

Health Forum

December 2015 · Nr. 24

Het magazine van de Landsbond van de Onafhankelijke Ziekenfondsen · driemaandelijks



Dossier

Zorgverleners op zoek naar **verandering** in 2016

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

Het kind niet weggooien met het badwater

Terreur, vluchtelingenstromen en andere economische, culturele en ecologische gevaren: een snuife positivisme komt goed van pas in deze verwarrende, droevige tijden. Niet omdat Kerstmis en Nieuwjaar voor de deur staan, maar wel omdat we enkel iets moois kunnen opbouwen in de toekomst in een sfeer van positivisme.

Dat lijkt vanzelfsprekend, maar is het dat wel? Volgens sommigen moet je eerst tabula rasa maken om iets op te bouwen. Dat zou het enige middel zijn om systemen en organisaties te doen groeien. Knagen aan de fundamenten van het systeem door het nut van bepaalde actoren of mechanismen te betwisten, de klemtoon te leggen op de verschillen in plaats van op de gelijkenissen, ... Kortom, het kind weggooien met het badwater.

Die aanpak getuigt niet van nederigheid en is geen deugd op zich. Integendeel, nu het uur is aangebroken om onze beleidslijnen, instellingen en instrumenten te herzien, is het belangrijk om die veranderingen positief te benaderen. De sociale bescherming en de ziekteverzekering

in ons land zijn nog altijd waardevolle hoekstenen die we moeten vrijwaren. Ook tijdens de grote werven rond de modernisering van onze gezondheidszorg die de komende jaren op stapel staan. Solidariteit blijft het leidmotief.



“Nu het uur aangebroken is om onze beleidslijnen, instellingen en instrumenten te herzien, is het belangrijk om die veranderingen positief te benaderen”

Of om het met de woorden van Victor Hugo te zeggen: **“Vooruitgang is niets anders dan een zachte revolutie”**.

Het is dus met veel vertrouwen in de toekomst dat ik de lezers, in naam van de Onafhankelijke Ziekenfondsen, een inspirerend, opwindend en vooral... een positief jaar toewens!

Xavier Brenez

Directeur-generaal

van de Landsbond van de Onafhankelijke Ziekenfondsen

Hoofredactrice

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

Indredactie

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 Eenoghe · 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. 24 december 2015

3 Edito

5 Wist u?

6 Dossier

Zorgverleners op zoek naar verandering in 2016

12 Forum Zorgverstrekkers

Medische huizen & forfaitaire praktijken – Een ontwikkeling die vragen oproept

Genitale verminking: als 'herstellen' mogelijk wordt

Depressie bij bejaarden? Nee, dat is niet normaal!

"Ik begrijp het niet, dokter ..."

Overheveling gezondheidsbevoegdheden – Een verschil in tempo en filosofie

24 Studie

Depressie bij volwassenen – Een gepeperde factuur voor de ziekteverzekering

28 Partnership

Gezin en handicap: het woord geven aan de broers en zussen

10 jaar partnerschap met de Afrikaanse ziekenfondsen

30 Kiosk

www.mloz.be

Dossier

Zorgverleners op zoek naar verandering in 2016

Geen jaarwisseling zonder de obligate nieuwjaarswensen, ook in de zorgsector. Voedvrouwen, geriaters, logopedisten...: veel beroepsgroepen uit de gezondheidszorg staan voor grote uitdagingen de volgende jaren. Welke hervorming of maatregel zouden ze graag werkelijkheid zien worden in 2016? Ontdek het in ons dossier!

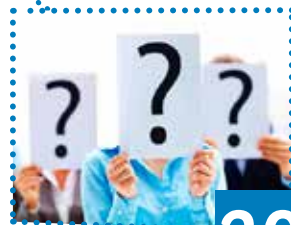


6

Gezondheidswijsheid

"Ik begrijp het niet, dokter ..."

Duidelijk uitleggen wat je voelt, weten of je vóór een bloedtest mag eten of drinken, je medicatie op het juiste moment innemen, een bijsluiter ontcijferen, ... De minimale vaardigheid om gezondheidsinformatie te begrijpen, heeft een naam: gezondheidswijsheid. 4 op de 10 Belgen worstelen met de informatie die ze krijgen van hun arts. Kunnen deze patiënten hun gezondheid meer in eigen handen nemen?



20

Studie

Depressie: een gepeperde factuur voor de ziekteverzekering

Volgens de ramingen van de WGO kampen maar liefst 350 miljoen mensen wereldwijd met een depressie. Het is de voornaamste oorzaak van arbeidsongeschiktheid. De ziekte heeft niet alleen een invloed op de gezondheid, ze weegt ook zwaar door op de openbare financiën. Indrukwekkende cijfers die om dringende maatregelen vragen. Een nieuwe analyse van de Onafhankelijke Ziekenfondsen!



24

Minder sterfgevallen door dikkedarmkanker

Dankzij de recente sensibiliserings- en opsporingscampagnes rond dikkedarmkanker, **slaagt België erin om jaarlijks 1.800 levens te redden**. Volgens cijfers uit British Medical Journal behoort ons land tot de beste leerlingen van de Europese klas, naast Duitsland en Groot-Brittannië. De Stichting tegen Kanker is verheugd over deze daling, zeker omdat dikkedarmkanker deel uitmaakt van de top 3 van de meest voorkomende kankers. De Stichting herinnert eraan dat **ons land naast meer opsporingsprogramma's ook performante behandelingen aanbiedt**. En dat dankzij onderzoek dat geleid heeft tot veel vooruitgang met polychemotherapie, anti-angiogenese medicatie voor levermetastasen enz. Ook de kwaliteit van de verzorging is dus een bepalende factor.

www.kanker.be

1,16 miljoen

Belgen werken als vrijwilliger.

Dat blijkt uit een studie van de Koning Boudewijnstichting.

Gebruiksvriendelijke registratie van gezondheidsgegevens dankzij Healthdata.be



Voor een efficiënt en kwaliteitsvol gezondheidsonderzoek is een homogene, gebruiksvriendelijke databank met gezondheidsgegevens nodig. Tot voor kort verzamelden en registreerden talloze actoren uit de gezondheidszorg gezondheidsgegevens met hun eigen werkmethode, met een grote versnippering tot gevolg. Healthdata.be maakt daar een einde aan door **alle dataregisters samen te brengen op een streng beveiligd internetplatform**. De registratie van gezondheidsgegevens zal vanaf nu op dezelfde manier verlopen. Voor zorgverleners wordt **het registreren** daardoor **eenvoudiger en zo'n uniforme**, goed gestructureerde databank zorgt ook voor een betere kwaliteit van het gezondheidsonderzoek.

Auto's delen met Avira

Aangepaste auto's delen om ze voor zoveel mogelijk mensen toegankelijk te maken. Dat is het voorstel van **Avira, een auto-deelproject voor personen met een mobiele**

bepierking. Het project stelt de creatie voor van 'auto-deelgroepen' voor wagens voor zorgcentra, residentiële diensten of particulieren. Een

wagen kost ongeveer 5.000

euro per jaar en wordt gemiddeld slechts een uur per dag gebruikt. Met het project Avira is het mogelijk om taxikosten te verminderen en/of de aankoop van een tweede aangepaste wagen te vermijden. **Er bestaat al sinds 2013 een pilootproject in Edegem, waaraan 32 gebruikers van een instelling en buurtbewoners deelnemen**. Tegen eind 2015 wil Avira minstens 30 autodeelprojecten lanceren met elk 10 à 15 personen. De organisatie zoekt daarvoor naar geïnteresseerde partners (verenigingen of particulieren) om dit solidaire deelnetwerk uit te breiden.

<http://www.autodelen.net/avira>



1/5

1 op de 5 Belgen heeft last van rugpijn, 1 op de 8 kampt met nekpijn.

Dat blijkt uit de Volksgezondheidsenquête van 2013.

Zorgverleners op zoek naar verandering in 2016



Mijn wens voor 2016 is...

Geen jaarwisseling zonder de obligate nieuwjaarswensen, ook in de zorgsector. Vroedvrouwen, geriaters, logopedisten...: veel beroepsgroepen uit de gezondheidszorg staan voor grote uitdagingen de volgende jaren. Welke hervorming of maatregel zouden ze graag werkelijkheid zien worden in 2016?

De vroedvrouw



“Voor elke vrouw een vroedvrouw”

Minister van Volksgezondheid Maggie De Block wil werk maken van de demedicalisering van de zwangerschap. Ze deed in dat kader dan ook een oproep voor pilootprojecten rond 'bevallen met een verkort ziekenhuisverblijf'. Voor **Joke Muyldermans, voorzitter van de Vlaamse Organisatie van Vroedvrouwen (VLOV)**, zijn die plannen een uitgelezen kans om de rol van de vroedvrouw extra in de verf te zetten. “Voor 2016 wens ik dat elke zwangere vrouw begeleid wordt door een vroedvrouw, zowel voor, tijdens als na de bevalling.” Bij het grote publiek is de rol van de vroedvrouw nog niet genoeg bekend. Met de huidige nomenclatuur is het voor vele vroedvrouwen financieel ook niet haalbaar om aan thuiszorg te doen. Uitdagingen genoeg dus voor de nabije toekomst. “De plannen van Minister De Block moeten we aangrijpen om onze doelstellingen te realiseren”, zegt Muyldermans. “Het is onze nieuwjaarswens dat elke zwangere vrouw begeleid wordt door een vroedvrouw. De vroedvrouw is namelijk de ideale partner bij het volledige zwangerschapstraject. Wij kunnen **de zwangere vrouw goed voorbereiden, opvolgen en informeren over voeding, het verloop van de zwangerschap...** Daarnaast kunnen we ook zelf **de bevalling uitvoeren en kwaliteitsvolle postnatale verzorging leveren**, zowel intra- als extramuraal. Die continuïteit is een grote troef.” Om die wens waar te maken, moeten wel nog enkele obstakels uit de weg geruimd worden. “Verdere sensibilisering rond onze rol blijft nodig en daarnaast moet het voor vroedvrouwen ook financieel voordeliger worden om aan thuiszorg te doen”, verklaart Muyldermans.



Brussels Gezondheidsnetwerk

Brussels
Gezondheids
Netwerk.be

“Huisartsen de tijd geven om te leren werken met eHealth”

Het Brussels Gezondheidsnetwerk biedt een globaal overzicht van de gezondheidsgeschiedenis van de patiënten in heel België. Ingeschreven huisartsen hebben 24u/24 en 7 dagen/7 toegang tot de gedeelde documenten van hun patiënten. Sinds de oprichting in 2004 sloten al 12 Brusselse ziekenhuizen zich aan bij het netwerk, maar **slechts een kwart van de Brusselse huisartsen is toegetreden tot het systeem**. Om meer artsen te overtuigen om het netwerk te gebruiken, biedt Abrumet, de vzw die het Brussels Gezondheidsnetwerk heeft ontwikkeld, een opleiding in 3 fasen aan. “Een van de grootste problemen voor de huisartsen is dat ze weinig tijd hebben”, zegt **Cécile Rochus, Communicatieverantwoordelijke van Abrumet**. “Hun eerste bezorgdheid is het verzorgen van hun patiënten, het zijn geen informatici. Bovendien denk ik dat ze de inschrijving op het netwerk als een bijkomende administratieve formaliteit beschouwen, ze zien er de meerwaarde niet van in. Daarom hebben we **een grote campagne ter ondersteuning van de artsen** op touw gezet. In 2016 zouden we graag **de artsen technische ondersteuning bieden, een praktische opleiding aanreiken** bij het gebruik van hun software en nieuwe tools zoals e-gezondheid ter beschikking stellen. De artsen zijn zich ervan bewust dat de technologie een integraal deel uitmaakt van hun praktijk, maar voor sommigen blijft het op technisch vlak nog te ingewikkeld.”



De ergotherapeut



“**Een volwaardige reglementering van ergotherapie in de thuiszorg**”

Ergotherapie is een relatief jonge discipline, maar de laatste 15 jaar heeft het beroep een grote verwetenschappelijking gekend. Niettemin zijn ergotherapeuten nog altijd sterk ondervertegenwoordigd in de eerste lijn, een vaststelling die **Pierre Seeuws, voorzitter van het Vlaams Ergotherapeutenverbond**, betreurt. “Voor 2016 wens ik de aanzet tot een volwaardige reglementering van de ergotherapie in de thuiszorg, zodat we ook daar onze rol ten volle kunnen spelen.”

De verwetenschappelijking van het beroep, de vermaatschappelijking van de zorg, de intrede van digitale technologieën, ...: de ergotherapie ziet tal van nieuwe ontwikkelingen op zich afkomen. Het beroep evolueert mee, maar voor 2016 wenst Pierre Seeuws in de eerste plaats de volwaardige reglementering van ergotherapie in de thuiszorg. “**Ergotherapie heeft in verschillende studies al zijn kosteneffectiviteit bewezen** en thuiszorg kadert perfect binnen onze competenties en visie. **In vele andere landen ondersteunt de overheid ergotherapie aan huis**, maar België hinkt achterop. Ergotherapie wordt buiten de ziekenhuizen en revalidatiecentra zo goed als niet terugbetaald, waardoor patiënten de volledige kosten van de therapie uit eigen zak moeten betalen. Met een volwaardige reglementering zou ergotherapie in de eerste lijn wel betaalbaar worden en kunnen we onze rol in de thuiszorg ten volle spelen. In Nederland bestaat zelfs al een directe toegang tot de ergotherapeut, zonder verwijzing door een arts. Ik hoop dat die droom ook ooit in ons land werkelijkheid wordt.”



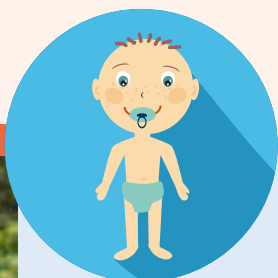
De geriater



“**Betere samenwerking met eerste lijn**”

De geriatrie kampt met een nijpend tekort aan geriaters en verpleegkundigen met geriatrische expertise. Dat bleek uit een recente studie van het KCE en **Nele Van Den Noortgate, diensthoofd geriatrie aan het UZ Gent**, bevestigt dat. “Voor 2016 wens we daarom een betere samenwerking met de eerste lijn om meer aan preventieve zorg te doen. Zo kunnen we de tsunami aan ouderen met een functionele achteruitgang indijken.” Met de vergrijzing neemt de werklast in de geriatrie stelselmatig toe. Een **beter imago van het beroep** en meer geriaters en gemotiveerde zorgverleners zijn dan ook belangrijke uitdagingen, maar ook **een betere samenwerking met de eerste lijn** is aan de orde. “Samen met de eerste lijn moeten we kwetsbare ouderen tijdiger opsporen”, zegt Van Den Noortgate. “Enkel op die manier kunnen we de tsunami aan ouderen met een functionele achteruitgang indijken en ouderen zolang mogelijk thuis laten wonen. Op dit moment verwijzen huisartsen hun patiënten echter nog niet altijd correct door. Hun doorverwijzingen zijn nog niet genoeg een bewuste positieve keuze voor de geriatrie. Nochtans beschikken wij over de expertise voor zowel de behandeling en preventie van functionele achteruitgang en leeftijdsgerelateerde aandoeningen als voor de mentale, fysieke en sociale aanpak van ‘successful ageing’. Bovendien zorgt de aanpak van de geriatrie voor minder complicaties bij een ziekenhuisopname. Op die manier kunnen we bijdragen tot een efficiënter gebruik van het huidige budget voor de gezondheidszorg.”

De pediater



“Klemtoon leggen op preventie en behandeling van pijn”

Voor de kinderartsen was 2015 een jaar met enkele evoluties, maar zonder een grote revolutie. De financiering en de organisatie van de pediatrische geneeskundige verzorging bleven grotendeels dezelfde, maar de **evolutie naar meer ambulante verzorging** werd wel voortgezet. De duur van de ziekenhuisverblijven is ook duidelijk aan het dalen. In 2015 lag de klemtoon op het sneller verlaten van de materniteit, een tendens die ook Minister De Block promoot.

Dr. Dominique De Temmerman, pediater in het Erasmusziekenhuis (Brussel) en medisch expert bij de Onafhankelijke Ziekenfondsen: “Deze evolutie zal, als ze goed uitgevoerd wordt, zonder twijfel gunstig zijn voor kinderen en hun gezinnen, maar er is nog heel wat werk aan de winkel om deze transmurale zorg op een optimale manier te organiseren. Het zou goed zijn als we in 2016 over **meer menselijke en financiële middelen zouden beschikken om het welzijn van de zieke kinderen en hun specifieke noden**, zowel lichamelijk als emotioneel, beter te kunnen aanpakken. In de omgeving die ik persoonlijk ken, krijgen kinderen technisch gezien al de best mogelijke fysieke verzorging. De klemtoon moet echter ook meer liggen op de preventie en de behandeling van de pijn en de specifieke noden van de chronisch zieken, zonder de overgang te vergeten van pediatrische verzorging naar de verzorging van volwassenen. Tot nu toe werd deze overgang nog niet geconceptualiseerd: het gebeurt geval per geval. Er gaat ook **te weinig aandacht naar de affectieve en emotionele veiligheid van het kind**. We weten nochtans dat mishandeling en onveiligheid tijdens de kindertijd levenslange gevolgen kunnen hebben.”

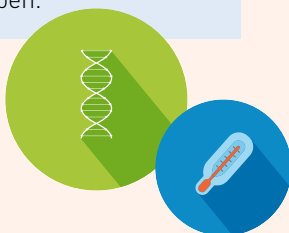


De Professor Geneeskunde



“De universiteiten herfinancieren voor een kwaliteitsvol onderwijs”

De eerste bewogen start van het academiejaar voor de **nieuwe decaan van de Faculteit Geneeskunde van de ULB, Marco Schetgen**, is een feit. Drie grote problemen smeken om een oplossing: de toepassing van het landschapsdecreet, het samenvallen van de studenten van het nieuwe opleidingssysteem van 6 jaar met die uit het oude systeem van 7 jaar (de dubbele cohorte) en de toelatingsproef op het einde van het eerste jaar. Reken daar nog eens het probleem bij van de RIZIV-nummers en de negatieve lissage die Minister Maggie De Block oplegde en de optelsom is gemaakt. “Ook de decanen van de Faculteiten Geneeskunde hopen op een positieve lissage”, legt Dr. Schetgen uit. “Maar dat is op dit moment helemaal niet gegarandeerd. De minister spreekt van een negatieve lissage tussen 2022 en 2031.” “Mijn wens voor 2016? Een herfinanciering van de universiteiten en de Faculteiten Geneeskunde in het bijzonder. Het zou **de kwaliteit van het onderwijs en de stages voor de komende jaren echt ten goede komen**. We zullen inderdaad enkele jaren te maken krijgen met grote cohortes. Een herfinanciering zou kunnen leiden tot onderwijs in kleinere groepjes, een meer transversale aanpak en betere stages. Het is logisch dat **de gezondheidszorg in ons land zal afhangen van de kwaliteit van het onderwijs**. We hebben het geluk dat we leven in een land waar de geneeskundige verzorging van hoog niveau is en de opleiding geneeskunde internationaal erkend is. De kwaliteit van de medische pedagogie hangt voornamelijk af van de capaciteit om de studenten, al vroeg in hun opleiding, in kleine groepjes heel praktisch werk te laten verrichten. Wat uiteraard vraagt om veel meer leerkrachten en assistenten. En net dat is op dit moment onmogelijk, vanwege de cohortes en de huidige financiering van de universiteiten.”



De patiëntenvereniging



“Naar een globale aanpak van autisme”

Autisme-Europa ivzw is een internationale vereniging die bij Europese instellingen werkzaam is om de rechten van autistische personen en hun gezinnen te laten gelden. De organisatie streeft onder andere naar een betere toegang tot een vroegtijdige diagnose en aangepaste aanpak in Europa.

“De ontwikkelingsniveaus zijn heel verschillend binnen de EU”, verklaart **Aurélie Baranger, directrice van Autisme-Europa**. “De Scandinavische landen zijn bijvoorbeeld helemaal mee. Soms bestaan er tussen de regio’s in de landen alleen al grote verschillen, zoals in het Verenigd Koninkrijk. Bepaalde wetenschappelijke of medische normen zijn internationaal erkend, maar ze zijn niet noodzakelijk in alle landen ingevoerd... Als we het hebben over diensten, komt het financiële aspect opduiken en is het nog veel moeilijker om kwaliteitsstandaarden te bereiken voor heel Europa. Autisme is bovendien een complexe problematiek met verschillende domeinen: de toegang tot vroegtijdige diagnose, de aanpak, educatie, het gebrek aan ondersteunende diensten, de toegang tot werkgelegenheid voor volwassenen, enz. In 2016 willen we **de nadruk leggen op een holistische aanpak van autisme: een individuele opvolging van de patiënt, die heel zijn leven lang aan zijn noden wordt aangepast**. Bovendien moeten we rekening houden met het volledige spectrum van autisme. De noden zijn namelijk verschillend bij iedereen, net zoals de ernst van de ziekte. Je hebt lichte gevallen van autisme en mensen die begeleiding nodig hebben bij al hun dagelijkse handelingen. Ten slotte is het ook belangrijk om rekening te houden met alle persoonlijke ambities van de patiënt.”



De studente



“De volgende quota’s berekenen op basis van een efficiënt kadaster”



In de richting geneeskunde lag het aantal inschrijvingen in het eerste jaar bachelor duidelijk lager dit jaar. Zonder twijfel het rechtstreekse gevolg van het toelatingsexamen dat studenten opgelegd krijgen op het einde van het eerste jaar in Wallonië en Brussel. Dankzij deze filter worden de quota’s in elke faculteit geneeskunde gerespecteerd, maar hij slaat ook tal van dromen aan diggelen. Zo zijn er heel wat studenten die, ondanks goede resultaten, toch hun beroep niet mogen uitoefenen.

“Volgend academiejaar willen we overgaan van een negatieve lissage naar een positieve lissage”, zegt **Emeline Lezier, voorzitter van het Interuniversitair Comité van Geneeskundestudenten (Franstalige universiteiten)**. “Nu zitten we met een negatieve lissage: de RIZIV-nummers van de studenten die bezig zijn met hun opleiding geneeskunde, zullen toegekend worden aan de nieuwe ingeschrevenen bij een tekort. Deze negatieve lissage is niet alleen gevaarlijk voor de studenten, het treft onze gezondheidszorg in zijn geheel. En dat terwijl een positieve lissage, op basis van het kadaster, net zou kunnen leiden tot een efficiëntere en jongere gezondheidszorg. **De volgende quota’s zouden berekend moeten worden op basis van een kadaster dat rekening houdt met de verschillende huidige tekorten**, maar ook de tekorten die de komende jaren zouden kunnen ontstaan. Denk maar aan de generatie babyboomers die binnenkort met pensioen zal gaan. **Patiënten zullen als eerste lijden onder dit tekort en dat kunnen we niet toestaan.**”

Onafhankelijke Ziekenfondsen

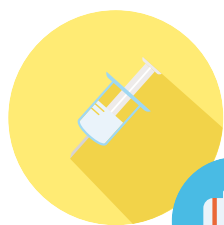


“Maak werk van nationale gezondheidsdoelstellingen”

Vlaanderen werkt al sinds 1998 met specifieke, meetbare en algemeen aanvaarde gezondheidsdoelstellingen die binnen een bepaalde periode gerealiseerd moeten worden. Op nationaal vlak ontbreken dergelijke objectieven echter. Daarom roepen de Onafhankelijke Ziekenfondsen de federale overheid op om in 2016 werk te maken van nationale gezondheidsdoelstellingen.

Ook andere landen als het Verenigd Koninkrijk, Frankrijk, Duitsland, Polen, ... **werken al met duidelijke gezondheidsdoelstellingen die gebaseerd zijn op Evidence-Based Medicine (EBM).** “Hoewel de WHO 38 jaar geleden al een kader hiervoor heeft uitgetekend, heeft ons land nog altijd geen expliciete gezondheidsdoelstellingen bepaald”, zegt **Chris Van Hul, expert Medische Materies bij de Onafhankelijke Ziekenfondsen.** “Nochtans hebben die een grote meerwaarde. Dergelijke objectieven maken alle beleidskeuzes rond gezondheid objectiever en beslissingen zullen minder afhangen van individuele voorkeuren. **Bovendien maken ze een visie op (middel)lange termijn mogelijk en kan elk beleidsniveau beoordeeld worden op inzet en resultaten.**”

De Onafhankelijke Ziekenfondsen willen trouwens graag hun steentje bijdragen aan deze doelstellingen. “Dankzij onze expertise uit de overlegorganen en talloze ledencontacten zijn we uitstekend geplaatst om die prioriteiten te helpen bepalen”, dixit Van Hul. “We kunnen ook onze data koppelen aan andere gegevensbanken bij de metingen en de evaluatie van de doelstellingen. **Zo kunnen we ook onze eigen initiatieven afstemmen op het bredere plaatje.**”



De podoloog



“Erkenning en reglementering van de podologie”

Er bestaan nog steeds een aantal misvattingen over wat podologen nu juist doen. “Bovendien eigenen sommige voetverzorgers zich de erkende beroepstitel van podoloog toe, waardoor de verwarring tussen beide beroepsgroepen compleet is”, dixit **Charlotte De Jonckheere, voorzitter van de Federatie van Belgische Podologen.** “Voor 2016 wens ik daarom de erkenning en reglementering van de podologie binnen de gezondheidszorg.”

De Jonckheere wil eerst graag klaarheid scheppen rond het werkterrein van de podologen. “Wij hebben twee grote expertisedomeinen: **het opsporen en behandelen van klachten ter hoogte van het bewegingsstelsel** (voet, knie, heup, rug) **en het behandelen van huid- en nagelproblemen.** Daarnaast vervullen we ook een sleutelrol bij chronische aandoeningen”, klinkt het. Volgens De Jonckheere ontbreekt het de discipline echter nog aan de nodige erkenning binnen de gezondheidszorg. “Om jezelf podoloog te noemen, moet je de opleidingstitel gegradueerde, bachelor of master in de podologie bezitten”, zegt ze. “Tot op vandaag heeft de FOD Volksgezondheid echter nog geen beroepstitels uitgereikt aan podologen, terwijl ze dat bij andere paramedische beroepen wel al deed. **Nochtans is podologie het jongste en snelst groeiende erkende paramedische beroep in België.**” Verder bestaat er voor podologen alleen een nomenclatuurnummer voor mensen met diabetes, onder specifieke voorwaarden en zeer beperkt in aantal. Hierdoor worden de meeste verstrekkingen niet terugbetaald. “**De patiënten moeten alle kosten voor hun rekening nemen.** De erkenning en reglementering van ons beroep en een uitgebreidere nomenclatuur zou podologie toegankelijker maken voor iedereen.”

Medische huizen & forfaitaire praktijken

Een ontwikkeling die vragen oproept

De medische huizen en andere forfaitaire praktijken zorgen voor polemieken. Met alle voordelen die ze krijgen, stellen sommigen zich vragen bij de evolutie van deze structuren. Denk maar aan de geografische verdeling en de manier waarop de medische huizen met de huidige uitdagingen omgaan. Maar de grootste vraag is deze: welke regels en voorwaarden zijn nodig om de toegang tot deze praktijken beter aan te pakken en de continuïteit van de verzorging voor de patiënten te garanderen?

Eerst en vooral: wat is een forfaitaire praktijk? Het gaat om een of meerdere zorgverleners die voor hun praktijk een forfaitaire financiering vragen. Op die manier werken ze dus niet meer per handeling. Het forfait kan slaan op 3 diensten: huisartsengeneeskunde, kinesitherapie en verpleegkundige verzorging. Het forfait wordt berekend in functie van het aantal 'geabonneerden' op het medisch huis of wijkgezondheidscentrum. Het toegewezen budget aan de forfaitaire praktijken houdt rekening met de volgende elementen: het psychosociale profiel van de geabonneerden, de besparingen in het kader van klinische biologie, medische beeldvorming en ziekenhuisopname en het deel van de bevolking dat nooit naar een huisarts gaat.

“Het huidige systeem is relatief voordelig en onvoldoende gereguleerd. Dat kan leiden tot praktijken die werken vanuit een financieel doel, in plaats van de dienstverlening aan de patiënten centraal te stellen.

Pierre Drielsma

Weinig toegangsvoorwaarden

“Ik vrees dat het huidige systeem relatief voordelig en onvoldoende gereguleerd is”, zegt Pierre Drielsma, verantwoordelijke van de studiedienst van de Federatie van Medische huizen. “Dat kan leiden tot praktijken die werken vanuit een financieel doel, in plaats van de dienstverlening aan de patiënten centraal te stellen. Er zijn meer regels nodig, zoveel is

zeker.” De Federatie van Medische huizen pleit er dan ook voor om de toegang tot het forfaitaire systeem aan voorwaarden te koppelen. “Er moeten maatregelen komen en we moeten vooral de kwaliteit garanderen, door bv. de praktijken constant te monitoren”, voegt Pierre Drielsma eraan toe.

Volgens de Luikse arts is het essentieel om de performantie van de verschillende praktijken op te volgen, of ze nu forfaitair zijn of niet. Zo begrijpen we wat er gebeurt en kunnen we de kwaliteit van de dienstverlening verzekeren. “We deden die oefening voor de regio Luik. Dankzij die vergelijking konden we vaststellen dat ze in de medische huizen minder antibiotica voorschrijven voor kinderen en dat er meer 65-plus-sers ingeënt worden tegen de griep. Het RIZIV heeft de middelen

om dit te meten.”

Deze controles zijn trouwens voorzien in het koninklijk besluit van 2013. Maar voor de Federatie van de Medische huizen is het in de eerste plaats belangrijk om de activiteiten te bekijken vooraleer beslissingen te nemen in het kader van de kwaliteitsgarantie. Dat is de hele filosofie achter het 'Project Label' dat de Federatie lanceerde. Het 'Project Label' is gebaseerd op verschillende criteria met als belangrijkste de

auto-evaluatie: kijken wat je doet, vergelijken met anderen, bijsturen en dus verbeteren”, legt Pierre Drielsma uit.

Toetredingscriteria

In afwachting van duidelijke voorwaarden om toegang te krijgen tot het forfaitaire systeem, organiseren de federaties zelf de creatie en opvolging van nieuwe structuren. Zowel binnen de Nederlandstalige als de Franstalige Federatie moeten de medische huizen het statuut van vzw of eventueel sociale coöperatie hebben. Dat is niet het geval bij de Federatie van de medische praktijken in de eerste lijn. Bij de Vlaamse Federatie van de Medische huizen krijgen de kandidaten een meter of peter toegewezen en ontvangen ze een gebruiksaanwijzing die de voorbereidende procedure uitlegt rond de creatie van een medisch huis. Bij de Franstalige Federatie gaat elke nieuwe toetreding gepaard met een ontmoeting met de Ontwikkelingscel die de beweegredenen van de initiatiefnemers evalueert en hen begeleidt bij de lancering van het medisch huis. Bij beide federaties is het beheer een andere omvangrijke voorwaarde. “We vragen aan de medische huizen om aan zelfbeheer te doen”, benadrukt Pierre Drielsma. “De Algemene Vergadering van de structuur moet voor minstens 51% uit werknemers bestaan. De Raad van Bestuur mag volledig extern zijn of samengesteld uit werknemers. Een mix van beide mag ook. De aanwezigheid van patiënten in deze instanties is ook heel erg belangrijk.”

In de medische huizen krijgen kinderen minder antibiotica voorgeschreven en worden meer 65-plussers ingeënt tegen de griep.

Situatie in Brussel

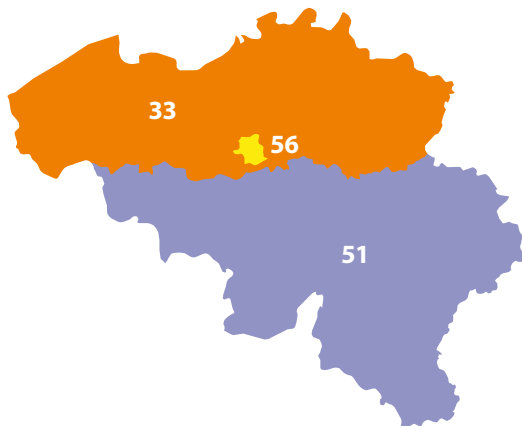
Als we kijken naar de kaart van België met de forfaitaire praktijken, stellen we in Brussel een concentratie vast van 56 medische huizen. Een verwijt dat de medische huizen regelmatig te horen krijgen. Momenteel moeten ze zich aan geen enkele regel houden op vlak van de geografische implementering. Dit betekent dat bepaalde zones in België een groot aanbod aan medische huizen hebben, anderen minder groot. “We vinden dat de cartografie van het RIZIV gebruikt moet worden en dat er regels ingevoerd moeten worden voor een optimale geografische verdeling die beantwoordt aan de noden van de bevolking,” verklaart Aude Clève, expert bij de Onafhankelijke Ziekenfondsen.

“Deze regels moeten zorgen voor een zorgaanbod dat beter verdeeld is over het grondgebied en een controleerbare massa geabonneerden per medisch huis om de continuïteit te kunnen verzekeren.” Maar volgens de Federatie is concentratie in de hoofdstad een noodzaak. “30% van de armen woont in Brussel”, legt Pierre Drielsma uit. “De huidige forfaitaire praktijken dekken slechts 10% van de burgers die nood hebben aan heel toegankelijke eerste verzorging. Deze capaciteit zou verhoogd moeten worden om beter overeen te stemmen met de noden van de Brusselse bevolking. Het idee is niet om gratis instellingen te creëren voor wie dat nodig heeft, maar structuren met een gemengd publiek.”

Nieuwe verstrekkingen?

Door het succes van de medische huizen en de duidelijke nood eraan bij het grote publiek, is er een reflectie aan de gang over de mogelijkheid om nieuwe verstrekkingen te integreren. Multidisciplinariteit is nu eenmaal een intrinsieke waarde van de medische huizen. Bepaalde structuren werken al met andere professionals, meer bepaald voor de nood aan sociale ondersteuning. “Een profiel als een sociaal assistent is noodzakelijk in de arme milieus,” legt Pierre Drielsma uit. De federatie zou ook nog andere verzorging aanbieden aan de gebruikers, zoals een tandartsenpraktijk. “Er zou ook een forfaitarisering moeten komen voor bepaalde courante tandverstrekingen en voor preventieve zorg. Met een terugbetaling per handeling voor technische problemen.” En er zijn nog andere verstrekkingen die interessant lijken voor het publiek van de medische huizen. Logopedie bijvoorbeeld, waarvoor Pierre Drielsma voorstelt om bepaalde standaardprocedures terug te betalen, zoals bijvoorbeeld de pediatrische procedure. Een

Aantal medische huizen in België



andere discipline die welkom zou zijn is klinische psychologie. "Maar dit vraagt om een erkenning van het beroep, een aangepaste nomenclatuur en bijbehorende terugbetalingen", legt de arts uit.

De Onafhankelijke Ziekenfondsen zien de toekomst door dezelfde bril en beschouwen de integratie van nieuwe zorgverleners als een mogelijkheid om de medische concentratie rond de patiënten te verbeteren. "Volgens ons is een monitoring van de bestaande verstrekkingen in de medische huizen nodig, zodat we de meerwaarde van een nieuw zorgaanbod en de invoering ervan kunnen analyseren," zegt Vanessa Vanrillaer, expert bij de studiedienst van de Onafhankelijke Ziekenfondsen. "Ook de wetgeving zou aangepast moeten worden. En als dat gebeurt, moeten die aanpassingen natuurlijk ook besproken worden met de betrokken zorgverleners, binnen de overlegorganen. De impact op het budget van deze sectoren zal namelijk groot zijn."



Stéphanie Brisson

stephanie.brisson@mloz.be

4 groeperingen van forfaitaire praktijken

- **Fédération des Maisons Médicales (FMM):** 95 structuren in Brussel en Wallonië
- **Vereniging van Wijkgezondheidscentra (VWGC):** 23 structuren in Brussel en Vlaanderen
- **Fédération des pratiques médicales de première ligne au forfait (FEPRAFO):** 12 structuren in Vlaanderen, Brussel en Wallonië.
- **Geneeskunde voor het volk:** 11 structuren in Vlaanderen, Brussel en Wallonië.

De mening van de Onafhankelijke Ziekenfondsen

Systeem aanpassen en verfijnen om toegang en kwaliteit te garanderen

Dankzij het systeem van de medische huizen krijgt een deel van de bevolking betere toegang tot medische verzorging. Ze zijn dus zeker nuttig. Nu er meer en meer medische huizen zijn opgericht, is het echter tijd om hun werking aan te passen. In de eerste plaats moeten we de berekening van het forfait herzien, zodat de forfaits verfijnd kunnen worden en ze werkelijk overeenstemmen met de nood aan verzorging van de patiënten. Daarna moeten er continuïteitscriteria ingevoerd worden, zoals voorzien in het koninklijk besluit van 23/04/2013. Met de verzekeringsinstellingen werd al een reeks aanbevelingen besproken. Die moeten dan uitmonden in verplichte regels om de continuïteit van de verzorging te garanderen. Gezien de huidige werking van de medische huizen en hun grote ontwikkeling, blijven bepaalde vragen hangende.

- **Wat met de integratie van andere verzorging in de medische huizen?** Zoals gezegd, vinden de Onafhankelijke Ziekenfondsen het nuttig om vóór de invoering van nieuwe verstrekkingen een monitoring te doen van het huidige aanbod en de wetgeving aan te passen, steeds in overleg met de betrokken gezondheidsprofessionals.
- **Wat met de uitzonderingen voor betaling per handeling?** Het basisprincipe is dat de zorgverleners die een akkoord gesloten hebben in het kader van de forfaitaire betaling deze verstrekkingen niet mogen verlenen tegen betaling per handeling, behalve voor bepaalde soorten raadplegingen (gezinsplanning, alcoholisme en/of verslavingen,...). Is het niet nodig om deze uitzonderingen te herzien en ze aan te passen aan de realiteit in het veld?
- **Wat met de implementatieregels?** De Onafhankelijke Ziekenfondsen raden aan om de cartografie van het RIZIV over te nemen en over te gaan naar een zinvolle geografische verdeling.
- **Wat met de selectie van de risico's ?** De nieuwe financiering zou de selectie van de risico's door de medische huizen moeten beperken, aangezien hun financiering aangepast is in functie van de risico's en de uitgaven voor noodzakelijke verzorging van de bevolking. Gezien de vergrijzing en de toename van het aantal chronische ziektes, is het de vraag of deze nieuwe financiering voldoende is om de meest zorgbehoevende patiënten te beschermen, aangezien de medische huizen de mogelijkheid hebben om een persoon te weigeren of zijn abonnement op te zeggen...



TTIP: veel belangstelling voor Colloquium van de Belgische ziekenfondsen

De mogelijke gevolgen van het vrijhandelsverdrag tussen de EU en de VS (TTIP) voor de **gezondheidszorg en de sociale bescherming** stonden centraal tijdens een Colloquium van de Belgische ziekenfondsen begin oktober. Meer dan 120 vertegenwoordigers van de ziekenfondssector, de farmaceutische industrie, de politieke en de academische wereld namen deel aan deze uitgebreide gedachtewisseling in het Europese Parlement in Brussel.

Tijdens de 3 paneldiscussies deed de Europese Commissie haar best om de ziekenfondsen gerust te stellen. Zo werd onder meer het belang van een goede definitie van publieke dienstverlening en diensten van algemeen belang in de teksten van TTIP onderstreept. Ook de impact voor het geneesmiddelen- en het gezondheidsbeleid kwam aan bod. **Xavier Brenez, Directeur-generaal van de Landsbond van de Onafhankelijke Ziekenfondsen, riep op om vertrouwen te hebben in de nationale rechtbanken.** Volgens Brenez moeten we ook afzien van een apart gerechtsmechanisme om internationale investeerders te beschermen. Zo kunnen we een aantasting van de nationale bevoegdheden vermijden. **Meer informatie over TTIP en de standpunten van de Belgische ziekenfondsen op www.mloz.be.**

Diabetes: onze Twitterwedstrijd!

Originele tips verzamelen om mensen aan het bewegen te krijgen. Dat was het doel van de Twitterwedstrijd van de Onafhankelijke Ziekenfondsen ter gelegenheid van de Wereld Diabetes Dag. We vroegen aan de deelnemers om leuke beweegtips te delen met de hashtag #beweegt看. Ziehier de 3 winnaars die een Polar Loop in de wacht sleepten.



Geert Van Hijfte @GeertVanHijfte · 13 nov.

Nog een #beweegt看 Probeer eens op een zonnige herfstdag je schaduw in te halen. @Onafh_Zf



HappyFood&MovingFeet @HappyfoodHeleen · 12 nov.

Bij het tandenpoetsen de trap op en aflopen, ik-moet-10000-stappen-halen! #beweegt看 #health @Onafh_Zf



Francois Grimonprez @GRMPZ · 9 nov.

Danser sur les tables! #bougerplus Journée Mondiale #Diabète (concours @MutLibres)



Alle troeven van Dunepanne in drie minuten



Wist je dat... de Onafhankelijke Ziekenfondsen beschikken over een prachtig hersteloord? Dunepanne ligt in De Haan en gaat prat op een mix van kwaliteitsvolle verzorging op maat en

een uitstekende hotelservice. De verschillende soorten verzorging, de mooie kamers, de heerlijke gerechten, de idyllische omgeving, ...: u komt alles te weten over Dunepanne in ons nieuwe filmpje. Op 3 minuten krijgt u een overzicht van een zorgverblijf in dit unieke kader.

Ontdek het filmpje over Dunepanne op vimeo.com/mloz500 of neem een kijkje op www.dunepanne-mloz.be

Genitale verminking Als 'herstellen' mogelijk wordt

© Dieter Hautman

Vrouwelijke Genitale Verminking (VGV) is niet langer een ver-van-ons-bed-show. Artsen en vroedvrouwen in België krijgen steeds vaker te maken met slachtoffers van genitale verminking. Sinds 2014 bestaan er in België twee centra waar ze terecht kunnen met hun vragen, maar ook voor een behandeling of reconstructie. "Het moeilijkste is om deze vrouwen te bereiken. Veel vrouwen weten helemaal niet dat deze centra bestaan", zegt Dr. Martin Cailliet van het Medisch Centrum voor Hulp aan Slachtoffers van Besnijdenis (CeMavie).

Vrouwelijke Genitale Verminking (VGV) wordt als volgt gedefinieerd: het gedeeltelijk of volledig wegsnijden van de uitwendige geslachtsorganen van de vrouw, om een culturele of niet-therapeutische reden. Het komt voornamelijk voor op het Afrikaanse continent, in het Midden-Oosten en in sommige Aziatische en Latijns-Amerikaanse landen. Soms voert een familielid de verminking uit, maar meestal gaat het om een traditionele besnijdster. In bepaalde landen zoals Egypte voert zelfs medisch personeel de ingreep uit. Meestal zijn de meisjes niet ouder dan vijf jaar. Omdat de ingreep soms in onhygiënische omstandigheden plaatsvindt, hebben de vrouwen op korte en lange termijn klachten. Die zijn zowel fysiek, psychologisch als seksueel. Vrouwen die kunnen aantonen dat ze gevluht zijn om VGV te ontlopen in hun land, komen in België in aanmerking voor een asielaanvraag. Dat geldt ook voor vrouwen die al verminkt zijn, als ze jaarlijks een medische verklaring kunnen voorleggen.

Strafbaar

"VGV is strafbaar in België, dat bepaalt artikel 409 van de strafwet", zegt Prof. Dr. Els Leye van het Multidisciplinair Centrum Vrouwelijke Genitale Mutilatie, een van de twee centra in België. "Er bestaan echter geen bewijzen die aantonen dat VGV hier wordt uitgevoerd." Maar het gebeurt wel dat meisjes, van wie de familie afkomstig is uit een land waar be-

snijdenissen worden uitgevoerd, tijdens schoolvakanties worden meegenomen naar hun thuisland om besneden te worden. In België wonen naar schatting 13.112 besneden vrouwen en nog 8.054 meisjes lopen het risico besneden te worden, door bv. op vakantie te gaan naar het land van herkomst. Er bestaan vier types van verminking: (1) volledig of gedeeltelijk wegsnijden van de clitoris of het clitoriskapje, (2) volledig

Getuigenis

"Het is moeilijk om gepaste hulp te vinden"

Hyacine Drabo (zie foto) was één van die ruim 13.000 besneden vrouwen in België, tot ze als patiënte bij Dr. Cailliet terecht kwam. "Ik was 15 toen ik met mijn moeder in België kwam wonen", vertelt Hyacine, nu 30 jaar en zelf mama van twee kindjes. Ze is geboren in Burkina Faso en één van de zovele meisjes die op jonge leeftijd werd besneden. "Ik was drie maanden oud. Mijn moeder wou het niet, maar mijn vader en grootvader drongen aan." Hyacine liet in CeMavie een defibulatie uitvoeren en kreeg een clitorisreconstructie. "Ik heb aan den lijve ondervonden hoe moeilijk het was om gepaste hulp te vinden. Ik had gehoord dat er in Frankrijk centra bestonden waar slachtoffers van VGV terecht konden. Dus ik zocht op internet of die ook in België bestonden. Uiteindelijk kwam ik bij CeMavie en dokter Cailliet terecht."

of gedeeltelijk wegsnijden van de kleine schaamlippen en eventueel ook de grote schaamlippen, (3) infibulatie (vernauwing van de vaginaopening door het dichtnaaien van de kleine en/of grote schaamlippen, met of zonder excisie) en (4) allerlei mutilaties (dit zijn andere verwondingen zoals verbranden, prikken, incisies, uittrekken van labia...).

Uit een onderzoek van het Instituut voor Tropische Geneeskunde in Antwerpen* blijkt dat het aantal besneden vrouwen in België tussen 2008 en 2012 is gestegen. De toestroom van nieuwe asielzoeksters is hier niet vreemd aan. "De meeste patiënten komen bij ons terecht voor een medisch attest in het kader van hun asielaanvraag", vertelt Marilyn D'hondt, vroedvrouw in de Vrouwenkliniek van het Universitair Ziekenhuis in Gent.

Belgische centra

Feit is dat besneden vrouwen in België terecht kunnen in twee centra: naast het Multidisciplinair Centrum Vrouwelijke Genitale Mutilatie verbonden aan het Universitair Ziekenhuis Gent is er ook het Medisch Centrum

voor Hulp aan Slachtoffers van Besnijdenis (CeMavie), verbonden aan UMC Sint-Pieter. Deze centra werden opgericht in het kader van het actieplan tegen interfamiliaal geweld, dat tussen 2010 en 2014 werd uitgewerkt. "Het moeilijkste is om deze vrouwen te bereiken", zegt Dr. Martin Cailliet van het CeMavie. "Veel vrouwen weten helemaal niet dat deze centra bestaan. Diegene die bij ons langskomen, worden vaak doorgestuurd door hun dokter of hebben over ons gehoord via een vriendin die al langs geweest is. Het gebeurt ook dat ze zelf beginnen te zoeken op internet."

RIZIV-conventie

Bij het uitstippelen van het beleidskader voor de behandeling van VGV werd ook nagedacht over een mogelijke terugbetaling door het RIZIV. Het gaat om alle noodzakelijke verzorging die niet door de nomenclatuur gedekt is (bv. seksuoloog of kinesist). Behandelingen die binnen de nomenclatuur vallen, worden niet door de RIZIV-conventie gedekt. De RIZIV-conventie betaalt 15 kredietpunten terug. "Een consultatie bij een vroedvrouw, seksuoloog

of psycholoog staat gelijk aan 1 kredietpunt", verduidelijkt Dr. Cailliet. "Een chirurgische ingreep betekent iets meer dan vier." Met andere woorden: de ziekteverzekering betaalt zowel de medische als de chirurgische (zoals een desinfibulatie en reconstructie) kosten terug. Ook de consultaties bij een vroedvrouw, seksuoloog en psycholoog worden terugbetaald. Volgens het Multidisciplinair Centrum is er echter een probleem met betrekking tot de RIZIV-terugbetalingen bij VGV. De dekking geldt voor mensen die aangesloten zijn bij een ziekenfonds. Maar de meeste slachtoffers van VGV zijn vluchtelingen, die vooral asiel willen aanvragen en dus een vluchtelingenstatuut hebben. Zij kunnen nog niet aangesloten zijn bij een centrum. Als zij aangesloten zijn bij een OCMW, kan het OCMW eventueel tussenkomen voor die terugbetalingen, maar idealiter zou er een oplossing moeten komen in samenwerking met FEDASIL (Federaal Agentschap voor de Opvang van Asielzoekers).



Lies Dobbelaere

lies.dobbelaere@mloz.be

Mening van de Onafhankelijke Ziekenfondsen

"We moeten de grond van het probleem aanpakken"

"De centra die het probleem aanpakken, leggen de nadruk op de psychosociale begeleiding van de slachtoffers. Dat is een goede zaak", verduidelijkt **Chris Van Hul, Geneesheer-expert bij de Onafhankelijke Ziekenfondsen**. "Maar het probleem van Vrouwelijke Genitale Verminking gaat natuurlijk verder dan dat. Initiatieven zoals de twee opgerichte centra blijven morrelen in de marge als de grond van het probleem in de landen van oorsprong en in de migrantengemeenschap bij ons niet wordt aangepakt. Als we weten dat in België duizenden meisjes gevaar lopen, moeten we iets doen om de migrantengemeenschap hier te informeren en te begeleiden."

Het College van geneesheren-directeurs heeft 14 maanden na de opening van beide centra een eerste evaluatie uitgevoerd. "Daaruit blijkt dat **de centra slechts 30 tot 40 patiënten in totaal over de vloer kregen**", zegt Van Hul. "Dit kan deels verklaard worden door slordigheden bij de registratie, maar is toch hoofdzakelijk het gevolg van onvoldoende bekendheid van de centra. Ook de drempelvrees en sociale taboes in de betrokken gemeenschappen mogen we niet onderschatten. Ook daar is er nog werk aan de winkel."

* Studie over de prevalentie van en het risico op vrouwelijke genitale verminking in België (samenvatting), 2014, uitgevoerd door het Instituut voor Tropische Geneeskunde in Antwerpen op verzoek van FOD Volksgezondheid en met steun van onder meer Fedasil en Kind en Gezin.



Depressie bij bejaarden?

Nee, dat is niet normaal!

Het is geen geheim dat ouder worden verschillende problemen met zich meebrengt, zowel fysiek als psychisch. Het is dan ook niet verwonderlijk dat sommige ouderen depressief worden en dat dit steeds vaker gebeurt. Toch mogen we het niet vanzelfsprekend vinden dat een bejaarde zich niet goed in zijn vel voelt, want dit is niet altijd het geval.

Iedereen kan in een depressie belanden, jong en oud. De aanleiding voor een depressie kan enorm verschillen en is verre van altijd dezelfde. Toch kunnen we zeggen dat er enkele algemene oorzaken bestaan die kunnen leiden tot een depressie en die ook terug te vinden zijn bij bijna alle gevallen van depressie. Maar elk geval moet wel apart worden bekeken. Bejaarden behoren tot een categorie waar depressies vaker voorkomen. Bovendien blijkt het ook moeilijker om depressiviteit bij deze leeftijdsgroep op te sporen en te behandelen. Dat komt omdat vaak wordt gedacht dat een bepaalde gemoedstoestand inherent is aan ouder worden en bijgevolg wordt de diagnose van depressie niet gesteld. Psychiater dr. Thierry Lebrun verzet zich tegen die gedachte.

Wordt de diagnose van een depressie te weinig gesteld bij bejaarden?

Thierry Lebrun - Depressie wordt veel te weinig erkend bij deze leeftijdsgroep. Het grootste risico is de banalisering van de symptomen van een depressie bij bejaarden. Het is dus belangrijk dat er hier meer aandacht aan wordt besteed. Als iemand zegt dat hij of zij zich depressief voelt, dan is dat op geen enkele leeftijd normaal. Maar vaak reageren we onverschillig als een bejaarde zoiets zegt. We denken al snel: "Op die leeftijd is het normaal dat hij zich zo voelt." Dat klopt helemaal niet! Iemand die depressief is, voelt zich niet goed in zijn vel en is zijn aanpassingsvermogen kwijt. En dit is zeer belangrijk. Bejaarde mensen die kunnen accepteren dat ze oud zijn en kunnen leven met hun leeftijd, zijn gelukkig. Als een oudere zijn leeftijd niet kan aanvaarden, ligt een depressie op de loer.

Wat zijn de oorzaken van een depressie bij bejaarden?

T. L. - Om te beginnen is het belangrijk te beseffen dat de oorzaken van een depressie bij een bejaarde identiek dezelfde kunnen zijn als die bij jongere mensen. De oorzaken van een depressie zijn niet gebonden aan een leeftijd. Maar het is wel zo dat er een aantal factoren kunnen doorwegen, afhankelijk van de leeftijd. Op pensioen gaan is bijvoorbeeld zo'n factor. In veel gevallen is een depressie het gevolg van een grote verandering, waarbij de betrokken persoon iets moet ondernemen en zich moet aanpassen, terwijl hij dat eigenlijk niet (meer) aankan. Dat wordt omschreven als een aanpassingsstoornis. Stoppen met werken is zeker een cruciale stap en een zeer radicale verandering, waardoor de persoon in kwestie het gevoel heeft 'niet meer mee te zijn'. Daarnaast worden oudere mensen vaker geconfronteerd met overlijdens in hun omgeving en merken ze dat hun gezondheid achteruit gaat. Vaak verliezen ze ook hun zelfstandigheid. Ik wil zeker geen karikatuur maken van ouderen, maar deze leeftijd wordt toch wel gekenmerkt door verlies: verlies van kracht, verlies van weerbaarheid en vaak ook verlies van dierbaren. Het is dus wel degelijk een leeftijdsgroep waar depressie om de hoek loert.

Kan een opname in een rusthuis een trigger zijn voor een depressie?

T. L. - We mogen de rusthuizen niet diaboliseren. We zouden het ook omgekeerd kunnen vragen: is de aankomst in een rusthuis de oorzaak of het gevolg van een depressie? Het is een beetje een kwestie zoals de kip en het ei: wat was er nu eerst? Hoe meer ouderen 'verliezen', op welk vlak dan ook, hoe groter de kans dat de bejaarde naar een rusthuis moet verhuizen.

Vaak wordt de stap naar een bejaardentehuis pas gezet, als men zich niet meer alleen kan behelpen. Sommige mensen zijn al depressief in de thuisomgeving.

In zo'n geval kan de opname een oplossing zijn voor het probleem. Maar het is natuurlijk ook mogelijk dat men juist depressief wordt door de verhuis naar een bejaardentehuis, want men wordt zo verplicht om afstand te doen van een zekere mate van autonomie. Op dit moment wordt van de bejaarden een enorme aanpassing verwacht, terwijl het aanpassingsvermogen net heel erg onder druk staat.

Wat zijn de symptomen van een depressie?

T. L. - Net zoals oorzaken zijn er ook symptomen. De 'klassieke' symptomen gelden voor alle leeftijdsgroepen. Dan spreken we over slaap- en eetstoornissen en lusteloosheid. Maar er zijn ook specifiekere signalen zoals agitatie, plotse weerspannigheid en zelfs agressie. Het is ook mogelijk dat er zich cognitieve stoornissen voordoen en daar moeten we mee optellen. Symptomen van levensmoeheid zijn minder specifiek, maar kunnen ook op depressie wijzen. Het is belangrijk dat de omgeving en familie dergelijke signalen opmerkt en ze ook correct kan interpreteren. Met andere woorden, dat ze niet de schouders ophalen en de leeftijd als verklaring gebruiken. Als iemand van 85 jaar zegt dat hij zich niet goed in zijn vel voelt, is dit niet normaal. Vooral mensen die erg in zichzelf gekeerd zijn, verdienen extra aandacht. Sommige bejaarden verbergen hun ontreddering liever, omdat ze ervan uitgaan dat niemand hen kan helpen. Ze denken zelf dat het normaal is dat ze zich op hun leeftijd zo voelen. Maar ze hebben ongelijk. Bejaarden hebben het vaak moeilijk om hun neerslachtigheid te omschrijven en onder woorden te brengen. Juist daarom is het belangrijk om naar hen te luisteren en om ze aan te sporen hun verhaal te doen. Er bestaan trouwens fysieke vormen van depressie en we mogen die zeker niet onderschatten als we een diagnose stellen. Lichamelijke klachten kunnen voor de bejaarde soms de enige manier zijn om uiting te geven aan een depressie.

Depressie of dementie, hoe het onderscheid maken?

T. L. - De symptomen kunnen zowel op een depressie als op dementie wijzen en dat zijn twee totaal verschillende stoornissen die we niet op dezelfde manier mogen aanpakken. Maar om zeker te zijn met welke stoornis we te maken hebben, moeten eerst alle organische oorzaken weg. Een voorbeeld van een organische oorzaak is uitdroging door oververhitting. Dit komt snel voor tijdens een hittegolf, zoals we die in het begin van deze zomervakantie hebben gehad. We kunnen een diagnostische proef uitvoeren, wat wil zeggen dat er antidepressiva worden voorgeschreven. Als de toestand van de patiënt verbetert, dan kunnen we spreken van een depressieve pseudo-dementie. Dat wil zeggen dat de cognitieve stoornissen een dementie-syndroom nabootsen. Er is dus hoop: het is niet omdat iemand verward is, dat hij of zij automatisch dement is. In deze situatie vraag ik altijd aan de familie hoe lang de betrokken persoon al cognitieve stoornissen vertoont. Als die stoornissen vrij plots kwamen opdaken, is de kans groot dat het veeleer om een depressie gaat, dan om dementie.

Hoe kan de omgeving helpen?

T. L. - Het is vooral belangrijk om de bejaarde te helpen om zich uit te drukken: wat wil hij of zij? Daarom moet de familie en omgeving goed luisteren en empathie tonen. Het helpt om samen met de bejaarde een activiteit te vinden die hij leuk vindt en waarin hij zich kan ontplooiën. Kortom, het is nodig om vaker aanwezig te zijn, om erop toe te zien dat de bejaarde actief blijft en om hem te bewijzen dat hij nog altijd een plaats heeft in de familie en in de samenleving. Hij moet weten dat hij nog altijd een belangrijke rol speelt. Ook de behandelende arts, de psycholoog, psychiater of de diensten voor geestelijke gezondheidszorg kunnen een belangrijke rol spelen in het genezingsproces.



Interview door **Mélanie Noiret**
melanie@extra-bold.be

Schokkende cijfers over depressie in rusthuizen

De Onafhankelijke Ziekenfondsen tellen 162.697 leden die ouder zijn dan 75 jaar [2013].

- Van die 75-plussers wonen er 22.651 in een rustoord (of een rust- en verzorgingstehuis). Alle leeftijden samen zijn er 25.853 inwonenden.
- **De helft (52%) van de rusthuisbewoners van meer dan 75 jaar gebruikt antidepressiva.**
- Van de senioren die niet in een rusthuis wonen, gebruikt slechts 1 op de 5 (20%) antidepressiva.
- Er zijn dus 2,5 keer meer senioren die antidepressiva slikken in rusthuizen dan daarbuiten.
- Ongeveer 80% van de rusthuisbewoners met antidepressiva heeft deze behandeling gedurende de laatste 5 jaar gevolgd.

Cijfers 2013 van de studiedienst van de Onafhankelijke Ziekenfondsen



“Ik begrijp het niet, dokter ...”

Duidelijk uitleggen wat je voelt, weten of je vóór een bloedtest mag eten of drinken, je medicatie op het juiste moment innemen, een bijsluiter ontcijferen, ... Makkelijk voor de een, een ware helletocht voor de ander. 4 op de 10 Belgen worstelen met de informatie die ze krijgen van hun arts. Hoe hen helpen? En hoe kunnen deze patiënten tegelijk hun gezondheid meer in eigen handen nemen?



Stephan Van den Broucke

“4 op de 10 Belgen kunnen niet goed genoeg lezen en schrijven om de gezondheidsinformatie correct te gebruiken en de instructies van de arts te begrijpen.” Professor Stephan Van den Broucke (UCL), specialist in volksgezondheidspsychologie,

heeft meegewerkt aan twee studies over dit onderwerp. Een behoorlijk schokkende vaststelling in tijden waarin informatie over gezondheid nog nooit zo overvloedig en toegankelijk was.

Ongelijk verdeelde vaardigheid

De minimale vaardigheid om gezondheidsinformatie te begrijpen, heeft een naam: gezondheidswijsheid (health literacy). Deze term is amper bekend in België en wordt omschreven als ‘het vermogen van een individu om de informatie over basisgezondheid en de mogelijke behandelingen te vinden, te begrijpen, te evalueren en te gebruiken en om weloverwogen beslissingen te nemen in verband met de eigen gezondheid’*. Een belangrijke kwaliteit dus, zeker in een maatschappij die de autonomie van de patiënt (patient

empowerment) hoog in het vaandel draagt. Maar jammer genoeg eentje waarover niet iedereen in dezelfde mate beschikt.

Gezondheidswijsheid telt enkele niveaus. Een persoon op het laagste niveau heeft moeite om een eenvoudige tekst te lezen en schriftelijke documentatie te gebruiken. Iemand met een hoger niveau kan meer-

Universeel probleem

Europa heeft van de verbetering van de gezondheidswijsheid een van haar prioriteiten rond volksgezondheid gemaakt. Ook federaal Minister van Volksgezondheid Maggie De Block heeft verklaard dat ze deze vaardigheid wil ‘aanscherpen’ bij de Belgische bevolking. In afwachting van concrete acties zijn hier alvast enkele verhelderende cijfers uit een Europese studie (European Health Literacy Survey 2011):

- **47%** van de Europeanen heeft een **te laag niveau van gezondheidswijsheid**.
- **22% vindt moeilijk informatie** over ziektesymptomen; 26% over de nodige behandelingen.
- **10%** neemt zijn medicatie niet correct en **volgt de voorschriften niet**.

* WHO: Health Literacy. The solid facts. [2013]

dere informatiebronnen met elkaar combineren en complexere problemen oplossen. Er zijn verschillende factoren die de communicatie met de arts kunnen verstoren: laaggeschooldheid, onvoldoende taalkennis (vooral bij migranten) en algemene gaten in de medische kennis. Ook de context heeft zo zijn invloed: sommige mensen, die normaal gezien foutloos de aanwijzingen van een arts opvolgen, kunnen in stress- of angstsituaties (bv. de ziekenhuisopname van een naaste) plotseling niet meer in staat zijn om medische basisinformatie op te nemen of een doordachte beslissing te nemen over een behandelingskeuze.

Ouderen, een risicogroep

Alle studies tonen hetzelfde aan: hoe ouder de patiënt, hoe meer kans op een tekort aan gezondheidswijsheid. "Ouderen hebben minder toegang tot de moderne informatiebronnen en zijn misschien ook wel minder kritisch ten opzichte van die bronnen. Dat zou het lagere gezondheidswijsheidsniveau kunnen verklaren," oppert Stephan Van den Broucke. Vaak lijden deze mensen aan verschillende chronische ziekten tegelijk en volgen ze meerdere behandelingen. Hun valkuil? Niet meer weten voor welke aandoening hun medicatie voorgeschreven werd!

Moelijkheden om het medische jargon te begrijpen, kan zelfs een regelrechte handicap zijn als de patiënt dit niet durft te zeggen uit schaamte of angst om de dokter vragen te stellen. Als een patiënt zijn symptomen niet correct kan omschrijven, als hij het belang van preventie bij de verzorging van zijn ziekte niet begrijpt, of als hij de behandeling niet juist volgt omdat hij de instructies van de arts niet begrepen heeft, is het niet verwonderlijk dat er problemen opduiken: hij moet meermaals op consultatie gaan, zijn gezondheid verbetert niet, hij wordt afhankelijk.

"De laatste jaren is de communicatie tussen patiënten en zorgverleners veel verbeterd", onderstreept Stephan Van den Broucke. "De nieuwe generatie specialisten besteedt er aandacht aan, omdat ze erover gesensibiliseerd werden tijdens hun studies. Maar goede wil alleen volstaat niet... Alle gezondheidswerkers presteren onder druk en komen tijd te kort. Dit probleem stelt zich nog scherper bij specialisten. Zij moeten namelijk een vakjargon gebruiken dat moeilijk te behappen is voor de meeste stervelingen."

De juiste woorden vinden

Kunnen we de gezondheidswijsheid en de autonomie van de patiënten verbeteren door de communicatie met hun verzorgers te optimaliseren? Uiteraard kunnen we ervan uitgaan dat een gewaarschuwd arts zijn uitleg zal aanpassen aan zijn patiënten. Dat hij

hun kennis snel zal evalueren en zijn taal zal vereenvoudigen, jargon zal schrappen, zal controleren of de patiënt hem wel begrepen heeft door hem vragen te laten stellen. Maar educatie kost tijd, veel tijd. "De manier waarop ons systeem werkt, stimuleert patiënteneducatie niet", betreurt Stephan Van den Broucke. "We kunnen moeilijk van artsen verwachten dat zij rond patiënteneducatie al het hooi op hun vork nemen. Het gaat om een gedeelde verantwoordelijkheid van meerdere actoren: onderwijzers, jeugdbewegingen, sportclubs, apothekers, overheid, ... Volgens mij moet je niet wachten tot de burger patiënt wordt om hem gezondheidswijsheid bij te brengen. We kunnen de dokters helpen in hun opdracht door toegankelijke, visuele informatiemiddelen ter beschikking te stellen, getest door een breed publiek. Staan artsen onder tijdsdruk? Dan kunnen ze hun patiënten doorverwijzen naar deze betrouwbare informatiebronnen. Daarnaast kunnen ze steunen op de nabije omgeving van de patiënt, die ook een rol speelt bij de verdieping van de gezondheidswijsheid."

Het staat vast: de geïnvesteerde tijd om de boodschap te verduidelijken, is goud waard! Gezondheidswijsheid draait namelijk niet alleen om opvoeding, maar eerst en vooral om sociale gelijkheid.



Karima Amrous

karima.amrous@mloz.be

Bijsluiters: waarom makkelijk als het ook moeilijk kan?

Samenstelling, (tegen)indicaties, gebruiksvoorzorgen, bijwerkingen, ... Moet je een master in de farmacie hebben om een bijsluiter te kunnen ontcijferen? Je zou zeggen van wel, als je er de onleesbare, ellenlange of ronduit onverteerbare bijsluiters op naslaat. Nochtans is dit een domein waar vereenvoudiging makkelijk haalbaar is: **27% van de Europeanen geeft aan dat ze bijsluiters moeilijk begrijpen** en 23% zegt dat ze op basis van de verpakking niet weten hoe vaak ze het geneesmiddel moeten nemen. In België is dan ook nooit aandacht besteed aan de leesbaarheid van de bijsluiter, enkel aan de wettelijkheid ervan: de overheid heeft de verplichte inhoud vastgelegd, maar niet de vorm. Als we samen willen streven naar een grotere therapietrouw, is het hoog tijd dat de farmaceutische industrie haar verantwoordelijkheid neemt!

Overheveling van de gezondheidsbevoegdheden

Een verschil in tempo en filosofie

De overheveling van bevoegdheden van federaal niveau naar de deelstaten is nu al meer dan een jaar een feit. Daar zitten een pak gezondheidsdomeinen bij. Is er ondertussen vooruitgang geboekt in de dossiers? Soms veel, soms helemaal niet. Hoe pakken de deelstaten de nieuwe gezondheidsbevoegdheden aan? Waar liggen de prioriteiten? Een korte stand van zaken.

Het staat als een paal boven water: de ene deelstaat boekt meer vooruitgang dan de andere. Dat heeft natuurlijk te maken met de institutionele structuur: in Vlaanderen is alles heel gecentraliseerd, Brussel is helemaal versnipperd. Maar ook de visies op de aanpak van de gezondheidsproblemen lopen in de verschillende regio's erg uiteen.

In Vlaanderen ligt de klemtoon op de responsabilisering van de gebruikers met een financiering in functie van de noden van de aanvrager. Betrokken personen zullen zelf hun verzorging kunnen 'kopen' met het forfaitaire budget dat hen is toegekend. Dat is het geval voor het ondersteuningsbudget voor personen met een handicap onder 65 jaar, het **basis-ondersteuningsbudget (BOB)**. Dit vrij te gebruiken budget is een van de grote nieuwigheden in Vlaanderen na de overheveling van de bevoegdheden. In september 2016 treedt het in werking. De zorgkassen zullen alle dienstverleningen in het kader van de Vlaamse sociale bescherming ten laste nemen. De organisatie achter de Vlaamse visie is dus al goed gestructureerd.

In Wallonië dokteren de instanties nog uit hoe ze de overgedragen bevoegdheden nu juist zullen aanpakken. Feit is dat er, hopelijk

eind januari, een **Instelling van Openbaar Nut (ION)** komt, het toekomstige 'Waals Agentschap voor Gezondheid, Sociale bescherming, Handicap en Gezinnen'. Een van de eerste missies van de ION zal de invoering van een 'verzekering autonomie' zijn. Onder deze nieuwe bescherming zal het huidige persoonlijk assistentiebudget (PAB) vallen. Dat dient om de woonplaats in te richten in functie van de afhankelijkheid. Ook de tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden (THAB) zal er deel van uitmaken. Die laatste bevoegdheid werd voorheen federaal beheerd. Concreet zullen er dus verstrekkingen terugbetaald worden. De rechtgebende zal, in functie van zijn afhankelijkheid, kunnen kiezen uit verstrekkingen die zijn goedgekeurd door de regering. In het zuiden van het land is de aanpak dus eerder gericht op de begeleiding van personen. Een 'paternalistische' aanpak volgens sommigen...

En in Brussel? De hoofdstad is één groot labyrint. Heel wat gezondheidsactoren klagen over een gebrek aan visie bij de Brusselse overheid. Met 7 bevoegde ministers voor gezondheid en een wirwar aan instanties, is het op poten stellen van een gedurfd, coherent en globaal gezondheidsbeleid natuurlijk geen lachertje.

Uit het voorstel van een instelling van openbaar nut uit de herfst van 2014 is niets geresulteerd. Het **Brusselse Gezondheidsplan**, aangekondigd in mei 2015, schoot fel uit de startblokken om bij het begin van het parlementaire jaar weer als een pudding in elkaar te zakken. En daarmee zijn de gezondheidsprioriteiten van de Brusselaars nog altijd niet geïdentificeerd of aangepakt. Ook hun financiering blijft één groot vraagteken.

In de Duitstalige Gemeenschap hangt dezelfde waas van mysterie rond de concretisering van de overheveling van de bevoegdheden. Wel zijn er over een reeks domeinen **al samenwerkingsakkoorden met de andere deelstaten**, om de kleine omvang van de gemeenschap te compenseren.

Met de eindejaarsperiode zullen er weer heel wat beloftes gemaakt worden en plannen gesmeed worden voor het komende jaar. We hopen jullie dus binnenkort concrete plannen voor de 6e staats hervorming te kunnen voorleggen. Eén ding is zeker: we zijn er nog niet over uitgepraat, nog lang niet!



Stéphanie Brisson
stephanie.brisson@mloz.be

Onze studies in een notendop

De dienst Vertegenwoordiging & Studies 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!

65dagen

Dat is de gemiddelde duur van de ziekenhuisopnames vanwege psychiatrische verzorging.

Impact van depressie van actieve personen op de kostprijs van geneeskundige verzorging en uitkeringen



In 2012 bedroeg de globale gemiddelde RIZIV-uitgave per Alzheimerpatiënt 18.000 euro per jaar in een instelling en 6.000 euro thuis. Tussen 2006 en 2012 is die kostprijs gestegen met 4.500 euro per persoon in een instelling, tegenover 1.500 euro thuis.

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



Hoe ouder, hoe groter het risico op een chronische ziekte. Meer dan 6 op de 10 personen in de leeftijdsgroep van 60-79 jaar lijden aan een **chronische ziekte** en dat cijfer loopt op tot **8 op de 10 bij de 80-plussers**.

Evolutie van de prevalentie en de kostprijs van chronische ziektes



Meer dan **16% van de bevolking** lijdt aan **arteriële hypertensie**, de voornaamste chronische aandoening. Bovendien gaat de ziekte vaak gepaard met andere ziektes. In 2013 vertegenwoordigde de kostprijs van de geneeskundige verzorging voor personen met arteriële hypertensie 45% van de totale uitgaven voor verzorging die de verplichte verzekering terugbetaalt.

Evolutie van de prevalentie en de kostprijs van chronische ziektes



“Het is nodig om **gegevens te registreren en om ze te delen onder zorgverleners**, met het oog op een betere tenlasteneming van de patiënten met één of meer chronische ziektes én op een verbetering van het beslissingsproces.”

Evolutie van de prevalentie en de kostprijs van chronische ziektes



De klinische biologie en medische beeldvorming vertegenwoordigen 7,8% van de uitgaven voor een ziekenhuisverblijf voor een keizersnede.

De ziekenhuiskostprijs van een bevalling in België



Ontdek al onze studies op www.mloz.be

Door Pascale Janssens - pascale.janssens@mloz.be

Depressie bij volwassenen

Een gepeperde factuur voor de ziekteverzekering

Volgens de ramingen van de WGO kampen maar liefst 350 miljoen mensen wereldwijd met een depressie. Het is de voornaamste oorzaak van arbeidsongeschiktheid. De ziekte heeft niet alleen een invloed op de gezondheid, ze weegt ook zwaar door op de openbare financiën. De Onafhankelijke Ziekenfondsen berekenden voor hun leden die langdurig antidepressiva slikken de kostprijs voor de geneeskundige verzorging en arbeidsongeschiktheid. De cijfers zijn indrukwekkend en dringende maatregelen zijn aan de orde!

7% van de Belgen verklaart een depressie gehad te hebben in de voorbije 12 maanden¹. Het KCE beschouwt psychotherapie als de meest aangewezen behandeling, in combinatie met antidepressiva bij een matige tot zware depressie. In België zijn antidepressiva makkelijk te krijgen en worden ze ook vlot terugbetaald. Hoewel de ziekteverzekering psychotherapie door een psychiater terugbetaalt, is er weinig of geen omkadering voor het werk van psychotherapeuten en de ziekteverzekering betaalt hun sessies ook niet terug.

Methodologie

Om een raming te kunnen maken van de kosten die gepaard gaan met depressie, hebben de Onafhankelijke Ziekenfondsen de databases geanalyseerd met de administratieve gegevens van hun 2 miljoen leden. Zo konden we de populatie voor deze studie afbakenen.

- We hebben alleen de volwassenen geselecteerd die actief zijn op de arbeidsmarkt. Daarna volgde een eerste selectie op basis van de leeftijd: in 2011 (het referentiejaar) zaten die personen in de leef-

tijdsgroep van 18 tot 65 jaar.

- Aangezien de medische diagnose ontbreekt in de data van de ziekenfondsen, identificeerden we de depressie via de consumptie van minstens één antidepressivum N06A, bepaald door de classificatie ATC van de WGO, wetende dat in deze categorie van geneesmiddelen bepaalde moleculen ook voorgeschreven worden voor de behandeling van andere psychische aandoeningen.
- Om mensen die maar af en toe een antidepressivum nemen uit te sluiten, voegden we het begrip 'duur' toe. We beperkten ons tot de selectie van personen die ten minste 120 DDD consumeerden in 2011. Dat komt neer op een behandeling van 4 maanden.
- Op deze groep pasten we een laatste filter toe: de behandeling van de ziekte met psychotherapieaandragingen bij een psychiater.

In totaal maken **26.616 actieve individuen deel uit van de studie over een periode van 5 jaar** (van 2009 tot 2013). Het doel: hun consumptie van antidepressiva en antipsychotica analyseren, alsook een eventuele ziekenhuisopname. Tot slot wilden we ook een raming maken van hun kosten op vlak van

Tabel 1

De spreiding van het aantal hospitalisaties in een psychiatrisch ziekenhuis

Psychiatrische ziekenhuisopname					
Aantal	Gemiddelde	Stand. verschil	Onderste kwartiel ²	Mediaan ²	Bovenste kwartiel ²
4.123	3,0	4,7	1,0	2,0	4,0

¹ Gezondheidsenquête 2013.

² Deze verdeling stemt overeen met de verdeling van de data, in dit geval:

- Onderste kwartiel = 25% van de ziekenhuisopnames

- Mediaan = 50%

- Bovenste kwartiel = 75%

Tabel 2

De spreiding van de verblijfsduur in psychiatrische ziekenhuizen

Verblijfsduur (in dagen)					
Aantal	Gemiddelde	Stand. verschil	Onderste kwartiel	Mediaan	Bovenste kwartiel
12.504	81,8	166,0	13,0	35,0	84,0

geneeskundige verzorging en uitkeringen.

Sociaal en demografisch profiel

De gemiddelde leeftijd van de doelgroep is 45 jaar, met een groter aandeel vrouwen (65%) dan mannen. Het percentage van de rechthebbenden op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming (RVV) bedraagt 24%. Dat is relatief hoog in vergelijking met het percentage bij de volledige populatie van de Onafhankelijke Ziekenfondsen (12%). Deze statistieken bevestigen bekende feiten: **vrouwen lijden vaker aan een depressie, net als personen in een precare situatie.**

Geneesmiddelengebruik

Tussen 2009 en 2013 nam 50% van de bestudeerde populatie jaarlijks antidepressiva en 16% zelfs dagelijks. De antipsychotica (N05A) worden vaak geassocieerd met antidepressiva. Meer dan de helft van de populatie die antidepressiva consumeert, kreeg ook minstens één antipsychoticum voorgeschreven (13.899 personen). 57% van de individuen die minstens één antipsychoticum gebruikte, deed dat af en toe, terwijl 14% het hele jaar door zo'n geneesmiddel bleef slikken.

Ziekenhuisopnames

Meer dan de helft van de bestudeerde individuen (58%) belande minstens één keer in een gewoon ziekenhuis tijdens de observatieperiode. 25% van de opnames vond plaats in een psychiatrisch ziekenhuis of in de psychiatrische dienst van een algemeen ziekenhuis. De gemiddelde duur van de

ziekenhuisopnames bedroeg **65 dagen**. Bij 10% van de opnames was de gemiddelde verblijfsduur langer dan 148 dagen (meer dan 5 maanden).

• In de psychiatrische ziekenhuizen

De 16% van de individuen die psychiatrisch gehospitaliseerd werden, vertegenwoordigen samen 12.504 ziekenhuisopnames. De helft daarvan werd 2 keer gehospitaliseerd in de geobserveerde periode en 10% zelfs meer dan 7 keer.

De **gemiddelde duur** van de verblijven in een psychiatrisch ziekenhuis bedraagt **82 dagen**. Het gemiddelde wordt opgetrokken door de uitersten. 5% van deze ziekenhuisopnames duurt langer dan 306 dagen (bijna 1 jaar), terwijl 25% van de verblijven slechts een duur heeft van 13 dagen of minder.

• In de algemene ziekenhuizen

De **gemiddelde verblijfsduur** in een psychiatrische dienst van een algemeen ziekenhuis is ook relatief lang: **33 dagen**. In de andere ziekenhuisdiensten duurt een verblijf gemiddeld 7 dagen en in de materniteit zelfs maar 5. De uitschieters (10% van de opnames in de psychiatrische dienst) vertegenwoordigen een gemiddelde verblijfsduur van meer dan 65 dagen.

Wat is de impact van depressie op de arbeidsongeschiktheid?

Binnen de doelpopulatie had 57% ten minste een periode van arbeidsongeschiktheid tijdens de bestudeerde periode. Dat komt neer op 15.270 personen. De **duur van de arbeidsongeschiktheid** is vrij lang: 3 jaar voor 27% van de individuen en 5 jaar voor

Tabel 3

De spreiding van de verblijfsduur naargelang de diensten

Verblijfsduur (in dagen)								
	Geobs. aantal	Gem.	Stand. verschil	Onderste kwartiel	Mediaan	Bovenste kwartiel	Onderkant VI 95% voor het gemid.	Bovenkant VI 95% voor het gemid.
Psychiatrie	9.969	33,2	60,9	8,0	21,0	35,0	32,0	34,4
Andere	34.539	6,5	15,8	1,0	3,0	6,0	6,3	6,7
Materniteit	1.345	5,1	5,3	4,0	5,0	5,0	4,8	5,4

Tabel 4

De spreiding van de kostprijs VP voor de bestudeerde populatie

Uitgaven verplichte verzekering (in euro)							
	Gemiddelde	Stand. verschil	Onderste kwartiel	Mediaan	Bovenste kwartiel	Onderkant VI 95% voor het gemid.	Bovenkant VI 95% voor het gemid.
2009	5.168	12.058,2	726,3	1.533,3	3.746,4	5.022,7	5.312,4
2010	5.914	13.202,6	838,6	1.704,3	4.301,2	5.754,9	6.072,2
2011	6.541	14.013,8	973,4	1.898,9	4.771,9	6.373,1	6.709,8
2012	6.123	13.226,5	903,6	1.822,6	4.519,6	5.964,1	6.281,9
2013	5.816	12.597,6	849,9	1.768,5	4.396,1	5.664,7	5.967,4

17% van hen. Gemiddeld hebben deze mensen het werk moeten stopzetten gedurende 4 periodes van arbeidsongeschiktheid tussen 2009 en 2013. Bij 10% van de arbeidsongeschikte individuen ging het om 6 periodes van arbeidsongeschiktheid.

In hoeverre weegt depressie op de uitgaven?

• In de geneeskundige verzorging

Wij analyseerden de totale uitgaven voor geneeskundige verzorging van de 26.616 individuen, zonder de remgelden of supplementen mee te rekenen. We moeten wel rekening houden met een methodologische grens: de administratieve databases van de ziekenfondsen volstaan namelijk niet om de uitgaven te identificeren die het resultaat zijn van de ten-lasteneming van depressie.

De gemiddelde jaarlijkse uitgave die de verplichte verzekering terugbetaalt, is over die periode van 5 jaar nauwelijks veranderd: gemiddeld 5.912 euro per jaar. Deze bedragen zijn duidelijk hoger dan de gemiddelde uitgave per individu binnen het volle-

dige ledental van de Onafhankelijke Ziekenfondsen: slechts 1.843 euro/jaar. Er zijn dus grote verschillen in de uitgaven van de individuen van de doelgroep. 10% van de 'uitschieters' zorgt voor een explosie van de uitgaven met meer dan 12.026 euro per jaar in 2009 en 16.535 euro per jaar in 2011. **De uitgaven die rechtstreeks te maken hebben met de consumptie van antidepressiva, zijn beperkt:** gemiddeld ongeveer 200 euro per jaar.

• Bij de ziekenhuisopnames

De **kosten van ziekenhuisopnames** vormen een belangrijke uitgavenpost voor de ziekteverzekering. De 25% van de actieve volwassenen die opgenomen moeten worden voor psychiatrische verzorging, vertegenwoordigen gemiddelde jaarlijkse uitgaven voor geneeskundige verzorging die oplopen tot **14.500 euro**.

• In de uitkeringen

De bedragen van de uitkeringen staan in tabel 5. Het gaat over twee groepen van individuen, naargelang de duur van hun arbeidsongeschiktheid: 4.878 personen waren arbeidsongeschikt gedurende ten minste één jaar en 4.550 personen

Een multidisciplinaire benadering is essentieel om de langdurige arbeidsongeschiktheden te verminderen.

Tabel 5

De bedragen van de uitkeringen, rekening houdend met de duur van de arbeidsongeschiktheid

Bovenste kwartiel							
Geobs. aantal	Gem.	Stand. verschil	Onderste kwartiel	Mediaan	Bovenste kwartiel	Onderkant VI 95% voor het gemid.	Bovenkant VI 95% voor het gemid.
≤ 1 jaar	4.878	4.869,6	3.705,6	7.396,3	11.171,2	4.995,8	34,4
5 jaar	4.550	67.261,0	63.976,6	78.990,9	89.713,1	67.790,7	6,7

waren invalide gedurende 5 opeenvolgende jaren.

De uitkeringen voor individuen in arbeidsongeschiktheid gedurende een maximumperiode van 12 maanden, lopen op tot 4.878 euro (ten laste van de ziekteverzekering). De spreiding van deze variabele wijst op schommelingen in de duur van de arbeidsongeschiktheid tijdens het bestudeerde jaar. De 10% individuen met een uitkering die slechts 355 euro bedraagt, zijn personen met een arbeidsongeschiktheid van zeer korte duur. De 10% individuen met uitkeringen hoger dan 11.171 euro zijn dan weer zo goed als zeker arbeidsongeschikt geweest gedurende bijna het volledige jaar.

De uitkeringen van 17% van de individuen in arbeidsongeschiktheid gedurende de 5 geobserveerde jaren, vertegenwoordigen een totale uitgave van 67.261 euro voor de ziekteverzekering. 10% van hen heeft zelfs uitgaven die hoger zijn dan 89.713 euro. .

Conclusies

- Deze originele studie raamt **de globale kostprijs van depressie bij de actieve bevolking voor de ziekte- en invaliditeitsverzekering**. Bijkomende analyses zijn nodig om de uitgaven voor de patiënt te ramen. Het gaat dan om de remgelden en de supplementen, alsook de uitgaven voor niet-terugbetaalde verzorging, zoals psychotherapiezittingen bij een psycholoog.
- De gemiddelde jaarlijkse uitgaven voor geneeskundige verzorging van een actieve volwassene die depressief is, zijn 3 keer hoger dan die van een individu uit de totale bevolking.

- Meer dan 1 op de 2 personen uit de bestudeerde populatie, was minstens één keer arbeidsongeschikt en bijna 1 op de 6 was invalide (en dus onbeschikbaar voor de arbeidsmarkt) gedurende (ten minste) **5 jaar**.

Aanbevelingen

- De Onafhankelijke Ziekenfondsen zijn voorstander van een behandeling van depressies **door beoefenaars die beschikken over de nodige ervaring en expertise**, zowel in de eerste als de tweede lijn. De huisarts, en dus de eerste lijn, kan die rol vervullen bij een lichte depressie. Wel op voorwaarde dat hij de patiënt doorverwijst naar een specialist als hij merkt dat het toch om een zwaardere depressie gaat.
- **Vanaf de eerste episode moet een volledige (biologische, psychologische en sociale) behandeling opgestart worden om de kansen op succes te verhogen**. Een multidisciplinaire benadering is essentieel om de langdurige arbeidsongeschiktheden te verminderen. Na de eerste tekenen van genezing is een behandeling van 9 à 12 maanden met een regelmatige opvolging aangeraden. Het is daarbij belangrijk om **bijzondere aandacht te besteden aan de therapietrouw van de patiënt**. Ook doelgroepen als vrouwen en personen in een preciaire situatie moeten extra aandacht krijgen met specifieke acties.



Vanessa Vanrillaer en Murielle Lona

Dienst Vertegenwoordiging en Studies van de Onafhankelijke Ziekenfondsen

De mening van de Onafhankelijke Ziekenfondsen



Terugbetaling van de psychotherapie

- Voor de Onafhankelijke Ziekenfondsen is het de hoogste tijd om **een prioriteit te maken van de geestelijke gezondheid én om de nodige budgetten vrij te maken voor een optimale tenlasteneming van depressie**. We pleiten voor de terugbetaling van psychotherapie door de verplichte verzekering, onder de volgende voorwaarden:
 - de bepaling van de soorten psychotherapie die in aanmerking komen voor een terugbetaling op basis van de EBM- criteria (het advies van experts inbegrepen)
 - het voorschrijven en opvolgen van de psychotherapie door een beoefenaar met de nodige ervaring en expertise
- De Onafhankelijke Ziekenfondsen zijn zich bewust van de voordelen van psychotherapie voor de patiënt. Onze aanvullende verzekeringen bieden dus al een tegemoetkoming in de kostprijs van dergelijke verzorging.
- Het is **opportuun om langdurige arbeidsongeschiktheden van deze patiënten te analyseren**. Om dergelijke studies tot een goed einde te brengen, moet de medische en sociaaleconomische informatie beter en gestandaardiseerder verzameld worden. Op termijn is het de bedoeling om efficiënte hulpmiddelen te ontwikkelen voor de arbeidsre-integratie van deze mensen, voor zover ze daartoe in staat zijn.



Gezin en handicap

Het woord geven aan de broers en zussen

De geboorte van een gehandicapt kind zet het leven van het hele gezin op zijn kop. Vaak slaat dit nieuws in als een bom en voelen de gezinsleden zich machteloos. Om hen te begeleiden, zag het Plateforme Annonce Handicap het licht. Dit Franstalige platform werkt onder meer sensibiliseringstools uit voor de zorgprofessionals. Hun laatste uitgave richt zich tot broers en zussen, zodat ook zij informatie krijgen en beter begrijpen wat hen overkomt.

Ook broers en zussen lijden onder deze gezinssituatie. Zij voelen de stress en de emoties van hun ouders maar al te goed aan. "Het was alsof de wereld instortte, en ik wist niet waarom. Het was echt verschrikkelijk, ik voelde me zo verloren. Het maakte me ongelukkig om mijn ouders zo droevig te zien, terwijl ze net een baby hadden gekregen. Wanneer ik aan mijn vader vroeg waarom mijn moeder hilde, antwoordde hij dat ik te klein was om het te begrijpen," vertelt Sophie over de geboorte van haar broertje. Het boekje 'Les mots pour le dire' (Woorden om te begrijpen), dat werd uitgewerkt met de steun van de Onafhankelijke Ziekenfondsen, wil de broers en zussen van een persoon met een handicap helpen om hun emoties te begrijpen, in te zien dat ze niet alleen staan, denkplaatjes te ontdekken en nuttige informatie te vinden.

Zware verantwoordelijkheid

Vaak krijgen broers en zussen al heel vroeg met moeilijkheden te kampen. "Het dagelijkse leven met de handicap van Alice en de verantwoordelijkheden die op mijn schouders rustten, werden al vlug te veel tijdens mijn puberteit. Niet alleen moest ik mijn moeder actief helpen met haar verzorging, maar op school werd ik ook nog eens buitengesloten en was ik het mikpunt van spot," vertelt een grote zus.

Om nog maar te zwijgen over de vaak moeilijke relaties binnen het gezin, omdat het gehandicapte kind alle aandacht krijgt van de ouders. Zo vertelt Martina, zus van Lucas en 29 jaar oud: "Ik herinner me dat ik eens allemaal tieners had op mijn rapport. Dat was heel belangrijk voor mij. Ik rende het huis binnen om mijn rapport aan mijn moeder te tonen, maar zij was blij over Lucas, die net een oefening onder de knie had gekregen. Ze heeft mijn rapport niet eens bekeken."

Cocktail van emoties

Deze situaties zorgen voor heel wat emoties die moeilijk te verwerken zijn. Elénore, 23 jaar, getuigt: "Mijn zusje is al sinds haar geboorte gehandicapt. Ik ben er dus mee opgegroeid en voor mij is haar handicap normaal. Maar waar ik het wel heel moeilijk mee had, zijn de beproevingen (operaties, opnames, ...) die ze haar hele kindertijd lang heeft moeten ondergaan. Ik herinner me elke ziekenhuisopname alsof het gisteren was."

Soms vergeet de broer of zus zelf te leven: "Tijdens mijn tienerjaren hield ik mezelf altijd op de achtergrond, wilde ik me vooral niet opdringen," legt een zus uit. "Ik vond dat mijn ouders het al moeilijk genoeg hadden met mijn gehandicapte zusje. Ik wilde hen niet met nog meer zorgen opzadelen. Die rol van modeldochter heb ik heel lang gespeeld."

Piet Van Eenoooghe,

met de medewerking van Aurélie Bertoux,
Plateforme Annonce Handicap

Het **Plateforme Annonce Handicap** werd opgericht in 2008 en overkoepelt 42 verenigingen. Het wil de omstandigheden verbeteren waarin de diagnose van een handicap aangekondigd wordt, en de patiënten en hun familie begeleiden. Het platform biedt sensibiliseringstools voor de zorgprofessionals, de ouders en de omgeving van personen die getroffen zijn door een handicap.

www.annoncehandicap.be



10 jaar partnerschap met de Afrikaanse ziekenfondsen

De Onafhankelijke Ziekenfondsen pleiten voor een universele toegang tot geneeskundige verzorging. Daarom ondersteunen we al 10 jaar Afrikaanse ziekenfondsen. In die tijd hebben we 3 ziekenfondsen opgericht in Benin. Via het programma MASMUT werken we daarnaast samen met andere Belgische ziekenfondsen om ook in 6 andere Afrikaanse landen ziekenfondsen op te starten.

De Onafhankelijke Ziekenfondsen ontwikkelen en ondersteunen sinds 2006 ziekenfondsen in Benin en Togo, samen met onze partner Louvain Coopération. In die tijd zagen 2 ziekenfondsen het levenslicht, die van Cobly en N'Dahonta. In 2015 volgde dan een derde ziekenfonds in Matéri.

Deze ziekenfondsen hebben samen meer dan 7.500 leden. Het voorbije jaar verliep de aansluitingscampagne voor nieuwe leden echter een pak moeilijker, door onder meer de nationale verkiezingen in Benin en Togo. Daarnaast hebben de landbouwers erg lang moeten wachten op hun geld voor de opbrengst van de katoenoogst, dat door de overheid wordt uitbetaald. Daardoor konden ze hun ziekenfondsbijdrage niet betalen.

Tot 2018 kunnen de Onafhankelijke Ziekenfondsen rekenen op de financiële steun van Wallonië-Brussel International (WBI) om de jonge ziekenfondsen in Benin verder uit te bouwen.

Programma MASMUT

Eind 2014 startte het programma MASMUT: een ambitieus project dat de mutualistische beweging in Togo, Burkina Faso, Senegal, Mali, Congo en Burundi ondersteunt. MASMUT is een intermutualistische samenwerking van 2,5 jaar waarin de Onafhankelijke Ziekenfondsen en hun partner Louvain Coopération zich geëngageerd hebben, samen met de Christelijke en Socialistische Mutualiteiten en hun partnerorganisaties.

Het project ondersteunt de nationale platformen die de belangen van de ziekenfondsen in de verschillende landen verdedigen. MASMUT begeleidt deze platformen en helpt hen met opleidingen, politiek lobbywerk, onderzoek naar sociale bescherming, enz. Samen met de lokale partners uit deze landen onderzocht MASMUT aan welke behoeften de ziekenfondsen moesten voldoen. De verschillende Belgische

ziekenfondsen werken samen binnen dit kader en hebben voorstellen geformuleerd op basis van hun lange ervaring. Die resulteerden op hun beurt in een actieplan.

Mutualistische conferentie

De Afrikaanse ziekenfondsen hebben niet alleen de steun van de ziekenfondsen nodig. We moeten ook een breder publiek aanspreken en sensibiliseren. **Daarom organiseert de Association Internationale de la Mutualité (AIM) begin maart 2016 een grote conferentie in Abidjan (Ivoorkust)**, samen met het programma MASMUT en andere internationale partners. Drie dagen lang zullen de Afrikaanse deelnemers zich buigen over de rol van en de uitdagingen voor de Afrikaanse ziekenfondsen en zullen ze evalueren hoe ver ze nu staan. Ook de Onafhankelijke Ziekenfondsen zullen aanwezig zijn op de conferentie. Het is de bedoeling om een sterk signaal te geven, onder meer naar de politieke wereld in Afrika.



Christian Horemans

Expert Internationale Zaken
christian.horemans@mloz.be

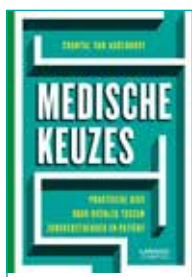
Solidariteit in boekformaat!

De werknemers van de Onafhankelijke Ziekenfondsen zijn creatief. Dat bewijzen Murielle Lona en Philippe Marneth. Deze twee auteurs hebben in 2015 een roman gepubliceerd en een deel van de opbrengst schenken ze aan de projecten in Benin. Daarmee zal een project ter promotie van de hygiëne in de scholen van Atakora ondersteund worden.

Boeken

Een nieuwe kijk op de zorgrelatie

Patient empowerment, steeds meer behandelingsvormen, medische apps, ...: de mening van de patiënt weegt steeds zwaarder door bij de keuze voor een medische behandeling.



Daarom pleit dit boek voor een persoonsgerichte zorg, waarbij kiezen in overleg centraal staat. Chantal Van Audenhove, hoogleraar aan het Departement Maatschappelijke Gezondheidszorg en Eerstelijnszorg van de KU Leuven, vertrekt vanuit de gelijkwaardigheid tussen arts en patiënt en bespreekt minutieus de impact van deze nieuwe kijk op

de zorgrelatie. Hoe het overleg tussen arts en patiënt bevorderen? Hoe moeten artsen omgaan met de mening van hun patiënten? Dit boek biedt tal van tips om kiezen in onderling overleg in de praktijk te brengen.

Medische keuzes. Praktische gids voor overleg tussen zorgverstrekker en patiënt, Chantal Van Audenhove, Lannoo Campus, 2015, 248 blz., ISBN 978-94-014-2150-8

2 decennia boeiende data

De databank van het huisartsenregistratienetwerk Intego bevat epidemiologische basisdata van maar liefst 20 jaar huisartsenpraktijk in Vlaanderen. Een ware schatkist aan informatie van meer dan 100 huisartsen, waarvan de patiënten representatief zijn voor de Vlaamse bevolking. Uit deze data vallen dan ook interessante tendensen en evoluties af te leiden over de gezondheidszorg in Vlaanderen. Denk maar aan geneesmiddelengebruik, het voorkomen van ziektes en andere gezondheidsparameters. In dit boek beantwoorden de auteurs eenvoudige vragen als 'Hoe vaak komt een depressie voor bij mannen en vrouwen?' of 'Is er een stijging in het gebruik van antidepressiva?' tot zeer complexe vraagstellingen. Verhelderend leesvoer voor elke gezondheidsprofessional!



20 jaar huisartspraktijk in Vlaanderen, Steven Elli, Geert Goderis, Frank Buntinx en Carla Truyers, Acco, 2015, 128 blz., ISBN 978-94-629-2129-0

Praktische leidraad incontinentiezorg

Over incontinentie bestaat veel verwarring. De aanpak van deze problematiek bij kinderen, volwassenen, ouderen en mensen met een handicap is namelijk heel verschillend. Bovendien zijn de verschillende behandelingen eerder gestoeld op traditie dan op evidentie. Daarom biedt dit boek een leidraad voor de praktische incontinentiezorg. Om verpleegkundigen in het ziekenhuis of de thuiszorg zoveel mogelijk tips aan te reiken, hebben tal van ervaren verpleegkundigen en artsen meegewerkt aan deze uitgave. Daarnaast omvat het boek ook een inventaris van de bestaande behandelingen en legt het de lacunes bloot over incontinentiezorg in de verpleegkundige wetenschap. Zo kan dit handboek ook een startpunt betekenen voor meer en gericht onderzoek.



Multidisciplinair handboek urine-incontinentie, Dirk De Ridder en Frank Van der Aa, Acco, 2015, 176 blz., ISBN 978-94-629-2127-6

Van residentiële zorg naar gemeenschapszorg

De geestelijke gezondheidszorg is voortdurend in beweging. Momenteel is een verschuiving aan de gang van residentiële zorg naar gemeenschapszorg. Maar hoe beïnvloedt die tendens de benadering van mensen met psychische problemen, hun naasten en de gezondheidsprofessionals? Dit boek bespreekt de gevolgen van deze veranderingen en toont aan hoe een vertrouwelijke benadering in de geestelijke gezondheidszorg een verrijkend en vooral sterker herstelproces oplevert. De auteurs stellen met veel knowhow een zorgverlening voor die zich midden in een persoonlijke, collectieve en maatschappelijke context plaatst.



Herstel in de praktijk. Psychisch kwetsbare personen beter ondersteunen, Luc Van Huffel e.a., Lannoo Campus, 2015, 152 blz., ISBN 978-94-014-2151-5

Een klacht?

Doe een beroep op onze ombudsman!

Bent u een zorgverlener, een zorginstelling, een verzekerde of een gewone burger? En bent u niet tevreden met een handeling, een verstrekking of een dienst van de Landsbond van de Onafhankelijke Ziekenfondsen of een van zijn ziekenfondsen? Doe dan een beroep op onze ombudsman.

Wie kan een beroep doen op de ombudsman?

Iedereen! Of u nu lid bent van een Onafhankelijk Ziekenfonds of niet.

Wanneer kan de ombudsman u helpen?

Als u niet tevreden bent met een handeling, een verstrekking of een dienst van de Landsbond of een van de Onafhankelijke Ziekenfondsen.

Belangrijk: klop eerst aan bij uw eigen ziekenfonds

Voor u een klacht indient, richt u zich in eerste instantie tot de dienst of de beheerder die belast is met uw dossier. In de meeste gevallen kan hier al een oplossing gevonden worden voor uw probleem, zonder dat u de klachtenprocedure moet activeren. Bent u nog altijd niet tevreden over de verleende dienst, dien dan een schriftelijke klacht in bij de Ombudsman.

Hoe kunt u een klacht indienen?

Alle details over de te volgen procedure en een elektronisch formulier vindt u op de site www.mloz.be/ombudsman

Meer info!

U kunt ons altijd bereiken op het nummer 02 778 92 11!



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**