

# Health Forum



Het magazine van de Landsbond van de Onafhankelijke Ziekenfondsen  
driemaandelijks • december 2017 • nr. 32



DOSSIER

## Op naar nationale gezondheids- doelstellingen?

# Maak kennis met de Onafhankelijke Ziekenfondsen!

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

De Landsbond van de Onafhankelijke Ziekenfondsen verenigt 5 ziekenfondsen:



## **OZ**

Boomsesteenweg 5  
2610 Antwerpen  
[www.oz.be](http://www.oz.be)



## **PARTENA ZIEKENFONDS**

Sluisweg 2 bus 1  
9000 Gent  
[www.partena-ziekenfonds.be](http://www.partena-ziekenfonds.be)



## **OMNIMUT MUTUALITÉ LIBRE DE WALLONIE**

Rue Natalis 47 B  
4020 Liège  
[www.omnimut.be](http://www.omnimut.be)



## **PARTENAMUT**

Mettewielaan 74/76  
1080 Brussel  
[www.partenamut.be](http://www.partenamut.be)



## **FREIE KRANKENKASSE**

Hauptstrasse 2  
4760 Büllingen  
[www.freie.be](http://www.freie.be)

## Colofon

### **HOOFDREDACTRICE**

Karima Amrous · [karima.amrous@mloz.be](mailto:karima.amrous@mloz.be)

### **COÖRDINATIE**

Steven Vervaet · [steven.vervaet@mloz.be](mailto:steven.vervaet@mloz.be)

### **REDACTIECOMITÉ**

Karima Amrous · Stéphanie Brisson · Ann Ceuppens · Aude Clève · Lies Dobbelaere  
Christian Horemans · Claire Huyghebaert · Pascale Janssens · Güngör Karakaya ·  
Murielle Lona · Evelyn Macken · Nathalie Renna · Piet Van Eenoooghe · Christiaan Van Hul  
Emilie Vanderstichelen · Vanessa Vanrillaer · Steven Vervaet

### **ONTWERP**

Leen Verstraete · [layout@mloz.be](mailto:layout@mloz.be)

### **FOTO'S**

Shutterstock & Reporters

### **VERTALING**

Annemie Mathues · Gisèle Henrotte · Julie Van Nieuwenhove ·  
Geertje Vandecappelle · Angélique Vanderbracht · Barbara Van Ransbeek

### **VERANTWOORDELIJKE UITGEVER**

Xavier Brenez · [xavier.brenez@mloz.be](mailto:xavier.brenez@mloz.be)

## Health Forum

**Wenst u Health Forum regelmatig te ontvangen of uw collega's te abonneren? Contacteer ons!**

Landsbond van de Onafhankelijke Ziekenfondsen, Health Forum  
Lenniksebaan 788A, 1070 Anderlecht  
02 778 92 11 Of stuur een e-mail naar [health-forum@mloz.be](mailto:health-forum@mloz.be)



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

# Gezondheidsdoelstellingen: alle neuzen in dezelfde richting



"Om nationale  
gezondheidsdoelstellingen  
uit te werken, is het  
logisch dat de federale  
overheid en de  
deelstaten de handen  
in elkaar slaan."

Vele landen werken al langer met gezondheidsdoelstellingen en nu heeft Minister Maggie De Block deze ambitie ook opgenomen in haar beleidsnota 2018. Een project waaraan ook de ziekenfondsen kunnen en zullen meewerken. Maar hoe moet België dit nu concreet gaan aanpakken?

'Samenwerking' is alvast het eerste sleutelwoord. De bevoegdheidsverdeling tussen het federale en het regionale niveau zorgt voor een grote complexiteit. Om nationale gezondheidsdoelstellingen uit te werken, is het dan ook logisch dat de federale overheid en de deelstaten de handen in elkaar slaan. Vlaanderen staat verder op vlak van gezondheidsdoelstellingen dan Wallonië en Brussel, maar dat mag geen obstakel zijn. **Niet samenwerken rond nationale gezondheidsdoelstellingen zal leiden tot een versnipperd beleid dat de Belgische volksgezondheid niet ten goede komt.** De strijd tegen kanker en obesitas, de chronische ziektes, mentale gezondheid, ...: het zijn belangrijke uitdagingen voor alle deelstaten.

Ook de keuze van de strategie is essentieel. Kiezen we voor een beperkte of een lange lijst van gezondheidsdoelstellingen? Gaan we wel of niet voor de 'Health in all policies'-aanpak, waarbij ook domeinen als wonen, onderwijs en mobiliteit geïntegreerd worden in het gezondheidsbeleid? Een goede samenwerking tussen de federale overheid en de deelstaten rond gezondheidsdoelstellingen sluit ook niet uit dat de deelstaten elk hun eigen accenten kunnen leggen.

Uit een enquête van de Onafhankelijke Ziekenfondsen blijkt bv. dat in Wallonië en Brussel respectievelijk 66% en 60% van de bevroegden de toegankelijkheid van de zorg een probleem vindt, terwijl in Vlaanderen 45% deze mening is toegedaan.

En wat met de stem van de burger? De vraag is niet 'of', maar wel 'hoe' we de burger in de discussie rond gezondheidsdoelstellingen kunnen betrekken. Volgens een recente studie van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) is de participatie van de burgers aan het beleid een topprioriteit in de komende jaren.

Uit de enquête van de Onafhankelijke Ziekenfondsen blijkt ook dat **6 op de 10 Belgen betrokken willen worden bij het formuleren van antwoorden op de uitdagingen rond volksgezondheid.**

De ontwikkeling van een gezondheidsbeleid dat erop gericht is om gezondheidsdoelstellingen te verwezenlijken, zal grote inspanningen vragen. Niet enkel van de beleidsmakers op de verschillende niveaus, maar ook van de burger. De Onafhankelijke Ziekenfondsen staan alvast klaar om mee te werken aan zo'n beleid en de nauwkeurige opvolging ervan. Hopelijk kan ons symposium op 4 december over dit thema met inspirerende voorstellen bijdragen tot dit debat.

**XAVIER BRENEZ**

Directeur-generaal van  
de Landsbond van de  
Onafhankelijke Ziekenfondsen

# Inhoud

**3**  
**EDITO**

**5**  
**WIST U?**

**6**  
**DOSSIER**

Op naar nationale gezondheidsdoelstellingen?

**18**  
**FORUM ZORGVERLENERS**

Wat mag een levensjaar kosten?

Het elektronische attest:  
“een vereenvoudiging voor iedereen”

Depressie behandelen zonder antidepressiva

Een nieuwe website voor een nog betere dienstverlening!

**23**  
**STUDIES**

Zorgverleners op de rand van een zenuwzinking

**24**  
**PARTNERSHIP**

lifetech.brussels, de drijvende kracht achter digitale zorginnovatie

De Afrikaanse ziekenfondsen van morgen: een lesje in statistiek

**26**  
**KIOSK**

[www.mloz.be](http://www.mloz.be)



# 6

**DOSSIER**

Op naar nationale gezondheidsdoelstellingen?

# 18

**FORUM ZORGVERLENERS**

Wat mag een levensjaar kosten?



# 24

**PARTNERSHIP**

lifetech.brussels, de drijvende kracht achter digitale zorginnovatie



# Wist u?

## Thuisverpleegkundigen verplicht om eID in te lezen bij elk bezoek

Ben je thuisverpleegkundige en pas je de elektronische derdebetalersregeling toe? Dan ben je sinds 1 oktober 2017 verplicht om de identiteit van je patiënt na te gaan bij elk bezoekje. Die verplichting wordt in de toekomst ook uitgebreid naar andere zorgverleners. De identificatie van de patiënt gebeurt met een **lezing van de elektronische identiteitskaart (eID), een geldige ISI+-kaart of een geldig attest van sociaal verzekerde** (afgeleverd door het ziekenfonds). Het is de bedoeling dat thuisverpleegkundigen bij minstens 9 op de 10 bezoeken op die manier de identiteit van hun patiënt controleren. Die administratieve vereenvoudiging moet de samenwerking tussen zorgverleners en ziekenfondsen verbeteren en de kans op fraude verkleinen.

[www.riziv.fgov.be](http://www.riziv.fgov.be)

## Chronisch zieken kunnen hun huisapotheker kiezen

Wie chronisch ziek is, kan een persoonlijke begeleiding bij het medicatiegebruik goed gebruiken. Daarom kunnen chronisch zieken sinds kort een huisapotheker kiezen. De vaste apotheker die ze goed kennen, kan die rol perfect vervullen. Hij volgt de behandeling nauwgezet op en begeleidt zijn patiënt bij diens geneesmiddelengebruik. Onder meer via een **persoonlijk medicatieschema dat compleet en up-to-date is**. De huisapotheker is ook de contactpersoon voor andere zorgverleners als die informatie nodig hebben over het geneesmiddelengebruik van een patiënt. Om zijn rol als huisapotheker te kunnen vervullen, vraagt de apotheker de patiënt om de toestemming voor het elektronisch uitwisselen van zijn gezondheidsgegevens met andere zorgverleners. Door die uitwisseling heeft de huisapotheker toegang tot de gegevens in het gedeeld farmaceutisch dossier.

[www.apotheek.be](http://www.apotheek.be)

## 700...

Brussel telt 700 daklozen. Straatverplegers vzw is op zoek naar vrijwilligers om hen te helpen in de **strijd tegen de 'dakloosheid'**. Deze organisatie wil daklozen van straat halen door hen te helpen met persoonlijke hygiëne en gezondheid, maar ook door mensen en verenigingen te mobiliseren om duurzame oplossingen te vinden voor deze situatie. De vereniging telt maar 20 personen en kan dus niet overal zijn. Daarom roept ze de burgers op om de daklozen in hun gemeente in kaart te brengen en deze info door te geven aan de vzw.

[www.straatverplegers.org](http://www.straatverplegers.org)

## 1,3 miljard €

Als 1 op de 10 Belgen meer plantaardige voeding zou eten, kan dat de overheid op 20 jaar tijd bijna 1,3 miljard euro uitsparen. Dat blijkt uit een analyse van gezondheidseconoom Lieven Annemans. Het is voldoende om ervoor te zorgen dat maximaal een derde van wat we eten van dierlijke oorsprong is (bv. vlees, melk, kaas...). De andere voeding moet plantaardig zijn: noten, zaden, peulvruchten, groenten, soja, olijfolie...



# Op naar nationale gezondheidsdoelstellingen?

Gezond opgroeien met gezondheidsdoelstellingen	p. <b>7</b>
Gezondheidsdoelstellingen, van Frankrijk tot Nieuw-Zeeland	p. <b>10</b>
Gezondheid van burgers als hoeksteen van alle beleidslijnen	p. <b>12</b>
Wat vindt u belangrijk bij het uitwerken van nationale gezondheidsdoelstellingen?	p. <b>14</b>
De burgers aan het woord	p. <b>16</b>



# Gezond opgroeien met gezondheidsdoelstellingen

Op school, op het werk, thuis...: we stellen onszelf constant doelen in het leven. Ook om het gezondheidsbeleid te bepalen, bij te sturen en te evalueren, kunnen objectieven een krachtig instrument zijn. Maar hoe zorg je ervoor dat die gezondheidsdoelstellingen ook daadwerkelijk doel treffen? Zijn er nadelen en grenzen aan verbonden? Pieter Vandenbulcke, teamverantwoordelijke Algemene Preventie bij het Agentschap Zorg & Gezondheid, ontleedt de verschillende principes van dit complexe begrip!

Gezondheidsdoelstellingen zijn niet nieuw. In 1981 al formuleerde de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) voor het eerst ambitieuze objectieven in het bekende 'Health for All by the Year 2000', een aanpak die al snel in andere landen navolging kreeg. De Vlaamse overheid sprong op de kar in 1998 en organiseerde eind vorig jaar nog een tweedaagse gezondheidsconferentie om nieuwe gezondheidsdoelstellingen vast te leggen. Maar wat omvat dit beproefde concept nu precies? "De gezondheidsdoelstellingen moeten de hele maatschappij warm maken voor het gezondheids-

beleid", vertelt **Pieter Vandenbulcke van het Agentschap Zorg & Gezondheid**. "Dat is belangrijk, want gezondheidswinst voor de volledige bevolking bereik je niet alleen via de gezondheidszorg. **Je hebt het engagement van verschillende andere sectoren uit de samenleving nodig: scholen, bedrijven, de lokale gemeenschap, vrije tijd. De gezondheidsdoelstellingen moeten daarom wervend, geloofwaardig en motiverend zijn naar al die sectoren toe.** Zo krijg je het gezondheidsbeleid op hun agenda en gaan al die sectoren er ook mee aan de slag."

## Doelstellingen ≠ indicatoren

Gezondheidsdoelstellingen zijn dus een instrument om de samenleving te motiveren rond het gezondheidsbeleid, maar daarnaast zijn er ook nog de gezondheids- of kwaliteitsindicatoren. Zulke meetinstrumenten zijn al beschikbaar op federaal vlak. Denk maar aan de Gezondheidsenquêtes van het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (WIV), de IMA-atlas van het Intermutualistisch Agentschap, enz.

Die cijfers kan je gebruiken om doelstellingen te formuleren. Een fictief voorbeeldje ter illustratie: tegen 2025 is het aantal rokers dat een beroep deed op een tabakoloog gestegen van 17% naar 30%. "De twee zijn aan elkaar gelinkt, maar je mag ze niet met elkaar verwarren.

**Indicatoren dienen niet zozeer om een engagement te creëren, maar om de gezondheid van de bevolking en het gezondheidsbeleid op te volgen en te evalueren. Zo kunnen we kijken of onze maatregelen effect hebben en eventueel bijsturen waar nodig**", zegt Vandenbulcke. "Het is wel belangrijk om niet enkel een beleid te voeren op basis van die indicatoren. Je moet ze inbedden in een duurzaam, structureel beleid op lange termijn. Anders ga je focussen op één specifieke actie, maar verlies je de rest uit het oog."

## Less is more?

Er bestaan verschillende modellen van gezondheidsdoelstellingen. Je kan bv. heel veel objectieven bepalen voor heel veel domeinen, maar je kan ook keuzes maken en streven naar minder doelstellingen in plaats van meer. Pieter Vandenbulcke verkiest het laatste. "Als je met een ellenlange waslijst aan objectieven komt aandragen, ontstaat een zekere vermoeidheid bij de verschillende sectoren uit de samenleving.



Pieter Vandenbulcke van het Agentschap Zorg & Gezondheid



**Niet elk bedrijf of organisatie heeft interesse in alle gezondheidsthe-  
ma's en daarom maak je best een  
goed afgebakende keuze per sector,** waarachter een structureel en geïntegreerd beleid schuilt. Als je geen prioriteiten vooropstelt, krijg je de samenleving niet mee in het verhaal. En dat engagement is een noodzakelijke voorwaarde om de doelstellingen te bereiken", verduidelijkt Vandenbulcke. "Bij kansarme groepen wilden wij bv. werken rond geestelijke gezondheid, maar dat stuitte op weerstand. De verantwoordelijke organisaties vonden dat te stigmatiserend. Jammer natuurlijk, maar de ervaring leert me dat iets opdringen niet werkt." Dat 'less is more'-principe heeft wel een keerzijde. Want wat met thema's die niet in gezondheidsdoelstellingen gegoten zijn? Belanden die dan in het diepvriesvak? "Dat is een reëel gevaar, waarvoor we goed moeten opletten", geeft Vandenbulcke toe. "Als we zien dat bepaalde problemen in het verdomhoekje belanden, moeten we daarrond blijven sensibiliseren. Ook vanuit de financiering kan je dat eventueel sturen. Door bv. extra financiering te voorzien voor die thema's die bepaalde sectoren niet spontaan opnemen."

## Keuzes maken

Na de keuze van het aantal doelstellingen volgt onmiddellijk een nieuwe afweging: wat wordt een doelstelling en wat niet? Ga je bv. voor thema's die een echt zorgkind zijn of materies waarin we het goed doen, maar nog beter kunnen? "Je moet op voorhand een aantal criteria vooropstellen om de prioriteiten te bepalen", dixit Vandenbulcke. "Wij beschouwen de maatschappelijke kost en de potentiële gezondheidswinst als het belangrijkste uitgangspunt. Stel dat je budget heel beperkt is en je mag slechts één thema kiezen. Dan wordt dat volgens die logica tabak, want roken kost de maatschappij handenvol geld en daar valt veel gezondheidswinst te boeken. Naast de ernst van een probleem moet je ook nagaan of je er ook effectief iets aan kan doen. **Zijn de hefboomen om gezondheidswinst te realiseren wel aanwezig? Is een evidence-based strategie beschikbaar? Bestaat er een goede gezondheidseconomische analyse van de kosteneffectiviteit? Bestaat er een draagvlak bij de bevolking?** Dat zijn stuk voor stuk belangrijke vragen die je jezelf moet stellen alvorens een doelstelling te kiezen. En op basis daarvan zullen bepaalde

thema's een gezondheidsdoelstelling worden en anderen niet."

## Niet gehaald... Wat nu?

Een van de criteria voor een indicator is de haalbaarheid ervan. Maar wat als een streefcijfer op het einde van de rit niet gehaald wordt en de gezondheidsdoelstelling dus haar doel niet bereikt heeft? "Dat is politiek moeilijk, want dan komen er onvermijdelijk vragen vanuit de pers en moeten de beleidsmakers zich verantwoorden", zegt Vandenbulcke. **"Je kan een niet-gehaalde doelstelling beschouwen als een mislukking, maar ook als een opportuniteit. Het laatste lijkt me beter. Je moet wetenschappelijk gaan onderzoeken wat er fout gelopen is.** Zet dezelfde trend zich bv. door in andere landen of niet? Is er genoeg geïnvesteerd? Waren de methodieken en acties de juiste? Het is belangrijk om open kaart te spelen, de discussie breed aan te gaan en het beleid bij te sturen om het in de toekomst beter te doen. Tenslotte is preventie een zaak van iedereen en niet enkel van de minister van Volksgezondheid."

**STEVEN VERVAET**

steven.vervaet@mloz.be





## Doelstellingen en indicatoren: welke criteria?

Om het gezondheidsbeleid doeltreffend te evalueren, moeten de gezondheidsdoelstellingen en -indicatoren beantwoorden aan de zogenaamde SMART-criteria. Pieter Vandenbulcke zet ze kort op een rijtje!

- **Specifiek:** “Het moet voor iedereen concreet en duidelijk zijn wat er precies bedoeld wordt. Vaagheid en de mogelijkheid tot verschillende interpretaties zijn uit den boze.”
- **Meetbaar:** “Dit criterium spreekt voor zich: meten is weten. Goed meetbare indicatoren vinden is niet zo eenvoudig. Denk maar aan de groepen met een lagere socio-economische status. Je kan afgaan op het recht op de verhoogde tege-
- moetkoming, maar dat is niet altijd fijnmazig genoeg om specifieke acties voor specifieke doelgroepen op touw te zetten.”
- **Algemeen aanvaard:** “Een breed maatschappelijk draagvlak is essentieel. Alvorens gezondheidsdoelstellingen te formuleren, moet je eerst samenzitten met alle stakeholders. Zo’n voortraject moet resulteren in de objectieven op zich, maar ook in de strategieën om die te bereiken en een budgettair kader dat die verwezenlijkingen mogelijk maakt. Want je kan zoveel objectieven formuleren als je wil, je moet strategieën hebben om ze te realiseren en uiteindelijk moeten ze ook in de begroting passen.”
- **Realistisch:** “Om een ambitieus én haalbaar streefcijfer te bepalen, moet je nauw overleggen met de verantwoordelijke sectoren. Vanuit de gezondheidszorg willen we graag een mooi resultaat halen op het einde van de rit, maar je moet de organisaties uit de verschillende sectoren ook aan boord krijgen. Het is dus een kwestie van geven en nemen.”
- **Tijdsgebonden:** “Je hebt een deadline nodig om duidelijk te maken waar we samen naartoe willen. Die streefdatum moet ver genoeg in de toekomst liggen, want duurzame verandering vraagt tijd. Maar als je te lang wacht, ga je ook de mist in.”

## De mening van de Onafhankelijke Ziekenfondsen

We kunnen dromen van een ideale wereld waarin iedereen gezond wordt geboren en gezond blijft tot op hoge leeftijd. Een wereld waarin er voor gezond zijn en blijven geen financiële, sociale of andere obstakels zijn. Maar de harde waarheid is dat de middelen beperkt zijn, zowel bij de overheid als de patiënten. En dan gaat het niet alleen om geld. Ook het kapitaal aan gezondheidskennis en dito gedrag (health literacy) is ongelijk verdeeld. Ons gezondheidssysteem mag daarom geen stuurloos schip worden, overgelaten aan de spontane evolutie en consumptie van de gezondheidszorg. Voor de Onafhankelijke Ziekenfondsen is het essentieel om **keuzes te maken en prioriteiten te stellen**.

Eerst en vooral moeten we ons beraden over de actieradius van de verplichte ziekteverzekering: welke zaken moet dit systeem verzekeren en welke niet? Daarnaast moeten we algemene gezondheidsdoelstellingen durven formuleren, waaraan alle verdere acties worden getoetst. De twee doelstellingen in het huidige regeerakkoord (meer gezonde levensjaren en een kleinere gezondheidskloof) steunen we volledig.

Nu moeten we de volgende pertinente vragen stellen: “Wat zijn de grootste noden?”, “Wat zijn de meest aangewezen interventies?” en “Welke acties zijn het meest kostenefficiënt?”.

Onvermijdelijk zullen we tot de conclusie komen dat een **goede samenwerking en afstemming tussen het federale en regionale niveau** een goed idee is. En dat gezondheid een zaak van heel de samenleving is: niet alleen de zorgsector, maar ook onderwijs, huisvesting, industrie... Kortom, **‘health in all policies’**, het concept van de toekomst.

De Onafhankelijke Ziekenfondsen willen actief meewerken aan het uitwerken van nationale gezondheidsdoelstellingen door onze rol te spelen bij:

- de keuze van de objectieven (via onze databanken, contacten met de leden, engagement in de talrijke commissies...)
- het uitwerken van intermutualistische proefprojecten
- het monitoren van de resultaten
- preventie/gezondheids promotie/coaching



# Gezondheidsdoelstellingen, van Frankrijk tot Nieuw-Zeeland

Frankrijk, Duitsland, Oostenrijk, de VS, Nieuw-Zeeland: al deze landen gaan aan de slag met gezondheidsdoelstellingen. En aangezien het formuleren van die objectieven geen exacte wetenschap is, verschilt de ene aanpak van de andere. Hoe willen al die landen hun bevolking gezond laten opgroeien? En is de ene manier beter dan de andere? Caroline Obyn, expert bij het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE), licht enkele concrete voorbeelden toe.

Het ene land werkt al met gezondheidsdoelstellingen sinds de jaren '90, het andere sprong pas recent op de kar. Sommigen kiezen voor een programma met nationale doelstellingen, andere werken met objectieven voor individuele ziekenhuizen. Het mag duidelijk zijn: je kan met gezondheidsdoelstellingen verschillende kanten op. "De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) heeft sterk geijverd om met gezondheidsdoelstellingen aan de slag te gaan en dat is niet in dovemansoren gevallen. Alleen hebben de deelnemende landen dat elk een eigen invulling gegeven", vertelt **Caroline Obyn, expert bij het KCE.**

"Het is niet makkelijk om te zeggen welke aanpak nu de beste is. Elke methodiek heeft zijn voor- en nadelen. **We kunnen wel zeggen dat het een best practice is om een programma van gezondheidsdoelstellingen uit te werken, los van de gekozen benadering.** Dat is al een eerste onderscheid, want niet alle landen hebben zo'n programma, waaronder Nederland en ook België. Minister De Block doet al haar best door geval per geval doelstellingen te bepalen, denk maar aan het pact met de voedingssector rond 5% minder calorieën in onze voeding of de ambitie om het aantal rokers onder de 17% te krijgen. Toch

zou een specifiek programma met een uniforme methodiek een meerwaarde betekenen, want dan ga je gestructureerd en systematischer werken."

## Doelstellingen voor ziekenhuizen en artsen?

Vele landen werken met nationale objectieven, maar Frankrijk en Engeland zetten ze ook om in doelstellingen voor ziekenhuizen. "Denk bv. aan ziekenhuizen die een bepaald percentage moeten halen voor dagopnames of korte wachttijden op hun spoeddienst. In sommige gevallen kunnen de doelstellingen ook vertaald

worden naar het niveau van de zorgverlener, bv. de minimumpercentages voor goedkoop voorschrijven. **Het vertalen van nationale strategische doelstellingen naar dat operationele niveau is belangrijk. Dat is nu eenmaal directer en praktischer**", zegt Obyn. "Idealiter bepaal je bij elke doelstelling wie zich ertoe engageert om ze ook waar te maken. Zonder daarom te gaan bestraffen als een doelstelling niet gehaald wordt, want anders stoot je op tegenkanting en het is niet de bedoeling dat de stakeholders de doelstellingen mee dragen."

**"Minister De Block doet haar best door geval per geval doelstellingen te bepalen, maar een specifiek programma met een uniforme methodiek zou een meerwaarde betekenen"**



Caroline Obyn,  
expert bij  
het KCE

### Kwantitatief of beschrijvend?

Kleef je een bepaald streefcijfer op een doelstelling of niet? De VS en Frankrijk doen dat, maar Duitsland dan weer niet. "Onze oosterburen staan bekend om hun precisie, maar harde cijfers aan hun doelstellingen verbinden doen ze niet. Dat vond ik verrassend", geeft Obyn toe. "De

Duitse gezondheidsdoelstellingen spreken over stijgen of dalen, maar dat is een beetje vaag natuurlijk. Het moet wel gezegd: kwantitatief werken is ook een moeilijke oefening, die heel wat analyse en discussie vergt. Het streefcijfer moet ambitieus, maar ook haalbaar zijn.

En het blijft een beetje in een glazen bol kijken, want er zijn meestal veel factoren die op elkaar inwerken. De Amerikaanse doelstellingen spreken bv. altijd over een verbetering van 10% op een periode van 10 jaar. Je kan je afvragen of daar wel een grondige analyse achter schuilgaat. Die cijfers lijken me puur symbolisch."

### Veel of weinig doelstellingen?

Frankrijk had anno 2005 maar liefst 100 gezondheidsdoelstellingen, andere landen als Oostenrijk en Nieuw-Zeeland doen het met 10 keer minder. Welke aanpak werkt het best? **"Ik zou ook kiezen voor een beperkte selectie, omdat je daarmee sneller tot resultaten komt.** Ook de VS heeft een enorme karrenvracht aan objectieven, maar hoe geloofwaardig is dat nog?", vraagt Obyn zich af. "Amerika kiest voor die globale aanpak om de bevolking warm te maken voor een gezondere levensstijl. Ze koppelen daar ook een uitgekende communicatiecampagne aan. Als je meer wil dan sensibiliseren en ook echt doelstellingen punt voor punt wil uitwerken, ga je beter voor een strengere selectie. Anders zie je tussen de bomen het bos niet meer." Duitsland doet het dan weer helemaal anders. "Dat land kiest elk jaar één thema uit een lijst met voorstellen van stakeholders. Ook dat is een interessante aanpak."

### Binnen 1, 5, 10 of 20 jaar?

Over de deadline van de gezondheidsdoelstellingen verschillen de landen duidelijk van mening. "Oostenrijk werkt bv. met een termijn van 20 jaar. Dat lijkt heel lang, maar tijdens die periode kan je wel groter denken en

voor duurzame verandering gaan", dixit Obyn. "Het hangt allemaal af van het thema. Om de overconsumptie van antibiotica te doen dalen, heb je volgens mij geen 20 jaar nodig. Nieuw-Zeeland doet het helemaal anders. Zij herzien hun streefcijfers elk jaar. Duitsland kiest er zelfs voor om zonder einddatum te werken. Dan bestaat het risico natuurlijk wel dat alles op de lange baan wordt geschoven."

### Resultaat vooropstellen of het proces erachter?

'5% minder huidkankers binnen 10 jaar', met zo'n doelstelling stel je een resultaat voorop. Je kan ook de klemtoon leggen op de processen erachter: de bevolking sensibiliseren, werken aan een vroege diagnose, enz. "Die processen zijn de manier om tot je resultaat te komen", legt Obyn uit. "De meeste landen werken met een combinatie van resultaat- en procesdoelstellingen, en dat lijkt me een best practice. Want uiteindelijk draait alles om de actieplannen achter je doelstelling. En processen houden rechtstreeks verband met die concrete acties. Want zoals Antoine de Saint-Exupéry schreef in 'De kleine prins': **'een doelstelling zonder plan is gewoon een wens'**."

### Communiceren en interageren

Elk land met een programma rond gezondheidsdoelstellingen heeft wel een site over dat project, maar de ene gaat verder dan de andere. "De Amerikaanse website 'Healthy People 2020' heeft zelfs een interactief luik waar zorgverleners en ook het grote publiek reacties en filmpjes kunnen delen over hoe ze werken rond de gezondheidsdoelstellingen", zegt Obyn. "Een goed idee, want dat brede draagvlak in heel de samenleving is belangrijk om de ambities ook waar te maken. Hoe meer je investeert in communicatie op maat, hoe beter."

STEVEN VERVAET

steven.vervaet@mloz.be

# Gezondheid van burgers als hoeksteen van alle beleidslijnen

Niet eenvoudig om nationale of zelfs regionale gezondheidsdoelstellingen te bepalen als de gezondheidstoestand van de mensen van meer afhangt dan alleen van hun toegang tot zorg of hun gezonde levensstijl. Andere factoren die niet rechtstreeks te maken hebben met de zorgsector spelen ook een onmiskenbare rol: leefmilieu, wonen, tewerkstelling, onderwijs... Om op alle vlakken in te grijpen, lanceerde de Wereldgezondheidsorganisatie enkele jaren geleden de HiAP-aanpak: Health in All Policies.

## Verantwoordelijkheid van de regeringen?

Het uitgangspunt van de HiAP-aanpak (Health in All Policies) is dat de gezondheid en het welzijn van de burgers de verantwoordelijkheid zijn van de regeringen. De **burgers moeten dus het middelpunt zijn bij de uitwerking van alle beleidslijnen op vlak van economie en tewerkstelling, voeding, landbouw, opvoeding of zelfs vervoer**. Het verband tussen deze beleidsdomeinen en gezondheid is evident, want de levensomstandigheden, het leefmilieu en de woonomgeving hebben een rechtstreekse impact op de gezondheid.

Tal van gezondheidsbepalende factoren en gezondheidsongelijkheden hebben te maken met de sociale situatie en de ecologische of economische context van de burgers. Allemaal factoren die het directe actiegebied van de gezondheidssector en het gezondheidsbeleid overstijgen. Dit verklaart dat beleidslijnen en beslissingen in al die sectoren een aanzienlijke impact kunnen hebben op de gezondheid én de gezondheidsongelijkheden kunnen verminderen.

## Het Zweedse voorbeeld

Meerdere Europese landen hebben al de goede gewoonte aangenomen om gezondheid te integreren in al hun beleidslijnen. Neem nu 'Vision Zero'. Het doel van dit Zweedse initiatief is om het aantal doden of gewonden door verkeersongevallen terug te brengen tot nul.

Dankzij deze efficiënte en vernieuwende aanpak is dit land erin geslaagd om wereldwijd een van de laagste sterftecijfers in het verkeer te bereiken. Dit initiatief verenigt meerdere sectoren: vervoer, justitie, leefmilieu, opvoeding én gezondheid.

Bij ons hebben de Vlaamse en Waalse strategische plannen met een visie op lange termijn (2050) een bijzondere aandacht voor gezondheidspromotie en ziektepreventie. Zowel in het onderwijs als bij mobiliteit, openbaar vervoer en leefmilieu. Iedereen beseft dus dat het belangrijk is om rekening te houden met gezondheid, maar de concretisering in het beleid laat op zich wachten.



## Gezondheid en woonomgeving

In afwachting van een gestructureerde en gecoördineerde integratie van gezondheid in alle beleidslijnen, zagen al vele initiatieven van verenigingen en instellingen het licht, vaak in het kader van de strijd tegen sociale ongelijkheid. Een van die organisaties is Lhiving. Al meer dan 20 jaar biedt Lhiving diverse soorten begeleiding aan seropositieve mensen of chronisch zieken. Dat gaat van administratief advies tot huisvesting of hulp bij het vinden van een woning. "Momenteel is de helft van de mensen die ons contacteren seropositief, terwijl de andere helft lijdt aan een ernstige chronische aandoening als kanker, diabetes...", vertelt **Annelies Vangoidsenhoven, coördinatrice bij Lhiving**. "Gewoonlijk komt daar nog armoede bovenop. Het gaat vaak om een opeenstapeling van problemen: de gezondheidsproblemen zijn het gevolg van de slechte woonkwaliteit en die slechte woning heeft te maken met armoede... Het is een vicieuze cirkel."

De eerste verplichte stap om hun 'klanten' weer op de goede weg te zetten, is het vinden van een degelijke woning. "Als je ziek bent en geen behoorlijke woning hebt of dakloos bent, kan je je onmogelijk verzorgen zoals het hoort", onderstreept de coördinatrice. "We krijgen soms alleenstaande moeders met meerdere kinderen over de vloer die in vochtige kelders wonen of personen die wel in een degelijke woning verblijven, maar niet in staat zijn om de huur te betalen omdat ze niet weten hoe ze hun financiën moeten beheren. Anderen wonen dan weer voorlopig bij kennissen die zich vaak in een even preciaire toestand bevinden als zijzelf. Voor deze mensen hebben wij transitwoningen waar ze periodes van

"Als je ziek bent en geen behoorlijke woning hebt of dakloos bent, kan je je onmogelijk verzorgen zoals het hoort"



Annelies Vangoidsenhoven, coördinatrice bij Lhiving

3 maanden kunnen verblijven, met een maximale duur van 18 maanden.

Het is heel belangrijk dat onze klanten begrijpen dat dit slechts een tijdelijke oplossing is en dat we hen zullen helpen om zelf hun plan te leren trekken. **Dankzij onze transitwoning beschikken ze over de structuur die ze nodig hebben om hun behandeling correct te volgen, en om achteraf opnieuw hun eigen boontjes te doppen.**

Het volstaat evenwel niet om een behoorlijke woning aan te bieden aan mensen met een zware ziekte. Hoewel het gunstige effect op hun gezondheid duidelijk is, is er ook nood aan preventie en educatie zodat ze leren om zich zelf uit de slag te trekken. Lhiving organiseert daarom woon- en kookateliers. De eerste stappen op weg naar autonomie om te ontsnappen aan de vicieuze cirkel van armoede.

**NATHALIE RENNA**

natalie.renna@mloz.be

## Lhiving: 20 jaar huisvesting van seropositieve mensen en chronisch zieken

Lhiving, opgericht in 1996, had aanvankelijk als doel mensen met aids te helpen bij het vinden van een woning. "Het initiatief ging uit van een priester die zag dat aidspatiënten het moeilijk hadden om een woning te vinden, een plaatsje te krijgen in een opvangtehuis, enz.", zegt Annelies Vangoidsenhoven, coördinatrice bij Lhiving. "Er kleefde een stigma op deze mensen. Ze werden uitgesloten, ook omdat de kennis van de ziekte toen erg te wensen overliet. De naam van de vereniging was destijds 'Zorgwonen' en het was de bedoeling om te beschikken over woningen met zicht op Brussel, zodat deze mensen palliatieve verzorging konden krijgen." Twee jaar later veranderde de ontdekking van een behandeling tegen aids het opzet: het was niet langer nodig om aidspatiënten bij te staan bij het levenseinde, maar meer om hen te leren hoe ze konden leven met hun ziekte. De vereniging werd omgedoopt tot Lhiving en breidde haar doelgroep uit tot de chronisch zieken. Ook de diensten werden breder met de oprichting van de antenne, een contactpunt dat openstaat voor alle mogelijke vragen. Deze dienst kwam bovenop de ambulante en de semiresidentiële begeleiding.

[www.lhiving.be](http://www.lhiving.be)

# Wat vindt u belangrijk bij het uitwerken van nationale gezondheidsdoelstellingen?

“Ziekenhuizen zijn belangrijk voor primaire preventie.” Of: “Gezondheidsobjectieven mogen geen extra administratieve belasting zijn voor de eerstelijnszorg.” En ook: “Regionale en federale overheden moeten samenwerken om doelstellingen uit te werken.” U kan zich vinden in deze uitspraken? Best mogelijk, want ze komen uit de mond van drie zorgverleners die elke dag met patiënten in contact komen. Hoe staan zij tegenover nationale gezondheidsdoelstellingen?

**“Ziekenhuizen moeten een prominere plaats innemen in primaire preventie. Dat zijn ze maatschappelijk verplicht.” Prof. Dr. Guy Hans, Medisch Directeur van het Universitair Ziekenhuis Antwerpen (UZA), weet maar al te goed aan welk nationaal gezondheidsobjectief zijn ziekenhuis wil meewerken.**

Prof. Dr. Guy Hans, Medisch Directeur van het UZA, vindt het idee van nationale gezondheidsdoelstellingen niet slecht. “Maar ze moeten realistisch en duidelijk zijn. En vooral: op korte termijn haalbaar. Laat ons kijken naar de domeinen bij de Vlaamse objectieven”, vertelt hij. “Maar daar zijn wel te veel onderverdelingen en te verre deadlines. Nationale doelstellingen moeten uniform zijn. Als we doelstellingen willen voor vaccinaties, leg er dan 2 vast voor de komende 2 jaar. Dan kan elke actor daar maximaal op inzetten. Na die 2 jaar komen er nieuwe.”

UZA werkt actief mee aan enkele Vlaamse doelstellingen. “Twee jaar geleden waren we niet bezig met het belang van vaccinatie op de werkvloer. Maar nu hebben we heel concrete projecten”, verduidelijkt Hans. **“Wij streven ernaar dat al onze medewerkers gevaccineerd zijn tegen bv. griep. Ook valpreventie nemen we ernstig.** Kom je binnen voor een raadpleging bij de oogarts, dan moet je

Prof. Dr. Guy Hans, Medisch Directeur van het UZA



sowieso je vitale parameters laten meten in een gezondheidskiosk (o. a. bloeddruk, gewicht, hartslag, lengte...). Zo zien we bij wie de patiënt op raadpleging komt en of er bv. extra noden zijn inzake valpreventie.”

Volgens Guy Hans moeten ziekenhuizen zich vooral richten op primaire preventie. “Dat zijn we maatschappelijk verplicht. Vooral rond het objectief over zelfdoding kunnen ziekenhuizen helpen. Op de spoedgevallendienst moeten mensen al gescreend worden rond zelfmoordneigingen.



We werken hier als UZA actief aan mee. Als je dat snel kan opmerken, spaar je iemand zijn leven voor de komende jaren. Ook voor het opsporen van alcoholmisbruik of tabaksverslaving kunnen we als ziekenhuis veel bereiken. Idem voor obesitas: als wij iemand naar de gezondheidskiosk sturen en zijn BMI blijkt alarmerend, dan kunnen we die patiënt daarop aanspreken. Zelfs als hij niet voor obesitas op raadpleging kwam.”

**“Een huisarts speelt een cruciale rol op vlak van preventie, want wij staan dicht bij de patiënt.” Kristel Tassignon is huisarts in Halle. Ze wil een aanspreekpunt zijn voor haar patiënten, maar tegelijkertijd ook de weg tonen naar verdere begeleiding.**

“Gezondheidsdoelstellingen stel je best samen met gezondheidswerkers op. Maar ik vind het ook nuttig dat de patiënt zelf op de hoogte is van de doelstellingen, want hij is verantwoordelijk voor zijn gezondheid”, zegt Tassignon. Gezondheidsobjectieven vindt ze belangrijk omdat ze helpen te streven naar een optimale gezondheid voor iedereen. “Maar ze mogen geen extra administratieve belasting zijn voor de zorgverleners uit de eerste lijn.”

Als huisarts werkt Tassignon mee aan de bestaande preventietesten voor dikkedarmkanker en borstkanker. Ook preventiecampagnes voor griepvaccinatie vindt ze nuttig.

**“Ik vind het nuttig dat de patiënt zelf op de hoogte is van de doelstellingen, want hij is verantwoordelijk voor zijn eigen gezondheid.”**

**“Als huisarts kunnen wij onze patiënten aanzetten om de nodige stappen te zetten. Wij hebben een goede vertrouwensband met hen en dat werkt beter dan een ‘brief van de overheid’.** Ik denk dat we de Vlaamse doelstellingen dus ook als nationale doelstellingen kunnen gebruiken. Er zijn wel een paar verschillen tussen de gewesten en misschien moeten we hier en daar een ander accent leggen. Ik denk bv. aan zelfmoord, wat vaker voorkomt in Wallonië.”

Maar wat zou Tassignon dan graag terugvinden in de nationale doelstellingen? “Anti-tabak, dat is zeer belangrijk”, vindt ze. “Maar ook aandacht voor gezonde voeding. En natuurlijk geestelijke gezondheid: het aantal mensen dat langdurig arbeidsongeschikt is door psychische redenen is enorm. Wat is er nodig om betere werkomstandigheden te creëren? Hoe verminderen we de werkdruk? Als huisarts kunnen wij een centrale rol spelen: we staan dicht bij onze patiënten, zijn op de hoogte van hun gezinssituatie...”

**“Op federaal niveau bestaan er Colleges die de minister moeten informeren en adviseren. Zij zijn ideaal om gezondheidsdoelstellingen uit te werken”, vindt Hilde Van Hauthem, kinderarts in Sint-Pieters Leeuw en het ziekenhuis Sint-Maria Halle. Ze maakt zelf deel uit van het College voor pediaters.**

Ook voor Van Hauthem is het duidelijk: de gezondheidsdoelstellingen zijn zeker nuttig. “Ze helpen bij het streven naar een betere gezondheid”, verduidelijkt ze.

“Maar gezondheidsdoelstellingen alleen zijn niet voldoende om de algemene gezondheid te verbeteren. De gekozen objectieven moeten relevant zijn en ook een significante verbetering betekenen voor de algemene gezondheid. En dat laatste is best ook evidence based aangetoond. Tot slot vind ik het ook belangrijk dat de inspanningen en middelen om die doelstelling te bereiken, in verhouding zijn met het resultaat.”

Aangezien er al Vlaamse doelstellingen bestaan, lijkt het voor Van Hauthem logisch dat deze ook in de nationale gezondheidsobjectieven aan bod komen. “Volgens mij is het vanzelfsprekend dat de Vlaamse en federale overheden samenwerken om gezamenlijke doelstellingen uit te werken. Zelfs al zijn bepaalde doelstellingen interessanter voor Vlaanderen of Franstalig België, dan nog is het noodzakelijk dat die informatie vlot wordt uitgewisseld.”

Dokter Van Hauthem zit in het College Pediatrie. “Op federaal niveau bestaan er Colleges die de minister informeren en adviseren over maatregelen die de kwaliteit van onze gezondheidszorg bevorderen. Die Colleges moeten werkmiddelen en logistieke steun krijgen om gezondheidsdoelstellingen uit te werken. De expertise ligt binnen handbereik.” Als kinderarts kent Van Hauthem bv. de Vlaamse doelstellingen voor vaccinatie. “Ik heb ze niet mee uitgewerkt, maar enkele collega’s die lid zijn van de werkgroep Vaccinatie en Infectieziekten van de Vlaamse Vereniging voor kindergeneeskunde hebben dat wel gedaan.”

**LIES DOBBELAERE**

lies.dobbelaere@mloz.be

Kristel Tassignon, huisarts in Halle





# De burgers aan het woord

Burgers betrekken bij beslissingen rond volksgezondheid is belangrijk. Daarom vroegen de Onafhankelijke Ziekenfondsen aan duizend Belgen wat hun prioriteiten zijn op vlak van gezondheid, een thema dat in alle studies bovenaan het lijstje met bezorgdheden prijkt. Een primeur in ons land, met een paar verrassende resultaten!

## Een goede gezondheid? Een kwestie van inkomen

Voor de Belg zijn vooral het inkomen (40%), gezonde en evenwichtige voeding (33%) en de kwaliteit van ons leefmilieu (31%) doorslaggevende factoren voor onze gezondheid. Ver daarachter heeft slechts 13% van de Belgen niet roken vermeld in de top 3 van factoren die de kwaliteit van de gezondheid beïnvloeden. Nog een cijfer om te onthouden: **amper 4 op de 10 burgers vinden dat ze in goede gezondheid verkeren.**

## Leg regels op!

Dacht je dat de Belgen er niet voor staan te springen dat de overheid zich bemoeit met hun leven en leefgewoontes? Dan ben je mis!

## De meeste Belgen zien er geen graten in dat ze bepaalde maatregelen opgelegd krijgen

die de gezondheid van de bevolking positief zouden kunnen beïnvloeden. Slechts een klein aantal Belgen is niet opgezet met dergelijke 'beperkende' maatregelen: 14% beschouwt ze als 'onaanvaardbaar' en 26% ziet ze ook als een inbreuk van de overheid op hun privacy, maar kan er wel mee leven. *"Omdat het de rol van de overheid is om de volksgezondheid te proberen te verbeteren."*

Onder de maatregelen die de meerderheid van de Belgen goedkeurt (meer dan 70%) vinden we onder meer het verbod op roken in het bijzijn van kinderen en de verplichting van bepaalde opsporingsonderzoeken en vaccinaties.

## Preventie begint bij jezelf

Wie is verantwoordelijk voor de preventie van ziektes? **6 op de 10 Belgen (59%) vinden dat je als individu alleen verantwoordelijk bent voor je gezondheid.** Je kan je levensstijl namelijk zelf veranderen. 8 op de 10 Belgen zijn er dan weer van overtuigd dat de overheid een echte invloed kan hebben op de kwaliteit van de gezondheid van de burgers, omdat ze gezondheidsdoelstellingen kan vastleggen en kan beslissen over de financiering ervan.

## De arts, informatiebron nummer één

Voor 78% van de Belgen, ongeacht de leeftijd, blijft de arts de eerste bron van informatie over gezondheid



en preventie van ziektes. Hij laat het internet (60%) en zijn stroom aan tegenstrijdige info ver achter zich. Ook in de pers (weekbladen, magazines) heeft de Belg vertrouwen (40%), bijna een ex aequo met de magazines van de ziekenfondsen (39%).

Maar lang niet alle Belgen vinden dat ze goed op de hoogte zijn op gezondheidsvlak... **22% voelt zich 'weinig' of 'slecht' geïnformeerd.** De helft van hen zoekt geen bijkomende informatie en vertrouwt blindelings op zijn arts en/of apotheker om zich te informeren. De rest vindt de beschikbare informatie **niet echt begrijpelijk** (25%) of weinig toegankelijk (25%). Tot slot staat 1 op de 5 Belgen (19%) niet echt open voor gezondheidsinformatie, omdat hij er 'ontmoedigd' door raakt.

## Communautaire verschillen

De Belgen in het noorden en het zuiden van het land delen niet altijd dezelfde mening. Enkele voorbeelden:

- Op de vraag 'Vindt u dat iedereen in België op dezelfde manier behandeld wordt als het over gezondheid gaat?' lopen de meningen uiteen. De Walen (66%) en Brusselaars (60%) zeggen 'nee'. De Vlamingen (46%) zeggen 'ja' en zijn meer verdeeld over deze vraag.
- De meerderheid van de Belgen is positief over het zorgaanbod in ons land (ziekenhuizen, beschikbare plaatsen, aantal artsen, ...), maar de meningen liggen ver uit elkaar ten noorden en ten zuiden van de taalgrens. **74% van de Vlamingen is tevreden over het zorgaanbod, terwijl slechts 52% van de Walen enthousiast is.** Het artsentekort in bepaalde regio's van Wallonië, dat uitgebreid in de media aan bod kwam, zit hier wellicht voor iets tussen.
- Waarover ze ontevreden zijn? De **kostprijs van medische verzorging**, m.a.w. de kosten die de patiënten zelf moeten betalen na de terugbetaling door het ziekenfonds.

42% van de Belgen is 'ontevreden', maar bij de Walen en Brusselaars is dit gevoel sterker aanwezig (51%) dan bij de Vlamingen (38%).

- 63% van de Brusselaars roept de overheid op om maatregelen te nemen tegen **stadsvervuiling** om het aantal ademhalingsproblemen te verminderen, tegenover 45% in Vlaanderen.

## Met de neus op ons scherm

Volgens de Belg zijn drugs (50%), alcohol (41%) en de afhankelijkheid van schermen (38%) de 3 grootste gezondheidsrisico's, waaraan jongeren (-18 jaar) worden blootgesteld. De jongeren zelf zijn het hiermee eens, maar voegen ook **geestelijke problemen** (een laag zelfbeeld, slecht in je vel zitten, pesten...) en slaapgebrek aan het lijstje toe. En met welk gevaar houdt de overheid onvoldoende rekening? Dat is volgens de meeste deelnemers aan de enquête de **afhankelijkheid van schermen**, gevolgd door het gebruik van drugs.

## Kanker als nationale prioriteit

In welke gezondheidsproblemen zou de overheid meer moeten investeren? Voor de Belgen is de strijd tegen kanker de allerhoogste prioriteit (80%), gevolgd door de strijd tegen chronische ziektes (ademhalings-

ziektes, hart- en vaatziektes, diabetes,... 52%) en obesitas (33%).

**Voor jongeren moet de nadruk ook meer liggen op geestelijke en psychologische problemen** (nummer 3 in hun lijstje met bekommernissen). Daarnaast blijkt ook dat Vlamingen gevoeliger zijn voor problemen rond dementie en de ziekte van Alzheimer (37% vindt dit prioritair, tegenover 26% van de Walen).

## Ernst van de ziekte moet keuzes van de overheid bepalen

Nationale gezondheidsdoelstellingen vastleggen is een goed idee, maar er zijn wel selectiecriteria nodig. Een ethisch moeilijke kwestie. 51% vindt dat de keuze van de prioritair gezondheidsdoelstellingen bepaald moet worden door hoe hard iemand lijdt onder een ziekte.

De **ernst van het gezondheidsprobleem** weegt dus zwaarder door dan de **frequentie** ervan (41%). Tot slot zijn de **kosten voor de sociale zekerheid** het derde selectie criterium: **34% van de Belgen vindt dat geïnvesteerd moet worden waar het de gemeenschap niet te veel kost!** De meerderheid (64%) wil dat de overheid evenveel investeert in de preventie als in de behandeling van ziektes.

KARIMA AMROUS

karima.amrous@mloz.be

## Methodologie

- Enquête uitgevoerd door Dedicated bij 1.061 Belgen tussen 27 september en 2 oktober 2017
- Een representatieve steekproef bij de Belgische bevolking, samengesteld uit mensen die de afgelopen 12 maanden minstens 2 keer naar de huisarts gingen



# Wat mag een levensjaar kosten?

De prijs van een levensjaar: vele mensen hebben zich al over dat vraagstuk gebogen. Zo ook Lieven Annemans, gezondheidseconoom aan de UGent, en Ann Ceuppens, directeur Vertegenwoordiging en Studies van de Onafhankelijke Ziekenfondsen. “Maar onze meningen komen uiteindelijk wel overeen.”

“Gaat het hier nog over de inhoud gaan?”, grapt Lieven Annemans. Hij moet zich opnieuw verplaatsen om een foto te laten nemen, want de schaduw van Ann Ceuppens op de muur stoort de fotograaf. Maar wat is die inhoud dan? We worden ouder en onze medische kosten zullen stijgen. Hoe kunnen we dan de gezondheidszorg betaalbaar houden? Wat met dure geneesmiddelen voor ernstige ziekten? Maar ook: we kunnen niet zonder innovaties en dat kost geld. “We hebben die innoverende industrie echt nodig”, benadrukt Annemans. “Te veel mensen lijden aan ernstige ziektes die een invloed hebben op hun levenskwaliteit. Nieuwe geneesmiddelen en technieken zijn een noodzaak. Maar niet aan gelijk welke prijs.”

## “Blijven innoveren is belangrijk”

“De ziekenfondsen waken er nu al over dat de beschikbare budgetten goed worden besteed”, zegt Ceuppens. “Wij zitten in verschillende commissies en proberen de gezondheidszorg toegankelijk te houden voor iedereen. **Als ziekenfonds onderhandelen wij mee over de prijsafspraken voor geneesmiddelen en behandelingen.**” Prof. Annemans reageert meteen. “Maar zoals die prijsafspraken nu worden geregeld, kan het niet blijven duren. We moeten een signaal geven aan de innoverende industrie: we hebben jullie innovaties nodig, maar niet aan gelijk welke prijs. Begrijp me niet verkeerd, ik staar me niet blind op de prijs van een product. We moeten letten op wat het product

kost, maar ook rekening houden met de gezondheidswinst. Brengt een innovatie meer gezondheidswinst op? Dan mag het volgens mij ook een hogere prijs hebben.”

Het is dus belangrijk dat de farmaceutische industrie blijft innoveren. Maar hoe houden we dat betaalbaar? Annemans: “Overheden kunnen bv. aan de farmaceutische sector vragen om iets te ontwikkelen, maar het op een bepaald moment weer overnemen. Het zal echter nog enkele jaren duren voor we zo kunnen werken. We moeten dus tot dan een andere oplossing zoeken: een grens stellen.” En daarvoor gebruiken we volgens Annemans best de term ‘QALY’. “Quality Adjusted Life Years”, verduidelijkt hij.

**“We drukken de kwaliteit van leven uit in een waarde tussen 0 en 1, waarbij 1 perfecte kwaliteit is en 0 de slechtst mogelijke kwaliteit. Stel dat iemand nog 10 jaar te leven heeft, maar met een levenskwaliteit van 0,5. Dan heeft die persoon nog 5 QALY's: 10 jaar leven aan halve kwaliteit, is maar 5 kwaliteitsvolle jaren leven. Als een geneesmiddel die 0,5 kan verbeteren naar 0,7, is het de moeite waard.”**

### **“Dit lukt niet zonder evaluatie”**

Volgens sommige waarnemers is een QALY 40.000 euro waard. Als we zo'n grens hanteren, kunnen we ook uitrekenen hoeveel we bereid zijn om voor een geneesmiddel te betalen. Ceuppens kan zich vinden in dat idee, maar maakt toch enkele kanttekeningen. “De farmaceutische bedrijven gaan dat snel doorhebben. Ze zullen hun prijs zo zetten dat die net onder die grens valt, terwijl het product misschien minder waard is.

Ann Ceuppens,  
directeur  
Vertegenwoordiging  
en Studies van  
de Onafhankelijke  
Ziekenfondsen



**“Wie durft te zeggen dat mensen die bv. ouder zijn dan 80 jaar geen nieuwe hartklep meer terugbetaald krijgen?”**

**Grenzen kunnen enkel werken als er transparantie is: we moeten weten hoe de farma-industrie zijn prijzen bepaalt. En nadien moet er een evaluatie volgen.”** Annemans beaamt dat. “Bij de lancering van het product zijn er veel onzekerheden. De overheid en de ziekenfondsen moeten daarom een nieuw soort contract aangaan met de bedrijven. Mèt de afspraak dat de bedrijven het geneesmiddel terugbetalen als het na verloop van tijd niet blijkt te werken. En idealiter spreken we al op voorhand af op welke criteria we ons baseren en hoeveel geld er moet worden terugbetaald.” “Dat kan alleen werken als iedereen zich op dezelfde data baseert”, benadrukt Ceuppens. “De data van de ziekenfondsen kunnen daarbij helpen. Als we die afstemmen op de registers met aandoeningen, kunnen we kijken of een geneesmiddel inderdaad zijn geld waard is.”

### **“We gaan te vaak ethische vragen uit de weg”**

QALY's moeten het bepalen van de waarde van een geneesmiddel objectiveren. Maar zo simpel is dat niet. Ceuppens: “We gaan te vaak ethische vragen uit de weg. Welk nut heeft een QALY bij oudere mensen? En wie durft te zeggen dat mensen die bv. ouder zijn dan 80 jaar geen nieuwe hartklep meer terugbetaald krijgen?” Er is volgens Annemans meer dan alleen een kost per QALY. “Daarom hebben we commissies nodig. Het is nu eenmaal zo dat mensen die jonger zijn, meer QALY's kunnen winnen. Als een medicijn een kind kan genezen van leukemie, gaat het meteen om 60 QALY's. Maar dat wil niet zeggen dat we 1 miljoen euro aan dat geneesmiddel gaan geven. De overheid moet zeggen: dit is onze maximumgrens, en die grens hangt af van de medische noodzaak en de impact van het geneesmiddel op het budget. Hoe lager een geneesmiddel onder dat bedrag gaat, hoe beter. Als de overheid een beslissing moet nemen, is het dus maar best dat die de verhouding kent tussen de kost en de kwaliteit van een product.”

### **“Er moet ruimte zijn voor de mening van de patiënt en de arts”**

“Het is belangrijk dat de patiënt zijn mening kan geven”, zegt Ceuppens. “Die moet weten hoeveel het medicijn aan de maatschappij kost. Voor die nieuwe geneesmiddelen is therapietrouw vaak belangrijk, dus de patiënt moet weten waar hij aan begint.”

“En wat met de arts?”, vult Annemans aan. “Want er zijn mensen van 80 jaar die de diagnose van borstkanker krijgen, maar voor de rest geen enkele andere ziekte hebben. Ik kan me voorstellen dat de behandelende arts voorstelt om het maximum te doen in dat geval. Maar dan zijn er ook patiënten van 70 jaar, die al 5 andere ziekten hebben. Als zij borstkanker krijgen, zal de arts misschien afwegen: is deze agressieve behandeling nog wel nodig? Er moet dus in heel deze discussie nog altijd **ruimte zijn voor die individuele afweging, die rekening houdt met de mening van de patiënt en de arts.**”

### **“Nog meer Europese samenwerking”**

De woekerprijzen voor geneesmiddelen aan banden leggen. Het klinkt veelbelovend. “Alleen zal een klein Europees land als België dat niet alleen kunnen”, reageert Ceuppens. “Er is meer Europese samenwerking nodig. België, Nederland, Luxemburg en Oostenrijk (BeNeLuxA) bundelen de krachten al. Dat is een begin.” Annemans: “Het probleem is dat elk land er een beetje alleen voor staat. Grote internationale bedrijven zien België of Nederland niet als een ‘topland’. Maar als alle Europese landen samen zouden werken, staan we sterker. Die richting moeten we uit.”

**LIES DOBBELAERE**

lies.dobbelaere@mloz.be

# Het elektronische attest: "een vereenvoudiging voor iedereen"

Vanaf 1 januari 2018 zullen huisartsen het elektronische attest kunnen gebruiken. Nog geen verplichting, maar eAttest zou geleidelijk zijn intrede moeten maken in de artsenpraktijken. De digitalisering in de gezondheidszorg zet zich duidelijk voort. Het hoofddoel? De administratieve stappen vereenvoudigen voor iedereen: patiënt, arts én ziekenfonds.

## Traject van een attest

Ter herinnering: het elektronische attest (eAttest) maakt een snellere en efficiëntere facturatie van de getuigschriften voor verstrekte hulp mogelijk. Na elke raadpleging in zijn praktijk voert de arts de gegevens over de zorgverstrekking in op de beveiligde software. Die informatie wordt dan meteen gecontroleerd. Is de info correct? Dan gaat het eAttest naar het ziekenfonds, dat alles verwerkt en de juiste terugbetaling toekent aan de patiënt. De arts bezorgt zijn patiënt dan een ontvangstbewijs met de details van de verstrekking, het wettelijke honorarium, het totale betaalde bedrag en een ontvangtnummer. Dat document fungeert als een soort bewijs voor de verdere opvolging en verwerking.



Jacques Allein,  
Directeur  
Operations &  
Expertise van de  
Onafhankelijke  
Ziekenfondsen

## Eenvoudiger, sneller en beter

"Dankzij eAttest wordt de administratie voor de ziekenfondsen, die nu nog op papier gebeurt, een pak eenvoudiger en de verwerking kan veel sneller gebeuren. Ook de kwaliteit van de beschikbare gegevens zal verbeteren", verduidelijkt **Jacques Allein, Directeur Operations & Expertise van de Onafhankelijke Ziekenfondsen**. "De patiënt zelf moet niet langer 'postbode' spelen tussen de arts en het ziekenfonds. Een verstrekking die vandaag geregistreerd wordt, zal 's nachts gecontroleerd worden en zal de volgende dag al in de lijst met betalingen verschijnen. Bij de papieren getuigschriften duurde dat hele proces vaak 7 à 10 dagen. De dienstverlening aan de patiënt gaat er dus sterk op vooruit."  
"Natuurlijk zijn er nog wat obstakels", voegt Jacques Allein eraan toe. "Zo lopen nog niet alle artsen warm voor deze evolutie. Ze vrezen dat de administratieve last zwaarder zal worden, maar dat is helemaal niet zo! De huisartsen kunnen al bijna twee jaar de tool eFact gebruiken voor de elektronische facturatie van de derde betaler. Met eAttest gaan we nog een grote stap verder, want nu zijn alle verzekerden betrokken. In de toekomst kunnen deze functionaliteiten nog uitgebreid worden naar andere zorgverleners (tandartsen, kinesisten...)"



## Welke voordelen voor de huisarts?

- De huisarts krijgt het bedrag van de raadpleging nog altijd rechtstreeks van de patiënt.
- Attestboekjes bestellen is niet meer nodig, alles verloopt (zo goed als) automatisch.
- Huisartsen kunnen alle gegevens opslaan in het dossier van de patiënt en delen met de gezondheidsnetwerken.

**NATHALIE RENNA**

nathalie.renna@mloz.be



# Depressie behandelen zonder antidepressiva

Met wereldwijd meer dan 300 miljoen patiënten is depressie de ziekte van de eeuw. In ons land neemt 1 op de 10 mensen dagelijks antidepressiva. Slechts bij de helft van de patiënten slaat de behandeling aan. Het UVC Brugmann in Brussel kiest daarom resoluut voor een niet-medicamenteuze behandeling. Een revolutie binnen de medische wereld en een primeur in België.

**Prof. Charles Kornreich** en zijn ploeg verdiepten zich in de vele studies over elektrostimulatie van de hersenen en het effect ervan op onze emoties. Zo kreeg het hoofd van de psychiatrische cel in het UVC Brugmann het idee voor een nieuw programma. “We zochten naar een andere behandeling van depressie, omdat antidepressiva bij velen gewoon niet aanslaan”, vertelt Kornreich.

**“Elektrostimulatie van de hersenen omvat een lichte elektrische stroom die we op een bepaalde plaats door de hersenen sturen.** Die stroom heeft een invloed op de neuronen onder de schedelkap”, verduidelijkt Kornreich. “We moeten de patiënt niet verdoven, het effect is niet pijnlijk of ziekmakend. Meer zelfs, hij kan gewoon de krant lezen tijdens de stimulatie.”



## MEER INFO?

**Instelling voor Psychiatrie en medische Psychologie UVC Brugmann**

A. Van Gehuchtenplein 4,  
1020 Laken  
Tel.: 02 477 27 26

De neurostimulatie heeft een antidepresserende werking, **het zorgt ervoor dat de patiënt zijn emoties beter kan controleren.** “Maar de stimulaties alleen zijn niet zo doeltreffend als antidepressiva. Er is sprake van een synergetisch effect”, zegt Kornreich. “Als we antidepressiva bovenop de neurostimulatie gebruiken, werkt dat beter dan beide methodes apart.”

## Combinatie van behandelingen

“We hadden het idee om elektrostimulatie te combineren met een andere methode als mindfulness. Dat zou dan het aandachtsvermogen kunnen verbeteren, want meditatie is tenslotte een vorm van aandachtstraining. Beide methodes kunnen elkaar dus versterken”, dixit Kornreich. “Regelmatig mediteren kan voorkomen dat iemand opnieuw in een depressie belandt. Focussen op de ademhaling helpt om de aandacht te verscherpen en tot rust te komen.”

Het programma omvat ook andere aanvullende behandelingen: **psycho-educatieve sessies, rustige gymnastiek en voedingsopvolging.**

En er zijn ook creatieve therapie-sessies, omdat artistieke expressie ook stress vermindert.

## Programma dat constant evolueert

De eerste testgroep volgde een programma van vier weken. Maar het is niet de bedoeling dat dit programma statisch blijft. “In functie van de vraag kunnen we de behandeling verlengen of verlichten. Het einddoel is een constante opvolging”, zegt Kornreich. “Stel dat een patiënt heel goed gereageerd heeft op de test van vier weken. Hij wil stoppen met antidepressiva, maar merkt dat het effect van de behandeling afneemt. Dat is de reden waarom we nu opvolgsessies organiseren in de vorm van raadplegingen.”

De volgende testgroep ging midden september van start voor zes weken. “Er blijven nog veel vragen onbeantwoord, maar ik ben enthousiast”, voegt Kornreich eraan toe. “We hebben al heel wat aanpassingen gedaan en het programma zal zeker nog verder evolueren. Maar als we een deel van onze patiënten verder kunnen helpen, zijn we zeer tevreden.”

GAËLLE DUTRON



# Een nieuwe website voor een nog betere dienstverlening!

In het verlengde van ons nieuwe logo stellen we graag ook onze nieuwe website voor. Een korte visuele rondleiding door [www.mloz.be](http://www.mloz.be)!

Een luchtige homepage met een handig overzicht van onze actuele nieuwtjes, laatste publicaties, vacatures en events waaraan we deelnemen. Je vindt er ook onze **online tools** terug.

En er wachten trouwens nog een aantal andere rubrieken op je bezoekje. Grasduin dus zeker eens door onze nieuwe website.

**Het adres is nog steeds hetzelfde: [www.mloz.be](http://www.mloz.be)**

Je kan ons ook altijd volgen op Twitter en LinkedIn.

**STÉPHANIE BRISSON**

[stephanie.brisson@mloz.be](mailto:stephanie.brisson@mloz.be)



In de rubriek 'Onze publicaties' krijg je een volledig overzicht van de nummers van ons magazine Health Forum, onze verschillende studies en onze brochures rond gezondheidseducatie. Handige nieuwigheid: met een zoekmotor kan je de publicaties nu ook filteren met een specifieke zoekactie.



**Onze gezondheidsvisie?** Die staat centraal in de rubriek 'Onze visie op gezondheid'. Hier lees je onze standpunten, kan je onze debatten met gezondheidsprofessionals en symposia herbeleven of onze inspanningen in Benin en Togo ontdekken.

# Zorgverleners op de rand van een zenuwzinking

De Onafhankelijke Ziekenfondsen hebben een enquête besteld over de behandeling van burn-out\*. De resultaten bevestigen een verontrustende realiteit: de werknemers uit de gezondheidssector staan op de eerste rij als het over professionele uitputting gaat. Niet alleen omdat ze rechtstreeks te maken krijgen met de stress van hun patiënten, maar ook omdat ze er zelf aan ten prooi vallen.

## 15%

Veeleisende patiënten, administratieve rompslomp, het gevoel niet gewaardeerd te worden... De gezondheidsprofessionals bezwijken onder de druk. Bijna 1 op de 7 gezondheidswerkers (15%) heeft al een periode van intense professionele uitputting meegemaakt. Ze worden op de voet gevolgd door het onderwijzend personeel (11%) en de handelsberoepen (8%). Wat hebben al die beroepen gemeen? Het continue contact met derden (patiënten, leerlingen, klanten), wat emotioneel heel uitputtend kan zijn.

## Geneesmiddelen niet de oplossing

Voor 1 op de 3 personen (32%) waren de voorgeschreven geneesmiddelen tijdens de periode van burn-out (antidepressiva, angstbestrijdende geneesmiddelen, slaapmiddelen...) 'niet echt doeltreffend' tot 'helemaal niet doeltreffend'. 39% van de ondervraagden heeft geen behandeling met geneesmiddelen gevolgd.

## 44%

We hebben de mond vol over de fysieke en emotionele ravage door een burn-out en over het belang van de opvolging door een arts. Toch blijkt dat minder dan 1 op de 2 werknemers (44%) zijn huisarts geraadpleegd heeft tijdens deze moeilijke periode. De huisarts blijft wel de eerste zorgverlener die de betrokken personen raadplegen, ver voor de psycholoog (16%) en de psychiater (14%).

## De positieve invloed van een 'psy'

Volgt een psychiater de patiënten op? Dan daalt het aandeel van de arbeidsongeschikte mensen aanzienlijk. Een sprekend cijfer: de overgrote meerderheid (86%) van de mensen met een burn-out blijft minstens één keer afwezig op het werk tijdens deze periode, terwijl slechts 13% van de werknemers die opgevolgd worden door een psychiater, even moet stoppen met werken. Het risico op herval is ook kleiner voor werknemers die opgevolgd worden door een psycholoog of psychiater. 37% van de mensen die vaak in contact staan met klanten, leerlingen of patiënten, heeft een psychiater geraadpleegd. Bij de andere beroepen is dat slechts 20%.

## 41 dagen

Verontrustend: 1 op de 10 mensen met een burn-out werd opgenomen in het ziekenhuis tijdens die periode van professionele uitputting, met een gemiddelde opname duur van 41 dagen. De helft van de mensen met een burn-out heeft het werk moeten stopzetten gedurende minstens 6 maanden en 1 op de 5 werknemers (22%) kreeg achteraf opnieuw een burn-out (minimaal 2 stopzettelingen van het werk).

KARIMA AMROUS

karima.amrous@mloz.be

**"Stress is een subjectief fenomeen: het is afhankelijk van het oordeel van de werknemer over de beperkingen in zijn arbeidsomgeving en over zijn gevoel van controle over die beperkingen."**

(Dr. Patrick Mesters, Burn-out Instituut)

\*Enquête van de Onafhankelijke Ziekenfondsen bij 632 werknemers die een burn-out hadden (of hebben) (Dedicated, 2017).

# lifetech.brussels, de drijvende kracht achter digitale zorginnovatie

Een goed idee, veel enthousiasme en een fikse dosis innovatieve kennis: in de wereld van de digitale ondernemingen kom je daar een heel eind mee, maar het is geen garantie tot slagen. Daarom biedt lifetech.brussels de jonge startups in de zorgsector ook de nodige begeleiding om succesvol te kunnen ondernemen. "Momenteel begeleiden we 100 projecten per jaar in Brussel", klinkt het bij bezielster Azèle Mathieu.

## Hoe ondersteunt lifetech.brussels die innovatieve startups in de praktijk?

**Azèle Mathieu:** "We bieden de ondernemingen eerst een basic businessmodel om hen op het goede logistieke spoor te zetten. In functie van hun profiel kunnen ze later specifiekere begeleiding krijgen rond eHealth-toepassingen of medische applicaties. lifetech.brussels begeleidt de ondernemingen individueel of collectief, zet netwerken op met andere ondernemingen in de zorgsector en verhoogt de zichtbaarheid van de startups. Ons doel is om economische belangen te verzoenen met doelstellingen rond volksgezondheid. Dat is niet altijd eenvoudig. De visie van startups botst soms met de waarden en opvattingen binnen de gezondheidszorg. De jonge bedrijfjes moeten de zorgsector overtuigen van hun innovatieve oplossingen en wij helpen hen daarbij."

## Merk je bepaalde trends in de ontwikkelingen van Belgische startups?

**Azèle Mathieu:** "De laatste tijd staat zorgcontinuïteit volop in de kijker. Dat begrip draait om een betere samenwerking en connectie tussen de zorgverleners in het belang van de patiënt, maar ook om de technologieën die deze samenwerking ondersteunen. Dat is trouwens het centrale thema van de Hackathon die wij begin december organiseren in Brussel, samen met de Onafhankelijke Ziekenfondsen (zie kader)."

## Wat is de ultieme ambitie van lifetech.brussels?

**Azèle Mathieu:** "Onze droom is om België op de kaart te zetten als grote innovator op vlak van medische applicaties en eHealth. Een hotspot die tal van ondernemingen aantrekt. Als Brusselse entiteiten werken we met alle regio's en spelen we ook een verbindende rol. België heeft alle ingrediënten om te slagen, maar we zijn niet altijd fier en ambitieus genoeg om ons te verkopen. We moeten ons grote potentieel meer in de kijker durven te zetten."

**PIET VAN EENOOGHE**

piet.vaneenoghe@mloz.be

## Hackathon over zorgcontinuïteit

Van 1 t.e.m. 3 december 2017 organiseren de Onafhankelijke Ziekenfondsen, Partena Ziekenfondsen, Partenamut en lifetech.brussels een Hackathon over zorgcontinuïteit. Tijdens dit weekend zullen multidisciplinaire teams mobiele applicaties en innovatieve diensten ontwikkelen. Op zondagavond stellen de teams het prototype van hun oplossing voor: een mobiele app én een businessplan om de zorgcontinuïteit voor patiënten te verbeteren.

<http://behealth.hackathon.care>

# health  
# hacker

# health  
# hacker



# De Afrikaanse ziekenfondsen van morgen: een lesje in statistiek

Hoe kunnen de ziekenfondsen in Benin en Togo hun gegevens beter gebruiken en hoe kunnen ze hun leden overtuigen om lid te blijven? Die twee vragen onderzochten de Onafhankelijke Ziekenfondsen in een uitgebreide studie. Een analyse die ook de UCL opmerkte, want de universiteit gaat met deze studie aan de slag in een cursus Statistiek.



Prof. Marie-Paule Kestemont van de UCL

Een centrale managementtool, een dekking op maat van de bevolking, een wervende campagne ...: de studie van de Onafhankelijke Ziekenfondsen bevat 25 concrete aanbevelingen voor een verdere professionalisering van de ziekenfondsen in Benin en Togo. Daaraan ging een diepgravend onderzoek vooraf met een analyse van de recente literatuur, een veldonderzoek van 6 weken en een statistische analyse van de Afrikaanse ziekenfondsgegevens. En dat laatste deel is volgens **Prof. Marie-Paule Kestemont** van de UCL een ideaal voorbeeld om te gebruiken in haar cursus Statistiek. "Gezien de moeilijke omstandigheden in Afrika ben ik onder de indruk van de verzamelde en behandelde hoeveelheid informatie, maar ik wil ook graag enkele grafieken en voorstellingen verder onderzoeken. Dat is beroeps-misvorming uiteraard." (lacht)

## Boeiende context

Welke jongeren zullen zich nu dieper buigen over deze studie? Het gaat om de studenten uit het eerste jaar economie en bestuurskunde enerzijds en communicatie, sociologie en politieke wetenschappen anderzijds. "Statistiek is allesbehalve hun lievelingsvak, een reden te meer om deze studie te gebruiken. Door de boeiende context van de ziekenfondsen in Togo en Benin zien ze hoe statistiek kan bijdragen tot een toegankelijke gezondheidszorg voor de Afrikaanse bevolking", zegt Kestemont. Maar het echte onderwerp van de cursus aan de UCL blijft natuurlijk de pure statistiek zelf. "Ik ga enkele basisprincipes illustreren aan de hand van jullie studie", gaat Kestemont verder. "Denk maar aan het gevaar voor interpretatie. Je moet met een kritische blik naar

cijfers en grafieken kijken. Daarnaast is jullie studie gebaseerd op een immense hoeveelheid gegevens van de Afrikaanse ziekenfondsen. Ik zal de studenten leren hoe ze die info moeten structureren om zo de cijfers te laten spreken."

## Op het examen of niet?

Voor de studenten luidt dan de hamvraag: krijgen ze vragen over de studie op het examen aan het eind van het jaar? "Dat zou best wel eens kunnen", zegt Kestemont. "Want dat geeft hun motivatie natuurlijk ook nog een boost. Dat begrijpt iedereen die zelf student is geweest." (lacht) "Bovendien kunnen ze de studie ook gebruiken als onderwerp voor hun thesis."

**STEVEN VERVAET**

steven.vervaet@mloz.be

## "Nadenken over de rol van de ziekenfondsen"

Ook de Onafhankelijke Ziekenfondsen zijn uiteraard enthousiast over de samenwerking met de UCL. "Het gebruik van onze studie zal de studenten doen nadenken over de rol van de ziekenfondsen in het gezondheidssysteem, zowel in Afrika als in België", zegt **Christian Horemans, expert Internationale Zaken bij de Onafhankelijke Ziekenfondsen**. "Voor de eerstejaarsstudenten geven we ook een korte inleidende presentatie over de studie en voor de masterstudenten die werken rond deze thema's houden we een uitgebreider seminarie."

# Kiosk

## Hoe doe je aan emotionele zelfzorg?



Zo vlug mogelijk genezen, opnieuw alles kunnen zoals voor de diagnose, anderen niet tot last zijn ...: kankerpatiënten stellen vaak hoge eisen aan zichzelf. In dit boek raadt klinisch psychologe Nathalie Cardinaels hen aan om meer begrip te tonen voor zichzelf. Om aan emotionele zelfzorg te doen tijdens moeilijke momenten door zichzelf vriendelijker en

milder te behandelen. 'Mildheid bij kanker' reikt patiënten daarom enkele tips aan om meer compassie te ontwikkelen voor zowel zichzelf als hun omgeving. Dit boek is ook uiterst geschikt voor hulpverleners die kankerpatiënten ondersteunen tijdens en na hun ziekte.

**Mildheid bij kanker, Nathalie Cardinaels**

Acco, 2017, 168 blz., ISBN 978-94-634-4017-2

## Krachten bundelen in de verloskunde



De tijd staat niet stil, ook niet in de verloskunde. De verlosafdeling van 10 jaar geleden is vandaag de dag al hopeloos verouderd. Samenwerking is nu het sleutelwoord, tussen gynaecologen, vroedvrouwen, pediaters, neonatale en pediatrische verpleegkundigen... Maar hoe bundel je al die krachten zo efficiënt mogelijk?

Dit procedureboek is een goede gids om die samenwerking te realiseren. Het bevat de weerspiegeling van jarenlange evidence based verloskunde in de dagelijkse praktijk, zowel van een gewone kraamafdeling als van een eenheid voor risicozwangerschappen. Zo vormt dit boek een praktische basis voor de dagelijkse zorg bij frequente en uitzonderlijke zwangerschapsproblemen.

**Procedureboek verloskunde, Yves Jacquemyn,**

Acco, 2017, 330 blz., ISBN 978-94-634-4111-7

## Robots aan de macht?



"We are the robots", zongen de elektronica-pioniers van Kraftwerk al in 1978. In 2017 lijkt het tijdperk van deze machines ook echt aangebroken. In verschillende zorginstellingen werkt zorgrobot Zora op de diensten pediatrie en

geriatrie en staat Pepper aan het onthaal. Die doorbraak van slimme technologie verandert de zorgsector, maar hoe zit het de morele kant van die moderne technieken? Dit boek analyseert de verwevenheid tussen techniek en ethiek en reikt bouwstenen aan voor een waardengedreven innovatie.

**Robot aan het stuur, Jochanan Eynikel,**

Lannoo Campus, 2017, 152 blz.,

ISBN 978-94-014-4099-8

## Over lichaamsgerichte psychotherapie



Een lichaam dat moeilijk doet, het is niet alleen voor de patiënt met psychosomatische klachten een mysterieus probleem. Ook therapeuten zitten vaak met de handen in het haar als de therapie niet het verhoopte resultaat geeft. Dit boek biedt daarom een nieuwe kijk

op therapie bij psychosomatische klachten. Klinisch psycholoog en kinesitherapeut Joeri Calsius ijvert voor een geïntegreerde aanpak, met een huwelijk van psychotherapeutische technieken en hands-on lichaamswerk. Die lichaamsgerichte psychotherapie kan een efficiënt alternatief zijn bij psychosomatische klachten door angst, depressie, burn-out en trauma's. Kortom, een interessante visie die therapeuten dwingt om hun comfortzone te verlaten.

**Werken met een lichaam dat moeilijk doet, Joeri Calsius**

Acco, 2017, 208 blz., ISBN 978-94-634-4245-9

## De Landsbond van de Onafhankelijke Ziekenfondsen

groepeert 5 ziekenfondsen (OZ, Omnimut, Partenamut, Freie Krankenkasse, Partena Ziekenfonds).  
Deze pluralistische en onafhankelijke groep verzekert momenteel meer dan 2 miljoen mensen.

We zoeken voor onze medische kabinetten in Vlaanderen en voor de Nederlandstalige vleugel van onze Brusselse kabinetten verschillende

# Adviserend Artsen

## UW FUNCTIE

Als Adviserend Arts staat u dagelijks in contact met de patiënten en verzorgt u volgende taken:

- Het evalueren van de arbeidsongeschiktheid en het nagaan van de mogelijkheden tot arbeidsherinschakeling in samenspraak met betrokken partners zoals de huisarts, de bedrijfsarts, VDAB, Actiris, Forem,...
- Het informeren en adviseren van patiënten over de sociale wetgeving, medische terugbetalingen en verzekeringsproblemen.
- Het behandelen van aanvragen voor gezondheidszorg.

## UW PROFIEL

- U bent arts en beschikt over enige klinische ervaring. Een bijkomende opleiding in de verzekeringsgeneeskunde of elke andere specialisatie betekent een extra troef.
- U bent contactvaardig en u hebt belangstelling voor de medische en sociale problemen van de patiënten.
- U beschikt over de nodige people management skills om vlot met administratieve en paramedische medewerkers samen te werken.
- U bent flexibel en u houdt ervan om in team te werken.
- U hebt een uitstekende kennis van het Nederlands en een goede (voor Vlaanderen) tot uitstekende (voor Brussel) kennis van het Frans.



## INTERESSE IN DEZE FUNCTIE?

Ga naar onze website [www.mloz.be](http://www.mloz.be), klik op de functie Adviserend Arts van uw keuze en laad uw cv en motivatiebrief op.



## Welke gezondheidsdoelstellingen voor België?

Natuurlijk wil iedereen zo lang mogelijk leven in goede gezondheid. Maar om dit doel te bereiken, moet de gezondheidszorg heel wat uitdagingen trotseren: obesitas aanpakken, de bevolking meer doen bewegen, actiever preventief onderzoek voeren naar bepaalde ziekten... **Hoe kunnen we de meest gunstige omstandigheden creëren voor de Belgen om vanaf jonge leeftijd gezond door het leven te gaan?** Welke gezondheidsproblemen moeten we prioritair aanpakken? Wetende dat ook andere factoren als woonomstandigheden, onderwijsniveau en sociale omgeving onze gezondheid beïnvloeden en **ongelijkheden in de hand werken**.

**België heeft geen nationale gezondheidsdoelstellingen**, in tegenstelling tot heel wat andere landen. De Onafhankelijke Ziekenfondsen nodigen u uit om kennis te maken met inspirerende ervaringen uit het buitenland. Daarnaast krijgt u ook inzicht in de resultaten van **een exclusieve enquête over de voorkeuren van de Belgen op dit vlak** (op welke domeinen moeten de overheden inspanningen doen?).

De Onafhankelijke Ziekenfondsen trakteren u op een boeiend debat, waarin federale en regionale overheden uit de doeken doen hoe zij zich voorbereiden op deze uitdagingen, met o.a. Pedro Facon (FOD Volksgezondheid) en Dirk Dewolf (Agentschap Zorg & Gezondheid). **Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid Maggie De Block** geeft haar visie en opent het symposium. Noteer dit event in uw agenda en schrijf u nu in!

### PROGRAMMA

- 12u **Onthaal en walking lunch**
- 13u30 **Openingstoespraak**  
door **Maggie De Block**, Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid
- 13u45 **Voorstelling van de KCE-studie rond gezondheidsdoelstellingen**  
door **Christian Léonard**, Adjunct-Directeur-generaal, Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE)
- 14u15 **De voorkeuren van de Belgen op het vlak van gezondheidsdoelstellingen**  
door **Xavier Brenez**, Directeur-generaal, Onafhankelijke Ziekenfondsen
- 14u40 **Debat met:** **Pedro Facon**, Directeur-generaal, Gezondheidszorg, FOD Volksgezondheid  
**Dirk Dewolf**, Administrateur-generaal, Agentschap Zorg & Gezondheid  
**Isabelle Fontaine**, Directrice Administratie, Service Public Francophone Bruxellois  
**Olivier Gillis**, Adviseur bij het kabinet van **Didier Gosuin**, Brussels Minister van Gezondheidszorg (CGC)  
**Anouck Billiet**, vertegenwoordigster van het kabinet van **Alda Greoli**, Waals Minister van Volksgezondheid
- Vraag / Antwoord**
- 16u **Conclusie** door **Stephan Van Den Broecke**, prof. Volksgezondheidspsychologie aan de UCL
- 16u30 **Drink** Moderator: **Dirk Broeckx** / Tweetalig symposium met simultaanvertaling
- Accreditatie aangevraagd

**Inschrijving gratis, maar verplicht**  
via <http://mloz.eventsite.be>