

Health Forum



Het magazine van de Landsbond van de Onafhankelijke Ziekenfondsen
driemaandelijks • **maart 2018 • nr. 33**



DOSSIER

Happy Aging, droom of werkelijkheid?

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



PARTENA ZIEKENFONDS

Sluisweg 2 bus 1
9000 Gent
www.partena-ziekenfonds.be



OMNIMUT MUTUALITÉ LIBRE DE WALLONIE

Rue Natalis 47 B
4020 Liège
www.omnimut.be



PARTENAMUT

Mettewielaan 74/76
1080 Brussel
www.partenamut.be



FREIE KRANKENKASSE

Hauptstrasse 2
4760 Büllingen
www.freie.be

Colofon

HOOFDREDACTRICE

Karima Amrous · karima.amrous@mloz.be

COÖRDINATIE

Steven Vervae · steven.vervae@mloz.be

REDACTIECOMITÉ

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

ONTWERP

Leen Verstraete · layout@mloz.be

FOTO'S

Shutterstock & Reporters

VERTALING

Annamie Mathues · Gisèle Henrotte · Julie Van Nieuwenhove ·
Geertje Vandecappelle · Angélique Vanderbracht · Barbara Van Ransbeeck

VERANTWOORDELIJKE UITGEVER

Xavier Brenez · xavier.brenez@mloz.be

Health Forum

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

- www.mloz.be
- health-forum@mloz.be
- Landsbond van de Onafhankelijke Ziekenfondsen, Health Forum
Lenniksebaan 788A, 1070 Anderlecht



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

De burgers correct informeren is een plicht



"Ons gezondheidssysteem verdient een debat op basis van stevige argumenten, geen propaganda."

In opstand komen tegen de (reële) dreiging van een geneeskunde met twee snelheden is een nobele, gegronde en zelfs dringende zaak. We kunnen alleen maar toejuichen dat de burgers van dit land hiervoor op straat komen. Maar het neoliberalisme met de vinger wijzen, bepaalde zwakheden van het Belgische gezondheidssysteem (ongelijkheden, uitgaven voor de patiënt, verschillen in levensverwachting, burn-out bij zorgverleners, tekorten) karikaturaal aan de kaak stellen en de verantwoordelijkheid voor al die problemen afschuiven op de huidige regering, doet afbreuk aan die zaak. Nog een keer: de als waarheid verkochte schattingen uit de campagne *Tam Tam* zijn betreurenswaardig. Te meer omdat ze een 'academisch' aureool aangenomen kregen dat wetenschappelijke striktheid geen eer aandoet. Enkele voorbeelden.

- **"Heeft België 1,5 miljard bespaard op het gezondheidszorgbudget sinds 2015?"** Nee, want in diezelfde periode zijn de uitgaven voor gezondheidszorg gestegen met 2,3 miljard. Het zou juist geweest zijn om te stellen dat de jaarlijkse groei van het budget voor geneeskundige verzorging in deze regeringsperiode beperkt werd door de groeinorm terug te brengen tot 1,5%, terwijl de natuurlijke groei van de uitgaven geraamd wordt op 2,2%.
- **"Is het remgeld gestegen?"** De werkelijkheid is veel genuanceerder. Om de prijszetting te vereenvoudigen en te harmoniseren, werd het persoonlijk aandeel dat patiënten moeten betalen bij specialisten, overal gelijkgesteld op 12 euro. Hierdoor zijn sommige raadplegingen wat duurder geworden (bv. bij de gynaecoloog en

de oogarts), maar andere net goedkoper (zoals bij de kinderarts en de psychiater).

- **"Is de terugbetaling voor bepaalde geneesmiddelen gedaald?"** Ja, voor enkele geneesmiddelen als antibiotica, corticosteroïden en neussprays. Maar andere initiatieven hadden net een positieve invloed op het kostenplaatje van medicatie voor de patiënt. Denk maar aan de patent cliff, een mechanisme dat de prijs snel en in één keer doet dalen voor geneesmiddelen waarvoor generische alternatieven bestaan.

In het algemeen is het een **taak van de verzekeringsinstellingen om zich kritisch op te stellen ten opzichte van het gezondheidsbeleid**. Ze vormen namelijk een 'tussenpersoon', een sociale partner én een lid van de samenleving. Maar de bevolking correct informeren is een van onze plichten. Ons gezondheidssysteem verdient een debat op basis van stevige argumenten, geen propaganda.

Uiteraard beseffen wij ook dat genuanceerde uitspraken minder 'tamtam' opleveren dan ideologische korte bochten. Als de gelijknamige campagne enkel opschudding en ophef wou veroorzaken, is de opdracht volbracht. We kunnen enkel hopen dat de volgende thema's op de agenda van deze beweging (Justitie en Werk) een minder dualistische aanpak krijgen. Kwestie van geloofwaardigheid en impact.

XAVIER BRENEZ

Directeur-generaal van
de Landsbond van de
Onafhankelijke Ziekenfondsen

Inhoud

3 EDITO

5 WIST U?

6 DOSSIER

Happy Aging,
droom of werkelijkheid?

16 FORUM ZORGVERLENERS

Een jeugd lang zorgen
voor een naaste...

De toekomst voorspellen
met Horizon Scanning

Nudging, een subtiel duwtje
naar een gezonder leven?

22 STUDIES

Kosten chronische ziektes
blijven stijgen

25 EVENTS

Welke gezondheidsdoelstellingen
voor België?

26 KIOSK

www.mloz.be



6

DOSSIER

Happy Aging,
droom of
werkelijkheid?

18

FORUM ZORGVERLENERS

De toekomst voorspellen
met Horizon Scanning



25

EVENTS

Welke gezondheids-
doelstellingen voor
België?

Wist u?

Persoonlijk medisch dossier, nu ook online

Binnenkort zal elke patiënt zijn persoonlijk medisch dossier ook online kunnen inkijken met de 'Personal Health Viewer'. Daar blijft het echter niet bij. Volgens Minister van Volksgezondheid Maggie De Block zal het voor de patiënt op termijn ook mogelijk zijn om zelf zaken toe te voegen en te kiezen met welke zorgverleners hij zijn gezondheidsinformatie deelt. Door deze medische gegevens ook online beschikbaar te maken, wil Minister De Block van de patiënt vooral een copiloot maken. "Het zet hem aan om meer met zijn gezondheid bezig te zijn en als hij ziek wordt, heeft hij zicht op alle informatie die hij moet weten", klinkt het. De lancering van de 'Personal Health Viewer' zal in fases gebeuren. De eerste functionaliteiten zullen in het eerste trimester van 2018 beschikbaar zijn, de andere volgen later dit jaar.

www.maggiedeblock.be

1 op de 3 mantelzorgers heeft het financieel moeilijk

Mantelzorgers nemen maar liefst 80% van de zorgarbeid in Europa op zich. Dat noeste werk is echter grotendeels onbezoldigd en dat heeft z'n gevolgen: 1 op de 3 Europese mantelzorgers zegt het financieel moeilijk te hebben. Dat blijkt uit een studie van COFACE, de Europese koepelorganisatie van gezinsverenigingen.

www.coface-eu.org

Goede mondzorg in woonzorgcentra

Ouderen in woonzorgcentra nemen vaak veel medicatie, wat leidt tot een droge mond en een groter risico op mondproblemen. Vier jaar lang trokken tandartsen van het project 'Gerodent' van het UZ Gent daarom met een mobiele praktijk naar 56 woonzorgcentra. Dat die aanpak zijn vruchten afwierp, bewijzen de cijfers: na 4 jaar daalde het aantal bewoners dat een behandeling van het gebit nodig had van 66% naar 31%. Zo was er een afname van het aantal bewoners dat vullingen nodig had, nog eigen tanden had met tandbederf, tanden moest laten trekken, ...

www.uzgent.be

14 projecten rond geïntegreerde zorg voor chronisch zieken van start

Ongeveer 1 op de 4 Belgen kampt met een chronische ziekte. Zij krijgen hulp van verschillende zorgverleners: huisartsen, specialisten, verpleegkundigen, paramedici, enz. Om de samenwerking tussen al deze zorgprofessionals te stroomlijnen, zijn 14 projecten opgestart. Die moeten leiden tot een betere en efficiëntere geïntegreerde zorg voor chronisch zieken. Binnen elk project slaan zorgverleners, maar ook patiëntenverenigingen, mantelzorgers, ziekenfondsen, academici, ... de handen in elkaar. In totaal bestrijken de 14 projecten een regio van 2,65 miljoen mensen. Vlaanderen telt 7 projecten, Wallonië heeft er 5, Brussel en de Duitstalige Gemeenschap elk 1. Deze projecten zullen 4 jaar lopen.

www.maggiedeblock.be

Happy Aging, droom of werkelijkheid?

De vergrijzing, een uitdaging voor iedereen

p. **7**

Hoe zit het met zorg op maat voor opa Amir en oma Fatima?

p. **10**

Silver Economy: hoe anticiperen op de noden van ouderen?

p. **12**

Een stad bedenken voor, door en met ouderen

p. **14**



De vergrijzing, een uitdaging voor iedereen

De Belgische bevolking wordt ouder, dat weten we al langer. Daarom moeten we de vergrijzing proactief aanpakken én onze kijk erop bijstellen. Vergrijzing gaat niet enkel over verzorging, maar ook over huisvesting, preventie, opleiding van zorgverleners en aanpassing van de zorggewoontes. En dat zijn domeinen die ons allemaal aanbelangen.

68% van de Belgen is (heel) positief over zijn oude dag. Dat is één van de vaststellingen uit de enquête van de Koning Boudewijnstichting over de levenskeuzes van 60-plussers. En net door dat optimisme maken de 60-plussers zich niet al te veel zorgen over hun toekomst. Iets meer vooruitdenken zou nochtans nuttig zijn, zowel voor de ouderen zelf als voor de hele samenleving.

In 2060 zal 1 op de 4 Belgen 65 jaar en ouder zijn (Federaal Planbureau - FOD Economie: bevolkingsvooruitzichten 2015 - 2060 – maart 2016). “De bevolking vergrijst aan een grote snelheid”, zegt **Marie de Saint-Hubert, professor en geriater aan het universitair ziekenhuis van Namen en actief in het onderzoekscentrum Louvain4Ageing (UCL)**. “Vooral de leeftijdsgroepen van 75 en 85 jaar zijn in opmars. En ook de levensverwachting blijft maar toeneemen.” In 2016 bestond 4,8% van de bevolking uit 80-plussers. Volgens het Planbureau zal dat in 2060 9,1% zijn, ofwel 1,2 miljoen tachtigers.

Comorbiditeit aanpakken

Bij het ouder worden steken typische en gevarieerde gezondheidsproblemen de kop op. “Zorgverleners zullen meer en meer te maken krijgen met verschillende chronische ziektes bij één patiënt”, legt Marie de Saint-Hubert uit. Dat zal het systeem dwingen

om zich te hervormen. Nu is verzorging vooral georganiseerd rond klinische (zorg)trajecten voor één specifieke ziekte, zoals diabetes of hartfalen. “We merken nu dat oudere patiënten vaak met meerdere chronische ziektes tegelijk kampen. Het is dus moeilijk om de juiste dienstverlening in het ziekenhuis aan te bieden, wanneer de patiënt bv. zowel hart- als ademhalingsproblemen heeft. Eén unieke diagnose stellen is ingewikkeld”, voegt de geriater eraan toe. “Met deze vaststellingen in het achterhoofd moet de gezondheidszorg zich dus minder organiseren rond de aanpak van de ziekte en meer rond de begeleiding van de patiënt en de kwesties die voor hem belangrijk zijn”, benadrukt Marie de Saint-Hubert. “Het is een ommekeer die stap per stap gebeurt. Zo deed de federale overheid onlangs een oproep naar projecten rond chronische ziektes die de focus leggen op een globale verzorging, op maat van de patiënt.”

Gepersonaliseerde begeleiding

De diagnose van de afzonderlijke ziektes is vandaag dan wel veel vlotter en preciezer dan enkele jaren geleden, maar de verzorging moet individueler. De oudere bevolking is nu eenmaal een heterogene groep mensen, die elk aan een ander tempo verouderen. De combinatie van ziektes maakt het er

niet makkelijker op. “Vasthouden aan standaardprocedures en -behandelingen wordt in de toekomst ingewikkelder”, vertelt Marie de Saint-Hubert. “Er moet een hiërarchie komen rond het belang van behandelingen, vooral door de risico's op interactie tussen ziektes, tussen ziektes en geneesmiddelen of tussen geneesmiddelen.” De geriaters moeten met de patiënt (en zijn mantelzorger) spreken over zijn gezondheidsprioriteiten: wil hij fysiek actiever blijven, thuis blijven wonen of wil hij meer kinesitherapie en minder verpleegkundige hulp? Artsen moeten hun voorschrijfgedrag meer aanpassen aan de context en aan de patiënt.

Gesensibiliseerde gezondheidsprofessionals

Om deze evolutie binnen de gezondheidszorg en bij de patiënten vlot te laten verlopen, moeten de gezondheidsprofessionals de juiste opleiding en kennis hebben. **Elke toekomstige arts, verpleegkundige of kinesist zou moeten leren om diverse diagnoses te combineren en te werken in een multidisciplinair team.** “Er is duidelijk een verandering op til”, dixit Marie de Saint-Hubert. “Zo is geriatrie nu opgenomen in het opleidingspakket van geneeskundestudenten en moeten alle studenten ook een stage volgen op een afdeling geriatrie. Ook toekomstige kinesisten en verpleegkundigen krijgen tegenwoordig een cursus

geriatrie in hun standaardaanbod. En zij kunnen bovendien een 4e jaar specialisatie in geriatrie doen."

Ouderenzorg opwaarderen

Om de toekomst te verzekeren, moeten er ook genoeg geriateren zijn. "We moeten het beeld van de 'oude patiënt' bijstellen", beklemtoont Marie de Saint-Hubert. "Zware zorg, onwelriekende patiënten, ... Ouderenzorg heeft nog altijd een negatieve bijklank. Door geriatrie op te nemen in de opleiding, is die perceptie aan het veranderen. Sinds geneeskundestudenten de cursus volgen en de (verplichte) stage van een maand doorlopen, weten ze beter wat die zorg precies inhoudt. Ze zien dat het een interessant werkgebied is rond interdisciplinaire samenwerking, contact met mensen en hun familie én op medisch vlak. Want ouderenzorg is meer dan enkel 'ouderdomskaaltjes'. Dankzij cursussen en stages leren ze de ouderen anders kennen en dat heeft zeker een positieve invloed. Studenten ontdekken vaker dat hier hun roeping ligt."

Sociaal vangnet

Laten we positief blijven: we worden ouder, omdat onze levensomstandigheden verbeterd zijn en we ziektes sneller kunnen genezen dan vroeger. Maar gezond ouder worden begint... vroeg! De grote klassiekers? Volgende beweging en een evenwichtige voeding. Voor ouderen is er

ook nog een derde pijler: het sociale leven. **"De bevolkingsgroepen met het grootste risico op problemen op hun oude dag, zijn vaak sociaal geïsoleerde personen"**, verduidelijkt de Koning Boudewijnstichting in haar enquête bij de 60-plussers. Actief blijven is belangrijk, net als een sociaal vangnet. Het is een manier om de individuele en collectieve autonomie van alleenwonende, kwetsbare ouderen te versterken. Lokale initiatieven organiseren, in een wijk of op grotere

**Zware zorg,
onwelriekende
patiënten, ...**

**Ouderenzorg heeft nog
altijd een negatieve
bijklank. Door geriatrie
op te nemen in de
opleiding geneeskunde,
is die perceptie aan het
veranderen.**

Marie de Saint-Hubert,
professor en geriater aan het universitair
ziekenhuis van Namen en actief in
het onderzoekscentrum Louvain4Ageing (UCL)

schaal, kan een positieve invloed hebben. Het initiatief 'Global Age-friendly Cities' ziet steden als een plek voor alle generaties. Met aangepaste woningen voor alle bewoners, wat hun leeftijd ook is.

Huisvesting

De deelnemers aan de enquête van de Koning Boudewijnstichting willen liefst ergens wonen waar ze zo lang mogelijk zelfstandig kunnen blijven. Bijna de helft is bereid om elk systeem uit te proberen, waarmee hij thuis kan blijven wonen.

Rust- en verzorgingstehuizen zijn niet de enige optie. Ook omdat er, volgens een analyse van het KCE, na 2025 toch niet genoeg plaats zal zijn. Gelukkig rijzen er veel initiatieven uit de grond die het behoud van de autonomie van



de oudere en het intergenerationeel samenleven centraal stellen. Denk maar aan de kangoeroewoning: een oudere laat in ruil voor een financiële bijdrage een gezin in zijn huis wonen, dat voor hem alleen te groot is geworden en ze helpen elkaar. In Brussel zijn er zo twee woningen. En in Antwerpen ging in 2014 een experiment van start met koten voor ouderen. Sociale woningen waarin 5 alleenstaande senioren een appartement kunnen huren, met een gemeenschappelijke leefruimte en keuken.

Het belang van mantelzorgers

Over ouderen en hun autonomie kan je niet spreken zonder het over mantelzorgers te hebben. Een op de tien Belgen is mantelzorger. En zij moeten zowel wettelijke als psychosociale steun krijgen. **“De meeste van mijn raadplegingen gebeuren met z’n drieën: de patiënt, zijn mantelzorger en ik”,** legt Marie de Saint-Hubert uit. “Zonder mantelzorger zouden de meeste fragiele ouderen het moeilijk hebben om thuis te blijven wonen.

We moeten hun werk echt erkennen. Het is een cruciaal deel van de begeleiding, dat het professionele aanbod niet op zich kan nemen.”

Genoeg uitdagingen dus bij de aanpak van de vergrijzing. Stappen worden gezet en initiatieven ondernomen. Maar het mag nog meer zijn. Want de tijd gaat vooruit en de bevolking wordt er niet jonger op!

STÉPHANIE BRISSON

stephanie.brisson@mloz.be

De mening van de Onafhankelijke Ziekenfondsen

De vergrijzing goed voorbereiden

We weten het: de kosten voor geneeskundige verzorging zullen twee keer zo snel stijgen als de economische groei. Een toename die grotendeels te wijten is aan de vergrijzing van de bevolking. Het is een problematiek die bovenaan de agenda van de beleidsmakers moet staan. Het moet het vertrekpunt zijn van een globale reflectie: van de preventie tot de aanpak van de vergrijzing in elke regio van ons land.

Een goede voorbereiding van onze oude dag, het is een onderwerp dat vaak op de lange baan wordt geschoven. Nochtans moeten we onszelf die vragen stellen als ons pensioen nadert, zodat we later geen overhaaste beslissingen moeten nemen. Het is essentieel dat ouderen zo lang mogelijk zelf knopen kunnen doorhakken. Daarom moet iedereen kunnen anticiperen op mogelijke veranderingen: hoe behoud ik m’n sociale contacten? Hoe blijf ik actief? Hoe pas ik m’n woning aan om er te kunnen blijven leven?

Actor van verandering

Voor de Onafhankelijke Ziekenfondsen is het belangrijk dat ouderen kunnen deelnemen aan het sociale beleid, zoals dat in Vlaanderen het geval is. Dankzij de Vlaamse ouderenraad kennen we de noden rond vergrijzing en kunnen de beleidsmakers daarop inspelen. In Wallonië en Brussel bestaan er gemeentelijke

adviserende raden of projecten als ‘Villes Amies des Aînés’, die ouderen laten deelnemen aan de reflectie over een beter levenskader.

Rol van ziekenfondsen op vlak van preventie, ondersteuning en begeleiding

Ook de ziekenfondsen moeten een rol spelen in de begeleiding van ouderen. Dankzij hun persoonlijke hulpverlening kunnen ze kwetsbare ouderen opsporen. Om problemen te voorkomen, moeten ze ouderen en hun naaste omgeving informeren en, indien nodig, doorverwijzen naar aangepaste diensten, op maat van hun noden en die van hun omgeving.

Steun voor mantelzorgers

Om hen te steunen in hun rol, bieden de Onafhankelijke Ziekenfondsen een begeleiding op maat aan voor mantelzorgers. Het gaat om verschillende mogelijkheden, zoals tegemoetkomingen voor ondersteuningssessies, respijtzorg of hersteloordeelen. We wachten trouwens nog altijd op de wetsbesluiten voor de erkenning van mantelzorgers sinds 2014 én op de specifieke rechten die eruit kunnen voortvloeien. De Onafhankelijke Ziekenfondsen zijn alvast vragende partij om een centrale rol te kunnen spelen in de erkenning en begeleiding van mantelzorgers, zoals voorzien in de wet.



Hoe zit het met zorg op maat voor opa Amir en oma Fatima?

Er zit veel kleur in vergrijzing. Maar liefst 1 op de 3 65-plussers in Brussel heeft een migratieachtergrond. Wat zijn de noden en verwachtingen van deze ouderen met wortels in Marokko, Turkije, Congo, ...? En hoe kunnen we onze zorgsector beter afstemmen op deze nieuwe Belgen op leeftijd? Els Nolf, medewerker Diversiteit bij het Kenniscentrum WWZ, legt de vinger op de wonde en doet enkele aanbevelingen!

Onze samenleving vergrijsst, maar ze wordt tegelijkertijd ook meer en meer divers. Momenteel heeft al 1 op de 3 65-plussers in onze hoofdstad een migratieachtergrond, maar binnen 10 à 15 jaar zal dat 1 op de 2 zijn. “Het gaat om een grote groep West- en Zuid-Europese, maar ook het aantal Marokkaanse, Turkse en Congolese ouderen in onze samenleving stijgt snel”, vertelt **Els Nolf, medewerker Diversiteit bij het Kenniscentrum WWZ**. “Die evolutie stelt onze ouderenzorg voor grote uitdagingen. Want hoe je het ook draait of keert, migratie is een breuk. Een traumatiserende ervaring, die gepaard gaat met een groot verlies op menselijk en materieel vlak. Bij het ouder worden

komt dat soms weer bovendrijven. Vanwege de taalbarrière en de gebrekkige kennis over ons zorgsysteem schakelen mensen met een migratieachtergrond minder snel professionele hulp in en bovendien hebben ze vaak een ander idee over wat die zorgverlening moet inhouden. Onze ouderenzorg moet meer rekening houden met hun wensen en behoeftes.”

Veel misvattingen over rust- en ziekenhuizen

Bij vele ouderen met een migratieachtergrond leeft het idee dat Belgen hun (groot)ouders ‘wegstoppen’ in rust- en ziekenhuizen. Kille oorden,

waar hun eigen kinderen hen uit weg moeten houden. “Zolang alles goed gaat met hen, is dat inderdaad een gedachte die sterk leeft. Maar wat als de oudere een beroerte krijgt of aan dementie lijdt? Dan haalt de realiteit de familie in en moet de oudere wel naar het ziekenhuis of een woonzorgcentrum”, zegt Nolf. “Bij sommige moslims is het zorgen voor de ouders een religieuze plicht, maar in zo’n geval moeten ze noodgedwongen compromissen sluiten. Bijvoorbeeld door elke dag iemand anders van de familie op bezoek te laten gaan in het ziekenhuis of het rusthuis. We mogen niet vergeten dat verschillende gemeenschappen een leerproces doormaken en met

mondjesmaat wennen aan onze nieuwe zorgcultuur, maar ook aan de nieuwe maatschappelijke context van langer leven, meer complexe zorg, ... Dat vraagt tijd."

Halalvoeding, een verpleegkundige van hetzelfde geslacht, ...

En wat als de oudere dan uiteindelijk in een zorginstelling zit? Wordt er dan al meer rekening gehouden met zijn specifieke wensen dan vroeger? "Ik merk een lichte positieve evolutie.

"Bij sommige Afrikaanse ouderen ligt het moeilijk om verzorgd te worden door een jongere. Ze ervaren dat als vernederend."

Els Nolf,
medewerker
Diversiteit bij het
Kenniscentrum
WWZ



Rusthuizen doen meer hun best om bv. halalvoeding te serveren of ervoor te zorgen dat een oudere met een migratieachtergrond verzorging krijgt van een verpleegkundige van hetzelfde geslacht", dixit Nolf. "Maar niet elke wens is praktisch haalbaar. Zo ligt het bij sommige Afrikaanse ouderen moeilijk om verzorgd te worden door een jongere. Als de verzorger hun kind zou kunnen zijn, ervaren ze dat als vernederend. Zoiets valt niet altijd in de

uurroosters van de zorginstellingen te gieten natuurlijk. Het enige wat je dan kan doen, is een open dialoog aangaan met de zorgbehoevende, de familie én de gemeenschap. Je moet als zorgverlener gul zijn wanneer iets haalbaar is en duidelijk communiceren als dat niet zo is."

Tijd als grootste boosdoener

Het gevoel te kunnen zijn wie we zijn, het is een universeel verlangen. Ook in de rusthuizen is een warme, familiale sfeer erg belangrijk, zodat de ouderen met een migratieachtergrond zich thuis voelen. "Dat zit hem vaak in kleine dingen, bv. niet enkel Westerse foto's die aan de muren hangen", vertelt Nolf. **"Ook de aanwezigheid van verzorgend personeel met dezelfde migratieachtergrond is belangrijk. Gelukkig is het personeelsbestand in Brussel al zeer divers.** Zij kunnen helpen als er een taalprobleem zou zijn. Bij hen kunnen de ouderen ook sneller hun verhaal kwijt."

Maar botst die aandacht voor diversiteit niet met het gebrek aan middelen bij de rusthuizen en woonzorgcentra? "Tijd is inderdaad de grootste boosdoener. Diversiteit vertraagt nu eenmaal de werking van een zorginstelling", zegt Nolf. "Wij organiseerden bv. een vormingstraject rond diversiteit voor rusthuisdirecteurs in Brussel, maar velen vinden niet de tijd om naar die opleiding te komen. Dat zegt genoeg."

Woonprojecten, een kwestie van centen

Er bestaan in Brussel een paar kleinschalige projecten rond multicultureel samenwonen zoals Maison BILOBA Huis, maar het zijn versnipperde initiatieven zonder een gestructureerde aanpak. Vaak een kwestie van centen volgens Els Nolf. **"Cohousing, kangoe-roewonen, ... het zijn projecten die uitgaan van een middenklassemodel. En dat terwijl de gemeenschappen met een migratieachtergrond in Brussel tegen de armoede vechten.** De wil om nieuwe projecten op te starten, is

er bij bepaalde groepen wel, maar ze botsen op een gebrek aan financiële draagkracht." Nolf snapt dan ook niet dat rusthuizen niet meer op die noden inspelen. "Het besef van de vergrijzing en de stijgende diversiteit binnen de vergrijzing is er wel, maar het beleid loopt achter. Als die instellingen op lange termijn willen overleven, moeten ze daar dringend meer werk van maken."

Diversiteit als verplicht vak

Welke stappen moet onze ouderenzorg dan concreet zetten? Nolf wijst in eerste instantie op een goede opleiding rond diversiteit voor zorgprofessionals. "Het zou een echte kernvaardigheid moeten zijn bij onze zorgverleners. Iemand die getraind is rond diversiteit, levert trouwens zorg op maat voor iedereen. Niet enkel voor ouderen met een migratieachtergrond, maar ook voor jij en ik. En net dat inclusieve model is de toekomst." Ook participatief werken is voor Nolf essentieel. "Je kan geen project uitwerken achter je bureau. Je moet de straat op, luisteren naar de mensen en hun behoeftes integreren in je plannen. Zo creëer je vertrouwen en een groter draagvlak bij burgers, mantelzorgers en ouderen met een verschillende afkomst."

'Het kleine ontmoeten'

Het droomscenario van Nolf voor de toekomst is niet utopisch, maar realistisch. "Ik verwacht niet dat iedereen in het rusthuis vriendjes is met iedereen. Ik ben een pleitbezorger van 'het kleine ontmoeten' in plaats van 'het grote ontmoeten'. Het is logisch dat je beter bevriend bent met mensen die op je lijken, maar tegelijkertijd moet je wel met iedereen kunnen samenleven. Als diverse gemeenschappen samen zitten in een cafetaria, is dat al heel wat. Ze moeten daarvoor niet noodzakelijk allemaal aan dezelfde tafel zitten."

STEVEN VERVAET

steven.vervaet@mloz.be

Silver Economy: hoe anticiperen op de noden van ouderen?

Ouderen zijn het gat in de markt, dat is Silver Economy kort door de bocht. Volgens een studie* in opdracht van de Europese Commissie zullen er in 2025 222 miljoen mensen ouder zijn dan 50. Een zeer grote groep, met zowel kapitaalkrachtige mensen als ouderen in armoede. Een enorme uitdaging voor beleidsmakers, niet alleen op vlak van gezondheidszorg.

Wat is Silver Economy?

“Economisch inspelen op sociologische veranderingen.” Zo omschrijft **econoom Brieuc Van Damme** het begrip ‘Silver Economy’. Hij voorspelde al in ‘Het Grijze Goud’ (Roularta, 2010) de kracht van de groeiende groep ouderen. Ook **Peter Varnai, consultant bij Technopolis Group**, is al een tijd bezig met Silver Economy, en vindt dat de maatschappij zich moet aanpassen aan ouderen. “Maar dan wel aan de ouderen van vandaag en niet die van 40 jaar geleden.” Het gaat om alle activiteiten die relevant zijn voor ouderen en inspelen op hun noden. Maar dat wil niet zeggen dat alleen ouderen hierbij betrokken zijn. Het gaat trouwens niet

alleen om gezondheid, maar ook om ontspanning, mobiliteit, voedsel en zelfs tewerkstelling.

Domotica en Olderpreneurship

Elk Europees land krijgt met uitdagingen rond ouderenzorg te maken en dat viel ook de Europese Commissie op. “Ouderenzorg en het potentieel van Silver Economy is niet hetzelfde in alle Europese landen”, zegt Peter Varnai. “Samen met Oxford Economics** onderzocht Technopolis Group welke opportuniteiten Silver Economy biedt en welke strategie de Europese Commissie moet uitwerken.” De studie toont aan dat verschillende sectoren kunnen profiteren van de groeiende

groep ouderen. Tegen 2025 bestaat 43% van de bevolking in Europa uit 50+’ers. Een aantal van de oudsten onder hen zal in een rusthuis belanden, maar dat is niet de meerderheid. “Integendeel”, zegt Varnai. “Ze willen langer thuis wonen en zelf voor hun gezondheid zorgen. Dus het beleid moet rekening houden met een evolutie in bv. slimme huizen of zelfsturende auto's. Ook de mantelzorgers die nauw betrokken zijn bij deze groeiende groep senioren moeten hun input geven.”

En daar stopt het niet. Want wat met mensen op pensioen die graag nog een cent bijverdienen? “Ook dat is één van de aanbevelingen in de studie: het Olderpreneurship. Ouderen die willen werken, moeten daartoe

* The Silver Economy (2017)

**Oxford Economics is een adviserend bedrijf dat samenwerkt met de Oxford University's business college. Het voert o. m. studies uit in opdracht van beleidsmakers, zodat zij correct kunnen inspelen op de economische toekomst van Groot-Brittannië en Europa.



gestimuleerd worden. Zo worden ze weer kapitaalkrchtig en vullen ze de eventuele 'gaten' op in de arbeidsmarkt." Volgens Varnai is het aan de Europese beleidsmakers om de Silver Economy over de grenzen van de Europese landen heen te coördineren. "Want al die zaken beïnvloeden niet alleen ouderen, maar mensen van alle leeftijden. **Beleidsmakers moeten vooruit denken: investeren in het welzijn van gezonde mensen, zodat ze minder snel ziek worden.** Wij zijn verwend in Europa, omdat er een vangnet bestaat. Maar dit kan niet op dezelfde manier als we oud zijn. We moeten hierop inspelen en nu al nadenken over hoe we onze oude dag willen financieren."

De baten en lusten van ouderenzorg

"Heel wat studies bevestigen dat de babyboomers, de ouderen van vandaag, hun persoonlijk welzijn belangrijk vinden", zegt Brieuc Van Damme. Sinds 2009 volgt hij de Silver Economy in België en meer specifiek in Vlaanderen. "Deze babyboomers rekenen op 25 gezonde levensjaren na hun pensioen. Een deel van eventueel opgespaard kapitaal gebruiken ze om hun eigen levenskwaliteit te verbeteren." Daaruit volgt dat ook hun verwachtingen anders zijn. "Ze eisen meer inspraak in hun behandeling. Zowel beleidsmakers als zorgverleners moeten hiermee rekening houden." Van Damme vindt dat er tussen 2010 en nu al heel wat is veranderd rond Silver Economy. "De Vlaamse overheid maakt werk van een 'financieel rugzakje' voor ouderen. Zo geven ze hen de kans om zelf hun zorg te bepalen en hun budget te beheren. Ook het feit dat ouderen langer thuis willen blijven, zet aan tot nadenken. Want wie langer thuis woont, vult geen plaats op in een rusthuis."

"Babyboomers eisen meer inspraak in hun behandeling.

Zowel beleidsmakers als zorgverleners moeten hiermee rekening houden."

Brieuc Van Damme,
managing partner van
het beleidsadvies-
bureau Baere Craft



Laat kapitaalkrchtige ouderen investeren in de gezondheidssector

Maar niet elke oudere is kapitaalkrchtig. "Ouderen hebben zelfs een groter armoederisico dan andere bevolkingsgroepen. Maar we moeten het verschil tussen kapitaalkrchtige ouderen en ouderen met financiële problemen als een opportuniteit zien", benadrukt Van Damme. **"Laten we meer keuzevrijheid geven aan de kapitaalkrchtige ouderen: zij krijgen de kans om hun eigen middelen te gebruiken voor de zorg die zij willen. Zo komt er geld vrij waarmee we de armoederisicogroep kunnen helpen in hun zorg."** Als concreet voorbeeld geeft Van Damme het aankopen van zorgflatcoupons. "Mensen van 40, 50 of 60 jaar kunnen nu investeren in de bouw van een serviceflat. Daarnaast krijgen ze huurinkomsten als ze zelf niet in de serviceflat wonen. Wanneer die ouderen zelf in de serviceflat

willen trekken, wordt hun investering omgezet in een woonrecht. En als ze hun aandeel in dat project liever verkopen, kunnen ze er nog kapitaal voor terugkrijgen. Zo investeren kapitaalkrchtige ouderen mee in plaatsen voor ouderenzorg. Zulke zaken kunnen het beleid stimuleren, door bv. een belastingverlaging op roerende voorheffing in het leven te roepen. De investerende ouderen zullen niet in een rusthuis terecht komen, wat betekent dat er meer plaatsen en centen vrijkomen voor de meest zorgbehoevenden. Zo laat je kapitaalkrchtigen mee investeren in de zorgsector."

Denk ook aan de mantelzorgers

Ook Wallonië denkt volop na over de toekomst van onze ouderen. "In 2030 zullen er in Wallonië bijna 842.000 65+'ers wonen. Tegen 2060 tellen we zelfs meer dan 1 miljoen 65+'ers", zegt Jean-Michel Lheureux, expert bij AVIQ (Agence pour une Vie de Qualité). "Het is belangrijk dat we deze evolutie menselijk benaderen: we moeten kijken naar wie die ouderen zijn, maar ook naar hun mantelzorgers. Wat hebben zij nodig? Welke technische ontwikkelingen kunnen hen helpen? Het gaat niet alleen om ouderen langer thuis te houden, maar ook over de grote groep mensen die voor hen moeten zorgen." Dit laatste toonde de rondvraag over 'Ouder worden' bij meer dan 1.000 Walen aan. Op de vraag waar ze het liefst willen wonen als ze minder zelfstandig zijn, antwoordde meer dan 60% dat ze verwachtten thuis te blijven wonen. Daarnaast vindt ook meer dan 60% het belangrijk om te investeren in mantelzorgers. "De nieuwe technieken om de gezondheidszorg te verbeteren, moeten hiermee rekening houden. Silver Economy gaat duidelijk niet alleen om de ouderenzorg van morgen, maar ook om de jongeren van vandaag."

LIES DOBBELAERE

lies.dobbelaere@mloz.be

Een stad bedenken voor, door en met ouderen

De vergrijzing van de bevolking is al tientallen jaren een feit. Tegelijkertijd zet ook de verstedelijking zich in versneld tempo door: in 2030 zullen 3 op de 5 Belgen stadsbewoners zijn. Het lijkt dus essentieel om vandaag al na te denken over hoe we ouderen actief in de stad kunnen integreren. Die aanpak stelt de WHO voor met het label 'Global Age-friendly Cities'. Hoe gaat dat praktisch in z'n werk? Een woordje uitleg door Myriam Leleu en Olivier Masson van de faculteit Architectuur aan de UCL.

Wat houdt 'Global Age-friendly Cities' precies in?

Myriam Leleu: Zes Waalse steden doen mee aan dit project. Het is deels gebaseerd op de ervaring van Bergen, want die stad ontving dit WHO-label al in 2014. Het hoofddoel is het bevorderen van het gezond en actief ouder worden, afhankelijk van de mogelijkheden van elke persoon. **De betrokkenheid van de ouderen zelf is het uitgangspunt van de hele aanpak.** Vandaar de oprichting van een werkgroep met ouderen van verschillende leeftijden en verschillende sociale of huisvestingsomstandigheden (rusthuizen, eigen woning, enz.).

De eerste fase van het proces bestaat uit het stellen van een diagnose: welke middelen en diensten zijn beschikbaar voor ouderen? Om hun noden te kennen, hielden we gesprekken met ouderen en stelden we de diagnose al wandelend. We organiseerden wandelingen om de sterke en zwakke punten van een wijk of buurt te achterhalen. Die aanpak heeft als voordeel dat we zowel een sociaal als ruimtelijk perspectief kregen.

Olivier Masson: Met dergelijke 'wandeldiagnoses' kunnen we sociale en ruimtelijke informatie verzamelen. Bv.: er is een brede weg die het dorp in twee verdeelt, zodat de afstand

tussen de bewoners groot is. Of heel praktische elementen als vuilnisbelten, richtingborden, enz. Zo is de kwestie van de banken in bijna alle gemeenten een heikel punt. Ouderen willen meer banken om even uit te rusten, maar waar moeten die dan precies komen? In Eigenbrakel stelde een oudere uit een rusthuis voor om er eentje in de buurt van de muziekacademie te plaatsen, zodat senioren naar de muziek zouden kunnen luisteren. Tegelijkertijd kunnen strategisch opgestelde banken ook de contacten tussen de generaties bevorderen. Interessant voor iedereen dus, niet alleen voor ouderen.



Wat waren de behoeften van de ouderen?

M. L.: Ter herinnering, het waren de ouderen zelf die de interviews uitvoerden en analyseerden. Met als einddoel het opstellen van een actieplan met prioriteiten. Daaruit kwamen elementen naar voor zoals banken op de juiste plaats, bushokjes, de oprichting van een gemeenschapscentrum, enz. Over het verwijderen van sneeuw van de stoepen stelde zich de vraag: kan de gemeente hulp bieden of moet er een buurtnetwerk komen? In een van de gemeenten is een vrijwilligersplatform opgezet. In een andere gemeente wezen de ouderen erop dat ze zich 'overspoeld' voelden door alle nieuwkomers in hun verkavelingen. Dat werd dus een actiedomein: de dialoog tussen de oudere bewoners en de nieuwkomers ondersteunen, zonder de eigenheid van elke gemeente in het gedrang te brengen.

O.M.: We merkten bv. dat niet alle senioren even tuk zijn op meer intergenerationele contacten. Sommigen voelen zich gewoon beter bij generatiegenoten. Waarschijnlijk omdat ze op hetzelfde tempo leven en gelijkaardige ervaringen doormaken. De waarden die zij gemeen hebben, dienen als voedingsbodem voor hun sociaal samenzijn. Het doel is dus niet om intergenerationele ontmoetingen verplicht te maken, maar om ze mogelijk te maken, als de ouderen duidelijk vragende partij zijn. Hier speelt de architectuurkwestie een grote rol, want er moet onvermijdelijk geschipperd worden tussen nabijheid en afstand.

Wat zou volgens u de ideale stad zijn voor ouderen?

O. M.: Het is niet aan ons om die te definiëren. Het is aan de ouderen om dat zelf te doen. Bovendien heeft elke stad een andere configuratie. De Engelse term vat het goed samen. Een 'age friendly city': een stad op

"Het is niet aan ons om de ideale stad voor ouderen te definiëren. Het is aan de ouderen om dat zelf te doen."

maat van alle leeftijden, een stad die contacten tussen de generaties bevordert, die plaats biedt aan jongeren en ouderen, enz. Het eigenlijke doel is om vanuit de inwoners over de stad na te denken. Maar voor mij zou de ideale stad een stad zijn die zich permanent inzet voor mobiliteit van alle leeftijdsgroepen, voor de inclusie van alle generaties. Idealiter zou elke gemeente zich dus moeten afvragen hoe ze dit streefdoel kan bereiken, rekening houdend met haar eigen specifieke kenmerken.

Hebt u de ambitie om nog met andere gemeenten samen te werken?

O. M.: Ons doel is om in 2018 een gids uit te brengen die de aanzet kan geven voor een uitbreiding naar andere Waalse gemeenten toe. Op dit moment werken we samen met 6 gemeenten, maar de ambitie is om de kaap van 40 gemeenten te bereiken. Dat komt neer op 15% van de Waalse gemeenten. Het proces dat we voorstellen duurt in theorie 5 jaar, maar we willen vooral dat er een 'senioren-reflex' binnensluipt in de gemeenten. Zodra een herinrichting van het grondgebied zich aftekent, zouden de gemeenten automatisch moeten nadenken over een aanpassing aan de echte noden van de burgers.

NATHALIE RENNA

nathalie.renna@mloz.be

Olivier Masson,
hoogleraar
Architectuur aan
de UCL



'Senior-vriendelijke steden'

Het programma 'Global Age-friendly Cities' is een initiatief dat de WHO in 2007 lanceerde. Het doel is om actief ouder worden aan te moedigen en structuren en diensten zodanig aan te passen dat ouderen met uiteenlopende vaardigheden en behoeften er toegang toe krijgen. Om dit te bereiken, heeft de WHO 8 actiegebieden gedefinieerd. Een bloem met '8 bloemblaadjes' die een invloed hebben op de levenskwaliteit van ouderen in de stad:

- Vervoer
- Woonomgeving
- Toegankelijkheid en stadsplanning
- Thuiszorgdiensten
- Communicatie en informatie
- Respect en sociale integratie
- Sociaal en cultureel leven (vrijtijdsbesteding)
- Participatie en deelname aan het leven als burger

In België hebben Brussel en Bergen al het WHO-label gekregen en meerdere steden in Vlaanderen en Wallonië zijn op de goede weg.



Een jeugd lang zorgen voor een naaste...

Je vindt er in elke school. In elke klas wel twee of drie. Gewone jongeren met een ongewone thuissituatie: het zijn jonge mantelzorgers. Sinds 2015 kunnen deze jongeren voor ondersteuning en begeleiding terecht bij een vereniging voor jonge mantelzorgers in Brussel.

Twee mensen liggen aan de basis van dit initiatief over jonge mantelzorgers: Christine Croisiaux, directrice van een dagcentrum voor mensen met hersenbeschadiging, en Bernard de Roover, directeur van de vzw Télé-Accueil. Allebei stelden ze vast dat in België geen enkele dienst of structuur zich bezighield met jongeren die een zorgbehoevende naaste helpen. Ze besloten om informatie en ervaring op te doen in Groot-Brittannië, waar de problematiek van jonge mantelzorgers al 25 jaar lang wordt aangepakt. Zo beschikt elke school in Engeland over een referentiepersoon voor jonge mantelzorgers. En er zijn ook speciale jeugdhuizen om jonge mantelzorgers op te vangen. Daar kunnen ze op adem komen en hun ervaringen delen.

Wie zijn ze?

Binnen die context zag in 2015 een vereniging voor jonge mantelzorgers het licht in Brussel. “Onze eerste stap was om de gezondheidsprofessionals te sensibiliseren”, verduidelijkt Julie Dupont, die binnen de vereniging instaat voor de projecten. “We hebben daarna een ondersteuningsplatform voor jonge mantelzorgers opgestart. Daar nemen een zestigtal verenigingen aan deel. In het begin was er enige terughoudendheid en moesten we enkele misverstanden over jonge mantelzorgers uit de wereld helpen. **De mensen begrepen niet altijd om wie het ging. Ze dachten dat we het over zieke kinderen hadden.** Er is inderdaad vaak weinig geweten

over de situatie van jonge mantelzorgers. Zelf praten de jongeren er weinig over. Ze blijven liever discreet, willen hun verschillen niet in de verf zetten en hun familie beschermen. En toch kent iedereen wel minstens één jonge mantelzorger in zijn omgeving. Om hen te omschrijven, koos de vereniging voor de volgende definitie: een jonge mantelzorger is een adolescent of jongvolwassene die regelmatig of doorlopend samenwoont en/of hulp verleent aan een naaste die zorgbehoevend is, door een geestelijke of fysieke ziekte, een mentale of fysieke handicap of een verslavingsprobleem. Deze jongeren verlenen verschillende soorten hulp: helpen bij de dagelijkse hygiënische handelingen, medicatie geven, zorgen voor hun broers en

“Wat die jongeren vooral nodig hebben, is tijd om

zich opnieuw op zichzelf te concentreren.

Door altijd maar te zorgen voor iemand anders, verliezen ze zichzelf volledig uit het oog.”

Julie Dupont van de vereniging voor jonge mantelzorgers in Brussel



zussen, emotionele steun verlenen, enz. Een familielid verzorgen en ondersteunen kan een positieve ervaring zijn voor een jongere. Maar als de last en verantwoordelijkheden te zwaar om dragen worden of ongepast zijn voor zijn leeftijd, stijgt het risico op mentale en fysieke uitputting, isolement en spijbelen.

2 à 3 jonge mantelzorgers per klas

Om hen nog beter te identificeren en hun noden te kennen, hield de vereniging in 2017 een enquête bij 1.400 leerlingen in 6 Brusselse scholen. 14% van de jongeren uit deze steekproef herkende zichzelf in de situatie van een jonge mantelzorger. “Dat komt neer op 2 à 3 leerlingen per klas”, verduidelijkt Julie Dupont. “En die cijfers kunnen we naar heel België opentrekken, want ze zijn vergelijkbaar met de studies uit andere landen. Volgens deze studies zijn er trouwens jonge mantelzorgers binnen

alle socio-economische niveaus.”

Van de 198 leerlingen die regelmatig een naaste verzorgen, besteden 99 jongeren dagelijks tussen de 30 minuten en 3u tijd aan hulp. Twaalf leerlingen helpen hun zorgbehovende naaste zelfs meer dan 3u per dag. Heel opvallend is dat de meeste jonge mantelzorgers in eerste instantie verklaren dat ze geen hulp wensen. Maar als je wat doorvraagt, ontdek je dat ze toch hulp zouden willen bij hun studies. En daarna blijkt dat ze ook ondersteuning zoeken rond hun gezondheid, hun vrije tijd of persoonlijke relaties. “Wat die jongeren vooral nodig hebben, is tijd om zich opnieuw op zichzelf te concentreren”, legt Julie Dupont uit. “Door altijd maar te zorgen voor iemand anders, verliezen ze zichzelf volledig uit het oog.”

NATHALIE RENNA

nathalie.renna@mloz.be

“Ik ben een tweede moeder geworden voor mijn broer en zus”

Imène is 22 jaar, haar moeder is bipolair. Haar ouders zijn gescheiden en sinds haar twaalfde zorgt ze alleen voor haar zus en broer tijdens de moeilijkste momenten van haar moeder. “Mijn kleine zus was toen 7 jaar en mijn kleine broer 3 jaar. Ik maakte eten voor hen, hielp hen bij hun huiswerk, ik ruimde op en deed het huishouden... Als ik het niet deed, wie dan wel? Op school heb ik het heel moeilijk gehad... Ik ben twee jaar blijven zitten toen ik 14 was, ik ben toen twee jaar niet naar school geweest. Daarna opnieuw beginnen was erg moeilijk. Toen het met mijn moeder echt niet goed ging, kon ik niet naar school. Op een dag sprak mijn leerkracht psychologie me aan over de vereniging ‘Jonge mantelzorgers’ en ben ik ernaartoe gegaan. Daar heb ik Julie en Séverine leren kennen. Ik heb hen mijn verhaal verteld en ik ben tot het besef gekomen dat ik er al die jaren met niemand over gesproken had. Ze hebben toen gesprekken georganiseerd met mijn mama, mijn broer en mijn zus. We hebben veel gediscussieerd en dat heeft ons allemaal deugd gedaan. Andere jongeren ontmoeten die in dezelfde situatie zaten, heeft me ook veel deugd gedaan. Het was een hele geruststelling om te weten dat ik niet alleen was.”

De toekomst voorspellen met Horizon Scanning

Het is een beetje een glazen bol, Horizon Scanning. We willen namelijk te weten komen welke geneesmiddelen we de komende jaren mogen verwachten, nationaal en internationaal. En hoe doen we dat? Door na te gaan welke onderzoeken er bezig zijn, voor welke producten en wat die in de toekomst zullen opleveren.

Het is nog nooit bewezen dat we de toekomst kunnen voorspellen. Maar Horizon Scanning komt toch aardig in de buurt. Kort uitgelegd: we kijken wat er in de toekomst op ons afkomt, aan de hand van databases. “Horizon Scanning kan je doen voor verschillende producten. Niet alleen voor geneesmiddelen, maar ook voor diagnostische producten of medical devices”, zegt **Francis Arickx, Hoofd directie Farmaceutisch Beleid bij het RIZIV**. Arickx volgt de evolutie van Horizon Scanning op de voet en werkt nauw samen met de andere landen die meewerken aan dit project. “Het gaat om Nederland, Luxemburg en Oostenrijk. Wij vormen samen BeNeLuxA: een internationale groep die Horizon Scanning internationaal mogelijk wil maken op structureel vlak.”

Databanken maken

Om aan Horizon Scanning te doen, moet je in verschillende soorten databanken gaan kijken. “Eigenlijk kijken we naar wat er in de pijplijn zit van de farmaceutische bedrijven: waar zijn zij mee bezig? Maar we gaan ook uitzoeken welke soorten onderzoeken bezig zijn en voor welk soort geneesmiddel. Hier bestaan al enorm veel databanken voor, bv. die van het Europees Geneesmiddelen Agentschap (EMA). Die databank vertelt ons in welke fase het onderzoek zit.” Want een onderzoek is natuurlijk niet in één keer afgewerkt, maar gebeurt in verschillende stukken. “Die verschillende stadia zijn vrij goed gedocumenteerd. Natuurlijk is het soms wat extra zoeken omdat farmaceutische bedrijven deze informatie voor elkaar willen

verbergen. Maar de meeste informatie over onderzoeken kunnen we wel vinden”, vertelt Arickx.

Filters nodig

Voor een geneesmiddel op de markt komt, is er al 10 à 12 jaar onderzoek aan vooraf gegaan. “Wij kijken naar onderzoeken die al 5 à 6 jaar bezig zijn”, legt Arickx uit. “We zoeken welke onderzoeken er bezig zijn, voor welke producten en hoe die verlopen. En met al die gegevens maken we een grote databank. **Het is een flexibele database: de onderzoeken veranderen de hele tijd, sommige mislukken bijvoorbeeld.** Maar hoe verder in het onderzoek, hoe verfijnder de databank wordt.” Zomaar in een databank zitten rommelen, werkt natuurlijk niet. Er zijn filters nodig. “Die bepalen we



aan de hand van indicaties en extra informatie van klinische experts op het terrein. Zij kunnen bv. uitleggen of het om een totaal nieuwe manier van behandelen gaat, en of dat bepaalde onderzoek dus tot een doorbraakgeneesmiddel kan leiden. Maar ze kunnen ook aangeven dat een bepaald onderzoek helemaal niet nieuw is. We stellen ook vragen aan de farmaceutische bedrijven: hoe vlot gaat het onderzoek? Zullen ze blijven investeren in dat product? Willen ze een geneesmiddel voor het grote publiek of mikken ze op een bepaalde groep van patiënten? Zo komen we tot Horizon Scanning: we kunnen bepalen welke geneesmiddelen er binnen 5 jaar op de markt zullen komen.”

Anticiperen

Op voorhand weten wat we mogen verwachten, dat biedt natuurlijk voordelen. “Als we bv. zien dat er binnen 3 à 4 jaar geneesmiddelen zullen bestaan die effectief iets kunnen doen aan de ziekte van Alzheimer of dementie, dan moeten we daarop anticiperen”, verduidelijkt Arickx. “We moeten dat financieel kunnen opvangen: alternatieve financiering vinden

“Horizon Scanning toont niet alleen wat er komt, maar ook wat er niet komt. Het wordt duidelijk welke medische noden er zijn: aandoeningen waar nu nog niets voor bestaat.”

of budget vrijmaken, zodat we die geneesmiddelen kunnen terugbetalen als ze op de markt zijn. Met Horizon Scanning kan het beleid zijn budget beter plannen. Een voorbeeld daarvan is de behandeling van Hepatitis C. Twee jaar geleden werd hiervoor het eerste geneesmiddel op de markt gebracht. Dat geneesmiddel werd toen slechts aan bepaalde patiënten terugbetaald. We wisten eigenlijk al dat er in de loop van de jaren nog geneesmiddelen zouden komen.” Horizon Scanning toont echter niet alleen wat er komt, maar ook wat er niet komt. Het wordt duidelijk welke medische noden er zijn: aandoeningen waar nu nog niets voor bestaat.

Gestructureerd werken

Horizon Scanning is niet helemaal nieuw. Elk land doet het al een beetje, maar op zijn eigen manier. “Het is veel voordeliger als we dit internationaal op een gestructureerde manier organiseren”, zegt Arickx. **“Willen we het goed doen, dan is een budget van enkele miljoenen euro’s nodig. Voor één land is dat enorm veel geld, maar als verschillende landen dit samen doen, is het wel haalbaar.”** De groep BeNeLuxA wil dus de krachten bundelen. “Al jaren wordt geopperd om samen te werken, maar daar blijft het bij. Daarom hebben we de koe bij de horens gevat (zie kaderstuk). Intussen staat er een wetenschappelijke analyse en methodologie voor een internationale Horizon Scanning op de website van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). Al meer dan 10 landen, ook buiten Europa, zijn geïnteresseerd om deel te nemen aan dit project. Momenteel bereiden we een internationale openbare aanbesteding voor, om een organisatie te vinden die databases kan maken en de nodige filters kan uitvoeren.” Maar zelfs als zou blijken dat er internationaal geen geschikte

Het werk van BeNeLuxA in enkele stappen:

Juni 2017:

- Uitgewerkte wetenschappelijke analyse en methodologie om databases op te stellen
- Lastenboek om specifieke technische noden te omschrijven
- Feedback van meer dan tien landen, ook buiten Europa

November 2017:

- Bundeling van feedback en opstellen van technische documenten
- Legaal kader voorbereiden, om een internationale openbare aanbesteding uit te sturen

Februari 2018:

- Lancering van het project, op basis van het technische lastenboek en het legale kader

Juli 2018:

- Start van Horizon Scanning in België en deelnemende landen
- Nieuwe analyse om de 6 maanden

kandidaat bestaat, is niets verloren. “Dan richten we gewoon de organisatie zelf op. Hiervoor hebben we waarschijnlijk 15 mensen nodig die databases uitpluizen. Dat is desktopwerk en kan dus gewoon thuis gebeuren. Met andere woorden, het doet er niet toe in welk land je zit.”

LIES DOBBELAERE

lies.dobbelaere@mloz.be



Nudging, een subtiel duwtje naar een gezonder leven

Ondanks dure sensibiliseringscampagnes en tal van reglementeringen eten we nog altijd te ongezond, bewegen we te weinig, slikken we te veel antibiotica, ... Maar wat als de overheid ons subtiel de gezonde keuze laat maken, zonder dat we het zelf beseffen? Meer en meer politici pleiten ervoor om de bevolking door 'nudging' gezonder te laten leven. Kan dit principe echt de gezondheidskosten doen dalen, zowel voor de patiënt als de maatschappij? Een streepje duiding door Prof. Tim Smits, hoofddocent Sociale Wetenschappen aan de KU Leuven.

Een vliegje op de bodem van urinoirs om letterlijk niet naast de pot te pissen, gezonde voeding op ooghoogte in het bedrijfsrestaurant om meer fruit en groenten te eten, ... Het zijn allemaal voorbeelden van 'nudges'. Letterlijk vertaald: 'duwtjes'. "Nudging is eigenlijk een verzamelterm voor verschillende technieken om een gewenst gedrag waarschijnlijker te maken", vertelt **Tim Smits, hoofddocent Sociale Wetenschappen aan de KU Leuven**. "Dat kan gaan om ingrepen in onze omgeving of in communicatie. Vroeger gingen wetenschappers ervan uit dat onze keuzes bewust en rationeel waren, maar dat is niet het geval. Vaak zijn we ons niet bewust van bepaalde keuzes en nudging probeert daar gebruik van te maken om ons gedrag in een bepaalde richting te duwen."

"60% van de artsen schrijft minder antibiotica voor dan u"

Hoe duw je mensen dan concreet in de gezonde richting? "Fruit en groenten vooraan in de supermarkt zetten en de trappen dicht bij de ingang van een gebouw plaatsen dan de liften, ... Dat zijn bekende voorbeelden die ons kunnen aanzetten tot gezonder gedrag", zegt Smits. "Maar naast de preventie van gezondheidsproblemen kan je met nudging ook medische behandelingen verbeteren, denk maar aan een beter voorschrijfgedrag door artsen. Internationale studies wijzen bv. uit dat een feedbackbrief aan artsen goed werkt. Als ze te lezen krijgen dat 60% van hun collega's minder antibiotica of meer generische geneesmiddelen

voorschrijft, zal dat hun voorschrijfgedrag echt positief beïnvloeden. Ook bij het opstellen van de nieuwe aanmaningsbrief om belastingen bij te betalen, verwijst de overheid nu naar die sociale norm. En dat blijkt ook daar heel effectief, mensen betalen sneller."

Gezondheidskosten doen dalen

Aangezien nudging zowel preventief als therapeutisch voor kostenefficiëntie kan zorgen, is het voor Smits duidelijk: dit principe kan zeker de gezondheidskosten doen dalen, zowel voor de patiënt als de maatschappij. "Door mensen via nudging gezonder te laten leven, moeten ze minder vaak een beroep doen op gezondheidszorg. En als ze dan toch naar de arts moeten,

"Als artsen te lezen krijgen dat 60% van hun collega's minder antibiotica of meer generische geneesmiddelen voorschrijft, zal dat hun voorschrijfgedrag echt positief beïnvloeden."

Prof. Tim Smits,
hoofddocent
Sociale Wetenschappen aan de
KU Leuven



kan nudging voor een betere behandeling zorgen, bv. door enkel antibiotica voorgeschreven te krijgen als het echt nodig is", klinkt het.

Marketeers met gelijke wapens bestrijden

Toch klinkt er ook kritiek op nudging. Want mag een overheid haar burgers wel op die manier manipuleren? "Dat vind ik voor de meeste domeinen een ridicule opmerking", zegt Smits onomwonden. **"We steken overheidsgeld in campagnes rond een correct antibioticagebruik of gezonde voeding. Waarom zou je dan nudging niet gebruiken om je doelstellingen te bereiken?"** Een ander voorbeeld: in de apotheek heb je al een keuzesituatie, namelijk merkgeneesmiddelen of generische geneesmiddelen. Als je als overheid wil dat mensen meer voor het laatste kiezen,

zou het wel gek zijn om geen nudging-technieken toe te passen. Bovendien gebruiken voedingsproducenten en supermarkten ook nudging om mensen bepaalde producten te laten kopen. In feite bestrijd je die marketeers dus met gelijke wapens."

Gezondheidskloof verkleinen door nudging?

Dat sensibiliseringscampagnes de lagere socio-economische klassen niet bereiken en daardoor de sociale gezondheidskloof zelfs vergroten, is al bewezen. Zou nudging dan kunnen helpen om die kloof net te dichten? "Dat zou kunnen. Nudging werkt namelijk altijd op een bepaald gedrag en zoiets overstijgt de sociale klassen in onze samenleving", dixit Smits. "Al moet je natuurlijk wel je nudgingtechnieken aanpassen aan de doelgroep waarop je mikt. Als je dat doet, kan je ongezond gedrag bij iedereen in de samenleving minder waarschijnlijk maken."

Grote rol voor de overheid

Dan blijft nog de vraag hoe je nudging concreet toepast in de praktijk. Want heb je daarvoor niet de steun van verschillende sectoren nodig (voedingssector, bouwsector, media, ...)? "In een ideale wereld krijg je inderdaad al die sectoren op de kar. Maar zelfs als dat niet zo is, kan de overheid

heel veel doen", zegt Smits. "Ze kan bv. perfect de regel opleggen dat in nieuwe publieke ruimtes de trap altijd voor de lift komt, terwijl dat nu vaak omgekeerd is. Daarnaast is de overheid ook één van de grootste bouwheren van het land. Ze kan dus met haar eigen gebouwen zelf het goede voorbeeld geven. En op die manier kan de overheid ook op andere domeinen heel veel maatregelen nemen die gebruikmaken van nudging."

Complementair met sensibiliseren

Smits beweert niet dat nudging alle gezondheidsproblemen de wereld uit kan helpen. Hij ziet die technieken eerder als een goede aanvulling op sensibiliseringsacties. "Nudging en sensibilisering zijn inderdaad complementair. Je kan zelfs spelen met de chronologie. Ofwel eerst communiceren rond een bepaald thema en het grote publiek dan in die richting sturen via nudging, ofwel eerst nudgen en het grote publiek dan op zijn gedrag wijzen met een grote sensibiliseringscampagne. In beide gevallen kunnen nudging en sensibilisering elkaar versterken."

STEVEN VERVAET

steven.vervaet@mloz.be

Wortels in de jaren '70

Politici beginnen nu meer te ijveren om nudging toe te passen, maar dit principe is niet nieuw. "Communicatiewetenschappers deden eind jaren '70 al heel veel onderzoek naar nudgingtechnieken", verklaart Tim Smits. "Het ging dan vooral om de onbewuste effecten van bepaalde elementen in communicatie bij de mens. Het ingrijpen in de omgeving van mensen gaat dan weer terug op sociaalpsychologisch onderzoek dat minstens even oud is. Het is echter pas met het werk van onder meer de Amerikaanse gedrags-econoom en Nobelprijswinnaar Richard Thaler in het begin van de 21ste eeuw dat er een bredere interesse is in de commerciële en beleidsmatige toepassing van deze technieken."

Kosten chronische ziektes blijven stijgen

Maar liefst een kwart van de bevolking in ons land is chronisch ziek. Samen vertegenwoordigen deze chronisch zieken 70% van de totale gezondheidsuitgaven. Hun hap uit deze uitgaven groeit bovendien met de jaren, zo blijkt uit een nieuwe studie van de Onafhankelijke Ziekenfondsen. Op slechts 5 jaar zijn deze kosten met 10% gestegen.

Hoeveel geeft de gezondheidszorg uit aan chronische ziektes? Dat onderzochten de Onafhankelijke Ziekenfondsen op basis van de terugbetalingsgegevens van hun 2,2 miljoen leden (jaar 2015).

Om de chronisch zieken te identificeren, hielden we rekening met verschillende criteria. Een eerste criterium was de consumptie van welbepaalde geneesmiddelen gedurende minimaal 90 dagen per jaar (of 120 dagen bij een depressie). Daarnaast gebruikten we ook bepaalde nomenclatuurcodes van het RIZIV (voor nierinsufficiëntie en kanker), de consumptie van bepaalde geneesmiddelen (voor zeldzame ziektes) of een bepaald type ziekenhuisopname (voor geestelijke ziektes). Op basis van al deze criteria identificeerden we **in totaal 24 chronische aandoeningen**. Uiteraard kan één persoon tot meerdere categorieën behoren. Bv.: een patiënt die antidepressiva neemt en in een psychiatrisch ziekenhuis verblijft, maakt zowel deel uit van de groep 'depressie' als van de groep 'geestelijke gezondheid'.

Aantal gevallen en prevalentie neemt toe

De eerste vaststelling? Tussen 2010 en 2015 steeg het aantal mensen met 1 van de 24 bestudeerde chronische aandoeningen van 23,7% naar 24,8%. **Hun uitgaven voor geneeskundige verzorging klommen van 67,4% naar 70,4%.** De grote impact van de

chronische ziektes op de gezondheidsuitgaven weegt met de jaren dus enkel zwaarder door.

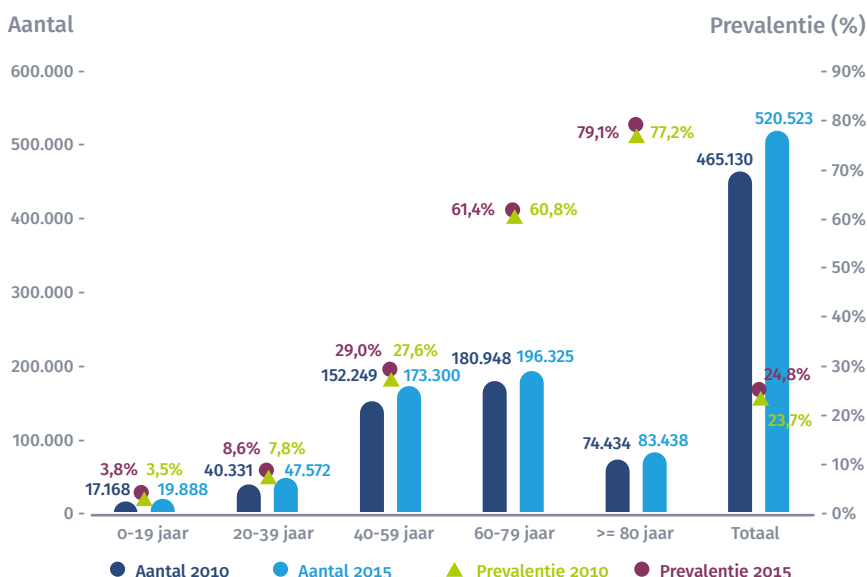
Tussen 2010 en 2015 nam ook het aantal en de prevalentie van de chronisch zieken toe, ongeacht de leeftijdsgroep (figuur 1). Op vijf jaar steeg het aantal chronisch zieken met meer dan 55.000 (12%) tot 520.523 personen in 2015 (24,8% van het totale ledental van de Onafhankelijke Ziekenfondsen). De sterkste schommelingen stelden we vast bij de patiënten boven de 40 jaar. Uit figuur 1 blijkt ook dat de kans op een chronische aandoening toeneemt met de leeftijd. Meer dan 6 op de 10 personen in de leeftijdsgroep van 60-79 jaar lijden aan een chronische

ziekte, een cijfer dat oploopt tot 8 op de 10 bij de 80-plussers. Als het beleid niet verandert, mogen we er dus van uitgaan dat de demografische vergrijzing gepaard zal gaan met een toename van het aantal chronisch zieken. Die mensen zullen langer blijven leven met hun ziekte, met een stijging van de uitgaven voor geneeskundige verzorging tot gevolg.

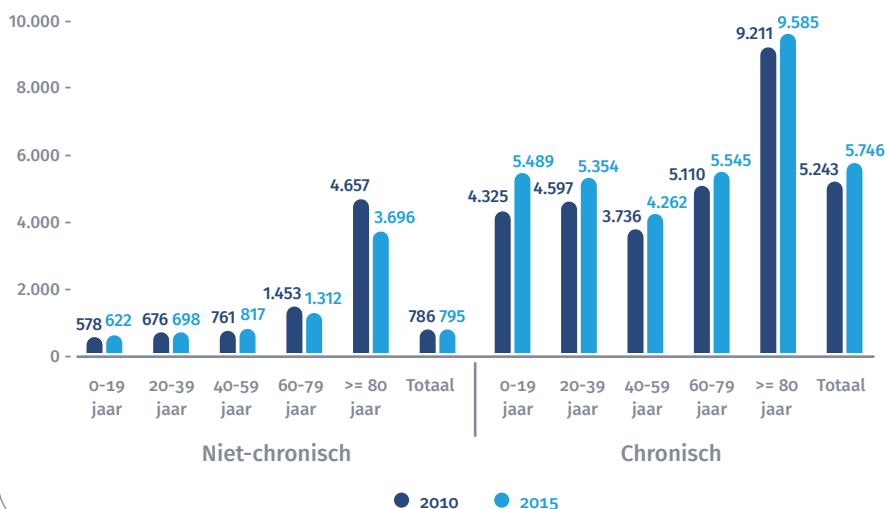
Uitgaven 7 keer hoger

De gemiddelde jaarlijkse gezondheidsuitgaven voor mensen met een chronische ziekte zijn 7 keer hoger dan voor mensen zonder chronische aandoening (figuur 2). **Tussen 2010 en 2015 stegen**

Figuur 1: Aantal en prevalentie van personen met een chronische ziekte, per leeftijdsgroep (2010 en 2015)



Figuur 2: Gemiddelde jaarlijkse uitgaven voor geneeskundige verzorging (VP), naargelang het statuut en de leeftijd van de verzekerde (2010 en 2015)



hun gezondheidskosten met 10% tot gemiddeld 5.746 euro per persoon per jaar. Bij mensen zonder chronische aandoening stegen de uitgaven met 1%.

De stijging van de gezondheidsuitgaven bij de chronisch zieken is in alle leeftijdsklassen merkbaar. De gezondheidsuitgaven van personen zonder chronische aandoening zijn dan weer nauwelijks geëvolueerd (behalve voor de 80-plussers, hun uitgaven dalen).

Meer ziekenhuisopnames

Uit figuur 3 blijkt dat de kans op een ziekenhuisopname bij chronisch zieken 3 à 4 keer groter is. 21% van de chronisch zieken belandde in de loop van het jaar dan ook minstens één keer in het ziekenhuis. Bij de rest van de bevolking was dat 6%. Het is geen verrassing dat de mensen uit de oudste leeftijdsgroep (80-plussers) het vaakst in het ziekenhuis opgenomen worden: ongeveer 1 op de 3 in de loop van het jaar.

Uit figuur 4 blijkt dat mensen met chronische aandoeningen vaker in het ziekenhuis worden opgenomen dan de rest van de bevolking. Zij belanden gemiddeld 1,6 keer per jaar in het ziekenhuis, tegenover 1,2 keer bij mensen zonder chronische ziekte. Tussen de

leeftijdsgroepen is er wel nauwelijks een significant verschil in het aantal ziekenhuisopnames.

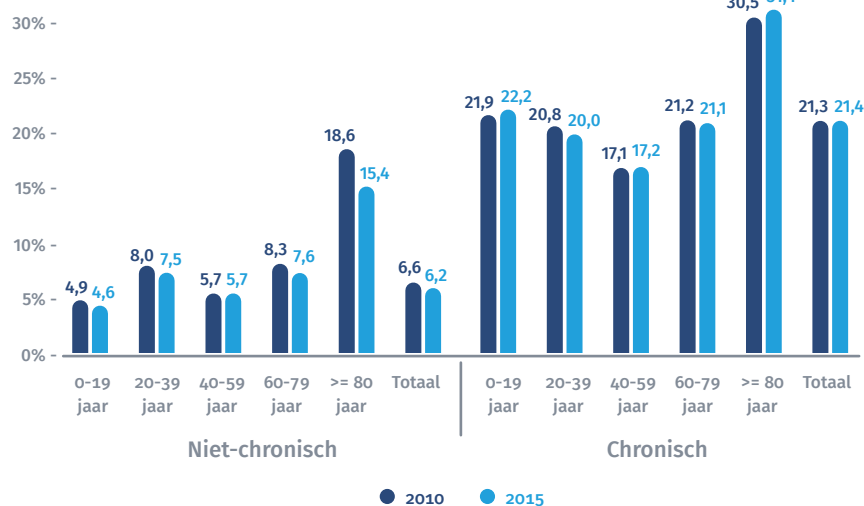
Bij chronisch zieken duurt een ziekenhuisopname gemiddeld 3 à 4 keer langer dan bij de rest van de bevolking. Zij verblijven gemiddeld 21 dagen per jaar in het ziekenhuis, tegenover 4,9 dagen bij mensen zonder chronische ziekte. Tussen 2010 en 2015 daalde de gemiddelde duur van een ziekenhuisopname voor bijna alle mensen zonder chronische aandoeningen, ongeacht hun leeftijd. Bij chronisch zieken daarentegen

lijken de ziekenhuisopnames bij jonge mensen (onder de 40 jaar) enkele dagen langer te worden en bij de leeftijdsgroep van 40 tot en met 60 jaar licht te dalen. Deze piek bij jonge chronisch zieken valt voornamelijk te verklaren door de lange ziekenhuisopnames die nodig zijn om psychische aandoeningen (psychose, geestelijke ziektes, schizofrenie, depressie,...) te behandelen. Het zijn de belangrijkste oorzaken van een ziekenhuisopname bij chronisch zieke jongeren.

Aandeel van de ziekenhuisuitgaven

De hospitalisatiekosten van chronisch zieken zijn goed voor 43% van hun totale uitgaven voor geneeskundige verzorging. Een uitgavenverhouding (ziekenhuisopname/ambulante zorg) die vergelijkbaar is met die van de algemene bevolking (39% in 2015). Bij de uitgaven per chronische ziekte zien we echter wel verschillen. Bij mensen met een psychisch gezondheidsprobleem, kanker, COPD, epilepsie of een orgaantransplantatie, zijn de hospitalisatiekosten goed voor meer dan 50% van hun uitgaven voor geneeskundige verzorging, met een zeer hoge piek voor mentale ziekten (86%).

Figuur 3: Aandeel gehospitaliseerde personen (met minstens één overnachting), naargelang het statuut en de leeftijd van de verzekerde (2010 en 2015)

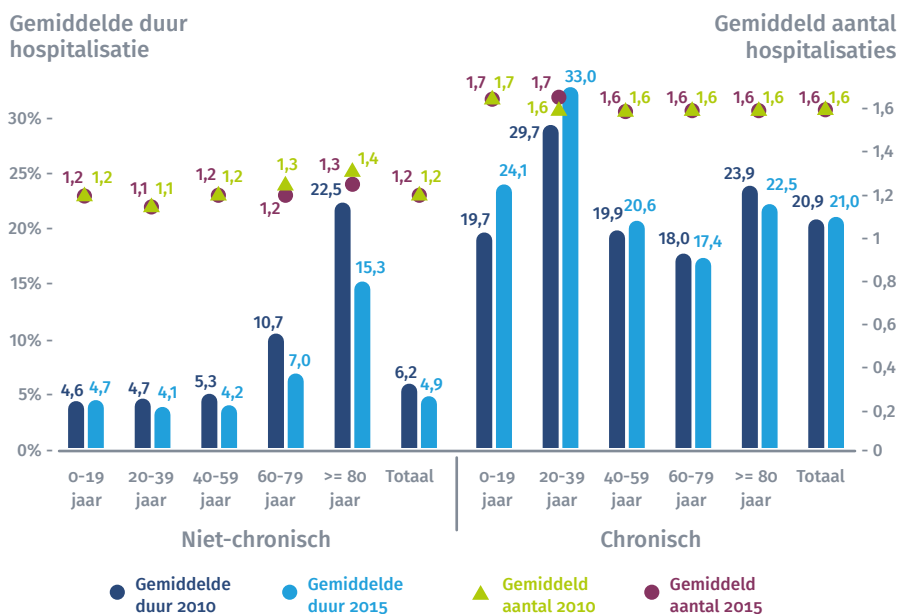


Bij mensen met MS, psoriasis, HIV, hepatitis B/C, reumatoïde of psoriatische artritis, de ziekte van Crohn of colitis ulcerosa, ligt het aandeel ziekenhuiskosten echter onder de 20%. We kunnen sowieso besluiten dat een klassieke ziekenhuisopname een grote hap neemt uit de uitgaven voor geneeskundige verzorging van de chronisch zieken.

GÜNGÖR KARAKAYA

Studiedienst van de
Onafhankelijke Ziekenfondsen

Figuur 4: Gemiddeld aantal en duur van ziekenhuisopname (met minstens één overnachting), naargelang het statuut en de leeftijd van de verzekerde, bij de gehospitaliseerde patiënten (2010 en 2015)



De mening van de Onafhankelijke Ziekenfondsen

Een proactieve aanpak aanmoedigen

Om het hoofd te bieden aan de grote impact van chronische ziektes op het sterftecijfer en de volksgeneeskundigheidsuitgaven, is een proactieve aanpak vereist. De Onafhankelijke Ziekenfondsen pleiten voor:

- **meer investeringen in preventie** (educatie, promotie van fysieke activiteiten, ...). Bepaalde chronische ziektes (hoge bloeddruk, hartziekten, diabetes, depressie) zijn namelijk duidelijk het gevolg van een bepaalde levensstijl: ongezonde voeding, zittend leven, stress, roken, overmatig alcoholgebruik
- **gecoördineerde acties van de overheid en de deelstaten** op basis van de gezondheidsdoelstellingen om bepaalde chronische ziektes te verminderen
- **de registratie en de uitwisseling van gegevens** tussen zorgverleners om de aanpak van de chronische ziektes te verbeteren
- **meer ondersteuning en aanmoediging voor (evidence based) technologische innovatie**, meer bepaald in de sector van de tests voor de opsporing

van chronische ziektes. Monitoring op afstand moet aangemoedigd worden, omdat het de duur van een ziekenhuisopname kan inkorten en er moeten innoverende maatregelen komen in het kader van een thuishospitalisatie. Ook recente initiatieven rond mHealth zijn belangrijk om de verzorging van de patiënt te coördineren met apps en geconnecteerde hulpmiddelen

- **de promotie van efficiëntere zorgcircuits**, zonder afbreuk te doen aan de zorgkwaliteit. Er is nog ruimte om alternatieven voor verzorging in instellingen te verbeteren. Thuisdialyse is bv. even doeltreffend als een dialyse in het ziekenhuis en het is goedkoper
- **geregelde informatie voor de bevolking** over de geboekte medische en technologische vooruitgang rond chronische ziektes, zodat de patiënt zelf initiatieven kan nemen ('empowerment')
- **een controle op de ereloonsupplementen** die patiënten betalen om zo te zorgen dat de verzorging betaalbaar blijft, zeker gezien het grote aandeel van de ziekenhuiskosten bij bepaalde chronische ziektes

Welke gezondheidsdoelstellingen voor België?

Hoe kunnen we de meest gunstige omstandigheden creëren voor de Belgen om vanaf jonge leeftijd gezond door het leven te gaan? Die vraag stond centraal tijdens het symposium van de Onafhankelijke Ziekenfondsen over nationale gezondheidsdoelstellingen. Meer dan 250 deelnemers luisterden aandachtig naar onder meer een toespraak van Minister Maggie De Block en een paneldiscussie met vertegenwoordigers van de verschillende overheden in ons land. Herbeleef ons evenement met deze fotoreportage!

Een volle lokettenzaal van Train World in Schaarbeek was het fraaie decor voor een leerrijk symposium.



Minister van Volksgezondheid Maggie De Block pleit voor een proactief gezondheidsbeleid met nationale gezondheidsdoelstellingen als kompas.



Xavier Brenez, Directeur-generaal van de Onafhankelijke Ziekenfondsen, stelt de resultaten voor van onze enquête over de voorkeuren van de Belgen rond gezondheidsdoelstellingen.



Een boeiend debat tussen de vertegenwoordigers van de verschillende overheden (v.l.n.r.): Pedro Facion, Dirk Dewolf, Isabelle Fontaine, Olivier Gillis en Anouck Billiet (met moderator Dirk Broeckx uiterst links).



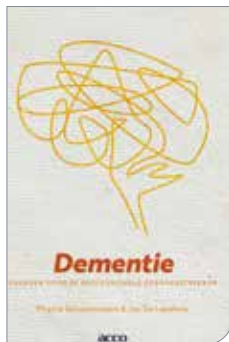
Christian Léonard onthult de conclusies uit de studie van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) rond gezondheidsdoelstellingen.

Ontdek de film over ons symposium, een uitgebreidere fotoreportage én het dossier rond gezondheidsdoelstellingen op www.mloz.be (Onze visie op gezondheid)

Kiosk

Dementie in een notendop

Zorgverleners krijgen meer en meer te maken met patiënten die lijden aan dementie. Een onvoorspelbare en onomkeerbare chronische aandoening waar ze niet allemaal even thuis in zijn. Daarom is dit zakboekje een nuttige wegwijzer in de dagelijkse zorg voor mensen met dementie en hun naaste omgeving en mantelzorgers. Hoe evolueert dit ziekteproces? Hoe stel je dementie vast? Welke initiatieven rond dementie bestaan er in het Belgische zorglandschap? Zowel huisartsen als andere zorgverleners vinden in dit boekje concrete antwoorden op hun vragen over dementie.



als andere zorgverleners vinden in dit boekje concrete antwoorden op hun vragen over dementie.

Dementie, zakboek voor de professionele zorgverstreker, Birgitte Schoenmakers en Jan De Lepeleire

Acco, 2017, 80 blz., ISBN 978-94-634-4357-9

Geef infecties geen kans



Een professionele zorgverlening is ook... nauwkeurige aandacht besteden aan hygiëne en infectiepreventie. Ook op dat vlak is het belangrijk dat zorgverleners zich voortdurend bijscholen en op de hoogte blijven van de nieuwste inzichten en methodieken. Daarom zet

Mia Vande Putte, expert infectiepreventie bij de Hoge Gezondheidsraad, ze netjes op een rijtje in de nieuwe editie van dit referentiehandboek voor verpleegkundigen en vroedvrouwen. Wat zijn de nieuwste ontsmettingsmiddelen en hoe gebruik je ze? Hoe steriliseer je oppervlakken en instrumenten? Je vindt de antwoorden op al deze en veel meer vragen terug in dit boek!

Van hygiëne tot infectiepreventie, Mia Vande Putte

Acco, 2017, 320 blz., ISBN 978-94-634-4205-3

Leiderschap in tijden van verandering



Verandering, het is een constante in de zorg- en welzijnssector. Een complexere dienstverlening, nieuwe richtlijnen en procedures, fusies, nieuw samengestelde teams, ... Het is niet eenvoudig om daar als leidinggevende mee om te gaan. Om aan te tonen hoe je verandering kan laten werken in een zorgonderneming, gebruikt

Koen Deconinck de metafoer van Mozes en de exodus uit Egypte. Hoe laat je het oude los en overleef je de tocht door de woestijn om het Beloofde Land te bereiken? Het is een verhaal van leiderschapswaarden, persoonlijke groei, een verzorgde communicatie, grenzen stellen en conflicten aanpakken. Ontdek deze 10 geboden voor een wendbaar leiderschap in de zorgsector.

Mozes in witte jas, Koen Deconinck

Lannoo Campus, 2017, 205 blz., ISBN 978-94-014-3809-4

Hoe hou je werk werkbaar?



Ongeveer 15% van de Belgische werknemers zit thuis met langdurige gezondheidsproblemen. En dat aantal blijft maar stijgen. Bovendien keert slechts de helft van de langdurig zieken terug naar dezelfde job. Hoe kunnen we hen beter aan het werk houden of snel-

ler weer aan aangepast werk helpen? Voor welke bijwerkingen zorgt het almachtige ziekteattest? En hoe kunnen bedrijven een betere werkcultuur creëren die voor werkbaar werk zorgt? Hoogleraar en arts Lode Godderis zoekt het uit in dit boek en geeft concrete aanbevelingen aan zowel artsen, beleidsmakers, werkgevers als werknemers.

Werken is genezen, Lode Godderis

Lannoo Campus, 2017, 240 blz., ISBN 978-94-014-4447-7

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, klik op de functie Adviserend Arts van uw keuze en laad uw cv en motivatiebrief op.

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

Een klacht indienen?

Doe een beroep op onze Claims Manager!

Wie kan een beroep doen op de Claims Manager?

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

Wanneer kan de Claims Manager u helpen?

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

Klop eerst aan bij uw eigen ziekenfonds

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

Hoe kunt u een klacht indienen?

- Vul het elektronische klachtenformulier in op www.mloz.be
- Stuur een mailtje naar complaints@mloz.be

Meer info!

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

