

Health Forum

Juni 2016 · Nr. 26

Het magazine van de Landsbond van de Onafhankelijke Ziekenfondsen · driemaandelijks



Dossier 'Gezondheidswijsheid'

Gezondheidsinfo: een doolhof?

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

Remgeld terugbetalen? Een slag in het water...

Onder het voorwendsel dat ze de zorg toegankelijker willen maken, hebben sommige ziekenfondsen aangekondigd dat ze van plan zijn om het remgeld bij de huisarts en gynaecoloog terug te betalen. Een marketingstunt natuurlijk, want hun argument slaat nergens op. Het probleem van het uitstellen van verzorging om financiële redenen los je niet op door de terugbetaling van 1 euro (aan de RVV's) of 4 euro (aan wie geen RVV is). **Het probleem ligt elders, namelijk bij de honorariumsupplementen die bepaalde specialisten aanrekenen en die de patiënt uit eigen zak moet betalen. Er zijn ook verstrekkingen die nauwelijks of helemaal niet terugbetaald worden** zoals brillen, orthodontie, hoorapparaten of sommige geneesmiddelen.

De toegankelijkheid van onze gezondheidszorg is overigens niet louter een probleem van terugbetaling. Tandzorg is gratis voor wie jonger is dan 18 jaar en toch gaan ze niet regelmatig naar hun tandarts.

Helaas is het de verplichte ziekteverzekering die moet opdraaien voor de aangekondigde maatregel. Er dreigt namelijk wel degelijk een gevaar van overconsumptie van de zorg, als de patiënt zelf niets uit eigen zak moet betalen. We mogen ook niet vergeten dat de terugbetaling van het remgeld gekoppeld is aan het beheer van een Globaal Medisch Dossier (GMD). Er worden zo nodeloos GMD's geopend (bv. voor zuigelingen die al opgevolgd worden door hun kinderarts), louter en alleen om het remgeld terugbetaald te krijgen. Dit heeft wel degelijk een impact op de

maatschappij, want een GMD kost 30 euro per jaar aan de ziekteverzekering. Zelfs als het alleen opgemaakt wordt om enkele euro's terugbetaald te krijgen... van de aanvullende verzekering.

De Onafhankelijke Ziekenfondsen zijn tegen de terugbetaling van de remgelden door de aanvullende verzekering, behalve als de maatregel ingegeven zou zijn door een medisch criterium.



Het heikele punt zijn de honorariumsupplementen van bepaalde specialisten en de verstrekkingen die nauwelijks of niet terugbetaald worden.

Uit studies blijkt bv. dat de afschaffing van het remgeld voor chronisch zieken voordelig kan zijn voor de patiënt én het stelsel. Wij wensen dat Minister De Block spoedig werk maakt van wat in het regeerakkoord staat, namelijk de heroriëntering van de aanvullende verzekering van de ziekenfondsen: de prioritaire gezondheidsnoden moeten daarbij voorrang krijgen. De Onafhankelijke Ziekenfondsen vragen alvast om de volgende voordelen uit de aanvullende verzekering te schrappen: geboortepremies, terugbetaling van vakantiecampen of bepaalde alternatieve geneeswijzen en natuurlijk de

terugbetaling van de remgelden. Zo zullen er financiële middelen vrijkomen voor de tenlasteneming van prioritaire noden die nu niet gedekt worden door de verplichte ziekteverzekering.

Xavier Brenez

Directeur-generaal van de Landsbond van de Onafhankelijke Ziekenfondsen

Hoofredactrice

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

Eindredactie

Steven Vervaeke en Lies Dobbelaere

Redactiecomité

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

Lay-out

Leen Verstraete · layout@mloz.be

Foto's

Reporters & Shutterstock

Vertaling

Annemie Mathues · Emilie Van Isterdael · Julie Van Nieuwenhove · Geertje Vandecappelle · Angélique Vanderbracht · 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. 26

juni 2016

3 Edito

5 Wist u?

6 Dossier

Je gezondheid in handen nemen:
droom of werkelijkheid?

16 Forum zorgverstrekkers

Crashdiëten: één grote klucht?

Jong & homo: nood aan meer
sensibilisering!

De gezondheidsdekking voor
iedereen, realiteit of... utopie?

22 Studie

Ziekenhuizen & facturatie:
een maatregel die zijn doel een
beetje mist

26 Kiosk

www.mloz.be

Dossier

Je gezondheid in handen nemen: droom of werkelijkheid?

Preventie bevindt zich vaak in het verdomhoekje. Toch is de invloed van preventie op de gezondheidszorg en de beheersing van de medische uitgaven algemeen erkend. Maar achter het woord 'preventie' gaat een massa hulpmiddelen schuil om burgers en patiënten te helpen om hun gezondheid te begrijpen. 'Health literacy' is een van die tools. Wat omvat dit begrip en wat zijn de voordelen? Hoe brengen zorgverleners dit concept in de praktijk?



6

Forum zorgverstrekkers

Jong & homo: nood aan meer sensibilisering!

Net zoals in andere Europese landen is de situatie van homoseksuelen in België enorm verbeterd. Toch vecht een groot deel van hen nog elke dag tegen vooroordelen. Er is dus nog altijd nood aan meer sensibilisering, zeker bij jongeren.



18

Forum zorgverstrekkers

De gezondheidsdekking voor iedereen, realiteit of... utopie?

We zijn 2016 en 90% van de bevolking uit arme landen heeft geen enkel recht op gezondheidsdekking. Dagelijks sterven bijna 18.000 kinderen aan vermijdbare oorzaken en amper 1 op de 4 vrouwen is verzekerd tegen de risico's van zwangerschap en bevalling. Is het principe van de universele dekking uit 1948 wel haalbaar?



20

1.600.000

Google heeft toegang gekregen tot 1,6 miljoen medische gegevens van patiënten van de Londense ziekenhuizen om een toepassing te ontwikkelen voor de opsporing van nierinfecties. Een debat kon niet uitblijven...

Een hackaton gewijd aan de hulpdiensten



Origineel, nuttig en welkom: dat is de 'MolenHack', een initiatief om voorstellen te lanceren om de brandweer en hulpdiensten te helpen en de communicatie te verbeteren bij noodsituaties. Na een weekend van reflectie kwamen er 4 projecten uit de bus. Het was de toepassing 'Brusafe' die de SIAMU-prijs wegkaapte. Met deze app kunnen getuigen of slachtoffers van ongevallen in contact komen met de hulpdiensten via extra info op berichten op de sociale media. Er zijn 4 iconen om het type dringendheid aan te geven: brand, gezondheid, vervoer of geweld. Bij de hulpdienstencentrale (112) verschijnen deze meldingen en iconen op een interactieve GPS-kaart, die de locatie van de telefoon automatisch in kaart brengt. En op die manier dus ook de persoon die de gebeurtenis gemeld heeft. Hij of zij kan dan gebeld of gesmst worden. Zo zou 4 à 10 minuten tijd gewonnen kunnen worden op de aankomsttijd van de hulpdiensten.

molengeek.com

Tekenbeet melden? Nu ook via een app!



Wie een tekenbeet heeft opgelopen, kan dat vanaf nu ook melden via de smartphone. Met een nieuwe app wil het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (WIV) het aantal meldingen nog verhogen en nog meer waardevolle informatie over tekenbeten vergaren: hoeveel mensen een tekenbeet oplopen, waar de meeste beten voorkomen, ... Op die manier wil het WIV de risicogebieden duidelijk in kaart brengen om zo de ziekte van Lyme beter te kunnen voorkomen. Deze app is een aanvulling op www.tekennet.be. Op die site kunnen mensen al sinds vorig jaar tekenbeten melden. En heel wat mensen geven gehoor aan die oproep. Zes maanden na de lancering registreerden bijna 2.500 mensen meer dan 5.000 tekenbeten. De meeste beten kwamen voor in de provincies Luxemburg, Limburg en Namen.

www.tekennet.be

02 201 22 22

De Brusselse Wachtdienst is 24u op 24 en 7 dagen op 7 bereikbaar op dit unieke telefoonnummer. Wie een huisarts nodig heeft, zal doorverwezen worden naar 1 van de 3 Brusselse medische wachtposten. De huisartsenwachtdienst verstrekt overal in Brussel eerstelijnszorg tijdens het weekend en op feestdagen en 's avonds en 's nachts op weekdays.



Je gezondheid in handen nemen: droom of werkelijkheid?

Je gezondheid (be)grijpen, is het wel zo eenvoudig?	p.7
Hart- en vaatziekten: "Wij spreken het grote publiek, patiënten én artsen aan"	p.10
Kwetsbare groepen wegwijs maken in onze gezondheidszorg	p.11
4 manieren om het 'partnerschap' tussen zorgverlener en patiënt te verbeteren	p.12
Gezondheidsinfo in de media: betrouwbaar of vooral beïnvloeding?	p.14

Je gezondheid (be)grijpen, is het wel zo eenvoudig?

Preventie bevindt zich vaak in het verdomhoekje. Toch is de invloed van preventie op de gezondheidszorg en de beheersing van de medische uitgaven algemeen erkend. Maar achter het woord 'preventie' gaat een massa hulpmiddelen schuil om burgers en patiënten te helpen om hun gezondheid te begrijpen en in handen te nemen. 'Health literacy' is een van die tools. Wat omvat dit begrip en wat zijn de voordelen?

Een film als voorbereiding op een operatie, een onlinecursus om een behandeling te begrijpen, een vertaler in een wachtzaal, praktijkstudenten samen met een ervaringsdeskundige patiënt, tot zelfs een tv-programma over een superheld die kinderen gezonde gewoontes aanleert: er bestaat een brede waaier aan acties om de gezondheidscompetenties van burgers en patiënten te verbeteren. "Maar er bestaat geen enkel project of plan met het label 'health literacy'! Elke gezondheidsprofessional geeft er een eigen definitie en toepassing aan." Zo zet professor Yves Coppieters, voorzitter van de School van Volksgezondheid van de ULB, meteen de toon: het onderwerp is erg breed en zit vol nuances.

De Wereldgezondheidsorganisatie definieert health literacy als 'het vermogen van een individu om basisinformatie over gezondheid en mogelijke behandelingen te vinden, te begrijpen en te gebruiken om zijn gezondheid in eigen handen te nemen. "Dit is een heel pakket aan transversale vaardigheden, zowel voor zieke als gezonde mensen", legt Yves Coppieters uit.

Impact op de gezondheid

Tal van studies leggen een verband tussen een lage scholingsgraad en ongezonde gewoontes. In zijn doctoraatsthesis over de impact van health literacy op de arts-patiëntrelatie overloopt een jonge Franse arts de negatieve invloeden van een lage gezondheidswijsheid. Het gaat om de impact op bepaalde gezondheidsrisico's als roken, het aantal arbeidsongevallen, het beheer van chronische ziektes (diabetes, hiv, astma), de inname van geneesmiddelen, het aantal ziekenhuisopnames, sterftcijfers en vroegtijdige overlijdens of de kostprijs van de gezondheidszorg.

Maar ondanks deze statistieken is het wel degelijk mogelijk om de gezondheidvaardigheden van de burgers te verbeteren. En dát is nu net waar health literacy naar streeft. Of zoals een studie van de UCL uit 2014 over dit thema bevestigt: "Een goede gezondheidswijsheid kan het negatieve effect van een lage scholingsgraad op gezonde voeding, lichaamsbeweging en geneesmiddelengebruik verzachten. Het nut van een goede gezondheidsopvoeding en duidelijke informatie is hierdoor bewezen."

Actor in de gezondheidskeuzes

Hoe kunnen we dan werken aan betere gezondheidvaardigheden van de burgers? "We zijn er steeds meer van overtuigd dat health literacy een van de doorslaggevende gezondheidsfactoren is," legt Yves Coppieters uit. "Er zijn verschillende elementen die

ons gezondheidsgedrag beïnvloeden, zoals sociaal-economische achtergrond, studieniveau of leeftijd. Maar health literacy is een factor waarmee we aan de slag kunnen, zowel professionals als gewone burgers. Ze stimuleert autonomie: we kunnen heel makkelijk actor van die gedragsverandering zijn en als professional de middelen aanreiken zodat anderen dat ook kunnen."

Er bestaat geen enkel project of plan met het label 'health literacy'! Elke gezondheidsprofessional geeft er een eigen definitie en toepassing aan.

Yves Coppieters

Maar daarvoor moeten we bijna 'op maat' werken, door niet alleen rekening te houden met de gezondheidsdomeinen, maar ook met de doelgroep. "Elk individu is anders, en dus is het een utopie om iedereen op hetzelfde niveau qua health literacy te willen krijgen", zegt Dan Lecocq, conference master en onderzoeker aan de School van Volksgezondheid van de ULB.

Acties 'op maat'

Een **chronisch zieke** heeft voor de verbetering van zijn gezondheidsvaardigheden eerder behoefte aan therapeutische educatie: wat is de geschiedenis van zijn ziekte, hoe kan hij zijn behandeling het beste volgen, hoe kan hij omgaan met zijn verzorgers en zijn omgeving? Daarna kan hij misschien een rol als 'patiënt-partner' vervullen, een ander aspect van health literacy.

Een **pas aangekomen migrant** of iemand die niet goed Nederlands of Frans praat heeft andere acties nodig: eerst moet de communicatie goed verlopen, bv. door de hulp van een tolk in te roepen, of door te werken met visuele tools als pictogrammen, tekeningen en dergelijke. Met enige aanpassing kunnen deze acties ook ingezet worden voor kwetsbare doelgroepen.

Voor gezondheidsrisico's als **overgewicht of alcoholmisbruik** kunnen gezondheidsprofessionals het motiverend gesprek als methode gebruiken. Daarbij ligt de focus op de relatie tussen verzorger en patiënt, zodat die laatste zelf de motor van zijn verandering wordt. Dit gebeurt bv. al in de 'Clinique du Bon Vivant' van het Erasmusziekenhuis. In dit centrum kunnen patiënten na doorverwijzing door hun huisarts terecht

“

Elk individu is anders, en dus is het een utopie om iedereen op hetzelfde niveau van health literacy te willen krijgen.

Dan Lecocq

”

voor een opvolging rond voeding en/of alcohol. **Voor ouderen is een andere strategie nodig**, aangezien leeftijd een risicofactor voor autonomieverlies is. "In dat geval moeten we inzetten op de individuele competenties, hen helpen om hun vermogens te behouden, om kritisch te zijn ten opzichte van wat hen

opgelegd wordt wegens hun leeftijd en ziekte. Zo zorgen we ervoor dat ze de verstrekte informatie goed begrijpen, een bijsluiter kunnen ontcijferen of een voorschrift kunnen lezen", benadrukt Coppieters.

Om efficiënt te zijn, moeten de acties rond health literacy dus hun strategie aanpassen aan de doelgroep. Hoewel er nog niet veel gegevens beschikbaar zijn over de effecten van een hogere health literacy, blijkt uit een Canadese studie

Taal en cultuur

"Met 2 pop-up kantoren komen we letterlijk tot bij de Turkse gemeenschap"

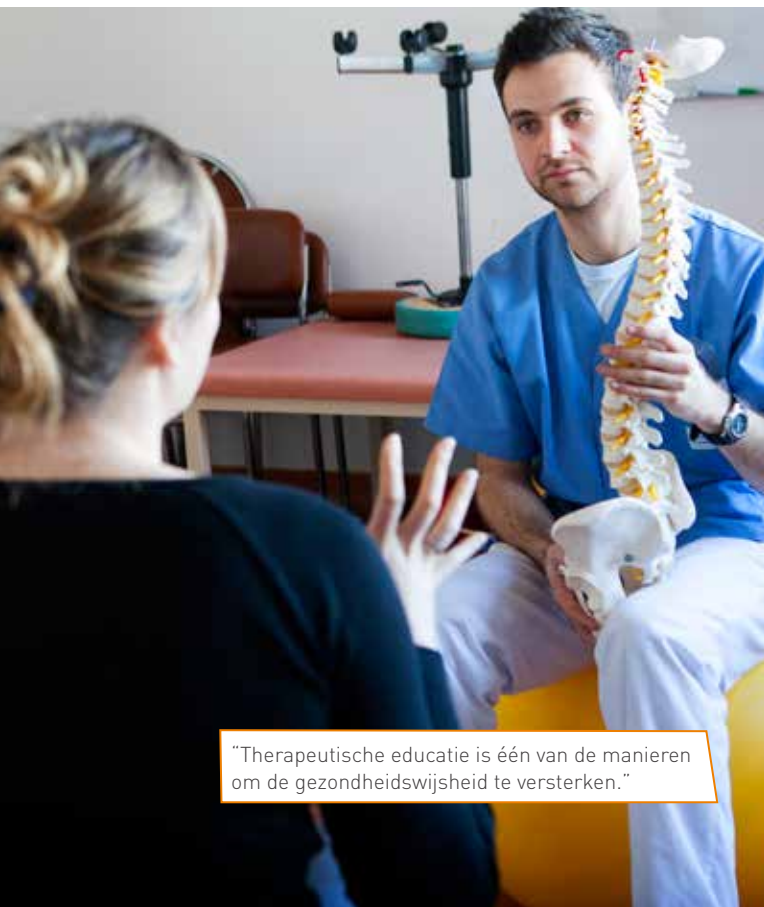
Gülhan, Gök, ...: de restaurantnamen laten er geen twijfel over bestaan. Rond de Gentse Sleepstraat wonen veel mensen van Turkse origine. Met hun 2 pop up-kantoren en een Turkstalige klantenadviseur wil Partena Ziekenfonds zijn dienstverlening ook afstemmen op deze doelgroep. "Ik heb al 8 infosessies gegeven over onze diensten. Mensen die verdere vragen hebben, volg ik ook individueel op", zegt Sukran Ozer.

Op dinsdag, donderdag en vrijdag kan de Turkse gemeenschap in Gent terecht in een pop up-kantoor bij Sukran Ozer, de Turkstalige klantenadviseur van Partena. "Als je dezelfde taal spreekt, werkt dat uiteraard drempelverlagend", zegt Sukran. "En bij moeilijke, delicate dossiers appreciëren de mensen het enorm als ik hen kan helpen in het Turks."

Die pop-up kantoren zijn niet het enige luik binnen dit project. Partena vertaalde ook enkele brochures naar het Turks en biedt de Turkse gemeenschap een specifieke dienstverlening op hun maat aan. "We willen onze diensten meer afstemmen op de noden van de Turkse gemeenschap", klinkt het bij Patricia Verstraete, manager Brand & Communication van Partena.

"Het gaat trouwens niet enkel om taal, ook bepaalde culturele verschillen kunnen het moeilijk maken om elkaar goed te begrijpen", zegt Verstraete. "We willen niet dat diversiteit dode letter blijft binnen ons ziekenfonds."

Steven Vervae



"Therapeutische educatie is één van de manieren om de gezondheidswijsheid te versterken."

dat een actie meer impact heeft als ze perfect bij de doelgroep past. Met andere woorden: om de hele bevolking te bereiken, moeten we een heel arsenaal aan acties bedenken die parallel werken bij de verschillende doelgroepen.

Jong geleerd is oud gedaan

De acties aanpassen aan het doelpubliek is één zaak. Maar we moeten ook aan de context denken en erop anticiperen. "Health literacy moet zo vroeg mogelijk op



Zo vroeg mogelijk sensibiliseren rond een gezonde levensstijl.

alle niveaus ingevoerd worden, in de basisopvoeding en in de toegang tot informatie", meent Coppieters. "En dan liefst nog in het leefmilieu van elke groep. Voor kinderen is dat bv. in de crèche en op school. Bovendien moet er aandacht zijn voor de link tussen al die leefomgevingen, anders werken de acties niet." Kinderen laten proeven van sport of gezonde voeding is de uitdaging van heel wat gezondheidsacties in scholen die de gemeenschappen opzetten en die elke school op haar eigen manier inkleurt. Een van de talloze voorbeelden: in een school in Genval zijn de menu's herwerkt op initiatief van de ouderraad. Met de steun van de schooldirectie heeft de ouderraad een 'commissie gezonde voeding' opgericht, die meerdere activiteiten voor de leerlingen voorstelde. Zo is de school in het project 'Sapere' gestapt, dat kinderen letterlijk de smaak van goed eten wil bijbrengen. Deze educatieve programma's mikken op de opvoeding van kinderen door smaak, via de vijf zintuigen. Het doel is om gezonde en evenwichtige eetgewoontes te stimuleren.

Wanneer je al deze voorbeelden leest, merk je wel dat health literacy moeilijk te omschrijven is, maar makkelijk toe te passen. Heel wat disciplines dragen namelijk al lang bij tot de versterking van de gezondheidscompetenties van burgers en patiënten. Om verder te gaan, is er alleen nog meer samenhang en politieke steun nodig.



Stéphanie Brisson

stephanie.brisson@mloz.be

Op naar een betere schriftelijke communicatie in het ziekenhuis

De impact meten van schriftelijke communicatie op sociale ongelijkheid op vlak van gezondheid en tools uitwerken om het ziekenhuispersoneel te helpen bij hun communicatie met de patiënten. Dat zijn enkele van de doelstellingen van Babeliris, het onderzoeksproject dat peilt naar de terugkerende communicatieproblemen in de openbare ziekenhuizen van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest van het irisnetwerk. Het einddoel: educatief materiaal ter beschikking stellen van de irisziekenhuizen en leermodules aanbieden om de kennis van het ziekenhuispersoneel te verbeteren. Enkele verwezenlijkingen zijn een database met herbruikbare teksten, een gids met richtlijnen bij het opstellen van begrijpbare teksten voor de patiënten en hun gezinnen en een meertalige database met ziekenhuistermen die zowel vanuit wetenschappelijk standpunt als voor de klant begrijpelijk uitgelegd worden.

www.babeliris.be – Contact: ward.van.de.velde@ulb.ac.be

Belgische Cardiologische Liga

"Wij spreken het grote publiek, patiënten én artsen aan"

Hart- en vaatziekten zijn de belangrijkste doodsoorzaak in ons land. Nochtans valt aan de meeste cardiovasculaire risicofactoren wel degelijk iets te doen: roken, te weinig beweging, overgewicht, ... Daarom probeert de Belgische Cardiologische Liga al meer dan 45 jaar de gezondheidswijsheid rond hart- en vaatziekten op te krikken, zowel bij het grote publiek als bij hartpatiënten en artsen. "De levensstijl van mensen veranderen is het moeilijkste wat er is", zegt Dr. Freddy Van de Casseye, voorzitter en algemeen directeur van de Liga.



Dr Freddy Van de Casseye

Elke dag sterven maar liefst 4 Belgen per uur aan hart- en vaatziekten. En dat terwijl de wetenschappelijke kennis over de risicofactoren en de opsporing nooit zo groot is geweest. Waar loopt het dan spaak met onze gezondheidswijsheid? "Je mag niet vergeten dat er meerdere risicofactoren voor hart- en

vaatziekten zijn", vertelt Van de Casseye. "Daarnaast veroorzaken sommige factoren als een hoge bloeddruk of slechte cholesterol vaak geen specifieke klachten en ze hebben een vermenigvuldigend effect. Bovendien is de levensstijl van mensen veranderen het moeilijkste wat er is. Therapietrouw bij geneesmiddelen is vaak al een probleem, maar trouw blijven aan een gezonde levensstijl is nog veel lastiger. De uitdagingen rond gezondheidswijsheid zijn dus enorm."

Verschillende doelgroepen

De Belgische Cardiologische Liga gaat die uitdagingen vooral aan door verschillende doelgroepen aan te spreken. "Wij gaan heel breed. Jaarlijkse campagnes als de Week van het Hart zijn gericht op het grote publiek, maar daarnaast ondersteunen we ook hartclubs die patiënten helpen bij het ontwikkelen van een gezonde levensstijl", zegt Van de Casseye. "En we werken ook nog eens samen met patiëntenverenigingen om getuigenissen te sprokkelen die mensen moeten aanzetten tot een andere levensstijl. Dat is een directe en eenvoudige manier van communiceren."

Vorm en inhoud

Daarmee zijn we aanbeland bij een cruciaal punt: de vorm van de boodschap. "We werken altijd met een communicatiebureau dat moeilijke begrippen vertaalt naar simpele boodschappen", dixit Van de Casseye. "We hebben bv. eens een campagne over cardiometabole risicofactoren opgehangen aan de eenvoudige vraag: 'Ben je een appel of een peer?'. Zo proberen we zoveel mogelijk mensen te bereiken."

De inhoud van hun acties bepaalt de Liga dan weer met een wetenschappelijk comité. Vooral het multidisciplinaire karakter van de boodschap is daarbij belangrijk. "Cardiologen, voedingsdeskundigen, huisartsen, apothekers, ... Wij werken nauw met hen samen en we overleggen voortdurend over onze acties. We stappen pas naar de media met een campagne als zij die volledig steunen."

En voor de zorgverleners?

Niet enkel het grote publiek en de patiënten, maar ook de artsen hebben nood aan heldere info over hart- en vaatziekten. "Wij organiseren jaarlijks een nationaal congres voor zorgverleners", zegt Van de Casseye. "En het is niet omdat het artsen zijn dat we de zaken nodeloos complex maken. Het gaat ook bij hen om toegankelijke info over preventie en levensstijl, zodat ze hun patiënten op een even toegankelijke manier kunnen helpen."



Steven Vervaeet

steven.vervaeet@amloz.be

"Word een hartridder en red levens"

50% van de Belgen weet niet wat een **Automatische Externe Defibrillator** (AED) is en 70% weet niet hoe ze zo'n toestel moet gebruiken. Het gevolg: van de 10.000 Belgen die jaarlijks het slachtoffer worden van een hartstilstand buiten het ziekenhuis, kan minder dan 10% het navertellen.

Om het aantal 'overlevers' tot boven de 50% te tillen, organiseert de Belgische Cardiologische Liga elk jaar de campagne 'Durf redden'. Met vele getuigenissen wil de Liga mensen overtuigen om een AED te leren gebruiken, te leren reanimeren en levens te redden. Een uitstekend voorbeeld van gezondheidswijsheid!



<http://durf-redden.be>

MSD Health Literacy Awards

Kwetsbare groepen wegwijs maken in onze gezondheidszorg

Vreemdelingen, mensen in armoede, sekswerkers, ...: vele kwetsbare groepen blijven vaak onder de radar van onze gezondheidszorg. Gelukkig bestaan er tal van projecten die hen wegwijs maken in onze zorgsector. Elk jaar vallen 3 van die initiatieven in de prijzen bij de Well Done - MSD Health Literacy Awards. 2 winnende projecten nader toegelicht!

'Met Haar' (Dokters van de Wereld)

Een vertrouwensrelatie creëren met de meest kwetsbare vrouwen in Brussel

De meest kwetsbare vrouwen in Brussel weer vertrouwen geven in onze gezondheidszorg, dat is de missie van 'Met Haar'. "Het gaat om vrouwen in kraakpanden, sekswerkers, daklozen, ... Allemaal mensen die dus nooit in aanraking komen met onze gezondheidszorg en geen ziekenfonds hebben", vertelt Nel Vandevannet, directeur Belgische Missies bij Dokters van de Wereld. Voor dit project leidt Dokters van de Wereld een aantal vrijwilligers op die actief naar deze vrouwen op zoek gaan. "Die vrijwilligers zijn vooral artsen en verpleegkundigen", dixit Vandevannet. "Zij bouwen een vertrouwensrelatie met deze vrouwen op en begeleiden hen in duo. Vandaar ook de naam van het project."

'Met Haar' focust vooral op de seksuele gezondheid van deze vrouwen. "Die meest precare groep heeft echt nood aan heldere informatie. Daarom informeren we hen over voorbehoedsmiddelen, we doen een sneltest op hiv, ... We verwijzen hen soms ook door naar een gynaecoloog of maatschappelijk werker. Daarnaast organiseren we ook informatiesessies over contraceptie, aids en hiv, toegang tot gezondheidszorg, geweldpleging tegen vrouwen, ... Dat doen we meestal bij de vrouwen zelf en op een heel eenvoudige manier met veel tekeningen. In 2015 organiseerden we 29 sessies in totaal, met een gemiddelde van 13 deelnemers per sessie", vertelt Vandevannet.


www.doktersvandewereld.be

Map 'Gezondheidszorg in België' (Stad Antwerpen)

Het huisartsbezoek in beelden en pictogrammen

Wat doet een huisarts? Wat is een Globaal Medisch Dossier? Hoe krijg ik een terugbetaling? Niet iedereen kent de antwoorden op deze vragen. Daarom staan ze glashelder en eenvoudig uitgelegd in de Map 'Gezondheidszorg in België' van de Stad Antwerpen. "Dankzij dit document kunnen welzijnswerkers en zorgverleners die basiskennis vlot doorgeven aan anderstaligen en laaggeletterden", zegt Liesbet Meyvis, projectmedewerker dienst Gezondheid van de Stad Antwerpen.

Met korte, eenvoudige zinnestelsels, pictogrammen en vooral veel foto's doet de map de belangrijkste principes van het huisartsbezoek uit de doeken. "Wij leveren de map aan welzijnswerkers, maar ook aan artsen, groeps werkers, maatschappelijk werkers, enz. En aan de hand daarvan kunnen zij op hun beurt de basisprincipes van het huisartsbe-

zoek uitleggen aan de mensen die daar nood aan hebben", vertelt Meyvis. "De map vult een belangrijke leemte op, want de maatschappelijk werkers van het OCMW Antwerpen kregen het systeem van onze gezondheidszorg vaak niet uitgelegd aan hun klanten. Samen met hen hebben we dan aan dit heel toegankelijke instrument gesleuteld."

En het succes van de map bewijst de nood aan die heldere info. "Al snel kregen we van buiten Antwerpen de vraag om ons document te mogen gebruiken. Ondertussen verspreiden Gent en Boom het document ook al", dixit Meyvis. "Achteraan de map zit trouwens nog een kleine folder met de belangrijkste basisbegrippen en die is beschikbaar in 16 talen."


www.antwerpen.be


Steven Vervaeet

steven.vervaeet@mloz.be



4 manieren om het 'partnerschap' tussen zorgverlener en patiënt te verbeteren

Een optimale communicatie tussen artsen en patiënten? Graag! Maar er zijn verschillende wegen om dat doel te bereiken. Meer mogelijkheden voor een 'partnerschap' tussen zorgverleners en patiënten binnen hun zorgrelatie is een interessante optie. Maar wie is die 'patiënt-partner'? Wat is zijn bijdrage tot de gezondheidszorg en waarom is dit een toekomstpiste? Een blik op de lopende projecten in Brussel.



Dan Lecocq

Paul is 74 jaar en heeft al een heel leven achter zich. Onlangs werd bij hem diabetes vastgesteld. Zijn arts schrijft hem een dieet zonder suiker en zout en veel beweging voor. Voor de neus van zijn arts gaat Paul akkoord, maar eigenlijk is hij niet van plan om zijn zaterdagse taartje met zijn kinderen zomaar op te geven. En lichaamsbe-

weging is niet zo simpel vanwege de

problemen met zijn heupgewrichten. "In zo'n situatie kunnen we zoveel info geven als we willen, het risico is groot dat Paul de behandeling toch niet volgt", bevestigt Dan Lecocq, lector en onderzoeker aan de School van Volksgezondheid aan de ULB. "Streven naar een betere communicatie tussen arts en patiënt is dan ook achterhaald! Om ervoor te zorgen dat de patiënt volhoudt, moet hij samen met zijn arts doelstellingen vastleggen." Het 'informereren van de patiënt' moet dus plaats ruimen voor een 'partnerschap' met de patiënt. Een logica die de wet op de patiëntenrechten van 2002 al volop promoot. Die wet pleit namelijk voor gezamenlijke beslissingen en geïnformeerde toestemmingen. Maar hoe komen we tot die gezamenlijke beslissin-

gen? "We moeten vertrekken vanuit de kennis die Paul verworven heeft uit zijn eigen ervaring: wat weten we echt over zijn gezondheidservaring, zijn dagelijkse omgang met de ziekte?", zegt Dan Lecocq. Door zijn ervaring met de ziekte te combineren met de wetenschappelijke kennis van zijn arts, kunnen ze samen aanbevelingen bepalen, aangepast aan de prioriteiten van Paul. "Kiezen voor deze aanpak doet de kans stijgen op een grotere therapietrouw van de patiënt", legt de onderzoeker uit.

Dankzij deze aanpak delen arts en patiënt informatie uit binnen de logica van een gezondheidspartnerschap. "Het doel van die nieuwe relatie is niet langer informeren, maar samen komen tot een gedeelde beslissing." Dat partnerschap met de patiënt is een vorm van empowerment en een uitdaging die de School voor Volksgezondheid van de ULB aangaat met 4 projecten die nauw samenhangen.

“We moeten vertrekken vanuit de kennis die de patiënt verworven heeft uit zijn eigen ervaring: wat weten we echt over zijn gezondheidservaring, zijn dagelijkse omgang met de ziekte?”

1 'Patiënt-partners' opleiden

Op hun afdeling nefrologie rekruteerde het Erasmusziekenhuis 11 patiënten om een opleiding 'patiënt-partner' te volgen in samenwerking met de Universiteit van Montréal. Tijdens hun opleidingscyclus worden ze klaargestoomd om

te werken met gezondheidsprofessionals om samen te werken buiten de eigen zorgrelaties. De patiënten leren **hoe ze hun kennis door ervaring kunnen delen** en de professionals leren hoe ze deze kennis kunnen gebruiken. De patiënt-partners die de opleiding volgen, zullen bv. betrokken worden bij de uitwerking van een programma over therapeutische educatie of ze zullen deelnemen aan onderzoeksprojecten. "De toekomstige patiënt-partners hebben een duidelijk profiel: het gaat om personen die al partner (willen) zijn van hun eigen verzorging. Mensen die extra vragen stellen tijdens de raadpleging, die zelf de neiging hebben om over therapeutische opties te discussiëren", legt Dan Lecocq uit. Hun missie van partner zal zich afspelen binnen het kader van de structuren – diensten, ziekenhuis en artsen – waarmee ze ervaring hebben als patiënten.

2 Patiënten betrekken bij de comités rond kwaliteit en veiligheid

In de ziekenhuizen van Jolimont maken patiënt-partners deel uit van de comités rond kwaliteit en veiligheid. Die comités zagen het licht in het kader van een vraag naar accreditatie van de ziekenhuizen. Zo namen de patiënten deel aan de reflectie over de identificatie van de patiënten, zodat gezondheidsprofessionals de juiste verzorging verlenen aan de juiste patiënt. Een mogelijke oplossing is een armband, wat tot diverse reacties kan leiden. "Het is erg belangrijk om **patiënt-partners te betrekken bij de reflectie**: dankzij hun ervaringen helpen ze om anders te gaan nadenken over de invoering van de aanbevelingen van goede praktijk, zoals de verplichting om de identiteit van een patiënt 2 keer te controleren aan de hand van twee verschillende identificatiemiddelen vooraleer hem te verzorgen", legt de onderzoeker uit. De samenwerking met de patiënt-partners leidt tot **informatie voor de patiënten** die anders uitgedacht is en **aangepast is aan hun noden**.

3 Patiënten uitnodigen in de wetenschappelijke comités

De patiënt-partners worden als collega-onderzoekers betrokken bij de wetenschappelijke comités. "We vragen hen niet om experts te zijn in onderzoeks-

methodologie, maar **ze kunnen wel hun steentje bijdragen als ervaringsdeskundigen**," benadrukt Dan Lecocq. "In het kader van een onderzoek naar de interactie tussen verpleegkundigen en patiënten met een grootschalige vragenlijst, kunnen de patiënten bv. helpen bij de analyse en de interpretatie van de resultaten." Soms kunnen ze zelfs een andere methodologie suggereren dan degene die voorzien was. Dankzij de opmerkingen van de patiënt-partners is het mogelijk om de resultaten anders te analyseren en te interpreteren, bepaalde dingen te nuanceren en een andere visie aan bod te laten komen. De inbreng van de patiënt-partners is ook nuttig bij een kwalitatieve fase, door hun visie te toetsen aan die van de zorgverleners.

4 Patiënten integreren in de opleiding van de toekomstige zorgverleners

Vanaf het begin van het nieuwe academiejaar 2016 zullen de toekomstige zorgverleners van de ULB op de Erasmussite het gezelschap krijgen van opgeleide patiënt-partners tijdens hun seminaries over interprofessionele samenwerking. Die gemeenschappelijke opleidingsmodule brengt hen in contact met de andere gezondheidsberoepen. Op dit moment werken de studenten voornamelijk rond fictieve zorgsituaties op papier. In Montréal worden ook dergelijke seminaries georganiseerd met 13 gezondheidsfaculteiten. Artsen en patiënt-partners discussiëren niet over gevallen op papier, maar werken vanuit de gezondheidsservaring van een patiënt-partner. Zijn of haar reactie op de aanbevelingen van de toekomstige professionals zal die laatste confronteren met de concrete realiteit. **Dankzij deze seminaries kunnen ze in een realistische situatie werken rond interprofessionele samenwerking, zonder dat ze iemand in gevaar brengen.**

"Hoeveel zorgstructuren organiseren momenteel multidisciplinaire vergaderingen in aanwezigheid van een patiënt?", vraagt Dan Lecocq. "Meestal is de informatie verspreid onder verschillende actoren en deelt slechts één professional die info mee aan de patiënt. En die heeft niet altijd alle kennis om te antwoorden op de vragen van de patiënt en om de dingen te kunnen aanpassen aan diens specifieke geval."

Het doel van die nieuwe relatie is niet langer informeren, maar samen tot een gedeelde beslissing komen.

Gezondheidsinfo in de media: betrouwbaar of vooral beïnvloeding?

Laten we ons makkelijk beïnvloeden door gezondheidsinfo in de media? Natuurlijk antwoorden we hier liever 'neen' op. Maar zijn we echt wel zeker dat mensen zich geen vragen stellen als ze in hun krant lezen dat brood eigenlijk ongezond is? We moeten mediaberichten over onze gezondheid met een kritisch oog lezen, maar is dat niet makkelijker gezegd dan gedaan?



Joyce Stroobant

Negatieve nieuwsberichten over het gebruik van statines, een cholesterolverlagend geneesmiddel, zetten patiënten er toe aan om hun behandeling

met statines te stoppen. Een beetje kort door de bocht? Misschien wel. Maar wetenschappers Sune Fallgaard Nielsen en Børge Grønne Nordestgaard van de Faculty of Health & Medical Science aan de Universiteit van Kopenhagen vonden het toch de moeite om er een studie aan te wijden*. Zij onderzochten 674.900 mensen van 40 jaar en ouder om te achterhalen waarom sommigen hun statinebehandeling stopten. De resultaten waren opmerkelijk: er bestaat namelijk een correlatie tussen het aantal keren dat statines negatief in het nieuws komen en het stopzetten van een behandeling. Vooral mensen die tijdens de eerste 6 maanden van hun behandeling veel negatieve nieuwsberichten te horen of te zien kregen, stopten vroeger met hun behandeling.

Gezondheidsgeletterdheid

Sinds 2014 buigt de onderzoeksgroep Health, Media & Society, verbonden aan het departement Communicatiewetenschappen van de Universiteit van Gent, zich over

dit onderwerp. Joyce Stroobant is een van de doctorandi binnen deze onderzoeksgroep. "Wij focussen ons op de rol van de media binnen de gezondheidszorg. Wij spreken van gezondheidgeletterdheid", zegt ze. Stroobant is duidelijk: de invloed van de media op onze gezondheid is groot. "Wij onderzoeken momenteel een populatie van 50-plussers en hoe sterk zij worden beïnvloed door de berichtgeving. Het onderzoek is nog volop bezig, maar we kunnen nu al zeggen dat de geloofwaardigheid van een artikel afhangt van een merk.

Als er iets in een kwalitatieve krant staat, gaan mensen dat makkelijker geloven. Ze gaan er van uit dat die journalisten hun informatie extra grondig checken."

Bronnenonderzoek

Kortom, als een kwaliteitskrant schrijft dat brood ongezond is, zullen de lezers dit makkelijker geloven dan wanneer het in een roddelblad staat. Een logische redenering, als we er van uitgaan dat kwaliteitsmedia hun bronnen grondig checken. "Jam-

mer genoeg is dit niet altijd zo", zegt Stroobant. "Wij hebben een grootschalige mediamonitoring uitgevoerd en gekeken naar het brongebruik en mensen die aan het woord komen in de media. Ongeveer 30% van het gezondheidsnieuws heeft als bron de 'academische wereld'. Dat kan dus een professor, onderzoeksgroep of studie zijn.

Maar erg vaak wordt daar heel vaag naar verwezen: 'Een Brits onderzoek wijst uit...' of



'Uit een Amerikaans onderzoek blijkt...' Om hun artikel geloofwaardiger te maken, nemen journalisten contact op met een professor of arts verbonden aan een Belgische universiteit en laten die even aan het woord. Maar zeer concrete gegevens krijgt de lezer niet. In februari verscheen een artikel over wetenschappers die de 'achilleshiel' van kanker hebben ontdekt. In heel wat artikels en onlineberichten verwezen journalisten naar de Britse onderzoekers die de ontdekking hadden gedaan. Maar eigenlijk werd dit onderwerp gewoon voorgesteld op een congres en was het nog niet in een wetenschappelijk tijdschrift gepubliceerd. Een belangrijke nuance, want in dat laatste geval loopt het onderzoek al langer."

Stroobant benadrukt dat media grillig zijn en jammer genoeg niet altijd consequent in hun berichtgeving. "Veel onderwerpen worden bv. niet opgevolgd. Natuurlijk hangt dit ook vaak af van het nieuwsaanbod, waardoor bepaalde onderwerpen voorrang krijgen op andere."

Gelukkig bestaat in België CEBAM: het Belgisch Centrum voor Evidence-Based Medicine. Op www.cebam.be legt deze instelling onduidelijke artikels verder uit. "Maar die site is niet genoeg bekend bij de mensen en dat is jammer. Er zijn bij ons te weinig zulke initiatieven die de berichtgeving over gezondheid nauwgezet opvolgen. In Duitsland, en ook in andere grotere taalgebieden, bestaan er meer centra als CEBAM. In Duitsland is Medien-doktor, de bv. erg bekend. Op die site verschijnen dagelijks berichten uit de media die verder worden bekeken en onderzocht. Het is de bedoeling dat onze onderzoeksgroep Health, Media & Society dit op langere termijn ook zal doen. Uiteraard in samenwerking met journalisten."

De meerwaarde van Twitter

Wie af en toe twittert, zal ze wel al hebben gezien: de verschillende gezondheidsberichten die getweet en geretweet worden of de persoonlijke oproepen van een patiënt die een bepaalde behandeling te duur vindt. Het lijkt er op dat ook Twitter de gezondheidgeletterdheid beïnvloedt. Voor Joyce Stroobant is de invloed van Twitter nog wat onduidelijk. "En bij uitbreiding de invloed van alle sociale media. Het is erg moeilijk

Als er iets in een 'kwalitatieve krant' staat, gaan mensen dat makkelijker geloven.

om dat te onderzoeken. Momenteel vraag ik me vooral af wat de meerwaarde is van Twitter. Soms verwijzen krantenartikelen naar een tweet van patiënten. Voor journalisten is het nut van Twitter duidelijk: zij kunnen hun academische bron aanvullen met een menselijk verhaal. In dat opzicht kan Twitter wel helpen om bv. een patiëntenorganisatie die anders geen media-aandacht krijgt, aan bod te laten komen."

Leren omgaan met gezondheidsinformatie in de media

Kritisch naar het nieuws kijken, niet alles geloven wat er in de kranten staat en opletten met de berichten die op sociale media verschijnen... Gemakkelijker gezegd dan gedaan? Laten we

het vooral positief bekijken en nadenken hoe we mensen kunnen leren omgaan met al die informatie. "Ik denk echt wel dat we mensen kunnen aanleren hoe ze best naar die berichten kijken", zegt Stroobant. "We kunnen hier best al mee beginnen in het onderwijs: leerlingen kritisch laten omgaan met gezondheidsonderwerpen. Onderzoekers van de Universiteit van Amsterdam hebben onderzocht hoe mensen op bepaalde informatie reageren. De proefpersonen kregen onderzoeksresultaten van een studie te zien en ze mochten zelf kiezen hoe ze die resultaten wilden lezen: als doorlopende tekst of ook met filmpjes en afbeeldingen. Het onderzoek toonde aan dat 50-plussers de resultaten beter verstonden als er filmpjes en afbeeldingen waren toegevoegd, terwijl het voor de jongeren geen verschil maakte. Zij konden overweg met de doorlopende tekst en met het filmpje. Zo kunnen we dus achterhalen hoe mensen naar informatie kijken. Ik denk ook dat de online wereld ons kan helpen. Een webmaster kan bv. aan zijn bezoekers vragen of ze de informatie willen krijgen met meer filmpjes of met meer tekst." De onderzoeksgroep Health, Media & Society is van plan om zelf ook te onderzoeken hoe lezers online-informatie beoordelen. Kortom: wat vinden ze betrouwbaar en wat niet? "Mensen geven namelijk aan dat ze het belangrijk vinden om te weten van wie de informatie komt. Maar kunnen diezelfde mensen uit een artikel wel achterhalen waar de informatie vandaan komt? En kunnen mensen bv. een onderscheid maken tussen een commerciële en een niet-commerciële boodschap?"



Lies Dobbelaere

lies.dobbelaere@mloz.be

Crashdiëten: één grote klucht?

De zomer nadert en dus gooien damesbladen en -websites weer gretig magische dieetformules naar ons hoofd. Proteïnes, rauwkost, paleo, ... er komt geen einde aan. Maar is zo'n crashdieet wel een goed idee? Slecht nieuws voor al wie zijn of haar hoop erop vestigt: diëten is een mythe!



Vanessa Roland

Na 20 jaar onderzoek naar het voedingsgedrag van haar landgenoten was de conclusie van de Amerikaanse psychologe Traci Mann* duidelijk: een dieet is gedoemd om te mislukken. Zelfs met de beste wil van de wereld is de strijd tegen de vetrolletjes

op voorhand verloren, aangezien het ingaat tegen onze biologische overlevingsdrang. Kortom, leggen we ons lichaam beperkingen op? Dan past het zich aan op neurologisch, metabolisch én hormonaal vlak. Ons lichaam is namelijk constant op zoek naar homeostase, het past zijn werking aan om een evenwicht te bereiken. "Te snel te veel gewicht verliezen of een ultrastrikt dieet volgen, gaat in tegen de natuurlijke homeostase van het lichaam," vertelt Dr. Vanessa Roland, arts-voedingsdeskundige. "Het lichaam voert dan verdedigingsmechanismen in en het verloren gewicht komt er al snel weer bij..." Betekent dit dat diëten biologisch gezien geen zin heeft? Bestaat er dan geen enkele efficiënte methode om de ideale maten te krijgen?

Ad vitam

"Diëten", legt Dr. Rolland uit, "is iets tijdelijks. Het is gespreid over een bepaalde periode. Een kort dieet tot aan de zomer is gedoemd om te mislukken. Zodra het dieet is afgelopen, neem je weer je slechte gewoontes over en kom je weer gewicht bij, soms zelfs meer dan voorheen. Wil je echt vermageren? Dan moet je je voedings- en leefgewoonten op lange termijn aanpassen, zelfs voor het leven. En die nieuwe levensstijl zal je wellicht moeten aanpassen bij elke wending in je leven. Denk maar aan een scheiding, verhuis, andere job, menopauze, huwelijk,..."

Om langdurig en efficiënt gewicht te verliezen, vergeet je dus best de crashdiëten vlak voor de vakantie en ga je beter voor een radicale aanpassing van je levenswijze. Het geheim van een slanke lijn schuilt in een gezonde levensstijl, in combinatie met dagelijkse lichaamsbeweging.

"Als arts hou ik niet alleen rekening met het gewicht, maar ook met de globale gezondheid en de levenskwaliteit", voegt de arts-voedingsdeskundige eraan toe. "Een patiënt die niet vermagerd, maar die wel niet meer rookt, meer beweegt, groenten en vis eet, ... zal minder gezondheidsrisico's lopen. Dat is voor

Een dieet volgen tot aan de zomer? Dat is gedoemd om te mislukken.

* Secrets From The Eating Lab, The Science of Weight Loss, the Myth of Willpower, and Why You Should Never Diet Again, Traci Mann, Hardcover.

mij een succesverhaal! Een gewichtsverlies van 10%, wat het startgewicht ook is, heeft al een heel positieve invloed op de globale gezondheid. Vooral het hart en de bloedvaten varen er wel bij."

Beter voor de portemonnee

Als al die verschillende kant- en klare diëten verloren moeite zijn, wat moeten we dan denken van de voedselvervangers- en supplementen die bij de apotheker verkrijgbaar zijn? "Kwaad doen die producten niet, maar hun effect is niet bewezen. Op lange termijn zijn ze ook niet vol te houden. En bovendien zijn ze vaak ook heel duur. Al is een hoog prijskaartje voor een bepaald dieet voor sommigen net een motivatie. Als ik er zoveel geld aan uitgeef, dan moet ik er wel het maximum uithalen..."

Dat de zogenaamde 'lichtproducten' te mooi zijn om waar te zijn, is nu wel duidelijk. "Fabrikanten van die producten vestigen vooral de aandacht op de lagere hoeveelheid vet", legt Vanessa Rolland uit. "Om de smaak te behouden, voegen ze echter extra suiker toe. We weten ook dat vet zorgt voor verzadiging. Als je dat wegneemt, komt de honger dus sneller terug. Bovendien wordt de aanmaak van insuline gestimuleerd en hebben we de neiging om twee keer zoveel te eten. Ook lichtdrankjes, die gebaseerd zijn op valse suikers, zijn niet zo onschuldig als ze lijken. Uit onderzoek blijkt namelijk dat de zoetstoffen, voornamelijk aspartaam, leiden tot gewenning, een toename van het hongergevoel en ze zouden zelfs een rol spelen bij insulineresistentie. Lichtdrankjes hebben bij een diabetespatiënt met andere woorden het tegenovergestelde effect!"

Voedingsindustrie heeft boter op het hoofd

Nu 'lichtproducten' onmaskerd zijn, zal de voedingsindustrie wel met nieuwe productengamma's komen aandraven die zullen beantwoorden aan nieuwe noden en de eeuwige strijd tegen de kilo's. Het bewijst alleen maar dat de voedingsindustrie duidelijk een rol speelt bij de constante toename van obesitas in de Europese landen. Het aanbod aan voedingsproducten is vandaag de dag even gigantisch als ongezond. "Over het algemeen aten we 40 jaar geleden veel gezonder dan vandaag", legt Dr. Vanessa Rolland uit. "Het probleem is dat de ouders van vandaag zwaar beïnvloed worden door de marketing van de voedingsindustrie en ervan overtuigd zijn dat ze het juiste doen door hun kinderen cornflakes en fruitsap te geven. Ouders kunnen dus zeker nog wat tips gebruiken over gezonde voeding. Bijvoorbeeld dat boter op je boterham smeren echt wel gezonder is dan je kind een koekje geven."



Nathalie Renna

nathalie.renna@mloz.be

Internationale Anti-Dieetdag



De Internationale Anti-Dieetdag, een initiatief van de Britse feministe Mary Evans Young, wil de bevolking bewustmaken van de gevaren van diëten en protesteren tegen magerzucht.

Het symbool van de actie is een blauw lintje. Deze dag vindt telkens plaats op 6 mei, de periode waarin de zonnige dagen aanbreken en heel wat mensen zich in crashdiëten verliezen die altijd verder gaan. Gelukkig gaan vandaag de dag ook steeds meer stemmen op over het feit dat diëten nutteloos en duur is en dat het nefast is voor je zelfvertrouwen.

Obesitas, een echte aandoening

Dit artikel gaat vooral over overgewicht. Obesitas is echter een ander paar mouwen. Het is een echte medische aandoening die een diagnose en aangepaste behandeling vereist. Bij morbide obesitas is het levensbelangrijk om gewicht te verliezen. Obesitaschirurgie is dan vaak de beste oplossing. "Als je lichaam een bepaald niveau van obesitas bereikt (BMI van 40 of meer), is gewichtsverlies door diëten bijna onmogelijk", dixit Vanessa Rolland. "Het lichaam is al volledig ontregeld. De grote meerderheid van deze patiënten lijdt aan insulineresistentie en hun eetlust, verzadiging en metabolisme is verstoord. De moeilijkste patiënten om te behandelen zijn echter degenen met een BMI tussen 35 en 40. De obesitas is nog niet morbide, maar er moeten wel heel wat kilo's af. Hun eetlust is groter, ze hebben vaak een hele dieetgeschiedenis achter de rug en ze weten niet meer hoe ze gezond moeten eten."



Net zoals in andere Europese landen is de situatie van homoseksuelen in België enorm verbeterd. Toch vecht een groot deel van hen nog elke dag tegen vooroordelen. Er is dus nog altijd nood aan meer sensibilisering, zeker bij jongeren.

In de jaren 60 werd homoseksualiteit nog beschouwd als een seksuele afwijking of psychiatrische aandoening als schizofrenie of dementie. Pas in 1990 schraptte de Wereldgezondheidsorganisatie homoseksualiteit uit de lijst met geestelijke aandoeningen. Niettemin blijkt uit de besluiten van een nieuw rapport* van het Bureau voor de grondrechten van de Europese Unie dat sommige artsen in bepaalde landen homoseksualiteit nog altijd als een ziekte beschouwen.

Van verwerping tot volledige integratie (wat uitzonderlijk blijft): het is duidelijk dat de wetgeving en de maatschappelijke mening over homoseksualiteit hand in hand gaan. In Iran krijgen homoseksuelen nog altijd de doodstraf door steniging, terwijl ze in San Francisco gelukkig met hun gezinnetje mogen samenwonen. En hoe zit het bij ons?

Enkele belangrijke data...

In België is er op vlak van de rechten van homoseksuelen de laatste decennia heel wat vooruitgang geboekt. In 1987 bv., toen de seksuele meerderjarigheid verlaagd werd naar 16 jaar, ook voor homoseksuele relaties. Of 1998, het jaar van de invoering van het samenlevingscontract en de wet op wettelijk samenwonen. In 2003 werd het burgerlijke huwelijk ook opengesteld voor personen van hetzelfde geslacht en daalden de successierechten voor wettelijk samenwonenden.

En dan zijn er nog twee belangrijke data. Sinds 2006 is adoptie voor koppels van hetzelfde geslacht wettelijk mogelijk en sinds 2015 moeten getrouwde lesbische koppels geen adoptie meer aanvragen om wettelijke ouder te zijn van hun kind.

Ondanks die positieve evolutie duiken er nog altijd veel stereotypen op in de media: karikaturale weergaves van vrouwelijke mannen, extravagante figuren of lesbiennes met de looks van een vrachtwagenchauffeur, Die clichés zorgen ervoor dat uit de kast komen voor veel jongeren nog altijd een zware opgave is.

Hoe zit het met onze jongeren?

Een cijfer dat tot nadenken stemt: zelfmoord komt 5 keer meer voor bij homoseksuele jongeren dan bij heteroseksuelen... Kunnen we spreken van een verhoogd risico op suïcidaal gedrag bij deze 'seksuele minderheden'?

"De puberteit van homoseksuele jongeren is vaak hard, omdat ze geconfronteerd worden met het feit dat ze anders zijn", vertelt Bernard Guillemin, coördinator van Alter Visio. Deze vzw promoot gelijke kansen bij jongeren, meer bepaald bij LGBT-jongeren (Lesbiennes, Gays, Biseksuelen en Transseksuelen), en strijdt tegen homofobie. "Homofobie is wel degelijk een probleem: als homo aangevallen, lastiggevalen of uitgelachen worden, doet veel pijn, maar dat is slechts een deel van de lijdensweg. Voor ze de blikken van anderen kunnen aanvaarden, moeten ze eerst zichzelf aanvaarden. Tijdens de ontdekkingstocht van hun seksuele geaardheid voelen ze zich vaak gekleind, ontredder en alleen. Ze slagen er niet in om hun seksuele voorkeur te aanvaarden. Veel jongeren onderdrukken hun homoseksualiteit en hebben eerst een heteroseksuele relatie om zichzelf ervan te overtuigen dat ze zoals iedereen zijn.

Vandaag de dag zijn homo's weer het slachtoffer van negatieve sociale stigmatisering. Alter Viso wil hen helpen te aanvaarden dat ze anders zijn. Vreemd

genoeg zijn het niet de ouderen die homoseksualiteit afkeuren. De grootouders zijn vaak net de personen bij wie jonge homo's in moeilijkheden terecht kunnen", zegt Guillemin. Maar bij wie kunnen deze jongeren nog terecht?

Een luisterend oor

Personen die zich aan het beroepsgeheim moeten houden, zijn perfect geplaatst om in vertrouwen te nemen. Je kan hen concrete, technische vragen stellen, die je aan andere personen niet zou kunnen of durven te stellen. In de schoolomgeving kan bv. de verpleegkundige raad geven of kan de maatschappelijk werker steun bieden bij problemen met de ouders enz.

Binnen de gezondheidszorg zijn artsen natuurlijk ook onderworpen aan het beroepsgeheim. En toch lijkt seksualiteit nauwelijks aan bod te komen tijdens raadplegingen. Voor jongeren is het al niet makkelijk om zich uit te kleden voor een arts, laat staan dat ze hun seksuele geaardheid durven bloot te geven. Maar de terughoudendheid komt soms ook van de arts zelf... "Sommige artsen stellen afspraken uit, annuleren raadplegingen en weigeren soms zelfs verzorging als iemand vertelt dat hij seropositief is. Ze zeggen dan dat hen verzorgen een 'risico' betekent

voor de andere patiënten en geven soms zelfs toe dat ze niet opgeleid zijn om personen met hiv te verzorgen", voegt Bernard Guillemin eraan toe.

Jonge gays en lesbiennes hebben nochtans dezelfde diverse verzorging nodig als heteroseksuele jongeren. Rekening houden met de seksuele geaardheid van de adolescent op het moment van verzorging is belangrijk, maar het is even essentieel om voor ogen te houden dat gezondheidsnoden vaak niets te maken met die seksuele geaardheid.

Al zijn sommigen wel gevoeliger voor seksueel overdraagbare aandoeningen (soa's), omdat er een kans is dat ze seksuele relaties hebben met een groter aantal partners.

Een van de taken van de arts is dan ook om informatie en tips te geven aan alle jongeren en hen te waarschuwen voor hiv en soa's. Als arts moet je ook op de hoogte blijven van de diensten die hen kunnen helpen of moet

je jongeren die kampen met angst, depressie, drugsverslavingen of zelfmoordgedachten in dringende gevallen doorverwijzen naar geestelijke gezondheidsspecialisten die ervaring hebben met het behandelen van homoseksuele jongeren.

**Zelfmoord komt
5 keer meer voor bij
homoseksuele jongeren
dan bij heteroseksuelen.**

Pascale Janssens

pascale.janssens@mloz.be

“Ik moet hiermee leven... zonder hen!”

Mathieu is 20 jaar. Als homo heeft hij een moeilijke jeugd gehad. "Ik heb me altijd anders gevoeld, al van kleins af. Als puber drong het tot me door dat ik homo was! Al snel werd ik, zeker in het middelbaar onderwijs, gestigmatiseerd. Omdat ik nogal vrouwelijk ben, werd ik al snel het slachtoffer van vulgaire grappen, beledigingen, spuwen of zelfs lichamelijke agressie. Ondanks alles is mijn schooltijd redelijk goed verlopen, omdat ik kon rekenen op een trouwe groep vrienden en vriendinnen. En toen kwam de dag dat ik besloot om het thuis te vertellen! Heel aarzelend, omdat ik in een homofobe omgeving woon. Ik was 17 en zeker van mijn stuk. Het was een pijnlijke avond. Mijn moeder heeft haar mond niet open gedaan, mijn vader heeft

geroepen en mijn 2 broers keken me aan alsof ik de pest had. Zes maanden lang heb ik in de hel geleefd. Mijn broers negeerden mij, mijn vader beperkte zich tot schelden en vloeken en mijn moeder sprak niet meer met mij. Ik voelde me steeds slechter en op een dag, toen ik, ondanks de steun van mijn vrienden, helemaal aan het einde van mijn latijn was, heb ik er een einde aan willen maken. Mijn moeder heeft me op tijd gevonden. Met de hulp van mijn vriend heb ik uiteindelijk mijn levenslust teruggevonden. Ik ben thuis weggegaan, heb een studio gehuurd, werk nu als interim en ik vind dat het aardig lukt. Waar ik het meeste spijt van heb? Ik zie mijn familie niet meer. Alle banden zijn verbroken. Ik moet zonder hen verder!"

De gezondheidsdekking voor iedereen, realiteit of... utopie?

We zijn 2016 en 90% van de bevolking uit arme landen heeft geen enkel recht op gezondheidsdekking. Dagelijks sterven bijna 18.000 kinderen aan vermijdbare oorzaken en amper 1 op de 4 vrouwen is verzekerd tegen de risico's van zwangerschap en bevalling. Is het principe van de universele dekking uit 1948 wel haalbaar? Een gesprek met Theopiste Butare, raadgever rond sociale bescherming van het Internationale Arbeidsbureau van West-Afrika (Dakar).



Theopiste Butare

In maart 2016 ging een delegatie van de Onafhankelijke Ziekenfondsen (Xavier Brenez, Christian Horemans en Murielle Lona) naar Abidjan in Ivoorkust. Ze namen er deel aan de 1e conferentie over de vooruitzichten van de Afrikaanse ziekenfondsbeweging op vlak van de invoering van universele ziekteverzekeringen. Op dit congres waren meer dan 250 ziekenfondsafgevaardigden uit 15 Europese en Afrikaanse landen aanwezig. Het moment bij uitstek voor een gesprek met hooggeplaatste experts.

Is de universele dekking een utopie in West-Afrika? En hoe kan zo'n systeem gefinancierd worden met een beperkt overheidsbudget?

Theopiste Butare - De universele dekking is geen utopie. Sommige landen als Ghana, Rwanda of Gabon zijn al op de kar gesprongen. Als het daar kan, is het ergens anders ook mogelijk. De cijfers tonen aan dat Gabon en Ghana een dekking hebben van ongeveer

60%. In Rwanda was in 2012 91% van de bevolking uit de informele sector gedekt, terwijl het qua ontwikkeling het 17e armste land ter wereld is. De Rwandese regering voerde een innoverend gezondheidssysteem in dat o.a. gericht is op de informele economie (alle activiteiten die ontsnappen aan het economisch en sociaal beleid en dus aan elke regulering door de staat) en de organisatie van het grondgebied in districten en sectoren. Het voorbeeld van Rwanda toont aan dat de ontwikkelingsdoelen bereikt kunnen worden met een uitzonderlijk politiek engagement. Al is hulp van buitenaf in het begin wel nodig.

Wat zijn de grote uitdagingen en obstakels?

T. B. - We moeten de beschikbaarheid van bepaalde producten als geneesmiddelen verhogen, de toegang verbeteren tot gezondheidsopleidingen, zeker in de bergachtige zones, en de zorgkwaliteit verbeteren. Een van de obstakels voor de ziekenfondsen is dat ze vaak afhankelijk zijn van hulp van buitenaf. In Kameroen merkten we dat het vertrek van de

NGO's nefast was voor de werking van de ziekenfondsen.

Hoe kan het werkaanbod vergroot worden in landen met een dominante informele sector?

T. B. - Dat is nu net de rol van het Internationale Arbeidsbureau: het begeleiden van de informele sector naar de formele sector. Deze professionalisering bestaat uit 3 luiken. Eerst en vooral is er de ontwikkelingssteun en de professionalisering van de kleine bedrijven uit de informele sector. Dan volgt de invoering van sociale beschermingsmechanismen en ten slotte de versterking van de veiligheids- en gezondheidsmaatregelen op het werk. Dat laatste element is nieuw en zorgt voor extra jobs.

De ziekenfondsen zouden zich moeten concentreren op hun meerwaarde. Wat zijn hun belangrijkste troeven tegenover de regering?

T. B. - Er zijn inderdaad twee niveaus: het ziekenfonds en de staat. De verdeling van de mis-

sies zou kunnen gebeuren op basis van een functionele analyse met een onderscheid tussen de nabije functies enerzijds, zoals sociale mobilisatie, het innen van de bijdragen en de aansluitingen en de back-up functies anderzijds. Denk maar aan verzekeringsengineering, de technische behandeling van het risico of de overeenkomsten met de zorgverleners. Afhankelijk van de specifieke eigenschappen van de landen en hun recht om te kiezen, is het best dat de ziekenfondsen zich positioneren in de functies waarin ze een meerwaarde hebben.

In Rwanda bv. stoelt de organisatie van de gezondheidszorg in de informele sector op het principe van nabijheid. Die rol wordt toegekend aan de districtziekenfondsen. In Guinee bestaan er al ziekenfondsen die verzekeringsregelingen aanbieden aan professionele groepen of de bevolking binnen afgebakende grondgebieden in de privésector. Door hun syndicale eisen genieten ambtenaren sinds 2016 sociale bescherming. Om deze nieuwe functie in te vullen, is de staat experts gaan zoeken binnen de ziekenfondsen.

De overheidsdekking staat nog niet volledig op poten. Is er een rol weggelegd voor de privéverzekeraars? En als dat zo is, hoe kan een privatisering van de gezondheidsmarkt vermeden worden?

T. B. – Op het Afrikaanse platteland is de penetratiegraad van

de gezondheidsdekking heel laag en zijn de financiële middelen beperkt. Daar moeten we niet vrezen voor massale aansluitingen bij privéverzekeringen. We moeten vooral de rol beklemtonen die de overheidssector kan spelen.

De Onafhankelijke Ziekenfondsen steunen 3 ziekenfondsen in Atacora in het noorden van Benin. De leden zijn vooral werknemers uit de informele sector van wie de inkomsten afhangen van de katoenverkoop. De ziekenfondsen hebben geen andere financieringsbron. Hoe kunnen we het aantal leden verhogen en deze ziekenfondsen aantrekkelijker maken?

T. B. – Het zou interessant zijn om andere verzekeringsproducten te ontwikkelen. Denk maar aan de oogstverzekering die landbouwers een constante bron van inkomsten garandeert. Er moet gezocht worden naar mechanismen om de ziekenfondsen te ondersteunen, krediet is een mogelijkheid. Er zou dan een kleine bank aangetrokken moeten worden om deze activiteiten te ontwikkelen. Maar is dat wel de rol van de ziekenfondsen?

Zouden de ontwikkelingslanden met de hulp van het Internationale Arbeidsbureau (IAB) en andere instellingen sneller een universele dekking kunnen realiseren?

T. B. – Uiteraard, het IAB kan in verschillende landen ingrijpen,

haalbaarheidsstudies uitvoeren en actuariële evaluaties leiden. Ik stel ook vast dat bepaalde regimes aangemoedigd werden nog voor de resultaten van deze haalbaarheidsstudies bekend waren... In Senegal voert het IAB een onderzoek naar de implementering van een vereenvoudigde regeling voor kleine belastingplichtigen. Zo kunnen werknemers uit de informele economie begeleid worden bij hun overgang naar de formele sector. Twee takken uit de sociale bescherming doen dienst als pilootproject: ziekte en ouderdom. Er loopt een modelstudie om de tarieven en periodiciteit van de bijdragen te bepalen, met parallel een flexibele vorm van belasting. Als de resultaten positief zijn, zullen andere West-Afrikaanse landen geïnteresseerd zijn in deze nieuwe werkzaamheden van het IAB en deze vernieuwende aanpak.

Mooie voorbeelden die aantonen dat een toegankelijke gezondheidszorg voor iedereen mogelijk is?

T. B. – Ja! Ik denk inderdaad dat de universele dekking een realistisch pad is en geen utopie. Al zal het wel een grote inspanning van de regering vergen om deze overgang naar een nationaal systeem van sociale bescherming te realiseren.



Interview door **Murielle Lona**,
murielle.lona@mloz.be

Gezondheid, een fundamenteel recht

In 1948 werd bij de oprichting van de Wereldgezondheidsorganisatie gezondheid als een van de fundamentele rechten van elke mens verklaard. Dertig jaar later werd het begrip 'gezondheid' gedefinieerd naar aanleiding van de internationale conferentie van Alma-Ata over primaire gezondheidszorg. Het principe van de universele dekking was geboren! Het doel: iedere persoon krijgt toegang tot de geneeskundige verzorging die hij nodig heeft, zonder financiële moeilijkheden op het moment van de betaling van zijn verzorging.



Ziekenhuizen & facturatie

Een maatregel die zijn doel een beetje mist

Gebeurt een opname voor 12u en verlaat de patiënt het ziekenhuis na 14u? Dan mag het ziekenhuis sinds 1 januari 2014 niet langer de kosten van een verpleegdag aanrekenen voor de dag waarop de patiënt het ziekenhuis verlaat. Welke impact heeft deze maatregel gehad op de sociale zekerheid en de patiënten? Hebben de ziekenhuizen hun gewoonten gewijzigd en laten ze de patiënten niet langer nodeloos blijven tot na 14u? Een nieuwe analyse van de Onafhankelijke Ziekenfondsen.

Een van de besparingsmaatregelen uit 2014 was een wijziging van de reglementering die destijds weinig deining veroorzaakte. Het gaat om een maatregel in het kader van de facturatie van de verpleegdagen in de algemene ziekenhuizen.

Sinds 1 januari 2014 mag het ziekenhuis, als de opname gebeurt voor 12u en de patiënt het ziekenhuis verlaat na 14u, niet langer de kosten van een verpleegdag aanrekenen aan de ziekteverzekering op de dag waarop de patiënt het ziekenhuis verlaat (gemiddeld 30 euro). De maatregel belangt ook de patiënt aan, aangezien hij geen persoonlijk aandeel in de verpleegdag meer moet betalen op de dag waarop hij het ziekenhuis verlaat.

Deze nieuwe maatregel moest besparingen voor de sociale zekerheid en de patiënt opleveren, maar streefde ook een ander doel na: **praktijkverschillen tussen ziekenhuizen wegwerken**. Een jaar voor de toepassing van de maatregel (2013), bleek namelijk dat ziekenhuizen die onkosten

aanrekenden op de dag waarop de patiënt het ziekenhuis verlaat, dit vaak in zeer uiteenlopende proporties deden: **voor 7% à 50% van de opnames, naargelang het ziekenhuis**. Niets rechtvaardigt dergelijke praktijkverschillen.

Wat was de impact van deze maatregel? Is het doel bereikt? Is er bespaard en zijn de praktijkverschillen

tussen de ziekenhuizen kleiner geworden? Om die vragen te beantwoorden, analyseerden de Onafhankelijke Ziekenfondsen de ziekenhuisfacturen van hun leden in 2014. En dat leverde enkele verrassende resultaten op.

Tussen 2013 en 2014 is het aantal hospitalisaties met een opname voor 12u en een vertrek na 14u slechts heel licht gezakt.

Stabiele verblijfsduur

Op basis van de gegevens van de Onafhankelijke Ziekenfondsen is de gemiddelde verblijfsduur van de ziekenhuisverblijven langer dan 24u, stabiel gebleven tussen 2013 en 2014: van 7,6 naar 7,5 dagen. Het gaat meer bepaald om de courante ziekenhuisopnames voor heelkunde (**tabel 1**). Als we de dag van het vertrek niet meetellen voor de

Tabel 1

Verdeling van de opnames en de gemiddelde verblijfsduur, per soort courante heelkundige verstrekking (Onafhankelijke Ziekenfondsen, 2013 en 2014)

Heelkundige verstrekking	Verdeling van de ziekenhuisopnames (2014)	Gemiddelde duur		
		2013	2014 (1)	2014 (2)
Bevalling	8,1%	4,9	4,8	4,5
Abdominale of diafragmahernia	1,8%	4,1	3,8	3,4
Aanbrengen/verwijderen van een heupprothese	1,5%	12,6	12,6	12,5
Plaatsing van een knieprothese	1,2%	10,3	10,3	10,1
Galblaasverwijdering	1,2%	3,8	3,7	3,3
Verwijdering van de appendix	1,0%	3,7	3,3	3,1
Verwijdering discushernia	0,8%	4,9	4,8	4,5
Bariatrische chirurgie	0,8%	4,0	3,9	3,5
Verwijdering prostaat	0,7%	7,3	7,1	6,8
Verwijdering baarmoeder	0,4%	5,2	5,1	4,8
Verwijdering schildklier	0,4%	3,0	3,0	2,7
Andere	82,1%	8,0	7,9	7,7
Totaal	100,0%	7,6	7,5	7,3

(1) De dag van aankomst en vertrek meegerekend, als de opname gebeurd is voor 12u én het vertrek na 14u

(2) De dag van vertrek niet meegerekend, als de opname gebeurd is voor 12u én het vertrek na 14u

opnames die de maatregel beoogt, dan had de nieuwe facturatieregels de gemiddelde verblijfsduur moeten dalen met 1/3 van een dag. Zo hadden we in 2014 moeten uitkomen bij 7,3 dagen. Voor een bevalling had de gemiddelde verblijfsduur moeten dalen van 4,9 tot 4,5 dagen. Dat is een afname met bijna een halve dag.

Weinig impact op de verblijven

De analyses tonen aan dat, tegen de verwachtingen in, **het aandeel van de ziekenhuisopnames met een opname voor 12u en een vertrek na 14u slechts zeer licht gedaald is** tussen 2013 en 2014: van 24,2% tot 23,6%.

Ook **de praktijkverschillen tussen de ziekenhuizen blijven zeer groot**. Het aandeel van de ziekenhuisopnames dat de maatregel beoogt, schommelde zowel in 2013 als 2014 tussen de 7% en 50%, naargelang het ziekenhuis. In 2014 liet de helft van de ziekenhuizen de patiënt toch nog tot na 14u blijven op de dag van zijn vertrek (in 24% van de gevallen). Bij 10 ziekenhuizen ging het zelfs om 32 à 50% van hun opnames. In bepaalde agglomeraties (in dit geval Antwerpen) blijkt deze praktijk vaker voor te komen.

Heeft de maatregel geleid tot een verschuiving van de ziekenhuisopnames met 1 overnachting naar een daghospitalisatie (one day)? We konden deze hypothese niet bevestigen aan de hand van een analyse van enkele heelkundige ingrepen die uitgevoerd kunnen worden in one day. Voor de helft van de ziekenhuisop-

Tabel 2

Aandeel van de opnames, waarbij de opname gebeurt voor 12u en het vertrek na 14u, per soort courante heelkundige verstrekking (Onafhankelijke Ziekenfondsen, 2013 en 2014)

Heelkundige verstrekking	2013	2014
Abdominale of diafragmahernia	41,3%	40,3%
Galblaasverwijdering	40,6%	39,9%
Bariatrische chirurgie	37,9%	37,8%
Verwijdering prostaat	36,7%	35,8%
Verwijdering schildklier	36,7%	35,3%
Bevalling	30,5%	29,4%
Verwijdering baarmoeder	30,5%	29,1%
Verwijdering discushernia	28,2%	28,0%
Plaatsing van een knieprothese	19,8%	19,6%
Verwijdering van de appendix	19,6%	17,8%
Aanbrengen/verwijderen van een heupprothese	14,0%	13,7%
Andere	23,1%	22,6%
Totaal	24,2%	23,6%

names die de maatregel beoogt, stellen we vast dat de patiënt nog altijd vertrekt tussen 14u en 15u. Ook hier doet de geringe impact van de nieuwe reglementering de wenkbrauwen fronsen.

Tabel 3

Verdeling van de impact van de maatregel, per soort courante heelkundige verstrekking (Onafhankelijke Ziekenfondsen, 2014)

Heelkundige verstrekking	Verdeling van de impact
Bevalling	10,1%
Abdominale of diafragmahernia	3,0%
Galblaasverwijdering	2,0%
Bariatrische chirurgie	1,2%
Verwijdering prostaat	1,1%
Plaatsing van een knieprothese	1,0%
Verwijdering discushernia	0,9%
Aanbrengen/verwijderen van een heupprothese	0,8%
Verwijdering van de appendix	0,7%
Verwijdering schildklier	0,6%
Verwijdering baarmoeder	0,4%
Andere	77,9%
Totaal	100,0%

Een beperkte financiële impact

Volgens de FOD Volksgezondheid moest de maatregel **een totale besparing voor de ziekteverzekering opleveren van ongeveer 11,7 miljoen euro in 2014**. Wat is daar nu echt van aan? De analyse van de facturatiegegevens van de Onafhankelijke Ziekenfondsen toont aan dat de jaarlijkse besparing in 2014 ongeveer 2 miljoen euro bedraagt. Als we dit bedrag extrapoleren naar België, krijgen we dus een bevestiging van de ramingen van de FOD Volksgezondheid. **De patiënt bespaart zelf ongeveer 10 euro** per ziekenhuisopname, op een gemiddelde factuur van 700 euro te zijnen laste. In totaal kan de besparing voor de patiënten dus **geraamd worden op meer dan 3 miljoen euro**.

Uit tabel 3 blijkt dat 10% van de verwachte besparingen uit de nieuwe maatregel afkomstig is van de ziekenhuisopnames voor een bevalling. De heelkundige hospitalisaties in de tabel vertegenwoordigen 22,1% van de geplande totale besparing.



Güngör Karakaya

Studiedienst van de Onafhankelijke Ziekenfondsen

De mening van de Onafhankelijke Ziekenfondsen



De doeltreffendheid van de maatregels meten

Het is ondenkbaar om ziekenhuizen financieel te bevoordelen als ze zich vaak bezondigen aan opnames waarbij de patiënt enkele minuten na 14u vertrekt. De nieuwe facturatieregel kon deze 'anomalie' wegwerken en dat is goed nieuws.

Hoewel de maatregel tot een besparing leidde, heeft hij slechts een **zwakke, niet-significante impact gehad op de praktijkverschillen tussen ziekenhuizen** op vlak van de facturatie van verpleegdagen. Dit kan te verklaren zijn door het feit dat de ziekenhuizen hun arbeidsorganisatie nog niet aangepast hebben – zoiets kan tijd vragen –, of door het feit dat de **financiële impact te beperkt is om de ziekenhuizen te ontmoedigen die vaak een beroep doen op dergelijke praktijken**.

De Onafhankelijke Ziekenfondsen pleiten voor een ziekenhuisfinanciering die de zorgkwaliteit bevordert en de ziekenhuizen belooft voor een efficiënt gebruik van de middelen van de ziekteverzekering. Ze zijn dus voorstander van maatregels die de praktijkverschillen tussen de ziekenhuizen wegwerken (zeker omtrent de facturatie van verpleegdagen). Dat is nodig **om een einde te maken aan de oneerlijke concurrentie tussen ziekenhuizen, die kan leiden tot een verspilling van de middelen van de ziekteverzekering**. Het is daarom belangrijk om de impact van de maatregels geregeld te bekijken en deze aan te vullen met andere maatregels als het nagestreefde doel niet bereikt wordt.

De **besparingen door de nieuwe facturatieregel zouden opnieuw geïnjecteerd kunnen worden in de juiste financiering van een ondergefinancierde ziekenhuissector**. Ze kunnen ook dienen ter ondersteuning van de ontwikkeling van het samenwerkingsproces binnen het ziekenhuis én tussen het ziekenhuis, de eerste-lijnsstructuren én de verschillende zorgactoren.

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!

14.500 euro

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

Welke invloed heeft depressie van actieve personen op de kostprijs van geneeskundige verzorging en uitkeringen?



+10,5%

Van 2010 tot 2013 zijn de uitgaven voor geneeskundige verzorging van chronisch zieken, die terugbetaald worden door de Onafhankelijke Ziekenfondsen, gestegen met 380 miljoen euro. Dat is een toename van 10,5%.

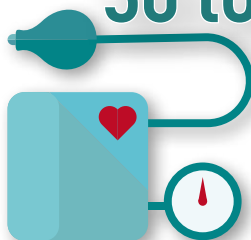
Evolutie van de prevalentie en de kostprijs van chronische ziektes



“Om de behandeling van **arteriële hypertensie** te verbeteren, raden de Onafhankelijke Ziekenfondsen aan om therapietrouw te bevorderen, vooral bij wie nog geen 50 jaar is dus een derde van de personen die pas recent in behandeling zijn voor hypertensie). De 50-minners stoppen namelijk vaker met hun behandeling.”

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

50 tot 74 jaar



Meer dan de helft (53%) van de nieuwe hypertensiepatiënten is tussen de 50 en de 74 jaar oud. Iets minder dan een derde (29 %) is jonger dan 50 jaar.

Ongeveer 1 op de 3 mensen van 75 jaar of ouder overlijdt tijdens de laatste 5 jaar van de behandeling.

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

“

De Onafhankelijke Ziekenfondsen zijn voorstander van een behandeling van **depressie** door zorgverleners uit de 1e of 2e lijn met de nodige ervaring en expertise. De huisarts kan die rol vervullen bij een lichte depressie en bij zwaardere gevallen kan hij doorverwijzen naar een specialist.”

”

Welke invloed heeft depressie van actieve personen op de kostprijs van geneeskundige verzorging en uitkeringen?

5,2 miljoen



Voor **Alzheimer** werd ongeveer 5,2 miljoen euro per jaar bespaard door de terugbetalingswijze van specifieke geneesmiddelen te veranderen (in 2011), en dankzij de verhoogde controle op Hoofdstuk IV door de ziekteverzekering (in 2012). De Onafhankelijke Ziekenfondsen vragen dat dit bedrag aangewend wordt om de mantelzorgers te ondersteunen en om maatregelen in te stellen waardoor de patiënt zo lang mogelijk thuis kan blijven.

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



Ontdek al onze studies op www.mloz.be

Door Pascale Janssens - pascale.janssens@mloz.be

Boeken

Hoe begeleid je een rouwend kind?

De dood van een familielid of vriend(in) is voor iedereen een ingrijpende, bepalende ervaring, maar zo mogelijk nog meer voor kinderen die voor het eerst moeten omgaan met verlies en afscheid. Een goede begeleiding is voor hen dan ook essentieel. Maar hoe maak je een onderwerp als de dood bespreekbaar voor kinderen? Hoe praat je met hen over rouw? 'DoodGewoon' reikt zowel hulpverleners als ouders enkele waardevolle inzichten aan om kinderen te begeleiden bij het rouwproces. Lies Scaut werkt

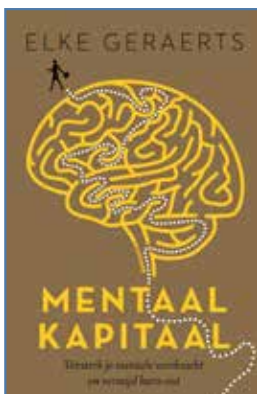


daarbij met een handige tijdslijn, waarbij elk betekenisvol moment in het jaar de kans biedt om te werken aan het rouwproces.

DoodGewoon, Lies Scaut, Lannoo Campus, 2015, 200 blz., ISBN 978-94-014-2653-4

Burn-out: train je brein...

Steeds meer mensen vallen ten prooi aan een burn-out. En hoe langer de overbelasting duurt, hoe moeilijker het herstel. Tijdig ingrijpen is dus de boodschap. In dit boek legt Doctor in de psychologie en brein-experte Elke Geraerts uit hoe je je brein kan trainen voor een grotere mentale veerkracht. Want wetenschappelijk onderzoek toont aan dat we zelf een aanzienlijke invloed hebben op ons mentale kapitaal. Gezond eten, genieten van de kleine dingen, voldoende beweging, ...: die tips kennen we allemaal, maar hoe zit het met onze geestelijke weerstand? 'Mentaal Kapitaal' helpt je om een mentale barrière op te bouwen die burn-out op een afstand houdt.



Mentaal Kapitaal, Elke Geraerts, Lannoo, 2015, 208 blz., ISBN 978-94-014-0396-2

Reanimeren, hoe doe je dat?

Elk jaar krijgen zo'n 10.000 Belgen een hartstilstand buiten het ziekenhuis, maar slechts 20% wordt gereanimeerd door een omstander. Nochtans verhoogt elke gewonnen minuut de overlevingskans met 10%. Daarom zet dit boek alle actuele richtlijnen voor een correcte reanimatie nog eens helder op een rij, zowel voor basisreanimatie als voor de gespecialiseerde vormen. Levensbelangrijk leesvoer dus voor zowel geïnteresseerde leken, verpleegkundigen in opleiding als professionele zorgverleners. Want onze handen kunnen levens redden, alleen moeten we weten hoe.



Richtlijnen Reanimatie 2015, Belgische Reanimatieraad, Acco, 2016, 272 blz., ISBN 978-94-629-2581-6

Systeemziekten: meer dan één orgaan

Systeemziekten zijn aandoeningen die meer dan één orgaan aantasten. Ze vragen dan ook vaak om heel wat detectivewerk van de arts. Daarom verenigt dit handboek alle wetenschappelijke kennis over deze ziektes op een toegankelijke, heldere manier. En aangezien een multidisciplinaire behandeling vaak vereist is bij systeemziekten, spreekt dit boek een brede doelgroep van zorgverleners aan: orgaanspecialisten, algemeen internisten, huisartsen, studenten geneeskunde en verpleegkundigen. Ook voor patiënten is het een handig naslagwerk om niet kopje onder te gaan in de lawine aan oncontroleerbare berichten over systeemziekten op het internet.



Handboek systeemziekten, Daniel Blockmans, Acco, 2016, 200 blz., ISBN 978-94-629-2587-8

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.

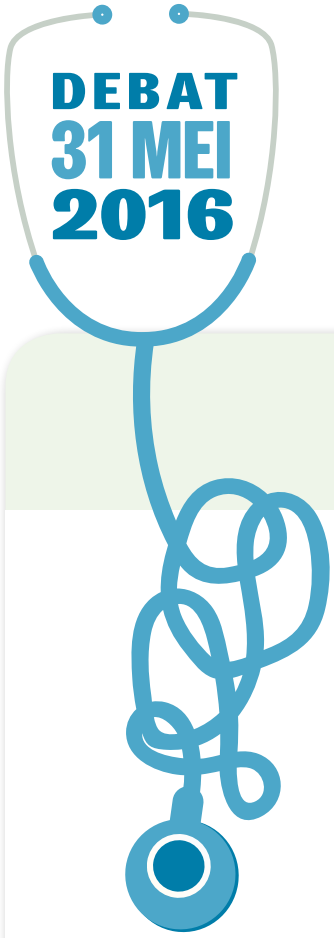
Hoe kunt u een klacht indienen?

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!





**DEBAT
31 MEI
2016**

Gezondheidsinfo: een doolhof?

Je gezondheid in handen nemen: droom of werkelijkheid?

De instructies van een arts begrijpen, een bijsluiter ontcijferen, een ziekenhuis-formulier invullen, correct handelen bij een noodgeval, ... **Voor veel mensen is gezondheidsinformatie ontcijferen een beproeving.**

Kunnen we patiënten helpen om hun gezondheid op peil te houden door de communicatie met hun zorgverleners te verbeteren? Kunnen we sociale ongelijkheden inperken door de gezondheidskennis van de bevolking te verbeteren, van de schooltijd tot aan het pensioen?

De Onafhankelijke Ziekenfondsen nodigen u uit voor een debat over de **uitdagingen rond 'gezondheidswijsheid'**, met andere woorden het vermogen van een individu om gezondheidsinformatie te vinden, te begrijpen en te gebruiken om zijn gezondheid in eigen handen te nemen. Het is een **boeiend maatschappelijk debat** dat vele partijen aanbelangt. Niet alleen de zorgverleners, maar ook het onderwijs, de overheid, de media, bedrijven, ... en de burgers natuurlijk!

PROGRAMMA

10u **Onthaal**

10u15 **Inleiding** door **Xavier Brenez**, Directeur-generaal van de Onafhankelijke Ziekenfondsen

10u30 **Health Literacy, the solid facts**
door **Stephan Van den Broucke**, prof. Volksgezondheidspsychologie aan de UCL

10u50 **Enkele innovatieve projecten in Canada**
door **Nathalie Boivin**, prof. Verplegingswetenschappen aan de Universiteit van Moncton (Canada)

11u10-12u30 **Debat met:**
• **Nathalie Boivin**, prof. Verplegingswetenschappen aan de Universiteit van Moncton (Canada)
• **Dr. Marleen Finoulst**, hoofdredactrice van het magazine Bodytalk
• **Stephan Van den Broucke**, prof. Volksgezondheidspsychologie aan de UCL
• **Nele Van den Cruyce**, PhD Social Sciences, Stichting tegen Kanker
• **Dr. Patrick Van Alphen**, geneesheer-nutritionist UMC Sint-Pieter

12u30-13u30 **Buffet**

Moderator: **Ben Roelants**
Tweetalig debat met simultaanvertaling

Accreditatie aangevraagd
Ethiek & Economie

Meer info: www.mloz.be/nl/healthinfo16

 Volg ons op Twitter
@Onafh_Zf

Officiële hashtag van het debat
#healthinfo16