voor patiënten in een instelling en €6.000 voor patiënten die thuis verzorgd worden.

Studie 'Ziekte van Alzheimer: impact van de beperkingsmaatregelen van de terugbetaling van geneesmiddelen'



Eén hypertensiepatiënt op de tien stopt definitief met zijn behandeling na amper 1 jaar. Mannen houden zich beter aan hun behandeling (68%) dan vrouwen (58%).

Studie 'De opstart van de behandeling van arteriële hypertensie en de evolutie ervan'



In de psychiatrie is de kostprijs ten laste van de patiënt afhankelijk van het type instelling.

- Bij een **ziekenhuisopname** is het verblijf tijdelijk en komt die kostprijs bovenop de dagelijkse kosten (een eigen woonst en de kosten die hiermee gepaard gaan).
- In een **psychiatrisch verzorgingstehuis** (PVT) heeft de patiënt meestal geen andere woning en kan de prijs van het PVT gezien worden als een dagelijkse kost omdat dit de patiënt zijn woning is. Maar dit wil niet zeggen dat deze kost geen zware dobber is voor de patiënt om te betalen. Vaak beschikken deze patiënten alleen over een vervangingsinkomen.
- In de **IBW's** (Initiatieven voor Beschut Wonen) dekt de kostprijs alleen de geneeskundige verzorging en de begeleiding. De dagelijkse kosten (zoals huur, voeding of vrijetijdsbesteding) moeten daar aan toegevoegd worden.

Studie 'Verblijven in een psychiatrische omgeving'



10.339

De gezondheidsuitgaven ten laste van de sociale zekerheid zijn het hoogst in de psychiatrische diensten van de algemene ziekenhuizen: gemiddeld 10.339 euro per maand, per persoon.

Studie 'Hospitalisaties in de psychiatrie: te veel en te lang?'



60%

van de voorschriften voor antidepressiva van minder dan 1 maand komen van een huisarts. Aangezien de diagnose van depressie bij tieners moeilijk is, kunnen we de pertinentie van de voorschriften bij bepaalde jongeren in vraag stellen.

Studie 'Jongeren, antidepressiva en psychotherapie'



De chronisch zieken vertegenwoordigen 64,3% van alle uitgaven voor geneeskundige verzorging, die terugbetaald worden door de Onafhankelijke Ziekenfondsen. Dit is 2,3 miljard euro op een totale uitgave van 3,6 miljard euro.

Studie 'Concentratie van de uitgaven voor de gezondheidszorg'



Ontdek al onze studies op www.mloz.be

Door Pascale Janssens - pascale.janssens@mloz.be



Geneesmiddelen, tegen elke prijs?

Een opvallende vraag op een debat dat heel wat stof deed opwaaien en een echt domino-effect aan vragen veroorzaakte. Niet verwonderlijk, aangezien ethische kwesties, gezondheid en de wetten van de markt elkaars pad kruisten. De grote lijnen van het debat op een rij!

Meer transparantie en kennis

Lieven Annemans, professor in de gezondheidseconomie (UGent), is van mening dat het grote publiek zich zou moeten kunnen uitspreken over een (slechte) beslissing over de terugbetaling van een geneesmiddel. Dergelijke beslissingen zouden ook publiek genomen moeten worden door de overheid, die haar beslissingen op een transparantere manier zou moeten rechtvaardigen. Maar hiervoor moet het systeem van de vastlegging van de prijs en de terugbetaling herzien worden.

De kostprijs is slechts één aspect van het debat

Volgens **Lieven Annemans** moeten we verder kijken dan de kostprijs van geneesmiddelen alleen. De kostprijs is slechts één aspect van het debat over de noodzakelijke besparingen binnen de geneeskundige verzorging. Er moet ook gekeken worden naar besparingen op vlak van gezondheidswinst, de zogenaamde QALY's. De bedrijven zouden rekening moeten houden met het budget van de ziekteverzekering en de beperkingen ervan. En met de 'doelgroepen' van een behandeling. Het is sowieso belangrijk om je bij de beslissing over een terugbetaling niet blind te staren op het budget. **Catherine Rutten**, CEO van Pharmabe, herinnert ons er bovendien aan dat in België geneesmiddelen vaak minder duur waren dan in de andere Europese landen en dat de prijs tussen 2006 en 2015 met 10% gezakt was.

Investeren in R&D is levensbelangrijk!

Catherine Rutten legt uit dat van de 100 moleculen in fase 1 van het onderzoek, slechts 12 ook effectief als geneesmiddel ontwikkeld worden. Dit illustreert volgens haar de massale investeringen van de farmaceutische bedrijven in onderzoek en ontwikkeling. Een deel van deze kosten is trouwens te wijten aan de reglementaire verplichtingen die aan de bedrijven opgelegd worden. **Lieven Annemans** zou het aantal dure klinische studies liever zien dalen en zou willen dat er meer gefocust wordt op het bestuderen van werkelijke gevallen. Het zorgt voor meer bewegingsvrijheid, ook op vlak van terugbetalingen. 78% van de onderzoeken wordt gefinancierd door de bedrijven. **Catherine Rutten, Lieven Annemans, Claude Sterckx**, vertegenwoordiger van de patiëntenvereniging tegen mucoviscidose, en **Brieuc Van Damme**, adjunct kabinetschef van minister Maggie De Block, scharen zich achter het idee dat er meer samengewerkt moet

worden tussen de sectoren (farmaceutica, overheid, universiteiten, patiëntenverenigingen) om de toegankelijkheid en innovatie te verbeteren. Lieven Annemans zet zelfs de publiek-private partnerschappen (PPP) bovenaan zijn lijstje van aanbevelingen.

De burger/patiënt moet geïnformeerd en geresponsabiliseerd worden

Jean-Marie Maloteaux, departementshoofd klinische neurologie (UCL), heeft het over een nieuwe tendens in de relatie met de patiënt. Die is meer geïnformeerd dan vroeger. Het maakt de dialoog met zijn arts er daarom niet makkelijker op. De patiënt wil begrijpen waarom hij geen toegang heeft tot een bepaalde behandeling. De arts kan hem hier uitleg over geven en hem over deze onderwerpen informeren. Over de redenen waarom we voor een bepaalde behandeling kiezen of waarom een geneesmiddel wordt terugbetaald en een ander niet, wordt veel te weinig gesproken met de patiënten en de burgers. Er moet met de patiënt meer gediscussieerd worden over levenskwaliteit, prognoses, ... **Claude Sterckx** gaat zelfs nog een stapje verder en pleit voor een echte actieve rol voor de burger/patiënt bij de beslissingen rond behandelingen. Hij benadrukt ook de rol die de apotheker onrechtstreeks kan spelen om verspilling en overconsumptie tegen te gaan.

Noodzakelijke samenwerking tussen Europese landen

Voor **Claude Sterckx** heeft het geen zin dat elk land zijn eigen akkoorden onderhandelt met de farmaceutische industrie. Er zijn overeenkomsten op Europees niveau nodig, zeker voor de weesgeneesmiddelen. **Brieuc Van Damme** herinnert eraan dat er recent een bilateraal akkoord ondertekend werd met Nederland. Hij merkte ook op dat de industrie meer openstaat voor de pilootprojecten tussen de landen dan de landen zelf. Momenteel onderhandelt het kabinet van Maggie De Block over eenzelfde soort partnership met 2 andere Europese landen. In gezondheid investeren is een van de doelstellingen voor 2020 van de Europese Commissie: de gezondheid van de ganse bevolking verbeteren en toch binnen de grenzen blijven van de beschikbare middelen en de solidariteit en gelijkheid behouden.





In juni verwelkomden de Onafhankelijke Ziekenfondsen een groot publiek om te debatteren over een gevoelig onderwerp: de prijs van geneesmiddelen.



Lieven Annemans, Professor in de gezondheidseconomie.



Catherine Rutten, ceo van Pharma.be.



Brieuc Van Damme, adjunct kabinetschef van minister Maggie De Block.



Jean-Marie Maloteaux, departementshoofd klinische neurologie van de UCL.



Claude Sterckx, vertegenwoordiger van de patiëntenvereniging tegen mucoviscidose.



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

Boeken

De organisatie achter orgaandonatie

Orgaan- en weefseldonatie redt jaarlijks het leven van honderden Belgen. Niettemin overlijden ook nog altijd veel patiënten met orgaanfalen door een tekort aan geschikte donoren. Om zorgverleners een leidraad te bieden in dit complexe kluwen, hebben verschillende experts uit de professionele en academische sector deze praktische gids opgesteld. Alle aspecten van orgaandonatie komen aan bod: identificatie van een potentiële donor, toewijzing van organen, indicaties voor en resultaten na orgaantransplantatie, donormanagement, ... Een



vraag-antwoordstructuur zorgt er bovendien voor dat de informatie praktijkgericht en toegankelijk is. Daarnaast gaan de auteurs ook de controversiële en gevoelige aspecten van orgaandonatie en -transplantatie niet uit de weg.

Zakboek orgaan- en weefseldonatie, Diethard Monbaliu, Piet Lormans e.a., Acco, 2014, 152 blz., ISBN 978-90-334-8238-0

Van 'cure' naar 'care'

Voor veel artsen en patiënten is palliatieve zorg nog steeds een verlengstuk van de reguliere geneeskunde. Een optie die pas wordt aangewend als alle andere medische opties geen zin meer hebben. Die zienswijze is volgens de auteurs van dit boek volledig voorbijgestreefd. Palliatieve zorg moet namelijk veel breder zijn. Het gaat om het verbeteren van de levenskwaliteit van de patiënt tijdens de hele ziekteperiode en niet enkel gedurende het levens-einde. Meer zelfs, als mensen met een levensverkortende ziekte tijdig palliatieve zorg krijgen, kan die begeleiding zelfs het leven verlengen. Daarom schuiven de auteurs concrete oplossingen naar voor om van palliatieve zorg een volwaardig onderdeel van de gezondheidszorg te maken.



Palliatieve zorg, meer dan stervensbegeleiding, Joachim Cohen, Tinne Smets, e.a., Lannoo Campus, 2015, 232 blz., ISBN 978-94-014-2561-2

Ziekenhuisfinanciering van naaldje tot draadje

Een nieuwe ziekenhuisfinanciering is één van de grote 'werven' van minister van Volksgezondheid Maggie De Block. In 2018 zouden de eerste projecten in het kader van dit ambitieuze plan het levenslicht moeten zien. Maar wat zijn de technieken rond financieel beleid van ziekenhuizen vandaag de dag? In de herwerkte editie van dit boek maken Katrien Kesteloot en Gustaaf van Herck een uitgebreide schets en diepgaande analyse van de huidige ziekenhuisfinanciering in België. In vergelijking met de vorige editie zijn alle cijfers en de reglementering bijgewerkt tot november 2014. Kortom, een ideale houvast voor bestuurders van ziekenhuizen en andere diensthoofden!



Financieel beleid voor ziekenhuizen, Katrien Kesteloot en Gustaaf van Herck, Acco, 2015, 408 blz., ISBN 978-94-629-2130-6

De taal van Shakespeare in de apotheek

Nederlandstalige apothekers krijgen naast Franstalige patiënten ook steeds meer anderstalige patiënten over de vloer die zich uitdrukken in het Engels. Om het overleg tussen apotheker en patiënt zo vlot mogelijk te laten verlopen, biedt dit boek de apothekers een schat aan materiaal om hun kennis van het medisch Engels op te frissen. Dankzij onder meer een medische basiswoordenschat, korte anamneses in het Engels en het Nederlands en een tweetalige lijst van regelmatig gebruikte anatomische termen leren ze om de klachten van de patiënten correct te interpreteren en de juiste hulpverlening te verlenen. We wish you a lot of reading pleasure!



Medisch Engels in de apotheek, Stéphanie Ostyn en Herlinda Vekemans, Acco, 2015, 168 blz., ISBN 978-90-334-9859-6

Door **Steven Vervaeet** - steven.vervaeet@mloz.be



Health Forum*, het magazine voor zorgprofessionals

Volg ons ook via
onze twitteraccount

 @Onafh_Zf

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**

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

De Onafhankelijke Ziekenfondsen werven aan...

- **Adviserend Verpleegkundige**
- **Adviserend Kinesitherapeut**

Uw takenpakket

De adviserend geneesheren bijstaan:

- Begeleiden en ondersteunen van het re-integratieproces bij leden in arbeidsongeschiktheid
- Evalueren van de afhankelijkheidsgraad bij verzekerden die thuis verpleegkundige verzorging krijgen
- Deelnemen aan intermutualistische controles, met het oog op de evaluatie van de afhankelijkheidsgraad van verzekerden in een rustoort
- Uitvoeren van functionele onderzoeken voor de terugbetalingsaanvragen van mobiliteitshulpmiddelen

Uw profiel

- Paramedische bachelor verpleegkunde of kinesitherapie
- Goede redactionele en organisatorische vaardigheden, contactvaardig zijn en autonoom kunnen werken
- Een goede kennis van de informatietoepassingen (MS Office) en het gebruik van AS400
- Kennis van de wetgeving en de reglementering
- Een goede kennis van het Frans vormt een meerwaarde
- Kennis van de medische en mutualistische wereld is een pluspunt

Wat bieden we?

- Een contract van onbepaalde duur en een job rijk aan sociaal contact
- Een aantrekkelijk salarispakket en talloze extralegale voordelen (bedrijfswagen, maaltijdcheques, groepsverzekering, ...)
- Opleidingen om uw competenties te ontwikkelen

Interesse?

Stuur uw
kandidatuur naar
recruitment@mloz.be

Onafhankelijke
Ziekenfondsen

www.mloz.be

Bekijk onze andere vacatures op **LinkedIn**