

Health Forum

Maart 2012 · Nr. 9

Het magazine van de Landsbond van de Onafhankelijke Ziekenfondsen · driemaandelijks



Interview met Frank Robben

eHealth
Nu of nooit?

Dossier

Verpleegkundige: beroep op een kruispunt

Onafhankelijke
Ziekenfondsen

Maak kennis met de Onafhankelijke Ziekenfondsen!

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

De Landsbond van de Onafhankelijke Ziekenfondsen verenigt 7 ziekenfondsen:



OZ

Boomsesteenweg 5
2610 Antwerpen
www.oz.be



Omnimut Mutualité Libre de Wallonie

Rue Natalis 47 B
4020 Liège
www.omnimut.be



Euromut Onafhankelijk Ziekenfonds

Louis Mettwielaan 74-76
1080 Brussel
www.euromut.be



Freie Krankenkasse

Hauptstrasse 2
4760 Büllingen
www.freie.be



Onafhankelijk Ziekenfonds Securex

Tervurenlaan 43
1040 Brussel
www.securex-ziekenfonds.be

Verenigde-Natieslaan 1
9000 Gent



Partena Ziekenfonds

Coupure Links 103
9000 Gent
www.partena-ziekenfonds.be



Partenamut

Anspachlaan 1
1000 Brussel
www.partenamut.be



Informatiseren en vereenvoudigen: 'intelligente' besparingen binnen handbereik

Het is tegenwoordig al lineaire besparingen en maatregelen op korte termijn wat de klok slaat. De politieke machthebbers zijn dan ook helemaal van slag. De overschatte begrotingen moeten om de haverklap herzien worden, bij gebrek aan een maatschappelijk project op lange termijn. Het heeft nochtans geen zin om zich blind te staren op de korte termijn. Wij hebben een structurele reflectie nodig, die gepaard gaat met een ambitieus plan! We moeten op intelligente wijze besparen én verstandig investeren in de prioriteiten qua volksgezondheid, die we al te lang uit het oog verloren hebben in de rush naar kortetermijnoplossingen. Het krioelt nochtans van de uitdagingen: de chronische ziektes, de zorgverzekering, de toegang tot nieuwe medische technieken, ...

De informatisering van de gezondheidszorg en de administratieve vereenvoudiging vormen samen een domein dat niet genoeg benut wordt om intelligente besparingen te realiseren in de gezondheidszorg. Deze projecten zijn pijnloos voor de burger en kunnen nochtans aanzienlijke besparingen opleveren én tegelijk zorgen voor tal van verbeteringen: delen van medische gegevens om overvloedige medische onderzoeken te vermijden, verbeteren van de kwaliteit van de gegevens, bespoedigen van de terugbetalingen aan patiënten en zorgverleners, bestrijden van fraude door na te gaan of de verstrekkingen wel echt toegediend werden, verkleinen van de administratieve paperassenberg, ...

Het heeft geen zin om zich blind te staren op de korte termijn.

Als er zoveel voordelen zijn, waarop wacht men dan nog? In onze buurlanden bestaan dergelijke projecten al en de basisinfrastructuur is beschikbaar (eHealth, Carenet/MyCaret, ...). Het antwoord: niet genoeg steun van de politieke wereld, plus een aantal behoudsgezinde reflexen en vertekende debatten (de aanhoudende discussies over eHealth en eCare).

Het is nochtans mogelijk om in enkele jaren tijd significante vooruitgang te boeken in het kader van de informatisering van de gezondheidszorg en de vereenvoudiging

van de administratie. Het volstaat om de vereiste voorwaarden te creëren:

- De politieke wil, plus heldere doelstellingen en een duidelijke timing
- Een engagement van alle actoren: zorgverleners, ziekenfondsen, administraties
- Een passend overlegplatform, want de klassieke RIZIV-organen voor de onderhandelingen over de tarieven zijn niet het juiste forum voor dergelijke vragen
- Een systeem van financiële incentives, afgestemd op de te bereiken doelstellingen

Laat ons hopen dat die voorwaarden spoedig vervuld zullen zijn...

Xavier Brenez

Directeur-Generaal

van de Landsbond van de Onafhankelijke Ziekenfondsen



Hoofredactrice

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

Eindredacteur

Steven Vervaeke · steven.vervaeke@mloz.be · T 02 778 94 38

Redactiecomité

Karima Amrous · Stéphanie Brisson · Ann Ceuppens · Annemie Coëme · Sofie Crabbé
Regina De Paepe · Christian Horemans · Pascale Janssens · Chantal Neiryck
Nathalie Renna · Piet Van Eenoo · Jan Van Emelen · Christiaan Van Hul ·
Emilie Vanderstichelen · Rudy Van Tielen · Valérie Vander Veken · Steven Vervaeke · Anne Viroux

Lay-out

Leen Verstraete · layout@mloz.be

Foto's

Reporters

Vertaling

Annemie Mathues · Emilie Van Isterdael · Barbara Van Ransbeeck

Verantwoordelijke uitgever

Xavier Brenez · xavier.brenez@mloz.be

Health Forum

Bent u geïnteresseerd in Health Forum?

Wenst u Health Forum regelmatig te ontvangen? Contacteer ons! Landsbond van de Onafhankelijke Ziekenfondsen · Dienst Communicatie Health Forum · Sint-Huibrechtsstraat 19 · 1150 Brussel · T 02 778 92 11 · F 02 778 94 02 · Of stuur een e-mail naar health-forum@mloz.be

Inhoud

Nr. 9

Maart 2012

3 Edito

5 Wist u?

6 Dossier

Verpleegkundige:
beroep op een kruispunt

16 Forum Zorgverstrekkers

Het debat

eHealth: nu of nooit?

De anti-vaccinatiebeweging
onder het vergrootglas!

Werken,
een remedie tegen ... ziekte?

23 Actua Onafhankelijke Ziekenfondsen

24 Studie

Behandeling van hernia
Daghospitalisatie bevorderen om
60% van de kosten te besparen

28 Objectief gezondheid

Gezondheidspromotie aan
weerskanten van de taalgrens

30 Kiosk

www.mloz.be

Dossier

Verpleegkundige: beroep op een kruispunt

Er zijn er te weinig volgens sommigen, een ondergewaardeerd en miskend beroep volgens anderen. Feit is dat het beroep van verpleegkundige constant evolueert, sinds het in de middeleeuwen zijn intrede deed. De steeds ouder wordende bevolking, het opduiken van nieuwe beroepen, gespecialiseerde kennis en budgettaire moeilijkheden: dat zijn de uitdagingen die de verpleegkundigen te wachten staan. Een dossier over de bijzondere eigenschappen van dit beroep vandaag.



6

Studie

Behandeling van hernia Daghospitalisatie bevorderen om 60% van de kosten te besparen

Slechts 1 op de 4 hernia-operaties wordt uitgevoerd via daghospitalisatie. Via zo'n ziekenhuisopname zouden zowel de patiënt als de ziekteverzekering nochtans 60% van de kosten van een klassieke hospitalisatie kunnen besparen! Ook de vooruitgang die de heekunde de laatste tijd geboekt heeft, pleit voor een daghospitalisatie. Waarom kiest men daar dan niet vaker voor? De nieuwe studie van de Onafhankelijke Ziekenfondsen zoekt het uit!



24

Analyse

Gezondheidspromotie aan weerskanten van de taalgrens

Hoe is het gesteld met de gezondheidspromotie in ons land? In Vlaanderen bestaat al enkele jaren een expertiseorgaan voor gezondheidspromotie. Aan Franstalige zijde kondigde de minister van Gezondheid Fadila Laanan (PS) een hervormingsplan aan, maar de sector van de gezondheidspromotie loopt niet bepaald warm voor de oprichting van een coördinatiecentrum. Een overzicht!



28

Europa promoot online gezondheidsdiensten

Op Europese schaal zorgen voor interoperabiliteit van de informatiesystemen voor de gezondheidszorg, concrete en toegankelijke diensten ontwikkelen voor de Europese burgers, ...: het zijn enkele van de doelstellingen van de Europese Commissie die het netwerk 'E-gezondheidszorg' opricht, zoals voorzien door de richtlijn over de toepassing van de rechten van de patiënten op vlak van grensoverschrijdende gezondheidszorg. Dit netwerk zal de nationale gezagsdragers samenbrengen die belast zijn met online gezondheid en die op vrijwillige basis een gemeenschappelijke koers omtrent deze materie willen varen.

<http://ec.europa.eu/health>



128.000

personen zijn als vrijwillige orgaandonors ingeschreven in het bevolkingsregister.

Een webtool om onze gezondheidssystemen te verbeteren

De meest volledige bron zijn om beslissingsnemers en onderzoekers te helpen die de gezondheidssystemen willen versterken of efficiënte diensten en geneesmiddelen voor de patiënten willen invoeren: dat is de ambitie van de gratis website Health Systems Evidence. Deze site is een database die regelmatig geüpdatet wordt en kennissyntheses recenseert van onderzoek naar de governance, de financiële mechanismen en dienstverlening en de invoering van strategieën die de verandering in de gezondheidssystemen kunnen ondersteunen. Op de site zou ook een database komen met economische evaluaties binnen deze domeinen, omschrijvingen van hervormingen van gezondheidssystemen en beschrijvingen van gezondheidssystemen.

www.mcmasterhealthforum.org

20 jaar

Zo oud is de eerste baby die geboren werd als gevolg van een ICSI-inseminatie (Intracytoplasmatische sperma-injectie). In 2009 verliep 69% van de medisch begeleide bevruchtingen in België via inseminatie.

Longembolie thuis verzorgen?



Een deel van de patiënten met een longembolie zou thuis verzorgd kunnen worden, nadat de diagnose gesteld werd in een spoeddienst. Dat blijkt uit een onderzoek waaraan de spoeddienst van de Universitaire Ziekenhuizen Saint-Luc deelnam. Elk jaar krijgen 6.000 Belgen te maken met een longembolie. Naar schatting overleeft 300 à 400 van hen de aandoening niet. Door de aanwezigheid van bloedklonters in de longaders, heeft de patiënt last van ademhalingsmoeilijkheden en pijn in de borst. Momenteel moet een patiënt voor deze aandoening 4 à 10 dagen in het ziekenhuis verblijven.

A close-up photograph of a female nurse with blonde hair, wearing a white short-sleeved uniform, focused on applying a white medical bandage to a patient's arm. The patient's arm is visible in the lower right, wearing a blue and white patterned sleeve. The nurse's hands are in the foreground, with gold rings visible on her fingers. The background is softly blurred, showing more of the patient and the nurse's uniform.

In de kijker

Verpleegkundige: beroep op een kruispunt

Een beroep, nieuwe rollen

p. 7

Verpleegkunde van hoger niveau dankzij onderzoek

p. 11

Straatverplegers op de Brusselse kasseien

p. 12

Vroedvrouw, een beroep dat meer aandacht verdient!

p. 14

Een beroep, nieuwe rollen

Er zijn er te weinig volgens sommigen, een ondergewaardeerd en miskend beroep volgens anderen. Feit is dat het beroep van verpleegkundige constant evolueert, sinds het in de middeleeuwen zijn intrede deed. De steeds ouder wordende bevolking, het opduiken van nieuwe beroepen, gespecialiseerde kennis en budgettaire moeilijkheden: dat zijn de uitdagingen die de verpleegkundigen te wachten staan. Een dossier over de bijzondere eigenschappen van dit beroep vandaag.

Verpleegkundige verzorging werd oorspronkelijk verleend door geestelijken. Vanaf de middeleeuwen doken er godshuizen op waar de armsten verzorging kregen. Het beroep is dus ontstaan binnen een religieuze context... en op vrijwillige basis. Eeuwen later is deze dienstverlening aan de gemeenschap een volwaardig beroep geworden. Op vlak van onderwijs werden vanaf de 18e eeuw opleidingen gegeven voor vroedvrouwen en in België stichtte de arts César De Paepe in het jaar 1887 de eerste school voor verpleegkundigen.

Een volwaardig beroep

Francine Duchateau, voorzitter van een Franstalige vereniging van beoefenaars van de verpleegkunde, bevestigt deze historische evolutie. "Het beroep van verpleegkundige is steeds professioneler geworden en ook de opleiding is steeds specifieker". De laatste 30 jaar hebben de verpleegkundigen hun werk zien evolueren naar meer autonomie, meer verantwoordelijkheden en meer reflectie. Een evolutie die er gekomen is dankzij de verpleegkundigen zelf en hun dynamische eisenpakket.

In 1974 wordt de Wet op de verpleegkunde afgekondigd. Het beroep mag dan al omschreven zijn in het Koninklijk Besluit nr. 78 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen (1967), het is pas dankzij deze nieuwe wetgeving dat de verpleegkunde eindelijk als volwaardig beroep wordt beschouwd en een eigen wettelijk statuut krijgt. De lijst met toegestane verpleegkundige handelingen, of ze nu autonoom, voorgeschreven of in opdracht zijn, verschijnt in een Koninklijk Besluit van 1990 dat sindsdien regelmatig werd aangepast aan de veranderingen die het beroep doormaakt.

Tekort

De verpleegkundige beroepen prijken al jaren op de lijst van de knelpuntberoepen. Dit tekort is al vastgesteld en bevestigd in het veld, al durven sommigen op papier iets optimistischer te zijn. Volgens Jozef Pacolet (K.U. Leuven), die onderzoek deed naar het werk van verpleegkundig personeel, zijn er genoeg studenten in de richting verpleegkunde om het tekort op te vangen tegen 2020. Wat natuurlijk niet wegneemt dat we momenteel met een personeelstekort

kampen in de sector van de senioren, de thuiszorg en de spoedeenheden van de ziekenhuizen. Bepaalde gediplomeerde verpleegkundigen ontvluchten het beroep, terwijl anderen deeltijds gaan werken of met pensioen gaan...

Er liggen ook verschillende andere factoren aan de basis van het tekort aan verpleegkundig personeel. Francine Duchateau geeft er een van. "De verpleegkundigen zijn teleurgesteld omdat ze niet in de praktijk kunnen brengen wat ze tijdens hun opleiding geleerd hebben". Het verzorgend personeel moet namelijk werken volgens ziekenhuisnormen die dateren van 1963 en dat terwijl de maatschappij sindsdien heel wat veranderd is, net als het beroep en de werkomstandigheden trouwens. En die werkomstandigheden hebben natuurlijk ook een invloed op het tekort aan verpleegkundigen: ze verhinderen hen namelijk om een gezond evenwicht te bereiken tussen het privé- en beroepsleven. Het gevolg is dat meer en meer verpleegkundigen hun werktijd inkorten of het beroep zelfs helemaal vaarwel zeggen. Ten slotte zijn de gevolgen van de maatschappelijke evolutie op het beroep niet te onderschatten.

Het verzorgend personeel moet werken volgens ziekenhuisnormen die dateren van 1963!



Steeds meer verantwoordelijkheden voor de verpleegkundigen

“De vraag naar verpleegkundig personeel stijgt. Waarom? De bevolking veroudert en er zijn steeds meer chronisch zieken en acute ziekenhuizen,” legt Francine Duchateau uit. “In theorie zou het aanbod de nood aan verzorging moeten kunnen dekken, maar in de praktijk houdt het tekort nu al jaren aan!”

Aanwerven in het buitenland?

Er bestaan wel degelijk oplossingen om het tekort te verhelpen. In een recent onderzoek over de aanwerving van buitenlands personeel in de verzorgingssector, spitten Johan Wets en Tom de Bruyn (K.U. Leuven) verschillende denksporen uit om de nood aan verzorgend personeel op te lossen. De twee onderzoekers analyseerden het gebruik van buitenlandse werkrachten binnen de gezondheidssector in België. Meerdere ziekenhuizen hebben al verpleegkundigen uit het buitenland aangeworven om de onderbevolkte werkingseenheden draaiende te houden. Het gaat voornamelijk om personeel uit

Roemenië en Libanon. Deze oplossing kent zowel voor- als tegenstanders (zie Debat op p. 16), maar biedt de zorginstellingen alvast een tijdelijke oplossing voor de onmiddellijke nood aan werkrachten binnen hun structuur.

Naast deze controversiële praktijk die in België vrij beperkt blijft, stellen de twee onderzoekers van de K.U. Leuven ook vast dat er een actief rekruteringsbeleid gevoerd moet worden bij degenen die een verpleegkundig diploma hebben, maar het beroep niet (of niet meer) uitoefenen. Kortom, de meest logische

manier om het personeelstekort op te lossen is het beroep van verpleegkundige aantrekkelijker te maken.

Het beroep opwaarderen

In 2008 werkte minister van Volksgezondheid Laurette Onkelinx een plan uit rond ‘de aantrekkelijkheid van het verpleegkundig beroep’. Het doel: de nood aan verpleegkundige verzorging van de patiënten in optimale omstandigheden opvullen met als prioriteit de veiligheid en kwaliteit van de verzorging. Dit meerjarenplan is gericht op vier actiepijlers: het verminderen van de werklast en de stress, de kwalificaties, de bezoldiging, de sociale erkenning en de betrokkenheid bij besluitvormingsprocedures. Het plan richt zich op drie sectoren: de ziekenhuizen, de rusthuizen en de thuiszorg.

Dit plan werd warm onthaald door de beroepsbeoefenaars die niet konden wachten op de toepassing ervan in de praktijk. Door de politieke problemen in ons land werd de uitvoering van de meeste maatregelen

...

Bachelor of gegradueerde verpleegkundige?

Verpleegkunde blijft een knelpuntberoep, maar het aantal werkzoekenden dat deze opleiding aanvat, is de laatste jaren wel verdubbeld in Vlaanderen! Zij kunnen daarbij kiezen uit twee opties.

Allereerst kunnen studenten opteren voor een opleiding verpleegkunde aan een hogeschool. Na 3 jaar behalen ze dan de graad van bachelor. Daarnaast bestaat er ook een opleiding binnen het hoger beroepsonderwijs. Na deze opleiding van eveneens 3 jaar behalen studenten het diploma van gegradueerde verpleegkundige. Met dit laatste diploma is het overigens mogelijk om een aansluitende bacheloropleiding te volgen.

In dat geval krijgen studenten een vrijstelling voor een deel van de opleiding.

Maar waarin schuilt nu het verschil tussen deze twee opleidingen? Een hogeschoolopleiding blijkt theoretischer van aard te zijn en ook wetenschappelijk onderzoek krijgt meer aandacht toebedeeld. Opleidingen binnen het hoger beroepsonderwijs zijn dan weer heel praktijkgericht. Daarnaast hebben bachelors in de verpleegkunde vaak meer leidinggevende functies dan gegradueerde verpleegkundigen. Daarbij staan onder meer taken als kwaliteitsbewaking- en bevordering en de ontwikkeling van een procedurebeleid centraal.

gels echter uitgesteld. Een paar konden toch worden doorgedrukt, zoals de premies voor moeilijke uren en die voor bepaalde professionele kwalificaties. Het meerjarenplan, dat heel ambitieus is, wil onder andere ook de opleiding uniformiseren. Het wil van de verpleegkundigen weer de eerste verzorgers maken door meer administratieve taken te vereenvoudigen of een functiedifferentiatie mogelijk te maken.

Verschillende functies in één beroep

"We denken dat het mogelijk is om bepaalde actuele activiteiten van de verpleegkundigen over te brengen naar andere beroepsprofielen," legt Francine Duchateau uit. "Ik denk vooral aan het aanwerven van logistieke assistenten of systematischer een beroep doen op hulpverzoekers voor heel wat taken." Ook andere denksporen duiken op om het beroep aan te passen. "Het verpleegkundig beroep is een vlak beroep," legt de voorzitter uit. "Er zijn maar weinig carrière mogelijkheden." Op dit punt treedt de vereniging dan ook de voorstellen van de minister bij en schuift ze enkele differentiatiepistes naar voor. "We moeten de mogelijkheid geven om op twee manieren te evolueren. Hiërarchisch, door de verpleegkundigen te informeren over de leidinggevende functies en die functies naar waarde te schatten en klinisch, door de expertise te erkennen die een verpleegkundige in een bepaald zorgdomein heeft verworven. Deze evolutie moet aan de overheid voorgesteld worden en zal ook zorgen voor een opwaardering van de functie van hoofdverpleegkundige."

Deze differentiatiepistes binnen het verpleegkundig beroep impliceren uiteraard ook een aanpassing van de opleidingen. Wat de oorspronkelijke opleiding betreft, wil de sector de cursus uniformiseren en zich richten op een bijzondere titel. Voor de verpleegkundigen die al werken, wil de Belgische vereniging van de beoefenaars van de verpleegkunde het volgen van een erkende permanente opleiding verplicht maken. Dit is al het geval voor verpleegkundigen met een bijzondere beroepstitel in oncologie, geriatrie of dringende verzorging.

Een Orde van de Verpleegkundigen oprichten?

De verpleegkundige verenigingen zijn het unaniem eens over de noodzaak van een bijzondere beroepstitel, maar over een ander onderwerp heerst er momenteel grote verdeeldheid: de mogelijke oprichting van een orde voor het beroep van verpleegkundige. Deze orde zou de beroepsdeontologie en ethiek moeten garanderen én de patiënt beter beschermen tegen af-

...

Thuisverpleging in Vlaanderen: een breed vertakt netwerk

Wondverzorging, de dagelijkse hygiënische verzorging, insputingen, palliatieve verzorging, ...: de thuisverpleegkundige in Vlaanderen is zowel een werkmier als een echte duizendpoot. Een korte blik op dit beroep!

Wie is de thuisverpleegkundige?

De thuisverpleegkundige heeft een diploma verpleegkunde. Hij of zij is erkend door de FOD Volksgezondheid, maar heeft daarbovenop ook nog eens een aparte erkenning door het RIZIV. Sommige thuisverpleegkundigen beschikken over een extra specialisatie, waardoor ze ook extra verstrekkingen als wondverzorging of diabeteszorg mogen uitvoeren. Net als bij andere zorgverstrekkers bestaan er geconventioneerde en niet-geconventioneerde thuisverpleegkundigen. Niet onbelangrijk: de tegemoetkoming van het ziekenfonds voor wie beroep doet op een niet-geconventioneerde thuisverpleegkundige vermindert met 25%, behalve voor wie recht heeft op de verhoogde tegemoetkoming.

Organisatie

Wie nood heeft aan thuisverpleging kan beroep op een dienst voor thuisverpleging die erkend is door het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid of een zelfstandige thuisverpleegkundige. De eerste categorie groepeerde een aantal thuisverpleegkundigen die ofwel als werknemer voor de dienst werken, ofwel als zelfstandige samenwerken met de dienst. Deze diensten zijn wijd verspreid over heel Vlaanderen.

Vergoeding en facturatie

Thuisverpleegkundigen rekenen hun verzorging aan per technische verstrekking of via een dagforfait. Hygiënische verzorging, wondverzorging, het plaatsen van een verblijfskatheter, ...: het zijn slechts enkele voorbeelden van technische verstrekkingen. Voor deze verstrekkingen bestaat wel een dagplafond. Een thuisverpleegkundige mag niet meer aanrekenen dan dit maximumbedrag. De facturatie van de verstrekkingen verloopt via een getuigschrift of via de derde betalingsregeling.

Steven Vervae

steven.vervae@mlz.be

wijkende praktijken. Een gevoelig onderwerp dat de emoties hoog doet oplaaien binnen het beroep. In 2009 werd een dubbele petitie gelanceerd (voor en tegen de oprichting van de Orde), waaruit bleek dat een kleine meerderheid van de professionals voorstander was van de oprichting van een Orde.

Dit orgaan, dat bij ons nog niet is ingevoerd, vormde in het buitenland alvast een stap in de goede richting op weg naar verandering. Er wachten het gezondheidszorgsysteem nog veel uitdagingen en de verpleegkundigen zullen de uitgelezen personen zijn om deze verandering op gang te brengen. Het is belangrijk dat ze daarvoor de middelen krijgen.

Stéphanie Brisson

stephanie.brisson@mloz.be



Vlaamse Verpleegunie:

www.vlaamseverpleegunie.be

Vlaamse Beroepsvereniging van Zelfstandige Verpleegkundigen: www.verplegingthuis.be



De werkomstandigheden voor thuisverpleegkundigen zijn allerm minst evident.

De Onafhankelijke Ziekenfondsen zijn aanwezig tijdens **de Week van de Verpleegkundigen en Vroedvrouwen van 19 tot en met 23 maart in het Casinokursaal in Oostende**. Bezoek onze infostand en maak kennis met onze gezondheidsinfo en -projecten.
Meer info: www.nvkvv.be

Thuisverpleging: op naar een betere financiering?

Dat de huidige gemengde financiering van thuisverpleegkunde het meest aanvaardbare systeem is in België, lijkt buiten kijf te staan. Toch kan alles uiteraard beter. Daarom onderzocht het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) enkele pistes voor een financieringshervorming!

De gevolgen van de veroudering en het stijgend aantal chronisch zieken laten zich ook voelen in de sector van de thuisverpleging. De uitgaven voor thuisverpleging bedragen meer dan 4 % van het RIZIV-budget en bovendien stijgen ze jaarlijks met 7%. Dat is 1% meer dan de jaarlijkse toename van de uitgaven voor de algemene gezondheidszorg.

Die financiering door het RIZIV kan worden voortgezet, maar er is echter ruimte voor verbetering. Zo is de bestaande nomenclatuur te complex en zijn de regels om ze te gebruiken onoverzichtelijk. Veel activiteiten (bv. toedienen van zuurstof) zijn bijvoorbeeld niet opgenomen in de lijst met verstrekkingen. Bovendien is de meting van de zorgafhankelijkheid om bedragen vast te leggen ook allerm minst optimaal.

Het KCE pleit daarom voor een financieringshervorming die past in een globale visie over de rollen van verschillende gezondheidszorgfuncties. Zo moeten ziekenhuizen en thuisverpleegkundigen meer complementair werken om kwaliteitsvolle zorg aan te bieden. Daarnaast is er ook nood aan een duidelijker onderscheid tussen postacute zorg en chronische zorg.

Een andere lacune is het gebrek aan inzicht in de reële kosten van de thuisverpleegkunde. Een onderzoek naar de mate waarin de huidige tarieven die reële kosten dekken, is dan ook broodnodig. Verder pleit het KCE ook voor een forfaitaire financiering die niet alleen is afgestemd op de afhankelijkheid van de patiënt, maar ook op de geleverde kwaliteit van de verzorging. Zo zouden thuisverpleegkundigen die de zelfredzaamheid van hun patiënt stimuleren, financieel beloond moeten worden.



U kunt de volledige studie raadplegen op de site van het KCE!

Evidence-based nursing

Verpleegkunde van hoger niveau dankzij onderzoek

Evidence-based nursing is al enkele jaren niet meer weg te denken uit de verpleegkundige sector. Naar het voorbeeld van evidence-based medicine streeft de empirisch onderbouwde verpleegkundige praktijk ernaar om de kwaliteit van de verzorging te verbeteren door methodes toe te passen waarvan de doeltreffendheid door onderzoek bewezen werd. Een tendens waar zowel de gezondheidsprofessionals als de overheid volledig achter staan.

Evidence-based nursing (EBN) wordt gedefinieerd als "het bewust, expliciet en oordeelkundig toepassen van de op dit moment best beschikbare gegevens van klinisch onderzoek bij het nemen van besluiten over de zorg van individuele patiënten".

EBN is de verpleegkundige variant van het model van de **evidence-based practice** (EBP) of op bewijs gebaseerde praktijk. Dit model kwam tot stand in Canada begin jaren 80 en was bedoeld om een methode te vinden om de grote hoeveelheid aan wetenschappelijke publicaties te verwerken en te kunnen toepassen in de beroepspraktijk. Beetje bij beetje heeft de medische wereld dit model overgenomen. De aanpak van EBP is erop gericht om zich bij de verzorging van de patiënt te baseren op de beste wetenschappelijke gegevens die voortkomen uit betrouwbaar onderzoek.

Hulpmiddel bij beslissing

Voor de verpleegkundige kan EBN een hulpmiddel zijn bij het nemen van een beslissing over een klinisch probleem. Hij kan zich hiermee baseren op de resultaten die voortvloeien uit het wetenschappelijke onderzoek, terwijl hij toch rekening houdt met zijn eigen beroepservaring en de wensen van de patiënt. De op wetenschappelijk bewijs gebaseerde methode vervangt de

normale verzorgingspraktijk uiteraard niet, maar vult deze wel aan. Het ultieme doel is dus om de kwaliteit van de verzorging te verbeteren dankzij de expertise van de verpleegkundigen en met behulp van de EBN.

De kwaliteit meten

EBN verovert beetje bij beetje de ziekenhuissector, alsook andere sectoren. De methode staat bekend om haar effect op de verzorging, maar dit effect moet opgevolgd kunnen worden. Daarom werd in België een koninklijk besluit van 2007 aan de sector opgelegd om de kwaliteit van de verpleegkundige activiteit te evalueren. Hiervoor werden in de ziekenhuizen structuren ingevoerd en tegelijkertijd zag ook een externe instelling het licht: de Federale Raad voor de Kwaliteit van de verpleegkundige activiteit, exclusief samengesteld uit verpleegkundigen. Een van de belangrijkste taken van de Raad is om, via evidence-based nursing, het wetenschappelijke aspect van het beroep van verpleegkundige te ontwikkelen.

Toegankelijke informatie

In het kielzog van de Raad en naar aanleiding van de reflecties over de verpleegkundige activiteit, kwamen er heel wat tools tot stand om de professionals toegang te geven tot zo betrouwbaar

en objectief mogelijke informatie. Websites als BeST of Nursing Guidelines zijn slechts enkele voorbeelden van de initiatieven om gevalideerde informatie toegankelijk te maken. Belangrijk detail: oorspronkelijk zijn ze voornamelijk in het Engels opge maakt, maar ze werden vertaald in het Frans en het Nederlands.

BeST (Belgian Screening Tools) is een database met betrouwbare meetinstrumenten waarmee de diagnostiek en de resultaten van verpleegkundige interventies gemakkelijker geobjectiveerd kunnen worden. **Nursing Guidelines** is een verzameling van richtlijnen die gebaseerd zijn op een analyse van de literatuur en/of een synthese van de meningen van experts.

EBN is een evidentie geworden en de universiteiten werken momenteel aan verschillende onderzoeksprojecten over dit thema. De overheid erkent deze tendens en ondersteunt haar. "Elke verpleegkundige van dit land moet zich, ook op psychologisch en opvoedkundig gebied, de handelingen en het gedrag die hun nut voor de patiënt bewezen hebben, eigen maken", dat zei minister Laurette Onkelinx tijdens een eerste symposium van de Federale Raad voor de kwaliteit van de verpleegkundige activiteit.



Stéphanie Brisson

Stephanie.brisson@mloz.be



De twee websites uit het artikel zijn beschikbaar in het Nederlands en het Frans
www.best.ugent.be
www.sesa.ucl.ac.be/guidelines



Straatverplegers op de Brusselse kasseien

Het aantal daklozen blijft maar toenemen, zeker in de grote steden. Door hun leven in onhygiënische omstandigheden hebben ze vaak te kampen met allerlei ziektes. Een probleem dat de vzw Straatverplegers wil aanpakken. Hoe? Door hen te overtuigen van het belang om zorg te blijven dragen voor zichzelf en hun gezondheid!

Verpleegkundige Emilie Meessen is samen met Sara Janssens een van de spilfiguren van de vereniging. Op 8 januari 2006 begon hun grote avontuur: gewapend met een rugzak vol eerstehulp-materiaal doorkruisten ze de straten van Brussel om daklozen te verzorgen. In de loop der jaren is de ploeg alleen maar groter geworden. Vandaag bestaat ze uit 8 personen: 4 straatverplegers, de coördinatrice van de vzw, een administratief assistent, een maatschappelijk werker en een arts die ervaring heeft met de problematiek. Veel daklozen vallen ten prooi aan gezondheidsproblemen. Naast stress en vermoeidheid kampen ze met problemen op vlak van voeding en spijsvertering. Luizen, tandproblemen, schurft, eczeem, psoriasis en verwondingen na een valpartij of gevecht: het is allemaal schering en inslag.

Reïntegratie door betere hygiëne

“Door hen te verzorgen, winnen we hun vertrouwen en motiveren we hen om hun hygiëne en gezondheid opnieuw in handen te nemen. We treden op als tussenpersoon bij het doorverwijzen van de daklozen

“Door hen te verzorgen, winnen we hun vertrouwen en motiveren we hen om hun hygiëne en gezondheid opnieuw in handen te nemen”

naar andere professionele gezondheids- en welzijns-werkers”, legt dokter Pierre Ryckmans uit.

De verpleegkundigen focussen zich in eerste plaats op de mensen die door hun gebrek aan hygiëne tot de meest uitgesloten groep behoren. Hun hygiëne is er namelijk het slechtst aan toe. Want hygiëne is hét vertrekpunt om vooruitgang te boeken, maar de weg ernaartoe is vaak hobbelig. Eerst moet de dakloze overtuigd worden om regelmatig zijn handen en gezicht te wassen. Na enkele weken of maanden komen de douches voor het eerst ter sprake en nog later proberen de straatverplegers hem te overtuigen om van kleren te veranderen.

Het zijn allemaal kleine stapjes op weg naar een vertrouwensrelatie, een herontdekking van een proper gevoel en het plezier van zichzelf te verzorgen. Door kleine doelen te stellen die de dakloze alleen kan bereiken, krijgt hij weer vertrouwen in zichzelf en voelt hij zich langzaam maar beter. Alleen dan is de stap naar een gezondheidscentrum, een ziekenhuis of het OCMW mogelijk.

Om hen te helpen om hun hygiëne en waardigheid op te krikken, heeft de vzw een stratenplan opgemaakt

met alle fontein met drinkbaar water, gratis toiletten en zelfs een lijst met gratis of goedkope douches die regelmatig wordt bijgewerkt. Deze informatie wordt verspreid tijdens het werk op straat, via affiches in de metro of door de verschillende verenigingen die in het veld actief zijn.

Het belang van opvolging

De vzw volgt bepaalde patiënten systematisch op en houdt alle stappen bij die voor hen ondernomen worden. Op die manier wil de organisatie efficiënter werken en zoveel mogelijk tijd winnen. Deze grondige opvolging geldt 'slechts' voor een vijftigtal patiënten, om er zeker van te zijn dat hun situatie ook daadwerkelijk zal verbeteren.

Ook de coördinatie met andere tussenpersonen, ziekenhuizen, zorgverleners, medische huizen en sociale diensten werd geoptimaliseerd, waardoor de toegang tot verzorging en opvang vlotter verloopt.

Dankzij deze intensieve opvolging kregen in 2011 16 personen een dak boven hun hoofd en konden ze het straatleven vaarwel zeggen.



De verplegers benaderen de daklozen te voet

Om er zeker van te zijn dat deze personen een nieuw sociaal netwerk creëren, worden ze nog verder opgevolgd aan de hand van systematisch contact met de verenigingen die zich bezighouden met personen thuis of rechtstreeks contact, huisbezoeken, telefoons en briefwisseling. Momenteel zijn er 40 personen die zo'n verdere opvolging krijgen.

Opleidingen

Veel gezondheidsprofessionals die geconfronteerd worden met mensen die in armoede leven, weten niet hoe ze hen op hun gebrek aan hygiëne moeten wijzen. Daarom bestaan er opleidingen rond deze thematiek. De opleiding 'Hygiëne en onzekerheid' is gericht op 3 doelgroepen: artsen – verpleegkundigen, maatschappelijk werkers en veiligheidsagenten in parken en stations of de politie.

De belangrijkste doelstellingen van de opleiding zijn: het gedrag van de dakloze te leren begrijpen, een betere band met hem op te bouwen door de communicatie te verbeteren, de levensomstandigheden op straat verbeteren, de verschillende doelgroepen bewust maken van het belang van hygiëne of de veiligheidsagenten ervan bewustmaken dat ze deel uitmaken van een netwerk van hulp aan daklozen, waarin ze een belangrijke rol kunnen spelen. In 2011 volgden 91 personen deze opleiding: 39 maatschappelijke werkers en 56 veiligheidsagenten van stations, metro's en parken.

De zin om zichzelf te verzorgen terugvinden, dat is voor mensen in armoede zo iets als de zin van het leven terugvinden. De vzw Straatverplegers en haar verpleegkundigen dragen hier voor een groot stuk toe bij.



Pascale Janssens

pascale.janssens@mloz.be

Een vertrouwensklimaat creëren

Om mensen die in grote armoede leven bewust te maken van het belang van hun gezondheid en hygiëne, is het noodzakelijk om een vertrouwensklimaat te scheppen. Het charter van de straatverplegers beveelt daarom volgende richtlijnen aan:

Ga te voet: een kalme, visuele toenadering heeft meer effect.

Draag geen uniform: om geen overweldigende indruk maken en een gelijkwaardige relatie te behouden.

Werk per twee: meer kans om een goede band te creëren met de persoon.

Werk in de taal van de patiënt (indien mogelijk)

Bewaar afstand door een professionele houding: niet tutoyeren, geen kus geven,... Zo kan je praten over delicate kwesties vanuit medisch oogpunt. Stel geen onnodige vragen over zijn identiteit, de oorzaak van een wonde of waarom hij op straat woont.

Laat de persoon zelf beslissen over de verzorging: hij kan zich verzorgen of niet.

Maak geen beloftes die je niet kan waarmaken: engageer je niet voor onmogelijke of bijkomstige zaken.

Respecteer het beroepsgeheim, ook al is de werkcontext er niet echt bevorderlijk voor.

Uit 'actieplan straatverplegers'



Straatverplegers vzw
infos@infirmiersderue.be
www.infirmiersderue.be

Focus

Vroedvrouw, een beroep dat meer aandacht verdient!

Verpleegkundigen en vroedvrouwen werden lang tijd over dezelfde kam geschoren. In werkelijkheid verschillen deze twee beroepen nochtans dag en nacht. Het beroep van verloskundige wordt beschouwd als een van de oudste uit de geschiedenis en is binnen de wereld van de gezondheidszorg een vak apart!

In ons collectief onderbewustzijn vallen verpleegkundigen en vroedvrouwen onder dezelfde noemer. Ze delen misschien dezelfde werkvloer, maar in de praktijk verschillen deze twee beroepen enorm op vlak van opleiding, competenties, vertegenwoordiging en wetgeving.

Weg met de verwarring

De verwarring tussen het beroep van verloskundige en verpleegkundige stamt uit de jaren 50. Toen waren de twee opleidingen gefusioneerd. "De vroedvrouw is echter de enige gezondheidsprofessional die geen arts is, maar toch bevallingen mag begeleiden", zegt Evelyn Mathieu, vertegenwoordiger van een vereniging van vroedvrouwen. Wettelijk gezien mogen enkel vroedvrouwen en artsen een zwangerschap opvolgen, een bevalling begeleiden en zich bezighouden met de kraamzorg. De uitoefening van de gezondheidszorgberoepen wordt gereguleerd door het koninklijk besluit 78. In 2001 deden de verloskundigen een aanvraag om uit het hoofdstuk van de verpleegkunde gehaald te worden en toegevoegd te worden aan dat van de geneeskunde.

Geboorte-experten

Of het nu om loontrekkenden of zelfstandigen ('vrije beroepen') gaat, verloskundigen zijn bevoegd en erkend om de volgende medische handelingen te stellen: verloop van de normale zwangerschap opvolgen, verloop van de 'risicovolle' zwangerschap opvolgen (op medisch voorschrift), voorbereiding op de bevalling, de vrouw bijstaan tijdens de weeën, de bevalling en/of bijstand tijdens de bevalling en de kraamzorg. Vroedvrouwen vervullen hun taken niet alleen in het ziekenhuis, de

Daarnaast zijn er ook verloskundigen die hun

beroep uitoefenen in een praktijk, thuis, in geboortehuizen of in de wijkgezondheidscentra.

Recent werden enkele wetswijzigingen doorgevoerd die meer rekening houden met de taken en verantwoordelijkheden van de vroedvrouw bij perinatale opvolging. We kunnen zelfs spreken van een kleine revolutie voor het beroep: in de toekomst moeten verloskundigen bepaalde geneesmiddelen kunnen voorschrijven, een bekkenbodembrevalidatie kunnen uitvoeren of eenvoudige echografieën verrichten. De toepassingsbesluiten zijn wel nog niet officieel, maar met de komst van de nieuwe regering zou dit snel in orde moeten komen.

Multidisciplinaire functie

De bevoegdheden en verantwoordelijkheden van de verloskundige zijn dus uitgebreid, maar ze moeten nog altijd samenwerken met andere zorgverleners. Van zodra er zich een complicatie voordoet bij de zwangerschap, moet de vroedvrouw de patiënte sowieso naar de gynaecoloog doorsturen.



Evelyn Mathieu

Vroedvrouwen zouden in de toekomst bepaalde geneesmiddelen moeten kunnen voorschrijven en eenvoudige echografieën kunnen uitvoeren.

verloskamer en de materniteit. Ze doen ook raadplegingen of werken in in-vitrofertilisatiecentra.

Zelfs bij een goed verloop van de zwangerschap, moet de patiënte aan het begin en het einde van de 9 maanden bij haar gynaecoloog langsgaan.

"De opvolging van de arts en de verloskundige vullen elkaar aan," legt Evelyne Matthieu uit. "De arts heeft geen tijd om de zwangerschap volledig op te volgen. Hij is voornamelijk opgeleid om te 'behandelen'. Verloskundigen werken meer rond preventie. Ze nemen de tijd om te luisteren naar de verzuchtingen van de toekomstige ouders en nemen een aantal medische aspecten op zich".

De relatie tussen de verloskundigen en de medische wereld zit vrij goed. "De meeste artsen hebben waardering voor het beroep van de verloskundigen," bevestigt Evelyne Matthieu. "Al wat ingevoerd werd, heeft bijgedragen tot de geloofwaardigheid van het beroep van de verloskundige. Er bestaan ook artsengroepen die onze stappen ondersteunen."

Een specifieke opleiding

De opleiding tot verloskundige is streng gereguleerd (meer bepaald via de Europese wetgeving) en is gericht op de verwerving van

de specifieke competenties van het beroep. De huidige studies duren 3 jaar in Vlaanderen en 4 in de Franse Gemeenschap. "De bedoeling is om met het Bolognasysteem over te gaan naar een masterniveau. Zo kunnen meer materies aangesneden worden die afgestemd zijn op de nieuwe verantwoordelijkheden. Het moet ook mogelijk zijn om een eigen praktijk op te richten."

Als ze hun erkenning willen behouden, zijn vroedvrouwen sinds 2010 verplicht om 75u voortgezette opleiding te volgen in 5 jaar. Deze voortgezette opleiding is opgedeeld in verplichte lesuren en keuzevakken. Bij de verplichte vakken zitten onder andere neonatale reanimatie, reanimatie bij volwassenen en eerste hulp. Binnenkort wordt een Controlecommissie opgericht om na te gaan of deze wettelijke verplichting door alle Belgische verloskundigen nageleefd wordt.

Eisen

Een lopend project van de verloskundigen is dat van de preconceptionele raadplegingen. "We willen dat het RIZIV deze activiteit erkent en terugbetaalt aan hetzelfde tarief als de pre- en

postnatale raadplegingen," legt Evelyne Matthieu uit.

"Dankzij de preconceptionele raadpleging kan voor de aanstaande moeder een gezondheids- en voedingsbilan opgemaakt worden om optimale omstandigheden voor de baby te creëren." Dit project loopt in samenwerking met de artsen. Zo kan er ook gewerkt worden rond preventie en kan een opeenstapeling van tweedelijnsverzorging of zelfs medisch begeleide bevruchting vermeden worden.

Als geboorte-experts hebben verloskundigen binnen het gezondheidszorgsysteem een zekere erkenning verworven. De artsen weten maar al te goed wat ze waard zijn, maar toekomstige moeders hebben vaak geen idee wat vroedvrouwen voor hen kunnen betekenen. "Eens ze de stap gewaagd hebben, zijn ze echter vol lof", getuigt Evelyne Matthieu. "Ze zijn tevreden dat er tijd voor hen wordt vrijgemaakt. Toekomstige mama's hebben immers veel geruststelling nodig!"



Stéphanie Brisson

stephanie.brisson@mloz.be



Vlaamse Organisatie van Vroedvrouwen: www.vlov.be

Unie Vlaamse Vroedvrouwen: www.nvkvv.be



Een nieuwe brochure van de Onafhankelijke Ziekenfondsen

Na de bevalling... Zorgeloos gelukkig?

Zwangerschapsgidsen, boeken over bevallen of magazines over pasgeborenen, ...: zwangere vrouwen worden ermee om de oren geslagen. Over de kleine ongemakken na de bevalling blijft het meestal echter angstvallig stil. Deze brochure vult deze leemte op en zorgt ervoor dat kersverse mama's niet van hun roze wolke vallen in de weken die volgen op de bevalling. Zo bevat de brochure interessante informatie over onder meer bekkenbodemberevalidatie, baby blues, ... In een verhelderende FAQ vinden prille moeders bovendien de antwoorden op vragen die ze niet durfden te stellen!

U kunt de brochure gratis downloaden of bestellen via www.mloz.be

Het Debat

Is verpleegkundigen en artsen aanwerven in andere landen een oplossing voor het tekort aan medisch personeel in de ziekenhuizen? Philippe Scherpereel, Directeur Human Resources en Logistiek van de Europa Ziekenhuizen, en Dr. Paul De Munck, Secretaris-Generaal van de Interuniversitaire Stichting Return to Care, geven elk hun mening.



Philippe Scherpereel
Directeur Human Resources en Logistiek
Europa Ziekenhuizen



Dr. Paul De Munck
Secretaris-Generaal
Interuniversitaire Stichting Return to Care

“De aanwerving van verpleegkundigen in het buitenland is een deel van de oplossing”

“In België hebben we duidelijk te kampen met een tekort aan verpleegkundigen, zeker in bepaalde periodes van het jaar. Maart, april, mei en de zomer zijn de beste periodes om aan te werven. Wie dan nog geen goede werkrachten gevonden heeft, zit krap voor de rest van het jaar. Vandaar de oplossing om internationaal te rekruteren. We merken dat onze buurlanden in hetzelfde schuitje zitten. Zij werven vooral personeel aan uit landen waarmee ze een historische band hebben. In de Europa Ziekenhuizen werken we samen met een firma die gespecialiseerd is in internationale rekrutering van zorgpersoneel. Op die manier hebben we al Roemeense, Libanese, Tunesische en onlangs ook Portugese verpleegkundigen aangeworven. Uiteindelijk zijn we tevreden dat we ervoor gekozen hebben om in het buitenland aan te werven. Ook al vraagt dit om heel wat aanpassingen aan de structuur. Eerst en vooral is er het taalprobleem: daarvoor hebben we twee leerkrachten aangenomen die stoomcursussen geven. De patiënt moet zich namelijk in zijn eigen taal kunnen uitdrukken. Het is dan ook belangrijk dat de ploegen gemengd zijn om te vermijden dat er te veel verpleegkundigen van dezelfde origine samen in een afdeling werken. Het gaat om een kwestie van integratie.

In de toekomst zal de vraag naar zorgverleners zo groot zijn dat het personeel beschikbaar in België de leemtes binnen de zorginstellingen niet meer zal kunnen opvullen. Dat heeft onder andere te maken met de stijging van het aantal deeltijdse werknemers. Natuurlijk zal de aanwerving van verpleegkundigen in het buitenland het probleem niet doen verdwijnen, maar voor de Europa Ziekenhuizen is het een gedeeltelijke oplossing. ”

“Zijn we wel zeker van ons tekort?”

“Ongeveer 40.000 artsen voor 11 miljoen Belgen! Nog geen 300 voor 8 miljoen Burundezers! En wij durven te spreken over een tekort aan artsen in ons land!? **Steeds meer mensen klagen het ernstige artsentekort aan in bepaalde zuidoostelijke landen.** Of dit voldoende zal zijn om het tij te keren, is niet zeker. In het Noorden wordt het steeds moeilijker om gezondheidspersoneel ter plaatse aan te werven en de vraag naar gezondheidspersoneel dat elders opgeleid is, neemt dan ook toe. Vooraleer we strategieën beginnen uitwerken om actief op zoek te gaan naar buitenlandse werkrachten en we de arme landen die al zo weinig artsen of verpleegkundigen hebben nog meer kaalplukken, zouden we ons beter enkele vragen stellen... Zijn we bijvoorbeeld wel echt zeker van ons 'tekort'? **Is er bij ons niet eerder sprake van een probleem van beschikbaarheid van gekwalificeerd personeel?** Moet de oorzaak niet eerder gezocht worden bij de sector, die misschien niet zo aantrekkelijk is op vlak van werkomstandigheden en lonen? Telkens wanneer we in België denken werkrachten te kort te hebben, hebben we de reflex om ze elders te gaan zoeken (vandaag vooral in landen van het Oosten, Midden-Oosten, Afrika en Azië). Geen wonder dat mannen en vrouwen daar de kans grijpen om te emigreren naar betere oorden. Kunnen we het een Afrikaanse arts kwalijk nemen dat hij naar Frankrijk (of België) wil emigreren? Zeker als hij daar niet alleen in betere omstandigheden kan werken, maar ook zijn gezin kan onderhouden en zelfs zo goed dat hij geld naar zijn achtergebleven ouders kan opsturen? De juiste aanpak op vlak van migratie van gezondheidspersoneel is niet om onze grenzen te sluiten, maar om zowel in Noord als Zuid goede arbeids- en loonsomstandigheden te creëren. Op die manier kunnen de artsen van het Noorden en het Zuiden wonen en zorg verlenen waar ze echt nodig zijn!”

Een nieuwe studie van de Onafhankelijke Ziekenfondsen

Weinig thuisbevallingen, te veel keizersnedes

De Onafhankelijke Ziekenfondsen onderzochten in 2010 de ziekenhuiskosten van bevallingen in België. Twee dingen verdienen een plaatsje in de schijnwerpers:

- **Heel weinig Belgische vrouwen bevallen thuis: 0,77%.** In Nederland bevalt 30% van de vrouwen thuis. Deze bevallingsmethode, die voorbehouden is voor normale zwangerschappen, vereist specifieke omstandigheden, zowel op verloskundig als institutioneel vlak. Op dit moment verkiezen de toekomstige mama's nog altijd de geruststellende medische omgeving met alle mogelijke technische voorzieningen.
- **Vrouwen bevallen in bijna 20% van de gevallen met een keizersnede.** Volgens de WHO zit België dus boven het aanvaardbare niveau van 15% van de geboortes door keizersnede. De internationale literatuur raadt een keizersnede aan in bepaalde omstandigheden (slechte ligging van de foetus, prematuur of foetaal lijden, placenta praevia, enz.) Een keizersnede is echter niet onschuldig. De bijwerkingen kunnen namelijk groot zijn: letsel aan de ingewanden, infectie van de buikwand, diepe veneuze trombose, aanhoudende pijn, vertraagde hervatting van de buiktransit, enz.

In tijden van crisis lijkt het ons interessant om bij deze twee vaststellingen stil te staan en na te denken over de boodschap die we aan de toekomstige mama moeten meegeven. Een keizersnede brengt namelijk grote rechtstreekse of onrechtstreekse kosten met zich mee, terwijl een thuisbevalling of een bevalling in een geboortehuis de begroting net in evenwicht zouden kunnen brengen.

Chantal Neirynck

Directeur Studiedienst van de Onafhankelijke Ziekenfondsen

71.454

hulpverzorgers werden geregistreerd in de databank van de beoefenaars van de gezondheidszorgberoepen.

Radicale prostatectomie via robotchirurgie... Binnenkort terugbetaald?

In België worden elk jaar ongeveer **9.000 nieuwe gevallen van prostaatkanker** vastgesteld. Het is daarmee de meest voorkomende kanker bij mannen. Op basis van de leeftijd en de globale toestand van de patiënt kan de medische ploeg een volledige prostatectomie adviseren. Het gaat om de meest voorkomende ingreep in de urologie. Naast de klassieke prostaatchirurgie bestaat er echter ook robotchirurgie. Momenteel zijn er **20 ziekenhuizen erkend** voor de terugbetaling van deze techniek door het RIZIV. Er is een speciaal 'forfait' van 1.065 € per ingreep voorzien om bepaalde ziekenhuiskosten te dekken (waarvan een deel voor de aankoop en/of het onderhoud van het apparaat). Het jaar 2012 is cruciaal voor het debat over de gegrondheid van het forfait voor prostatectomie via robotchirurgie. We bevinden ons namelijk aan het einde van de proefperiode van de maatregel (3 jaar, sinds oktober 2009). Een beslissing over een eventuele opname in de nomenclatuur volgt dan ook binnenkort.

Rudy Van Tienen

Studiedienst van de Onafhankelijke Ziekenfondsen

'Jong' en gezond ouder worden!



2012 is het 'Europees jaar voor actief ouder worden en solidariteit tussen de generaties'. Het doel: de nuttige plaats van senioren in de maatschappij promoten en hen de mogelijkheid geven om actief te blijven. Dit thema omvat 3 invalshoeken: actief ouder worden op het werk, deelname aan de maatschappij en behoud van een autonoom leven. Actief ouder worden is bovendien een voorwaarde om solidariteit te garanderen tussen de generaties. Voor de politieke gezagsdragers en de betrokken actoren is het een uitdaging om de vooruitzichten binnen heel wat domeinen te verbeteren: werk, gezondheidszorg, sociale diensten, permanente opleiding, vrijwilligerswerk, woonst, informatica of vervoer.

<http://europa.eu/ey2012/>



© Frank Bahnmüller

Interview met Frank Robben, Administrateur-generaal

eHealth Nu of nooit?

Het platform eHealth, onder leiding van Frank Robben, bestaat ondertussen meer dan twee jaar. Tien eHealthdiensten hebben bovendien al het levenslicht gezien. Het is nu aan de instellingen en zorgverleners om zich in dit elektronische avontuur te storten!

Zijn de eHealth tools klaar voor gebruik?

Frank Robben - 9 van de 10 basisdiensten zijn operationeel. Twee van deze tools worden door 70 van de 120 ziekenhuizen in ons land op zeer regelmatige basis gebruikt. Het gaat om de 'timestamping' voor het elektronisch voorschrift en het systeem voor het beheer van de gebruikers en de toegang tot persoonlijke informatie. Voor deze basisdiensten moeten nog referentierepertoria afgewerkt worden om de elektronische documenten binnen de ziekenhuizen te kunnen weergeven. Het gaat om de 'hubs' en 'metahubs'. België telt 5 hubs: Charleroi, Brussel, Leuven, Gent en Antwerpen. De bedoeling is dat de zorgverleners toegang kunnen krijgen tot bv. onderzoeksresultaten van hun patiënten. De documenten worden gedecentraliseerd opgeslagen, zonder via het platform eHealth te moeten passeren. Via een andere basisdienst, de eHealthBox (elektronische inbox), kunnen de artsen documenten ontvangen in een beveiligde elektronische inbox. De diensten zijn dus gebruiksklaar. Nu moeten we de zorgverleners alleen nog aanmoedigen om ze te gebruiken.

Wat is het huidige gebruik van de elektronische tools door de zorgverleners?

F.R. - Dat is moeilijk te zeggen. We maken geen medische software

en het staat elk ziekenhuis en elke arts uiteraard vrij om eigen software te kiezen. Bovendien is de mogelijkheid die we bieden om informatie uit te wisselen niet verplicht. Ik ben een informaticus die goede diensten aanbiedt, maar het gebruik ervan moet natuurlijk ook gestimuleerd worden. En net

“ De diensten zijn klaar. Nu alleen nog de zorgverleners motiveren om ze te gebruiken! ”

daar wringt het schoentje: de artsenwereld is heel individualistisch. Sommigen zijn echt voorstander van eHealth: ze geloven in het systeem en willen het gebruiken. Anderen zijn dan weer heel terughoudend.

Wat is de meerwaarde van de eHealthtools?

F.R. - De elektronische (en beveiligde) uitwisseling van documenten zorgt ervoor dat patiënten bepaalde onderzoeken niet onnodig opnieuw moeten doen. eHealth drukt dus niet alleen de (gezondheids)kosten, maar verzekert ook kwaliteitsvolle zorgverlening en veiligheid voor de patiënt. Dankzij de goede werking van het systeem

van de hubs en metahubs en het feit dat elke arts toegang kan hebben tot de onderzoeksresultaten, kan men bovendien een beter zicht krijgen op het zorgsysteem. Alles hangt natuurlijk af van de discipline die elke zorgverlener aan de dag legt of de genomen maatregelen in de reglementering.

Hoe wordt de vertrouwelijke aard van de gegevens verzekerd?

F.R. - Alle documenten worden gecodeerd. Geen enkele inhoud passeert via het platform eHealth. De vrees voor een schending van de privacy en het beroepsgeheim is een drogreden om de zorgverleners schrik aan te jagen of te ontmoedigen. Ons veiligheidssysteem is namelijk heel goed georganiseerd en alle diensten werden gecontroleerd door onafhankelijke organen. Onze beheers- en controlecomités zijn eveneens nagegaan of alles in orde was. Het is een flauw excuus dat aangehaald wordt om het systeem niet te hoeven gebruiken.

Bepaalde artsen vrezen ook dat eHealth hun praktijk alleen maar ingewikkelder zal maken...

F.R. - De ware uitdaging zit in de gebruiksvriendelijkheid van de software die de artsen hanteren. Uiteraard zou de meeste software gebruiksvriendelijker gemaakt kunnen worden. Het is bovendien

...

zo dat huisartsen enkel gelabelde software mogen gebruiken. Vermoedelijk zullen meer en meer artsen overstappen naar eHealth. Ze hebben namelijk nood aan 'mobiele' toegang tot de dossiers van hun patiënten, of dat nu via een tablet, smartphone, laptop of iets anders is. Ik hoop dat er tegen dan verbeterde en aangepaste software beschikbaar zal zijn.

Wat ontbreekt nog om de eHealthdiensten te doen slagen?

F.R. – eHealth staat machteloos als de politiek niet meewil! Het is aan de overheid om in actie te schieten en het gebruik van de eHealthdiensten te stimuleren. Het zou stom zijn om 10 miljoen euro geïnvesteerd te hebben in een tool die niet gebruikt wordt. Uiteraard is het nodig om voor dit

gebruik een vertrouwensrelatie op te bouwen met de zorgverleners en de ziekenhuizen en zoiets vraagt natuurlijk veel tijd. De mogelijkheden van eHealth moeten nog naar waarde geschat worden. Het is dan ook belangrijk dat de ziekenhuizen hun documenten invoeren in de referentierepertoria's. Deze infrastructuur dient namelijk tot niets, zolang ze een lege doos is. Zonder repertoriumdocumenten is een uitwisseling niet mogelijk. Er is dus nog heel wat werk aan de winkel. Ik denk ook dat het de patiënten zullen zijn die de verandering zullen aanwakken, aangezien de toegankelijkheid van tal van documenten en het feit dat bepaalde gezondheidsonderzoeken niet herhaald moeten worden, hen als muziek in de oren zal klinken.

Wat zijn uw verwachtingen voor het komende jaar?

F.R. – Ik wil dat het gebruik van de diensten gestimuleerd wordt. In het belang van de patiënten moet er vaker informatie uitgewisseld worden en moeten de gegevens in de ziekenhuizen beschikbaar zijn via elektronische weg en toegankelijk zijn voor de andere zorgverleners. Daarnaast moeten de huisartsen hieraan meewerken door de gegevens ter beschikking te stellen. Ten slotte moet de elektronische uitwisseling van al deze informatie gestimuleerd worden bij de zorgverleners. Wij als eHealthinstelling kunnen het gebruik van deze diensten niet verplicht maken. De wet laat ons dit namelijk niet toe.



Interview door **Stéphanie Brisson**
stephanie.brisson@mloz.be



Philippe Kolh

3 vragen aan Pr. Philippe Kolh, Chief Information Officer (CIO) bij de ziekenhuisgroep van Luik

“Informatisering heeft ons veel bijgebracht”

Wat is de ervaring van de ziekenhuisgroep van Luik met eHealth?

In 2003 stonden we nog bijna nergens. Toen werd een strategisch en organisatorisch plan van de algemene directie ingevoerd. Dit plan was opgebouwd rond 4 pijlers: de patiënt, organisatorische scholing, financiën en procedures. Informatisering en verzending van informatie stonden hierbij centraal. Vandaag werken al onze medische diensten 'paperless'. Het gebruik van digitale informatie is dus indrukwekkend.

Welke tools heeft u ondertussen ontwikkeld?

Een element staat centraal: het elektronisch medisch dossier (EMD). De invoering van het EMD gebeurde geleidelijk aan door de ontwikkeling van opeenvolgende geïnformateerde pakketten. Werden ondertussen ontwikkeld: resultaatserver, hospitalisatie- en raadplegingsrapporten die het geraamte vormen van het EMD, afsprakenbeheer, beheer van de bedden en paramedische dossiers. Worden momenteel ontwikkeld: voorschriften voor biologische analyses en

medische beeldvorming, het verpleegkundig dossier, voorschrift en toedienen van geneesmiddelen. Al deze stappen zouden afgerond moeten zijn tegen 2015. De artsen hebben bovendien sinds meer dan een jaar van thuis uit toegang tot het EMD, via een heel beveiligde toegang.

Hoe reageren de ploegen?

Het EMD was meer dan welkom. Als er al weerstand was tegen de invoering ervan, dan hebben we gezocht naar de oorzaak en hebben we aangedrongen op een opleiding. Vanaf het begin waren er 4 personen (ondertussen al 6) aangeduid als 'begeleiders van het EMD': ze waren belast met het bepalen van de parameters van de software op basis van de nood, maar ook met het opleiden van de gebruikers. De overgang naar een paperless manier van werken is dus al bij al vlot verlopen. Het feit dat de algemene directie het project ondersteunt, heeft er veel toe bijgedragen. Mijn medische opleiding werd ervaren als een meerwaarde voor mijn functie van projectleider.

Polemiek

De anti-vaccinatiebeweging onder het vergrootglas!

Kinderen vaccineren tegen infectieziektes, zwangere vrouwen inenten tegen de griep, ...: voor de meeste artsen is het de logica zelf. Toch trekken sommigen het nut van vaccinatie in twijfel. Anderen beweren zelfs dat vaccineren gevaarlijk is. Wie zijn deze kruisvaarders van de anti-vaccinatiebeweging? En waarom kanten ze zich zo fel tegen vaccinatie? Health Forum gaat op zoek naar antwoorden!

De geschiedenis van de anti-vaccinatiebeweging is even oud als die van de vaccins zelf. Al in de 18e eeuw predikten theologen tegen vaccinatie en in Nederland werd al in 1823 de Bond tegen Vaccinatiedwang opgericht. Bij onze noorderburen is de vaccinkritische houding altijd prominent geweest, maar het gaat eigenlijk om een mondiaal fenomeen. Europa, de VS, Afrika, Arabische landen: de anti-vaccinatiebeweging is wereldwijd verspreid. Maar wie zijn nu de verantwoordelijken achter de verschillende groeperingen die zich kanten tegen vaccinatie? Hun achtergronden

blijken zeer uiteenlopend te zijn. Het gaat zowel om artsen als om homeopaten of gewone burgers die een organisatie oprichten.

Samenzweringstheorie en doofpotoperatie

Een rode draad ontwaren in het anti-vaccinatieverhaal is niet bijster moeilijk. Steevast zijn de argumenten gestoeld op een soort complottheorie tegen de wetenschap en de overheid. Volgens de anti-vaccinatiegroepen stopt de overheid de negatieve gevolgen en gevaren van vaccinatie in de doofpot en verzuimen zij om de

bevolking te informeren over de risico's van de prik.

De meeste groeperingen richten hun pijlen op vaccinatie in het algemeen, maar enkele nemen specifiek het griepvaccin onder vuur. Een samenzweringstheorie vormt stevast de kern van het betoog, maar binnen dat discours vallen 3 grote tendenzen te onderscheiden: het in twijfel trekken van de noodzaak van vaccinatie, de bijwerkingen en complicaties van vaccins en de gebrekkige informatieverstrekking door de overheid en de farmaceutische industrie.

Steven Vervaeet

steven.vervaeet@mloz.be

Vaccinatie, een solidaire daad!

Het spreekt voor zich dat vaccinatie erg belangrijk en zelfs levensreddend is. Kinkhoest, difterie, polio, ...: het zijn infectieziektes die aan jonge kindjes het leven kunnen kosten. Daarom is vaccineren vanaf de leeftijd van 8 weken essentieel. Bovendien is op die manier niet alleen het individu beschermd, maar ook de totale bevolking. Hoe meer mensen zijn ingeënt, hoe minder kans op het uitbreken van een ziekte (de zogenaamde 'groepsimmunitet'). Vaccinatie is dan ook een solidaire daad. Sommigen kunnen of mogen namelijk niet gevaccineerd worden wegens een verminderde immuniteit.

De uitroeiing van de pokken is wellicht het beste voorbeeld van het belang van vaccinatie. Door uitgebreid te vaccineren, is deze epidemie in de jaren '80 namelijk van de aardbol verdwenen. De Wereldgezondheidsorganisatie wil hetzelfde bereiken met polio (kinderverlamming), maar door een gebrek aan wereldwijde vaccinatie is deze infectieziekte nog niet volledig verdwenen. Om dezelfde reden sterven jaarlijks nog steeds meer dan 300.000 kinderen aan de mazelen!

Noot: in België is de inenting tegen polio wettelijk verplicht!

“Geen bewijs voor de effectiviteit”

Met welke argumenten neemt de anti-vaccinatiebeweging vaccinatie onder vuur? Enkele vaak voorkomende beweringen:

- Vaccinatie werkt niet of onvoldoende en er is geen bewijs voor de effectiviteit ervan.
- Er is onvoldoende onderzoek naar de effectiviteit en de veiligheid van vaccins.
- De informatie van de overheid over vaccins en de farmaceutische industrie is niet correct en onvolledig.
- De ziektes waartegen gevaccineerd wordt zijn niet ernstig of minder ernstig dan wordt voorgesteld door de medische geneeskunde.
- Infectieziektes verdwijnen of verminderen ook zonder vaccinatie.
- Natuurlijke middelen en/of homeopathie bieden een betere bescherming tegen infecties.
- Vaccins bevatten schadelijke hulpstoffen die kunnen leiden tot ontstekingsreacties en neurologische storingen.

Enkele voorbeelden van bewegingen:

- **Nederlandse Vereniging Kritisch Prikken:** de leden zijn vooral therapeuten die werken met alternatieve geneeswijzen, ouders en leken.
- **Vzw Preventie Vaccinatieschade:** eind jaren '80 opgericht door een homeopaat en twee ouders die geconfronteerd werden met 'vaccinatieschade'.
- **Uitdaging:** de site www.uitdaging.net werd opgericht door een overtuigde verkoper en gebruiker van voedingssupplementen en dergelijke.
- **Meer weten over Freek:** opgericht door familie en vrienden van Freek Hagoort, een 8-jarige jongen die 3 dagen na een vaccinatie overleed.



Meer weten over het discours van de anti-vaccinatiebeweging?

U leest er meer over op de site van de Nederlandse Vereniging Kritisch Prikken (nvkp.nl) en de vzw Preventie Vaccinatieschade (vaccinatieschade.be)!

Neem zeker ook een kijkje op:

- www.vaccinatieweek.be
- www.zorg-en-gezondheid.be/vaccinaties
- www.influenza.be



Marc Van Ranst

“Respect voor experts is tanend”

Hoe moeten we de anti-vaccinatiebeweging beoordelen? En vormt ze een reëel gevaar of niet? Viroloog en griepcommissaris Marc Van Ranst geeft tekst en uitleg!

Vormt de anti-vaccinatiebeweging een minderheid of kent ze steeds meer navolging?

Beide! Je moet deze beweging bekijken vanuit een historisch perspectief. Deze groepjes bestaan al sinds de 18e eeuw en zijn nooit echt groot geweest. Door de opkomst van het internet en de sociale media is hun impact echter gegroeid. Het gaat namelijk niet langer om geïsoleerde bewegingen.

Hoe verklaart u de complottheorieën die de rode draad in het anti-vaccinatieverhaal vormen?

Paranoia is inderdaad een vast ingrediënt in het menu van de anti-vaccinatiebeweging. Volgens hen zijn alle wetenschappers konkelfoezende snoodaards die vanalles achterhouden. De verklaring hiervoor ligt ook bij het internet. Iedereen raadpleegt nu met een simpele muisklik 'Dokter Google'. Omdat informatie zo snel raadpleegbaar is, verdwijnt daardoor het respect voor experts. Dat is een sociale tendens die zich duidelijk manifesteert. Er is niets zo gevaarlijk als een klein beetje kennis.

Schat u deze beweging daardoor als gevaarlijk in?

Niet bepaald, ik ga ervan uit dat de grote meerderheid van de bevolking z'n gezond verstand gebruikt en geen geloof hecht aan het verhaal van deze valse profeten. Toch kunnen bepaalde praktijken zware gevolgen hebben. Kijk maar naar de Steiner-scholen waar mazeleninfecties opnieuw opduiken en daardoor ook onbeschermden personen bedreigen!

Wat zijn volgens u de pistes die moeten worden bewandeld?

Genuanceerde informatieverstrekking en opvoeding zijn de sleutels tot succes. Voor de meeste mensen is een vaccin namelijk niet meer dan een spuit in de arm. Daarom is het belangrijk om jongeren en volwassenen via verschillende kanalen te informeren over vaccinatie en het belang ervan. Dankzij rationele en wetenschappelijk onderbouwde argumenten is het namelijk bijzonder gemakkelijk om het anti-vaccinatie-discours te ontzenuwen.

S.V.

Arbeidsreïntegratie

Werken, een remedie tegen... ziekte?

Stress en mentale problemen als angst en depressie worden vaak aangehaald als de belangrijkste oorzaak van werkverzuim. Dat is echter buiten spier- en skeletaandoeningen gerekend: de impact van deze aandoeningen wordt zwaar onderschat. Ze veroorzaken namelijk maar liefst twee keer zoveel verloren werkdagen. Het project 'Fit for Work' onderzoekt deze problematiek al enkele jaren en stelt een reeks praktische maatregelen voor.

Het project 'Fit for Work' maakt deel uit van een uitgebreid werkprogramma dat in 24 Europese en niet-Europese landen gebruikt wordt. Sinds enkele jaren onderzoeken de organisaties en specialisten die deel uitmaken van dit Europese initiatief in detail de invloed van musculoskeletale aandoeningen (MSA) op het beroepsleven van werknemers. Uit het 'Fit for work'-rapport van België blijkt dat 40% van de rechtstreekse en onrechtstreekse kosten van absentisme in ons land, ofwel 4,12 miljard euro, te wijten is aan MSA (Securex, 2009).

Biopsychosociaal model

MSA's en mentale problemen hangen nauw samen. Het is logisch dat de gevolgen van invaliditeit en pijn ook een invloed kunnen hebben op het humeur, de concentratie of mobiliteit. Personen met een MSA zijn dan ook gevoeliger voor problemen als depressie en angst. Het rapport 'Fit for Work' beveelt de huisartsen aan om het biopsychosociaal model te gebruiken. Op basis van dit model wordt de interactie geëvalueerd tussen het biologische (ziekte, gewrichtsproblemen), het psychologische (ingesteldheid, angst) en

het sociale (eisen op het werk, steun van het gezin) aspect van de ziekte.

Werken = gezondheid terugvinden...

Natuurlijk kan het werk de oorzaak zijn van gezondheidsproblemen, maar het kan evengoed een remedie vormen. Uit onderzoek blijkt dat arbeid van goede kwaliteit kan helpen om de gevolgen van heel wat ziektes te verminderen en het herstel te bevorderen van personen met een MSA. Toch menen heel wat huisartsen en werkgevers ten onrechte dat een werknemer 100% fit moet zijn, vooraleer hij weer aan het werk kan. 'Fit for work' promoot echter een proactieve aanpak van arbeidsreïntegratie die gericht is op het vermogen van de werknemer. Werkgevers en huisartsen concentreren zich namelijk nog te veel op de aspecten van het werk die een patiënt nog niet kan, in plaats van te kijken naar wat hij wel al kan.

Heel wat huisartsen en werkgevers denken ten onrechte dat een werknemer 100% hersteld moet zijn, vooraleer hij weer aan het werk kan.

Nathalie Renna

nathalie.renna@mloz.be



www.fitforworkeurope.eu

Het werk hervatten: een nieuwe start!



Een van de obstakels van reïntegratie die het rapport 'Fit for work' aanhaalt, is het gebrek aan coördinatie tussen de verschillende actoren die betrokken zijn bij de procedure. Om dit op te lossen, hebben de Onafhankelijke Ziekenfondsen een 'werkherstattingsboekje' opgesteld. Dit is een praktische tool om de communicatie tussen de adviserend geneesheer, de huisarts, de arbeidsgeneesheer en de sociaal assistent te verbeteren.

Ivan Pascalo, 40 jaar en werknemer bij een Luiks staalbedrijf, gebruikte dit boekje bij zijn arbeidsreïntegratie: "Na 15 jaar in de fabriek ben ik arbeidsongeschikt

geworden. Tijdens mijn tweede ontmoeting met de adviserend geneesheer kwam de mogelijkheid ter sprake om het werk halftijds te hervatten in een aangepaste functie. Honderd procent fit zal ik nooit worden, maar thuisblijven en niets doen, dat was niets voor mij. Daarom heb ik stappen ondernomen om een aangepaste functie te vervullen. Het werkhervattingsboekje was een handig middel om de procedure bij de dienst arbeidsgeneeskunde en de werkgever vlotter te laten verlopen. Ik ben heel tevreden over mijn huidige beroepssituatie en binnenkort ga ik misschien zelfs weer voltijds aan de slag."



Christophe Van den Bremt
christophe.vandenbremt@mloz.be

Actua Onafhankelijke Ziekenfondsen

De Onafhankelijke Ziekenfondsen volgen de actualiteit op de voet.
Neem gerust ook een kijkje op onze site www.mloz.be voor meer nieuws!

Het Europees Jaar voor Actief Ouder Worden en Solidariteit tussen de Generaties

De 4 prioriteiten van de Onafhankelijke Ziekenfondsen

Ook in de gezondheidszorg blijft de vergrijzing niet zonder gevolgen. Stijgende uitgaven van de ziekteverzekering, meer en meer nood aan verzorgend personeel, een tekort aan rust- en verzorgingstehuizen, ... Het Europese jaar rond actief ouder worden is dan ook de uitgelezen kans om de uitdagingen in de gezondheidszorg in de kijker te zetten!

De Onafhankelijke Ziekenfondsen zien volgende 4 prioriteiten:

- Het organiseren van **sensibiliseringscampagnes** tav het grote publiek over de problematiek van de vergrijzing en de uitdagingen die het met zich meebrengt. Zo moeten we komen tot een grotere bewustwording van de nood aan solidariteit tussen generaties, iets wat vandaag onvoldoende leeft.
- Het herzien van het **zorgmodel** waarbij n.a.v. de vergrijzing en de opkomst van chronische aandoeningen er een zeer grote nood is aan meer inspanningen inzake preventie (zeker bij jong gepensioneerden) en het begeleiden van de verzekerden met coachingsprogramma's en in zorgtrajecten.
- Het geven van een bijzondere aandacht voor de **mentale gezondheid van ouderen**, met een klemtoon op de verdere uitvoering van het plan dementie.
- Het creëren van een interessant **juridisch kader voor de mantelzorgers** met een verbetering van zijn juridisch statuut (behoud van recht in de sociale zekerheid en het goed verzekeren van de activiteiten van de mantelzorger), alsook het kunnen voorzien van rustmomenten voor de mantelzorgers zelf.

Christian Horemans
Expert International Affairs

24%

van de Belgische kinesitherapeuten zijn aangesloten bij de Onafhankelijke Ziekenfondsen.

Gezondheidsweken: herstellen van kanker in Dunepanne

De gevolgen van kanker eindigen niet na de behandeling. Ook voor herstellende kankerpatiënten is een goede omkadering en begeleiding erg belangrijk. Daarom staan de **Gezondheidsweken in Dunepanne** garant voor een mix van groepsworkshops en individuele verwenmomenten, onder de deskundige begeleiding van ervaren experts. Dit jaar vinden de Gezondheidsweken plaats **van 22 tot 26 oktober**. En dit telkens in Dunepanne, het zorgverblijfcentrum van de Onafhankelijke Ziekenfondsen

Ontdek alle details in onze brochure op www.mloz.be

Hulpmiddelen om vaccinatie op te volgen!

De Onafhankelijke Ziekenfondsen hebben een nieuwe brochure rond vaccinaties bij kinderen gelanceerd. De brochure bevat onder meer een vaccinatiewijzer waarop ouders per leeftijdscategorie kunnen nagaan welke vaccinaties aanbevolen worden door de Hoge Gezondheidsraad. Op de site van hun ziekenfonds kunnen ze bovendien een overzichtelijke kaart downloaden waarop ze zelf de vaccinatiestatus van hun kind(eren) kunnen bijhouden.



Dé gids voor mobiele werknemers in Europa

Welk land neemt de medische kosten van een grensarbeider op zich? Waar betaalt een expat zijn sociale bijdragen? Waar moeten de personen ten laste van een gedetacheerde werknemer zich inschrijven? Uit een resolutie van het Europese Parlement van eind 2011 blijkt dat er nood is aan meer informatie over de rechten en plichten van de mobiele werknemers. De Onafhankelijke Ziekenfondsen vullen graag die leemte met hun gloednieuwe brochure 'Werken in het buitenland – Europa'!



Gratis te raadplegen en downloaden op www.mloz.be



Behandeling van abdominale en thoracale hernia

Daghospitalisatie bevorderen om 60% van de kosten te besparen

Hoewel hernia meestal geen ernstige aandoening is, wordt slechts 1 op de 4 operaties uitgevoerd via daghospitalisatie. Via zo'n ziekenhuisopname zouden zowel de patiënt als de ziekteverzekering nochtans 60% van de kosten van een klassieke hospitalisatie kunnen besparen! Ook de vooruitgang die de heilkunde de laatste tijd geboekt heeft, pleit voor een daghospitalisatie. Waarom kiest men daar dan niet vaker voor? De nieuwe studie van de Onafhankelijke Ziekenfondsen zoekt het uit!

Een abdominale of thoracale hernia is een uitstulping van een orgaan of een deel van een orgaan uit de lichaamsholte waar het normaliter in ligt. Een hernia kan zich in theorie eender waar in het lichaam voordoen, maar het komt vooral frequent voor in de buikholte: ofwel van de buik naar de thorax (hernia diaphragmatica of hiatushernia), ofwel een uitwendige uitstulping (inguinale hernia, inguinoscrotale hernia, femorale/crurale hernia, hernia obturatoria, navelbreuk, hernia epigastrica, lumbale hernia, ...). Deze breuk is vaak het gevolg van een geleidelijke verzwakking van de spieren, nog verergerd door fysieke inspanningen en het ouder worden. Een hernia kan echter ook aangeboren zijn.

Het gaat om een aandoening die een grote handicap kan betekenen. Het gevaar voor een beklemming, met zelfs necrose van de darm, is namelijk reëel. Een vroegtijdige behandeling is dan ook erg belangrijk, ofwel via een gewone ziekenhuisopname, ofwel via daghospitalisatie.

De behandeling van de hernia houdt in dat men het orgaan (of het deel van het orgaan) opnieuw op zijn plaats brengt, als er nog geen sprake is van een necrose door de wurging. De wand waar de opening zich heeft voorgedaan, wordt eventueel versterkt, door het inbrengen van een netje.

Kenmerken van de ziekenhuisopname

- In 2010 werd abdominale en thoraxchirurgie voor een hernia uitgevoerd bij **ongeveer 3 op de 1.000**

leden van 1 van de 7 Onafhankelijke Ziekenfondsen. Het ging in totaal om **6.963 ziekenhuisopnames** voor dit type chirurgie. De verdeling klassieke ziekenhuisopnames en daghospitalisaties zag er daarbij als volgt uit: respectievelijk 3/4 en 1/4 van dit aantal.

- Het aantal ziekenhuisopnames voor een hernia-operatie vertegenwoordigt **2,4% van het totale aantal opnames** bij de leden van de Onafhankelijke Ziekenfondsen (1 hospitalisatie op 40).
- De gemiddelde duur van een klassieke ziekenhuisopname voor een hernia-operatie wordt geraamd op **3 dagen**. Een verlenging van het verblijf is mogelijk bij complicaties of in zware gevallen (12 dagen voor een hernia met necrose en darmresectie).

Kenmerken van de gehospitaliseerde patiënten

- Een hernia-operatie wordt vaak in daghospitalisatie uitgevoerd bij jongeren (behalve bij pasgeborenen) en bij de middelste leeftijdsgroepen. **Het gaat om 30% bij kinderen jonger dan 10 jaar en 40% bij de leeftijdsgroep van 40-65 jaar.**
- Ondanks een gebrek aan relevante gegevens (zoals de activiteitssector en de tewerkstelling) lijkt het erop dat herniachirurgie vooral uitgevoerd wordt bij personen die een **beroepsactiviteit uitoefenen die grote lichamelijke inspanningen vereist**. Verhoudingsgewijs blijken namelijk meer arbeiders een hernia-operatie te ondergaan, vergeleken met de

totale bevolking. Dit resultaat bevestigt het verband tussen een hernia en lichamelijke inspanningen.

- Andere vaststelling: het aantal **mannen** dat abdominale of thoraxheekunde ondergaat door een hernia, is **twee keer hoger dan het aantal vrouwen** (zowel voor de gewone ziekenhuisopname als de daghospitalisatie).

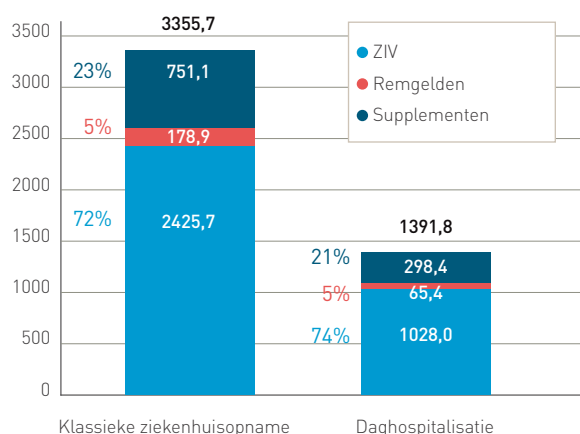
Kostprijs van een ziekenhuisverblijf

Er is natuurlijk een correlatie tussen de duur van het ziekenhuisverblijf en de kostprijs. Het spreekt voor zich dat de klassieke ziekenhuisopname duurder is dan de daghospitalisatie (zie figuur 1). Dat geldt zowel voor de patiënt (remgelden + supplementen) als de ziekte- en invaliditeitsverzekering.

- In 2010 **bedroeg de gemiddelde kostprijs van een hernia-operatie 3.355€ bij een klassieke ziekenhuisopname en 1.391€ via one day.**
- Ongeacht het type ziekenhuisopname is meer dan 25% van de kosten ten laste van de patiënt. De rest is ten laste van de ziekte- en invaliditeitsverzekering. Het zijn vooral **de supplementen** die de factuur ten laste van de patiënt de hoogte injagen. Zij **vertegenwoordigen op hun eentje meer dan 80% van de totale kostprijs die betaald wordt door de patiënt** (meer dan 60% van die uitgaven heeft betrekking op honorariumsupplementen, 15% slaat op de toeslagen voor implantaten en materiaal).
- Een hernia-operatie via **daghospitalisatie** bespaart zowel de patiënt als de ziekte- en invaliditeitsverzekering gemiddeld **60% van de kostprijs van diezelfde ingreep via een klassieke ziekenhuisopname.**

Figuur 1

Gemiddelde kostprijs van een hernia-operatie per type ziekenhuisopname (2010)



- **Soorten ziekenhuizen:** het gros van de hernia-operaties wordt uitgevoerd in **niet-universitaire ziekenhuizen** (90%) en het gaat om gewone recht-hebbenden of personen die geen recht hebben op de verhoogde tegemoetkoming (90%) (figuur 2). Er zijn geen significante verschillen in de verdeling RVV en niet-RVV tussen de universitaire en de niet-universitaire ziekenhuizen voor eenzelfde soort van ziekenhuisopname. Het is wel zo dat de universitaire ziekenhuizen, wat de klassieke ziekenhuisopname betreft, duidelijk duurder zijn voor de ziekte- en invaliditeitsverzekering dan de niet-universitaire ziekenhuizen (behalve wat de supplementen betreft). Er zijn daarentegen geen significante verschillen betreffende de kostprijs voor de patiënt. Aangezien de rechthebbenden RVV beter terugbetaald worden dan de rechthebbenden niet-RVV, zijn zij duurder voor de ziekte- en invaliditeitsverzekering. De kosten die ten laste van de patiënt zelf blijven, zijn in dit geval lager dan bij een rechthebbende niet-RVV.

...

Waarschuwing

De analyse van de ziekenhuiskosten 2010 in het kader van abdominale en thoracale hernia's werd bemoeilijkt door het onlogische en weinig homogene karakter van de nomenclatuurcodes waarover de zorgverleners beschikken voor de attestering van deze toch vrij courante aandoening (bijna 7.000 opnames in 2010 voor onze leden). De heekkundige verstrekkingen* verschillen naargelang de plaats, de ernst of de complexiteit

van de hernia (beklemming of niet, met of zonder darmresectie) en de gebruikte techniek voor de behandeling.

Belangrijk: de nomenclatuurcodes voor hernia zijn grondig gewijzigd sinds 1 januari 2012. De nieuwe codes bevatten informatie over de plaats van de hernia, los van de gebruikte techniek en eventuele beklemming.

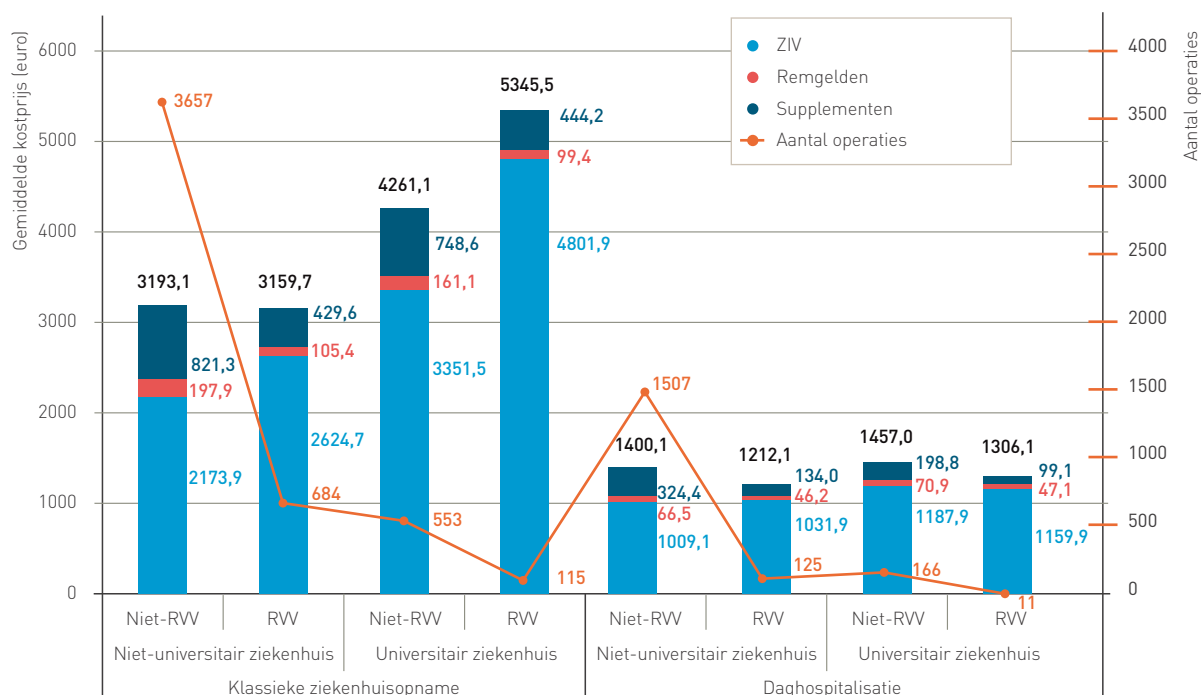
* Zoals bepaald door de nomenclatuur voor de geneeskundige verstrekkingen die volledig of gedeeltelijk terugbetaald worden door de verzekering geneeskundige verzorging (zie het Belgisch Staatsblad).

- **Soorten kamers:** ongeacht het hospitalisatietype gaat het in 2 op de 3 ziekenhuisopnames om een gemeenschappelijke kamer of een tweepersoonskamer (zie figuur 3). De gemiddelde kostprijs van een hernia-operatie ten laste van de ziekteverzekering wordt niet echt beïnvloed door het kamertype (wat wel het geval is voor de supplementen die aangerekend worden aan de patiënt). De aard van de

hospitalisatie speelt daarbij geen rol. Op te merken valt echter dat de verschillen in de toeslagen tussen de eenpersoonskamers en de andere kamers opvallender zijn bij de RVV's dan bij de rechthebbenden zonder RVV. Het remgeld wordt eveneens beïnvloed door het kamertype, hoewel de invloed minder groot is dan bij de toeslagen.

Figuur 2

Gemiddelde kostprijs en aantal hernia-operaties volgens het eventuele RVV-statut van de patiënt, het soort ziekenhuis en het hospitalisatietype (2010)



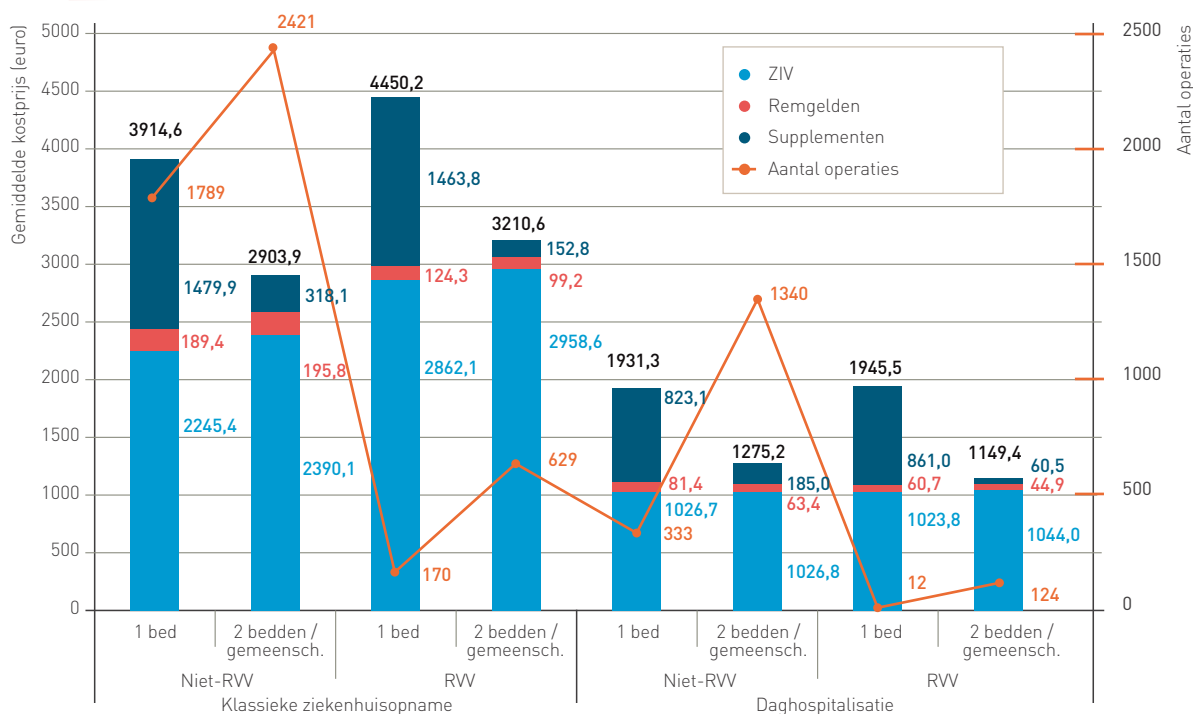
Ziekenhuizen en verstrekkers sensibiliseren

Ondanks tal van maatregelen is en blijft de ziekenhuisfactuur voor een hernia hoog. Een verhoogde responsabilisering en sensibilisering van alle actoren (ziekenhuizen, zorgverleners, sociale verzekeringen, verzekeringsinstellingen en ziekte- en invaliditeitsverzekering) zijn noodzakelijk om de patiënt te beschermen tegen die kosten (iets meer dan 25% van de globale factuur). De geldmiddelen waarover ons stelsel geneeskundige verzorging beschikt, moeten namelijk op efficiënte wijze gebruikt worden. Wij maken er als verzekeringsinstelling dan ook onze missie van om:

- de bevolking te informeren over de bepalende elementen van de kostprijs van een ziekenhuisopname, en dus over de financiële gevolgen van mogelijke keuzes in het kader van een ziekenhuisopname;
- meer transparantie te vragen over de reële kostprijs van een ziekenhuisopname voor de patiënt. Veel ziekenhuizen blijven namelijk vaag over die kostprijs (de facturen zijn onleesbaar);
- de ziekenhuizen/zorgverleners en de patiënten bewust te maken van mogelijke besparingen voor de gemeenschap via daghospitalisatie. Een belangrijk punt nu men volop nadenkt over alternatieven voor een ziekenhuisopname.

Figuur 3

Gemiddelde kostprijs en aantal hernia-operaties volgens het kamertype, het eventuele RVV-statuuat van de patiënt en het soort ziekenhuisopname (2010)



Conclusies

Deze studie toont aan dat de kostprijs van een hernia-operatie mee bepaald wordt door de plaats en de ernst van de hernia, het soort ziekenhuisopname (KZ/OD), het soort ziekenhuis (universitair of niet) of zorgverlener, het soort patiënt (RVV of niet) en het kamertype (eenpersoonskamer of twee-/meerpersoonskamer).

- De klassieke ziekenhuisopname (KZ) is 2 tot 4 keer duurder voor de maatschappij dan de daghospitalisatie, ongeacht het soort hernia-operatie. Door meer operaties in One Day (OD) te doen, zou men de ziekenhuisfactuur dus aanzienlijk kunnen verminderen (zowel voor de ziekte- en invaliditeitsverzekering als voor de patiënt). Opgelet, deze oplossing is enkel denkbaar voor zover de indicatie dit toelaat. Men moet ook zeker zijn van dezelfde zorgkwaliteit of hetzelfde resultaat. Dankzij de vooruitgang van de medische technologie is het overigens mogelijk om meer en meer hernia's te behandelen via daghospitalisatie.
- Het is altijd bemoedigend om te kunnen vaststellen dat het RVV-statuuat een gunstig effect heeft op de uitgaven ten laste van de patiënt.
- De universitaire ziekenhuizen vallen duidelijk duurder uit voor de ziekte- en invaliditeitsverzekering dan

de niet-universitaire ziekenhuizen, zij het enkel voor de KZ-gevallen (dus a priori voor de complexere gevallen). Het aandeel ten laste van de patiënt wordt daarentegen niet op significante wijze beïnvloed door de keuze van het soort ziekenhuis.

- De universitaire ziekenhuizen **bekommeren zich nog steeds om de ingewikkeldste gevallen** (ongeveer 10% van de hernia-gevallen bij onze leden in 2010).
- De **keuze van de kamer** (eenpersoonskamer/tweepersoonskamer of gemeenschappelijke kamer) beïnvloedt het aandeel van de patiënt, zeker wat de supplementen betreft.



PhD Güngör Karakaya
Dr. Chantal Neiryck

Studiedienst Onafhankelijke Ziekenfondsen

Noord-zuidanalyse

Gezondheidspromotie aan weerskanten van de taalgrens

Hoe is het gesteld met de gezondheidspromotie in ons land? In Vlaanderen bestaat al enkele jaren een expertiseorgaan voor gezondheidspromotie dat zijn nut al ruimschoots heeft bewezen. Aan Franstalige zijde kondigde de minister van Gezondheid Fadila Laanan (PS) een hervormingsplan aan, maar de sector van de gezondheidspromotie loopt niet bepaald warm voor de oprichting van een coördinatiecentrum. Een overzicht!

Bij het bepalen van de definitie van gezondheidspromotie baseert iedereen in ons land, van het noorden tot het zuiden, zich op dezelfde referentie: het Handvest van Ottawa. Gezondheidspromotie is 'het proces dat groepen van mensen in staat stelt om meer controle te verwerven over de determinanten van hun gezondheid om zo hun gezondheid te verbeteren'. Hoewel gezondheidspromotie aan weerskanten van de taalgrens dezelfde betekenis heeft, verschillen de structuren en voorzieningen echter meer dan ooit.

Het Vlaamse systeem

In Vlaanderen bestaat er een expertiseorgaan voor gezondheidspromotie en -preventie, VIGeZ (Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie en ziektepreventie) genaamd. Het VIGeZ streeft ernaar om strategieën, methodes en de nodige ondersteuning

aan te bieden om gezondheidspromotieprojecten mogelijk te maken. Zo coördineert het bijvoorbeeld het methodologische werk van de 'Logo's' (Lokaal Gezondheidsoverleg). Moet de Federatie Wallonië-Brussel (FWB) ons voor-

**Wist u dat...
gezondheidspromotie
een officiële opdracht van
de ziekenfondsen is?**

beeld volgen? "Op dit moment weten we nog niet hoe dit concreet zal uitpakken," zegt Chantal Leva, de voorzitter van de Hoge Raad voor Gezondheidspromotie. "Bij het uitwerken van het beleid moet alleszins rekening gehouden worden met de verwachtingen van de gezondheidsprofessionals en de noden van de bevolking". Het Vlaamse systeem heeft het

voordeel dat het over een erkend referentieorgaan beschikt waarbij iedereen terecht kan voor een gezondheidspromotieproject, maar het is natuurlijk ook geen wondermiddel. Ondanks het globale overzicht van het VIGeZ op alle gezondheidspromotieprojecten, heeft het maar weinig 'controlebevoegdheid' over de zaken. Deze bevoegdheid komt toe aan het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid (VAZG) en het kabinet van Vlaams minister Jo Vandeuren (CD&V).

En bij onze onderburen?

Onder de taalgrens waait momenteel een nieuwe wind door de sector van de gezondheidspromotie. Aan de oorsprong van het hervormingsplan van minister Fadila Laanan ligt een evaluatie van de gezondheidsvoorzieningen in de Federatie Wallonië-Brussel (FWB). Een evaluatie waar de sector zelf al lang op zat te wachten.

Gezondheidsvoorzieningen als het vijfjarenplan waren tot dan toe namelijk nog nooit geëvalueerd.

Uit de audit, die op vraag van de Hoge Raad voor Gezondheids promotie door een externe instelling uitgevoerd werd, bleek dat de Franse Gemeenschap duidelijk kampt met een gebrek aan coördinatie van de gezondheidspromotieacties. Vandaar het idee van minister Laanan om een instelling van openbaar nut op te richten die zich zou bezighouden met het gecentraliseerde bestuur van gezondheidspromotie in de Federatie. De bedoeling? De verschillende operationele functies van gezondheidspromotie binnen eenzelfde organisatie samenbrengen.

"Het is normaal dat deze overgangsperiode vol veranderingen de sector onzeker maakt," legt Chantal Leva uit. "Het betekent namelijk ook dat er een gebrek aan middelen is voor gezondheidspromotie en dat er op alle niveaus bespaard moet worden. Zoiets is natuurlijk allesbehalve geruststellend."

Van hun kant vrezen de verschillende actoren uit de gezondheidspromotiesector in de FWB dat de missies van bepaalde verenigingen door dit orgaan overgenomen zullen worden.

Naar een nieuwe gezondheidscode

De hervorming van de sector van de gezondheidspromotie in de FWB hangt ook nauw samen met de redactie van een nieuwe 'Gezondheidscode'. Hierin zullen alle teksten verzameld worden over de gezondheidscompetenties. "Na 12 jaar praktijk moet het decreet aangepast worden, rekening houdend met de expertise die de professionals ontwikkeld hebben", verklaart Chantal Leva. Minister Laanan hoopt dat deze nieuwe tekst operationeel zal zijn vanaf 2013. Wordt vervolgd.



Nathalie Renna & Steven Vervaeet

De huidige Vlaamse gezondheidsdoelstellingen op een rij

Om het beleid in de gezondheidspromotie te sturen, formuleert de Vlaamse Overheid sinds 1998 Vlaamse gezondheidsdoelstellingen:

- 1 **Het gebruik van tabak, alcohol en illegale drugs terugdringen**
Concreet: tegen 2015 wil Vlaanderen het gebruik van deze middelen terugdringen met 25%.
- 2 **Een stijging van het aantal mensen dat fysiek actief is, evenwichtig eet en een gezond gewicht heeft**
Concreet: tegen 2015 daalt het aantal sedentaire personen met 10%, tegen 2015 stijgt het percentage moeders dat borstvoeding geeft van 64 naar 74%, ...
- 3 **Een doelmatiger Vlaams bevolkingsonderzoek naar borstkanker bereiken**
Concreet: tegen 2012 nemen 75% vrouwen uit de doelgroep deel aan het onderzoek, bij een eerste screening is ten minste 25 % van de gevonden kankers niet groter dan 1 centimeter, ...
- 4 **Een afname van het aantal dodelijke ongevallen in de privé-sfeer en in het verkeer**
Concreet: voor 2002 beoogde de doelstelling een afname met 20%, maar voorlopig is deze nog niet hernieuwd.
- 5 **Een daling van het aantal sterfgevallen door zelfdoding**
Concreet: tegen 2020 beoogt de Vlaamse Overheid een daling van het aantal zelfdodingen in Vlaanderen met 20% (in vergelijking met het jaar 2000).
- 6 **Een significante verbetering van de preventie van infectieziektes**
Concreet: voor 2020 beoogt de doelstelling een hogere vaccinatiegraad voor infectieziektes als polio, kinkhoest, tetanus, difterie, mazelen, bof en rodehond. In afwachting van een herformulering in april 2012 blijft deze doelstelling van kracht.

www.zorg-en-gezondheid.be

Boek

Depressie: een hondenleven

'Black dog', het is de metafoor waarmee Winston Churchill zijn vlagen van depressie omschreef. Hoe het is om te leven met een zwarte hond aan je zijde, illustreert Matthew Johnstone treffend in dit prentenboek.



'Black dog. Leven met een depressie' is dan ook geen zelfhulpboek, maar een werkstuk dat met enkele rake tekeningen een scherpe en verhelderende kijk biedt op wat het is om aan een depressie te

lijden. Verplichte kost voor zowel mensen met een depressie en hun naaste omgeving als dokters en therapeuten!

Black dog. Leven met een depressie,
Matthew Johnstone, Acco, 2011, 48 blz.,
ISBN 978-90-334-8581-7

Boek

De biologie achter het orgasme

Uit het bed klappen is dan wel taboe, maar dit boek komt er moeiteloos mee weg. In 'De wetenschap van het orgasme' doen enkele seksuologen, een neuroloog en een endocrinoloog namelijk de complexe biologie achter het orgasme uit de doeken. Waarom grijpt een orgasme soms wel plaats en soms niet? Hoe sturen onze hersenen dit proces? Welke invloed hebben ouderdom, geneesmiddelen of psychische stoornissen op het orgasme? Dit boek beantwoordt al deze en veel meer vragen over het orgasme en bereikt een eenzaam hoogtepunt in de informatieverstrekking rond deze seksuele ervaring.



De wetenschap van het orgasme, B. Komisaruk,
C. Beyer-Flores, B. Whipple, S. Geuens, Acco,
2011, 424 blz., ISBN 978-90-334-8596-1

Boek

De bijsluiter voorbij

Velen beschouwen medicijnen als mirakelmiddelen. In dit boek vertikt Gert Laekeman, titularis Geneesmiddelenkennis aan de K.U. Leuven, die pil echter te vergulden en naast de voordelen van de medicijnen neemt hij ook hun nadelen en mogelijke nevenwerkingen onder de loep. Daarnaast laat de auteur u ook de bomen zien in een bos van meer dan 3.000 gecommercialiseerde geneesmiddelen. Hij noemt ze namelijk bij hun commerciële naam en groepeerd ze volgens hun werking. Kortom, een zowel diepgravend als overzichtelijk



boek waarin de geneesmiddelen op een apothekerschaaltje worden afgewogen!

Geneesmiddelen: wat de bijsluiter niet vertelt,
Gert Laekeman, Acco, 2012, 208 blz.,
ISBN 978-90-334-8643-2

Boek

Infecties in woonzorgcentra: hoe voorkomen én genezen?

Artsen, rusthuispersoneel, bezoekers, ...: het voorkomen van infecties in woonzorgcentra vergt een gezamenlijke inspanning van verschillende partijen. Een overzichtelijke leidraad is dan ook geen overbodige luxe. Daarom bundelt dit draaiboek alle voorzorgsmaatregelen ter preventie van infecties in een handige losbladige kافت. Maar wat als het kwaad eenmaal is geschied? Ook dan biedt het draaiboek de antwoorden op de meest gestelde vragen. Via een bijhorende cd-rom kunnen de steekkaarten met maatregelen bovendien ook digitaal aangepast en gepersonaliseerd worden.



Draaiboek infectiebeleid in het woonzorgcentrum,
Tessa Van Houtte e.a., Acco, 2012, 300 blz.,
ISBN 978-90-334-8640-1

The background image shows two medical professionals, a man and a woman, in an operating room. They are both wearing green scrubs and blue surgical caps. The man is on the left, looking down at a magazine held by the woman on the right. The magazine is titled 'Health Forum' and features a picture of a person. The operating room has large, multi-colored surgical lights hanging from the ceiling and various medical equipment in the background.

Health Forum*, het magazine voor zorgprofessionals

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

Abonneer u gratis of abonneer uw collega's!

Mail naar health-forum@mloz.be

www.mloz.be

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

Meer dan **2.000.000** verzekerden
schenken ons hun vertrouwen

Jij ook?

Onafhankelijke 
Ziekenfondsen

www.mloz.be

De Onafhankelijke Ziekenfondsen groeperen:

