

Health Forum

Maart 2016 · Nr. 25

Het magazine van de Landsbond van de Onafhankelijke Ziekenfondsen · driemaandelijks



Dossier

Verzorging rond de zwangerschap en bevalling herzien

Maak kennis met de Onafhankelijke Ziekenfondsen!

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

De Landsbond van de Onafhankelijke Ziekenfondsen verenigt 6 ziekenfondsen:



OZ

Boomsesteenweg 5
2610 Antwerpen
www.oz.be



Onafhankelijk Ziekenfonds Securex

Tervurenlaan 43 | Verenigde-Natieslaan 1
1040 Brussel | 9000 Gent
www.securex-ziekenfonds.be



Partena Ziekenfonds

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



Omnimut Mutualité Libre de Wallonie

Rue Natalis 47 B
4020 Liège
www.omnimut.be



Partenamut

Mettewielaan 74/76
1080 Brussel
www.partenamut.be



Freie Krankenkasse

Hauptstrasse 2
4760 Büllingen
www.freie.be

Volgende keer beter!

Begin 2016 publiceerde het KCE de 3e editie van zijn verslag over de performantie van het Belgische gezondheidssysteem. Dit rapport wordt elke editie rijker (nu al 106 indicatoren) en is dus boeiend leesvoer voor wie het kluwen van onze gezondheidszorg wil ontwarren. Een kluwen dat sommige politici trouwens zo onoverzichtelijk mogelijk proberen te houden door feiten en cijfers te verdraaien ten voordele van hun eigen ideologie. Sommigen vinden er argumenten in om de geneeskunde met 2 snelheden op de korrel te nemen. Zij leggen de nadruk op het bedrag dat de patiënt zelf moet ophoesten (18%), de groeiende ongelijkheid ten aanzien van de gezondheidsdeterminanten en het uitstellen van medische verzorging om financiële redenen (8%, met grote regionale verschillen). Anderen vinden onze gezondheidszorg dan weer veel te duur en de grootste extremisten spreken zelfs van een bodemloze put. Zij stellen welbekende pijnpunten rond overconsumptie aan de kaak (medische beeldvorming, antibiotica en antidepressiva) en wijzen op het grote aandeel van het bruto binnenlands product (bbp) dat naar gezondheid gaat (10,2%). Iedereen leest en interpreteert hoe hij of zij wil uiteraard. Hoewel... Polariseren zet zelden zoden aan de dijk en met ongenueanceerde, wankelende uitspraken komen we nergens. Als het over ons gezondheidssysteem gaat, mogen we niet te hoog van de toren blazen, maar er



“**Leer meer in team werken en verdeel je inspanningen beter.**”

is ook geen reden om door het stof te kruipen. Een schoolmeester zou het als volgt zeggen: **“Je rapport is meer dan behoorlijk. Je zit boven het gemiddelde, maar ik weet zeker dat je nog beter kan.”** Je resultaten zijn nog te uiteenlopend en onregelmatig. Rust dus niet op je lauweren, beste vriend. Hoe ouder je wordt, hoe moeilijker en ingewikkelder de leerstof zal worden. Je zal dat allemaal moeten bijhouden. Geen enkel onderwerp mag je uit het oog verliezen. Denk maar aan de geestelijke gezondheid en de begeleiding van chronisch zieken en zorgbehoevende mensen. Je zal ook meer in team moeten leren werken. Denk ook niet dat je betere resultaten zal bereiken door je harder uit te sloven. Je inspanningen evenwichtiger verdelen, daar draait het om. Knoop ook de leuze ‘voorkomen is beter dan genezen’ goed in je oren, want op dat vlak is er nog werk aan de winkel. Al is dat niet helemaal jouw schuld, je vriendjes van de andere gewesten maken het je op dat gebied (én enkele andere gebieden trouwens) niet makkelijk. Ziezo, trek er je lessen uit en volgende keer zal je het zeker nog beter doen...”

Xavier Brenez

Directeur-generaal van de Landsbond van de Onafhankelijke Ziekenfondsen

Hoofredactrice

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

Eindredactie

Steven Vervaeke en Lies Dobbelaere

Redactiecomité

Karima Amrous · Stéphanie Brisson · Ann Ceuppens · Aude Clève · Annemie Coëme · Lies Dobbelaere · Christian Horemans · Pascale Janssens · Güngör Karakaya · Agnès Leclercq · Murielle Lona · Nathalie Renna · Piet Van Eenoooghe · Christiaan Van Hul · Emilie Vanderstichelen · Vanessa Vanrillaer · Renata Van Woensel · Rudy Van Tielen · Steven Vervaeke

Lay-out

Leen Verstraete · layout@mloz.be

Foto's

Reporters & Shutterstock

Vertaling

Annemie Mathues · Emilie Van Isterdael · Julie Van Nieuwenhove · Geertje Vandecappelle · Angélique Vanderbracht

Verantwoordelijke uitgever

Xavier Brenez · xavier.brenez@mloz.be

Health Forum

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

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



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

Inhoud

Nr. 25

maart 2016

3 Edito

5 Wist u?

6 Dossier

Verzorging rond de zwangerschap en bevalling herzien

15 Forum zorgverstrekkers

eHealth - De e-huisarts, nog niet voor morgen?

Onze omgeving misleidt onze hersenen

Thuisverpleegkundige: een beroep of een roeping?

22 Studie

Implantaten, traceerbaar van fabrikant tot patiënt

24 Partnership

Opleidingen rond voeding 'voor én door experts'

mHealth Hackathon, een primeur in België

26 Kiosk

www.mloz.be

Dossier

Verzorging rond de zwangerschap en bevalling herzien

Sinds 1 januari 2016 is het verblijf in een kraamkliniek met een halve dag ingekort. Die vervroegde terugkeer naar huis lokt vragen uit, maar biedt ook mogelijkheden. Welke rol krijgen de betrokken actoren? Welke initiatieven zitten in de pijnlijn? Welke vragen blijven nog onbeantwoord?



6

Forum zorgverstrekkers

De e-huisarts, nog niet voor morgen?

Huisartsen zijn geen informatici. Bovendien kampen ze ook met een chronisch gebrek aan tijd. Geen toeval dus dat het voor vele huisartsen geen sinecure is om volop aan de slag te gaan met de verschillende eHealth-diensten. Hoe krijgen we hen helemaal mee in het e-verhaal?



16

Forum zorgverstrekkers

Thuisverpleegkundige: een beroep of een roeping?

Manu en Virginie zijn zelfstandige verpleegkundigen die hun eigen bvba hebben opgericht. Elke dag verzorgen ze met veel toewijding hun patiënten. Snel binnen-springen, een spuitje geven en wegwezen, dat zit niet in hun aard. Een dag in het spoor van deze gepassioneerde werkmieren!



20

9.602

Zoveel tandartsen telt ons land.
Gegevens FOD Volksgezondheid (2012)

6.358 miljard euro

Dat is het totaalbedrag aan uitkeringen voor arbeidsongeschiktheid dat het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV) uitbetaalde in 2015, tegen 6,244 miljard dat de Rijksdienst voor Arbeidsvoorziening (RVA) uitgaaf aan werkloosheidsuitkeringen. Een record!

1.000 uitdagingen om lichaamsbeweging te promoten bij hemofiliepatiënten



In België lijden ongeveer 1.000 personen aan hemofilie en jaarlijks komen daar nog 5 tot 10 nieuwe gevallen bij. Om het grote publiek bewust te maken van

die weinig gemediatiseerde ziekte heeft de Belgische Hemofilievereniging de campagne 'Miles for haemophilia' opgestart. Begin dit jaar riep de organisatie iedereen - patiënt, naaste of zorgverlener - op om zich fysiek in te zetten voor dit doel. De kandidaten konden zich op de website van de campagne inschrijven om hun uitdagingen te registreren. En die zijn zeer divers: "Fietsen, lopen, zwemmen, wandelen, dansen of tuinieren. Alles kan, zolang je maar beweegt!", klinkt het bij de vereniging. Waarom die nadruk op beweging? "Fysieke activiteit is essentieel voor de behandeling van hemofilie: in vorm blijven en de spieren en gewrichten gezond houden, is belangrijk voor elke patiënt." Voor elke persoon die een uitdaging aangaat, doet het bedrijf Pfizer een schenking aan de Belgische Hemofilievereniging.

www.milesforhaemophilia.be

Melk, de grote boosdoener?



De laatste jaren gaan veel stemmen op om melk van zijn voetstuk te halen. Allergieën, intolerantie, slechte reputatie,...: talrijke consumenten stellen zich vragen bij melk. Daarom formuleerde de Hoge Gezondheidsraad (HGR) een standpunt over de rol van melk en zuivelproducten in een gezond voedingspatroon en over hun positie in de voedselpiramides. Het advies somt ook de verschillende voedingsstoffen van elk product op. Daarnaast bestudeerde de HGR de literatuur over een eventuele link met borstkanker, een verband dat de tegenstanders van melk regelmatig aanhalen. Daaruit blijkt dat er onvoldoende coherent en beschikbaar bewijsmateriaal is om een link aan te tonen tussen de consumptie van melk en borstkanker.

Het volledige verslag kunt u lezen op www.health.belgium.be

17.200

Dat is het aantal vrouwen in België dat slachtoffer is van genitale vermindering.

Bron: Plan België



Verzorging rond de zwangerschap en bevalling herzien

Interview Dominique De Temmerman : “Naar een begeleid ouderschap” p.7

‘Terug naar het nest’: dé kans om de zorgkwaliteit te verbeteren p.9

Vroedvrouwen: 3 grote uitdagingen p.10

Zwangerschap, bevalling en moederschaprust: een economische analyse p.11

Naar een begeleid ouderschap

Sinds 1 januari 2016 is het verblijf in een kraamkliniek met een halve dag ingekort. Die vervroegde terugkeer naar huis lokt vragen uit, maar biedt ook mogelijkheden. Het is dé kans om positief na te denken over de taken van alle hoofdrolspelers rond de geboorte van een kind: de toekomstige ouders, de vroedvrouwen en de zorgverleners uit de eerste lijn. Dat is de mening van Dominique De Temmerman, kinderarts in het Erasmusziekenhuis en experte bij de Onafhankelijke Ziekenfondsen.



Dominique De Temmerman

Kinderarts in het
Erasmusziekenhuis

**Wat moeten we denken
van de beslissing om de**

**duur van het
verblijf in de
kraamkliniek
in te korten?**

Dominique De Temmerman – Eerst en vooral, dat kortere verblijf geldt enkel voor zwangerschappen met een laag risico en voor ‘normale’ bevallingen. Die evolutie was overigens al aan de gang nog voor de beslissing van de minister. Het verblijf in een kraamkliniek in ons land is eigenlijk altijd al langer geweest dan in de andere Europese landen en dat waarschijnlijk deels om niet-gerechtigde redenen. Maar we mogen niet kort door de bocht gaan. In andere landen is dat fenomeen geleidelijk gegroeid, met ‘traditionele’ structuren die deze natuurlijke evolutie gevolgd hebben. Bij ons ging het allemaal veel vlugger, waardoor we voorzichtig moeten zijn. Niettemin zijn de voordelen van dat ‘geplande’ vertrek naar huis, zoals we het noemen in het Erasmusziekenhuis, talrijk: je slaapt beter, je omgeving is minder stresserend, je voelt je veilig dankzij het dagelijkse bezoek van de vroedvrouw.

“

**De voordelen van dat
‘geplande’ vertrek naar
huis zijn talrijk: je slaapt
beter, je omgeving is minder
stresserend en je voelt je veilig
dankzij het dagelijkse bezoek
van de vroedvrouw.**

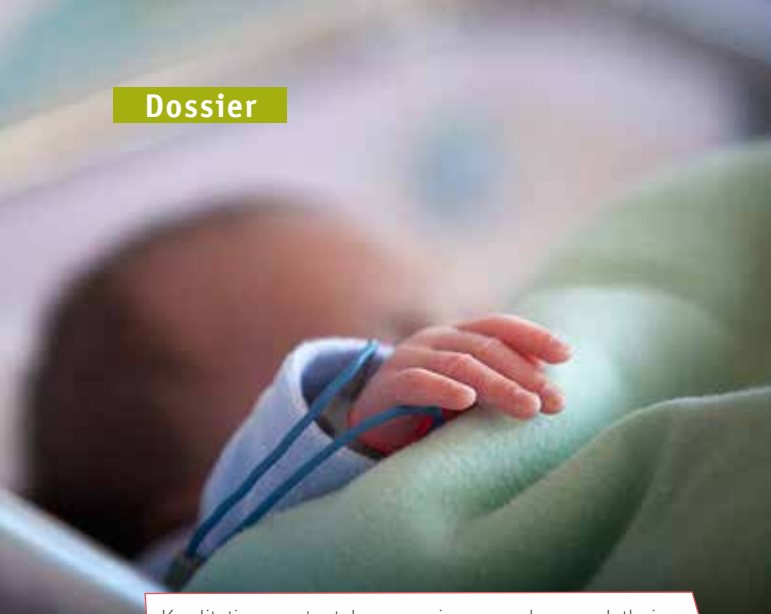
”

veilig dankzij het dagelijkse bezoek van de vroedvrouw en je kan rekenen op de steun van je familie.

Welke kansen biedt deze beslissing?

D. D. T. – Nu kunnen we de zwangerschap, de bevalling en de postnatale periode positiever benaderen als een zorg- en levenstraject. Ik hou wel van de uitdrukking ‘begeleid ouderschap’. Ik denk daarbij aan een permanente, logische en modernere opvolging die de ouders meer autonomie en kennis biedt, dankzij doordachte hulpmiddelen. Het geplande vertrek is ook een zegen voor de vroedvrouw. Die kan nu al haar aandacht besteden aan de mama, het kind en de familie in de ruime zin van het woord. Zij is vaak de vertrouwenspersoon bij uitstek van de vrouw, want die periode van het leven is net haar bestaansreden. Zo’n opvolging is ook veel persoonlijker en leidt tot een demedicalisering. Dat is nodig, want een studie van het KCE toonde al aan dat er soms te veel onderzoeken plaatsvinden.

We moeten ons focussen op de essentie, op basis van de aanbevelingen voor een goede praktijk. Dat is een grote uitdaging, maar ook een buitenkans die we niet onbenut mogen laten.



Kwalitatieve postnatale verzorging garanderen, ook thuis.

Waarop moeten we specifiek letten?

D. D. T. – Ondanks de voordelen voor de moeder, het kind en de maatschappij in het algemeen, moeten we waakzaam blijven voor enkele risico's. Dit nieuwe zorgmodel is er heel snel gekomen, waardoor de tijd ontbrak om te kijken of alles klaar was voor een goede postnatale opvolging. De minister heeft tegelijkertijd een oproep voor pilootprojecten gelanceerd én het verblijf in de kraamkliniek ingekort. Die tussenperiode vraagt om een grote voorzichtigheid. Zeker als het gaat om kwetsbare of (kans)arme groepen die om tal van redenen (taal, opleidingsniveau, drugsproblemen, ...) geen toegang hebben tot verzorging. Of denk maar aan zwangerschappen die laat ontdekt worden. We moeten vooral oog hebben voor die doelgroepen. En aandachtig blijven voor bepaalde emotionele risico's als een gebrek aan zelfvertrouwen of hechtingsproblemen.

Welke rol moet de vroedvrouw spelen binnen dit nieuwe model?

D. D. T. – De vroedvrouw speelt een sleutelrol op vlak van coördinatie en communicatie bij deze interdisciplinaire aanpak. Zij vormt de eerste lijn en de spil waarrond alles draait. Toch rijzen nog enkele vragen: zijn er genoeg vroedvrouwen? Zijn ze genoeg gespreid over het grondgebied? Vormt hun permanente opleiding de verplichte wettelijke basis voor de uitvoering van bv. eerste hulp bij een reanimatie van zuigelingen (waarvoor een tweejaarlijkse opleiding nodig is)? Zijn ze allemaal klaar? Is er een overgangsperiode gepland? Hoe zit het met de wisselwerking tussen vroedvrouwen en instellingen als Kind en Gezin of ONE, vlot dat wel? Huisarts, gynaecoloog en de kinderarts: de rolverdeling tussen al die betrokken partijen moet nauwkeurig worden bepaald.

Die nieuwe context heeft ook gevolgen voor de ziekenhuisactiviteiten en de ambulante zorg...

D. D. T. – Klopt, want jonge ouders leren ook veel tijdens het verblijf in de kraamkliniek: een bad geven, wiegendood voorkomen, borstvoeding geven, wat ze moeten doen als het kindje koorts maakt, enz. Met het kortere verblijf is het essentieel dat ouders de nodige informatie krijgen tijdens de zwangerschap: over gezond gedrag (roken, alcoholgebruik, voeding, rustperiodes), de dynamiek van het ouderpaar, de rol van de ouder, de voorbereiding van de borsten op het geven van borstvoeding, alle mogelijke manieren om te bevallen en alle hypothesen... De opsporing van stofwisselingsziekten in het bloed gebeurde gewoonlijk ook in het ziekenhuis. Een deel van die verstrekkingen moet nu dus ambulant gebeuren: bloed- en gehoor-testen, maar ook bepaalde pediatrische onderzoeken. Dat noemt men vaak 'het onderzoek van de 5e dag'. Onregelmatigheden bij de gewichtstoename, hartruis of geelzucht worden namelijk vaak pas enkele dagen na de geboorte ontdekt.

De opvolging door een vroedvrouw is persoonlijker en zorgt voor een demedicalisering.

Hoe kunnen we de kwaliteit en de continuïteit van de verzorging volgens u in de toekomst garanderen?

D. D. T. – We moeten dit nieuwe zorgtraject nauwgezet opvolgen om de veiligheid en de kwaliteit ervan te toetsen. De FOD Volksgezondheid heeft hiervoor goede codes uitgewerkt, die beantwoorden aan nauwkeurige regels. Zowel tijdens de zwangerschap, bij de geboorte als perinataal is er nood aan een minimum aan formele regels, structuren en protocols. Bepaalde indicatoren en evaluaties zijn onontbeerlijk, o.a. met het oog op de opsporing van ongewenste effecten. Er zullen waarschijnlijk meer ziekenhuisopnames zijn. We zullen moeten nagaan om welke redenen dat gebeurt en of er verschillen zijn naargelang de regio. Hoe verloopt de opvolging als de vroedvrouw de fakkel doorgeeft aan de kinderarts, het wijkgezondheidscentrum of de huisarts? Ook dat moeten we controleren. Die evaluaties zullen de verzorging en opvolging verbeteren, ook dankzij de feedback van vroedvrouwen uit de ziekenhuizen, zelfstandige vroedvrouwen, gynaecologen, kinderartsen en zeker en vast ook van de ouders.



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

'Terug naar het nest' Dé kans om de zorgkwaliteit te verbeteren

Na haar beslissing om de duur van het verblijf in de kraamkliniek in te korten, deed Minister van Volksgezondheid De Block in juli 2015 een oproep voor pilootprojecten. Het doel: de thuisopvolging na de bevalling verbeteren. 'Terug naar het nest' van het Erasmusziekenhuis is één van de ingediende projecten. Het gaat om een zorgtraject dat moeder en kind begeleidt van het begin van de zwangerschap tot na de geboorte.

Dit project van het Erasmusziekenhuis en de VUB benadrukt het cruciale belang van de voorbereiding tijdens de prenatale fase. "We hebben een globaal zorgtraject uitgewerkt", vertelt Valérie Albertyn, verpleegster en projecthoofd. "Dat bestaat uit verschillende periodes: prenataal, het ziekenhuisverblijf en de periode na het vertrek uit het ziekenhuis. Zo willen we de juiste begeleiding en hulpmiddelen verzekeren, op maat van elke fase en zonder het verband tussen die fases uit het oog te verliezen. We werken dan ook met een groep van pediatrische verpleegkundigen, interne en externe vroedvrouwen, gynaecologen, kinderartsen, maatschappelijke werkers, enz."

In het Erasmusziekenhuis spreken ze over een 'gepland vertrek'. Dat wordt samen met de toekomstige ouders georganiseerd vanaf de prenatale fase, rond de 28e week van de zwangerschap. "We hebben een controlelijst ontwikkeld die als handleiding dient voor de vroedvrouwen en gynaecologen tijdens de prenatale raadplegingen. Met andere woorden, we willen anticiperen op alles wat vroeger onmiddellijk na de bevalling of tijdens het verblijf in de kraamkliniek gebeurde", legt Albertyn uit.

"Zo sparen we tijd uit en kunnen we tal van problemen opsporen die we al kunnen aanpakken tijdens de prenatale fase."

Enkel bevallingen zonder specifieke complicaties voor moeder of kind komen in aanmerking voor het project 'Terug naar het nest'. Volgens een voorlopige raming komt dat neer op 60% van de 2.300 bevallingen die jaarlijks plaatsvinden in het Erasmusziekenhuis. Om het 'vervroegde' vertrek uit de kraamkliniek optimaal te laten verlopen, moeten baby én mama volledig beantwoorden aan een hele reeks criteria.

Samenwerking met zelfstandige vroedvrouwen

De vroedvrouwen zijn dé spilfiguren van het geplande vertrek en ze spelen dus een sleutelrol in dit project. "We willen samenwerkingsovereenkomsten sluiten met zelfstandige vroedvrouwen om zo de zorgkwaliteit en de feedback erop te garanderen. Als ons pilootproject groen licht krijgt, zal de coördinatie van deze verzorging uitbesteed worden aan Aremis, een structuur met veel ervaring op vlak van thuisbegeleiding. Zij zullen fungeren als samenwer-

kingsplatform en nagaan of het traject correct verloopt."

Door het kortere verblijf in de kraamkliniek is de vraag naar postnatale thuiszorg exponentieel gestegen. In die mate dat de vraag het aanbod aan ervaren vroedvrouwen in de thuiszorg overstijgt. "Daarom willen we de opleidingen en begeleidingssystemen in het ziekenhuis zelf organiseren", voegt Albertyn toe. Op vlak van de opvolging van de pasgeborene bepaalt het project dat de baby op raadpleging moet komen bij de kinderarts tussen de 7e en 10e dag. Daarna neemt Kind en Gezin de fakkel over. "De inkorting van het verblijf in de kraamkliniek is niet echt populair, want het gaat om pasgeborenen. Maar we moeten die kans aangrijpen om de globale zorgkwaliteit te verhogen", klinkt het bij Valérie Albertyn. Het project 'Terug naar het nest' zit in een testfase sinds oktober 2015 met een interne coördinatie en wacht nu op groen licht. De beslissing van de minister over de ingediende pilootprojecten zou eind april 2016 bekend moeten zijn.



Nathalie Renna

nathalie.renna@mloz.be

Vroedvrouwen 3 grote uitdagingen



Michèle Warnimont



Joke Muyldermans

Vroedvrouwen zijn dé sleutelfiguren rond de vervroegde terugkeer naar huis, daar is iedereen het over eens. Daar zijn ze zelf heel blij mee, maar tegelijkertijd hebben ze weinig tijd om zich aan te passen aan die nieuwe realiteit. 2 vroedvrouwen leggen uit wat de 3 grote uitdagingen zijn!

1 Zijn er genoeg vroedvrouwen om de vervroegde terugkeer naar huis op te vangen?

Michèle Warnimont, adviseur bij de Professionele Unie van Belgische vroedvrouwen: "Waarschijnlijk niet, maar er is geen beroepsregister en geen planning. We kunnen het beschikbare aantal vroedvrouwen dus moeilijk evalueren. We kampen bovendien met een ongelijke spreiding van de actieve vroedvrouwen in België. We weten bv. dat er een tekort is in de provincies Namen en Luxemburg. Vele vroedvrouwen zijn ook werkloos. We moeten ons beroep dus beschermen en er moeten criteria komen voor de opleiding, de begeleiding en de zorgcontinuïteit. Heel wat vroedvrouwen oefenen hun activiteit uit in bijberoep als zelfstandige, wat de zaken niet makkelijker maakt. Het probleem stelt zich ook bij beginnende vroedvrouwen, want die werken vaak als uitzendkracht in het begin van hun loopbaan."

Joke Muyldermans, voorzitter van de Vlaamse organisatie van vroedvrouwen: "Er zijn vroedvrouwen genoeg. Velen beschouwen die evolutie als een kans om hun beroep uit te bouwen als zelfstandige. En dat is een goede zaak, want ze vinden nu eenmaal niet altijd werk in een ziekenhuis. Heel wat gediplomeerde jongeren kiezen bv. voor een carrière als thuisverpleegkundige en vroedvrouw in bijberoep."

2 Hoe kan de opleiding afgestemd worden op deze nieuwe realiteit?

Michèle Warnimont: "Er zijn meer stages buiten het ziekenhuis nodig. Momenteel is de verhouding tussen stages in het ziekenhuis en die erbuiten namelijk onevenwichtig. Daarnaast moeten beginnende vroedvrouwen meer gecoacht worden door hun meer ervaren collega's. In de beroepsorganisaties nemen opleiders al deel aan de reflectie over het beroep."

Joke Muyldermans: "De thema's van de eerste lijn en het moederschap zitten al in de opleiding, maar het is belangrijk om rekening te houden met de huidige veranderingen. De opleiding zou daarom verlengd moeten worden (van 3 naar 4 jaar). Wij zijn voortaan ook medisch aansprakelijk, want we mogen bepaalde handelingen en behandelingen voorschrijven. Idealiter zou deze nieuwe werkelijkheid een invloed moeten hebben op het stage-aanbod. Momenteel zijn er echter niet alleen te weinig stageplaatsen, maar de stages duren ook niet lang genoeg (2 à 3 weken) om alle nieuwe aspecten van het beroep te kunnen oefenen."

3 Hoe moeten we het beroep opwaarderen en toekomstige ouders sensibiliseren?

Michèle Warnimont: "Er moeten incentives komen voor een ontmoeting tussen de toekomstige mama en de vroedvrouw en een thuisbezoek voor de bevalling. Zo is de zwangere vrouw goed geïnformeerd over de vervroegde terugkeer naar huis. Bovendien ontstaat er op die manier ook een band tussen de mama en een vereniging van vroedvrouwen voor de bevalling. Ten slotte pleiten wij al lang voor de oprichting van een deontologische raad voor vroedvrouwen om ons beroep te beschermen."

Joke Muyldermans: "Ik vind dat de regering al werkt aan die bewustmaking. In de praktijk is onze vereniging opgebouwd rond werkgroepen, waaronder die van de eerstelijns vroedvrouwen. Per regio zijn er vroedvrouwenkringen die minstens een keer per jaar samenkomen met het regionale ziekenhuis. Zo kunnen we zeer concreet samenwerken rond een betere naadloze zorg."

Interviews door **Stéphanie Brisson & Lies Dobbelaere**

Zwangerschap, bevalling en moederschaprust: een economische analyse

Volgens de OECD duurt een ziekenhuisverblijf na een bevalling in ons land langer dan het Europese gemiddelde. Daarom staan in het regeerakkoord maatregelen om 'lange, nutteloze ziekenhuisverblijven te vermijden, gecombineerd met een goedkoper, alternatief zorgaanbod'. Wat is de huidige situatie? Op welke zorgverlening doen vrouwen een beroep voor, tijdens en na de bevalling? Wanneer wordt de vroedvrouw erbij geroepen? Om deze vragen te beantwoorden, hebben de Onafhankelijke Ziekenfondsen een economische analyse van de bevalling uitgevoerd.

De Onafhankelijke Ziekenfondsen bestudeerden de zorgverlening van leden die in 2013 bevallen zijn. Het gaat om 16.473 bevallingen van vrouwen tussen 15 en 47 jaar.

We namen 3 periodes onder de loep:

- **Periode 1:** 9 maanden vóór de bevalling (vanaf de conceptie van het kind)
- **Periode 2:** de ziekenhuisopname naar aanleiding van de bevalling
- **Periode 3:** 3 maanden na de bevalling

Op die manier bestudeerden we een volledig jaar van verzorging.

Vrouwen bevallen in 99% van de gevallen tijdens een klassieke ziekenhuisopname. Het resterende percentage bevalt thuis (0,6%) of tijdens een dagopname (0,4%). Bij natuurlijke bevallingen zijn de vrouwen gemiddeld 30 jaar. Bij keizersneden is dat 31 jaar. 22% van de bestudeerde leden beviel met een keizersnede. Dat aantal ligt duidelijk hoger dan de 15% die de Wereldgezondheidsorganisatie (WGO) aanbeveelt

voor een Westers land. Vanaf 35 jaar stijgt het aantal keizersneden zelfs tot 25%.

Voorname resultaten

Per type bevalling stellen we geen opvallende verschillen vast tussen de verschillende gewesten. Er is wél een duidelijk verschil tussen de soorten bevallingen (keizersnede of natuurlijke bevalling) voor de 3 parameters van tabel 1.

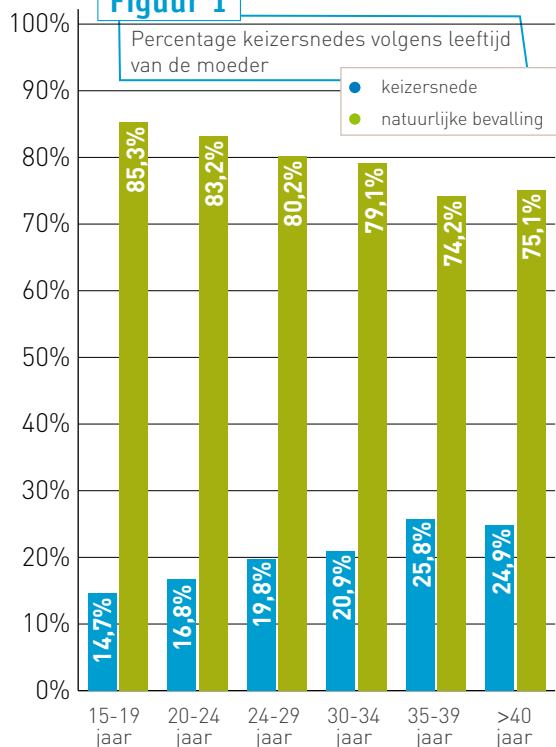
- Er zit een verschil van bijna 2 dagen ziekenhuisverblijf tussen een natuurlijke bevalling (4,5 dagen) en een keizersnede (6,4 dagen).
- Het percentage aan keizersneden stijgt samen met de leeftijd van de moeder: van 14,7% voor moeders tussen 15 en 19 jaar tot 25% voor vrouwen van 35 jaar en ouder.
- De gemiddelde verblijfsduur (GVd) van de moeders stijgt spectaculair als de baby opgenomen moet worden voor bijkomende diagnostische onderzoeken, belangrijke medische verzorging of chirurgische ingrepen.

Tabel 1

Verdeling van de geboortes volgens type bevalling en gewest waar de bevalling plaatsvond

	Gewest	N	% type bevalling	Leeftijd (jaar)	Duur verblijf (dagen)
Keizersnede	Brussel	1.297	21,3%	32,7	6,4
	Vlaanderen	1.179	21,9%	31,7	6,4
	Wallonië	1.135	22,6%	31,2	6,2
Natuurlijke bevalling	Brussel	4.779	78,7%	31,2	4,7
	Vlaanderen	4.199	78,1%	30,7	4,3
	Wallonië	3.884	77,4%	30,2	4,6

Figuur 1



10,5% van de bevallingen leidt tot een specifieke opname van de baby.

- Als het kind om medische redenen is opgenomen in het ziekenhuis, verblijft de mama meerdere dagen in het ziekenhuis.
- De verhouding van opgenomen pasgeborenen ligt 2,5 maal hoger bij een bevalling via keizersnede (20% vs. 8%). In 54% van de gevallen wordt de baby opgenomen in een dienst voor intensieve neonatale verzorging (mogelijke oorzaken: vroeggeboorte, ondergewicht bij de geboorte, ademhalingsproblemen, ... met een gemiddelde verblijfsduur van 6,7 dagen). In 43% van de gevallen gaat het om een dienst voor niet-intensieve neonatale verzorging (N*) voor acute verzorging die minder technologie vereist (GVd = 11,3 dagen).

Uitgaven voor de ziekteverzekering en kosten voor de verzekerde

- Een vrouw tussen 15 en 47 jaar die niet bevallen is in 2013, vertegenwoordigde 1.200 euro aan kosten voor geneeskundige verzorging (gemiddeld 100 euro per maand). In dezelfde leeftijdsgroep kost een vrouw die in 2013 met een keizersnede bevallen is, 6.800 euro aan de ziekteverzekering en een vrouw die natuurlijk bevallen is 5.025 euro (afgerond bedrag van de 3 periodes).
- De bedragen van periode 2 (opname) variëren sterk, naargelang het soort ziekenhuis: universitair of

niet-universitair. Een universitaire instelling rekent 20% meer aan op de factuur, ongeacht het type bevalling.

- In het bestudeerde jaar gaat 65 à 67% van de jaarlijkse uitgaven voor kersverse moeders naar de ziekenhuisopname n.a.v. bevalling (€ 3.300 tot € 5.025 voor een natuurlijke bevalling en € 4.600 tot € 6.800 voor een keizersnede).
- 5% van de moeders heeft een terugbetaalde ziekenhuisfactuur van meer dan € 5.000 voor een natuurlijke bevalling en € 7.400 voor een keizersnede.
- Tot slot merken we op dat het remgeld voor de terugbetaalbare verstrekkingen in dat jaar redelijk bescheiden is ten opzichte van de totale kost van een bevalling en de voor- en nazorg ervan. Uiteraard zouden de kosten voor de patiënte (of voor de hospitalisatieverzekering) meer bedragen als we rekening hielden met de ziekenhuissupplementen.

Raadplegingen

Er zijn grote verschillen in de manier waarop toekomstige mama's zich laten begeleiden en zich voorbereiden op de geboorte. Elke situatie, elk geval is anders. Figuur 2 toont in welke mate moeders een beroep doen op zorgverleners voor zichzelf gedurende de 3 periodes, en gedurende de nazorgperiode voor hun baby.

Vóór de bevalling

- Alle toekomstige moeders raadplegen een **gynaecoloog** tijdens hun zwangerschap. Het gaat om gemiddeld 10,8 raadplegingen op een periode van 9 maanden. In 66% van de gevallen raadplegen ze ook een huisarts, maar niet noodzakelijk in verband met de zwangerschap.
- De helft van de vrouwen schakelt een **vroedvrouw** in vóór de bevalling (minder dan 15% van die raadplegingen vinden thuis plaats). Zij zien haar gemiddeld 3 à 4 keer tijdens de zwangerschap.

In het ziekenhuis

- In het ziekenhuis zien alle vrouwen minstens eenmaal een **gynaecoloog** (tijdens de bevalling), en 90% ziet minstens tweemaal een pediater.
- In het ziekenhuis zien bijna alle moeders ook een **vroedvrouw**.

Tabel 2

RIZIV-terugbetalingen en remgeld gedurende de 3 periodes

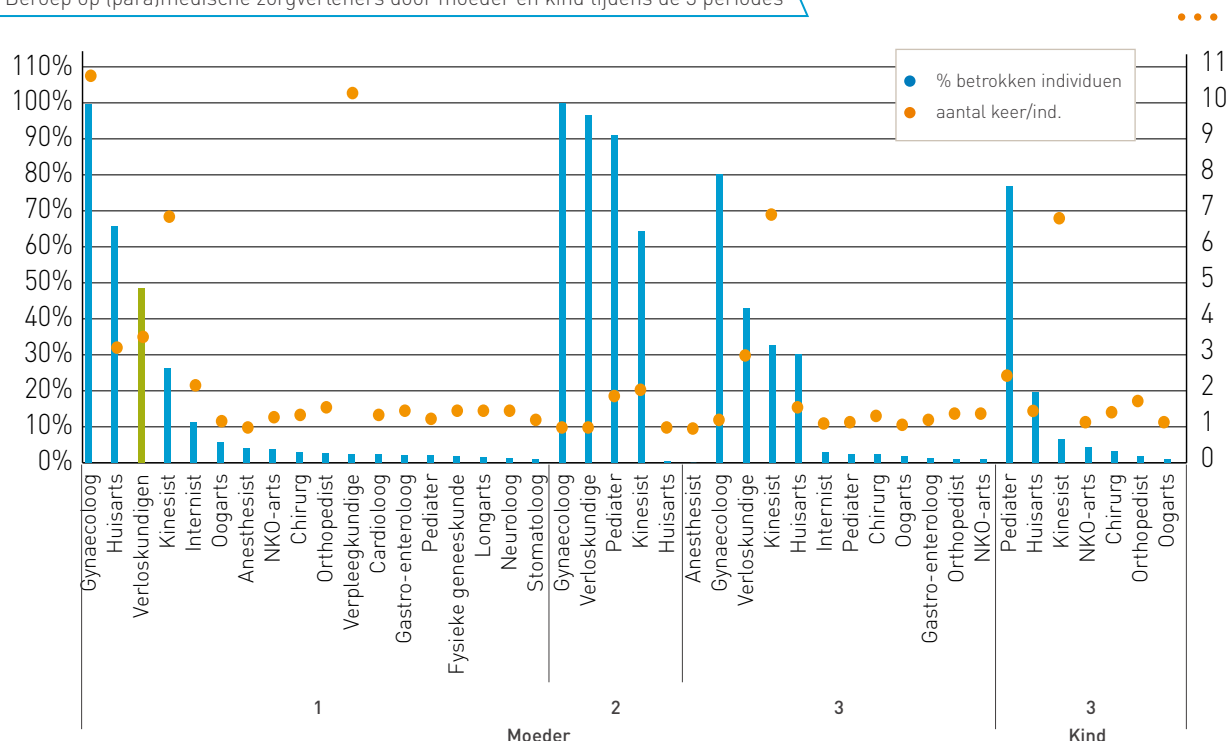
			RIZIV-terugbetalingen			Remgeld		
	Periode	Type bevalling	Gemiddelde	Mediaan	5% van de populatie	Gemiddelde	Mediaan	5% van de populatie
Moeder	Zwangerschap	Keizersnede	€ 1.840,68	€ 1.156,77	€ 5.119,17	€ 243,75	€ 215,66	€ 526,05
		Natuurlijke bevalling	€ 1.417,61	€ 978,63	€ 3.592,10	€ 215,73	€ 195,76	€ 439,29
	Verblijf op materniteit	Keizersnede	€ 4.609,00	€ 4.143,53	€ 7.368,55	€ 173,36	€ 173,45	€ 260,47
		Natuurlijke bevalling	€ 3.322,56	€ 3.105,82	€ 4.962,92	€ 137,28	€ 145,15	€ 194,89
	3 maanden na bevalling	Keizersnede	€ 359,17	€ 177,40	€ 1.034,78	€ 46,32	€ 28,11	€ 147,55
		Natuurlijke bevalling	€ 283,50	€ 166,90	€ 669,93	€ 44,25	€ 26,45	€ 133,91
Kind	Verblijf op materniteit	Keizersnede	€ 5.362,82	€ 2.048,53	€ 20.499,79	€ 93,29	€ 68,56	€ 261,71
		Natuurlijke bevalling	€ 2.356,67	€ 252,18	€ 12.100,13	€ 54,01	€ 23,84	€ 208,34
	3 maanden na bevalling	Keizersnede	€ 2.056,27	€ 190,70	€ 9.649,14	€ 92,24	€ 50,64	€ 312,67
		Natuurlijke bevalling	€ 844,23	€ 145,75	€ 3.460,16	€ 65,12	€ 39,37	€ 202,80

Na de ziekenhuisopname

- 80% gaat minstens 1 keer langs bij een **gynaecoloog** in de 3 maanden na de bevalling. Jonge moeders raadplegen ook de huisarts: 30% ziet hem 1 of 2 keer in deze periode, beduidend minder dan tijdens de zwangerschap.
- Na de bevalling roept 40 tot 50% (naargelang het type bevalling) van de moeders de hulp van een **vroedvrouw** in. Meestal voor verzorging en monitoring thuis, of in verband met de borstvoeding.
- Bijna 33% van de vrouwen heeft 7 **kinesitherapiesessies** gedurende deze 3 maanden (voornamelijk tijdens de eerste 2 maanden).
- 77% van de baby's heeft een **pediater** gezien in de eerste 3 maanden na de opname. En dat gemiddeld 2,5 keer in totaal, dus ongeveer eenmaal per maand.

Figuur 2

Beroep op (para)medische zorgverleners door moeder en kind tijdens de 3 periodes



Medische verstrekkingen

- 100% van de toekomstige moeders ondergaat **analyses voor klinische biologie**, gemiddeld 3 keer tijdens de zwangerschap. Het gaat om de traditionele basisdoseringen, maar ook om onderzoeken naar toxoplasmose (bij 88% van de vrouwen), cytomegalovirus (80%), hepatitis (70%), hiv (7 %), ... Frappant is dat deze onderzoeken 1 à 3 keer uitgevoerd worden bij dezelfde zwangere vrouw.
- De **tweedimensionale echografie** wordt uitgevoerd bij 94% van de vrouwen, gemiddeld 2,4 keer tijdens de zwangerschap. Een andere test, **het functionele**

nele echografische onderzoek van de foetus, wordt uitgevoerd bij 51% van de vrouwen, met dezelfde frequentie van 2,4 keer.

- Een derde onderzoek, de **prenatale cardiotocografie**, wordt in 76% van de gevallen uitgevoerd, gemiddeld 3,5 keer per vrouw. Dit is een monitoring van de foetus door een grafische registratie van de hartslag.



Rudy Van Tienen, Wetenschappelijk en economisch expert
Renata Van Woensel, Medisch expert

Standpunt van de Onafhankelijke Ziekenfondsen



Te veel raadplegingen en onderzoeken, louter uit routine?

Bij de opvolging van de zwangerschap stellen wij gemiddeld 11 raadplegingen door gynaecologen vast en in de helft van de gevallen komen daar nog 3 raadplegingen door vroedvrouwen bovenop. Dit aantal overstijgt de aanbevelingen van het KCE*, die neerkomen op 10 prenatale raadplegingen voor vrouwen die hun 1e kind krijgen en 7 raadplegingen voor vrouwen die al kinderen hebben.

Sommige handelingen uit de klinische biologie lijken overigens routinematig meerdere keren uitgevoerd te worden zonder rekening te houden met de risicofactoren van de moeder. Het gemiddelde aantal echografieën overstijgt ook het aanbevolen aantal. Het is daarentegen merkwaardig om te moeten vaststellen dat in bijna een kwart van de zwangerschappen helemaal geen onderzoek werd gedaan naar het ontbreken van antilichamen tegen het hiv-virus, terwijl een prenatale behandeling juist aanbevolen is bij hiv-positieve patiënten. De studie bekeek vooral toekomstige moeders met een laag zwangerschapsrisico, voor wie een relatieve demedicalisering denkbaar is **met een rationeler gebruik van raadplegingen en bijkomend onderzoek.**

Het percentage van de keizersneden is overigens nog altijd te hoog in België: 22% bij de bestudeerde populatie en 25% bij de vrouwen ouder dan 35 jaar. Volgens de Onafhankelijke Ziekenfondsen moet het mogelijk zijn om snel te komen tot een verlaging van het percentage van de keizersneden tot onder de 20%, wat beter zou aanleunen bij de aanbevelingen van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO).

Thuiszorg door vroedvrouwen uitbreiden

Zwangere vrouwen zijn uiteraard verschillend, ook op medisch en sociaal vlak. Voor de meesten onder

hen is leven geven een bron van vreugde. In dat geval is een dagje minder in het ziekenhuis slechts een detail. Maar anderen, vooral vrouwen in een moeilijke situatie, zijn erg kwetsbaar op dat moment in hun leven. Hoe kunnen vroedvrouwen beter geïntegreerd worden in zowel alternatieve structuren als in het ziekenhuis? Een aantal pilootprojecten zullen deze vraag moeten beantwoorden.

De Onafhankelijke Ziekenfondsen pleiten **voor de uitbreiding van thuiszorg door vroedvrouwen, in het belang van moeder én kind.** Aan dit individuele zorgtraject hangt natuurlijk een prijskaartje, maar dat is beduidend lager dan de ziekenhuiskosten. De studie van de Onafhankelijke Ziekenfondsen toont namelijk aan dat de vroedvrouwen maar voor 5% meewegen in de kosten van een bevalling. Voor 2016 bedraagt hun budget bovendien slechts € 21,3 miljoen, dat is 0,1% van het totale budget voor geneeskundige verzorging. Te weinig mama's weten trouwens dat de ziekteverzekering postnatale thuiszorg door een geconventioneerde vroedvrouw volledig terugbetaalt. Het is belangrijk om ze daarover te informeren en daar is een rol weggelegd voor de ziekenfondsen.

Uiteraard moeten ook andere zorgverleners actief betrokken worden bij de postnatale opvolging van ouders en baby's (huisartsen, pediaters, gynaecologen, ...). Er moeten daarnaast **'waak'-maatregelen** komen: heropnames van zuigelingen monitoren, ervoor zorgen dat de ondersteuningsdiensten voldoende blijven in alle gewesten (gezinshulp, ...), enz.

* Ontdek de studie 'KCE 248BS' op <https://kce.fgov.be>

DIXIT

“ Ik denk dat veel chronisch zieken geconfronteerd worden met problemen van isolatie en controleverlies op hun leven.[...] Ik zou willen pleiten om bij chronisch zieke patiënten te peilen naar de ernst van het controleverlies op hun leven. Dan pas kunnen er adequate behandelplannen uitgetekend worden. Zich focussen op cognitieve gedragstherapie om de patiënt anders te laten leven, is wat kort door de bocht. Het lijden heeft niet met cognities te maken, maar met de realiteit van het dagelijks moeten omgaan met steeds weerkerende fysieke klachten. ”

Getuigenis van dr. Annemie Uyttersprot, neuropsychiater én CVS-patiënte (chronisch vermoeidheidssyndroom)

mediquality.net

Gemeenschappelijk labo voor Brusselse ziekenhuizen

De 5 universitaire ziekenhuizen van Brussel slaan de handen in elkaar om één van de grootste geautomatiseerde laboratoria van Europa op te richten, samen met de ULB. De vele doelstellingen zijn ambitieus: de expertise vergroten, geavanceerd onderzoek ontwikkelen en onderwijs stimuleren. En dat zonder de financiële gezondheid van de deelnemende instellingen uit het oog te verliezen. De activiteiten van het Het Universitair Laboratorium Brussel zullen plaatsvinden op het nieuwe technische plateau dat op de Hallepoortsite gebouwd werd. De labo's van het Erasmusziekenhuis, het Jules Bordet Instituut, het Universitaire kinderziekenhuis Koningin Fabiola, het UVC Brugmann en het UMC Sint-Pieter blijven hun lokale klinische opdrachten uitvoeren en maken dus integraal deel uit van deze nieuwe structuur.

Ontdek het filmpje over het nieuwe labo op www.chu-brugmann.be/nl/news

Simulatiecentrum in het ziekenhuis zelf



Het ziekenhuis Marie Curie van Charleroi opende een centrum om artsen en verpleegkundigen in de operatiezaal te laten oefenen in realistische omstandigheden, maar dan met een hoogtechnologische pop. “In het operatiekwartier ligt een virtuele patiënt in een apart lokaaltje, tussen de echte patiënten. Het centrum richt zich tot gezondheidsprofessionals en het ziekenhuispersoneel, namelijk de dokters en verpleegkundigen. Studenten die hier stage lopen, kunnen de infrastructuur ook gebruiken, maar die is in de eerste plaats bedoeld voor ons eigen personeel”, verduidelijkt Marc Vrancks, diensthoofd van de spoedafdeling. De oefeningen worden gefilmd én live gevolgd in de kamer ernaast. Zo kan er feedback gegeven worden over de handelingen en reacties van de proefpersonen tijdens de simulatie.

28

Dat is het aantal gelijkwaardig voltijdsen (GVT) dat gepland is voor de privévalidatiecentra, dankzij de transfer van 1.400.000 euro naar de gewestelijke entiteiten.

Ontwerp van Koninklijk Besluit van de Ministerraad.

eHealth De e-huisarts, nog niet voor morgen

Huisartsen zijn geen informatici. Bovendien kampen ze ook met een chronisch gebrek aan tijd. Geen toeval dus dat het voor vele huisartsen geen sinecure is om volop aan de slag te gaan met de verschillende eHealthdiensten. Hoe krijgen we hen helemaal mee in het e-verhaal? "Het RIZIV verdeelt 1 miljoen euro over de Gewesten en Gemeenschappen om te investeren in opleidingen", zeggen Mickaël Daubie en Pierre Bonte van de dienst Research, Development & Quality van het RIZIV.

Volgens een enquête van Artsenkrant uit 2014 had 57% van de huisartsen nog nooit gehoord van de **eHealthBox**. Nochtans moet die beveiligde elektronische brievenbus het belangrijkste communicatiemiddel worden tussen zorgverleners voor vertrouwelijke medische gegevens. Dat staat te lezen in het geactualiseerde actieplan eGezondheid 2015-2018. Hoe kunnen we van elke huisarts een e-huisarts maken tegen 2019?

Gebruiken huisartsen de eHealthBox ondertussen al meer dan in 2014?

Mickaël Daubie - Het gebruik van de eHealthbox is min of meer stabiel gebleven. In 2014 verstuurd zorgverleners ongeveer 47 miljoen berichten en in 2015 schommelt het gebruik tussen 3,2 à 4 miljoen berichten per maand. Van januari tot november 2015 zijn er ongeveer 41 miljoen berichten verstuurd. Het exacte aantal huisartsen die deze tool gebruiken, kennen we echter niet. We hebben enkel een zicht op het aantal verstuurd berichten via deze tool.

Wat zijn de voornaamste obstakels voor een nog groter gebruik van de eHealthdiensten?

Pierre Bonte: Een arts die de eHealthdiensten gebruikt, is enthousiast. Alleen is het niet zo simpel om hen aan boord te

krijgen. Het gaat om technisch complexe diensten en huisartsen zijn van 's ochtends tot 's avonds in de weer in hun praktijk. Bovendien zijn er op het terrein soms nog technische problemen met bepaalde softwarepakketten. **Recip-e** en de raadpleging van de verzekeraar werken bv. vlekkeloos, maar het gebeurt dat huisartsen bv. moeilijk een verbinding kunnen maken met andere diensten. Maar voor alle duidelijkheid, dat gaat om kin-

derziektes en de verschillende softwareleveranciers doen er alles aan om die euvelds weg te werken. **M.D.:** En dan is er ook de **geïnformeerde toestemming van de patiënt**. Zorgverleners kunnen pas gegevens als medicatieschema's of het **beknopt gezondheidsdossier (SUMEHR)** delen als de patiënt hiervoor zijn goedkeuring heeft gegeven. Dat zijn gegevens die uitgewisseld worden via de hubs en metahubs (regionale en lokale uitwisselingssystemen van

...

eHealthdiensten voor de huisarts: een top 5!

Er bestaan tal van concrete toepassingen en diensten voor een betere, snellere en veiligere elektronische dienstverlening en informatie-uitwisseling in de gezondheidszorg. Maar welke zijn vooral voor huisartsen belangrijk?

1. **eHealthBox**: een beveiligde elektronische brievenbus waarmee zorgverleners vertrouwelijke berichten kunnen ontvangen en versturen (laboratoriumuitslagen, medische verslagen, ontslagbrieven, ...).
2. **Recip-e**: een tool waarmee artsen hun voorschriften elektronisch naar de apotheker kunnen sturen.
3. **Geneesmiddelen Hoofdstuk IV**: het gaat om geneesmiddelen waarvoor een toestemming van de adviserend geneesheer van het ziekenfonds nodig is. Alle aanvragen en toestemmingen verlopen elektronisch, waardoor alles veel sneller gaat.
4. **eGMD**: alle administratie rond het Globaal Medisch Dossier verloopt via het elektronische netwerk MyCareNet (dienstenplatform om informatie uit te wisselen met de ziekenfondsen).
5. **eFact**: elektronische facturatie tussen huisartsen en ziekenfondsen zonder getuigschrift voor verstrekte hulp (ook via MyCareNet).

medische gegevens) om de zorgcontinuïteit te verbeteren. Voor het uitwisselen van administratieve gegevens vormt de geïnformeerde toestemming gelukkig geen obstakel. **eFact**, **eGMD** of **Recip-e**: huisartsen kunnen die diensten gebruiken zonder de goedkeuring van hun patiënten. Ook voor de verzending van medische gegevens tussen geïdentificeerde zorgverleners via de eHealthbox is geen toestemming nodig. Die elektronische uitwisseling is namelijk vooral een vervanging van de papieren stroom.

Welke initiatieven zitten er in de pijplijn om huisartsen beter te informeren en op te leiden?

M.D.: Het RIZIV heeft voor 2015 en 2016 een budget van 1 miljoen euro vrijgemaakt voor de Gewesten en Gemeenschappen. Daarmee kunnen zij **opleidingen en informatie-acties op touw zetten**, vooral gericht naar huisartsen. Denk maar aan de opleidingen die Abrumet, de vzw achter het Brussels Gezondheidsnetwerk, organiseert in 2016.

P.B.: Vlaanderen is daar zelfs al langer mee bezig via eenlijn.be, een samenwerking tussen beroepsorganisaties uit de gezondheidszorg en ICT-partners. Daar heeft de Vlaamse overheid al geld voor vrijgemaakt, maar van het RIZIV krijgt het Vlaams Gewest nog

eens 500.000 euro extra. In Wallonië zijn de initiatieven van het Réseau Santé Wallon iets beperkter. Om in aanmerking te komen voor het budget van het RIZIV heeft de Waalse overheid nu echter een breder en gestructureerd opleidingsproject uitgeschreven.

In het eGezondheidsplan is er ook sprake van een 'digitale zandbak' om mee te oefenen in 2016...

M.D.: Over de benaming spreek ik me niet uit (lacht). Maar dat gaat om een **testplatform** waarop studenten en zorgverleners verschillende eHealthdiensten kunnen uitproberen met fictieve patiënten.

Moeten de eHealthdiensten ook geen deel uitmaken van de artsenopleiding?

M.D.: Dat staat ook in het plan, maar zonder een specifieke timing. Het onderwijs is namelijk de verantwoordelijkheid van de Gemeenschappen.

P.B.: Het is wel zo dat de academische centra huisartsengeneeskunde van de universiteiten hun studenten al opleiden rond het Elektronisch Medisch Dossier (EMD). Het probleem is echter dat ze slechts een licentie hebben voor één bepaalde software, terwijl er tientallen softwarepakketten bestaan. Je kan die niet allemaal aanleren. Vandaar ook

het idee van de 'digitale zandbak', waarin studenten en huisartsen met alle soorten software kunnen oefenen.

En zijn er ook financiële incentives?

M.D.: Zeker, in 2015 kregen huisartsen al een **premie van 500 euro** als ze 100 SUMEHR's oplaadden via de digitale platformen Vitalink, Intermed of BruSafe (Brussel). Bovendien zal het RIZIV in 2016 de telematica-premie koppelen aan het gebruik van verschillende eHealthdiensten. De exacte criteria daarvoor moeten wel nog bepaald worden.

En wat is het ultieme doel van al deze inspanningen tegen 2019?

P.B.: Dat alle huisartsen voor al hun patiënten een **elektronisch medisch dossier** (EMD) hebben. En dan bedoelen we een goed gestructureerd, gecodeerd dossier dat ze kunnen delen met hun collega's. Dat is de belangrijkste verplichting in het eGezondheidsplan, want het EMD is het hart van het hele e-verhaal. Het is de basis voor de verschillende andere eHealthdiensten en de plek van waaruit alle patiëntengegevens vertrekken.



Steven Vervaeet

steven.vervaeet@mloz.be

Standpunt van de Onafhankelijke Ziekenfondsen

"Alle uitwisselingen papierloos in de toekomst"

"Bepaalde eHealthdiensten als eFact, eGMD en Geneesmiddelen Hoofdstuk IV kennen een langzame, maar zekere groei binnen de sector", zegt Jacques Allein, Directeur Operations bij de Landsbond van de Onafhankelijke Ziekenfondsen. "Die vormen echter slechts een eerste stap in de digitalisering van de communicatie tussen (huis)artsen en ziekenfondsen. Voor de Onafhankelijke Ziekenfondsen moeten alle uitwisselingen in de toekomst papierloos verlopen. Denk maar aan eAttest, een project dat een einde moet maken aan de papieren getuigschriften voor verstrekte hulp. Ook de getuigschriften voor arbeidsongeschiktheid zijn aan een digitalisering toe. Nu vormen die documenten een log administratief circuit tussen (huis)arts, werkgever en het ziekenfonds. Ten slotte pleiten de Onafhankelijke Ziekenfondsen ook voor een rechtstreekse communicatielijn tussen de (huis)arts en de adviserend geneesheer met het oog op een optimale samenwerking. De eHealthbox kan daarbij een sleutelrol spelen."



Onze omgeving misleidt onze hersenen

De maatschappij pepert ons in dat een superslank lijntje een must is. Maar we zijn niet naïef: de foto's van mooie vrouwen op de affiches in bushokjes zijn bijgewerkt, dat weten we allemaal. En dat fastfood ongezond is, weten we ook. Hoe komt het dan dat onze omgeving er soms toch in slaagt om ons een rad voor de ogen te draaien, waardoor we ongezond gaan eten? Professor Olivier Corneille, psycholoog aan de UCL, geeft tekst en uitleg!

Het gewicht van mensen in de OESO-landen neemt al 40 jaar toe. Het gepeperde prijskaartje van overgewicht en obesitas is bekend, maar hoe zit het met de psychologische schade?

Olivier Corneille - De Wereldgezondheidsorganisatie stelde vast dat obesitas gepaard gaat met mentale problemen als depressie of een minderwaardigheidsgevoel. Geen toeval in een maatschappij waarin een slank lijntje de norm is en zwaarlijvige mensen in de minderheid zijn. Die laatsten kunnen dan ook op verschillende manieren gediscrimineerd worden. Van heel subtiel, bv. in het winkelkarretje van een obees persoon op zoek gaan naar voedingsmiddelen die bevestigen dat zijn eetgedrag slecht is, tot vormen van omgevingsdis-

criminatie zoals te smalle stoelen in de filmzaal of het vliegtuig. Ook rechtstreekse discriminatie zoals uitlachen of beschimpen komt voor.

Mensen zijn veel meer bezig met voeding en hun gewicht dan vroeger, of ze nu zwaarlijvig zijn of niet. Hoe verklaart u die trend?

O.C. - Voeding is inderdaad een ware obsessie geworden, zeker op vlak van de kwantiteit en de kwaliteit. Lekkernijen zijn alomtegenwoordig, waardoor het moeilijker is om niet toe te geven aan de verleiding. Het probleem is dat de signalen van ons lichaam dubbelzinnig en moeilijk te interpreteren zijn. Hoe weet je of je genoeg gegeten hebt? En wat doe je als je voor een buffet of een barbecue

staat? De verleiding is dan wel heel groot om te veel te eten. We worden geconfronteerd met een grote verscheidenheid aan voedsel. Het aanbod is zo groot dat we de etiketten niet allemaal kunnen ontcijferen. Bovendien worden de porties alleen maar groter.

Op die manier eten we dus meer zonder het te merken?

O.C. - Inderdaad, we merken daar niets van. In Frankrijk weegt een yoghurtje gemiddeld 125 g, maar in de VS is dat 225 g. Dat geldt trouwens voor alle voedingsporties. De consument merkt nauwelijks het verschil tussen een portie van 125 g of 225 g. Hij eet gewoon wat hij op zijn bord krijgt. In de Amerikaanse kookboeken zijn de porties 25% groter dan in Europa. In de fastfoodrestaurants van de VS is de omvang van de porties zelfs bijna verdriedubbeld. Op de Amerikaanse markt zijn er vaak frisdranken van 2 liter te vinden. Voor de producent kost het nauwelijks iets om de porties te vergroten... Boven een bepaald volume is de plasticfles soms zelfs duurder dan haar inhoud.

Een prima illustratie van de evolutie van ons consumptiemodel ... Welke andere ontwikkelingen hebben nog een invloed op onze manier van eten?

O.C. - De middagpauze wordt steeds korter en we eten ook vaker terwijl we iets anders aan het doen zijn. Onze aandacht is dus meer en meer verdeeld: we werken, we stappen en we kijken tv, terwijl we eten. Als we verstrooid zijn, hebben we natuurlijk de neiging om meer te eten. Dat is een automatisme, waarvan we ons niet bewust zijn. Een andere evolutie van onze manier van eten, is de opkomst van klaargemaakte maaltijden. Akkoord, dat is een taak minder in het huishouden, maar de kwaliteit van onze voeding is hierdoor fiks gedaald en we hebben nauwelijks nog 'controle' over wat op ons bord ligt. Hoe kan je bv. weten hoeveel olie er juist gebruikt werd tijdens de bereiding?

Zijn er nog andere situaties waarin onze hersenen misleid worden?

O.C. - We hebben altijd de neiging om de hoeveelheden die we eten te onderschatten. Die onderschatting is bovendien des te opvallender bij grotere porties. Met andere woorden, er is een groot verschil tussen ons beeld van wat in de portie zit en de eigenlijke inhoud van die portie. Niet alleen het grote publiek maakt die fout, maar ook voedingsspecialisten! Qua voedingswaarde stellen we het omgekeerde fenomeen vast.

We overschatten het gezonde karakter van bepaalde voedingsmiddelen, waardoor we er meer van eten... Dat is bv. het geval bij lightproducten. We onderschatten het aantal calorieën dat ze bevatten en eten er dus te veel van. Dat noemen we het 'halo-effect'. De agrovoedingsindustrie schept soms ook de illusie dat een bepaald product gezond is. Denk maar aan ontbijtgranen: op vlak van voedingswaarde zijn die vaak niet aan te bevelen. Sommige ontbijtgranen lijken zelfs meer op snoepjes, gezien hun lage voedingswaarde en de overdreven hoeveelheid suiker... In plaats van het over suiker te hebben, gebruikt men de term 'energie' op de verpakkingen en dat begrijpen onze hersenen dan weer verkeerd. Dit hele beïnvloedingsproces kan zowel negatieve als positieve gevolgen hebben.

En hoe kunnen we die invloeden verstandig gebruiken?

O.C. - Bij ondervoede mensen kunnen bepaalde technieken een positief effect hebben. We weten dat ouderen in het ziekenhuis geneigd zijn om niet genoeg te eten. Als je hen dezelfde maaltijd voorschotelt, maar dan smakelijker gepresenteerd en met een mooie naam (zoals in een chic restaurant), zien we dat bejaarden toch op-

nieuw meer eten.

We zijn ons niet bewust van al die invloeden... Hoe weerstaan we er dan aan?

O.C. - Volgens mij kunnen enkele eenvoudige handelingen al een verschil maken. We kunnen onze hersenen bv. om de tuin leiden door met de porties te goochelen: een bolletje ijs zal je met meer smaak verorberen als het boven de rand van een klein potje uitkomt dan wanneer het onooglijk ligt te zijn in een grote kom... We moeten ook proberen om de verleiding tot een minimum te beperken: waarom een volledig pak chips meesleuren naar je luie zetel als je 's avonds tv gaat kijken? Als je een kleinere portie meeneemt in een kleinere kom, zal je misschien geen tweede portie meer nemen. Heb je altijd een doos chocolaatjes of koeken op je bureau liggen? Stop die dan weg in de kast. Wedden dat je er op die manier minder eet?

Lekkernijen zijn alomtegenwoordig, waardoor het moeilijker is om niet toe te geven aan de verleiding.



Thuisverpleegkundige

Een beroep of een roeping?

Manu en Virginie zijn zelfstandige verpleegkundigen die hun eigen bvba hebben opgericht. Elke dag verzorgen ze hun patiënten met veel toewijding. Snel binnenspringen, een spuitje geven en wegwezen, dat zit niet in hun aard. Een dag in het spoor van deze gepassioneerde werkmieren!

Thuisverpleegkundige is geen makkelijk beroep. Een eerste patiënt wassen om 5u30 en de laatste in bed stoppen rond 19u. Pas om 19u30 huiswaarts keren en dan nog een halfuurtje papierwerk. Manu is een jonge dertiger, maar klaagt niet. Hij houdt van zijn beroep en van zijn patiënten. “De dag begint met het wassen van de mensen, daarna volgen de spuitjes en de verzorging. Op het einde van de dag helpen we de mensen dan in bed. Ik heb patiënten waar ik mij al 8 jaar om bekommer. Met die mensen is de band zeer hecht. We kennen hun gewoontes en hun karakter en soms ook hun familie. We weten wat we moeten zeggen en vooral wat we niet mogen doen of verklappen... Voor sommige patiënten zijn we een echte vertrouwenspersoon of zelfs maatschappelijk werker.”

Meneer Albert

Het is 8u. Meneer Albert en zijn vrouw Chantal begroeten ons met een brede glimlach. Manu komt al 2 jaar bij het echtpaar om Albert te wassen en te

verzorgen. De 3 kennen elkaar uitstekend en komen goed overeen. Manu heeft zelfs een kleine verrassing bij voor Chantal, want het is vandaag haar verjaardag! Albert lijdt aan de ziekte van Parkinson en kampt met beginnende dementie. Onlangs is hij ook geopereerd voor prostaatkanker. Hij verplaatst zich moeizaam.

Manu is soms veeleisend, maar hij is ook geduldig met mij.

Albert

Manu wast hem dus, verzorgt zijn wonden en samen lachen ze heel wat af. “Manu doet zijn werk goed, maar hij heeft ook een geweldig gevoel voor humor. Albert heeft dat nodig. Hij neemt er ook zijn tijd voor. Na de verzorging drinkt Manu altijd nog een kopje koffie met ons. Zo kunnen we wat stoom afblazen, want het is niet alle dagen even makkelijk. Hij luistert geduldig en helpt er ons weer bovenop. Toen Albert het enkele weken geleden erg moeilijk had, was Manu daar echt het hart van in!”, vertelt Chantal. Albert komt terug van zijn wasbeurt en verzorging en ziet er fris en monter uit. “Ik heb liever een mannelijke verpleger, maar alles hangt natuurlijk af van de persoon. Ik heb Manu graag. Hij is soms veeleisend, maar hij is ook geduldig met mij. We hangen al eens de clown uit. Hij komt alle dagen langs, behalve op

zondag. Dan neemt mijn vrouw het van hem over.” We verlaten dit sympathieke echtpaar met lichte weemoed. De rest van de dag vliegt voorbij: een wasbeurt hier, een insulinespuitje of een andere injectie daar, dan weer een sonde aanbrengen, palliatieve verzorging geven of de mensen in bed helpen... Een uitgeweken Fransman heeft een wonde op de rug,

een Engelse met een typisch Brits gevoel voor humor kampt met doorligwonden, ... Om 19u15 is de werkdag voorbij.



Pascale Janssens

pascale.janssens@mloz.be

Manu en Virginie

Dit zijn twee verpleegkundigen die elkaar prima aanvullen. Manu is niet echt het prototype van een verpleger, want hij is openhartig en brengt zijn patiënten vaak aan het lachen. Virginie is eerder terughoudend en veel moederlijker.

Doe je deze job al lang, Manu?

Manu - Ik wist al tijdens mijn studies dat ik dit wou doen. Ik heb dan ook stage gelopen als thuisverpleger. Ik sta graag dicht bij de patiënt en volg iemand liever maanden tot zelfs jaren op. Dat bevalt me meer dan verpleger zijn in een ziekenhuis, waar de relaties met de patiënten iets afstandelijker zijn. Er zijn ook meer en meer mannen die dit beroep uitoefenen. In sommige situaties is het ook makkelijker voor een man, want je komt soms in contact met zware of demente patiënten die zich vrijpostig gedragen tegenover verpleegsters. Virginie is meer het type van de moederkloek en sommige patiënten proberen daar misbruik van te maken... Bij mij durven ze dat niet en ik aarzel ook niet om te zeggen: “tot hier en niet verder!”.

Thuisverpleegkundige bevalt me meer dan verpleger zijn in een ziekenhuis, waar de relaties met de patiënten iets afstandelijker zijn.

Manu

Virginie, is dit beroep ook bij jou een roeping?

Virginie - Ja. Ik heb stage gelopen in het ziekenhuis, maar ik ben mijn loopbaan begonnen in de thuiszorg en ik ben er gebleven. Die zelfstandigheid vind ik zeer aangenaam. De contacten zijn ook echt anders met de patiënten. Wij komen bij hen thuis en schikken ons dus naar hun regels. Ons werk beperkt zich ook niet tot het wassen of verzorgen van de patiënten... Zo heb ik bv. al jaren een patiënte die intussen 95 jaar is. Ze woont nog alleen en ik ga 2 keer per dag bij haar langs, maar stappen is nu wel erg moeilijk geworden voor haar. Het gebeurt dus dat ik, na het wassen en de verzorging, ... haar hond uitlaat, druppeltjes in haar ogen doe of cola voor haar meebreng. Ik doe de

Hoe ziet een typische dag bij jou eruit?

Virginie - Meestal werk ik van 6u tot 13u à 13u30, om dan verder te doen van 16u tot ongeveer 19u. We moeten ook rekening houden met de bezoeken van artsen en kinesitherapeuten... Tijdens de pauzes eten we een hapje en vullen we de patiëntendossiers van de ochtend in, we maken facturen op, voeren getuigschriften in... Als we controle krijgen, moet alles in orde zijn. Wij bewaren alle dossiers van onze patiënten en na zoveel jaren zijn dat er heel wat! Als we 's avonds thuiskomen, doen we hetzelfde voor de patiënten die we bezocht hebben in de namiddag. Eén keer per maand nemen we ook de tijd om alles na te kijken, zodat we onze prestaties kunnen factureren aan de ziekenfondsen. Want hoe mooi ons beroep ook is, we moeten natuurlijk onze boterham verdienen.

Manu, hoe ga je om met patiënten die sterk achteruitgaan of sterven?

Manu - Veel mensen verzorg ik al jaren. Uiteraard raak je dan erg gehecht aan sommige personen. Ik ben van nature een optimist, maar we zijn natuurlijk geen machines en het is niet makkelijk om onbewogen te blijven als je afscheid moet nemen. Onlangs is een patiënt overleden die ik lang had verzorgd. De eerste ochtenden na zijn dood waren zeer moeilijk, vooral omdat ik ook zijn vrouw verzorg. Je voelt echt een leegte, er is een gemis. Ik ben naar de begrafenis gegaan... Ik kon mijn emoties amper verbergen voor een aantal van mijn patiënten. Ik zou het ook zeer moeilijk hebben als er iets moest gebeuren met Albert!

Implantaten, traceerbaar van fabrikant tot patiënt

Het schandaal van de PIP-borstprotheses in Frankrijk in 2012 heeft gelukkig ook een positief gevolg gehad. In de loop van 2016 zal een nieuw systeem voor de tracersing van implantaten operationeel én verplicht zijn voor alle Belgische ziekenhuizen. Dat systeem zal zorgen voor een betere opvolging van de implantaten die verdeeld, voorgeschreven en afgeleverd worden in ons land. En het zal de patiënt met een implantaat meer kwaliteit en een groter veiligheidsgevoel bezorgen.

Het publiek, de media en de politieke wereld stonden op hun kop toen de zaak van de lekkende borstprotheses aan het licht kwam. Want wat bleek? Geen enkel Europees land beschikte over een systeem om alle medische hulpmiddelen op te sporen. Laurette Onkelinx, de toenmalige minister van Volksgezondheid, vroeg daarom aan het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten (FAGG) om een project uit te werken voor een betere traceerbaarheid van medische hulpmiddelen. Meerdere werkgroepen, bestaande uit professionals uit het veld (apothekers en ziekenhuisartsen), patiëntenverenigingen, vertegenwoordigers van de ziekenfondsen, de betrokken industrie en de overheden (RIZIV en FAGG), sloegen daarvoor de handen in elkaar.

Een overtuigend pilootproject

Het 'Plan voor de tracersing van implantaten' omvat een heel proces voor de identificatie en verplichte

notificatie door de distributeurs die actief zijn in België. Op die manier kunnen de medische handelingen en actoren rond de implantaten en medische hulpmiddelen van dichtbij opgevolgd worden. Dit monitoringsysteem bleek succesvol tijdens een pilootfase van 1 jaar bij een panel van ziekenhuizen. Het systeem zal eerst gebruikt worden voor heup- en knieprothesen, coronaire stents, pacemakers, hartkleppen, defibrillatoren, endoprothesen, kunstharten, discusprothesen, enkelprothesen, hartmonitoren, cochleaire en borstimplantaten.

Principe van de notificatie

Het 'notificatieprincipe' is de kern van dit nieuwe tracersingssysteem. Het stoelt op 3 cruciale informatiebronnen. De 'Authentieke Bron van de Implanterbare Medische Hulpmiddelen' (ABGD-I) bevat de lijst van alle implanterbare medische hulpmiddelen die genotificeerde distributeurs verspreiden op de Belgische markt. Het gaat om distributeurs die geaccrediteerd

zijn door het FAGG. Deze database wordt wekelijks aangevuld met de gegevens van het RIZIV. Dan is er de 'Authentieke Bron van Genotificeerde Distributeurs' (ABGD), waarmee de distributeurs van medische hulpmiddelen aan het FAGG kunnen melden welke hulpmiddelen zij op de Belgische markt willen brengen met het oog op een accreditering. Sinds januari 2015 verloopt dat via de sites van eHealth en het FAGG. Tot slot krijgen we dan de grote troef van het systeem: het 'Centraal TraceringsRegister' (CTR). Dit register centraliseert de notificaties over de implantaten en bevat de volgende elementen: de identiteit van de specialist die de implantatie gedaan heeft, de datum van de ingreep, de identiteit van patiënt én voorschrijver, de RIZIV-code van het implantaat plus de identiteit van de fabrikant/distributeur, de namen en referenties van het implantaat, de identiteit van de apotheker-titularis, de datum van de aflevering, het aantal prothesen en de plaats in het lichaam waar ze zich bevinden.

Elektronische stromen

Deze 3 notificatiebronnen stoeien op een ander essentieel element van het systeem: **de uitwisseling van gegevens via websystemen en andere webapps**. Dankzij die websystemen kunnen ziekenhuizen data uitwisselen van systeem tot systeem zonder de tussenkomst van een mens. Hoe werkt het? Het is vrij eenvoudig: de arts vult de gebruikelijke administratieve documenten in en verwerkt die in het informaticasysteem van het ziekenhuis.

Dat systeem verstuurt de relevante informatie op geregelde tijdstippen naar het Centraal TraceringsRegister. Maar wat met instellingen die geen ziekenhuizen zijn en dus niet over grote informaticamiddelen beschikken? Voor hen werd een applicatie op punt gesteld waarmee ze een apart formulier voor de implantaten kunnen invullen. Manueel en dus niet automatisch.

'De implantatenkaart'

Tegelijk is het de bedoeling om een implantatenkaart af te drukken en die te overhandigen aan de patiënt bij zijn vertrek uit het ziekenhuis. België behoort tot de eerste landen die een dergelijke kaart zullen afleveren. Het is een document dat op vraag van de patiënt aan hem overhandigd wordt bij het verlaten van het ziekenhuis en alle informatie over

het implantaat bevat. De kaart zal uitdrukkelijk melding maken van alle technische informatie over het implantaat, de datum van de implantatie of verwijdering, de identificatiegegevens van de arts die de inplanting gedaan heeft, de naam van het ziekenhuis, een link naar de officiële brochure over het implantaat en naar de informatie

België behoort tot de eerste landen die een 'implantatenkaart' zullen afleveren.

over de materiovigilantie.

Bovendien zal de patiënt een 'patiëntenkaart' kunnen downloaden (via de identiteitskaart), die een overzicht zal bevatten van zijn implantaten. Dat kan nuttig zijn bij fysieke of gezondheidsproblemen, bij reizen naar het buitenland, in de luchthaven,... Het is zeer goed mogelijk dat die kaart in de toekomst deel zal uitmaken van een gedeeld medisch dossier. Geneesheer-specialisten, de huisarts (via het globaal medisch dossier) en de patiënt zullen het document online op een veilige manier kunnen raadplegen, ook vanuit het buitenland.

Strengere controles

In het kader van het Plan voor de Implantaten zijn strengere controles en inspecties gepland bij de distributeurs, maar ook bij de verzorgingsinstellingen (ziekenhuizen, privéklinieken). De controlediensten zijn gereorganiseerd en meerdere inspecteurs zijn al in dienst genomen. Sinds 2013 hebben alle ziekenhuizen/bedrijven overigens een **'meldpunt materiovigilantie'** (MPM) aangeduid om problemen met medisch materiaal te melden. De beroepsmensen en de industrie hebben massaal meegewerkt aan dit proces.

Het nieuwe traceringssysteem zal de controles aanzienlijk vergemakkelijken. Daarnaast kunnen frauduleuze producten die niet aan de veiligheidsvereisten voldoen sneller geëlimineerd worden. Bij een incident met een implantaat zal sowieso een snellere reactie mogelijk zijn. Er worden bovendien nog verbeteringen van het systeem verwacht dankzij de UDI (**Unique Device Identification**). Dat zal leiden tot een harmonisering van de implantaten op wereldniveau. Kortom, dankzij al deze verbeteringen zou een schandaal zoals met de PIP-prothesen definitief tot het verleden moeten behoren.



Rudy Van Tielen,

Wetenschappelijk en economisch expert
Renata Van Woensel, Medisch expert

Gedaan met frauderen

Op fraude met implantaten staan zware straffen. Iemand die medische hulpmiddelen in gebruik neemt, verspreidt, aankoopt of gebruikt op een manier waarvan hij weet (of moet weten) dat deze indruist tegen de bijzondere wettelijke regels voor die medische hulpmiddelen, riskeert een mogelijke geldboete van 200 à 15.000 euro en/of een gevangenisstraf van 1 maand tot 1 jaar. De industrie steunt deze zware sancties om 'piraten' van de markt te verwijderen. Het systeem steelt op het principe van de medeverantwoordelijkheid van de verschillende actoren: distributeurs, ziekenhuizen, apothekers, artsen... Elkeen is verantwoordelijk voor de medische hulpmiddelen die hij of zij gebruikt.

Opleidingen rond voeding 'voor én door experts'

Studies over voeding en gezondheid schieten bijna als paddenstoelen uit de grond. Om de vinger aan de pols te houden, is blijven leren dus de boodschap. Daarom kunnen artsen, diëtisten, verpleegkundigen, ... jaarlijks tal van opleidingen rond dit diverse thema volgen bij Nutrimes. "We proberen onze onderwerpen te benaderen op maat van verschillende gezondheidsprofessionals", zegt Koen Descheemaeker, de bezieler achter deze organisatie!



Koen Descheemaeker

Nutrimes biedt al 20 jaar opleidingen rond voeding en gezondheid aan voor verschillende zorgverleners. Dit jaar staan er onder meer sessies over voeding en beweging, voeding en kanker, allergieën en het motiveren van patiënten op het programma. Elke opleiding van Nutrimes is bovendien geschikt voor verschillende

zorgverleners. "Die multidisciplinaire benadering staat centraal", klinkt het bij Descheemaeker.

Om welke zorgverleners gaat het dan?

Koen Descheemaeker - Het doelpubliek zijn voornamelijk artsen, diëtisten, verpleegkundigen en kinesitherapeuten. Alles hangt een beetje af van het precieze thema natuurlijk. Op ons jaarlijkse Voedings- en Gezondheidscongres verwelkomen we bv. ook endocrinologen en psychologen. Sowieso proberen we tijdens onze opleidingen altijd te streven naar een multidisciplinaire aanpak. We organiseren elk jaar in oktober bv. een sportcongres dat zich richt tot een brede doelgroep van zorgprofessionals die sporters begeleiden. Zo is elke zorgverlener ook op de hoogte van de ontwikkelingen die zich voordoen in andere disciplines. Dat is heel belangrijk. Momenteel bekijken we trouwens hoe we onze thema's nog kunnen verruimen om ook onze doelgroepen verder uit te breiden. Deelnemers aan de opleidingen en congressen van Nutrimes krijgen trouwens accreditatiepunten.

Hoe bepalen jullie die verschillende thema's?

K. D. - Na elk seminarie krijgen deelnemers de kans om opmerkingen en suggesties te geven. Op die manier krijgen we al heel wat mogelijke onderwerpen aangereikt. Daarnaast werken we voor onze congressen telkens met een wetenschappelijk comité van professoren van verschillende universiteiten. Zij weten zeer goed welke actuele thema's belangrijk zijn en welke niet. Ook onze sprekers zijn meestal verbonden aan een universiteit of een belangrijk medisch centrum. Soms gaat het om artsen met een eigen praktijk.

En welke onderwerpen oogsten veel succes?

K. D. - Opleidingen rond het motiveren van patiënten kunnen altijd op veel enthousiasme rekenen bij verschillende doelgroepen. Diverse zorgverleners komen daarmee in aanraking en het maakt ook een belangrijk deel uit van vele behandelingen. Daarnaast blijven thema's rond obesitas ook heel populair. Denk maar aan het voorkomen van herval na gewichtsverlies, obesitaschirurgie, ...

Organiseren jullie daarnaast ook evenementen voor het grote publiek?

K. D. - Ja, we verliezen de patiënt niet uit het oog. Dit najaar organiseren we bv. voor het eerst ons Gezondheidssalon (www.gezondheidssalon.be) in samenwerking met verschillende patiëntenverenigingen, beroepsorganisaties van zorgverleners, ziekenfondsen, ... Het is ons doel om alle belangrijke gezondheidsactoren samen te brengen. Op die manier krijgen de deelnemende patiënten een breed overzicht van verschillende thema's als voeding, beweging, geestelijke gezondheid, nieuwe digitale technologieën, ... en keren ze huiswaarts met correcte en betrouwbare informatie.

De digitalisering van de gezondheidszorg zit in een stroomversnelling. Denken jullie niet aan online-opleidingen?

K. D. - Dat is inderdaad een mogelijkheid. We hebben al een paar van onze opleidingen digitaal opgenomen en online geplaatst. De vraag naar online-opleidingen is echter niet zo groot. Het volgen van een seminarie via streaming of het uitgesteld kijken op een computer is natuurlijk een heel andere beleving en ook het leerproces is minder efficiënt. Je hebt bv. geen contact met de andere deelnemers, waardoor een belangrijke meerwaarde verloren gaat. We publiceren wel regelmatig filmpjes van 3 minuten, waarin een spreker kort de inhoud van een opleiding uit de doeken doet. Die kan je gratis bekijken op www.nutriweb.tv. Artikels van onze sprekers publiceren we dan weer in ons driemaandelijks tijdschrift Nutrifacts.



Interview door **Piet Van Eenoo**



Apps, wearables, sociale media, ...: de gezondheidszorg staat voor een digitale revolutie. De digitalisering van de zorg, dat is absoluut innovatief! Daarom nemen de Onafhankelijke Ziekenfondsen actief deel aan de eerste editie van de mHealth Hackathon.

De patiënt van morgen zal zelf zijn gezondheid beheren. Dat is de visie van de Onafhankelijke Ziekenfondsen. Omdat we van een passieve administratieve rol willen evolueren naar een dienstenorganisatie, ondersteunen we alle initiatieven om de patiënt te informeren, te begeleiden en te coachen. De mobiele gezondheidstools passen perfect in die opdracht. "Medische innovatie ten dienste van de patiënten en het gezondheidssysteem is één van onze prioriteiten", zegt Ann Ceuppens, directrice van het departement Vertegenwoordiging en Studies van de Onafhankelijke Ziekenfondsen. "Onze leden informeren en coachen is een belangrijke opdracht. Door de ontwikkeling van webapps of 'mobiele' toepassingen te steunen, kunnen we onze leden een actieve rol laten spelen in het beheer en de opvolging van hun eigen gezondheid."

6 uitdagingen

De mHealth Hackathon is een driedaags evenement waarop digitale bollebozen mobiele apps mogen ontwikkelen rond 6 denkpistes.

1. Het gebruik van de gsm en mobiele apparaten stimuleren voor thuiszorgdiensten.

2. Over- en onderconsumptie van geneesmiddelen vermijden (therapietrouw).
3. De Belgische voorsprong in klinisch onderzoek behouden en zelfs vergroten.
4. De ervaring en het comfort van de patiënten verbeteren.
5. De digitale tools voor de patiënten en de gezondheidsprofessionals evalueren, om hun betrouwbaarheid te waarborgen.
6. Gezondheidsproblemen voorkomen en erop anticiperen.

De mHealth Hackathon vindt plaats in Brussel. Vier medewerkers van M-team, de IT-partner van de Onafhankelijke Ziekenfondsen, nemen hieraan deel (zie foto). Een jury met topmensen uit de Belgische zorg- en technologiesector, onder wie het kabinet De Block, het RIZIV en Xavier Brenez, directeur-generaal van de Onafhankelijke Ziekenfondsen, zal hun werk beoordelen op vlak van onder meer gebruiksvriendelijkheid van de toepassing, toegevoegde waarde voor de patiënt, performantie en het stimuleren van persoonlijke preventie.

2 vragen voor Dr. Koen Kas, organisator van het event



www.mhealth.be

"De uitdaging? In 2,5 dagen tijd tools ontwikkelen voor de smartphone, tablet of wearable"



Wat is het doel van mobiele gezondheid?

Mensen de mogelijkheid geven om via hun telefoon of tablet te interageren met het gezondheidssysteem.

Tot welke doelgroep is dit evenement gericht?

Iedereen met een klinische opleiding, ontwikkelaars, designers, marketeers, ... We hopen dat we een 100-tal mensen bijeen kunnen brengen die op 2,5 dagen tastbare producten en diensten zullen maken voor de smartphone, tablet of wearable. We worden daarin gesteund door de ministers Maggie De Block en Alexander De Croo.

* Dirk Beeckman, Architect SOA; Stéphane Houppresse, Program Manager; Patrick Vandriessche, Business Expert en Hassan Anerhour, Functional Analyst. Onder leiding van Olivier Callebaut, e-Business Program Manager van de Onafhankelijke Ziekenfondsen

Boeken

Gezondheidszorg in een nieuw tijdperk

Smartphones, smartwatches, gezondheid-sapps, wearables, ...: de gezondheidszorg bevindt zich op een digitaal kantelpunt.



Maar hoe kan de zorgsector zich voorbereiden op die golf van technologische ontwikkelingen en digitale toepassingen? In dit boek neemt Pieter Van Herck, senior adviseur welzijns- en gezondheidsbeleid bij Voka, de verschillende uitdagingen van dit nieuwe tijdperk onder de loep. 'Transformeren om te overleven in de zorg' gidst de lezer langs de opportuniteiten van sociale

media, big data en mHealth en vormt op die manier een handige leidraad voor iedereen die begaan is met de toekomst van onze gezondheidszorg.

Transformeren om te overleven in de zorg, Pieter Van Herck, Lannoo Campus, 2015, 248 blz., ISBN 978-94-014-2720-3

Wat weet de wetenschap over dementie?

Er bestaat nog altijd geen doeltreffende behandeling voor de ziekte van Alzheimer. Staat de wetenschap dan machteloos tegen dementie? Allesbehalve, zo toont het onderzoek van Koos



Neuvel aan. In 'Alzheimer onderzocht' zet deze wetenschapsjournalist alle nieuwe inzichten, perspectieven en ontwikkelingen rond deze snelgroeiende ziekte helder op een rij. Die tonen vooral aan dat er wellicht niet één oorzaak voor de ziekte van Alzheimer bestaat en één remedie daardoor ook utopisch is. Het is een kwestie van vallen en opstaan, maar

stelselmatig groeit de kennis over dementie en het voorkomen ervan. Met dit overzicht roept Neuvel vooral op tot een debat over de wegen die het toekomstige onderzoek moet bewandelen.

Alzheimer onderzocht, Koos Neuvel, Lannoo Campus, 2015, 224 blz., ISBN 978-94-014-2613-8
Levensreddende vaardigheden

Onze 'slikcultuur' geanalyseerd

Steeds meer mensen nemen antidepressiva, slaappillen en kalmeringstabletten, maar het aantal psychische problemen neemt allesbehalve af. In 'Geluk uit een potje' licht psychiater en schrijver Bram Bakker deze 'slikcultuur' kritisch door. Met praktijkvoorbeelden geeft hij een overzicht van de meest voorkomende psychische stoornissen, de bijhorende medicatie en de strategieën van de farmaceutische industrie. Daarnaast overloopt Bakker ook enkele alternatieven voor pillen als psychotherapie, mindfulness, lichaamsbeweging, ... "Want je kunt lastige emoties wel wegslikken, ze verdwijnen er niet door".



Geluk uit een potje, Bram Bakker, Uitgeverij Podium, 2015, 174 blz., ISBN 978-90-575-9689-6

Hulpverlening door verpleegkundigen

Levensbedreigende situaties herkennen en zo snel mogelijk correct ingrijpen om levens te redden: verpleegkundigen die dringende medische bijstand verlenen, staan elke dag voor grote uitdagingen. Maar welke specifieke verpleegkundige technieken gebruiken ze? Dit boek zet ze allemaal uitgebreid op een rij, inclusief verhelderende afbeeldingen en de noodzakelijke praktijkkennis.

Boeiend leesvoer voor zowel studenten verpleegkunde als de verpleegkundige die zijn of haar kennis wil bijspijkeren en zich verder wil specialiseren in deze specifieke tak van de verpleegkunde.

Dringende medische hulpverlening door verpleegkundigen, Baudewijn Oosterlynck, e.a., Acco, 2015, 484 blz., ISBN 978-90-334-9568-7



Een klacht?

Doe een beroep op onze ombudsman!

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

Wie kan een beroep doen op de ombudsman?

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

Wanneer kan de ombudsman u helpen?

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

Belangrijk: klop eerst aan bij uw eigen ziekenfonds

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

Hoe kunt u een klacht indienen?

Alle details over de te volgen procedure en een elektronisch formulier vindt u op de site www.mloz.be/ombudsman

Meer info!

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





Zorgverblijf Dunepanne

... waar herstellen ook genieten is



Kom op adem in Dunepanne...

In ons zorgverblijf in de mooie Belle-Epoque-wijk in De Haan vindt u een combinatie van een kwalitatieve hotelservice en een uitstekende keuken met een persoonlijke verzorging en kamers die aangepast zijn aan uw noden. Het verzorgend personeel, de kinesitherapeuten, de verpleegkundigen en een arts staan dagelijks voor u klaar. Bovendien kunt u ook met uw partner of mantelzorger in Dunepanne verblijven.



Surf naar www.dunepanne-mloz.be voor meer informatie over de prijzen, het gebouw en ons aanbod.

Wie kan in Dunepanne terecht?

Wij ontvangen alle licht tot matig zorg- en hulpbehoevende personen, die nog voldoende zelfredzaam zijn. Ons gastenprofiel is zeer gevarieerd. Vooral patiënten die herstellen van een ziekte of een chirurgische ingreep hebben baat bij een zorgverblijf. Maar ook als uw dagelijks verzorging of kinesithérapie nodig hebt of als uw mantelzorger even aan een pauze toe is, kunt u een beroep doen op onze diensten.