

Health Forum

Juni 2012 · Nr. 10

Het magazine van de Landsbond van de Onafhankelijke Ziekenfondsen · driemaandelijks



Regionalisering, overlegmodel, misbruik, ...

Wat met de toekomst van de gezondheidszorg?

Maak kennis met de Onafhankelijke Ziekenfondsen!

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

De Landsbond van de Onafhankelijke Ziekenfondsen verenigt 7 ziekenfondsen:



OZ

Boomsesteenweg 5
2610 Antwerpen
www.oz.be



Omnimut Mutualité Libre de Wallonie

Rue Natalis 47 B
4020 Liège
www.omnimut.be



Euromut Onafhankelijk Ziekenfonds

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



Freie Krankenkasse

Hauptstrasse 2
4760 Büllingen
www.freie.be



Onafhankelijk Ziekenfonds Securex

Tervurenlaan 43
1040 Brussel
www.securex-ziekenfonds.be

Verenigde-Natieslaan 1
9000 Gent



Partena Ziekenfonds

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



Partenamut

Anspachlaan 1
1000 Brussel
www.partenamut.be



Informatiseren en vereenvoudigen: 'intelligente' besparingen binnen handbereik

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

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

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

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

Het is nochtans mogelijk om in enkele jaren tijd significante vooruitgang te boeken in het kader van de informatisering van de gezondheidszorg en de vereenvoudiging van de administratie. Het volstaat om de vereiste voorwaarden te creëren:

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

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

Xavier Brenez

Directeur-Generaal
van de Landsbond van
de Onafhankelijke Ziekenfondsen



Hoofdreductrice

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

Eindredacteur

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

Redactiecomité

Karima Amrous · Stéphanie Brisson · Ann Ceuppens · Annemie Coëme · Regina De Paepe
Luc Detavernier · Christian Horemans · Claire Huygebaert · Pascale Janssens · Chantal Neirynck
Evelyn Macken · Nathalie Renna · Piet Van Eenoo · Jan Van Emelen · Christiaan Van Hul
Emilie Vanderstichelen · Rudy Van Tielen · Ingrid Umbach · Valérie Vander Veken
Steven Vervaeke · Anne Viroux

Lay-out

Leen Verstraete · layout@mloz.be

Foto's

Reporters

Vertaling

Annemie Mathues · Emilie Van Isterdael · Barbara Van Ransbeeck

Verantwoordelijke uitgever

Xavier Brenez · xavier.brenez@mloz.be

Health Forum

Bent u geïnteresseerd in Health Forum?

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

Inhoud

Nr. 10

Juni 2012

3 Edito

5 Wist u?

6 Dossier

Regionalisering, overlegmodel, misbruik, ... : wat met de toekomst van de gezondheidszorg?

13 Forum Zorgverstrekkers

Het debat

eHealth: niet overhaasten!

Active Ageing 2012: tijd voor actie!

Obesitas en geneesmiddelen: het woord aan de patiënten

Zorgpartners - Samen met de patiënten staan we sterker!

De erkenning van beroepsziekten: een verouderd systeem?

24 Studie

Bevalling via keizersnede: het prijskaartje waard?

27 Actua Onafhankelijke Ziekenfondsen

28 Partner

De sportarts, een rots in de branding op weg naar Londen!

30 Kiosk

www.mloz.be

Dossier

Wat met de toekomst van de gezondheidszorg?

Ons land kan prat gaan op een goede gezondheidszorg, zoveel is zeker. De moeilijke budgettaire context en tal van maatschappelijke uitdagingen zetten het systeem echter onder druk. Besparingen en structurele maatregelen zijn nodig, maar hoe voegen we de daad bij het woord? Is het Belgische overlegmodel van de gezondheidszorg wel in staat om dergelijke besparingen op te leggen?



6

Europa

Active Ageing 2012: tijd voor actie!

De vergrijzing van onze samenleving is geen nieuw fenomeen. De gezondheidszorg staat dan ook voor tal van uitdagingen die om concrete oplossingen vragen. Als 'Europees Jaar van actief ouder worden en solidariteit tussen de generaties' is 2012 daarom de uitgelezen kans om het grote publiek te sensibiliseren en alle lidstaten en betrokken partijen (zoals de ziekenfondsen) aan te sporen tot actie!



16

Obesitas

Obesitas en geneesmiddelen: het woord aan de patiënten

Steeds vaker wordt bij obesitas het woord 'epidemie' in de mond genomen. De behandeling van deze aandoening vergt een multidisciplinaire aanpak. Soms komen daar ook geneesmiddelen aan te pas, maar niet tegen om het even welke prijs. Zonder specialisten ter zake te zijn, hebben patiënten ook hun mening over dit thema. In de praatstoel: Jean-Paul Allonsius, voorzitter van de Belgische Vereniging voor Obese Patiënten (Bold).



18

Tabakstop: 66% meer telefonische oproepen

De wettelijke verplichting om het Tabakstop-nummer **0800 111 00** op de sigarettenpakjes te vermelden, slaat aan. Sinds de invoering kent de telefoonlijn maar liefst 66% meer telefonische oproepen! Opvallend is dat 30% van de bellers jonger is dan 26 jaar. Het totale aantal bezoekers van de website steeg zelfs met meer dan de helft. Dat alle sigarettenpakjes de website www.tabakstop.be vermelden, is daar niet vreemd aan. Nu nog een vermelding op roltabakverpakkingen: het merendeel van de Belgen is alvast voor!

www.tabakstop.be

58.188

parkeerkaarten voor personen met een handicap werden besteld bij de Directie-generaal personen met een handicap in 2011.



Diabetes type 1 beïnvloedt de hersenen

Diabetes type 1 kan leiden tot veranderingen in de hersenen. Dat blijkt uit onderzoek van het medisch centrum van de Vrije Universiteit in Amsterdam. Door hoge bloedsuikers raken de kleine bloedvaten beschadigd. Deze schade kan zich onder andere manifesteren in de hersenen. Het gaat daarbij om veranderingen in cognitieve functies als de snelheid waarmee informatie wordt verwerkt. Patiënten hebben het vaak lastiger om meerdere dingen tegelijk te doen en kunnen ook moeilijker dingen onthouden. Dergelijk onderzoek opent perspectieven voor mogelijke behandelingen tegen de achteruitgang van hersenen bij diabetes type 1.

Bron: VUmc

15.811

personen zijn beboet omdat ze hun bijdrage voor de Vlaamse Zorgverzekering niet hebben betaald.



Obesitas te lijf gaan via gratis spiertoestellen

65,4% van de Zuid-Afrikanen kampt met overgewicht. In Zuid-Afrika wint deze epidemie dus steeds meer terrein. Om haar inwoners de mogelijkheid te geven om te bewegen, heeft het stadsdeel Soweto daarom een fitnesszaal in openlucht gefinancierd en geïnstalleerd. Op die manier kunnen mensen die geen toegang tot een sportzaal kunnen betalen aan hun gewicht werken op toestellen in openlucht die bestand zijn tegen slechte weersomstandigheden.



Regionalisering, overlegmodel, misbruik, ...

Wat met de toekomst van de gezondheidszorg?

Het overlegmodel onder druk

p. 7

Regionalisering, een goede zaak voor de gezondheidszorg?

p. 10

De zwakke plekken van het systeem opsporen

p. 12

Toekomst van de gezondheidszorg

Het overlegmodel onder druk

Ons land kan prat gaan op een goede gezondheidszorg, zoveel is zeker. De moeilijke budgettaire context en tal van maatschappelijke uitdagingen zetten het systeem echter onder druk. Besparingen en structurele maatregelen zijn nodig, maar hoe voegen we de daad bij het woord? Is het Belgische overlegmodel van de gezondheidszorg wel in staat om dergelijke besparingen op te leggen? Een dossier om de puntjes op de i te zetten!

Een gelijkwaardige toegang tot kwalitatief hoogstaande medische verzorging, sociale vangnetten als het Omnio-statuuut en de maximumfactuur (MAF), ...: weinigen zullen de kwaliteit van ons gezondheidszorgsysteem in twijfel trekken. De huidige economische context en maatschappelijke uitdagingen als de toenemende vergrijzing en de explosie van chronische ziektes maken het er echter niet makkelijker op. In die mate zelfs dat de duurzaamheid van ons systeem in vraag wordt gesteld. Hoe kunnen we de sterke punten van onze gezondheidszorg behouden en tegelijkertijd de uitdagingen voor de toekomst realiseren? We moeten durven besparen waar nodig en structurele maatregelen voorstellen.

Een budget gericht op besparingen

Het budget dat de regering heeft vastgelegd voor 2012 bestaat in de eerste plaats uit besparingen. In de gezondheidszorg alleen al gaat het om een bedrag van 2,3 miljard euro. Deze besparingen werden als volgt opgevangen:

- **budget- technisch:** lagere begrotingsdoelstelling door onderbenutting van middelen en de bevrozing van gereserveerde bedragen
- via **structurele besparingen** voor een totaal bedrag van 424,8 miljoen euro, te realiseren in 6 sectoren van de gezondheidszorg: medische honoraria, implantaten, bandagisten/orthopedisten, farmaceutische specialiteiten, zuurstoftherapie en ziekenhuizen

De huidige economische context en maatschappelijke uitdagingen maken het er echter niet makkelijker op. In die mate zelfs dat de duurzaamheid van ons systeem in vraag wordt gesteld.

Geen visie op lange termijn

Deze besparingen en structurele maatregelen in de praktijk brengen, is echter allesbehalve een sinecure. Zeker omdat het systeem van overleg 'op z'n Belgisch' (zie kadertje) op z'n eigen grenzen botst:

- De organisatie van medische verzorging in België is **niet gericht op een globale toekomstvisie** over de gezondheidszorg en een meerjarig gezondheidszorgplan op lange termijn.
- Bij gebrek aan zo'n globaal visiekader werken de actoren van het overleg (artsen, ziekenhuizen, apothekers, farmaceutische industrie, ...) elk voor hun eigen belangen.

- De syndicale verdediging van de onderhandelde belangen per sector (in 'silo's'), het maken van tariefafspraken en het vrijwaren van verworvenheden krijgen voorrang, zeker in tijden van budgettaire schaarste. **Elke sector** die denkt het meest en diepst getroffen te zijn door de besparingsgolf, **laat haar 'eigen' belangen primeren op het collectieve belang**.

Standpunt van de Onafhankelijke Ziekenfondsen

Transversale afspraken op lange termijn (met alle actoren van de gezondheidszorg) zouden moeten primeren op dit 'inkomensoverleg' en 'budgettaire silo-denken'.

Weinig flexibiliteit

Ook de politisering van het overlegstelsel speelt de sector van de geneeskundige verzorging parten. Dit heeft onder andere te maken met de manier waarop de Belgische gezondheidszorg gefinancierd is:

- **Belangenconflict:** sommige verzekeringsinstellingen (ziekenfondsen) zijn zowel zorgverzekeraar als zorgverstreker. Daardoor zijn ze dus niet in staat om tot een 'neutrale' besluitvorming te komen.
- **Politisering:** de financiering van de gezondheidszorg is te veel gestoeld op de inkomsten van de sociale zekerheid (via sociale bijdragen van werknemers en werkgevers). Daardoor hebben de organisaties van werknemers (vakbonden) en werkgevers zeer veel inspraak in de budgettaire onderhandelingen.

Het overlegmodel van de gezondheidszorg is niet dynamisch en flexibel genoeg om de organisatie van de zorg in zijn globaliteit in vraag te durven stellen



Standpunt van de Onafhankelijke Ziekenfondsen

Het overlegmodel van de gezondheidszorg is niet dynamisch en flexibel genoeg om de organisatie van de zorg in zijn globaliteit in vraag te durven stellen en om heilige huisjes (verworven rechten van beroepen, budgetten, honoraria, ...) te doen sneuvelen.

De economische context in een notendop

- De uitgaven voor geneeskundige verzorging stijgen sneller dan de economische groei. Ze vertegenwoordigen in België al 11% van ons BNP en 15% van onze publieke uitgaven. Bovendien betaalt de patiënt nog eens ongeveer 23,7% van de totale kost van zijn verzorging zelf.
- De maatschappelijke uitdagingen zijn legio en het kostenplaatje is navenant. De kostprijs van de tenlasteneming van de afhankelijkheid stijgt en de chronische aandoeningen exploderen. Niet alleen door de veroudering van de bevolking, maar ook door onze leef- en voedingsgewoonten.

Concrete gevolgen

- Structurele (besparings)maatregelen die **gebaseerd zijn op erkende standaarden** (Evidence Based Medicine) en **efficiëntie** van zorg zijn uiterst moeilijk te realiseren binnen de huidige structuur van de overlegorganen. Lobbygroepen beïnvloeden te vaak de inhoud van deze voorstellen vanwege syndicale, financiële of politieke belangen.
- Ook **innoverende zorgmodellen** als doorgedreven transmurale zorg of telegeneeskunde en telecoaching **raken moeilijk van de grond**. In het begin betekenen ze namelijk altijd een inkomensverlies voor één van de partijen. Bijvoorbeeld: een performant tele-opvolgsysteem van chronisch zieken kan de ziekenhuisopnames verkorten en de heropnames verminderen, maar zal binnen de huidige vergoedingslogica waarschijnlijk nadelig zijn voor de financiën van het ziekenhuis. De overlegorganen zullen sneller de terugbetaling van technische prestaties (onderzoeken, etc.) verdedigen dan de financiering van arbeidsintensieve intellectuele prestaties.
- **Overbodige en voorbijgestreefde verstrekkingen**, technieken, types van vergoedingen, ... **blijven te lang van toepassing**. Ons overlegstelsel is efficiënter in het toevoegen dan in het schrappen van prestaties.
- Het **beperken van sommige technieken** tot de indicaties waarin ze een bewezen meerwaarde hebben, is ook **moeilijk in de praktijk** te brengen in ons land via het overlegstelsel.



Gezondheidszorgdoelstellingen nastreven in het belang van de patiënt

“Alle actoren moeten geresponsabiliseerd worden om concrete gezondheidszorgdoelstellingen na te streven in het belang van de patiënt.”

- Proefprojecten worden alsmaar verlengd, ook zonder bewijs van efficiëntie of meerwaarde. Daarnaast worden **misbruiken en fraude niet snel genoeg aangepakt**. De voorbeelden zijn legio: de problematiek van de 'outliers' (zware overconsumptie van prestaties) bij bepaalde tandartsen en andere verstrekkers, de overscoring op de Katz-schaal in de thuisverpleegkunde, enz.



Regina De Paepe
en Chris Van Hul

Experten bij de Onafhankelijke Ziekenfondsen

Overleg 'op z'n Belgisch', de gebruiksaanwijzing

Het RIZIV organiseert het overleg tussen de verschillende actoren van de verzekering geneeskundige verzorging en uitkeringen: ziekenfondsen, vertegenwoordigers uit de gezondheidswereld (artsen, kinesitherapeuten, apothekers, ...) en de zorginstellingen (ziekenhuizen, rusthuizen, ...) en vertegenwoordigers van de vakbonden van werknemers en werkgevers. Allemaal samen onderhandelen ze over de nomenclatuur, de tarieven, de akkoorden en overeenkomsten... en doen ze een budgetvoorstel rond gezondheidszorg aan de minister.

Meer strategie en responsabilisering



Moeten we besluiten dat ons overlegmodel niet in staat is om de toekomst van de gezondheidszorg voor te bereiden? Dat ze faalt om efficiënte en aan de nieuwe maatschappelijke noden aangepaste zorgmodellen te implementeren? De Onafhankelijke Ziekenfondsen zien twee belangrijke uitdagingen:

- Ons overlegmodel dat gericht is op 'nomenclatuurverstrekkingen en de financiering ervan' moet ruimte creëren voor geïntegreerde zorg die transversaal overleg tussen zorgverstrekkers toelaat. Vooral omdat chronische ziektes en de daaraan gerelateerde zorgafhankelijkheid zich meer en meer manifesteren. In een dergelijke context kunnen structurele maatregelen worden uitgewerkt binnen een globaal beleidsplan.
- Alle actoren moeten geresponsabiliseerd worden om concrete gezondheidszorgdoelstellingen na te streven in het belang van de patiënt. Met alle actoren bedoelen we ook onze finale beslissingsorganen en zelfs de minister die in bepaalde dossiers de eindverantwoordelijke is. De organisatie van een gezondheidszorgsysteem dat gebaseerd is op paritair overleg kan maar ten volle efficiënt zijn als noodzakelijke en verantwoorde beslissingen onderweg niet teniet worden gedaan door de bevoegde minister.

Regionalisering

Een vergiftigd geschenk voor de gezondheidszorg?

De zesde staatshervorming omvat de overdracht van bevoegdheden inzake gezondheidszorg naar de deelstaten. Naast België hebben al andere landen hun gezondheidszorg geregionaliseerd met het oog op meer efficiëntie, met gemengde resultaten tot gevolg. Wat kunnen we leren van het buitenland? En wat moeten we verwachten van de Belgische hervorming?

De regionalisering betreft de overdracht van een pakket homogene bevoegdheden inzake gezondheidszorg naar de deelstaten voor een totaal bedrag van 4,2 miljard euro. Het doel van deze bevoegdheidsoverdracht? De doelmatigheid van het gezondheidsbeleid en de hulp aan personen verbeteren! Daarnaast zullen ook de deelstaten (financieel) geresponsabiliseerd worden. Dit dossier is dan ook een opportuniteit voor de ziekenfondsen.

Decentraliseren... en dan herfederaliseren?

Op basis van de ervaringen in andere landen blijkt dat decentralisering in de gezondheidszorg ook een aantal risico's inhoudt. Het kan namelijk leiden tot verschillende resultaten in de verschillende regio's, wat dan weer op termijn kan resulteren in argumenten om te herfederaliseren. Vooral wanneer de burgers in de verschillende regio's vaststellen dat ze niet dezelfde gezondheidszorg genieten. Of decentralisering leidt tot meer

efficiëntie, is dus lang niet zeker. In verschillende landen leidde het zelfs tot een stijging van de administratiekosten en een grotere bureaucratie. Landen die in het verleden een operatie van decentralisering hadden doorgevoerd, zijn de afgelopen jaren dan ook met het hercentraliseren van bevoegdheden en middelen gestart (bv. Noorwegen en Denemarken). Daardoor rijst de vraag of decentralisering wel zinvol is. Zullen de nieuwe technologieën, de nood aan efficiëntere administratie en het streven naar gelijke rechten in de verschillende regio's leiden tot een terugkeer naar centraal georganiseerde gezondheidssystemen?

Geen mirakeloplossing

Uit een internationale studie blijkt ook dat decentralisering vaak eerder een politieke beslissing is dan een 'evidence-based' besluit. Kortom, het is geen toverformule die alle politieke en structurele problemen eensklaps zal oplossen. Welke lessen kunnen we trekken uit de ervaringen van andere landen?

- Er bestaat **geen perfect concept** of model dat in elk land toepasbaar is.
- **Decentralisatie is arbeidsintensief:** het is geen statisch gegeven, het is moeilijk om uit te voeren en vergt een continue aanpassing om duurzaam te zijn.
- De legitimering van de regionale overheden hangt voor de lokale bevolking af van de **capaciteit om de noodzakelijke diensten aan te bieden**. Indien de lokale overheden na decentralisering de verwachtingen niet kunnen waarmaken, tast dit hun legitimering aan.
- Decentralisering heeft **een impact op de gelijke rechten van de bevolking** van een land.

In België: plus- en minpunten

Positief is de aangekondigde oprichting van een Belgisch federaal instituut om overlegde antwoorden op de grote uitdagingen inzake gezondheidszorg te waarborgen. De huidige versnippering van bevoegdheden tussen de federale

staat en de federale entiteiten staat de opmaak van een globaal en coherent gezondheidsbeleid namelijk in de weg. Het grootste verwijt aan ons systeem is het gebrek aan visie, doelstellingen en prioriteiten. Een regerings- en instellingsoverschrijdend instituut waar alle stakeholders van het gezondheidsbeleid aanwezig kunnen zijn, moet coherentie en efficiëntie in de gezondheidszorg mogelijk maken. Zo kan dit instituut de opmaak van een 'gezondheidsbeleidsplan' ter harte nemen. Dit plan moet structurele oplossingen bieden voor grote uitdagingen als de vergrijzing, de explosie van chronische aandoeningen, ... De verzekeringsinstellingen zullen zich moeten manifesteren als experts op het gebied van gezondheidszorg en vertegenwoordigers van de patiënten.

Algemeen gesproken **kan de implementatie van deze staats-hervorming een opportuniteit zijn om het federale overlegmodel te moderniseren**, om te ontsnappen aan het budgettaire 'silo'-denken en om alle actoren (nog) meer te

responsabiliseren voor een betere en efficiëntere gezondheidszorg met respect voor het behoud van de solidariteit tussen verzekerden en tussen regio's en de federale overheid.

Versnippering

Een minder positief aspect van de Belgische hervorming is wat de regering verstaat onder 'homogene' bevoegdheden. De regionalisering van het ouderenenbeleid (met uitzondering van de verpleegkundige thuiszorg) is allesbehalve een homogene aanpak. Hetzelfde geldt voor de overdracht van de psychiatrische verzorgingshuizen en de initiatieven voor beschut wonen als onderdeel van de geestelijke gezondheidszorg zonder de overdracht van de psychiatrische ziekenhuiszorg. De psychosociale revalidatie wordt dus regionaal en de rest blijft federaal. Zo blijft het ziekenhuisbeleid versnipperd en viert de administratieve complexiteit nog altijd hoogtij.

Paradoxaal genoeg heeft deze halfslachtige verdeling van bevoegdheidsdomeinen echter ook

zijn positieve kanten. De overheden zullen immers moeten blijven overleggen om voor coherentie te zorgen, wat misschien leidt tot een nieuw overlegmodel. Daarnaast zal de nood aan registratie en opvolging van de zorg toenemen. Dit kan een belangrijk pluspunt zijn om de registratie, de exploitatie en het gebruik van de geregistreerde data te verbeteren. De rol van de verzekeringsinstellingen en het door hen opgerichte Intermutualistisch Agentschap (IMA) kan zo worden versterkt.

De vooropgestelde verbetering van de kwaliteit van de zorg door de permanente evaluatie van de verstrekkingen, de verbetering van de toegang tot de gezondheidszorg door de vereenvoudiging van het OMNIO-statuut en de erkenning van een statuut van de chronisch zieke: het zijn allemaal elementen die de efficiëntie van het systeem kunnen bevorderen.



Regina De Paepe en
Christian Horemans

Experten bij de
Onafhankelijke Ziekenfondsen

Prioriteiten en rationele benadering



De Onafhankelijke Ziekenfondsen zien volgende prioriteiten bij de uitvoering van de bevoegdheidsoverdracht inzake de gezondheidszorg:

- De regionalisering moet gebeuren volgens een rationele benadering. Het welzijn van de burgers en een goed beheer van de beschikbare middelen en het gezondheidssysteem moeten daarbij de drijfveren zijn.
- Een Nationaal Plan met concrete doelstellingen is een noodzaak. Een dergelijke aanpak kan ervoor zorgen dat er geen te grote verschillen ontstaan tussen de regio's.
- De verdeelsleutel van de financiële middelen tussen de regio's moet in een wet gegoten worden en gebaseerd zijn op objectieve criteria. Daarnaast is het systeem van financiële verantwoordelijkheid (zoals voor de ziekenfondsen) niet adequaat om uitgaven te verminderen.
- De regionale overheden moeten op hun niveau over de noodzakelijke kennis en capaciteiten beschikken om deze nieuwe bevoegdheden ook daadwerkelijk te kunnen uitvoeren.
- Afspraken rond het beheer van data en rapportering zijn van primordiaal belang. Zo kunnen het beleid en de gezondheidssituatie in de regio's met elkaar vergeleken worden.
- Ook afspraken rond 'taalgrensoverschrijdende' situaties tussen de regio's (op federaal vlak dus) zijn broodnodig. Wat met pendelaars die in Vlaanderen wonen en in Wallonië werken? Hierbij moeten we lessen trekken uit de problemen die de Zorgverzekering gekend heeft.
- Het federale en regionale niveau moeten afspraken maken over de internationale vertegenwoordiging en besluitvorming. Als de EU bijvoorbeeld beslissingen neemt inzake preventie, moet de federale overheid het standpunt van de regio's vertolken.

De zwakke plekken van het systeem opsporen, het kan!

Met haar gigantische database beschikt het Intermutualistisch Agentschap (IMA) over een ware schatkamer aan informatie. Eentje waarin bovendien nog heel wat te ontdekken valt. Door deze informatie systematischer te analyseren, kunnen bepaalde zwakke plekken van ons gezondheidszorgsysteem of zelfs misbruiken blootgelegd worden. Handig in het licht van de huidige kostenrationalisering!

De missie van het Intermutualistisch Agentschap (IMA), dat werd opgericht door de zeven verzekeringsinstellingen, is om de gegevens van de ziekenfondsen te analyseren en informatie te leveren over de bevolking en de uitgaven op vlak van geneeskundige verzorging.

Het IMA voert thematische analyses uit op vraag van de verzekeringsinstellingen, het RIZIV, de FOD Volksgezondheid of het Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). Zo heeft het IMA studies gepubliceerd over prenatale zorg, de opsporing van borstkanker en heeft het een hele reeks van analyses uitgevoerd op vraag van het RIZIV (feedback aan verstrekkers) over het voorschrijven van antibiotica, preoperatieve onderzoeken, enz. Deze studies zijn vaak uitgewerkt op basis van alle gegevens waarover de verzekeringsinstellingen beschikken, **goed voor 99% van de bevolking**.

Naast de eigen analyses beheert het IMA ook een database, de Permanente Steekproef genaamd. Het

gaat om een **steekproef van 305.000 personen** die representatief is voor de Belgische bevolking. Een groot voordeel van deze database is dat de uitgaven en consumptiecijfers van deze mensen al sinds 2002 worden opgevolgd. Alle beschikbare informatie binnen de ziekenfondsen op vlak van socio-economische kenmerken (RVV, Omnio, werkloosheid) en consumptiegegevens binnen de gezondheidszorg (verstrekkingen, geneesmiddelen, medische biologie, hospitalisaties) is beschikbaar voor deze anonieme groep.

Volgens het type van studie gebruiken de onderzoekers ofwel de exhaustieve data van de verzekeringsinstellingen, ofwel de permanente steekproef.

“Toch kunnen de beschikbare gegevens nog beter worden geëxploiteerd,” vindt Ann Ceuppens, geneesheer-expert bij de Landsbond van de Onafhankelijke Ziekenfondsen (zie interview hieronder).



Stéphanie Brisson

In samenwerking met Chantal Houtman

2 vragen aan Dr. Ann Ceuppens, geneesheer-expert bij de Landsbond van de Onafhankelijke Ziekenfondsen en toezichthoudend arts bij het IMA

Zouden de gegevens van het IMA niet nog beter gebruikt kunnen worden?



Dr. Ann Ceuppens

Het IMA levert heel wat gegevens in het kader van diverse studies. Het is echter waar dat er nog meer analyses en studies gedaan zouden kunnen worden als iedereen meer middelen zou voorzien voor deze instantie. Voor elk project moet er namelijk een onderzoeksploeg opgericht worden in functie van de beschikbaarheid van de personen binnen elk ziekenfonds. Met de nodige middelen qua tijd, personeel en interne expertise zijn er dus nog heel wat mogelijkheden.

Is het IMA in staat om misbruik binnen het gezondheidssysteem op te sporen?

Tot nu toe heeft het IMA nooit de rol van boeman gespeeld, ook al zijn we in staat om de ‘uitschieters’ te identificeren (namelijk de zorgverleners die te veel consumeren). In het kader van de besparingscontext staan er momenteel twee concrete analyseaanvragen op het programma van het IMA. Deze gaan uit van de zorgverleners zelf, de tandartsen en kinesisten. De coventiecommissies willen misbruiken in hun beroep opsporen en het geld halen waar het zit, in plaats van iedereen te straffen. Het IMA werkt dan ook nauw samen met het RIZIV. Voor 2012 levert het IMA ook studies en analyses om het ingevoerde beleid te evalueren en te ondersteunen. Daarnaast kan het ook aanbevelingen doen in het kader van een beleid voor kostenbeheer om na te gaan of deze besparingen geen negatief effect hebben op de patiënt.

Het Debat

Sinds dit jaar krijgen zorgverstrekkers die het akkoord artsen-ziekenfondsen aanvaarden een hoger forfait voor hun accreditering. **Is deze koppeling van de accreditering aan de conventiestatus een goede zaak of niet?** Regina De Paepe en Marc Moens laten hun licht schijnen over deze controversiële maatregel!



Marc Moens,
Voorzitter van de Belgische Vereniging van
Artsensyndicaten (BVAS)



Regina De Paepe,
Expert bij de Onafhankelijke Ziekenfondsen

"Koppeling aan conventie devalueert accreditering"

Een arts die tot het akkoord is toegetreden krijgt € 434,20 meer dan een niet-geconventioneerde arts voor dezelfde accreditering. **Toch zijn zo goed als alle artsen van oordeel dat deze maatregel een devaluatie betekent van het 'kwaliteitslabel accreditering'.**

Als voorzitter van de accrediteringsstuurgroep ontving ik verontwaardigde brieven van (vooral) huisartsen die zich met hart en ziel inzetten om een kwalitatief hoogstaande continue medische navorming te organiseren voor hun collega's, maar die er minder voor beloofd worden omdat ze weigeren toe te treden tot het akkoord artsen-ziekenfondsen.

De Belgische Vereniging van Artsensyndicaten (BVAS) heeft de absolute meerderheid op de artsenbank in de nationale commissie artsen-ziekenfondsen. Zonder onze instemming wordt geen akkoord artsen-ziekenfondsen afgesloten. Het viel de BVAS dan ook bijzonder zwaar om de ziekenfondseis van de discriminerende forfaitaire accrediteringstegemoetkoming te aanvaarden.

Het was echter een zaak van alles of niets: ofwel een accrediteringstoetje voor de 'brave' (geconventioneerde) artsen, ofwel helemaal geen akkoord. Dat hield in: niemand een sociaal statuut, niemand ook maar een fractie van de € 217,4 miljoen indexmassa, maar wel de € 130 miljoen besparingen waarover de regering voor 2012 had beslist. Na langdurig intern overleg keurde de BVAS het voorstel dus goed.

De ziekenfondsen meenden dat deze extra vergoeding het conventioneren zou aanmoedigen. Het resultaat is echter onbetekenend: ten opzichte van het vorige akkoord (83,13%) trad slechts 0,1% artsen meer toe (83,23%). Als we vergelijken met het gemiddelde (83,39%) van de 12 conventies sinds de accreditering bestaat (eind 1993), ging 0,16% minder artsen akkoord met de conventie. Het ideeetje van de ziekenfondsen is dus een nutteloze en discriminerende maatregel. Eentje die bovendien kwantiteit met kwaliteit verward. Bij de eerste gelegenheid proberen wij hem dan ook ongedaan te maken.

"We moeten de conventionering aanmoedigen"

In het nationaal akkoord 2011 hadden artsen en verzekeringsinstellingen al hun bekommernis uitgesproken over de lage conventiegraad voor sommige specialismen en in sommige arrondissementen. We wilden het conventioneren daarom aantrekkelijker maken voor de artsen. Het traditionele en in onze reglementering daartoe aangewezen middel is het 'sociaal statuut'. Om het conventioneren financieel aantrekkelijker te maken dan supplementen vragen aan de patiënten, zouden we dus het sociaal statuut aanzienlijk kunnen verhogen. Dat is budgettair echter niet haalbaar en zou bovendien een vervelend precedent creëren. Andere verstrekkers zullen namelijk niet gediscrimineerd willen worden.

Verzekeringsinstellingen zijn tevens vragende partij om de kwaliteit van de zorg te promoten en de accreditering is een middel daartoe. Het leek ons dus interessant om twee vliegen in één klap te slaan en zowel de conventionering als de accreditering aan te moedigen. Bovendien was het actieterrein beperkt. De stimulans moest gezocht worden in de bevoegdheidscope van de medicomut. Zoveel keuze van maatregelen was er dus niet.

De verzekeringsinstellingen hebben er op deze manier ook voor gezorgd dat het overschot aan besparingen terugvloeyde naar de artsen. Weliswaar naar deze die geaccrediteerd waren en zich bereid toonden om zich volledig te conventioneren. Was dit niet fair? Want voor wat hoort immers wat! **Bovendien waren er geen andere alternatieve voorstellen van de bank van de artsen die betere en algemeen aanvaardbare incentives voor meer conventionering inhielden.**

De huidige maatregel heeft een beperkte houdbaarheid. Ze is namelijk gefinancierd door besparingen. Maar er moeten alleszins maatregelen komen om de conventionering te stimuleren. Of moeten we besluiten dat de houdbaarheidsdatum van het systeem voorbij is?



In de Health Forum van maart 2012 pronkte een interview met Frank Robben, gedelegeerd bestuurder van het eHealthplatform. Hij riep daarin de overheid op om de zorgverleners aan te moedigen tot het gebruik van de eHealthtools. Volgens Dr. André Vandenberghe, directeur van het Waalse Gezondheidsnetwerk, is het systeem echter nog lang niet gebruiksklaar en moeten er nog heel wat stappen ondernomen worden vooraleer de medische wereld gemobiliseerd kan worden.

Zijn de eHealthtools volgens u klaar voor gebruik?

Dr. André Vandenberghe. – Rond het project van de hubs en metahubs is er nog werk aan de winkel. De centrale metahubserver is momenteel nog niet toegankelijk in de hubs. Bovendien moeten er nog administratieve stappen geregeld worden, zoals het afbakenen van de toestemming van de patiënt en de inschrijvingsprocedure in de metahub. Dat zijn onontbeerlijke stappen. En dan zijn er ook nog de connectieproblemen met de medische software. Ten slotte moet er rond eHealth ook nog promotie gemaakt worden bij de bevolking, zeker rond het verlenen van de toestemming. Op dat vlak werd namelijk nog niets ondernomen. Pas als al deze problemen opgelost zijn, is de tijd aangebroken om de zorgverleners te sensibiliseren, op te leiden en te mobiliseren.

Verschillende knooppunten in Vlaanderen

eHealth vormt een doorgeefluik dat linkt naar **regionale knooppunten (hubs)**. Deze linken op hun beurt door naar de plaats waar de informatie zit opgeslagen. Op die manier kunnen zorgverstrekkers via een beveiligde verbinding de vereiste info raadplegen. In Wallonië bestaat er één knooppunt (Réseau Santé Wallon), maar in Vlaanderen zijn er meerdere (onder meer in Leuven, Gent en Antwerpen). Zo is de **Regionale eHealth HUB Gent (ReHG)** ontstaan uit de samenwerking tussen de Gentse Ziekenhuizen. Dit Gentse netwerk werd dan uitgebreid met andere ziekenhuizen. Ondertussen maken al 22 ziekenhuizen deel uit van dit knooppunt. De Antwerpse Regionale Hub maakt gebruik van dezelfde technologie als de ReHG, maar is iets kleinschaliger met 9 aangesloten ziekenhuizen.

Is de verbetering van de medische software niet het allerbelangrijkste om te zorgen dat de artsen de eHealthtools kunnen gebruiken?

A. V. – Inderdaad. Er bestaat momenteel geen nationaal plan om de software van de huisartsen op te nemen in het systeem van de hubs/metahubs. Bij dit grote project waaraan de ziekenhuizen geleidelijk aan deelnemen, ontbreekt nog het belangrijkste: de mogelijkheid tot communicatie in de twee richtingen tussen de eerste en de tweede lijn.

Op dit moment is er echter geen enkele software die verbinding kan maken met het hub/metahubsysteem. Daarnaast staat ook het procesbeheer niet op punt: er werd nog niet beslist of de verbinding met de hubs/metahubs een verplicht criterium wordt voor het labelen van de software. Het is dus niet alleen onmogelijk voor de huisartsen om ermee te werken, de datum waarop het wel mogelijk zal zijn, is zelfs nog niet vastgelegd...

Blijven de vertrouwelijkheid en de veiligheid van de gegevens de zorgverleners zorgen baren?

A. V. – Uiteraard is dat een grote bron van ongerustheid! We zijn nooit helemaal beschermd tegen veiligheidsproblemen van de gegevens. We moeten dan ook waakzaam blijven. Ook het feit dat deze gegevens via het rijksregisternummer gebruikt zullen worden, baart de zorgverleners zorgen. Dit gebrek aan vertrouwen remt de ontplooiing van de eHealthprojecten dan ook sterk af. Dat is zeker het geval bij minder gesensibiliseerde actoren als de huisartsen. Een ander aspect dat het eHealthproject vertraagt, is de omvang van de geïnformeerde toestemming van de patiënt, iets wat nog niet duidelijk gedefinieerd is tussen de verschillende actoren van eHealth. Als zorgverlener willen we namelijk niet dat de toestemming zomaar de deur opent naar andere toepassingen zoals die van de naadloze zorg.



Stéphanie Brisson
stephanie.brisson@amlaz.be



Doorbraak in vruchtbaarheidsbehandeling?

"In de eierstokken zitten stamcellen waarmee vrouwen heel hun leven lang eicellen kunnen blijven produceren", bevestigt de Amerikaanse onderzoeker Jonathan Tilly. Tot nu toe werd wetenschappelijk aangenomen dat vrouwen een vast aantal eicellen kregen bij de geboorte, die uitgeput waren rond het 50ste levensjaar. De wetenschap is er nu echter in geslaagd om menselijke stamcellen van de eierstokken in te planten bij volwassen steriele muizen. Na enkele weken veranderden de stamcellen in de eicellen en konden de muizen op die manier gezonde jongen ter wereld brengen. Volgens bepaalde onderzoekers is het echter nog te vroeg om victorie te kraaien. Het is namelijk niet gezegd dat de nieuwe eicel het stadium van embryo zal kunnen bereiken.

www.maguza.be

6u30

Zoveel tijd heeft een vrouw gemiddeld nodig om te bevallen. Dat is 2u langer dan 50 jaar geleden. Dat blijkt uit een onderzoek van het Amerikaanse National Institute of Health!

www.nichd.nih.gov

Erkenning specialisatie verpleegkundigen in pediatrie en neonatologie



Dankzij de erkenningscriteria voor de titel 'Verpleegkundige gespecialiseerd in pediatrie en neonatologie' kunnen verpleegkundigen zich vanaf nu laten erkennen voor hun bijzondere competenties.

Deze maatregel maakt deel uit van het plan rond de aantrekkelijkheid van het verpleegkundige beroep, uitgewerkt door Minister Onkelinx in 2008. De erkenning is voorzien voor personen met een graduaatsdiploma verpleegkundige in pediatrie of verpleegkundigen met een graduaat of bachelor die na hun basisdiploma een specialisatie in pediatrie en neonatologie gevolgd hebben van minimaal 900u. Om deze erkenning te kunnen behouden, moet de persoon wel een bepaald aantal uur permanente opleiding en beroepspraktijk in een sector gericht op kinderen kunnen voorleggen. Deze maatregel treedt in werking op 1 augustus 2012.

www.nvkvv.be

De prijs voor het overleven van de Europese gezondheidssystemen

Het aantal heropnames in het ziekenhuis verminderen, de onmiddellijke toegang verzekeren tot elektronische medische dossiers, de bezoldiging van de zorgverleners baseren op de resultaten en tevredenheid van de patiënten en de professionals responsabiliseren op vlak van de consumptie van de resources. Het zijn enkele van de aanbevelingen van de deelnemers aan de conferentie 'Healthcare in Europe 2012' om het voortbestaan van de Europese gezondheidszorgsystemen te garanderen. De deelnemers, afkomstig uit politieke, academische, institutionele of businesskringen, verklaarden eveneens dat er weinig kans is dat er op een dag een uniek gezondheidssysteem zal zijn in Europa. Andere thema's die tijdens deze conferentie aan bod kwamen: de nieuwe technologieën en de gepersonaliseerde en voorspellende geneeskunde die waarschijnlijk het ritme van de hervorming van de gezondheidszorg zullen versnellen en de kostprijs van obesitas, dat als een probleem beschouwd wordt waar de regeringsleiders niet genoeg aandacht aan besteden.

<http://cemea.economistconferences.com>

2.112

Zoveel valse medische voorschriften telde het Federaal Agentschap van Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten (FAGG) in 2011. Het ging voornamelijk om vervalsingen voor benzodiazepines en aanverwanten, morfine-pijnstillers en paracetamol/codeïneassociaties.



Active Ageing 2012: tijd voor actie!

De vergrijzing van onze samenleving is geen nieuw fenomeen. De gezondheidszorg staat dan ook voor tal van uitdagingen die om concrete oplossingen vragen. Als 'Europees Jaar van actief ouder worden en solidariteit tussen de generaties' is 2012 daarom de uitgelezen kans om het grote publiek te sensibiliseren en alle lidstaten en betrokken partijen (zoals de ziekenfondsen) aan te sporen tot actie!

Het aantal Europese burgers boven de 65 jaar zal de volgende 50 jaar verdubbelen, van 87 miljoen in 2010 tot 148 miljoen in 2060. Voor elke persoon van 65 jaar of ouder zijn er vandaag 4 personen die werken. Tegen 2060 zal deze verhouding dalen naar 1 op de 2. De impact van de vergrijzing zal het grootst zijn in de periode 2015-2035. Dan zullen de babyboomers namelijk massaal met pensioen gaan. Kortom, tijd voor actie. Aangezien deze evolutie belangrijke gevolgen zal hebben voor ons welvaartsysteem en de openbare financiën, zijn maatregelen namelijk onontbeerlijk. Voor België verwacht men bijvoorbeeld dat de leeftijdsgerelateerde uitgaven (pensioenen, gezondheidszorg, lange termijnzorg) tegen 2060 met 5% van het BNP toegenomen zullen zijn.

Prioriteiten

Dit Europese jaar streeft 3 grote doelstellingen na:

- **Actief ouder worden in de werkomgeving:** dankzij hun ervaring hebben oudere werknemers een grote waarde binnen een bedrijf. Maar ze vragen ook een aangepaste werkomgeving en de mogelijkheid om hun loopbaan geleidelijk af te bouwen. Daarnaast is het belangrijk om de pensioenstelsels optimaal voor te bereiden op de komende pensioneringsgolf.
- **Actief ouder worden in de gemeenschap:** isolement en sociale uitsluiting zijn een reëel risico voor ouderen. Het sociale weefsel in onze maatschappij moet daarom meer aandacht krijgen. Vrijwilligerswerk, de toegankelijkheid van diensten en de leefomgeving spelen hierbij een belangrijke rol.
- **Actief ouder worden door gezond ouder te worden en onafhankelijk te leven:** we leven langer, het is dan ook noodzakelijk om er een gezonde levensstijl op na te houden. Gezondheids promotie rond thema's als mentale gezondheid en chronische

aandoeningen is daarbij de sleutel tot succes. Daarnaast is het ook belangrijk om de huisvesting en het zorgmodel te herzien. Zo kunnen ouderen langer zelfstandig leven en wonen.

European Innovation Partnership

Ondertussen heeft de Europese Commissie een bijzonder project gelanceerd dat kadert in de strategie 'Europe 2020': de European Innovation Partnership for Active and Healthy Ageing. Dit project heeft een dubbel doel: het aanzwengelen van de Europese concurrentiekracht en de sociologische uitdagingen ook via onderzoek en innovatie aanpakken. Hoe kunnen we ouderen langer gezond en zelfstandig laten leven? Hoe kunnen we de duurzaamheid en de efficiëntie binnen de gezondheidszorg verbeteren? Deze initiatieven moeten leiden tot een toename met 2 jaar van het gemiddeld aantal gezonde levensjaren, en dit tegen 2020.

Maar met welke concrete acties kan deze doelstelling nu gerealiseerd worden? Het vinden van innovatieve oplossingen voor een beter beheer van de eigen gezondheid en preventie van vallen door ouderen zijn enkele voorbeelden. Andere pistes betreffen het versnellen van de ontwikkeling van normen voor de interoperabiliteit inzake ICT en voor de toegankelijkheid van de gebouwde omgeving.

...

Teamwork!

Meer dan 50 Europese organisaties hebben voor dit Europese jaar de handen in elkaar geslagen. Ook de Association Internationale de la Mutualité (AIM), waarvan de Onafhankelijke Ziekenfondsen lid zijn, doet haar

En in België?

In België zal dit Europese Jaar alvast niet onopgemerkt voorbij gaan. Op 7 maart 2012 weerklonk het officiële startschot in ons land. De sociale partners werden nauw betrokken bij het identificeren van de prioriteiten en het samenstellen van het programma. Daarin staat de inzet inzake gezondheid en welzijn als volgt omschreven: "Ouderen moeten kunnen genieten van een goede levenskwaliteit, en liefst zo lang mogelijk in hun vertrouwde omgeving. Dat betekent dat een preventiebeleid ze zelfredzaam moet houden (voeding, lichaamsvoeding, ...), maar ook dat ze zorgen en diensten krijgen die op de fysieke, geestelijke en sociale behoeften van de ouderen inspelen."

- **België heeft 5 werkdomeinen geïdentificeerd voor dit Europese jaar:** werk, participatie van ouderen in de maatschappij, gezondheid, zelfredzaamheid en solidariteit tussen generaties.
- Inzake gezondheid zal de **klemtoon liggen op de organisatie van de gezondheidszorg en de preventie** van vermijdbare zorgbehoefte. Ouderen worden vaak enkel beschouwd als een kostenpost, terwijl ze net een zeer waardevolle bijdrage kunnen leveren aan onze samenleving. Via vrijwilligerswerk of mantelzorg kunnen ze een essentiële rol spelen in ons gezondheidssysteem.
- Ook het **doorbreken van het isolement** van vele ouderen is een belangrijke uitdaging. Uit een recente studie van de Koning Boudewijnstichting blijkt dat 10% van de 65-plussers zich dikwijls alleen voelt. Bovendien heeft 8% soms zelfs een week lang geen sociaal contact. Zelfmoord onder ouderen is dan

●
Christian Horemans en **Luc Detavernier**
Experten bij de Onafhankelijke Ziekenfondsen

Meer preventie!

De Onafhankelijke Ziekenfondsen (die als enige groep van ziekenfondsen deelnamen aan de redactie van het Belgische programma) zien 4 prioriteiten voor het Europese Jaar 2012:

- 1 **Sensibiliseringscampagnes** naar het grote publiek over de problematiek van de vergrijzing en de uitdagingen die het met zich meebrengt. Het doel: een grotere bewustwording van de nood aan solidariteit tussen generaties, iets wat vandaag onvoldoende leeft. De Onafhankelijke Ziekenfondsen zullen gezondheidspromotie- en preventiecampagnes in deze materie ondersteunen.
- 2 **Een herziening van het zorgmodel** waarbij n.a.v. de vergrijzing en de opkomst van chronische aandoeningen er een zeer grote nood is aan meer inspanningen inzake preventie (zeker bij jong gepensioneerden) en het begeleiden van de verzekerden met coachingsprogramma's en via zorgtrajecten.
- 3 **Een bijzondere aandacht voor de mentale gezondheid** van ouderen, met een klemtoon op de verdere uitvoering van het plan demintieen de preventie/tenlasteneming van depressie bij senioren.
- 4 **De creatie van een interessant juridisch kader voor de mantelzorgers** met een verbetering van zijn juridische statuut (behoud van recht in de sociale zekerheid en het goed verzekeren van de activiteiten van de mantelzorger), alsook het kunnen voorzien van rustmomenten voor de mantelzorgers zelf.

Standpunt Onafhankelijke Ziekenfondsen



U kunt het volledige Belgische programma raadplegen via www.beactive2012.be

Zo blijft je huis lang je thuis

De lancering van het Steunpunt Woningaanpassing Brussel is een mooi voorbeeld van concrete initiatieven in het kader van dit Europese Jaar. De Onafhankelijke Ziekenfondsen Euromut en Partena Ziekenfondsen hebben dit project ontwikkeld, samen met andere ziekenfondsen en organisaties als klusdiensten. Het steunpunt biedt ondersteuning aan iedereen die zijn woning veilig, comfortabel en toegankelijk wil maken.

Ouderen kunnen sinds 1 maart 2012 het Steunpunt bellen voor al hun vragen rond aanpassingen van woningen in Brussel. Indien gewenst komt er een ergotherapeut aan huis voor gratis advies op maat. Vervolgens is het mogelijk dat een aangesloten klusdienst het advies van de ergotherapeut uitvoert.

Meer informatie op www.woningaanpassing.be of via het telefoonnummer 02/240.80.81





Jean-Paul Allonsius

Obesitas en geneesmiddelen: het woord aan de patiënten!

Steeds vaker wordt bij obesitas het woord 'epidemie' in de mond genomen. De behandeling van deze aandoening vergt een multidisciplinaire aanpak. Soms komen daar ook geneesmiddelen aan te pas, maar niet tegen om het even welke prijs. Zonder specialisten ter zake te zijn, hebben patiënten ook hun mening over dit thema. In de praatstoel: Jean-Paul Allonsius, voorzitter van de Belgische Vereniging voor Obese Patiënten (Bold).

Waar staan we op vlak van de medicamenteuze behandeling van obesitas?

Jean-Paul Allonsius – Nu twee geneesmiddelen van de markt gehaald zijn, is orlistat, zowel vrij (nvdr onder de naam Alli®) als op voorschrift (nvdr onder de naam Xenical® of Orlistat Sandoz®) verkrijgbaar, momenteel het enige geneesmiddel tegen obesitas dat erkend is door het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten (FAGG). Dit product bestaat al een tijdje en we kennen de voor- en nadelen. Persoonlijk vind ik dat iemand eerst door een arts opgevolgd moet worden, vooraleer hij zomaar orlistat neemt. Het geneesmiddel wordt aanbevolen vanaf een BMI vanaf 28. Maar liefst 18% van de Belgische bevolking voldoet hieraan, dat zijn zo'n 2 miljoen mensen! We zijn er ons van bewust dat mensen kiezen voor orlistat in vrije verkoop (Alli) omdat ze een wondermiddel verwachten. Dat roept vragen op over de informatieverstrekking aan de gebruiker.

Medische opvolging vormt dus de hoeksteen van de behandeling van obesitas...

J.-P. A. – Inderdaad, de enige manier om obesitas te behandelen zoals het hoort, is middels een arts of gezondheidsspecialist die de touwtjes in handen houdt. Als een geneesmiddel toegestaan is door het FAGG, wil dat zeggen dat het de nodige analyses heeft doorstaan. De arts-voorschrijver kan van zijn kant nagaan of de patiënt al dan niet hartproblemen heeft en of er met andere factoren rekening gehouden moet worden, zoals de wisselwerking tussen geneesmiddelen. Zonder deze medische opvolging, kan het slecht aflopen. Opvolging door een diëtist is nodig want een behandeling met orlistat moet steeds gepaard gaan met het volgen van een hypocalorisch dieet.

Hoe zit het met de andere remedies die bij de apotheker verkrijgbaar zijn?

J.-P. A. – Alle producten die naast orlistat te vinden zijn in de apotheek, zijn gewoon voedings-

supplementen die absoluut geen nut hebben bij de opvolging van obesitas. Integendeel, het zijn vaak 'obesogene' producten: ze stimuleren obesitas eerder dan dat ze deze doen verdwijnen. Door de inname van deze producten kom je terecht in een spiraal van diëten die een jojo-effect veroorzaken. Op die manier kan het lichaam op een bepaald moment geen gewicht meer verliezen. Door die foute oplossingen verlies je namelijk niet zozeer vet, maar wel water. Het is echt onverantwoord om nog producten op de markt te brengen die obesitas stimuleren, terwijl de cijfers elk jaar schrijnender worden.

Wat verwijt u deze producten?

J.-P. A. – Die poedertzakjes en vetverbranders zijn eigenlijk gewoon voedingssupplementen, waarnaar nooit echt ernstig onderzoek gedaan werd. De firma's die deze producten commercialiseren, verstoppen zich achter studies die niet dubbelblind uitgevoerd zijn en ze baseren zich op steekproeven bij een zeer beperkt aantal perso-

nen. Zodra een firma een product tegen obesitas aanbiedt dat een gewichtsverlies van meer dan 5 à 10% van het oorspronkelijke gewicht belooft, zou dit product automatisch aan het FAGG moeten worden voorgelegd. Er moet ook dubbelblind onderzoek naar gedaan worden, bij voorkeur op Europees of wereldniveau.

Moet de apotheker dan een grotere rol spelen binnen dit domein?

J.-P. A. – Ik zou willen dat de apothekers weer echte apothekers worden. Dat ze zich niet zouden beperken tot het verkopen van pillen, zonder meer. Iedereen weet de raad van een apotheker te appreciëren en het is zijn rol om patiënten te informeren en hen zeker geen

schade te berokkenen. In het geval van obesitas kan de verkoop van valse oplossingen net nadelig zijn voor de gezondheid van de patiënten en die nadelige gevolgen kunnen blijvend zijn! De apotheker zou ook aan patiënten met morbidite obesitas of overgewicht de raad moeten geven om naar hun arts te stappen, zodat ze toegang krijgen tot 'waardevolle' oplossingen. Dat is helaas niet altijd het geval en daar moet verandering in komen.

Wat is nu de beste aanpak om obesitas doeltreffend te behandelen?

J.-P. A. – Een multidisciplinaire aanpak! Je levensstijl veranderen lijkt eenvoudig op papier, maar het is in de praktijk niet altijd even makkelijk. De behandeling

van obesitas begint dan ook bij de aanpak van de 'psychologische pijler': je probeert de patiënt te helpen begrijpen hoe en waarom zijn gewicht is toegenomen en hoe hij zijn gedrag kan aanpassen. Daarnaast moet hij ook een bepaalde regelmaat terugvinden op vlak van voeding. Niet alleen wat hij eet is hierbij van belang, maar ook hoe vaak hij eet en hoe groot de porties zijn. Dit is de 'diëtistische pijler'. Geleidelijk aan moet de persoon ook actiever leren worden, dit is de pijler 'beweging'. Samen vormen deze drie pijlers de basisbehandeling van obesitas. Deze kan eventueel aangevuld worden met geneesmiddelen of een chirurgische ingreep.



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

Obesitaschirurgie? Geen mirakeloplossing



In hun studie over de bariatrische chirurgie formuleren de Onafhankelijke Ziekenfondsen aanbevelingen voor de behandeling van obesitas. Ze wijzen op het belang van een geïntegreerde aanpak en onderstrepen dat het geen goed idee is om al te makkelijk de toevlucht te nemen tot chirurgie.

- Alleen een geïntegreerde, multidisciplinaire aanpak van overgewicht en obesitas heeft kans op succes: voldoende beweging, een evenwichtige voeding, samenwerking tussen arts(en), diëtist, psycholoog en de patiënt zelf. In specifieke situaties (en na medische evaluatie) kan ook de associatie met een geneesmiddel nuttig zijn. Deze aanpak moet altijd voorafgaan aan invasieve behandelingsmethodes van obesitas (chirurgie). Men kiest al te vaak voor die 'gemakkelijke' oplossing. De bariatrische chirurgie moet het ultieme redmiddel voor morbide obesitas blijven, de methode waarop men een beroep doet wanneer alle niet-invasieve methodes gefaald hebben.
- De doeltreffendheid van bariatrische chirurgie bij een welbepaalde groep van patiënten wordt niet langer betwist. De effecten op het gewichtsverlies en de vermindering van co-morbiditeit op lange termijn (10 jaar) zijn duidelijk gebleken uit een Zweedse studie van 2004, maar ook uit een vorige studie van de Onafhankelijke Ziekenfondsen¹. Toch moeten er nog grote inspanningen geleverd worden

om de ongelofelijke uitdaging van de opvolging van de patiënt op lange termijn aan te gaan, in samenwerking met alle betrokken medische entiteiten. Obesitaschirurgie is geen mirakeloplossing die de patiënt ontslaat van zijn plicht om zijn gedrag te veranderen, zeker wat voedingsgewoonten betreft. Om blijvende resultaten te verkrijgen, moet de heelkundige ingreep voorafgegaan en gevolgd worden door een wijziging van de levensgewoonten, zowel qua voeding als beweging. De patiënt moet bereid zijn om zich te onderwerpen aan een chirurgische opvolging. Hij zal levenslang op zijn voeding moeten letten en een metabolische opvolging moeten krijgen met het oog op een bevredigend resultaat. Het is namelijk belangrijk dat alle potentiële complicaties vroeg genoeg opgespoord worden.

- De Onafhankelijke Ziekenfondsen steunen het voorstel om 'trajecten' in het leven te roepen voor de behandeling van overgewicht en/of obesitas. Die trajecten moeten beschreven worden op basis van de aanbevelingen ter zake. Zij moeten het mogelijk maken om de zorg te verlenen op het juiste (en zo laag/minst invasief mogelijke) niveau (stepped care). De patiënt moet daarbij begeleid/opgeleid worden (coaching) zodat hij actief betrokken wordt bij de aanpak van het probleem (patient empowerment).

¹ "De bariatrische chirurgie vermindert de co-morbiditeit", Health Forum, september 2011

Zorgpartners

Samen met de patiënten staan we sterker!

De patiënt van vandaag wil meer zijn dan zomaar een zieke die een behandeling ondergaat. Hij wil inspraak hebben in zijn verzorging. Een patiënt die betrokken wordt bij zijn behandeling, heeft bovendien de neiging om die veel strikter te volgen. Met een grotere therapeutische efficiëntie tot gevolg!

Geneeskundige verzorging is doeltreffender wanneer de patiënt betrokken wordt bij de beslissingen die hem aanbelangen. Alle actoren die patiënten vertegenwoordigen en hun rechten verdedigen (patiëntenverenigingen, consumentenorganisaties, ziekenfondsen) zijn zich hiervan bewust. Ook de gezondheidsprofessionals en beleidsmakers beginnen te snappen dat de kwaliteit van de verzorging verbetert als de patiënt actief betrokken wordt bij de beslissingsprocedure. Daarbovenop benadrukken sinds enkele jaren internationale instanties als de Wereldgezondheidsorganisatie (WGO) en de Europese Unie het belang van participatie en pleiten ze voor geneeskundige verzorging die niet alleen voor de patiënt, maar ook door de patiënt georganiseerd wordt.

Onmisbare gesprekspartners

In België bestaan er zo'n 400 patiëntenverenigingen. Om hun stem beter te laten horen, zagen

een tiental jaar geleden twee platformen van patiëntenverenigingen het levenslicht: het Vlaams Patiëntenplatform (VPP) en zijn Franstalige tegenhanger. De creatie van deze platformen maakte het voor patiëntenvereni-

“ De patiëntenverenigingen vervullen de waardevolle functie van informeren, ondersteunen en een brug slaan tussen de patiënten en de gezondheidswereld. ”

gingen gemakkelijker om door de overheden erkend te worden als gesprekspartners. Allebei krijgen ze, naast regionale hulp, een overheidssubsidie (van het RIZIV en de FOD Volksgezondheid). De twee platformen werken nauw samen rond alle federale mate-

ries en zetelen in verschillende organen waar ze de stem van de patiënt laten horen: de Federale Commissie 'Rechten van de Patiënt', het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten, de Hoge Raad voor Gezondheidspromotie en de Strategische Adviesraad voor het Welzijns-, Gezondheids- en Gezinsbeleid.

Hefbomen voor een betere participatie

De Koning Boudewijnstichting stelt in een rapport aan de verenigingen een heleboel inspiratiepistes en hefboomen voor om hun participatie te verbeteren door o.a. hun acties beter te structureren. De stichting hamert ook op het belang van een toekomstvisie en een coherente aanpak. Iets dat enkel mogelijk is via dialoog met alle betrokken actoren: overheden, ziekenfondsen, patiëntenverenigingen, vertegenwoordigers van gezondheidsprofessionals, zorginstellingen, sociale partners.

Beter structureren

Ondanks de ontwikkelingen in het landschap van de patiëntenverenigingen en diverse overheidsinitiatieven, blijft de participatie van de patiëntenverenigingen in België weinig transparant en slecht gestructureerd. Een groot contrast met de situatie in onze buurlanden die kunnen rekenen op een duidelijk juridisch kader.

In een aantal buurlanden waaronder Frankrijk, het Verenigd Koninkrijk, Duitsland en Nederland is men echt overtuigd dat patiëntenparticipatie leidt tot een

grotere kwaliteit en doeltreffendheid van de verzorging. Getuige daarvan zijn de vele politieke initiatieven die het juridische kader afbakenen waarin de taken en de competenties gedefinieerd werden van de patiënten en hun vertegenwoordigingsorganisaties. De patiëntenparticipatie kan verschillende vormen aannemen: van informeren tot meebeslissen over raadpleging, raadgeving of evaluatie.

In België kunnen patiënten of gebruikers via deze verschillende vormen van participatie ook een invloed uitoefenen op de politiek. Evaluatiepraktijken en cobeheer

blijven echter eerder uitzonderingen op de regel, waardoor de patiëntenverenigingen voorlopig wat blijven dralen in de marge van het beslissingsproces.

Binnen de huidige context en ondanks de beperkte middelen, slagen de patiëntenverenigingen erin om de waardevolle functie te vervullen van informeren, ondersteunen en een brug slaan tussen de patiënten en de gezondheidswereld.



Pascale Janssens

pascale.janssens@mloz.be

In samenwerking met de Koning Boudewijnstichting



Het dossier 'Hefbomen voor een betere patiëntenparticipatie' (Koning Boudewijnstichting) is beschikbaar op www.kbs-frb.be

'Werken met families': een gids voor zorgverleners

De verenigingen Similes Vlaanderen en Similes Wallonië hebben samen een tweetalige gids opgesteld voor professionals inzake mentale gezondheid. De twee verenigingen zijn overtuigd van de noodzaak om familieleden te beschouwen als zorgpartners. Het doel: de globale aanpak van de patiënt die aan een mentale ziekte lijdt en het welzijn van zijn familie verbeteren. De familie is als bron van informatie namelijk onmisbaar voor goede, kwaliteitsvolle verzorging. Wanneer de familieleden geraadpleegd worden, verbetert het welzijn van de naasten en dus ook dat van de patiënt.

Bij het opstellen van deze gids hebben de verenigingen rekening gehouden met de ervaring en het advies van:

- de families over de manier waarop de samenwerking met de zorgverleners verloopt
- de patiënten over de deelname van hun naasten aan hun verzorging
- de zorgverleners over hun ervaring in het veld met de families

De zorgverleners stellen zich veel vragen over de inhoud van de begeleiding van de gezinnen: hoe verloopt de samenwerking met de naasten en hoever gaat die? Wat zijn de obstakels en de moeilijkheden die overbrugd moeten worden? Op welke tools kan men een beroep doen? Deze gids biedt antwoorden op al deze en veel meer vragen!



www.werkenmetfamilies.be

De kaart trekken van 'empowerment'

Het Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg Ahasverus (Halle-Vilvoorde) verleent gespecialiseerde hulp aan mensen met ernstige psychosociale en/of psychiatrische problemen. Een maximale betrokkenheid van de patiënt bij zijn eigen herstelproces staat daarbij centraal!

Om die missie in de praktijk te brengen, wil het centrum nieuwe werkvormen ontwikkelen en implementeren die zijn gebaseerd op het gedachtegoed van herstel en empowerment. Het gaat daarbij onder meer om denk- en werkgroepen die bestaan uit hulpverleners, cliënten en ervaringsdeskundigen. Op die manier wil het centrum haar steentje bijdragen tot een vernieuwende deskundigheid in de ambulante geestelijke gezondheidszorg.

De werkgroepen werken volgens het 'public decision'-model: de gebruikers praten mee over het beleid en zoeken mee naar een mogelijke aanpak, zowel op het niveau van de behandeling als op beleidsniveau.



Meer info via www.ahasverus.be

De erkenning van beroepsziekten: een verouderd systeem?

Het is een vraag die onlangs heel wat inkt deed vloeien. Volgens het rapport van het Europees Vakbondsinstituut weerspiegelt het systeem voor de erkenning van beroepsziekten steeds minder de werkelijke evolutie van de werkomstandigheden. Denk maar aan ziektes als een burn-out die over het hoofd worden gezien. De regering ziet de resolutie die Ecolo-Groen bij de Kamer heeft ingediend alvast als een aanzet om het systeem te herzien.

Het Fonds voor de Beroepsziekten (FBZ) is een overheidsinstelling die belast is met de preventie en vergoeding van schade veroorzaakt door een beroepsziekte. "Bij de oprichting van het Fonds voor de Beroepsziekten, was er in België nog veel industrie", verklaart Joeri Luts, directeur van de dienst Preventie en Risicobepaling van het Fonds voor de Beroepsziekten. "Toen liepen werknemers nog duidelijke risico's als de blootstelling aan lood, stoflongen (silicose) bij mijnwerkers of rugartrose door vibraties bij bestuurders van machines." Sommige van deze beroepen mogen dan zo goed als verdwenen zijn, toch blijven de ziektes door hun latentietijd zorgen voor nieuwe erkenningen van beroepsziekten. En wat met heden-

daagse ziektes als een burn-out, spier- en skeletaandoeningen of tendinitis? Komen zij in aanmerking voor een opname in de lijst met erkende beroepsziekten?

In de praktijk worden heel weinig ziektes erkend op basis van het 'open' systeem en al helemaal geen kankers.

Twee systemen

Momenteel bestaan er twee systemen voor de erkenning van een beroepsziekte: het 'lijstsysteem' en het 'open systeem'. Het eerste systeem bestaat uit een lijst met ongeveer 140 aandoeningen en risico's die erkend zijn door het Fonds voor de Beroepsziekten. Het gaat voornamelijk om ziektes die ontstaan door de blootstelling aan chemische bestanddelen (ammoniak, kobalt, ...), door het inademen van stofdeeltjes (silicose, asbest, aluminium, ...) of

Een bijzondere plek binnen ons gezondheidssysteem

Standpunt Onafhankelijke Ziekenfondsen

Als overheidsinstelling voor de sociale zekerheid heeft het Fonds voor de Beroepsziekten (FBZ) een zeer breed toepassingsveld: van de privésector (uitgezonderd de zelfstandigen, militairen en bepaalde bijzondere statuten) tot enkele categorieën van de overheidssector. Het positieve effect van haar missies op de volksgezondheid staat dan ook buiten kijf.

Een sprekend voorbeeld is asbest. Deze materie van rotsachtige oorsprong werd lang gebruikt in de industrie vanwege zijn isolerende capaciteit en andere technische eigenschappen. Het was echter niet eenvoudig om het verband te leggen met de ernstige longziekte die het gevolg was van de blootstelling aan asbest. Soms lag er namelijk 20 jaar tijd tussen de blootstelling aan de vezels en het begin van de medische aandoening.

In 2007 werd daarom het AFA (Asbest Fonds Amiante) opgericht binnen het FBZ. Ondanks het verbod op het gebruik van asbest in 2001, heeft dit fonds al meer dan 1.500 personen een vergoeding gegeven.

Daarnaast komt het FBZ ook tegemoet in de prijs van

de vaccins bij een tijdelijke of definitieve verwijdering van het risico op een beroepsziekte. Zo krijgt bijvoorbeeld personeel dat in contact komt met afvalwater het vaccin tegen hepatitis A toegediend of voorziet het FBZ een vaccin tegen hepatitis B voor wie tropische ziektes verzorgt of voor personeel dat naar landen gestuurd wordt met een hoog risico op blootstelling.

Het Fonds kent veel tegemoetkomingen toe, maar we mogen niet vergeten dat het enkel tussenkomt voor beroepsziekten waarbij de band tussen het werk en de medische aandoening bewezen is. Niet alle rugklachten ontstaan bijvoorbeeld tijdens het werk. Laten we daarnaast ook niet vergeten dat dit oorzakelijke verband bewijzen soms jaren onderzoek vergt!

Conclusie: als instelling die vaak een mooie aanvulling biedt op andere uitkeringen van bijvoorbeeld de ziekte- en invaliditeitsverzekering, heeft het FBZ een eigen plekje binnen onze maatschappij! Een goede samenwerking tussen deze twee instellingen en een rationalisering van hun acties is dan ook wenselijk.



Burn-out is nog niet erkend als beroepsziekte

infectieziektes die door parasieten verwekt worden. Bij het 'open' systeem is het noodzakelijk om de ziekte, de schadelijke blootstelling op het werk en het oorzakelijke verband tussen de twee te bewijzen. In de praktijk worden heel weinig ziektes erkend op basis van dit systeem en al helemaal geen kankers. In 2010 lag het aantal erkenningen van beroepsziekten volgens het open systeem op 872 en het aantal volgens het lijststelsel op 54.271. Daarom worden de tendinopathiën binnenkort opgenomen in het lijststelsel. Volgens het FBZ zal dat voor eind 2012 zijn.

Een traag proces

Een nieuwe beroepsziekte opnemen in de lijst is een proces van lange adem. Een sprekend voorbeeld: de toevoeging van de tendinopathiën laat door de regeringsperikelen al tweeënhalve jaar op zich wachten. Op dit moment worden enkel de tendinitissen van sportknieën erkend. Heel weinig dus... Ze staan dan wel nog niet op de lijst, maar gelukkig krijgen ze wel al de behandeling van een ziekte behorende tot het lijststelsel. Daardoor is het aantal aanvaarde dossiers vijfmaal zo groot geworden.

In tegenstelling tot oudere ziektes als silicose of mesotheliom zijn de huidige ziektes daarnaast niet meer onderhevig aan één oorzaak. Meestal spelen er meerdere factoren mee. "Het is niet uitgesloten dat een burn-out op een dag op de lijst met erkende beroepsziekten van het FBZ zal staan. We bekijken momenteel de mogelijkheden. Dit vraagt echter tijd en ervaring. Het bestaan van een logisch verband tussen een stresserende job en de burn-out moet namelijk bewezen worden en er moeten objectieve criteria worden opgesteld".

Preventie

Vormen de trage procedure voor de opname van nieuwe beroepsziekten en de geleidelijke verdwijning van vroegere aandoeningen een verklaring voor de daling van het aantal nieuwe beroepsziekten die de laatste jaren erkend werden? Volgens Joeri Luts is dat niet de enige verklaring. "Het stopzetten van de erkenning van artrose als beroepsziekte heeft voor een aanzienlijke daling gezorgd.

Vanaf nu erkent het FBZ enkel het radiculair syndroom als gevolg van mechanische trillingen en het tillen van zware lasten. Vrij strenge criteria, als je het ons vraagt. Anderzijds valt niet te ontkennen dat de huidige werkomstandigheden heel wat gunstiger zijn dan 30 jaar geleden. Er zijn veel meer externe diensten voor preventieve raadgeving aanwezig in de bedrijven dan vroeger. Bovendien zijn de generaties van vandaag zich veel meer bewust van de risico's en besteden ze meer aandacht aan hun fysieke integriteit. Deze vorm van preventie is ook positief voor de volksgezondheid".



Nathalie Renna

nathalie.renna@mloz.be



Het rapport van het Europees Vakbondsinstituut is beschikbaar op de website www.etui.org

Preventieprogramma voor rugpijn

Preventie maakt eveneens een belangrijk deel uit van de missies van het Fonds voor de Beroepsziekten. Zo organiseert het een preventieprogramma voor rugpijn. Dit programma is gericht op iedere loontrekkende die werk uitvoert dat belastend is voor de rug en sinds meer dan 4 weken en minder dan 3 maanden out is. "97% van de personen die deelnemen aan het programma gaat binnen de 3 maanden weer aan de slag", getuigt Anne Kirsch, adjunct algemeen bestuurder van het FBZ. "De bedoeling is om een nauwere samenwerking mogelijk te maken tussen de arbeidsgeneesheer, de behandelende arts, de adviserend geneesheer en de specialisten om de patiënt de best mogelijke behandeling te geven".



www.fmp-fbz.fgov.be/prev/RUGPREVENTIE/index.html



Keizersnede

Bevalling via keizersnede: het prijskaartje waard?

Het stijgende percentage van bevallingen via keizersnede is al jaren het onderwerp van analyse en kritiek. Uit een nieuwe studie van de Onafhankelijke Ziekenfondsen over de ziekenhuiskosten van een bevalling blijkt dat in 2010 19% van de vrouwen met een keizersnede beviel. Een percentage dat de laatste drie jaar stabiel is, maar hoger blijft dan de aanbevelingen van de WGO.

De Wereldgezondheidsorganisatie spreekt inderdaad van een globaal gezondheidsrisico voor vrouwen wanneer het percentage van de keizersneden binnen een bevolking hoger ligt dan 10 à 15%. We dienen hierbij wel te vermelden dat het aantal keizersneden per 1.000 geboortes van levende kinderen een aanwijzing is van de prestatie van het Belgische gezondheidssysteem, aangezien dit cijfer mooi onder het Europese gemiddelde blijft. Desondanks heeft het stijgende percentage van de keizersneden een invloed op de uitgaven van de ziekte- en invaliditeitsverzekering (ZIV) in het ziekenhuis en op de uitgaven van de patiënten zelf (remgeld en supplementen).

Kenmerken van de ziekenhuisopname

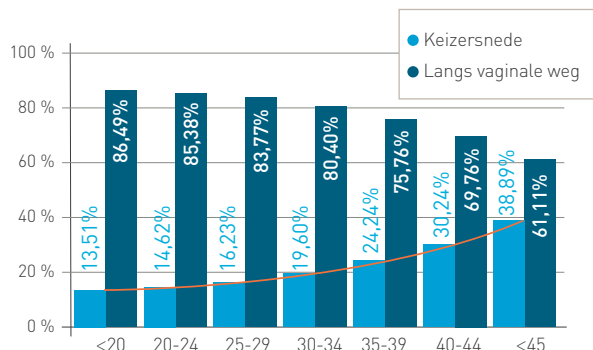
- De jonge mama's die aangesloten zijn bij de Onafhankelijke Ziekenfondsen bevallen in **98,8% van de gevallen tijdens een klassieke ziekenhuisopname**, 0,7% bevalt thuis en 0,5% in daghospitalisatie. Het ziekenhuis met al zijn technologische middelen en de beschikbaarheid van zorgverleners die tijdens de bevalling op elk probleem voorbereid zijn, geven de vrouwen namelijk een veilig gevoel. En toch kunnen we ons afvragen waarom het verschil met het aantal thuisbevallingen van onze Nederlandse buren zo groot is (30%).
- Frappant is dat het aantal keizersneden gemiddeld stijgt met bijna 5% per leeftijdsjaar van de vrouw.
- De literatuur brengt het hoge aantal keizersneden in verband met de **stijging van de gemiddelde leeftijd** van de vrouw bij haar 1e zwangerschap, de leeftijd van de zwangere vrouwen en het gebruik van programma's van medisch ondersteunde

voortplanting. Onze analyse kon deze resultaten echter niet bevestigen. We willen geen oordeel uitspreken over de beslissingen van de zorgverleners in verband met de keuze van de bevallingswijze. In Amerikaanse studies merken we echter wel dat de pijn die de patiënte ervaren heeft tijdens een eerste bevalling langs vaginale weg, een indicatie voor een keizersnede vormt voor de tweede bevalling.

- Onze gegevens bevestigen wat de technische cel van het RIZIV (gegevensbank over het gebruik van medische middelen in de ziekenhuizen) ons meldt: **de verblijfsduur bij een keizersnede ligt tussen de 6 en 7 gefactureerde dagen**, los van het kamertype of het sociale statuut (rechthebbende op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming of niet), terwijl de verblijfsduur **gemiddeld 4,6 dagen is voor een bevalling langs vaginale weg**.

Figuur 1

Vergelijking in functie van de leeftijd voor het percentage van de keizersneden en bevallingen langs vaginale weg



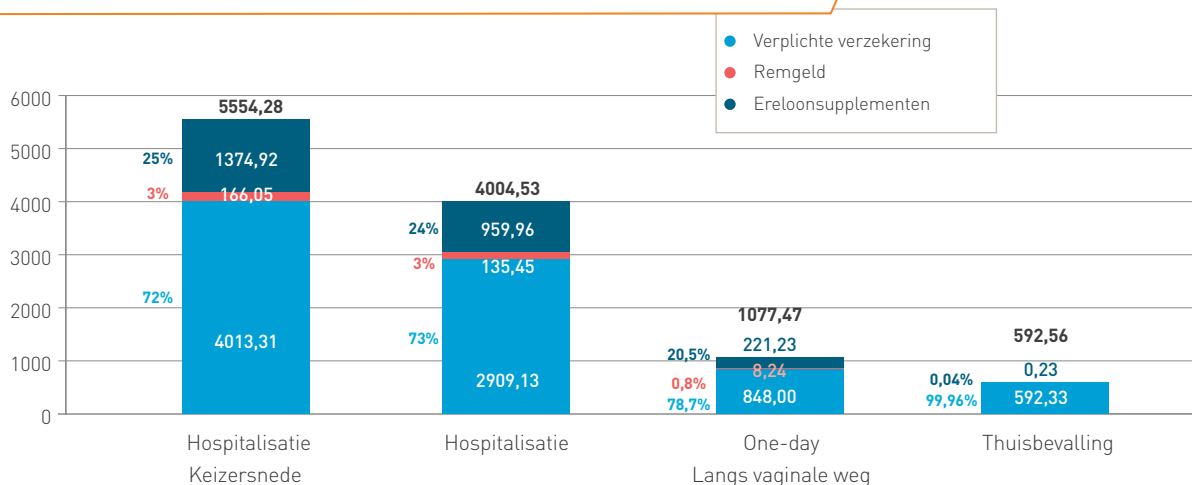
Ziekenhuiskosten voor de bevalling

- Het **verschil in de gemiddelde totale kostprijs** van keizersneden (5.554,28€) tegenover bevallingen langs vaginale weg bij een klassieke ziekenhuisopname (4.004,53€) bedraagt **38%**. Een langere verblijfsduur en hogere medische erelonen verklaren dit verschil. Deze twee elementen vertegenwoordigen respectievelijk 60% en 25% van de uitgaven van de verplichte verzekering (VP).

- De **bijdrage van de patiënten** in de uitgaven voor de bevalling is heel hoog: ongeveer **28% van het totaalbedrag van de uitgaven** bij een bevalling in het ziekenhuis, ongeacht de techniek. Het eigen aandeel blijft dus vrij hoog. De **ereloonsupplementen** voor een keizersnede of voor een bevalling langs vaginale weg vertegenwoordigen respectievelijk **62%** en 72% van de supplementen voor de patiënte. De totale supplementen variëren wel sterk van ziekenhuis tot ziekenhuis (van 0€ tot 9.558€).

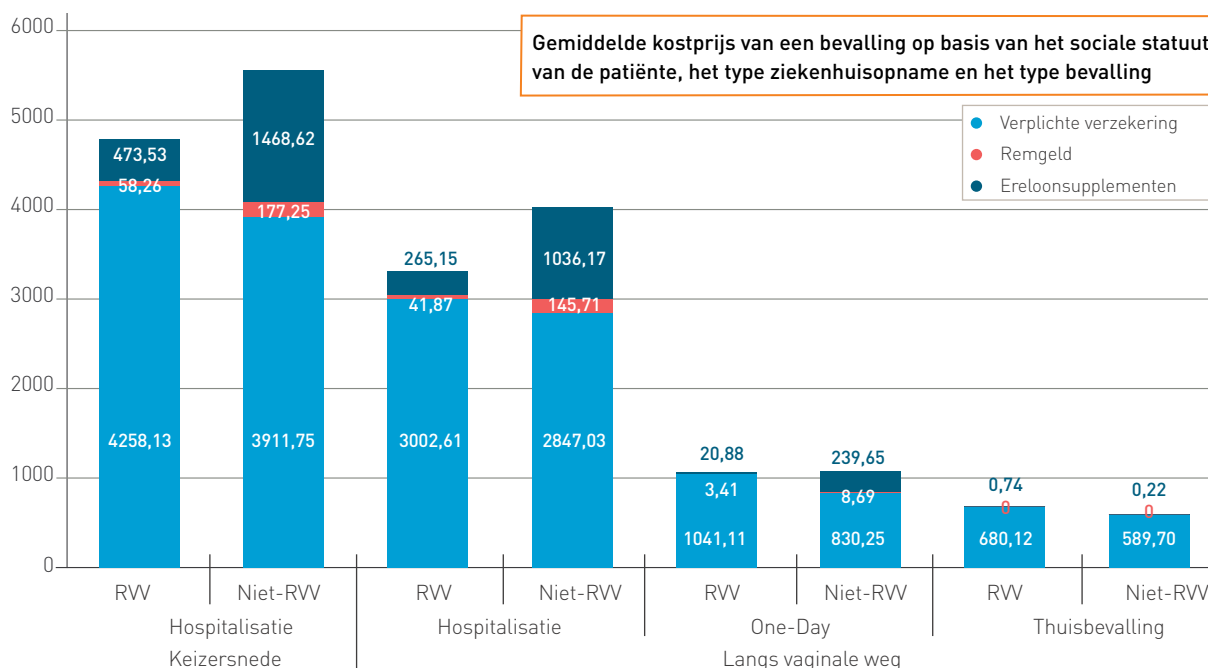
Figuur 2

Gemiddelde kostprijs van een bevalling per type bevalling, per type ziekenhuisopname



Kosten op basis van het sociaal-economische statuut

De terugbetaling van het ziekenfonds is systematisch hoger bij RVV-patiënten dan bij niet-RVV's, wat natuurlijk niet verwonderlijk is. Ook voor de remgelden en supplementen betalen de niet-RVV-patiënten gemiddeld meer dan de RVV-patiënten, zeker bij een keizersnede.



Kosten op basis van het kamertype

We hebben op basis van het kamertype geen statistisch significante verschillen vastgesteld tussen de gemiddelde uitgaven van de VP voor de RVV's en niet-RVV's. Qua remgelden en supplementen betalen de niet-RVV-patiënten daarentegen statistisch gezien (veel) meer dan de RVV-patiënten. Ook de patiënten die in een eenpersoonskamer verblijven, betalen meer supplementen dan die in een tweepersoons- of een meerpersoonskamer. Deze supplementen zijn voornamelijk te wijten aan de supplementen voor de verblijfskosten en medische erelonen op de chirurgische en anesthesieprestaties.

Conclusies

We hebben vastgesteld dat het type bevalling, de verblijfsduur, het type ziekenhuis en de sociaal-economische situatie van de patiënten factoren zijn die de terugbetaalde uitgaven beïnvloeden. Onze studie over de ziekenhuiskosten voor de bevalling bevestigt twee observaties:

- **Het percentage van de keizersneden ligt erg hoog.**

Dat is niet zonder gevaar voor de gezondheid van de jonge moeders (3 keer meer risico op complicaties post-partum), maar het kan de moeder en/of het kind/de kinderen soms wel redden. Wij menen dat er hierover wetenschappelijke aanbevelingen geformuleerd moeten worden. Volgens recente aanbevelingen van de Franse Hoge Gezondheidsraad, zouden bij een geplande keizersnede na 37 weken

amenorroe (ongeveer 50% van de gevallen), bepaalde indicaties in vraag gesteld moeten worden. Andere indicaties voor keizersneden die met spoed toegepast moeten worden of die voorzien worden voor de uitgerekende bevallingsdatum moeten echter ontegensprekelijk behouden blijven...

We beschikken niet over gegevens waarmee we de indicaties van keizersneden kunnen inschatten. We spreken dus geen oordeel uit over dit hoge percentage, maar beperken ons tot de mededeling van de informatie.

- **Het percentage van de bevallingen buiten de ziekenhuisomgeving (0,7%) ligt heel laag,** in tegenstelling tot Nederland waar het systeem voor de organisatie van gezondheidszorg bevallingen buiten het ziekenhuis aanprijst, met als argument dat een zwangerschap geen ziekte is. Dat kan overkomen als een stap achteruit, maar bepaalde landen overwegen om deze praktijk opnieuw in te voeren, niet alleen om de competenties van de vroedvrouwen op te waarderen, maar ook om de kosten binnen dit domein te kunnen beheersen. Dergelijke bevallingen zouden gebeuren in 'bevallingshuizen', in de buurt van het ziekenhuis om zo de handeling van haar medische stempel te ontdoen, zonder dat moeder en kind risico's lopen. In België zijn er momenteel slechts 7 bevallingshuizen. Een bevalling buiten het ziekenhuis zal natuurlijk alleen uitgevoerd kunnen en mogen worden in welbepaalde omstandigheden.

Adil Lamarti en Chantal Neirynck
Studie Dienst

Bevalling in ambulant milieu aanbevelen?

- Is het aantal keizersneden te hoog? Voor de Onafhankelijke Ziekenfondsen is deze vraag een medische kwestie, gaande van verantwoorde medische keuzes tot voorzichtige, risico-uitsluitende of defensieve geneeskunde tot de optimale organisatie van de bevalling, zowel voor de mama als de arts.
- De Onafhankelijke Ziekenfondsen willen vooral de klemtoon leggen op het belang van exhaustieve informatie voor de zwangere vrouwen over de mogelijke gevolgen en voor- en nadelen van een keizersnede. Artsen moeten zich daarbij houden aan de richtlijnen voor goede praktijk terzake. Ook het KCE heeft al richtlijnen geformuleerd hieromtrent.
- Is het om financiële redenen verantwoord om de bevalling in ambulant milieu aan te bevelen? Ja, maar er zijn ook nog andere voordelen van praktische en emotionele aard. Denk bijvoorbeeld aan Nederland, waar de opvang van moeder en kind in hun thuismilieu beter georganiseerd is. Nederlandse vrouwen bevallen ook niet thuis, maar in bevallingshuizen.
- Onze ziekenhuisomgeving staat garant voor (medische) veiligheid en comfort. Door dezelfde sanitaire veiligheid als in het ziekenhuis te garanderen, kunnen we de bevalling in ambulant milieu aanbevelen, op voorwaarde dat de medische toestand van moeder en kind dat toelaat. Bovendien is een van de aanbevelingen van het KCE dat de vrouw best wordt bijgestaan door een persoon naar keuze. Voor meer en meer vrouwen is dit de vroedvrouw die hun zwangerschap heeft gevolgd. Ziekenhuizen laten deze zelfstandige, ambulant werkende vroedvrouwen echter nog steeds niet toe bij de bevalling. Zij kunnen deze functie echter in ambulant milieu uitoefenen.
- Vroedvrouwen zijn steeds beter opgeleid en bovendien is deze nomenclatuur financieel interessant voor de patiënt. Wie een geconventioneerde vroedvrouw raadpleegt, betaalt namelijk geen persoonlijk aandeel. De Onafhankelijke Ziekenfondsen hopen dat de vroedvrouwen zich nog verder specialiseren (onder meer in reanimatietechnieken) ter bevordering van de veiligheid van de baby. Ook de organisatie van de thuiszorg moet deze evolutie kunnen volgen.

2.027.491

mensen zijn lid van één van de
7 Onafhankelijke Ziekenfondsen
(februari 2012)

Nieuwe studies

34% van de totale prostaatverwijderingen gebeurt met behulp van een robot

We schatten dat jaarlijks ongeveer 10.000 operaties aan de prostaat worden uitgevoerd. Dit aantal blijft stijgen vanwege de vergrijzing van de bevolking en de betere opsporing. Van de prostaatverwijderingen gebeurt 34% met behulp van een robot. Deze robotgeassisteerde ingrepen mogen enkel worden uitgevoerd door een erkend centrum. In 2010 waren 18 centra erkend voor deze techniek. De kostprijs voor het ziekenfonds van een ziekenhuisopname vanwege een robotgeassisteerde totale prostaatverwijdering bedraagt 6.983€. Dat is 20% meer dan een traditionele totale prostaatverwijdering. Die laatste kost 5.801 euro.

'De kostprijs van prostaatchirurgie in België in 2010'



Obesitaschirurgie mag geen mirakeloplossing zijn!

Geen enkele heelkundige ingreep is onschuldig en bariatrische chirurgie is dat dus evenmin. Er bestaan dan ook bepaalde criteria om te vermijden dat de ingreep nodeloos zou gebeuren en om tussen de verstrekkingen van de abdominale heelkunde duidelijk de verstrekkingen van de bariatrische heelkunde te kunnen onderscheiden. De doeltreffendheid van bariatrische chirurgie wordt niet betwist: de effecten op het gewichtsverlies en de verbetering van de nevenaandoeningen op lange termijn (10 jaar) werden aangetoond in verschillende studies.

'De ziekenhuiskosten van bariatrische chirurgie in België in 2010'



U kunt deze twee studies raadplegen op
www.mloz.be

Nieuw!

Ontspanningsweekend voor personen met een MS-diagnose en hun gezin



Een moment van herbronning in een rustige omgeving: dat is het recept van het ontspanningsweekend van de Onafhankelijke Ziekenfondsen in de Ardennen. Gezien het succes van het vorige weekend staat er in augustus een nieuwe editie op het programma! Dit weekend richt zich op (relatief) autonome MS-patiënten (met uiterlijk weinig symptomen). De Onafhankelijke Ziekenfondsen slaan hiervoor de handen in elkaar met de Vlaamse MS Liga. Ook de partner/mantelzorger en de kinderen van de deelnemers zijn welkom. Op die manier kan het hele gezin samen ontspannen en nieuwe krachten opdoen.

Op het programma voor volwassenen

- Relaxatie en mindfulness: tips om thuis mee aan de slag te gaan
 - Bewegen op muziek met een workshop rond lichamelijke expressie en bewustzijn
 - Uitwisselen van ervaringen onder begeleiding van een psycholoog (zonder de partners)
 - Groepswandelingen om de omgeving te verkennen
- Animatoren zullen zich intussen om de kinderen bekommeren. Zo kunnen zij zich eveneens amuseren en ontspannen in groepsverband.

Praktische informatie

Wanneer? Van vrijdag 10 augustus tot zondag 12 augustus 2012

Waar? In Floréal, La Roche-en-Ardenne, Avenue de Villez 6, 6980 La Roche.

Voor meer info en/of inschrijving? Telefonisch op het nummer 02 778 93 43 of per mail naar gezondheidspromotie@mloz.be tot en met maandag 9 juli 2012.

Opgepast, het aantal plaatsen is beperkt tot 20 deelnemers (familie niet meegerekend)!

Focus Olympische Spelen

De sportarts, een rots in de branding op weg naar Londen!



Marc Vangrinsven

In de aanloop naar de Olympische Spelen in Londen, de ultieme hoogmis voor de topsporter, wisselen in endorfines gedrenkte hoogtepunten zich af met periodes van emotionele en fysieke beproevingen. Om de gevreesde blessures de pas af te snijden, kunnen onze atleten gelukkig rekenen op een optimale medische begeleiding. In de praatstoel: Dr. Marc Vangrinsven, de verantwoordelijke voor de medische opvolging van de Belgische sporthelden!

Het BOIC (Belgisch Olympisch en Interfederaal Comité) biedt medische steun aan onze topsporters. Wat houdt deze begeleiding concreet in?

Dr. Marc Vangrinsven - Sinds 2000 heeft de medische begeleiding een echte gedaanteverwisseling ondergaan. Daarvoor lag de klemtoon op de pure opvolging van de testen in de laboratoria, maar anno 2012 staat de begeleiding van de entourage van de atleet zelf centraal. Bovendien zijn er ook meer multidisciplinaire Olympische competities bijgekomen, 24 om precies te zijn. Het gaat onder meer om de Winter- en Zomerspe-

len, de Jeugd Olympische Spelen, de Wereldspelen en de daarmee samenhangende voorbereidende stages. Onze rol situeert zich voornamelijk op het vlak van de begeleiding van deze stages en competities.

Zitten jullie daarmee niet in het vaarwater van de vertrouwde medische entourage van de atleet?

M. V. - Uiteraard kunnen niet alle sportdokters meegaan op stages en wedstrijden. Vandaar dat een optimale verstandhouding met hen van cruciaal belang is. Omdat we de sporters niet zelf begeleiden,

maken we tijd vrij voor een kennismaking met de groep van een 100-tal atleten voor ze de stages of competities aanvatten. Tijdens een screening die ongeveer een half uur in beslag neemt, gaan we na of er geen contra-indicaties zijn op het vlak van medicatiegebruik en vooral of er geen producten worden genomen die op de dopinglijst staan.

Zijn recreatieve sporters veel blessuregevoeliger dan de Olympische atleten die straks aantreden in Londen?

M. V. - Ik ken de statistieken niet vanbuiten, maar ik kan u met ze-

kerheid zeggen dat de topsporters zeer goed zijn voorbereid, in tegenstelling tot het merendeel van de recreatieve sporters. Bovendien volgen uiterst competente trainers hen op. Amateursporters kampen vooral met letsels door overbelasting, te veel training tijdens een te korte periode, ... Het is een terugkerend fenomeen in de aanloop naar de 20 km van Brussel of zelfs een marathon. De Olympische sporten judo en hockey kampen met het hoogste aantal blessures.

Zijn er bepaalde criteria voor de (para)medische begeleidingen tijdens trainingen, trainingskampen en wedstrijden?

M. V. - We proberen altijd 1 dokter en minstens 1 kinesitherapeut mee te sturen. U moet weten dat we in het buitenland niet zomaar medische handelingen mogen uitvoeren. Voor de Olympische Zomerspelen van Londen hebben we een aanvraagprocedure moeten doorlopen op het vlak van de plaatselijke medische administratie. De medische interventie mag zich enkel beperken tot de atleten.

'Sport zonder doping' in hét adagio van Dr. Jacques Rogge, voorzitter van het Internationaal Olympisch Comité (IOC). In

België zijn 4 agentschappen per regio actief die het zogenaamde 'ADAMS' proberen te implementeren. Wat houdt dit in?

M. V. - Adams is een softwarepakket dat atleten voornamelijk moet toelaten om hun (localisatie-) gegevens inzake training in te geven. In het kader van de strijd tegen doping krijgen ze niet-aangekondigde controles en dienen de atleten hun zogenaamde 'whereabouts' in te vullen. Deze gegevens worden dan overgemaakt aan het Internationaal Olympisch Comité (IOC). Problematisch is dat de Nederlandstalige atleten de verplichting hebben om hun whereabouts in te vullen, terwijl dit voor de Franstaligen (nog) niet zo is. Deze verplichting geldt echter wel voor alle geselecteerde Belgische atleten voor de Olympische Spelen in Londen.

De Belgische delegatie in Londen zal de grootste zijn sinds lange tijd. Hoeveel artsen en paramedici nemen de medische begeleiding op zich en welke infrastructuur zal er in het Olympische dorp ter beschikking zijn?

M. V. - In vergelijking met Peking zullen we inderdaad met meer atleten aanwezig zijn. De unieke

aanwezigheid van een mannelijke en een vrouwelijke hockeyploeg is daar uiteraard niet vreemd aan. We zullen met een 3 à 4-tal dokters aanwezig zijn, afhankelijk van het aantal toegekende accreditaties. Naar schatting een tiental kinesitherapeuten vervolledigen het Belgische begeleidingsteam. Het niveau van de medische infrastructuur zal, net als in Atlanta, Sydney of Peking, ook top zijn. Het Londense Olympische dorp is uitgerust met een quasi volledige polykliniek met scanners, oftalmologische diensten, tandartspraktijk etc. Atleten kunnen 24/24u een beroep doen op de meest gesofisticeerde medische infrastructuur.

Ten slotte: wenst u nog iets mee te geven aan de lezers van Health Forum?

M. V. - Londen is mijn 8ste deelname en ik kan u verzekeren: het is telkens een schitterend evenement, ook al bevind ik me hoofdzakelijk achter de coulissen. Geniet met volle teugen van deze titanenstrijd! Niet enkel op tv, maar eveneens via de huidige moderne communicatiemiddelen zoals mobile devices en streaming via pc.



Interview door Piet Van Eenoooghe
piet.vaneenoooghe@mloz.be



De Onafhankelijke Ziektefondsen zijn partners van het BOIC
www.olympic.be



The road to London...

Applaudissee mee voor uw favoriete atleet!

Op de website van het Belgisch Olympisch en Interfederaal Comité (BOIC) loopt momenteel een sympathieke actie om onze Belgische sporthelden een duwtje in de rug te geven!

Hoe supportert u mee? Surf naar <http://www.roadtolondon.be/nl/applaus>, neem plaats achter uw pc met webcam, volg een oefensessie bij de inspirerende applausmeester en applaudissee voor uw lievelingsatleet of -ploeg. Elke maand kunt u een duoticket voor de Olympische Spelen in Londen winnen. Deel uw enthousiasme via Facebook en Twitter. Heel wat bekende Belgen deden het u trouwens al voor. Uit de mouwen die handen!

Psychoses uitgespit

Een psychose zet het leven compleet op z'n kop. Niet alleen voor de psychotische persoon zelf, maar ook voor diens naaste omgeving. Daarbovenop bestaan er nog heel veel misverstanden over deze aandoening. Daarom schetst psychiatrisch verpleegkundige Bea De Rouck in dit boek een helder en genuanceerd beeld over psychoses. Van de eerste signalen van de aandoening over de mogelijke behandelingen tot de emotionele gevolgen voor de patiënt én diens familie en vrienden: 'Psychose beter begrijpen' is een haarfijne dissectie van een geestelijke ziekte die een grotere plaats in de schijnwerpers verdient.



Psychose beter begrijpen, Bea De Rouck, Davidsfonds Uitgeverij, 2012, 180 blz., ISBN 978-90-582-6851-8

Geneeskunde door de eeuwen heen

De job van geneeskundige wordt misschien niet de oudste ter wereld genoemd, maar de evolutie van het medische denken door de eeuwen heen is zonder meer fascinerend. Daarom katapulteert dit boek u zowel naar het verre als iets minder verre verleden om zo de geschiedenis van de geneeskunde bloot te leggen. Wist u bijvoorbeeld dat een schedelboring in de prehistorie een veelgebruikte behandeling was tegen hoofdpijn? Of dat in de Chinese dynastieën enkel de pols werd gemeten om een diagnose te stellen? 'Over geneeskundigen en geneeskunst' bulkt van dit soort boeiende weetjes en biedt daardoor een verhelderend historisch beeld van de geneeskunde!



Over geneeskundigen en geneeskunst', Paul Broos, Davidsfonds Uitgeverij, 2012, 336 blz., ISBN 978-90-630-6837-2

Urgentieschema's in zakformaat

Een uitgekiend werkschema is onontbeerlijk voor elke huisarts. Gezien de overvolle agenda is echter niet altijd even vanzelfsprekend om alles van een leien dakje te laten verlopen. Dit zakboekje zal voor vele huisartsen dan ook als geroepen komen. Het is namelijk een handig hulpmiddel om de werkschema's te verfijnen, te vergelijken en verder aan te vullen. Bovendien hebt u dankzij dit boekje in een handomdraai iets opgezocht of gecontroleerd. De 5 vorige edities van het zakboekje bleken alvast een schot in de roos en deze nieuwe uitgave is wetenschappelijk nog sterker onderbouwd!



Urgentieschema's voor huisartsen, Frank Buntinx, e.a., Acco, 2012, 160 blz., ISBN 978-90-334-8483-4

Het elektrocardiogram onder de loep

Bij het opsporen van eventuele hartaandoeningen zijn elektrocardiogrammen (ECG's) schering en inslag. In die mate zelfs dat het idee kan ontstaan dat de beoordeling van ECG's in een handomdraai kan worden aangeleerd. Dit ballonnetje wil Dale Dubin met dit boek genadeloos doorprikken. Om een verantwoorde diagnose te stellen, is het namelijk noodzakelijk om te weten hoe een ECG ontstaat. Daarom beschrijft Dale op heldere en systematische wijze een aantal grondbeginselen van de elektrocardiografie. Op die manier legt hij het fundament voor een correcte, vereenvoudigde interpretatie van ECG's.



Snelle interpretatie van ECG's, Dale Dubin, Acco, 2012, ISBN 978-90-352-3219-8



Health Forum*, het magazine voor zorgprofessionals

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

Abonneer u gratis of abonneer uw collega's!

Mail naar health-forum@mloz.be

www.mloz.be

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

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

Jij ook?

Onafhankelijke 
Ziekenfondsen

www.mloz.be

De Onafhankelijke Ziekenfondsen groeperen:

