

Health Forum

Maart 2010 · Nr. 1

Het magazine van de Landsbond van de Onafhankelijke Ziekenfondsen



Objectief gezondheid

Patiëntenvoorlichting
een middel om de zorgkwaliteit
te garanderen?

Studie

Mond- en tandverzorging
Meer dan 1 persoon op 2 is
blootgesteld aan cariës

Dossier

Accreditering van de ziekenhuizen:

**waarom hinkt België
achterop?**



Hospitalisatie en uw gezin... Denk eraan, want het kan verkeren.

U bent vooruitziend, hebt alles geregeld, de nodige verzekeringen genomen. En dan moet u naar het ziekenhuis. Ieder jaar is dat voor 15% van de bevolking het geval. En wat blijkt? Uw hospitalisatieverzekering is toch niet zo volledig als u dacht. Een reden om er nu even aan te denken, nog vóór u ze nodig hebt. De Onafhankelijke Ziekenfondsen stellen het Hospitalia-gamma voor: uitstekende hospitalisatieverzekeringen die de meeste niet-terugbetaalde kosten dekken als gevolg van één of meerdere hospitalisaties. Meer dan 600.000 klanten stellen het voordelige tarief ten eerste op prijs.

U kiest de formule die het best bij u past:

- **Hospitalia**, de basisverzekering, biedt al een heel ruime dekking.
- **Hospitalia Plus** biedt u meer comfort en de beste zorg.
- **Hospitalia Ambulant** betaalt verzorging buiten het ziekenhuis terug.
- **Hospitalia Continuïteit** biedt de voordelen van een hospitalisatieverzekering zodra de groepsverzekering van uw werkgever eindigt.

Meer inlichtingen:

www.hospitalia.be

0800 10 122

Hospitalia 
Hospitalisatie zonder financiële zorgen

Hospitalia, de hospitalisatieverzekeringen van de Onafhankelijke Ziekenfondsen.

**Onafhankelijke
Ziekenfondsen**

OZ
Onafhankelijk
Ziekenfonds

euromut
onafhankelijk ziekenfonds
u liet leven, wij de zorgen

securex
human capital matters

PARTENA
onafhankelijk ziekenfonds

omnimut
mutualité libre de wallonie

**Freie
Krankenkasse**

PARTENA MUT

Health Forum

Een uitnodiging tot debat



Pascal Mertens
Directeur-generaal

van de Landsbond van de Onafhankelijke Ziekenfondsen

Beste lezers,

Dankzij de Onafhankelijke Ziekenfondsen waait er al een tijdje een frisse wind door de ziekteverzekering en de gezondheidszorg. Zij komen immers met innoverende voorstellen, diensten en producten.

Het is dan ook met grote trots dat we vandaag een nieuw initiatief lanceren: een driemaandelijks magazine met als titel 'Health Forum'.

Dit nieuwe magazine vervangt Fax Medica met een dubbel doel: zowel het lezerspubliek als de waaier aan onderwerpen uitbreiden.

Om deze reden wordt Health Forum gratis verstuurd naar de organisaties van hulpverleners, de andere verzekeringsinstellingen, de politieke wereld, de patiëntenorganisaties, de academische kringen en diverse instellingen, die al dan niet van nabij te maken hebben met de gezondheidssector.

Elk nummer zal een bepaald dossier behandelen (de accreditering van de ziekenhuizen en de kwaliteitsindicatoren in dit eerste nummer) en zal tevens terugkerende rubrieken bevatten zoals: 'Innovatie', 'Internationaal' of 'Objectief gezondheid'.

Om het lezen aangenamer te maken, hebben we respectievelijk ruimte voorzien voor de 'Zorgverstrekkers' en voor de 'Partners'.

Aarzel niet om ons uw suggesties en opmerkingen mede te delen.

Ik wens u nog veel leesgenot ... én afspraak in juni voor het tweede nummer, met als hoofdthema het Belgisch voorzitterschap van de Europese Unie.

De inhoud van deze publicatie zal zo ruim en gevarieerd mogelijk zijn, want we willen iedereen uitnodigen op een debat over de toekomst én over de noodzakelijke evolutie van de ziekteverzekering.

Hoofredactrice

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

Eindredactrice

Stéphanie Brisson · stephanie.brisson@mloz.be · T 02 778 95 11

Redactie comité

Ann Ceuppens · Regina De Paepe · Dominique Dieng · Christian Horemans · Claire Huyghebaert · Pascale Janssens · Chris Monten · Chantal Neiryck · Piet Van Eenoooghe · Jan Van Emelen · Christiaan Van Hul · Sandrine Vandermaesbrugge · Emilie Vanderstichelen · Kim Verbruggen · Anne Viroux · Veerle Verspille · Karen Willems

Layout

Leen Verstraete · leen.verstraete@mloz.be

Vertaling

Annamie Mathues · Emilie Van Isterdael · Barbara Van Ransbeeck

Verantwoordelijke uitgever

Pascal Mertens · pascal.mertens@mloz.be



Bent u geïnteresseerd in Health Forum?

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

Inhoud

Nr.1 maart 2010

3 Edito

5 Wist u?

Berichten uit de gezondheidszorg

6 Dossier

Accreditering van de ziekenhuizen: waarom hinkt België achterop?

14 Forum zorgverstrekkers

18 Studie

Meer dan 1 persoon op 2 is blootgesteld aan cariës

21 Objectief gezondheid

Baanbrekend experiment voor het herstel na kanker

Patiëntenvoorlichting ... een middel om de zorgkwaliteit te garanderen?

25 Innovatie

Knuffelrobot of patiëntensimulator?

27 Actua Onafhankelijke Ziekenfondsen

28 Europa

De nieuwe Europese verordening en inzake sociale zekerheid

30 Internationaal

Bezoek aan de ziekenfondsen in het land van de voodoo

32 Events & partners

In de kijker:
Special Olympics Belgium

34 Kiosk

www.mloz.be

Dossier

Accreditering van de ziekenhuizen: waarom hinkt België achterop?

Terwijl de meeste Europese buurlanden op hun ziekenhuizen een accrediteringsprogramma toepassen, dat gebaseerd is op kwaliteitsindicatoren vraagt België zich nog steeds af of een dergelijk systeem wel ingevoerd kan worden in de Belgische ziekenhuizen. Een onderzoek en een interview met Laurette Onkelinx.



6

Studie

Meer dan 1 persoon op 2 is blootgesteld aan cariës

De Onafhankelijke Ziekenfondsen hebben in samenwerking met de Universiteit van Gent een studie gemaakt naar de gepaste strategie om mondaandoeningen te voorkomen, en dit toegespitst op het risicoprofiel van de patiënt. In dit artikel leest u de opvallendste resultaten.



18

Objectief gezondheid

Patiëntenvoorlichting ... een middel om de zorgkwaliteit te garanderen?

Uit bepaalde studies blijkt dat patiëntenvoorlichting een middel is om de duur van ziekenhuisverblijven in te korten en om de doeltreffendheid van de zorg te verbeteren. Maar wat omvat dit begrip en hoe wordt het toegepast?



22

Wie zijn wij?

De Landsbond van de Onafhankelijke Ziekenfondsen verenigt zeven ziekenfondsen: OZ Onafhankelijk Ziekenfonds, Euromut Onafhankelijk Ziekenfonds, Onafhankelijk Ziekenfonds Securex, Partena Onafhankelijk Ziekenfonds, Omnimut Mutualité Libre de Wallonie, Freie Krankenkasse en Partenamut.

De Onafhankelijke Ziekenfondsen zijn, met bijna 2 000 000 leden, de op 2 na grootste verzekeringsinstelling in het land.



83%

van de Europese patiënten denkt dat een generisch geneesmiddel even doeltreffend is als het originele. Dat blijkt uit een onderzoek van Insites Consulting.
www.insites.eu

Eén centraal nummer voor wachtdienst tandarts



Patiënten kunnen, voor dringende gevallen, in Vlaanderen terecht op één oproepnummer van de 'wachtdienst Algemeen Tandarts'. Door de invoering van zo'n centraal nummer wil het Verbond van Vlaamse Tandartsen de toegankelijkheid voor deze dienstverlening aan de bevolking sterk verbeteren.

Via het centrale nummer **0903 399 69**

wordt de patiënt doorverbonden met de dichtstbijzijnde tandarts van wacht. Deze wachtdienst is in heel Vlaanderen bereikbaar tijdens het weekend en op wettelijke feestdagen tussen 9 en 18 uur. Tijdens een wachtdienst zijn de interventies niet gratis. Alle tandartsen hanteren gedurende de georganiseerde wachtdienst de geldende conventietarieven, voor zover de behandelingen opgenomen zijn in de nomenclatuur.

www.vvt.be

Opleiding 'Coachen in de zorg'

Behoort het begeleiden van medewerkers en / of patiënten tot uw kernopdrachten? Wilt u zich hierin verdiepen of herbronnen? De opleiding 'coachen in de zorg' van NVKVV kan u hierbij helpen.



Tijdens deze tweedaagse, die doorgaat op **7 en 28 mei 2010**, verwerven deelnemers theoretische inzichten en praktische tools om zich het coachen eigen te maken. Er wordt zeer praktijkgericht gewerkt, vertrekkend vanuit eigen leerdoelstellingen, praktijksituaties en context van de deelnemers. Aan de hand van huiswerkopdrachten en casussen focust de opleiding op de eigen stijl en de ontwikkeling van vaardigheden.

www.nvkvv.be

Een checklist om de veiligheid in het operatiekwartier te garanderen

De WGO heeft het programma 'Safe Surgery Saves Lives' ingevoerd om het aantal doden in chirurgische diensten wereldwijd te verminderen. Overlijdens die, volgens de WGO, vermeden hadden kunnen worden, mits de toepassing van efficiënte veiligheidsprocedures en een betere communicatie tussen de ziekenhuisploegen.

De bedoeling van dit programma is om de klinische en politieke wil te mobiliseren om essentiële veiligheidsproblemen op te lossen, zoals inadequate praktijken tijdens de anesthesie, ziekenhuisinfecties en een slechte communicatie tussen de leden van het chirurgisch team. De checklist bestaat uit een geheel van veiligheidscontroles die uitgevoerd kunnen worden in de loop van elke operatie. Deze checklist is niet reglementair, het is een hulpmiddel voor chirurgische teams die de veiligheid van de ingrepen willen verhogen. Sinds januari 2010, is het gebruik van zo'n checklist in Frankrijk verplicht voor de certificatie van de ziekenhuizen. De checklist is beschikbaar op de website van de WGO.

www.who.int/patientsafety/safesurgery

27%

De kindersterfte daalde in de wereld, in minder dan vijf jaar, met 27% sinds het jaar 2000.

Alles weten over micro-organismen

e-Bug is een Europese website voor leerlingen en leraren, die hen wil informeren over micro-organismen, hygiëne, het gebruik van antibiotica en vaccinaties. Dit alles gebeurt via pedagogische hulpmiddelen, online-spelletjes en ludieke bronnen voor de leraren. Deze bronnen worden gebruikt in 18 Europese landen en door verschillende partners binnen de sector 'Opvoeding' en 'Volksgezondheid'.



e-Bug werd ontwikkeld door de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu en de Belgische Commissie voor de Coördinatie van het Antibioticabeleid, in samenwerking met de Universiteit van Antwerpen. Het project krijgt eveneens de steun van de Franstalige en Duitstalige Gemeenschap en Unicef België.

www.e-bug.eu

Accreditering van de ziekenhuizen

Waarom hinkt België achterop?

Terwijl de meeste Europese buurlanden op hun ziekenhuizen een accrediteringsprogramma toepassen, dat gebaseerd is op kwaliteitsindicatoren, vraagt België zich nog steeds af of een dergelijk systeem wel ingevoerd kan worden in de Belgische ziekenhuizen. In het veld is de overgrote meerderheid van de betrokken partijen in België – zorgverleners, ziekenhuisbeheerders, ziekenfondsen – nochtans voorstander van een accreditering, temeer daar dit een kostbaar hulpmiddel kan zijn om de zorgkwaliteit in onze ziekenhuizen te verbeteren. Waarom trappelen we dan nog altijd ter plaatse in België? Een onderzoek.

Van alle Europeanen, zijn de Belgen het meest tevreden over hun ziekenhuizen! 80% van de Franstaligen en 70% van de Nederlandstaligen is in zijn nopjes met de kwaliteit van de verzorging, toegediend in ziekenhuizen, zoals in 2009 bleek uit een studie van de Vlaamse regering. Die tevredenheid slaat op aspecten zoals de 'kwaliteit', de 'toegankelijkheid' en de 'beschikbaarheid' van de verzorging.

Het rapport is dus uitstekend, maar wil dat nu echt zeggen dat ons gezondheidssysteem een pareltje is? Ja en neen: het is weliswaar juist dat de toegankelijkheid

en de beschikbaarheid van de zorg sterke punten zijn van het Belgische gezondheidssysteem, die overal erkend worden (dit wordt bevestigd door meerdere internationale vergelijkingen), maar er is toch een pijnpunt: België is niet in staat om de kwaliteit van zijn verzorging ook te 'bewijzen'. Waarom? Omdat het op het nationale niveau ontbreekt aan een

systematische, objectieve en gestandaardiseerde meting van die kwaliteit. En omdat, ondanks een aantal kwaliteitsinitiatieven die de

laatste jaren getroffen werden in talloze ziekenhuizen, er in België nog geen sprake is van een globaal kwaliteitsbeleid of zelfs maar van een door iedereen aanvaarde omschrijving van het begrip 'zorgkwaliteit'.

“ De accreditering is een geheel van initiatieven die gericht zijn op de externe evaluatie van een ziekenhuis tegen vooraf gedefinieerde, expliciete en gepubliceerde standaarden met het oog op het bevorderen van continue verbetering van de kwaliteit van de gezondheidszorg. KCE ”

Wat doen onze burens?

In 2008, heeft het Federale Kenniscentrum (KCE) een vergelijking gemaakt van de accrediteringssystemen die toegepast worden in de 27 lidstaten van de Europese Unie. Het heeft tevens aan de Belgische actoren gevraagd om zich uit te spreken over de opportuniteit om ook bij ons een dergelijk systeem in te voeren (federaties van ziekenhuizen, regering, ziekenfondsen, RIZIV, enz.). De studie is bijzonder leerrijk en we hebben er dan ook enkele interessante lessen uit getrokken:

- 14 Europese landen beschikken over een of meer accrediteringssystemen, 4 werken aan de invoering ervan of zijn dat nog aan het bespreken, 8 (waaronder België) beschikken niet over een systeem.
- Het merendeel van de programma's wordt op het nationale niveau georganiseerd (gewestelijke systemen vormen de uitzondering).

- De systemen voor vrijwillige accreditering (van het ziekenhuis) zijn iets talrijker dan de verplichte systemen.
- De meerderheid van de accrediteringsprogramma's beoordeelt vooral de organisatorische aspecten. Men maakt zelden gebruik van klinische indicatoren voor de performantie.
- In het merendeel van de landen worden de ziekenhuizen niet alleen extern beoordeeld, maar beoordelen zij zich ook zelf intern. 'Verrassingsinspecties' zijn zeldzaam.
- De doeltreffendheid van de accreditering valt moeilijk aan te tonen, omdat het merendeel van de programma's geen gegevens verzamelt, die gekoppeld zijn aan de resultaten van hun acties.

Passen een programma toe voor de accreditering van de ziekenhuizen		Geen accrediteringsprogramma	Bezig met besprekingen of systemen in de maak
Bulgarije	Luxemburg	Oostenrijk	Denemarken
Tsjechische Republiek	Nederland	België	Litouwen
Finland	Polen	Cyprus	Hongarije
Frankrijk	Portugal	Estland	Slowakije
Duitsland	Schotland	Griekenland	
Ierland	Spanje	Malta	
Italië	Engeland	Slovenië	
Letland		Zweden	

Vergelijkende studie van de ziekenhuisaccrediteringsprogramma's in Europa. KCE Reports 70 A, 2008. Te bekijken op www.kce.fgov.be

Yves Smeets, directeur-generaal van Santhea



Het is de institutionele complexiteit die het debat in de weg staat

Ontstaan in 2008 uit de fusie tussen de Association francophone des Institutions de Santé (AFIS) en de Chambre francophone des Institutions de Santé, (AEPS) is Santhea vandaag de grootste Franstalige ziekenhuisfederatie, die zowat de helft van de ziekenhuizen van Wallonië en Brussel vertegenwoordigt.

Waarom blijft het debat rond accreditatie ter plaatse trappelen?

Yves Smeets: Eerst en vooral omwille van de institutionele complexiteit van ons land en dus de afwezigheid van een eenduidig antwoord op de vraag: welk machtsniveau (regionaal of federaal) is bevoegd om de accreditatie te regelen? En ten tweede om budgettaire redenen.

Vindt u deze situatie te betreuren?

Y.S.: België is een van de weinige landen van de OESO die de externe evaluatie van haar zorgkwaliteit niet toepast. Dit zou schade kunnen berokkenen aan ons imago in het buitenland, zoals men al kan vaststellen in barometers, zoals de Euro Health Consumer Index, waarin we niet goed geklasseerd staan, in het bijzonder omdat we geen kwaliteitsindicatoren hebben. Maar op strikt Belgisch niveau, lijken de actoren niet speciaal verveeld met de afwezigheid van accreditatie.

Denkt u dat het dossier gedeblokkeerd zal worden?

Y.S.: Voor ons en voor veel actoren, kan de accreditatie enkel op federaal niveau georganiseerd worden. Binnen de huidige context, denk ik dat het dossier niet snel gedeblokkeerd zal raken, de Vlaamse gemeenschap is niet echt bereid om de federale competenties op vlak van gezondheid te versterken.

Is Santhea voorstander van de accreditatie?

Y.S.: Het is altijd interessant om voordeel te halen uit een externe blik en zich met andere ziekenhuizen te kunnen vergelijken op basis van de gedefinieerde richtlijnen. We zijn dus voorstander van de accreditatie, zoals ze bijvoorbeeld in Frankrijk toegepast wordt. Maar de bedoeling van de accreditatie moet in essentie 'communicatief' zijn, met andere woorden, het voor het personeel en de ziekenhuisdiensten mogelijk maken om zich te verbeteren, zonder het vooruitzicht op sancties. Verplicht voor het ziekenhuis, zou accreditatie een nuttige aanvulling kunnen zijn op de huidige ageratie.

Kwaliteit: botsende logica

Bovenop dit semantisch probleem, komt er nog een andere moeilijkheid: hoe slagen we erin om iedereen op dezelfde golflengte te brengen, wat de inhoud van die term betreft. Er gaapt immers een kloof tussen de kwaliteit die verwacht - en vooral ervaren - wordt door de patiënt én de kwaliteit die geëist wordt door de verzorgingsinstelling. Het hele debat is vaak een kwestie van spitsvondigheden en subjectieve indrukken!

De logica die gevolgd wordt door de patiënten, beantwoordt immers niet noodzakelijk aan de redenering die gevolgd wordt door zorgverleners en ziekenhuisbeheerders. Zo zal de patiënt vaak verwijzen naar de kwaliteit van het onthaal, de informatie, de vriendelijkheid van het verzorgende personeel, het goede niveau van de verzorging, de kwaliteit van de voeding of de infrastructuur van het ziekenhuis, terwijl de zorgverleners de kwaliteit zullen beoordelen aan de hand van andere parameters: arbeidsvoorwaarden, veiligheid, opleiding, erkenning, enz. Ziekenhuisbeheerders zullen hun oordeel dan weer baseren op de geleverde prestaties, de financiële resultaten, het imago bij het publiek, enz.

Een goede meting van de zorgkwaliteit in de Belgische ziekenhuizen zou dus idealiter zowel rekening moeten houden met de beoordeling van objectieve indicatoren (aantal ziekenhuisinfecties, duur van het ziekenhuisverblijf, ...) als met het subjectieve oordeel van de patiënten.

Voor welke criteria kiest men?

Het lijkt allemaal vrij eenvoudig te zijn en toch is de opbouw van een systeem van kwaliteitsindicatoren in België een werk van lange adem. Niemand lijkt immers bereid te zijn om afspraken te maken over wat men juist kan en wil meten. Wij beperken ons tot een voorbeeld: de hoogst interessante, perfect meetbare, maar ook zeer

omstreden parameter van het 'volume van de activiteit'. Concreet is het zo dat een ziekenhuis dat vaak dezelfde ingreep uitvoert, betere gezondheidsresultaten boekt dan een ziekenhuis dat bepaalde ingrepen minder vaak uitvoert (in termen van sterftecijfer, van verwikkelingen na de operatie, nieuwe opnames, ...)?

Tot nu toe, werd die correlatie door heel weinig studies bestudeerd. Aan die leemte werd verholpen door het KCE (Federaal Kenniscentrum) in 2009: het maakte een studie van de post-operatieve ge-

gevens voor een twaalfstal heelkundige ingrepen. Resultaat: het verband volume-kwaliteit lijkt enkel vast te staan voor een aantal operaties (borstkanker, pancreaskanker).

Welnu, de actoren die gekant zijn tegen deze theorie, met aan het hoofd de ziekenhuisbeheerders, verdenken de overheid ervan dergelijke indicatoren te gebruiken om een concentratie van het ziekenhuisaanbod te rechtvaardigen. Het IRDES (Institut de recherche et documentation en économie de la santé) citeert aldus het geval

van een rapport dat opgemaakt werd op vraag van het Franse gezondheidsministerie. Deze gaf zomaar de aanbeveling om 113 heelkundige diensten in het land te sluiten, met als argument dat ze te weinig activiteit vertoonden! In België wordt de zeer grote beschikbaarheid van de zorg overigens nog altijd internationaal geloofd, zodat dit concentratiescenario voorlopig louter fictie is...

...

Dr. Johan Pauwels, stafmedewerker bij Zorgnet Vlaanderen

“Wij zijn er klaar voor”

Het invloedrijke Zorgnet Vlaanderen (500 instellingen) pleit voor de snelle invoering van een accrediteringssysteem, zoals bijvoorbeeld NIAZ* hanteert in Nederland. Uitleg van Dr. Johan Pauwels, die dit persdossier opvolgt.

Waarom is Zorgnet Vlaanderen voorstander van een accreditering?

Dr. Johan Pauwels: Wij zijn er van overtuigd dat de Vlaamse ziekenhuizen bij de beste van Europa horen, maar wij kunnen dat op dit ogenblik niet bewijzen. Daarom willen wij de focus leggen op deze kwaliteit door middel van een accrediteringssysteem, dat de objectieve meting van kwaliteit toelaat. Wij vinden bovendien dat de Europese patiëntenmobiliteit dergelijke vergelijkbare normen eist. Zo kunnen de grote inspanningen, die de Vlaamse zorginstellingen in de afgelopen jaren gerealiseerd hebben om hun processen en resultaten te verbeteren, in de schijnwerpers gezet worden.

Nochtans stelt het KCE dat de doeltreffendheid van zo'n accreditering op de zorgkwaliteit niet onomstotelijk bewezen is.

J.P.: Het KCE stelt dat er slechts beperkte bewijzen zijn, maar men beweest wel dat accreditering een positieve dynamiek ten aanzien van de kwaliteit genereert. Een Canadese studie, uitgevoerd in spoedgevalendiensten, heeft aangetoond dat geaccrediteerde centra de beste resultaten scoren zowel op het vlak van de hospitalisatieduur als het mortaliteitscijfer. Maar het is juist dat er weinig internationale studies bestaan naar de resultaten van accreditering en dat is spijtig.

Zijn wij er klaar voor?

J.P.: Wanneer de bevoegde autoriteiten het systeem willen invoeren, kan dit heel snel. Zorgnet Vlaanderen is voorstander van een accrediteringssysteem op vrijwillige basis, uitgevoerd door een externe organisatie, en dat zo weinig mogelijk extra personeelsinspanningen van het ziekenhuis vraagt. Het zorgpersoneel is broodnodig voor de zorg zelf. De databanken bestaan, de procedures zijn beschikbaar, men moet ze enkel op wetenschappelijke wijze analyseren. En financieel moet dit ook haalbaar zijn. Het duurste accrediteringssysteem in Europa vindt men in Groot-Brittannië en kost 60 miljoen euro per jaar. Dit is nog geen derde van wat er elk jaar uitgegeven wordt aan de accreditering van geneesheren (200 miljoen euro).

Bent u een voorstander van het publiceren van deze accrediteringsresultaten, zoals ieder jaar in de Franse tijdschriften gebeurt?

J.P.: Een ranglijst publiceren in de kranten, zoals de Franse pers doet, is geen goede manier van communiceren over de kwaliteit van de ziekenhuizen, omdat dit neigt naar het sensationele. Door een ongenueanceerde lijst met rangordes te publiceren, riskeert men dat zorgverleners en ziekenhuizen patiënten met een hoog risicoprofiel niet langer meer willen behandelen uit schrik een plaatsje te zakken.

Ik geloof dat de patiënt vooral belang hecht aan goede, genuanceerde en gedetailleerde informatie over wat elke zorginstelling aan inspanningen levert en welke resultaten zij boekt.

* NIAZ, Nederlands Instituut voor Accreditatie in de Zorg.



De accreditering, ijkmaat voor de meting van de kwaliteit?

Hoe maken we afspraken over de te evalueren parameters? 'Het zou dom zijn om het wiel opnieuw te willen uitvinden. We kunnen ons beter laten leiden door wat onze burens gedaan hebben!' aldus François Daue, lid van de studiegroep Itinera Institute.

Tal van Westerse landen stellen zich immers geen existentiële vragen meer over het begrip kwaliteit en hebben gekozen voor een accreditering van de ziekenhuizen, met het oog op de gestandaardiseerde meting van de kwaliteit van de geleverde diensten. Het merendeel van deze programma's meet vooral de organisatorische aspecten van het ziekenhuis, maar sommige programma's houden in het evaluatieproces ook rekening met klinische indicatoren van de prestaties, die kunnen verschillen van land tot land.

De Belgische overheid, bewust van haar achterstand, heeft belangstelling voor die buitenlandse ervaringen. In 2006 stelde het Centrum voor Ziekenhuiswetenschappen van de KU Leuven aan het Federaal Kenniscentrum (KCE) voor om een inventaris te maken van de geldende accrediteringsystemen in de Europese Unie én deze te vergelijken.

Deze zeer interessante studie had

als hoofddoel om na te gaan of het mogelijk is om een dergelijk accrediteringssysteem in te voeren in België (lees de voornaamste conclusies van de studie in de kader tekst 'Hoe doen onze burens het?'). Tegen alle verwachtingen in, bleek een van de meest verbazende vaststellingen van de studie te zijn dat 'ondanks de tijd en het geld, dat aan de ziekenhuisaccrediteringsprogramma's is besteed, onderzoeksresultaten geen bewijs geleverd hebben van de effectiviteit van de ziekenhuisaccreditering'.

Gedaan met de wildgroei aan initiatieven

Heeft het dan geen zin om te accrediteren? Die conclusie is voorbarig 'hoewel voorlopig nog niet bewezen is dat de ziekenhuisaccreditering de patiëntenuitkomsten verbetert (...) de ervaring van het laatste decennium ons leert dat ziekenhuisaccreditering een waardevol instrument is voor dynamiek van kwaliteitsverbetering in de ziekenhuizen'. De onderzoekers deden tevens opmerken dat het Belgische financieringsmechanisme kwaliteitsinitiatieven niet belooft (geen incentives). Zij besloten hun werkzaamheden met de aanbeveling aan de politieke wereld om een einde te maken aan de wildgroei aan initiatieven. Wij moeten onze krachten bundelen om te komen tot de opbouw van een systeem van

kwaliteitsindicatoren.

Onze krachten bundelen en de wildgroei aan initiatieven tegengaan? Onderzoekers leggen daar wel degelijk de vinger op de wonde in België! Het krioelt in de sector immers van de actoren, die menen dat ons land treuzelt met de invoering van een systeem voor de accreditering van de ziekenhuizen, gebaseerd op kwaliteitscriteria, omdat de verschillende Belgische bevoegdheidsniveaus elkaar het gras voor de voeten proberen weg te maaien. Ze vinden immers allemaal dat het aan hen is om de kwaliteitsindicatoren te bepalen en om een beleid uit te stippelen. Het is opnieuw de ingewikkeldheid van de Belgische instellingen die stokken in de wielen steekt!

Uiteenlopende standpunten

Vlaanderen schiet goed op met de reflectie over de kwaliteit: men beschikt er sinds enkele jaren over een decreet betreffende het kwaliteitsbeheer in de ziekenhuizen. Dit decreet verplicht de verzorgingsinstellingen om een transparant kwaliteitsbeleid tot stand te brengen, waarbij alle personeelsleden betrokken zijn. Dit beleid is gebaseerd op indicatoren over de performantie, bepaald door de Vlaamse overheid. De ziekenhuizen zijn verantwoordelijk voor hun beleid: ze moeten bewijzen dat ze hun kwaliteitsprocessen beheersen en dat ze deze voortdurend verbeteren (door middel van een systeem van 'zelfevaluatie'). Zij dienen ook een coördinator aan te wijzen die verantwoordelijk is voor de concretisering van het kwaliteitsbeleid. In de ziekenhuizen worden externe audits (visitation commissions) georganiseerd. Er worden sancties getroffen als de ziekenhuizen zich niet houden aan hun verplichtingen qua kwaliteit. Die sancties kunnen zelfs leiden tot een schorsing van de erkenning. In het Franstalige landsdeel, zijn de laatste jaren weliswaar stappen gezet om de kwaliteit te



In 2007 is er een budget vrijgemaakt voor de kwaliteitscoördinatie in de ziekenhuizen

verbeteren maar het ontbreekt er momenteel nog aan een gecoördineerde aanpak van de kwaliteit. Men heeft er ook nog geen gemeenschappelijke doelstelling bepaald.

Contract over de kwaliteit en de veiligheid

Is België dan gedoemd om een buitenbeentje te blijven in het Europese landschap, qua meting van de kwaliteit? Neen, want de Belgische overheid heeft recent enkele initiatieven ontplooid die in de goede richting gaan, ofschoon het ons nog ontbreekt aan een gestandaardiseerd evaluatiesysteem van het type accreditering. Zo werd in 2007, 6,8 miljoen euro vrijgemaakt voor de financiering van de coördinatie van de kwaliteit in de ziekenhuizen. De ziekenhuizen werden uitgenodigd om vrijwillig een contract te sluiten over

de coördinatie van de kwaliteit en de veiligheid van de patiënt. In ruil voor hun verbintenis om die 2 aspecten te verbeteren, krijgen ze een financiële beloning toegekend. Die aanpak blijkt een voltreffer te zijn, want 91% van de ziekenhuizen (= 98% van de bedden) heeft het contract al ondertekend. Een ander interessant kwaliteitsinitiatief: in 2006, heeft de FOD Volksgezondheid, aan alle acute ziekenhuizen van België een individueel overzicht bezorgd van hun organisatorische en klinische resultaten. Dankzij die kostbare gegevens, kunnen de Belgische ziekenhuizen hun prestaties nu vergelijken met andere zorginstellingen op basis van een dertigtal criteria. De regering hoopt aldus dat de ziekenhuizen aangespoord zullen worden om acties te ondernemen, ter verbetering van de kwaliteit en de veiligheid. Dat is volgens hen een kwestie van gezonde wedijver.



De meerderheid van actoren op het terrein zijn voorstander van een systeem van zorgaccreditatie

Die aanpak houdt natuurlijk geen vervanging in van een extern evaluatiesysteem van het type accreditering, maar het is voor België wel een middel om zijn degelijke algemene zorgniveau te vrijwaren.

Karima Amrous

karima.amrous@mloz.be

Accreditatie: welke rol voor de ziekenfondsen?

De Onafhankelijke Ziekenfondsen verwachten dat de accreditering van ziekenhuizen kan bijdragen tot de verbetering van de kwaliteit van zorg. Maar er moet daarbij een onderscheid gemaakt worden tussen de accreditering van het zorgproces en de accreditering van ondersteunende processen (administratie, financiën, logistiek, personeelsmanagement, ...).

Waarom accrediteren? Een accreditering van ziekenhuizen moet tot doel hebben dat ziekenhuisbeheerders een zo optimaal mogelijke ondersteuning van het zorgproces voorzien. De Onafhankelijke Ziekenfondsen vinden dat, indien de ondersteunende processen geoptimaliseerd worden, ook het zorgproces er beter zal van worden. Met andere woorden: de zorgkwaliteit verbetert automatisch en intrinsiek met een beter functioneren of een beter management van het ziekenhuis.

Hoe organiseren? Het accrediteringsmodel dat de Onafhankelijke Ziekenfondsen voorstellen voor de Belgische ziekenhuizen is het volgende: een onafhankelijk orgaan voor accreditering wordt belast met de evaluatie van de indicatoren, die beantwoorden aan de normen opgelegd door het Ministerie van Volksgezondheid (VG). De overheid financiert de investeringen die noodzakelijk zijn voor de realisatie van de normen. Het respecteren, of realiseren van

deze basisnormering vormt meteen de verplichte basisaccreditering van het ziekenhuis; het is een verplichte stap voor de ziekenhuisinstelling en het is het ziekenhuis dat zelf de procedures en respectering van deze basisaccreditering organiseert. Deze interne kwaliteitsaudit kan worden georganiseerd door het onafhankelijk orgaan voor accreditering, maar dit is geen verplichting. De conclusies en aanbevelingen kunnen de inrichtende macht helpen om de normen en minimumkwaliteitscriteria aan te passen – lees verbeteren.

Vervolgens kan het ziekenhuis ook opteren voor specifieke procedures van tenlasteneming van patiënten, voor de organisatie van pilootprojecten, innoverende zorgmodellen enz... Deze acties voor de kwaliteitsverbetering gebeuren op vrijwillige basis: het ziekenfonds moet het ook zelf of met steun van partners zoals ziekenfondsen/privé verzekeraars financieren. Dit tweede niveau van accreditering noemen we de gevorderde accreditering (niveau 2). In de realisatie van dit tweede accrediteringsniveau kunnen de ziekenfondsen een rol spelen. Bijvoorbeeld door de co-organisatie en/of financiering van opvolgingsprojecten van patiënten die het ziekenhuis verlaten. Of door het organiseren van alternatieven voor een ziekenhuisopname.



Laurette Onkelinx

“Kwaliteit is wel onze zorg”

Volgens Laurette Onkelinx mogen we, uit het ontbreken van de accreditering in België, niet afleiden dat ons land een broertje dood zou hebben aan de verbetering van de zorgkwaliteit. Zij onderstreept wel dat het ondenkbaar is dat de Gewesten en Gemeenschappen verschillend zouden werken, wanneer België dit model ooit zou goedkeuren! Interview.

België is een van de zeldzame Europese landen die nalaten om een accrediteringsprogramma toe te passen op hun ziekenhuizen. Waarom?

Laurette Onkelinx: Het Federaal Kenniscentrum (KCE) vermeldt in zijn rapport 70A (2008) dat 'ondanks de tijd en het geld dat aan ziekenhuisaccrediteringsprogramma's is besteed, onderzoeksresultaten geen bewijs geleverd hebben van de effectiviteit van ziekenhuisaccreditering, noch een bewijs van rechtvaardiging van de gebruikte accrediteringsstandaarden.'

Een ander onderdeel van een antwoord is de manier waarop de bevoegdheden op een geheel eigen

manier verdeeld worden in België. De beoordeling van de kwaliteit behoort immers zowel tot de bevoegdheid van de federale overheid als tot die van de Gewesten en Gemeenschappen. Het is dan ook redelijk ondenkbaar dat het initiatief voor een integraal systeem voor de kwaliteitsevaluatie unilateraal genomen zou worden door de federale staat of door één Gewest of één Gemeenschap.

De financieringswijze in ons land is overigens niet noodzakelijk vergelijkbaar met de financiering in landen waar een accrediteringssysteem toegepast wordt.

Deze gegevens lijken mij toch enige verklaring te bieden voor het ontbreken van een vergelijkbaar

systeem bij ons. Uit het ontbreken van een accrediteringssysteem bij ons, mag overigens niet afgeleid worden dat er in ons land niet gewerkt wordt aan de verbetering van de kwaliteit in de ziekenhuizen. De federale overheid heeft al enkele voorzieningen ingevoerd die bijdragen tot de permanente verbetering van de zorg: Colleges van geneesheren, het contract 'coördinatie van de zorgkwaliteit en -veiligheid', plus een aantal gerichte activiteiten, zoals het Kankerplan, de bestrijding van ziekenhuisinfecties, het programma voor de chronische ziekten of nog het plan dat het beroep van verpleegkundige aantrekkelijker moet maken.

Bent u persoonlijk voorstander van de accreditering van de ziekenhuizen?

L.O.: Het is nog te vroeg om voor of tegen een dergelijk systeem te zijn bij ons, temeer daar de accreditering diverse vormen kan aannemen. Als er ooit een accrediteringssysteem komt, dan moet men er, volgens mij, hoe dan ook op toezien dat de Gemeenschappen en Gewesten op dezelfde manier werken én dat iedereen meedoet. Het is de rol van de federale overheid om daarop toe te zien.

Een dergelijk systeem is ondenkbaar zonder een consensus tussen de federale overheid en de gewestelijke overheden, meer bepaald over het doel en de middelen die ingezet moeten worden. Dat is nodig om resultaten te kunnen garanderen in de zin van een verbetering in alle zorginstellingen van het land. Alle patiënten moeten hier beter van worden.

Welke zijn de federale initiatieven qua zorgkwaliteit in de ziekenhuizen?

L.O.: Een initiatief dat de ziekenhuizen er, volgens mij, toe aanspoort om performanter te worden, is het contract 'coördinatie van de zorgkwaliteit en de veiligheid van de patiënten'. Dit initiatief ging uit van de NRZ (Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen) in 2007. Dit contract, waaraan nu 91% van de ziekenhuizen deelneemt, heeft als voornaamste doel om alle directies en zorgverleners bewust te maken van het belang van de zorgkwaliteit en de veiligheid van de patiënten. Er werd een meerjarenplan opgebouwd rondom drie pijlers: de ontwikkeling en invoering van een systeem voor het beheer van de veiligheid, de hele werking rondom dat proces en, tot slot, de ontwikkeling van een geheel van indicatoren voor kwaliteitsbeheer en de veiligheid van de patiënten.

Het is een werk van lange adem, maar de initiatieven die ontplooid werden op het federale niveau, gaan volgens mij in de goede richting. Ze kunnen daarenboven

perfect geënt worden op de initiatieven die de gewestelijke entiteiten al ontwikkeld hebben, qua inspectie, bezoeken en eventueel accreditering.

België treuzelt met de invoering van officiële klinische en organisatorische indicatoren voor de performantie...

L.O.: In 2006, heeft de FOD Volksgezondheid een eerste rapport opgesteld over een beperkt aantal indicatoren, gehaald uit de databanken met administratieve gegevens. Dit rapport werd medegedeeld aan de ziekenhuizen, samen met hun individuele resultaten per indicator. In 2008, werd een nieuw rapport opgesteld met als titel 'Multidimensionele feedback voor de ziekenhuizen'. Die feedback omvat 33 indicatoren, verdeeld over meerdere domeinen: klinische prestaties, economische performantie, capaciteit en innovatie, en 'patiëntgerichtheid'. Een ander rapport over de indicatoren voor de 'veiligheid van de patiënten' (Patient Safety Indicators of PSI) werd eveneens medegedeeld aan de verzorgingsinstellingen.

Nu, de resultaten van deze indicatoren volstaan op zich natuurlijk niet om een diagnose te maken van de zorgkwaliteit of de organisatie, of om de instellingen te rangschikken. Hiertoe zou men de indicatoren moeten standaardiseren naargelang de categorie van patiënt, de zwaarte van het geval, tal van risicofactoren... Het belang hiervan is eerder dat de ziekenhuizen, dankzij die resultaten, de onderliggende processen in hun instelling kunnen beoordelen. Ik meen immers dat het beter is om de ziekenhuizen aan te sporen tot een verbetering van hun kwaliteit dan om ze te confronteren met hun 'slechte' prestaties. Ik vestig er nogmaals de aandacht op dat uit de studie van het KCE (2008) over de ziekenhuisaccreditering in Europa blijkt dat de onderzoekers geen bewijs gevonden

Ik meen dat het beter is om de ziekenhuizen aan te sporen tot een verbetering van hun kwaliteit dan om ze te confronteren met 'slechte' prestaties.

den hebben van de effectiviteit van die accreditering. De onderzochte accrediteringssysteem zijn vooral toegespitst op structurele en organisatorische elementen en niet genoeg op

klinische resultaten.

Dankzij de ontwikkeling van een geheel van indicatoren op basis van administratieve gegevens, kunnen we niet alleen rekening houden met structurelementen, processen en beheerssystemen: financiering, personeel, informatica, organisatie van de zorg, maar ook met zorgresultaten: sterftecijfer in de ziekenhuizen voor bepaalde aandoeningen, toepassing van standaardbehandelingen, ziekenhuisinfecties en verwikkelingen...

Deze benadering maakt dat de ziekenhuizen zich vragen gaan stellen over hun eigen resultaten en dat zij de bestaande processen gaan interpreteren, analyseren en verbeteren.

Als er ooit een accrediteringssysteem zou komen in België, op welk politiek niveau moet dat dan georganiseerd worden: federaal of gewestelijk?

L.O.: Ik verwijs hiervoor naar het antwoord dat ik eerder al geformuleerd heb in verband met de verdeling van de bevoegdheden. Als de Gewesten of de Gemeenschappen een accrediteringssysteem willen invoeren, dan is het meer dan aangewezen dat zij vooraf overleg zouden plegen met alle betrokken partners, meer bepaald via de interministeriële conferentie. Ik denk dat het voorbarig is om nu al een antwoord te geven op nauwkeurige vragen over de vorm, het beheer, de financiering van de instelling die accreditert, het verband tussen financiering en accreditering, of de regels van dit systeem.



Interview door
Karima Amrous
karima.amrous@mloz.be

Het Debat

In deze rubriek bieden wij de mogelijkheid aan zorgverstrekkers om zich uit te spreken over bepaalde kwesties waarover in hun sector gedebatteerd wordt.

In dit eerste nummer geven wij het woord aan Axxon, de representatieve beroepsvereniging van kinesitherapeuten. Stefaan Peeters, co-voorzitter van Axxon, vertolkt het standpunt van de organisatie op het vlak van directe toegang tot kinesitherapie voor de patiënten. Deze vraag stond centraal bij de lancering van de nieuwe beroepsvereniging van kinesitherapeuten. Axxon wil geen polemiek aanwakkeren, maar wil liever een dialoog aangaan met de huisartsen.

Stefaan Peeters



Ja voor de directe toegang tot kinesitherapeutische zorg

Kinesitherapie is een specifiek beroep met een breed profiel. Het is bestemd voor mensen met verschillende leeftijden, levensfasen en noden. Het houdt rekening met de maatschappelijke ontwikkelingen om mensen langer mobiel te houden en het beoogt hun functies te behouden en/of te vergroten en hun activiteiten en participatie te bevorderen. De kinesitherapeut richt zich vooral op het bewegen en dan vooral in een context van gezond functioneren.

De directe toegang kan een daadwerkelijke bijdrage leveren om het hoofd te bieden aan tal van vragen van mensen met alledaagse motorische problemen. Een groot potentieel aan kinesitherapeutische 'know how' wordt momenteel onbenut gelaten wegens de verplichting van een medisch voorschrift en een te enge interpretatie van de voorschrijvers indicatiestellingen vanuit de bestaande nomenclatuur. Courante kinesitherapeutische activiteiten zoals de preventie van lumbago's of torticollis, bewegingsleer, het intapen voor sporters, tips voor de lichaamshouding of rugscholing, zijn er namelijk niet in opgenomen.

Ook op het terrein vraagt men naar een legale invulling van de vrije toegang. Directe toegang behoort vandaag reeds tot de realiteit op het terrein. Kinesitherapeuten zijn dan ook vragende partij voor een aanpassing van het KB 78, met name de WUK (Wet op de uitoefening van de kinesitherapie), om op een legale en veilige manier aan de patiënt de kinesitherapeutische zorgen te kunnen verlenen.

Optimale zorg aan patiënten vertrekt niet altijd vanuit een decennialange wettelijke relatie tussen arts en kinesitherapeut.

De noodzaak tot samenwerking blijft zeker bestaan. Het besef van de waarde van een goede samenwerking neemt eerder toe dan af. Binnen de zorgverlening hebben artsen en kinesitherapeuten ieder hun eigen vertrekpunten en functies. Verschillende vertrekpunten impliceren dat de kinesitherapeutische zorg en de medische zorg elkaar wederzijds aanvullen.

Stefaan Peeters

Co-Voorzitter Axxon

Wilt u reageren op deze kwestie, stuur dan uw mening naar health-forum@mloz.be. We zullen u contacteren om uw tekst in deze rubriek te publiceren.

Opgelet: de uitspraken in deze rubriek zijn een weergave van de opvattingen van de auteur alleen.

Goede transfusiepraktijken in ziekenhuizen

De Hoge Gezondheidsraad (HGR) heeft de handleiding voor de goede transfusiepraktijken in ziekenhuizen geüpdatet. Deze handleiding, dé referentie op vlak van transfusie van bloedbestanddelen, wil de kwaliteit en veiligheid van de transfusies binnen de ziekenhuizen in ons land verbeteren. De elektronische versie is beschikbaar op de website van de HGR op het adres www.css-hgr.be (rubriek 'Adviezen en aanbevelingen' onder de referentie HGR nr. 8381).

37 miljoen euro

Is het bedrag voorzien in de gezondheidsbegroting 2010 voor de valorisatie van bijkomende erkende titels en kwalificaties voor verpleegkundigen.

Forum zorgverstrekkers

Belgische en Nederlandse ziekenwagens mogen de grens oversteken

De Benelux ministers van Buitenlandse Zaken ondertekenden een bijstandsreglementering om dringend ziekenvervoer over de grenzen heen mogelijk te maken. Het geeft ambulanciers de mogelijkheid om langs weerskanten van de grenzen te werken, zonder rekening te moeten houden met de erkenning van de ziekenwagens, de verschillende bevoegdheden van de interventieteams, de communicatie tussen de hulpdiensten of de terugbetaling van de kosten. In het belang van de patiënt, kan vanaf nu snel en



efficiënt dringende medische hulp verleend worden aan de inwoners van het grensgebied. De reglementering steunt op twee voorwaarden: de grensoverschrijdende hulp mag enkel geboden worden in geval van dringendheid en tekort aan ziekenwagens; en het ambulancepersoneel mag in het buitenland medische daden uitvoeren die het gewoon is in zijn eigen land.

www.benelux.be

Apotheker, erkend als 'expert in farmaceutische verzorging'

De ministerraad heeft in januari twee besluiten goedgekeurd over de hervorming van de vergoeding voor apothekers. De bedoeling is om de nieuwe rol, die ze door de jaren heen hebben aangenomen, te erkennen. Apothekers mogen dan minder magistrale bereidingen maken, ze geven steeds meer nauwkeurige en complexe informatie aan de klanten: analyse van het voorschrift, posologie, ongewenste bijwerkingen of de preventie van risico's op interacties met andere geneesmiddelen die de patiënt neemt. De huidige vergoeding van de apotheker is sterk gebonden aan de prijs van het geneesmiddel. Die vergoeding is absoluut geen weergave van de andere taken van de apotheker, los van de prijs van het geneesmiddel. Daarom zal vanaf nu de vergoeding van de apotheker, naast een basishonorarium per geneesmiddel, ook bestaan uit specifieke erelonen voor bijzondere taken én een jaarlijks forfait van 500 euro per apotheek voor het verstrekken van informatie aan patiënten in het kader van een chronische behandeling. Ook andere specifieke taken zullen in de toekomst voor specifieke honoraria in aanmerking kunnen komen, wanneer de Overeenkomstencommissie apothekers-verzekeringsinstellingen van het RIZIV dit beslist.



Het ziekenhuispersoneel beschermen tegen ongevallen door blootstelling aan bloed

Europese werknemers uit de gezondheidssector lopen jaarlijks 1 miljoen blessures op door injectienaalden. Alleen al in België tellen we 11.800 ongevallen door blootstelling aan bloed, waarvan 70% vermeden had kunnen worden.

De blessures door injectienaalden komen voor bij verpleegkundigen, artsen, onderhoudspersoneel en studenten. Om hun

personeel te beschermen, hebben de ziekenhuizen Iris-Sud beslist om een beleid in te voeren omtrent preventie en veiligheid van het materiaal. Voor het eerst in Brussel wordt het gebruik van beveiligde katheters gesystematiseerd in alle zorgeenheden. Het actieplan van de Ziekenhuizen Iris-Sud bestaat uit een registratiedocument van de ongevallen om hun kenmerken te kunnen analyseren, om preventieve maatregelen te kunnen nemen en om een passieve veiligheidsinstallatie in te voeren (dienblad met naalden met container en veiligheidskatheder).



www.fnib.be

COELIAKIE



Het belang van een juiste diagnose

In België lijdt 1 persoon op 300 aan "coeliakie" of glutenintolerantie. De symptomen van de ziekte zijn meervoudig en kunnen op elk moment opduiken bij personen die erfelijk (genetisch) voorbeschikt zijn. Er is maar één manier om deze te voorkomen: nl. het volgen van een strikt glutenvrij dieet. Vandaar dat een diagnose uiterst belangrijk is. Dr. Sophie Pierard van de Société belge de Cœliaquie (SBC), geeft een woordje uitleg.

Coeliakie is een auto-immune aandoening die gekenmerkt wordt door een intolerantie voor gluten, een eiwit aanwezig in tarwe en al zijn varianten. Een persoon met coeliakie maakt antistoffen aan tegen gluten. Deze allergische reactie beschadigt het slijmvlies van de dunne darm, die cruciaal is in de spijsvertering en zorgt voor de opname van voedingsstoffen. Tussen de 1 op 100 en de 1 op 300 personen krijgt een diagnose te horen, legt Dr. Sophie Pierard uit, medisch adviseur bij de Société belge de Cœliaquie. Experts beweren echter dat dit aantal onderschat wordt. De risicogroepen zijn 1ste graads verwanten (de ziekte is genetisch bepaald), personen die lijden aan een auto-immuunziekte, trisomie 21 of herpetiforme dermatitis.

Varianten

De symptomen van de ziekte kunnen erg verschillen en zijn soms zelfs 'sluimerend' aanwezig. Deze symptomen komen misschien bij alle kinderen voor, bij volwassenen zijn ze minder vanzelfsprekend. 'Er is slechts sprake van symptomen in 20% van de gevallen, legt Dr Pierard

uit. Verschillende aandoeningen kunnen voortkomen uit coeliakie en een aanwijzing geven: bloedarmoede, haaruitval, amenorhea, osteoporose, depressie, enz.'

Naast te weinig diagnoses worden ook vaak verkeerde diagnoses gesteld. 'Het is vaak de manier waarop de diagnose gesteld wordt, die voor problemen zorgt, zegt Sophie Pierard. Het is dan ook cruciaal om de ziekte juist te diagnosticeren, aangezien de behandeling - het glutenvrije dieet - een enorme impact heeft op het levenscomfort. Niet alleen moeten de eetgewoontes volledig aangepast worden, het dieet brengt ook grote kosten met zich mee'.

Precisering en methodologie

Om coeliakie op te sporen bij een verdacht geval, is in de eerste plaats een bloedafname nodig. 'Er wordt op zoek gegaan naar specifieke auto-antilichamen (anti-endomysium of anti-transglutaminase antilichamen). Enkel de anti-endomysium test worden terugbetaald door het RIZIV, verduidelijkt Dr. Geneviève Jadoul, ex-voorzitster van de

SBC, op de website van de vereniging. Als dit aantal antistoffen tegen gluten abnormaal hoog is, dan moet men een darmbiopsie doen om zeker te zijn van de diagnose. Enkel bij specifieke darmschade kan met zekerheid een diagnose gesteld worden. Deze biopsie gebeurt aan de hand van een digestieve endoscopie (gastroscopie), waarbij kleine stukjes slijmvlies uit de darmwand weggenomen worden op het niveau van het duodenum of het jejunum (vlak na de maag)'. De resultaten van de biopsie zijn doorslaggevend bij het voorschrijven door de arts van een levenslang glutenvrij dieet.

Informeren is nuttig

'Het probleem is dat de bloedafname vaak gebruikt wordt om de verkeerde soort antistoffen te testen, legt Dr. Pierard uit. Dit zorgt ervoor dat er een glutenvrij dieet wordt voorgeschreven voor patiënten die niet ziek zijn!'. Anderzijds krijgen patiënten soms een glutenvrij dieet voorgeschreven, terwijl ze niet de nodige onderzoeken voor de diagnose hebben ondergaan. 'Bij twijfel of vragen omtrent de diagnose, kan men zich beter informeren bij een gastroenteroloog', verklaart de arts.

Stéphanie Brisson

stephanie.brisson@mlz.be



Vlaamse Coeliakievereniging
vcc.coeliakie.be
www.coeliacentre.org



MAXIMUMFACTUUR

Benzodiazepines: terugbetaling of niet?

Benzodiazepines zijn geneesmiddelen die voornamelijk gebruikt worden als anxiolyticum en hypnoticum. Ze worden veel ingenomen bij ons: België staat zelfs in de kopgroep in vergelijking met de andere Europese landen. In 2008 bedroeg het aantal benzodiazepines afgeleverd in de apotheek 506 miljoen DDD*, tegenover 450 miljoen DDD in 1998.

Binnen deze context zijn de gezondheidsautoriteiten gestart met het promoten van het rationeel gebruik van benzodiazepines. Gedurende verschillende jaren hebben ze sensibiliseringscampagnes opgestart om aan te zetten tot een voorzichtig gebruik van deze geneesmiddelen bij angst en slapeloosheid.

Benzodiazepines kunnen inderdaad een rol spelen bij de behandeling van slapeloosheid en bepaalde vormen van angst, maar men moet er wel rekening mee houden dat dit slechts in beperkte mate het geval is, en dat het gebruik ervan in de meeste gevallen beperkt moet blijven tot een korte periode. Zeker bij oudere personen moet men voorzichtig zijn, omwille van de bijwerkingen. Ook het risico op chronisch gebruik van deze geneesmiddelen en het ontwikkelen van een verslaving mag niet uit het oog verloren worden.

De Onafhankelijke Ziekenfondsen willen daarom het rationeel gebruik van benzodiazepines promoten. Ze zijn gekant tegen een terugbetaling van de benzodiazepines via een niet-selectieve opname in de maximumfactuur (MAF). Een terugbetaling is te overwegen in specifieke gevallen, zoals bij voorbeeld voor bepaalde vormen van epilepsie of voor andere goed afgebakende indicaties. Daar situeert zich het probleem: het is moeilijk om deze gevallen precies te identificeren én de gegevens die hierop betrekking hebben te registreren.

In één van de maatregelen van het actieplan 'Prioriteit aan Chronische Zieken' van minister Onkelinx wordt overwogen om de kosten van sommige niet-terugbetaalde geneesmiddelen op te nemen in de MAF. De pilotgroep 'chronisch zieken' denk er over om dit ook voor de benzodiazepines te doen. Er moet over gewaakt worden dat deze maatregel wordt uitgevoerd binnen het hierboven omschreven strikte kader.

 **Claire Huyghebaert**

Expert

claire.huyghebaert@mloz.be

* DDD staat voor Defined Daily Dose (dagelijks vastgelegde hoeveelheid). Een DDD komt overeen met de standaard dagdosis voor een volwassene in de voornaamste indicatie van het actief bestanddeel, zoals vastgelegd door de wereldgezondheidsorganisatie (WGO). Ze laat toe om het verbruik van diverse geneesmiddelen in grote lijn te vergelijken.

www.health.fgov.be/benzo

www.cbip.be

www.inami.fgov.be



Sensibilisatiecampagne

Sinds enkele jaren worden er een tiental trainingsduo's van huisartsen en psychologen gevormd in elke Belgische provincie om de huisartsen te sensibiliseren voor het behandelen van angst-, stress- en slaapproblemen door bijzondere nadruk te leggen op de alternatieve niet-medicamenteuze

technieken en het motivatiegesprek. Deze interactieve trainingen gebeuren op lokaal niveau. Begin 2008 hadden ongeveer 1000 huisartsen en 1000 apothekers deze training gevolgd. In 2009 werd de tweede cyclus van trainingen afgesloten. Momenteel is de derde cyclus lopende.



Mond- en tandverzorging

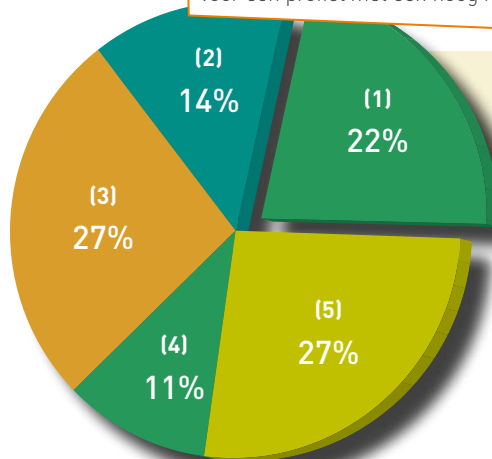
Meer dan 1 persoon op 2 is blootgesteld aan cariës

De Onafhankelijke Ziekenfondsen hebben in samenwerking met de Universiteit van Gent een studie gemaakt naar de gepaste strategie om mondaandoeningen te voorkomen, en dit toegespitst op het risicoprofiel van de patiënt. Deze studie gaat na of een individueel preventief zorgtraject eventueel relevant kan zijn in het kader van de mondaandoeningen. Hieronder leest u de opvallendste resultaten.

De conserverende verzorging vertegenwoordigt 52% van de uitgaven voor tandverzorging in de verplichte ziekteverzekering, terwijl slechts 19% van diezelfde uitgaven naar preventie (verzorging en raadplegingen) gaat. Het is mogelijk om de uitgaven voor conserverende verzorging te beperken dankzij preventiemaatregelen, die afgestemd worden op zowel het risicoprofiel voor cariës als op het sociologische profiel van de patiënten. Dit is wat de Onafhankelijke Ziekenfondsen wilden nagaan via een studie.

fase van de studie. Voor de bepaling van de risicogroepen, werd een hulpmiddel ontwikkeld voor de evaluatie van het risico op mondaandoeningen: het cariogram. Dit cariogram verwerkte de gegevens die het resultaat waren van een mondonderzoek, een tandheelkundige anamnese en een algemene medische anamnese en werd gebruikt om die 3 risicoprofielen te bepalen. Alle deelnemers aan het onderzoek werden onderzocht door getrainde en ervaren tandartsen.

Voorbeeld van een cariogram voor een profiel met een hoog risico



- (1) Nieuwe cariës voorkomen
- (2) Individuele omstandigheden
- (3) Gevoeligheid
- (4) Bacteriën
- (5) Dieet

Methodologie

We hebben de studiegroep in een eerste fase onderverdeeld in 3 risicogroepen qua cariës en parodontale aandoeningen: hoog – gemiddeld – laag. We hebben tevens nagegaan of er een verband was tussen enerzijds een welbepaald risicoprofiel en anderzijds bepaalde sociale en demografische factoren, eigen aan de patiënt.

De steekproef werd ad random bepaald, na een indeling volgens leeftijdsgroep in de regio Gent. Een honderdtal personen heeft deelgenomen aan de eerste

Enkele resultaten

Een eerste vaststelling is dat het cariërisico erg variabel kan zijn. Binnen de studiegroep, schommelt de kans op nieuw tandbederf bij de individuen tussen 3% à 96%.

- **45%** van de individuen behoort tot de groep 'laag risico', wat betekent dat ze minder dan **25%** kans hebben op nieuw tandbederf.



- **45%** van de individuen behoort tot de groep met een middelmatig risico, wat betekent dat ze tussen 25% tot 75% kans hebben op nieuw tandbederf.
- Niet minder dan 10% van de studiegroep behoort tot de groep met een hoog risico. Dergelijke individuen hebben dus meer dan **75%** kans op nieuw tandbederf.

De analyse van het risicoprofiel brengt een paar belangrijke punten aan het licht, waarmee men beter rekening houdt bij de bepaling van een aangepast preventief zorgtraject. Voor elk individu werden de problemen van de groep grafisch voorgesteld. Het voorbeeld dat ter illustratie gebruikt wordt in dit artikel, is het profiel van een individu uit onze groep met een hoog risico op tandbederf. Het risicoprofiel bepaalt 4 oorzaken van tandbederf, die variabel zijn naargelang het individu:

- Het **dieet**, samen met de samenstelling van het voedsel en de frequentie van de voedingsmomenten;
- de **bacteriën**, via de vorming van tandplak en de aanwezigheid van bepaalde bacteriën;
- de **gevoeligheid**: een domein dat te maken heeft met de speekselflow en het absorptievermogen, alsook met het gebruik van fluor;
- de **individuele omstandigheden**: de voorgeschiedenis qua cariës en de algemene gezondheidstoestand.

We hebben vastgesteld dat bij de onderzochte bevolkingsgroep, de individuen met een middelmatig of hoog risico op tandbederf (55% van de steekproef) vooral de volgende risicofactoren vertoonden:

- vorming van tandplak (85% van die patiënten)
- aanwezigheid van bacteriën (85% van die patiënten)
- het dieet (70% van die patiënten)

Preventieve acties

Eenvoudige acties zoals goede raad qua tandhygiëne of voeding of de controle van de vorming van tandplak zijn dan ook basiselementen voor de opmaak van een programma voor de preventie van cariës, dat deel uitmaakt van de tweede fase van de studie. Bovenop dat advies, komt dan de zoektocht naar bacteriële factoren. In de toekomst zijn nieuwe proeven denkbaar, die dan veralgemeend zouden worden in de kabinetten van tandartsen en die terugbetaald zouden worden door de verplichte verzekering óf de aanvullende verzekering. Deze proeven zouden 'plakverklidders' kunnen zijn die aanduiden dat de tandplak 'cariogeen' is. Het zou ook gewoon kunnen gaan om speekselproeven die het voedingsschema weerspiegelen en die direct een aanduiding kunnen geven van de absorptiekracht van het speeksel. Dergelijke hulpmiddelen zijn niet alleen nuttig voor de opsporing van de risicofactoren, ze kunnen aan de patiënt een idee geven van de plaats waar het probleem zich situeert en kunnen

Personen die recht hebben op de sociale maximumfactuur lopen 14 maal meer kans om deel uit te maken van de groep met een hoog risico.

hem zo aansporen tot een verbetering van zijn preventieve zorgtraject.

Sociale en demografische factoren

De studie heeft het mogelijk gemaakt om het significante verband te identificeren tussen het risico op tandbederf en de sociale kenmerken van de patiënt, zoals het genieten van het voorkeurtarief in de verplichte verzekering, het

recht op de sociale maximumfactuur en het beroep (bediende, arbeider, zelfstandige, ...). Het risicoprofiel is duidelijk gelaagd voor elk sociaal kenmerk. Personen die recht hebben op de sociale maximumfactuur (met een laag sociaal en economisch profiel) lopen 14 maal meer kans om deel uit te maken van de groep met een hoog risico. Ze lopen ook 6 maal meer kans om deel uit te maken van de groep met een middelmatig risico. De nauwe relatie tussen het risicoprofiel en de sociale en economische context van de patiënt toont eens te meer aan dat het belangrijk is om een preventief zorgtraject in te voeren en om dit traject toe te spitsen op duidelijk identificeerbare risicogroepen. Zij bevestigt ook het belang van de 'afstemming op maat' van die preventie op sociaal 'zwakkere' bevolkingsgroepen. Door op die manier te werk te gaan, zouden de sociale en economische gezondheidsrisico's aanzienlijk beperkt kunnen worden.

Wordt vervolgd...

In een tweede fase van de studie, zullen we het effect van in-



Preventieve gewoonten vergoeden

dividuele preventieve zorgtrajecten meten, rekening houdend met het risiconiveau. Het preventieve zorgtraject zal bepaald worden op basis van het risico op tandbederf en zowel de professionele ingrepen van de tandarts als professionele coaching (per telefoon), zullen luiken zijn die deel uitmaken van het zorgtraject.

Uit de eerste resultaten kan worden afgeleid dat preventieve ingrepen bij voorrang moeten focussen op mondhygiëne (poetstechnieken, tandpasta met fluor, ...)

102.890

Personen hebben al gekozen voor een aansluiting bij Dentalia Plus, de verzekering voor tandverzorging van de Onafhankelijke Ziekenfondsen, ingevoerd in 2007.

en/of het dieet. Het programma zal enkel toegepast worden op patiënten uit de categorieën met een hoog of middelmatig risico.

Wenst u nadere informatie?

Voor meer details of voor de resultaten van de tweede fase van de studie, kunt u altijd contact opnemen met:

Agnès Leclercq agnes.leclercq@mloz.be

Ann Ceuppens ann.ceuppens@mloz.be

Regina De Paepe regina.depaepe@mloz.be

Diensten Studies en Expertise van de Onafhankelijke Ziekenfondsen

Beter voorkomen dan genezen



De Onafhankelijke Ziekenfondsen hechten veel belang aan preventieve verzorging. Zij willen het individu bewustmaken, want preventie is een goed middel om problemen en mond- en tandaandoeningen te vermijden. Dankzij het bewust maken van de patiënt, kunnen niet alleen de uitgaven voor de ziekteverzekering beperkt worden, maar ook die van de personen zelf (hun persoonlijke aandelen zijn immers nog altijd hoog (behalve als het om kinderen gaat) en er is nog heel wat curatieve zorg die niet of nauwelijks terugbetaald wordt). De Onafhankelijke Ziekenfondsen vinden wel dat die preventie niet noodzakelijk identiek hoeft te zijn voor iedereen. Het risiconiveau en de aandachtspunten qua preventie, verschillen van individu tot individu. De preventieacties moeten dus toegespitst worden op die personen, die een hoger risico lopen op tandbederf of aandoeningen van mond of tanden. De aard van de te promoten preventieve maatregel zal ook afhangen van de aard van het risico. De coaching moet afgestemd worden op het sociale profiel en op het begripsvermogen van de doelgroep. Dankzij de ontwikkeling van preventieve maatregelen op maat en dankzij coaching, kan de doeltreffendheid van de opvolging verbeterd worden: de kennis van het publiek en de "compliance" tegenover de voorgestelde acties worden hierdoor versterkt.

'Empowerment' van de patiënt

Deze opvatting over preventie kadert in het 'disease management', zoals dit aangeprezen wordt door de Onafhankelijke Ziekenfondsen, namelijk: het zelf in handen nemen, door de patiënt, van zijn eigen gezondheid op basis van zijn eigen wensen en door het aanreiken van hulpmiddelen met het oog op de ontwikkeling van zijn kennis en het verhogen van zijn actievermogen. De financiële middelen van de ziekteverzekering moeten goed beheerd worden en die uitdaging spoort de Onafhankelijke Ziekenfondsen aan om de preventie binnen de tandzorg opnieuw te bekijken. Als de rechthebbenden van deze individuele preventieve actietrajecten (of zorgtrajecten) zich daar netjes aan houden, dan zou de kostprijs van de curatieve zorg moeten dalen. Fase 2 van onze studie zal juist als doel hebben om de financiële impact van deze trajecten te bestuderen.

Individuele preventieve trajecten

De Onafhankelijke Ziekenfondsen hebben altijd gepleit voor een "medeverantwoordelijke" patiënt. Zij stellen voor om de terugbetalingniveaus af te stemmen op de ijver waarmee de verzekerde de preventieve maatregelen opvolgt. Het principe werd al ingevoerd in de verplichte verzekering met de maatregel die de terugbetaling van tandsteenverwijdering afhankelijk maakt van een jaarlijks contact met de tandarts (voor een raadpleging of tandsteenverwijdering).

Als de Onafhankelijke Ziekenfondsen er zouden in slagen om het nut van deze individuele preventieve zorgtrajecten aan te tonen en als de verplichte verzekering die zorgtrajecten integreert in de terugbetaalde tandverzorging, dan zullen we bijvoorbeeld op een verstandige manier een recht op de derde betaler kunnen toekennen aan personen met een zeer hoog risico op tandbederf en mond- en tandaandoeningen (mensen die het vaak sociaal en economisch erg moeilijk hebben). Het zou verstandig zijn om de derde betaler niet systematisch toe te passen op een financiële basis, maar om deze toe te kennen aan patiënten die hun verantwoordelijkheid opnemen en aan preventie doen. Een dergelijke maatregel zal bijdragen tot de verlaging van de toegangsdrempel tot de geneeskundige verzorging en tot een vermindering van de kosten.



Herstel Baanbrekend experiment voor het herstel na kanker

Bij het uitoefenen van uw werk, komt u wellicht in aanraking met patiënten die zich, na een behandeling tegen kanker, vragen stellen over hun levenskwaliteit. Om hierop een antwoord te kunnen bieden, zijn de Onafhankelijke Ziekenfondsen in 2009 gestart met een pilootproject: de gezondheidsweek, bedoeld voor patiënten die een oncologische behandeling hebben ondergaan.

In samenwerking met de Stichting tegen Kanker en de Vlaamse Liga tegen Kanker, werd de gezondheidsweek georganiseerd, om de levenskwaliteit te verbeteren van personen die een oncologische behandeling ondergingen. Plaats van het gebeuren: Dunepanne, het zorgverblijfcentrum van de Onafhankelijke Ziekenfondsen in De Haan. Gedurende een week krijgen zij activiteiten aangeboden, aangepast aan hun noden. In 2009, werd de week georganiseerd in mei en in november.

De gezondheidsweek bestaat uit een individueel 'welzijn' programma en een groepsprogramma met verschillende ateliers. Relaxatieateliers verbeteren de fysieke en mentale gezondheid van de deelnemers. Tijdens een voedingsatelier worden ze, onder supervisie van een diëtist, dan weer bewust gemaakt van het belang van gezonde voeding, door bijvoorbeeld fruit- en groentesapjes klaar te maken. Tijdens een bewegingsatelier leren ze om rustig te bewegen, dankzij een aangepaste cursus aquagym. De deelnemers krijgen bovendien ook esthetische verzorging aangeboden.

Groepsdynamiek

Ten slotte kunnen de patiënten ook deelnemen aan een atelier voor psychologische ondersteuning, waarin ze, onder begeleiding van een gespecialiseerde psycholoog, in groep over hun leven na de ziekte kunnen praten. De groepsdynamiek staat centraal gedurende het verloop van de week, aangezien de deelnemers door de collectieve activiteiten hun ervaring met elkaar kunnen delen.

“De chronisch zieke patiënt moet 'baas' zijn over zijn eigen ziekte.”

Op individueel vlak, wordt de nadruk gelegd op het belang van self-management. De bedoeling is om de patiënten activiteiten te laten ontdekken, die hen zullen helpen om hun herstel beter aan te pakken en, zelfs na de gezondheidsweek, de draad van hun dagelijkse leven weer op te nemen. Het is in dit vooruitzicht dat ook hun partners welkom zijn tijdens de gezondheidsweek. Ze zijn voor de patiënt een houvast bij zijn herstel en bij de terugkeer naar huis. Hun rol is dan ook van cruciaal belang.

De deelnemers genieten een professionele omkadering dankzij verschillende multidisciplinaire ploegen: een medische ploeg die zich bezighoudt met de patiënten in herstel, het verzorgend perso-

Herstel in het ziekenhuis?

De gezondheidsweek van Dunepanne mag dan geïnspireerd zijn op technieken gebruikt in ziekenhuizen, herstelprogramma's worden niet systematisch in de Belgische ziekenhuizen aangeboden. Verschillende Vlaamse ziekenhuizen bieden het programma 'Herstel en Balans' aan, dat gecreëerd werd in Nederland, in combinatie met fysieke training en psychologische educatie. In Wallonië, is er echter, naar wij weten, geen enkel ziekenhuis dat voor kankerpatiënten structurele revalidatieprogramma's in groep organiseert.

neel van Dunepanne en de experts die de ateliers leiden, afkomstig van de Vlaamse Liga tegen Kanker en de Stichting tegen Kanker.

Stéphanie Brisson

stephanie.brisson@mloz.be

 gezondheidspromotie@mloz.be
www.dunepanne-mloz.be



Patiëntenvoorlichting ... een middel om de zorgkwaliteit te garanderen?

Uit bepaalde studies blijkt dat patiëntenvoorlichting een middel is om de duur van ziekenhuisverblijven in te korten en om de doeltreffendheid van de zorg te verbeteren. Maar wat omvat dit begrip en hoe wordt het toegepast?

Patiëntenvoorlichting is het proces in etappes, geïntegreerd in de zorgaanpak, dat bestaat uit een geheel van georganiseerde bewustmakings-, voorlichtings- en leeractiviteiten, alsook uit psychologische en sociale bijstand, betreffende de ziekte, behandelingen, de verzorging, de organisatie en de ziekenhuisprocedures, gezond gedrag en de gedragingen die gepaard gaan met ziekte, waarbij het de bedoeling is om de patiënt (en zijn gezin) te helpen om de ziekte en haar behandelingsmethodes te begrijpen, mee te werken aan de zorg, de eigen gezondheidstoestand ter harte te nemen en een terugkeer naar de normale activiteit te bevorderen. Tot daar de vertaling van de

volledige begripsomschrijving, opgemaakt in het Frans door Alain Deccache en Eric Lavendhomme, auteurs van het werk 'Information et éducation du patient: des fondements aux méthodes', gepubliceerd in 1989.

Waarom moet de patiënt geïnformeerd worden?

In haar werk 'Voorlichting in ziekenhuizen', beschrijft Dr Karin van Ballekom de inzet van de patiëntenvoorlichting. Ze wijst o.a. op het cruciale belang van de voorlichting van de chronisch zieke patiënt. De chronisch zieke moet immers zelf beslissingen kunnen nemen en zelf zijn steentje kunnen bijdragen tot

de continuïteit van de curatieve en preventieve zorg. Informatie, instructie en educatie zijn inherent aan het efficiënte beheer van de ziekte.

Volgens de onderzoekster is het trouwens een recht van de patiënt om goed geïnformeerd te zijn. Jammer genoeg, is het zo dat de wetgeving die de rechten van de patiënt garandeert, nergens melding maakt van opleidingsmogelijkheden, leerkansen of andere bijkomende opleidingen, die kunnen bijdragen tot betere informatie. Volgens de actoren in het veld, is het niet altijd evident om te kunnen uitmaken hoe de patiënt geïnformeerd kan worden.

Kwaliteit van de zorg en de informatie

Patiëntenvoorlichting zou de zorgkwaliteit bevorderen. We bedoelen hier niet alleen de kwaliteit volgens vooraf bepaalde objectieve criteria, maar ook de kwaliteit vanuit de invalshoek van de patiënt. Volgens Dr van Ballekom, wordt de gestructureerde organisatie van de patiëntenvoorlichting meer en meer als een kwaliteitsfactor beschouwd, niet alleen in het kader van het wetenschappelijk onderzoek, maar ook in de praktijk.

Omdat de ziekenhuisverblijven alsnog korter worden, is het medische personeel verplicht om volledige informatie te verschaffen in een mum van tijd. De patiënt moet zelf ook zijn steentje bijdragen, aangezien hij meestal zelf een deel van de thuiszorg zal moeten verzekeran. Idem voor de behandelingen in de dagkliniek. Die hang naar informatie van de patiënt en de nood aan een gestructureerde benadering maken dat de professionals uit de gezondheidswereld over veel vaardigheden moeten beschikken.

De middelen

De personen die belast zijn met de patiëntenvoorlichting, kunnen gebruik maken van diverse hulpmiddelen. Het kan gaan om schriftelijke informatie zoals brochures, informatiefiches, affiches of internet-sites, maar ook om mondelinge hulpmiddelen zoals gesprekken, interpersoonlijke besprekingen met artsen of groepsateliers. De verschillende benaderingen van de patiëntenvoorlichting vullen elkaar aan en vloeien door elkaar. De combinatie van mondelinge en schriftelijke voorlichting werkt beter dan alleen schriftelijke informatie. Het alleen mondeling verstrekken van informatie lijkt zelfs nog efficiënter te zijn. Bepaalde studies bevestigen immers dat de informatie die door de patiënt als het belangrijkste beschouwd wordt, de informatie is die



De patiënt informeren rond de opvolging van zijn behandeling, ook dit is educatie.

hem geleverd wordt door de arts. Een multidisciplinaire educatieve benadering heeft ook veel kans op succes: diëtisten, kinesitherapeuten en verpleegkundigen hebben eveneens een rol te spelen. De politieke wereld en de medische kringen erkennen weliswaar dat patiëntenvoorlichting belangrijk is, dé hamvraag is evenwel hoe die voorlichting zo efficiënt mogelijk kan worden georganiseerd. Tijdens een symposium over dit onderwerp,

dat in oktober 2009 georganiseerd werd door de FOD Volksgezondheid, wezen meerdere sprekers op het belang van de functie van coördinator patiëntenvoorlichting in de ziekenhuizen. Het is op dit aspect dat men zou moeten focussen in de komende jaren.

Stéphanie Brisson
stephanie.brisson@mloz.be

Waarom is patiëntenvoorlichting zo efficiënt?

Hieronder enkele pluspunten van de patiëntenvoorlichting, opgesomd door Karin van Ballekom:

- chronisch zieke patiënten kunnen zich beter zelf behelpen
- betere aanvaarding van de ziekte
- de patiënt wordt geholpen bij de keuze van de best mogelijke verzorging
- de patiënt neemt zelf beter deel aan de diagnose en de behandeling
- ziekte geeft aanleiding tot minder verwikkelingen
- de verblijfsduur in het ziekenhuis wordt korter
- angstbestrijding
- de doeltreffendheid van de zorg wordt groter
- de psychologische toestand van de patiënt verbetert



www.vlaamspatientenplatform.be

Een educatieve aanpak, gericht op diabetespatiënten

In 2009 zette het Brusselse UMC Sint-Pieter een pilootproject op rond voorlichting van diabetespatiënten. Health Forum had een ontmoeting met Stéphanie Richard, verpleegkundige met een licentie in gezondheidspromotie en Aurélie Poliart, diëtiste, allebei diabetesvoorlichters in het UCM Sint-Pieter.



Stéphanie Richard & Aurélie Poliart

Hoe werd het pilootproject voor de voorlichting van diabetespatiënten aangepakt?

Stéphanie Richard: Er werd een oproep tot kandidaten gelanceerd bij de Belgische ziekenhuizen voor de financiering van een educatief project voor diabetespatiënten van het type II, zonder overeenkomst. Ons ziekenhuis werd gekozen omwille van zijn multiculturele profiel en omdat het een breed spectrum van sociale en economische milieus vertegenwoordigt. Doel: hoe organiseert men een project patiëntenvoorlichting t.a.v. een welbepaalde bevolkingsgroep? Het project liep van februari tot december 2009. We zijn begonnen met de samenstelling van een overzicht van de bestaande lectuur, om een idee te krijgen van de manier waarop een degelijk educatieprogramma kan worden ingevoerd. We moesten ook aan onze bekendheid werken binnen het ziekenhuis en het was nodig om een netwerk op te zetten voor de samenwerking intra- en extra-muros.

Hoe verlopen de educatieve sessies voor diabetespatiënten?

S.R.: We werken met gehospitaliseerde diabetespatiënten, maar hun hospitalisatie hoeft niet noodzakelijk verband te houden met hun diabetes. Het ging soms gewoon om patiënten die gehospitaliseerd waren omwille van een breuk of om patiënten die zopas de diagnose van diabetes gekregen hadden. Wij maken dan wat we een educatieve diagnose noemen: we bespreken met de patiënt zijn verwachtingen, de kennis die hij heeft van zijn ziekte, de voorstellingen die hij zich maakt, zijn levenswijze... We houden ook rekening met zijn volledige medische gegevens (insuline, risicofactoren, enz). Dit alles om de problemen te identificeren, die bepalend zullen zijn voor het vervolg van de educatieve begeleiding, voor de prioriteiten en doelstellingen, waarover afspraken gemaakt worden met de patiënt. Het is vaak de bedoeling van de voorlichting om zijn zelfvertrouwen te bevorderen door de patiënt te helpen bij de mobilisering van zijn persoonlijke, sociale en professionele resources, opdat hij zijn ziekte zo goed mo-

gelijk zou kunnen beheersen in het dagelijks leven. De familie wordt vaak betrokken bij de voorlichting, omdat het belangrijk is dat ook zij de ziekte begrijpt, als ze de patiënt goed wil kunnen bijstaan in zijn thuisomgeving.

Aurélie Poliart: Mijn specialisatie bestaat er in om in dialoog te gaan met de patiënt, om te proberen de pijnpunten in zijn voeding te identificeren. Ik stel dan oplossingen voor, om een goede beheersing van de diabetes in de thuisomgeving mogelijk te maken, rekening houdend met zijn voeding en zijn behandeling.

Hoe reageren de patiënten?

S.R.: Ze zijn vrij positief. De patiënten vragen meestal zelf om informatie. We hebben hen bevraagd over hun tevredenheid in het kader van ons project en globaal blijkt uit hun antwoorden, dat ze vrij tevreden zijn. Ze vinden dat de voorlichting hen helpt om hun ziekte beter te beheersen in hun dagelijkse leven.

A.P.: Ja, ze staan hier heel erg voor open. Ze reageren soms wel verbaasd, omdat dit een nieuwigheid is in het ziekenhuis, maar ze weigeren zelden of nooit om mee te doen.

Wat is het belang van de patiëntenvoorlichting in het UMC Sint-Pieter?

S.R.: Deze aanpak krijgt de steun van de verpleegkundigen en medische directie. Er bestaan in de instelling meerdere projecten voor patiëntenvoorlichting, zoals de astmaschool of de voorlichting in het kader van de zuurstoftherapie. De instelling is dus duidelijk bereid om hier werk van te maken. Er zijn momenteel wel nog leemtes, wat de coördinatie, de gestructureerde aanpak en het budget voor de voorlichting betreft.

In hoeverre zijn het curatieve aspect en de patiëntenvoorlichting met elkaar verstrengeld?

S.R.: De voorlichting gebeurt tegelijk met de verzorging. We brengen een bezoek aan de patiënt in zijn kamer, na het vertrek van onze collega's. Het gebeurt dat we de voeten van de diabetespatiënt bekijken om het gevaar of de mogelijke aanwezigheid van complicaties in te schatten. We waarschuwen dan eventueel de arts die verantwoordelijk is voor de zaal. Al dit werk gebeurt in nauwe samenwerking. De verpleegkundigen van de eenheden hebben eveneens een zeer belangrijke educatieve rol te vervullen bij de patiënt. Zij verschijnen immers het vaakst aan zijn ziekbed en zijn het best vertrouwd met de patiënt.



Stéphanie Brisson
stephanie.brisson@mloz.be



Knuffelrobot of patiëntensimulator?

Het is geen sciencefiction meer : het tijdperk van de robots is echt aangebroken. Binnen 5 à 10 jaar, zullen ze allicht helemaal deel uitmaken van het dagelijks leven van de patiënt en zorgverlener. Reeds enkele jaren woedt er een technologische revolutie in de gezondheidszorg.

Europa en de VSA zijn verwikkeld in een race tegen de klok, omdat ze hun achterstand op Japan willen inhalen. Dat land heeft immers volop ingezet op deze technologie, om zo het hoofd te bieden aan de vergrijzing van zijn bevolking. Hieronder een kort overzicht van de mogelijkheden in het ziekenhuis!

In de operatiezaal: de robotchirurg

Minder invasieve of robotgeassisteerde chirurgie ... het zijn allemaal benamingen die dienen om heelkundige ingrepen te kwalificeren, die gebeuren met behulp van robotten die van op afstand bestuurd worden door de chirurg (de chirurg en de robot doen het werk samen).

In 2001, werd de eerste intercontinentale telechirurgische operatie uitgevoerd tussen Frankrijk en de Verenigde Staten. De nieuwe micro-robotten gaan nog verder dan de laparoscopische chirurgie, want hiermee kan geopereerd worden zonder een uitwendig litteken. De instrumenten gaan via de natuurlijke lichaamsopeningen het lichaam in en worden van op afstand bestuurd. Het gebeurt zelfs dat ze autonoom werken (ze zijn in staat om een biopsie 'in situ' uit te voeren of om een orgaan te verwijderen). Het was een Franse ploeg die, in 2007, als eerste een dergelijke heelkundige ingreep uitvoerde, tijdens een galblaasverwijdering. Dergelijke ingrepen worden zeer courant in de urologie, de gynaecologie, de cardiologie,... Canadese onderzoekers gebruiken dan weer gelijkaardige technologische middelen voor ingrepen op de bloedvaten en meer bepaald aan de slagaders. Een

België bekleedt de tweede plaats na de VSA, wat het aantal heelkundige robots per inwoner betreft.

variante van die gemengde operatietechniek is de mogelijkheid om een kloppende hart virtueel te stabiliseren. Maar er staat nog veel meer op stapel! De nanotechnologie opent de weg voor de heelkunde van de toekomst en meer bepaald voor hersenchirurgie met Proteus, een nanorobot met een diameter van 2 à 3 haren dik en voortgestuwd met behulp van een flagellum volgens het model van een E. coli bacterie.

In de spoeddienst: de patiëntensimulator

De mannequin SimMan is een simulator, die geconcipteerd en geprogrammeerd werd voor de opleiding van spoedartsen en studenten in de geneeskunde. De mannequin simuleert de symptomen en reacties van een patiënt. Sinds de lancering, kwamen ook SimBaby en SimNewB op de markt, waarbij de eerste een zuigeling simuleert en de tweede bedoeld is om te beantwoorden aan de specifieke noden van de neonatale geneeskunde.

In de apotheek: de robotapotheek

In 2005 bracht Japan al Hospi op de markt, een robot die als voornaamste functie heeft om geneesmiddelen te verspreiden onder de patiënten en om de dossiers van de patiënten te vervoeren binnen het ziekenhuis. In de loop van 2009, lanceerde Panasonic dan zijn opvolger die meer functies kan uitoefenen (met inbegrip van het inzamelen van monsters). Nog datzelfde jaar vertrouwde het CHU van Montréal de bereiding van voorschriften toe aan een robot. Idem

voor de verspreiding van geneesmiddelen in een persoonlijke verpakking binnen de zorgeenheden. De apotheker moet de voorschriften natuurlijk nog steeds controleren, maar het werk van de verpleegsters wordt er lichter door. De kans op vergissingen neemt af.

In de zorgeenheden: de robot als zorghulp

In maart 2007, presenteerde de Universiteit van Tokyo een tweevoetige, op een mens gelijkende robot die in staat is om een pop van 66 kg op te heffen. In 2008, kwam Japan met HAL, wat staat voor 'Hybrid Assistive Limb'. Deze robot is bedoeld om mensen met verzwakte spieren bij te staan. Het gaat om een 'exoskeleton'-robotpak (apparatuur bestaat uit sensoren, aangebracht op het lichaam van de persoon die de verzorging toedient). De robot helpt de zorghulp bij het optillen van de patiënt.

De robotverpleger

Geneesmiddelen toedienen, de temperatuur van de patiënt opnemen, medisch toezicht houden enz. zijn allemaal mogelijkheden die vooral interessant zullen zijn voor thuisverzorgde patiënten.

Een robot als kinesist

Altacro, een Belgisch project opgezet door de Vrije Universiteit Brussel (VUB), wil de revalidatie bevorderen door gebruik te maken van een exoskeleton, dat de patiënten kan helpen bij het lopen.

Probo, de knuffelrobot voor zieke kinderen

Probo is een denkbeeldig dier, dat in staat is om emoties uit te drukken zoals vreugde en droefheid. Hij kan zijn omgeving ook waarnemen. De knuffelrobot die in mei 2009 aan



Probo, één van de eerste robots voor emotionele communicatie... © Paul Bolsius/VUB

het publiek voorgesteld werd, kan gehospitaliseerde kinderen informeren en troosten. Er zullen ook educatieve spelletjes vervaardigd worden. Dit technologische hoogstandje, ontwikkeld door de VUB, is een van de eerste robots, gebruikt in het kader van de studie van de emotionele communicatie tussen kinderen en robots.

Dominique Dieng

Project manager

dominique.dieng@mloz.be



Robotassistentie bij hartchirurgie
<http://eavr.u-strasbg.fr/>

SimMan, Patient simulation
<http://www.laerdal.com>

De robotapotheek
<http://www.nouvelles.umontreal.ca/campus>

Hybrid Assistive Limb
<http://www.cyberdyne.jp>

Altacro
<http://altacro.vub.ac.be>

Probo
http://probo.vub.ac.be/press/persmap_fr.htm

KCE, Robotgeassisteerde chirurgie
www.kce.fgov.be

INAMI
<http://www.inami.fgov.be/care>

De robotica, terugbetaald door de sociale zekerheid?

België doet het niet slecht qua robotica. Ons land bekleedt zelfs de tweede plaats na de VSA, als men gaat kijken naar het aantal heelkundige robots per inwoner! Het onderzoek in het kader van Belgische domotica in de gezondheidssector is wel hoofdzakelijk toegespitst op robotgeassisteerde heelkunde (KUL, UCL), revalidatie (VUB, FPMs) en de interfaces (VUB).

Deze opkomende technologische middelen werpen natuurlijk een aantal vragen op, zoals hun financiering en de terugbetaling van verzorging met gebruik van robotica. Begin 2009, heeft het Federale Kenniscentrum (KCE) zich trouwens gebogen over het dossier van de robotgeassisteerde heelkunde. De conclusie was wel dat een terugbetaling door het RIZIV pas kan worden overwogen zodra de voordelen van de techniek bewezen zijn. Het Kenniscentrum raadt aan om de patiënten vooraf in te lichten over de bijkomende kosten die ze mogelijk zullen moeten ophoesten (1.200 euro voor een radicale prostatectomie). Sinds de publicatie van dit rapport, keurde het Verzekeringscomité op zijn beurt de akkoordverklaring goed. Deze verklaring trad in werking op 1 oktober 2009 en bepaalt het reglement en de tegemoetkomingsregels, van de verplichte verzekering geneeskundige verzorging, in de kostprijs van het consumptiemateriaal voor robotgeassisteerde radicale prostatectomie via endoscopische weg. Er zal nog veel gedebatteerd worden over een aantal andere vragen die te maken hebben met zowel de ethiek als de veiligheid. Die vragen zijn des te crucialer wanneer het gaat over robotica en thuisverzorging van bejaarden of hulpverlening aan invaliden.

Actua Onafhankelijke Ziekenfondsen

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

Mondial Assistance, nieuwe partner voor de medische reisbijstand

Sinds 1 januari 2010 is Mondial Assistance de nieuwe partner van de Onafhankelijke Ziekenfondsen voor de medische reisbijstand in het buitenland. De dienstverlening heet MEDIPHONE ASSIST. Pascal Mertens, Directeur-generaal van de Onafhankelijke Ziekenfondsen: 'Onze verzekerden rekenen op ons voor een kwaliteitsvolle dienstverlening. Mondial Assistance kan ons een dergelijke dienstverlening garanderen. De Onafhankelijke Ziekenfondsen hebben met Mondial Assistance een professionele partner gevonden met een internationaal netwerk en veel ervaring in de reisbijstand'. Mondial Assistance is een gevestigde waarde in de sector van de bijstandsverlening. De onderneming heeft operationele centra in 28 landen, correspondenten in 168 landen en behandelt in België jaarlijks 65.000 dossiers.

Het nieuw telefoonnummer is +32 (0)2 778 94 94

Volg een opleiding bij Opfor!



Wenst u alles te weten over de ziekte- en invaliditeitsverzekering? Uw kennis bijspijkeren op het vlak van arbeidsongeschiktheid? Of misschien bent u gewoonweg nieuwsgierig en kiest u voor een bijkomende opleiding? Ongetwijfeld zal de dynamische aanpak van de Opfor, in een aangenaam kader met alle faciliteiten, tegemoetkomen aan uw behoeftes. Bezoek de site www.opfor.be

Een nieuwe naam maar dezelfde waarden

3 maanden geleden wijzigde het ziekenfonds 'mutualité professionnelle et libre de la région wallonne' zijn naam in 'Omnimut Mutualité Libre de Wallonie'. Deze nieuwe naam verwijst naar de ambitie van dit ziekenfonds om zich meer dan ooit te positioneren als een speler met een breed spectrum (omni) aan diensten voor iedereen, stevig verankerd in de ziekenfondswereld (mut). Uiteraard staat dit ziekenfonds



omnimut
mutualité libre de wallonie

met nieuwe naam én logo garant voor onafhankelijkheid én een uitstekende innovatieve dienstverlening voor zijn meer dan 205 000 leden in het Waalse Gewest. Opgericht in 1919 door werkgevers van de Luikse ijzerverwerkende industrie is dit ziekenfonds één van de oudste van België. Het 'onafhankelijke' Omnimut stelt meer dan 250 personen te werk.

www.omnimut.be

Zorgtrajecten versie Onafhankelijke Ziekenfondsen

Sinds de tweede semester 2009 zijn de zorgtrajecten, die de organisatie én de opvolging van de behandeling van chronische ziekten regelen, operationeel. De Onafhankelijke Ziekenfondsen hebben 2 brochures uitgegeven die een leidraad vormen voor zowel patiënten als zorgverstrekkers op het vlak van de zorgtrajecten voor diabetes type 2 en chronische nierinsufficiëntie.



Thuiszorg, een comfortabele dienstverlening

Thuisverpleging is dé oplossing voor hulpbehoevenden die thuis willen blijven wonen. Deze zorgen bieden hen een grote houvast! Maar wat kost dit voor de patiënt? Wat zijn de verschillende vormen van thuisverpleging? Wat betaalt het ziekenfonds? Om de patiënt wegwijs te maken, bieden de Onafhankelijke Ziekenfondsen hen een leidraad in de vorm van een nieuwe brochure.



U wenst brochures te bestellen voor u of voor uw patiënten? Dit kan via onze site www.mloz.be

Pascal Mertens in de Raad van Beheer van het Belgisch Olympisch Comité

De Raad van Beheer van het Belgisch Olympisch en Interfederaal Comité (BOIC) heeft sinds december 2009 een nieuw lid: Pascal Mertens, Directeur-generaal van de Landsbond van de Onafhankelijke Ziekenfondsen. Pascal Mertens is een oud-atleet (AC Dampicourt) die gepassioneerd is door sport en een fervent verdediger van de Olympische waarden. Momenteel legt hij zich toe op het marathonlopen. De Onafhankelijke Ziekenfondsen, 1.985.000 leden sterk, zijn een officiële partner van het BOIC sinds 2005.



Een revolutie voor de ziekenfondsen

Vanaf 1 mei 2010 zullen er 2 nieuwe Europese verordeningen inzake de sociale zekerheid van grensoverschrijdende situaties in werking treden. Enerzijds worden de Europese regels complexer. Anderzijds zal de huidige manier van werken in de ziekenfondsen drastisch veranderen. De voorbereidingen voor de toepassing ervan verlopen echter niet vlekkeloos.



Belgische gepensioneerden die in Spanje wonen kunnen toch naar eigen land terugkeren om zich te laten verzorgen.

In feite gaat het om een herziening van 2 verordeningen die reeds sinds begin jaren '70 toegepast worden. Onnodig te zeggen dat deze teksten na meer dan 35 jaar aan herziening toe waren. Zo zijn er ondertussen 27 lidstaten en werd in 2004 de Europese ziekteverzekeringskaart ingevoerd.

Een oefening in vereenvoudiging?

De nieuwe verordeningen 883/2004 en 987/2009 hebben o.a. tot doel om de Europese regels in deze materie te vereenvoudigen. Deze doelstelling is maar gedeeltelijk bereikt.

Jammer genoeg werd aan de EU-lidstaten de gelegenheid gegeven om uitzonderingen te vragen op bepaalde regels, iets waar vele lidstaten gebruik van hebben gemaakt. Dit heeft tot gevolg dat de nieuwe verzameling van regels complex is en er rekening moet worden gehouden met heel wat uitzonderingen. Gelukkig heeft België beslist om de algemene regels toe te passen. Een voorbeeld: Belgische gepensioneerden die in Spanje wonen, kunnen vanaf 1 mei 2010 in België terecht voor eender welke verzorging. Deze verzekerden moeten geen documenten meer vragen aan hun Spaanse ziekenfonds wanneer zij naar België komen. Andere lidstaten, zoals Italië en Portugal, geven er de voorkeur aan het terugkeerrecht van hun gepensioneerden te beperken.

Alleszins neemt de complexiteit van de Europese

regels vanaf 1 mei 2010 toe. Voor de ziekenfondsen zal het een uitdaging zijn om de verzekerden goed te informeren.

Verregaande informatisering

De belangrijkste evolutie is ongetwijfeld de informatisering van de informatiestromen tussen de Europese instellingen, waaronder de ziekenfondsen.

Enerzijds is het de bedoeling dat alle papieren formulieren verdwijnen en vervangen worden door elektronische SED-documenten of Structured Electronic Documents. Naar de verzekerden toe zullen nog wel een beperkt aantal papieren documenten blijven bestaan, en ook de Europese Ziekteverzekeringskaart wordt behouden. Anderzijds wordt er een Europese Kruispuntbank gecreëerd, de Electronic Exchange of Social Security Information. Dit EESSI-netwerk zal alle Europese instellingen in de sociale zekerheid met elkaar verbinden. Tegen ten laatste 1 mei 2012 moeten ook de ziekenfondsen overschakelen naar dit elektronische uitwisselingsnetwerk.

Voor de Belgische ziekenfondsen is deze informatisering de belangrijkste uitdaging. De omschakeling naar een elektronisch beheer van dossiers en de investering die daarmee gepaard gaat, zullen de komende maanden nog uitvoerig besproken worden.

Haast en spoed is zelden goed



De Onafhankelijk Ziekenfondsen ondersteunen de actualisering en modernisering van de huidige Europese regelgeving. Maar de wijze waarop de toepassing van de verordeningen voorbereid wordt, doet toch vragen rijzen.

De termijnen die Europa voor ogen houdt, zijn niet realistisch. Zo zouden de Europese ziekenfondsen vanaf 01/05/2010 nieuwe documenten moeten gebruiken. Deze documenten geraken echter niet tijdig klaar. Dit betekent dat de lidstaten op 01/05/2010 zeer waarschijnlijk de nieuwe regels zullen toepassen met de oude formulieren, wat zeker tot misverstanden zal leiden. Waarom wordt dan de datum van inwerkingtreding niet herzien? De wil om de verordening snel toe te passen, botst met de realiteit op het terrein. De kans dat de start op 1 mei 2010 chaotisch verloopt, is zeer groot. Een gemiste kans.

Kijkt men naar België, dan kan men zich ook vragen stellen bij de coördinatie van dit project. Er bestaan verschillende werkgroepen in de schoot van de Kruispuntbank, de Federale Overheidsdienst Sociale Zekerheid en het RIZIV. Sommige werkgroepen behandelen dezelfde problemen, bepaalde materies worden niet behandeld (zoals de impact voor de Vlaamse Zorgverzekering) en bepaalde overheidsdiensten zijn onderbemand om dit dossier op optimale wijze op te kunnen volgen. Vergeleken met de andere lidstaten, lijkt België er nog niet zo slecht voor te staan, maar dit is nauwelijks een troost...

Bij de Onafhankelijke Ziekenfondsen staat dit dossier alleszins zeer hoog op de agenda en dit zeker tot 2012. Jammer dat het allemaal snel moet gaan, want haast en spoed is zelden goed.

Standpunt Onafhankelijke Ziekenfondsen

Christian Horemans

Expert internationale zaken
christian.horemans@mloz.be

Europa volgt de evolutie van de volksgezondheid op de voet

De Europese instellingen brengen regelmatig studies uit over de evolutie van bepaalde problemen op het vlak van volksgezondheid.

De antibiotica-uitdaging

Bij de behandeling van bacteriële infecties heeft de introductie van antibiotica voor een ware revolutie gezorgd. Anderzijds blijkt de resistentie tegen antibiotica nog steeds toe te nemen. Dit rapport geeft een overzicht van de huidige gegevens en statistieken en probeert zo te evalueren hoe groot de kloof is die opgevuld moet worden tussen de bacteriële resistentie en de toekomstige beschikbaarheid van nieuwe efficiënte behandelingen tegen multiresistente bacteriën.

'The bacterial challenge - Time to react': een oproep om de kloof tussen multiresistente bacteriën in de EU en de ontwikkeling van nieuwe antibiotica te verkleinen.



Kinderen met kanker: Europese balans

Elk jaar sterven 15 000 Europese kinderen en jongeren aan de gevolgen van kanker. Ook al is er in 50 jaar enorm veel vooruitgang geboekt op vlak van het behandelen van kanker bij kinderen, toch sterft een vierde van de jonge patiënten nog aan de ziekte. Via de structuur 'EU Framework Programmes for Research and Technological Development', ondersteunt de Europese Unie het onderzoek naar kanker om oplossingen te vinden op het vlak van overlevingskansen en levenskwaliteit. Deze brochure omschrijft de verschillende projecten die binnen dit domein zijn opgestart.

'Childhood and adolescent cancer research EU Funding (2002-2009)'

Deze brochures kan u downloaden in de online bibliotheek van de Europese Commissie
<http://bookshop.europa.eu>



Benin Bezoek aan de ziekenfondsen in het land van de voodoo

De Onafhankelijke Ziekenfondsen ondersteunen de oprichting van ziekenfondsen in Atakora, een van de armste gebieden van Benin. In samenwerking met de Belgische NGO 'Louvain Coopération au Développement', die sinds 2005 het project ter plaatse coördineert, willen de Onafhankelijke Ziekenfondsen een echte ziekenfondsstructuur operationeel maken in Atakora. Een bezoek ter plaatse.

Sinds maart 2006, nemen de Onafhankelijke Ziekenfondsen actief deel aan het project LISA (Lutte intégrée pour la sécurité alimentaire dans l'Atakora Ouest) van het Belgisch overlevingsfonds en de NGO 'Louvain Coopération au Développement' in Benin.

De Onafhankelijke Ziekenfondsen stellen financiële middelen ter beschikking van de lokale ziekenfondsen, niet om de medische verzorging te betalen, maar om de logistieke ondersteuning van het project en de promotie van het concept 'ziekenfonds' bij de lokale bevolking te verzekeren. Louvain Coopération au Développement beschikt over een coördinatiebureau in de regio van Tanguieta en garandeert de goede opvolging van het project ter plaatse.

Een korte geschiedenis

Sinds 2005 verzamelden coördinatieorganisaties de voorstellen

van de dorpsbewoners, door sensibiliseringsacties te lanceren in 20 dorpen in de zone van Tanguieta, in Atakora, in het noordwesten van Benin.

Vandaag kunnen de inwoners zich, voor

2 euro/jaar
per persoon, verzekeren
tegen de belangrijkste
gezondheidsrisico's zoals
een bevalling of de
behandeling van
slangenbeten

In 2006 werden lokale organisaties en actoren gevormd en werden in elk dorp vergaderingen gehouden om de identiteit en de doelstellingen van het ziekenfonds, de rechten en plichten van

de leden en de samenstelling van de organen te definiëren. In februari 2007 zagen dan uiteindelijk in Cibly en N'Dahonta, de eerste ziekenfondsen 'Tikondatou Nantikè' (wederzijdse bijstand voor onze gezondheid) en 'Titiebana Tituaba' (Laten we elkaar helpen) het licht.

In 2008 besloten de Onafhankelijke Ziekenfondsen en Louvain Coopération au Développement om hun samenwerking te verlengen tot in 2012, met de volgende doelstellingen voor ogen: meer personen overtuigen van het nut om aan te sluiten, door de aantrekkelijkheid van het ziekenfonds te vergroten; een logistieke ondersteuning verlenen aan de ziekenfondsen (bv. door de constructie van aangepaste bureaus); de toegang van de kwetsbaardere groepen verbeteren tot de geneeskundige verzorging en de voedingscentra (bv. door de creatie van een Fonds voor ondervoede kinderen).

Bezoek ter plaatse

Eind september 2009, vloog een delegatie van de Onafhankelijke Ziekenfondsen naar West-Afrika om er de recent gebouwde ziekenfondsen te bezoeken in Benin.

De vertegenwoordigers van de Onafhankelijke Ziekenfondsen waren onder de indruk van het enthousiasme en de organisatie van de werknemers en leden van de ziekenfondsen. In de dorpen werd de delegatie bestookt met vragen over de werking en de dienstverlening van een ziekenfonds. Dé gelegenheid om het verband te leggen met het ontstaan van de Belgische ziekenfondsen in gelijkaardige omstandigheden: op een bepaald moment besloten burgers om zich te groeperen in een ziekenfonds. De Landsbond van de Onafhankelijke Ziekenfondsen, opgericht in 1928, telt vandaag bijna 2 miljoen leden. Een cijfer dat een grote indruk maakte op het luisterpubliek en het bewijs vormt dat een ziekenfondsbeweging in Benin nog veel kans heeft om te groeien.

Impact op het dagelijkse leven

Tijdens de ontmoeting hebben leden van deze jonge ziekenfondsen getuigd over de verandering die de aansluiting had op hun dagelijkse leven. De ziekenfondsen hebben het voor de inwoners mogelijk gemaakt om medische kosten te betalen zonder een deel van hun persoonlijke oogst te moeten verkopen en zonder dat een ziekte of ongeval echt zware gevolgen voor hen heeft.

Vandaag kunnen de inwoners zich, voor 2 euro per jaar en per persoon, verzekeren tegen de belangrijkste gezondheidsrisico's zoals een bevalling of de behandeling van slangenbeten. Een vrouw vertelde dat ze dankzij haar ziekenfondsboekje haar ziek kind naar het lokaal medisch centrum kon brengen, zonder te moeten wachten op de terugkeer van haar man met de nodige financiële middelen.

Een wereld van verschil

Het bestaan van de ziekenfondsen maakt het mogelijk om de financiële toegang te vergemakkelijken



Benin in cijfers

8,7 miljoen inwoners

Hoofdstad: Porto Novo

30% van de kinderen is geschoold

44 dialecten

Levensverwachting: 59 jaar

Kindersterfte: 64,64‰

45,2% van de bevolking is jonger dan 15 jaar

1 arts per 1000 inwoners

Atakora ligt in het noordwesten van Benin en telt 543.929

inwoners

Bron: www.statistiques-mondiales.com

tot geneeskundige verzorging voor de inwoners van de regio van Atakora, maar er is nog veel werk om het aanbod en de kwaliteit van de verzorging te garanderen. Louvain Coopération au Développement begeleidt en ondersteunt de lokale verantwoordelijken om ze te helpen om een maximum aantal personen te overtuigen zich aan te sluiten bij de ziekenfondsen. Het is de bedoeling om de ziekenfondsen op middellange termijn financieel onafhankelijk te maken. En waarom ook niet, hun banden te versterken, zodat ze zich kunnen verenigen in een landsbond van de ziekenfondsen van Atakora.

Dit bezoek ter plaatse heeft iedereen ervan overtuigd dat de ziekenfondsen een wereld van verschil betekenen voor de lokale bevolking. Dat blijkt uit de anekdotes van de inwoners en de ideeën die ze voor de toekomst hebben, zoals een familiale bijdrage die grote gezinnen in de dorpen dekt.



Stéphanie Brisson

stephanie.brisson@mloz.be



Christian Horemans

Expert affaires internationales

christian.horemans@mloz.be

De 3 doelstellingen van het project LISA

- 1 het aantal gezinnen verhogen dat in staat is om hun eigen levensonderhoud te verzekeren
- 2 de dynamiek en de onderhandelingscapaciteit vergroten van de bevolking, die kwetsbaar is voor politieke en economische actoren
- 3 de toegang van de gezinnen tot medische verzorging van aanvaardbare kwaliteit verbeteren



In de kijker: Special Olympics Belgium

De Onafhankelijke Ziekenfondsen gingen dit jaar een bronzen partnership aan met Special Olympics Belgium, een beweging die het beschermheerschap van het BOIC geniet. Deze organisatie beoogt de integratie van personen met een verstandelijke handicap in de samenleving, door middel van de sport. Health Forum had een boeiend gesprek met Dhr. Eddy Beckers, Algemeen Directeur van Special Olympics n.a.v. de Nationale Spelen die van 12 tot en met 15 mei 2010 doorgaan in Brussel.

Kunt u ons in het kort Special Olympics situeren?

Eddy Beckers: Special Olympics richt zich per definitie tot een andere doelgroep dan de Paralympics: sporters met een verstandelijke handicap. Wij zien sport als een integrerende factor in de maatschappij, met gezondheid en welzijn als centrale aandachtspunten. Een winnaarsmentaliteit is belangrijk, maar de SO-atleten strijden met gelijke middelen in een specifieke context. Ook bij Special Olympics komen de klassieke sporten zoals zwemmen, atletiek, tafeltennis, voetbal, bad-

minton, enz. ... aan bod, maar we zetten aangepast sportmateriaal in, en de atleten trainen volgens de aangepaste reglementen.

Wat maken de Nationale Spelen van Special Olympics zo... speciaal?

E.B.: Op de Nationale Spelen treffen we een mix aan van groepen: atleten, coaches, familie, vrijwilligers, bezoekers en genodigden. Iedereen heeft hetzelfde doel: ze komen speciaal voor hun atleten. De bezoekers kijken met andere ogen naar de gehandicapte personen. De atleten van de Special

Olympics houden ons een spiegel voor en zijn bovendien heel puur en eerlijk. Zo zagen we in het verleden een atleet die Prins Laurent om de hals vloog; het kwam heel natuurlijk over.

Kunt u ons meer vertellen over de nieuwe campagne 'Special Olympics... be a fan'?

E.B.: Deze internationale campagne met een sterke, krachtige slagzin is feitelijk een appel, gericht aan de samenleving: doe met ons mee! We hebben jullie nodig! Iedereen die zich kan vinden in waarden als waardigheid, sport,

Eddy Beckers



en 1200 vrijwilligers, beschouwen als de motor in het sensibiliseren van de samenleving rond de integratieproblematiek van personen met een verstandelijke handicap. Het is onze ambitie, om met steun van de Onafhankelijke Ziekenfondsen, alle mensen met een verstandelijke beperking in ons land te doen bewegen op hun niveau. Anderzijds hebben we ook screeningsprogramma's lopen die onze atleten testen op het vlak van zicht, gehoor, mondhygiëne, podologie en algemene fysieke conditie. De Onafhankelijke Ziekenfondsen kunnen ons onder-

steunen door het ontwikkelen van aangepaste infomodules rond gezonde voeding of beweging. Hun steun biedt schitterende perspectieven voor de meer dan 160 000 mensen met een verstandelijke beperking in ons land! Is dat geen gezonde ambitie?



Piet Van Eenoooghe

Public Communication Advisor
 piet.vaneenoooghe@mloz.be


www.specialolympics.be

aanvaarding, enz... kan fan worden. Dat gaat over kinderen, politici, tot CEO's van grote bedrijven. Zonder waardigheid verliest de mens zijn ziel. Dat geldt voor ieder van ons, maar natuurlijk ook voor atleten met een beperking.

Ten slotte: wat zijn de ambities van uw organisatie en op welke wijze kunnen de Onafhankelijke Ziekenfondsen hierbij helpen?

E.B.: Het opzetten van de Nationale Spelen is een gigantisch project. U kan dit event, met zijn 3200 atleten, 17 sportdisciplines

Kalender Events 1e semester 2010

12 tot en met 15 mei: Special Olympics

Sint-Pieters-Woluwe & Audergem
www.specialolympics.be

30 mei: 20 km door Brussel

www.20kmdoorbrussel.be

10 tot en met 19 juni: Biking against rheumatism in Europe

Brussel-Rome
www.barie.be

De Onafhankelijke Ziekenfondsen, venster op de wereld

Sinds enkele jaren sluiten de Onafhankelijke Ziekenfondsen partnerships met belangrijke actoren in de gezondheidssector door deelname aan tal van fora, salons en studiedagen. De Onafhankelijke Ziekenfondsen ondersteunen tevens de organisatie van innovatieve onderzoeksprojecten of sensibiliseringscampagnes.

Een van de grote partners met wie de Onafhankelijke Ziekenfondsen het genoeg heeft om te werken, is het Belgisch Olympisch en Inter-

federaal Comité (afgekort: BOIC). Deze organisatie vertegenwoordigt de Olympische beweging, haar waarden in ons land en is de bindende factor van de 81 sportbonden, samen goed voor 1 500 000 Belgische sportbeoefenaars. De Onafhankelijke Ziekenfondsen en het BOIC vinden elkaar perfect in het promoten van een actieve levensstijl en gezonde sportbeoefening. In een van de volgende edities van Health Forum gaan we dieper in op de samenwerking met het BOIC.

DVD

Hartfalen, een nieuw parcours voor uw hart

De diagnose van chronisch hartfalen komt meestal als een donderslag bij heldere hemel en verandert de levensgewoonten van de patiënt grondig. De Belgian Working Group on Heart Failure and Cardiac Function (BWGHFandCF) presenteerde onlangs een nieuw hulpmiddel rond de begeleiding van hartfalenpatiënten, nl een DVD.

Deze DVD is een pedagogisch hulpmiddel dat ter beschikking staat van artsen en verpleegkundigen, zodat zij de motivatie en betrokkenheid van hun patiënten bij hun behandeling, medicamenteus of niet, kunnen verbeteren. Het kan ook een middel zijn om de dialoog tussen arts en patiënt te vergemakkelijken.

De verschillende aspecten van de ziekte worden eenvoudig uitgelegd in het Frans en het Nederlands, en zijn geïllustreerd door middel van video's met driedimensionale beelden.

De DVD is te verkrijgen via de website www.bwghf.be of door een e-mail te sturen naar eva.vansynghel@be.netgrs.com.



Brochure

Een schat aan informatie voor de huisarts

De Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle (DGEC) van het RIZIV stelt de 3e uitgave van de brochure "Infobox: wegwijzer naar de reglementering voor de huisarts" voor.

De Infobox wil antwoord geven op essentiële vragen die elke huisarts (al dan niet in opleiding) zich stelt over de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen. Het is de bedoeling de arts te helpen bij de correcte toepassing van de reglementering. De Infobox concentreert

zich op de belangrijke informatie voor de huisarts, in het bijzonder de beginnende huisarts. Die informatie omvat: het wettelijk kader voor de activiteit van de huisarts, de problematiek inzake getuigschriften en voorschriften, de relatie arts/patiënt en de administratieve definities en procedures in het kadervan de arbeidsongeschiktheid.

Infobox Riziv – Wegwijzer naar de reglementering voor de huisarts. [2009], RIZIV, Brussel, 140 p.

De Infobox 2009 kan je ook downloaden op de website van het RIZIV: www.riziv.be, rubriek Zorgverleners → Artsen → RIZIV-gidsen voor de zorgverleners.



Boek

Patiëntveiligheid in ziekenhuizen

Veilige zorg is één van de essentiële voorwaarden voor kwaliteitsvolle zorg binnen ziekenhuizen. Bij veiligheid in zorg speelt de deskundigheid van artsen en zorgprofessionals een hoofdrol maar missen blijft menselijk en daarom is er nood aan een goed onderbouwde veiligheidssystematiek in de ziekenhuizen. Dit boek is een werk-instrument voor het gezondheidsbeleid, het ziekenhuismanagement en voor iedereen die betrokken en begaan is met kwaliteit in onze ziekenhuiszorg. Veertien stellingen over veiligheid in ziekenhuiszorg vormen de kern van dit boek, waarmee de auteur meer inzicht wil geven maar ook beseft dat voldoende veranderingsbereidheid, een goed doordachte aanpak en professionele ondersteuning essentiële voorwaarden zijn voor het verbeteren van de patiëntveiligheid in ziekenhuizen.

Patiëntveiligheid in ziekenhuizen - Basisinzichten en verkenning van veiligheidscultuur (Hellings J., Vleugels A. et al. [2009], Kluwer, 164 p.) kan je bestellen via de website www.kluwer.be



Boek

Netwerken en samenwerken van zorgorganisaties

Geen enkele organisatie in de gezondheids- en welzijnszorg kan er nog onderuit: samenwerking met andere organisaties is wenselijk, noodzakelijk en soms zelfs verplicht - o.a. door de schaarste aan middelen, de doorgedreven specialisatie, de professionalisering (ook van het bestuur), de veranderende zorgvraag van de patiënt of cliënt, door bepaalde overheidsmaatregelen, ...

Hoe kies je nu de juiste samenwerkingsvorm? In dit boek komen diverse aspecten aan bod: de soorten samenwerkingsverbanden, de aard en de dimensies van de samenwerking (kostenreductie, lacunes in het zorgaanbod, gebrek aan mankracht of deskundigheid in het bestuur, zelfde visie of doelstelling, ...), de succesfactoren, de concrete realisatie (stappenplan, factoren waarmee rekening moet worden gehouden), ...

Netwerken en samenwerken van zorgorganisaties (Voca [2005], LannooCampus, 120 p.) Om 'Netwerken en samenwerken van zorgorganisaties' te bestellen, surf je naar www.lannoo.be



Maak kennis met de Onafhankelijke Ziekenfondsen!



OZ Onafhankelijk Ziekenfonds

Boomsesteenweg 5
2610 Antwerpen
www.oz501.be



Euromut Onafhankelijk Ziekenfonds

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



Onafhankelijk Ziekenfonds Securex

Genèvestraat 4 Verenigde-Natieslaan 1
1140 Brussel 9000 Gent
www.securex.be



Partena Onafhankelijk Ziekenfonds

Coupure Links 103 Anspachlaan 1 bus 6
9000 Gent 1000 Brussel
www.partena-ziekenfonds.be



Omnimut Mutualité Libre de Wallonie

Rue Natalis 47 B
4020 Liège
www.omnimut.be



Freie Krankenkasse

Hauptstrasse 2
4760 Büllingen
www.freie.be



Partenamut

Anspachlaan 1
1000 Brussel
www.partenamut.be

1.985.000 verzekerden
schenken ons hun vertrouwen

Jij ook?

Onafhankelijke
Ziekenfondsen

www.mloz.be

De Onafhankelijke Ziekenfondsen groeperen:

