

Health Forum

September 2016 · Nr. 27



Het magazine van de Landsbond van de Onafhankelijke Ziekenfondsen · driemaandelijks

Dossier

mHealth, de toekomst van onze gezondheidszorg?



Maak kennis met de Onafhankelijke Ziekenfondsen!

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

De Landsbond van de Onafhankelijke Ziekenfondsen verenigt 6 ziekenfondsen:



OZ

Boomssesteenweg 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

mHealth heeft een ongelooflijk potentieel, maar...

Gezondheidsapps zijn booming business. Momenteel tellen we er al 100.000 en dat aantal blijft stijgen. Wil je stoppen met roken, je fysieke activiteit in kaart brengen, het suikergehalte in je bloed en je bloeddruk opvolgen of gewoon je pillen op tijd nemen: er bestaat wel een app voor die je kan helpen. Kortom, het potentieel van mobile health (mHealth) binnen ons zorgsysteem is enorm. **Nu is het aan de actoren van de gezondheidszorg om die vele mogelijkheden ook effectief om te zetten naar meer efficiëntie en een betere gezondheid.** Want mHealth is momenteel nog te veel een doel op zich. Om deel uit te maken van een gezondheidsbeleid, moeten gezondheidsapps ook aan kwaliteitscriteria beantwoorden. Denk maar aan gebruiksvriendelijkheid en respect voor de medische richtlijnen. Europa werkt op dit ogenblik aan evaluatiecriteria voor gezondheidsapps die begin 2017 gepubliceerd zullen worden en als inspiratiebron kunnen dienen. Als ziekenfonds kunnen we mHealth gebruiken voor het **verlenen van kwaliteitsvolle informatie en de begeleiding en coaching van onze leden.** En we kunnen meedenken met de beleidsmakers over antwoorden op de vragen die deze nieuwe technologie oproept. Welke apps zijn betrouwbaar, stemmen ze overeen met de gezondheidsdoelstellingen, respecteren ze de privacy van de patiënt, wie is eigenaar van de gegevens, kunnen andere partijen de gegevens achteraf gebruiken?



“We moeten opletten dat deze nieuwe technologieën geen nieuwe ongelijkheden creëren.”

De Onafhankelijke Ziekenfondsen juichen toe dat Minister De Block via proefprojecten de invoering van innovatieve apps stimuleert. We stellen voor dat ze daarnaast aan het nieuw op te richten 'Health Research System' een dubbele opdracht geeft: enerzijds **gezondheidsapps evalueren en certifiëren**, en anderzijds de **tallose implicaties op de medische praktijk in kaart brengen en nadenken over de aanpassing van het huidige financieringssysteem aan mHealth.**

Ten slotte mogen de nieuwe technologieën geen nieuwe ongelijkheden creëren. De digitale kloof mag er niet groter door worden. Want net degenen die de grootste gezondheidswinst zouden kunnen boeken met deze nieuwe hulpmiddelen (bv. ouderen), dreigen uit de boot te vallen. Daar zien we opnieuw een rol voor de ziekenfondsen weggelegd, bv. door het selecteren en promoten van mobiele toepassingen op maat van de moeilijkst bereikbare doelgroepen. En zo komt 'health literacy for all' weer een stap dichterbij.

Xavier Brenez

Directeur-generaal van de Landsbond van de Onafhankelijke Ziekenfondsen

Hoofdredactrice

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

Eindredactie

Steven Vervaeet en Lies Dobbelaere

Redactiecomité

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

Lay-out

Leen Verstraete · layout@mloz.be

Foto's

Reporters & Shutterstock

Vertaling

Annemie Mathues · Gisèle Henrotte · Emilie Van Isterdael · Julie Van Nieuwenhove · Geertje Vandecappelle · Angélique Vanderbracht · Barbara Van Ransbeeck


Verantwoordelijke uitgever

Xavier Brenez · xavier.brenez@mloz.be

Health Forum

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

Contacteer ons!
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. 27 september 2016

3 Edito

5 Wist u?

6 Dossier

mHealth: de toekomst van onze gezondheidszorg?

16 Studie

KidOscope: krijgen onze kinderen te veel geneesmiddelen?

19 Forum zorgverstrekkers

TTIP en CETA: paarden van Troje voor onze gezondheidszorg?

Preventie en volksgezondheid: het noodzakelijke huwelijk!

Debat 'Gezondheidsinfo: een doolhof?'

Therapietrouw: waar loopt het spaak?

27 Partnership

10 jaar Afrikaanse ziekenfondsen: een blik terug én vooruit

Werknemers sporten tegen kanker op Levensloop Bedrijven 2016

30 Kiosk

www.mloz.be

Dossier

mHealth: de toekomst van onze gezondheidszorg?

Een slimme spiegel die onze gezondheid meet, malaria vaststellen met de smartphone, onze tablet die een nakende hartaanval voorspelt, ...: de gezondheidszorg 2.0 lijkt helemaal in het teken te zullen staan van mobile health of mHealth. Hoever reiken de mogelijkheden van al die apps en sensoren? Wat zijn de obstakels voor een wijdverspreid gebruik ervan? En hoever staan we met het onderzoek naar mHealth in ons land?



6

Studie

KidOscope: krijgen onze kinderen te veel geneesmiddelen?

1 op de 2 baby's krijgt antibiotica en 4 op de 10 worden behandeld tegen ademhalingsziekten. In zijn eerste editie legt de KidOscope, de barometer voor de gezondheid van kinderen, de zorgwekkende tendens bloot om bepaalde kinderziekten met te veel geneesmiddelen te bestrijden. Welke geneesmiddelen nemen onze kinderen het meest? Zijn ze wel altijd aangewezen? De Onafhankelijke Ziekenfondsen onderzochten de kwestie!

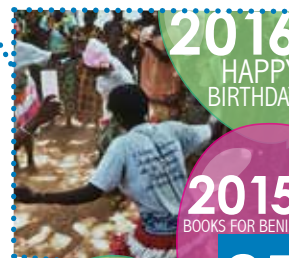


16

Partnership

10 jaar Afrikaanse ziekenfondsen: een blik terug én vooruit

De eerste ontmoeting tussen Xavier Brenez en Félix Vanderstricht vond plaats in de luchthaven van Zaventem in 2014. Maar de Onafhankelijke Ziekenfondsen en Louvain Coopérati n werken al veel langer samen aan de opbouw van Afrikaanse ziekenfondsen in Benin en Togo. Hoe kijken beide directeurs terug op 10 jaar samenwerking? En vooral, hoe zien ze de toekomst?



27

1,45 miljoen overlijdens

In 2013 kostte hepatitis meer mensenlevens dan aids, malaria of tuberculose. Dat blijkt uit een gezamenlijke studie van de Universiteit van Washington en het Imperial College London.

Patiënt en huisdier ontmoeten elkaar in Villa Samson



Patiënten van het UZ Brussel zullen in de nabije toekomst niet volledig afscheid moeten nemen van hun trouwe viervoeter: vanaf oktober 2016 wordt Villa Samson gebouwd, niet ver van het Brusselse ziekenhuis. Dit initiatief kwam tot stand dankzij een diensthoofd verpleegkunde die merkte dat gehospitaliseerde kinderen of senioren hun gezelschapsdier vaak erg missen. **Villa Samson opent haar deuren in 2017.** Voorlopig zullen alleen honden en katten er welkom zijn. Er komen 3 ruimtes waar huisdier en baasje elkaar kunnen zien, met de toestemming van de arts. Het gaat om een primeur in ons land. Alle steun aan dit nieuwe initiatief is natuurlijk welkom.

Aarzel niet om een gift te doen of fan te worden van Villa Samson via de Facebook-pagina: www.facebook.com/VillaSamson of www.vriendvoorhetleven.be

Een robot om diabetespatiëntjes te helpen



Charlie de robot werd bedacht om "kinderen het hoofd te helpen bieden aan hun ziekte, hen te leren wat diabetes juist is en wat de effecten zijn van sport en voeding", vertelt een wetenschapper van de universiteit van Delft in Nederland. **De robot praat en danst en zo leert hij spelenderwijs aan kinderen om gegevens te berekenen die hun leven kunnen redden.** De robot zit nog in de testfase, maar heeft al 40 Nederlandse kinderen ontmoet. Het is de eerste stap van een vierjarenproject dat gefinancierd wordt door de Europese Unie en dat opgestart werd in maart 2015. Ook Italië experimenteert met de robot.

Bron: AFP

2.000

Gedurende 6 weekends gaf het Rode Kruis aan 2.000 mensen een opleiding over essentiële handelingen in uitzonderlijke noodsituaties. Deze opleiding was bedoeld om de juiste 'reflexhandelingen' aan te leren bij aanslagen, aanvallen of elke andere ramp, nog voor de aankomst van de hulpdiensten.

www.croix-rouge.be



mHealth: de toekomst van onze gezondheidszorg?

Apps, sensoren en wearables: over kansen en obstakels...

p.7

Welke richtlijnen gebruiken voor gezondheidsapps?

p.10

Telegeneeskunde om beroertes sneller te behandelen

p.11

Hoe zijn onze gezondheidsgegevens beveiligd?

p.12

mHealth in het federale eGezondheidsplan: hoe ver staan we?

p.14

Apps, sensoren en wearables: over kansen en obstakels...

Een slimme spiegel die onze gezondheid meet, malaria vaststellen met de smartphone, onze tablet die een nakende hartaanval voorspelt, ...: de gezondheidszorg 2.0 lijkt helemaal in het teken te zullen staan van mobile health of mHealth. Hoever reiken de mogelijkheden van al die apps en sensoren? Wat zijn de obstakels voor een wijdverspreid gebruik ervan? En hoever staan we met het onderzoek naar mHealth in ons land?

Is mHealth de sleutel tot een betaalbare en kwaliteitsvolle gezondheidszorg? Als het van Voka Health Community afhangt alvast wel. In zijn whitepaper pleit dit netwerk voor zorginnovatie voor een groter gebruik van apps en sensoren. "mHealth is de volgende essentiële stap naar **patiënt empowerment**. Het verlegt de zorg naar de omgeving van de patiënt en die raakt daardoor nauwer betrokken bij zijn behandeling. Daarnaast werkt mHealth ook preventief.



Pieter Van Herck

Via apps krijgen mensen feedback over hun levensstijl en dat kan al een stimulans zijn om hun gezondheid in eigen handen te nemen", zegt **Pieter Van Herck, Senior Adviseur bij Voka**. "Bovendien staan **arts en patiënt ook voortdurend met elkaar in verbinding**. De contacten beperken zich niet langer tot die paar uurtjes per jaar in de artspraktijk. Gezondheidsproblemen worden zo sneller vastgesteld en het bevordert de **therapeutrouw van de patiënt**. Dat leidt dan weer tot een **grote besparing in de gezondheidszorg** door minder ziekenhuisopnames, minder acute gezondheidsproblemen, ..."

Obstakels bij de invoering...

mHealth evolueert snel, maar is nog vrij nieuw. Apps en sensoren zijn dan ook nog geen integraal deel van onze gezondheidszorg. Maar welke obstakels staan een breed gebruik dan in de weg? "Eerst zijn er de juridisch-technische zaken. **Wie is aansprakelijk bij een foute beslissing op basis van info van een app? Wat met onze privacy als onze gegevens gedeeld worden?** We moeten goed bekijken in welke mate de huidige regelgeving die zaken dekt en of er een nieuwe reglementering moet komen", zegt Van Herck. "Daarnaast is er natuurlijk de organisatie van ons zorgsysteem. Als we mHealth willen integreren

in de reguliere gezondheidszorg, moeten we ons **financieringssysteem aanpassen**. Er moet bv. een forfaitaire vergoeding komen voor artsen die hun patiënten via apps opvolgen. Anders gaan die niet mee in dit verhaal. Ook het **klassieke rollenpatroon van de zorgverleners** is aan herziening toe. Om met mHealth aan de slag te gaan, zullen we de taken goed

moeten verdelen en multidisciplinair moeten denken. En tot slot is er de digitalisering zelf natuurlijk. "Minister De Block werkt aan een luik mHealth voor haar eGezondheidsplan met goede ambities, maar we lopen toch achter op andere landen."

"mHealth verlegt de zorg naar de omgeving van de patiënt en die raakt nauwer betrokken bij zijn behandeling."

Evidence-based genoeg?

Volgens Voka Health Community is de meerwaarde van mHealth overduidelijk. Nog eens 500 studies wachten om ermee aan de slag te gaan, is niet opportuun. "Als internationaal onderzoek de meerwaarde van een app aantoon, moeten we niet in eigen land ook nog eens systematisch studies op touw zetten", dixit Van Herck. "Dan zijn de **randvoorwaarden van ons zorg-systeem belangrijker**. Denk maar aan de connectie met de online patiëntgegevens van het eHealth-platform of het financieringssysteem van onze gezondheidszorg. Daar wacht ons nog veel werk." Niettemin gebeurt er in ons land nog te weinig onderzoek naar mHealth. "Universiteiten doen aan onderzoek, maar dat is kleinschalig omdat mHealth nog geen volwaardig deel is van onze gezondheidszorg. En **wetenschappelijk onderzoek is wel degelijk erg belangrijk met het oog op een kwaliteitskader rond mHealth**. Er bestaan duizenden apps, maar we moeten wel weten welke waardevol zijn en welke niet. En als we de verbinding maken met eHealth-gegevens mag dat niet met onbetrouwbare gadgets gebeuren natuurlijk."

“**We zullen op zoek moeten naar een nieuwe definitie van ‘evidence’ als het over apps gaat.**”

Onderzoek in België

Aan de universiteit van Hasselt gebeurt er daarom al **wetenschappelijk onderzoek naar mHealth binnen de Mobile Health Unit (MHU)**. Hoever staat het daarmee? En met het onderzoek in België in het algemeen? "De MHU werkt samen met het Ziekenhuis Oost-Limburg (ZOL) in Genk en het Jessa Ziekenhuis in Hasselt. Een multidisciplinaire samenwerking tussen klinische en academische partners, dat is volgens ons de beste manier om aan onderzoek naar mHealth te doen", zegt **projectcoördinator Valerie Storms**. "Het mHealth-onderzoek in ons land is nog vrij jong. Er zijn dus wellicht **vele pilotprojecten en studies lopende momenteel**, maar zonder al gepubliceerd te zijn. Het Belgische verhaal begon bij de **telemonitoring van hartpatiënten** met een pacemaker en de ambitie om dat door te trekken naar patiënten zonder zo'n implantaat. Die eerste studies dateren van 2010. Sindsdien is het mHealth-onderzoek **uitgebreid naar andere klinische domeinen als de gynaecologie, pneumologie, neurologie en pijnbestrijding**." Ook de industrie is een partner. "Die samenwerking

4 gezondheidsapps in de kijker!

De Mobile Health Unit van de universiteit van Hasselt is volop bezig met onderzoek naar gezondheidsapps. We lichten er 4 voorbeelden uit:

FibriCheck: app die voorkamerfibrillatie kan opsporen. De patiënt plaatst z'n vingertop 1 minuut op de camera van zijn smartphone en de app controleert het hartritme op onregelmatigheden. De app deelt alle metingen automatisch met de arts. FibriCheck wordt wellicht de eerste Belgische app die artsen zullen kunnen voorschrijven om het hartritme van hun patiënten vanop afstand te volgen. FibriCheck doorloopt momenteel het CE-keuringsproces om als 'medical device' op de markt te komen.

Belli app: app die weeën meet bij zwangere vrouwen om zo complicaties en vroegtijdige geboortes te vermijden. Zij krijgen een pleister op hun buik gekleefd die de weeën registreert en dan naar de smartphone stuurt. De zwangere vrouwen kunnen zelf de resultaten zien, maar in het ZOL in Genk houden een gynaecoloog en een vroedvrouw de gegevens ook in het oog. Belli app zit momenteel nog in een testfase.

Buddy app: app voor mensen met hartritme storingen die bloedverdunners nemen. De Buddy app creëert een interactieve spelomgeving tussen de patiënten en hun kleinkinderen om zo de therapietrouw te verhogen. Deze app wordt ontwikkeld en getest in samenwerking met Bayer, i-Propeller, DAE Studios en het Jessa Ziekenhuis.

CardioCoach: app voor mensen met hartfalen. CardioCoach meet parameters als bloeddruk, gewicht, hartslag, ... en verwittigt de arts via een slim algoritme wanneer de medicatie aangepast moet worden. Ook de patiënt thuis wordt via de app geïnformeerd. CardioCoach herinnert patiënten er ook aan om hun geneesmiddelen te nemen en de patiënt kan ook communiceren met zijn arts over mogelijke bijwerkingen en symptomen.



www.mobilehealthunit.org



Valérie Storms

verloopt vrij vlot”, zegt Storms. “Een onderzoek vertrekt meestal bij een **arts met een klinische vraag. De MHU gaat dan op zoek naar bedrijven die een technische oplossing kunnen bieden voor dat specifieke probleem en vanuit de universiteit koppelen we daar ook een luik onderzoek aan.** Daarnaast gaan wij ook op zoek naar de financiële middelen om een project te kunnen uitvoeren.”

Evidence kost veel geld...

Net die financiering blijkt echter vaak een obstakel te zijn voor grondig onderzoek naar mHealth. “Zo’n onderzoek kost erg veel geld. Kijk maar naar de farmaceutische industrie. **Hoe meer evidence je nodig hebt, hoe duurder de klinische studie.** Dan rijst de vraag: hebben we voor een app evenveel evidence nodig? Moeten we voor medische devices even omvangrijke studies op touw zetten? Dat is vaak gewoon niet haalbaar, omdat **apps meestal door kleinere bedrijfjes ontwikkeld worden die niet over grote budgetten beschikken.** En als studies meerdere jaren duren, is de technologie vaak al achterhaald natuurlijk. Binnen mHealth evolueert alles razendsnel”, dixit Storms. Lopen we dan echter niet het risico dat een app niet evidence-based genoeg is als hij gebruikt wordt? **“We zullen op zoek moeten naar een nieuwe definitie van ‘evidence’ als het**

mHealth, eHealth, telegeneeskunde...

Ziet u tussen de bomen het bos niet meer bij het lezen van al die termen? Een woordje uitleg!

- **mHealth:** alle zorgtoepassingen die gebruik maken van mobiele communicatiediensten en -toestellen (smartphones, wearables, sensoren, smart watches, ...). Ze maken de interactie tussen arts en patiënt mobiel, op elk moment en op elke plaats.
- **eHealth:** het ruimere concept rond online informatie- en communicatietechnologieën in de gezondheidszorg (beveiligde elektronische dienstverlening en informatie-uitwisseling).
- **Telegeneeskunde:** het monitoren en begeleiden van de patiënt vanop afstand. Via de telefoon of ook mobiel (met 4G-internetverbinding).



“Er bestaan duizenden apps, maar we moeten weten welke waardevol zijn en welke niet.”

over apps gaat. Verschillende denktanks in Europa buigen zich al over die vraag. Technisch moet het snor zitten, een klinische validatie is belangrijk en inhoudelijk moet het evidence-based zijn, maar even grote studies als bij geneesmiddelen zijn voor apps gewoon niet mogelijk.”

Zorgsector op de kar krijgen

Ondanks het financiële struikelblok heeft de MHU toch al een paar grootschalige studies uitgevoerd. Daarna volgt echter een tweede grote uitdaging: de zorgverleners motiveren om apps en sensoren effectief te gebruiken. “Een nieuwe technologie bovenop een oude organisatie zorgt voor een dure organisatie”, zegt Storms. “De huidige organisatie van ons zorgsysteem is nog niet afgestemd op het gebruik van mHealth en het is niet eenvoudig om zorgverleners te motiveren om ermee aan de slag te gaan. Het is dus vooral wachten op politieke actie. **De pilootprojecten van Minister De Block zullen moeten uitwijzen hoe we ons zorgsysteem en het huidige financieringsmodel moeten aanpassen aan mHealth.** We kijken alvast uit naar de resultaten.”



Steven Vervaeet
steven.vervaeet@mloz.be



Welke richtlijnen gebruiken voor gezondheidsapps?

Gadgets of echte medische technologie? Feit is dat de gezondheidsapps onze gezondheidszorg aan het veroveren en zelfs radicaal aan het veranderen zijn. Maar kunnen ze de gezondheid van de gebruikers verbeteren, de veiligheid van de patiënten garanderen en instaan voor de betrouwbaarheid van de gegevens? Dat blijft nog een grote uitdaging!

‘Better use of better apps for better health’, dat is de slogan van de Europese werkgroep die gestart is met het opstellen van richtlijnen om de betrouwbaarheid en juistheid van mobiele gezondheidsapps te evalueren. Het document zou eind 2016 gepubliceerd worden en zal als inspiratiebron dienen voor de lidstaten.

Een aanzienlijke markt

Het doel is om een kader rond veiligheid, kwaliteit en betrouwbaarheid te creëren en criteria rond efficiëntie op te stellen om het gebruik, de ontwikkeling en de evaluatie van toepassingen rond mobile health (mHealth) te verbeteren. De markt van de medische apps is echt in opmars. Elke maand worden duizenden nieuwe toepassingen ontwikkeld en aan de gebruikers aangeboden, zonder enige garantie op vlak van veiligheid en betrouwbaarheid. Deze markt wordt voor de komende 15 jaar geschat op bijna 50 miljard euro per jaar.

Bij ons is Minister van Volksgezondheid Maggie De Block zich ervan bewust dat al die gezondheidsapps in de toekomst een integraal deel van onze gezondheidszorg zullen uitmaken. In juni lanceerde ze daarom een oproep naar de zorgverleners voor projecten rond mHealth (lees artikel p. 14-15). Ze wil op die manier een aantal toepassingen testen om te onderzoeken welk juridisch kader en welk financieersmodel nodig zijn.

Nood aan een kader

Op dit moment bestaat er in ons land geen reglementering rond het gebruik van mobiele gezondheidsapps of een kwaliteitskader om de betrouwbaarheid ervan te garanderen. “Het is belangrijk om een echte volksgezondheidsvisie voor ogen te houden

met een onafhankelijk orgaan dat kwaliteitslabels controleert en toekent”, zegt Dr. Francis Roger-France, professor emeritus aan de UCL en medisch raadgever binnen de Europese werkgroep. “Het KCE zou een rol kunnen spelen bij de samenwerking met onderzoekscentra.”

“Het grootste gevaar van deze gezondheidsapps schuilt in het gebruik ervan”, verduidelijkt Dr. Francis Roger-France. “De technologie op zich is neutraal, maar kan voor goede of slechte doeleinden gebruikt worden. Enerzijds krijgen patiënten en gebruikers meer autonomie rond hun medische verzorging, maar anderzijds beslissen ze niet langer wat er met hun gegevens gebeurt. Hoe kunnen we er zeker van zijn dat deze medische informatie niet in verkeerde handen valt? Stel je voor dat een werkgever toegang krijgt tot de gegevens van een werknemer met een geestelijke ziekte? Of dat een verzekeringsbedrijf de volledige medische geschiedenis van een potentiële klant in handen krijgt?”

Evolutie van de praktijken

De evolutie rond gezondheidsapps zal nog voor de nodige uitdagingen komen te staan, maar deze ontwikkeling is niet tegen te houden. Er bestaat een grote kans dat deze nieuwe mobiele technologieën de uitoefening van de gezondheidsberoepen helemaal op zijn kop zullen zetten. “Het is een buitengewone ontwikkeling, die de toekomstige organisatie van de geneeskunde in vraag stelt. We schatten dat binnen 15 jaar 60% van de beroepen een andere invulling zal krijgen. Er zullen nieuwe mogelijkheden komen, waarop we ons nu al moeten voorbereiden.”



Nathalie Renna

nathalie.renna@mloz.be

Telegeneeskunde om beroertes sneller te behandelen

Dossier



Bij de behandeling van een beroerte telt elke minuut. Om de tijd vóór de behandeling zoveel mogelijk in te korten, creëerde het UZ Brussel in samenwerking met de Vrije Universiteit Brussel (VUB) daarom een nieuwe oplossing: telegeneeskunde rechtstreeks in de ziekenwagens.

Dagelijks krijgen in België meer dan 60 mensen een beroerte. De snelheid waarmee ze behandeld worden, kan het verschil betekenen tussen lichte letsels, een handicap of zelfs een overlijden. Bij een beroerte verlies je ongeveer 2 miljoen neuronen per minuut. Het UZ Brussel zocht daarom naar een manier om de tijdsspanne vóór de werkelijke behandeling in te korten. Die zoektocht resulteerde in telegeneeskunde in de ziekenwagen zelf, in samenwerking met de Zebra Academy (spin-off van de VUB).

De diagnose in de ziekenwagen stellen

“Het doel van telegeneeskunde in de ziekenwagen is om tijdens het vervoer naar het ziekenhuis de diagnose te beginnen stellen”, vertelt dr. Raf Brouns, neuroloog aan het UZ Brussel. **“Bepaalde tests kunnen we al in de ziekenwagen**

doen: de patiënt identificeren, de vitale parameters nakijken, maar ook de ernst van de beroerte bepalen of een onderscheid maken tussen een beroerte en een andere pathologie met gelijkaardige symptomen. Wanneer de patiënt aankomt in het ziekenhuis, moeten we die tests niet meer uitvoeren en kunnen we de patiënt meteen behandelen.”

Hoe gaat dat in zijn werk? De ziekenwagen is uitgerust met een scherm en een webcam zodat een beroertespecialist de patiënt op afstand kan onderzoeken. De arts kan dan inloggen op een webplatform dat speciaal voor deze tool ontwikkeld is, of hij nu in het ziekenhuis, thuis of onderweg is. Zo staat hij rechtstreeks in contact met de patiënt in de ziekenwagen. Alle gegevens die de arts via dit platform registreert, worden nadien doorgestuurd naar het medische team in het ziekenhuis zodat zij de patiënt zo snel mogelijk de geschikte verzorging kunnen bieden.

20 minuten tijdswinst

De afgelopen jaren deed het UZ Brussel al heel wat onderzoek naar deze nieuwe technologie. De resultaten werden voorgesteld op een Europees congres over beroertes. **Ze toonden aan dat deze innoverende technologie betrouwbaar is, organisatorisch te verwezenlijken valt en geen enkel risico inhoudt.** “Wij hebben ook deze innoverende behandeling vergeleken met de traditionele behandeling”, zegt dr. Brouns. “We wilden namelijk nagaan of er tijdswinst was. En inderdaad, het onderzoek bewees dat patiënten dankzij telegeneeskunde in de ziekenwagen 20 minuten winnen in vergelijking met patiënten die een standaardbehandeling kregen.”

“De arts staat rechtstreeks in contact met de patiënt in de ziekenwagen.”

Techniek uitbreiden naar andere aandoeningen

De toekomst van de mobiele gezondheidszorg ziet er rooskleurig uit. Alexander de Croo, minister van Digitale Agenda, hoopt zelfs dat België een van de Europese leiders wordt rond de digitale innovaties in de gezondheidszorg. “Ik denk dat de technologieën rond mobiele gezondheidszorg, zoals telegeneeskunde, veel te bieden hebben aan patiënten”, verklaart dr. Brouns. “Ze kunnen de kwaliteit van de verzorging verbeteren en tegelijk de kosten drukken. We zijn begonnen met beroertes omdat tijd hier een doorslaggevend element is, maar het is de bedoeling om de telegeneeskunde uit te breiden naar andere aandoeningen: trauma's, hartaanvallen, ademhalingsproblemen, epilepsieaanvallen, ...”


Nathalie Renna
nathalie.renna@mloz.be



Hoe zijn onze gezondheidsgegevens beveiligd?



Frank Robben

Mobile health doet dromen van een betere opvolging van onze gezondheid. Een essentiële voorwaarde is echter de uitwisseling en het toegankelijk maken van onze gezondheidsgegevens. Wat met de beveiliging van deze gegevens, de personen die toegang zouden hebben en de rechten van de patiënt? Een korte (technische) bespreking van deze kwestie met Frank Robben, Administrateur-generaal van het eHealth-platform.

“**A**bsolute veiligheid bestaat niet. Auto-ongevallen kan je ook alleen maar vermijden door niet met de wagen te rijden!” Volgens Frank Robben moeten we vooral zoeken naar een evenwicht tussen de voordelen van mobiele gezondheidszorg en de risico's die ermee gepaard gaan.

Want er staat gigantisch veel op het spel met de verspreiding van onze gezondheidsgegevens! Voor commerciële bedrijven is de verleiding groot om die data te gebruiken voor de ontwikkeling van producten. Onlangs liet Google nog van zich horen. Het bedrijf bereikte een akkoord met een private zorgstichting, bestaande uit 3 Londense ziekenhuizen, over de toegang tot de medische dossiers van 1,6 miljoen patiënten. Het officiële doel van die deal is om patiënten met een nierziekte op afstand te volgen via een applicatie die een waarschuwingssignaal geeft. Maar wat zal er met die data gebeuren op het einde van het project? Een recente analyse van Deloitte houdt rekening met **een vertienvoudiging van de geconnecteerde wereldgezondheidsmarkt binnen 5 jaar. Van 2,4 miljard dollar in 2013 naar 21,5 miljard in 2018.** Reden genoeg voor begerige blikken... en een overheid die onze gezondheidsgegevens beschermt.

Een dubbel vergrendeld systeem

In ons land organiseert het platform eHealth de netwerken van gezondheidsgegevens en de beveiliging van en toegang tot dat systeem. “Voor de uitwerking van een systeem van gegevensdeling baseren we ons eerst en vooral op risicoanalyses”, legt Frank Robben uit. “We willen alle kansen benutten, maar tegelijk ook de gevaren beheersen én voorkomen. **We moeten evolueren naar ‘geïmmuniseerde’ systemen die aan zelfbescherming doen.** Denk aan een om-

muurde stad: je gaat binnen door de stadspoort, maar ook binnen de stadsmuren beschermen de inwoners zich tegen indringers. **Er zijn dus regels om de toegang te controleren, maar ook maatregelen om het gebruik van informatie onmogelijk te maken als iemand toch is binnengedrongen.**”

De eerste barrière van het systeem bestaat uit een aantal filters: de identiteit van de gebruiker (is hij wel degelijk wie hij beweert te zijn?), een aantal kenmerken (arts of apotheker?) en tot slot ook de ‘relaties’ (de aanwezigheid in het ziekenhuis, de therapeutische relatie met de patiënt, ...). Zodra die verificaties gebeurd zijn, geeft het systeem toegang tot bepaalde data. **De tweede defensielinie is een versleutelingssysteem dat de gegevensuitwisseling van begin tot eind versleutelt, van bij de afzender tot bij de geadresseerde.** “Dat is allemaal nogal technisch, maar de versleuteling is gebaseerd op duo's van sleutels, aangemaakt door de zorgverleners zelf. Als iets versleuteld is met een bepaalde sleutel, kan het enkel ontcijferd worden met een andere sleutel”, zegt Robben. “Zo is de ‘immunitet’ verzekerd. Zelfs als iemand erin zou slagen om toegang te krijgen tot bepaalde gegevens, of een uitwisseling zou onderscheppen, dan nog zou die persoon de informatie niet kunnen lezen.”

Afgebakende repertoria

In België bestaat er niet iets als één database met alle gezondheidsinformatie van alle burgers. En maar goed ook, want die zou heel kwetsbaar zijn voor hackers. De gezondheidsgegevens uit diverse zorginstellingen zijn verdeeld over meerdere repertoria. “In geval van een risico kunnen we bepaalde delen in quarantaine plaatsen”, dixit Robben. “Dankzij ons systeem kun-

nen we trouwens ook alle sporen van de uitwisseling bewaren. **We kunnen zien wie zich wanneer geïdentificeerd heeft, wie welk soort bericht bekeken heeft voor welke patiënt en met welk doel. Deze sporen zijn toegankelijk voor controleorganismen bij een klacht. Een niet te verwaarlozen troef in vergelijking met een papieren dossier: er is een spoor bij elke raadpleging.** Mensen zijn dus voorzichtiger, want ze weten dat controles mogelijk zijn."

Ook de toegang tot mobiele applicaties is beveiligd. "Het systeem werkt met een authenticatie via een lezer van de elektronische identiteitskaart. De gebruiker krijgt dan toegang tot zijn applicatie via een uniek paswoord, zoals bij online bankverrichtingen. De versleuteling gebeurt volgens hetzelfde principe als voor het systeem op pc." Maar volgens Robben valt er nog heel wat te regelen rond mobiele applicaties: hoe worden de data opgeslagen? Wat bij verlies van de smartphone?... "Het gevaar bestaat dat duizenden applicaties gecreëerd worden op wereldniveau. Op een bepaald moment kregen we te maken met cyberaanvallen die het Belgische netwerk in overdrive wilden doen gaan. Daarom is het systeem zo uitgekiend dat het zichzelf kan beschermen tegen dergelijke aanvallen", vertelt Robben nog. **Toch zijn er altijd nieuwe soorten aanvallen mogelijk vanop andere plaatsen. We moeten daarom blijvend aan risicoanalyse doen.**"

Deontologie en ethiek

Op die manier is alles uitgedokterd voor de ziekenhuizen die een gigantische massa aan gezondheidsgegevens genereren. Het platform eHealth heeft een adviseur in de beveiliging van informatie opgeleid in alle ziekenhuizen van het land. Deze professionals vormen een netwerk dat ze kunnen contacteren bij problemen. "Is die beveiliging nu onfeilbaar? Het zou overdreven zijn om dat te beweren", nuanceert Robben. "Technisch en organisatorisch staat alles op punt, maar de zwakke schakel is en blijft de gebruiker."

Het systeem rond gegevensdeling mag dan goed afgegrensd zijn, het kan niet werken zonder bewuste, alerte gebruikers die weten wat ze moeten doen. "Elke zorgverlener moet zich aan zijn deontologische regels houden. Daar hebben we natuurlijk geen vat op", brengt Robben in herinnering. "Persoonlijk heb ik al gepleit bij het intersectoraal comité voor een procedure voor de aangifte van belangenconflicten in de ziekenhuizen. Bijvoorbeeld wanneer een arts iemand verzorgt én tegelijkertijd optreedt als expert voor een verzekeringsmaatschappij."

Wat zegt Europa?

Europa publiceerde begin mei 2016 een **nieuwe verordening over de bescherming van de persoonlijke gegevens**. Daarin staat eindelijk een gemeenschappelijke omschrijving van het begrip 'gezondheidsgegevens' en komt ook voor het eerst het begrip 'genetische gegevens' voor. Rond de mobiele gezondheidsapplicaties schreef de Europese Commissie trouwens **ook een tekst over de eerbiediging van de privégegevens**. De 'Code of Conduct on privacy for mobile health applications' wil leidraden bieden aan de ontwikkelaars van mobiele applicaties op vlak van het respect voor de gezondheidsgegevens. De tekst bevat bv. aanbevelingen over de volgende aspecten: het bijhouden van gegevens, de bescherming van de gegevens tegen inmenging van derden, de overdracht van data en de gezondheidsgegevens van kinderen. De toetreding tot deze Code gebeurt wel op vrijwillige basis. Een eerste stap in de goede richting dus, maar wel iets te aarzelend, gezien de snelle stijging van het aantal gezondheidsapplicaties en de gevaren rond de bescherming van onze data.

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

De mening van de Onafhankelijke Ziekenfondsen



De volksgezondheid verbeteren, met respect voor de privacy van de verzekerden

Volgens **Ann Ceuppens**, Directrice Vertegenwoordiging en Studies van de Onafhankelijke Ziekenfondsen, moeten we een onderscheid maken tussen 2 niveaus qua datagebruik, naargelang hun einddoel. Deze geanonimiseerde en samengevoegde gegevens dienen voor het uitstippelen van een efficiënt gezondheidsbeleid en dragen bij tot een optimalisering van de beperkte beschikbare middelen. De ziekenfondsen hebben evenwel ook de mogelijkheid om individuen met bepaalde gezondheidsrisico's (bv. diabetici) beter te informeren en hen een begeleidingsprogramma op maat voor te stellen. In dat geval is natuurlijk wel altijd de geïnformeerde toestemming van de betrokkene nodig.

"Het gebruik van de gegevens moet bijdragen tot een betere volksgezondheid, maar zonder afbreuk te doen aan de persoonlijke levenssfeer én de bescherming van de verzekerden. Dat zijn kernwaarden van de Onafhankelijke Ziekenfondsen", besluit Ceuppens.

mHealth in het federale eGezondheidsplan: hoe ver staan we?

“Neem je bloeddruk met je smartphone en stuur me de gegevens door via de app.” Wat als dit een standaardgesprek wordt tussen een arts en zijn patiënt? Minister van Volksgezondheid Maggie De Block schenkt in het actieplan eGezondheid 2015-2018 aandacht aan Mobile Health (mHealth) en wil zulke situaties mogelijk maken. Hoe ver staat België met deze plannen en wat mogen we in de (nabije) toekomst verwachten? “Er moeten nog een aantal dingen gebeuren voor apps en sensoren deel uitmaken van onze gezondheidszorg”, zegt Eric Van der Hulst, projectleider voor het onderdeel mHealth in het actieplan.



Eric Van der Hulst

eGezondheid, wat is dat?

Elke patiënt heeft een elektronisch dossier waar zorgverleners informatie noteren en ophalen, artsen schrijven elektronische doktersbriefjes voor, de elektronische gegevens zitten veilig bewaard in een elektronische kluis... Dit zijn slechts enkele punten die grotendeels worden uitgewerkt in het actieplan eGezondheid 2015-2018. Dat plan telt 20 actiepunten die parallel worden uitgevoerd tegen een bepaalde deadline. eGezondheid betekent zoveel als de gezondheidssector die optimaal gebruik maakt van informatica. Maar om dit mogelijk te maken, hebben we eHealth nodig: een technologisch platform voor alle digitale plannen (lees het interview met directeur Frank Robben op p. 12-13). Een onderdeel van eHealth is mHealth en dit is actiepunt 19 in het actieplan eGezondheid.

Vandaag bestaan er heel wat mobiele applicaties en toestellen die te maken hebben met ‘gezondheid’. Wat als we die zaken gebruiken in de gezondheidszorg en zo het leven van de patiënt en de zorgverlener makkelijker maken? “Stel je voor dat je als hartpatiënt een traceerbare pacemaker hebt. Dus dat de digitale informatie over je hartaanval wordt opgeslagen in je elektronisch patiëntendossier”, zegt **Eric Van der Hulst, projectleider van ‘Mobile Health’ in het actieplan.** “Iemand in een soort van ‘call-center’ in het ziekenhuis volgt die gegevens dan verder op. Zodra die persoon merkt dat er iets niet klopt, neemt hij contact met je op en met je cardioloog. Zo hoef je als patiënt niet om de zoveel tijd op raadpleging bij je arts en kan je cardioloog je preventief opvolgen.” Het klinkt veelbelovend en tijdsbesparend. Maar Van der Hulst is er zich ook van bewust dat er nog werk aan de winkel is. **“Het huidige zorgsysteem vergoedt artsen voor het behandelen van zieke patiënten, niet voor het ‘gezond houden’ van patiënten.**

Tenzij natuurlijk de overheid hier iets aan verandert. Het financiële aspect van mobiele toestellen en applicaties is maar één onderdeel in het actieplan. Daarnaast is er ook nog het wettelijke kader waarbinnen dit allemaal kan plaatsvinden, de wetenschappelijke mogelijkheden, kwaliteitsgaranties, juridische aspecten en privacy.

Pilootprojecten voor mHealth

Hoe pakt de overheid het onderdeel ‘mHealth’ in het plan nu precies aan? “We publiceerden een vragenlijst, gericht aan alle actoren die bezig zijn met gezondheidszorg en mobiele applicaties of toestellen. Bedrijven konden die vragenlijst beantwoorden, maar ook ziekenhuizen. Zo kreeg ik een inventaris van welke mHealth-mogelijkheden er bestaan”, legt Van der Hulst uit. “De volgende stap was een oproep naar alle zorgactoren om mHealth-initiatieven in te sturen. Denk maar aan de cardioloog die zegt dat hij zijn patiënt met een

app zou willen volgen, maar dit niet doet omdat hij er nu niets aan verdient. **Ik ga op zoek naar zorgactoren die vragen om mHealth-toepassingen die al bestaan, maar die nog niet worden terugbetaald of binnen een wettelijk kader kunnen worden gebruikt. De deadline voor die voorstellen is eind september.**

Uiteraard bestaan er criteria waaraan de ingestuurde voorstellen moeten voldoen. "Privacy is belangrijk", benadrukt Van der Hulst. "Een andere belangrijke richtlijn: mHealth-oplossingen mogen niet duurder zijn dan de bestaande manier van werken." Na een uitgebreide selectieprocedure komt het project aan een proefperiode toe. **"Het is de bedoeling om de applicaties en toestellen zo realistisch mogelijk te gebruiken. Dat wil zeggen: met echte patiënten die hun toestemming hebben gegeven, eventueel met terugbetalingsmogelijkheden en financiële voordelen voor de zorgverleners."**

In het derde kwartaal van 2017 moet een evaluatie op papier staan en is hopelijk duidelijk

welke criteria belangrijk zijn. Momenteel staan in het actieplan 2015-2018 vier criteria opgesomd waaraan mHealth-toepassingen moeten voldoen: (1) veiligheid en privacy, (2) de 'interoperabiliteit' van een applicatie, m.a.w. de app moet in staat zijn om met de

Een piste is om betrouwbare apps te valideren en desgewenst te laten opnemen in de nomenclatuur en het terugbetalingsverhaal.

elektronische patiëntendossiers te werken, (3) de mobile devices moeten voldoen aan Europese normen voor mobiele apparaten en (4) de conclusies en adviezen van de app moeten gebaseerd zijn op wetenschappelijke gegevens.

Onrechtstreekse financiële incentives

De overheid wil een kader creëren dat het gebruik van mHealth-toepassingen mogelijk maakt,

maar dat wil nog niet zeggen dat elke zorgverlener vanaf 2018 applicaties zal voorschrijven. De zorgverlener kiest nog altijd zelf of hij wil deelnemen aan het mobiele verhaal. Voor eHealth heeft de federale overheid enkele financiële incentives voorzien, zodat artsen sneller gebruik zouden maken van het Elektronisch Patiëntendossier. Dat is ook voor mHealth het geval, maar dan op een andere manier. Een piste is om betrouwbare applicaties te valideren en desgewenst te laten opnemen in de nomenclatuur en het terugbetalingsverhaal. "Daarnaast heeft het kabinet van Alexander De Croo, minister van Digitale Agenda, maatregelen gelanceerd om start-up-bedrijven in de gezondheidszorg te ondersteunen", verduidelijkt Van der Hulst. "Dankzij deze maatregelen is het voor hen aantrekkelijker om gezondheidsapplicaties, die voldoen aan de opgelegde criteria, op de markt te brengen."



Lies Dobbelaere
lies.dobbelaere@mloz.be

Hoe doen ze het in het buitenland?

"De meeste Europese landen proberen een wettelijk kader te ontwikkelen voor apps en mobiele toestellen, maar tot nu toe is nog geen enkel land hiermee klaar", zegt Van der Hulst. Europa is ook bezig met het goedkeuren van richtlijnen en die zijn streng. "Sommige richtlijnen kwamen uit in juni 2016. Andere zijn nu gestemd, maar pas geldig in 2018, zodat bedrijven zich kunnen aanpassen."

Volgens Van der Hulst zijn de Scandinavische landen voortrekkers in het mHealth-verhaal. "Denemarken heeft al een wettelijk kader uitgewerkt. Ook in Schotland gaat het vooruit, maar dat komt door de beslissingsprocedure: België telt 9 ministers die bevoegd zijn voor delen van de volksgezondheid, in Schotland is dat er één. Ook Finland is ontzettend vooruitstrevend, omdat het een centrale databank heeft met medische dossiers die gebruikt kunnen worden voor onderzoek." En we hoeven zo ver niet te kijken. **Ook Nederland**

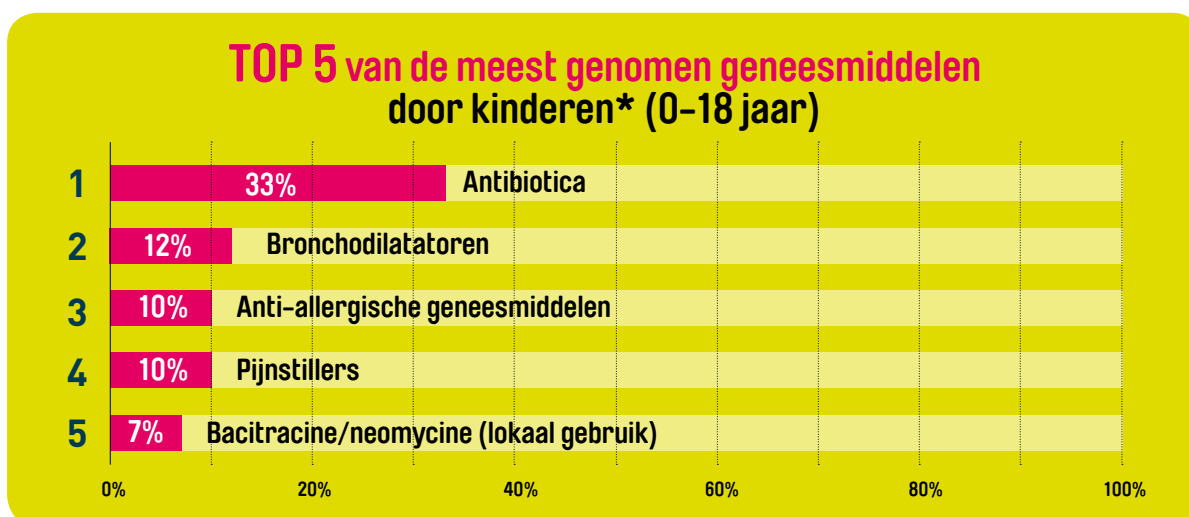
is een interessant voorbeeld. "Daar overwegen ze het aantal ziekenhuisbedden te verminderen en meer in te zetten op thuiszorg en zorg op afstand. Mobiele applicaties en toestellen nemen dan de plaats in van zorgverleners die een patiënt fysiek in zijn bed opvolgen. Een diabetespatiënt wordt digitaal gevolgd via zijn smartphone omdat hij zo zijn bloedwaarden kan meten. Die worden doorgestuurd naar een medisch callcenter in het ziekenhuis waar een dossierbeheerder zijn waarden in de gaten houdt."

Kidoscope

Barometer voor de gezondheid van kinderen

Krijgen onze kinderen te veel geneesmiddelen?

1 op de 2 baby's krijgt antibiotica en 4 op de 10 worden behandeld tegen ademhalingsziekten. In zijn eerste editie legt de KidOscope, de barometer voor de gezondheid van kinderen, de zorgwekkende tendens bloot om bepaalde kinderziekten met te veel geneesmiddelen te bestrijden. Welke geneesmiddelen nemen onze kinderen het meest? Zijn ze wel altijd aangewezen? De Onafhankelijke Ziekenfondsen onderzochten de kwestie!



* gebaseerd op de 30 geneesmiddelen op voorschrift die kinderen onder de 18 jaar het meest gebruiken (gegevens van de Onafhankelijke Ziekenfondsen 2014). De percentages staan op de kinderen die minstens één verpakking van het geneesmiddel kregen tijdens dat jaar. Zie methodologie.

Vaststellingen

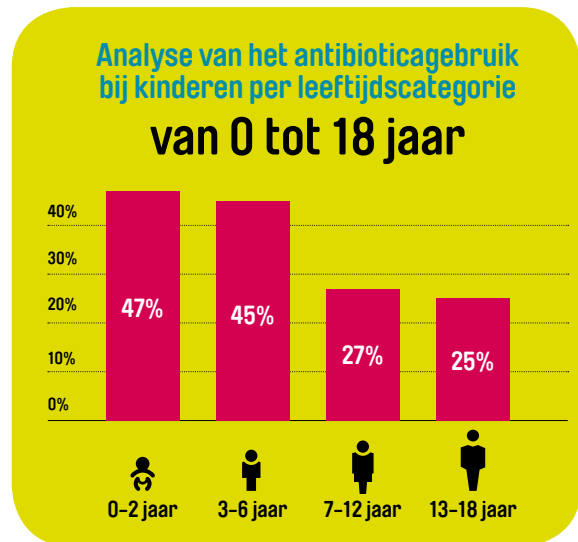
- **Antibiotica zijn de geneesmiddelen die onze kinderen het meest nemen**, alle leeftijden samen. **In 2014 nam 1 op de 3 kinderen (33%) minstens één keer een antibioticum.** Die cijfers bevestigen de slechte reputatie van ons land. België staat namelijk op de 4e plaats in Europa op vlak van ambulante consumptie van antibiotica (we schrijven bijna 3 keer meer antibiotica voor dan Nederland en 2 keer meer dan Duitsland). Amoxicilline, een aminopenicilline dat aangewezen is bij de behandeling van bacteriële infecties (longen, NKO,...), is de meest voorgeschreven soort van antibioticum.
- **Op de tweede plaats van de meest voorgeschreven geneesmiddelen staan de bronchodilatoren**, aangewezen bij de behandeling van ademhalingsziekten als astma: **1 op de 8 kinderen neemt ze (12%).** Dat bevestigt de hoge prevalentie van ademhalingsziekten bij kinderen, alle leeftijden samen.
- **Op de 3e plaats staan de anti-allergische geneesmiddelen** (2 antihistaminica, 1 lokale corticoïde). Dat illustreert dan weer de sterke prevalentie van allerlei soorten allergieën (huid, luchtwegen, ...).
- **Op de 4e plaats vinden we de pijnstillers.** De cijfers uit het klassement zullen in werkelijkheid

echter hoger liggen, omdat de meeste kinderen geneesmiddelen zonder voorschrift nemen. Ter herinnering, onze analyse beperkt zich tot terugbetaalde geneesmiddelen. Pijnstillers worden echter alleen terugbetaald in bepaalde moleculen en hoge dosissen (bv. Ibuprofen vanaf 400 mg). **Opvallend: 1 op de 5 jongeren neemt deze terugbetaalde pijnstillers.**

- Op de **5e plaats van het klassement staat ten slotte nog een antibioticum, een lokale variant deze**

keer: neobacitracine® (combinatie van bacitracine en neomycine). Dit geneesmiddel, voornamelijk gebruikt bij de behandeling van nasale infecties, wordt het vaakst gegeven aan de allerkleinsten (0-2 jaar): **meer dan 1 op de 4 baby's kreeg in 2014 dit geneesmiddel toegediend (27%).**

- In het algemeen nemen bijna **2 op de 3 kleine Belgen (63%) minstens een keer per jaar een geneesmiddel dat de verplichte verzekering terugbetaalt.**



De mening van de Onafhankelijke Ziekenfondsen

Gezondheidsrisico's op latere leeftijd

Hoewel de resistentie voor antibiotica een van de grootste gezondheidsuitdagingen wereldwijd is, blijft het aantal kinderen in België dat een antibioticakuur volgt erg hoog. Al lijkt het gebruik sinds 2012 wel te dalen bij kinderen tussen 2 en 6 jaar*. **Het voorschrijven van antibiotica is dus nog te veel een automatisme.** Antibiotica mogen niet zomaar genomen worden: bij de behandeling van virale seizoensinfecties heeft een antibioticakuur bv. helemaal geen zin.

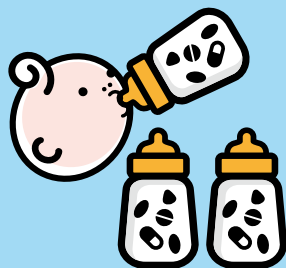
Uit onderzoek blijkt overigens dat te vaak antibiotica voorschrijven niet alleen de ontwikkeling van resistente bacteriën bevordert. **Misbruik van antibiotica bij de allerkleinsten zou ook zorgen voor een verhoogd risico op chronische ziektes op latere leeftijd, als obesitas en astma.** Het tast namelijk de darmflora blijvend aan. **Het is dus essentieel om inspanningen te blijven leveren om de globale consumptie van antibiotica te verminderen.**

Volgens de Onafhankelijke Ziekenfondsen is er ook nood aan richtlijnen voor het antibioticagebruik bij vaak voorkomende kinderziektes. Bij die behandelingen mag slechts een beperkt gebruik aangeraden worden, op voorwaarde dat de noodzaak ervan is aangetoond. Het RIZIV publiceerde in juni 2016 een overzichtsrapport over het rationeel gebruik van ambulant voorgeschreven antibiotica voor gezondheidsprofessionals. Een nuttig document om kennis van te nemen*.

Misschien minder alarmerend, maar toch ook opvallend, zijn de bronchodilatatoren. Ook die worden in grote hoeveelheden voor baby's voorgeschreven. Het zijn geneesmiddelen die niet aangewezen zijn bij eenvoudige vormen van acute bronchiolitis bij zuigelingen. **Een virale seizoensinfectie is vaak goedaardig en vergt in het algemeen niet meer dan de verzorging van de neus.**

* www.riziv.be

Geneesmiddelen... met de papfles ingegeven



Een baby krijgt
**3 doosjes antibiotica
per jaar**

- Het aantal zuigelingen (0-2 jaar) dat een geneesmiddelenbehandeling volgt, is erg groot: **3 op de 4 baby's (76%) krijgen geneesmiddelen.**
- **1 op de 2 baby's (47%) krijgt minstens een keer per jaar antibiotica.** Gemiddeld **krijgt een Belgische baby 3 verpakkingen antibiotica per jaar.** Een onrustwekkende tendens die we ook bij de 3- tot 6-jarigen vaststellen. Het is pas na de leeftijd van 6 jaar dat de toevlucht tot antibiotica afneemt om uiteindelijk te stabiliseren rond de 25% tijdens de adolescentie, wat veel blijft.
- Ook bij de hoge consumptie van een antibioticum voor lokaal gebruik, bacitracine/neomycine (27% van de baby's), kunnen we ons vragen stellen. De therapeutische doeltreffendheid van deze behandeling is namelijk niet bewezen bij infecties als rhinitis of rhinosinusitis. Infecties die meestal viraal van oorsprong zijn en geen antibiotica vereisen. Ze genezen spontaan.
- **Bijna 4 op de 10 baby's (38%) krijgen bronchodilatoren (aerosols,...), gedurende gemiddeld 31 dagen.** Het eerste levensjaar is inderdaad een periode met een verhoogd risico op ademhalingsproblemen. Vooral acute bronchiolitis van virale oorsprong komt vaak voor. Ademhalingsaandoeningen vormen ook de meest voorkomende groep van chronische ziektes bij zuigelingen (5%).

Methodologie

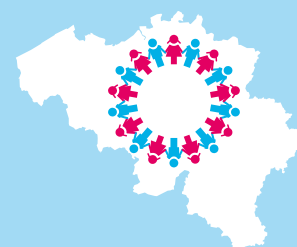
- Om de geneesmiddelen te identificeren die het meest voorgeschreven worden bij kinderen, analyseerden de Onafhankelijke Ziekenfondsen de terugbetalingsgegevens van de zorgverstrekkers aan deze bevolking. De analyse omvat de kinderen (0 tot 18 jaar) die ononderbroken tussen 1 januari en 31 december 2014 aangesloten waren bij de Onafhankelijke ziekenfondsen, overlijdens en geboortes van dat jaar inbegrepen. De leden die van ziekenfonds zijn veranderd, die in de loop van het jaar zijn aangesloten (de pasgeborenen uitgezonderd) of in het buitenland verblijven zijn niet meegerekend.
- Om een top 5 te kunnen opstellen, werden de geneesmiddelen per categorie gegroepeerd. Dit zijn de moleculen van de belangrijkste categorieën, die zelf geselecteerd werden uit de 30 meest voorgeschreven geneesmiddelen in België. De percentages tussen aanhalingstekens zijn het aandeel van de geneesmiddelen voor kinderen van 0 tot 18 jaar.
 - **Antibiotica:** Amoxicilline (21,7%), Amoxicilline en enzyminhibitor (11,1%), Azithromycine (4,4%), Clarithromycine (3,7%)
 - **Anti-allergische geneesmiddelen:** Mometasone (2%), Desloratadine (4,2%), Cetirizine (2,7%)
 - **Bronchodilatoren:** Salbutamol (9,1%), Ipratropiumbromure (8,1%)
 - **Pijnstillers:** Ibuprofen (5,7%), Paracetamol (5,5%)

Karima Amrous

Studie door Güngör Karakaya,
met de hulp van Vanessa Vanrillaer & Wouter Gelade
(Studiedienst van de Onafhankelijke Ziekenfondsen)

Waarom een KidOscope?

België telt 2,3 miljoen kinderen van 0 tot 18 jaar. Omdat een verantwoordelijke aanpak van de volksgezondheid begint vanaf de geboorte, hebben de Onafhankelijke Ziekenfondsen besloten om de gezondheidsgegevens van deze bevolkingsgroep te scannen. Ze zullen dan ook regelmatig de resultaten van hun analyses publiceren, thema per thema, samen met hun aanbevelingen. **Omdat onze kinderen onze toekomst zijn en ze gezond houden onze plicht is!**



2,3 miljoen kinderen
in België (0-18 jaar)



TTIP en CETA: paarden van Troje voor onze gezondheidszorg?

Het heeft iets van een soap: de EU en de VS hielden al 14 onderhandelingsrondes over TTIP, het vrijhandelsakkoord tussen de 2 continenten. Of er een happy end volgt, is echter nog maar de vraag. Ook nu nog is het koffiedik kijken rond de besprekingen over dit akkoord. Wat zijn de mogelijke risico's voor onze gezondheidszorg? "TTIP kan onze sociale bescherming op de helling zetten", zegt Christian Horemans, expert Internationale Zaken van de Onafhankelijke Ziekenfondsen.

Al van bij het prille begin van de onderhandelingen over het zogenaamde Transatlantic Trade and Investment Partnership (TTIP) vragen de Belgische ziekenfondsen om duidelijkheid. Economische belangen mogen niet gaan primeren op een toegankelijke, kwaliteitsvolle gezondheidszorg. Van een expliciete uitsluiting van de gezondheidszorg is echter nog altijd geen sprake. Waarom spuien de onderhandelaars zoveel mist rond TTIP? "De transparantie in dit dossier is altijd ver te zoeken geweest", zegt Horemans. "De Europese Commissie beweert wel dat ze gezondheidszorg en sociale bescherming uit het akkoord wil houden, maar we weten niet wat er in de uiteindelijke TTIP-teksten zal staan."

Wat zijn de mogelijke gevolgen voor onze gezondheidszorg dan?

Het gevaar bestaat dat de bevoegdheid van de lidstaten om hun ziekteverzekering te organiseren of om initiatieven rond gezondheidspreventie te nemen beperkt wordt. Wat als grote bedrijven beslissingen van nationale overheden gaan aanvechten? En wat als dit leidt tot een groeiende privatisering? Dat kan de toegankelijkheid van ons zorgstelsel ondermijnen. Denk maar aan verzekeringsproducten die duurder worden. Vandaag heeft elke Belg via de aanvullende verzekering van het ziekenfonds recht op een aantal tegemoetkomingen tegen democratische prijzen, maar blijft dat zo? Als de gezondheidszorg onderworpen wordt aan de interne marktregels, kan ons solidariteitsprincipe in het gedrang komen.

4 mogelijke gevaren voor de burgers

- duurdere geneesmiddelen
- hogere tarieven bij de zorgverleners
- zwakkere sociale bescherming
- lagere kwaliteitseisen voor voeding en milieu

Ondertussen doet de overheid er alles aan om de torenhoge geneesmiddelenuitgaven te doen dalen. Vormt TTIP ook op dat vlak een bedreiging?

Absoluut, farmaceutische bedrijven willen graag een grotere invloed op de prijszetting en de terugbetaling van geneesmiddelen. Dat zijn momenteel nationale bevoegdheden, maar TTIP zou daar verandering in kunnen brengen. En dat terwijl de Belgische regering initiatieven neemt om de prijzen van nieuwe geneesmiddelen binnen de perken te houden.

Hoe reageren onze politici op die mogelijke risico's?

Niet proactief genoeg. De overheden hebben vooral oog voor de economische voordelen van TTIP, maar ze blijven te blind voor de mogelijke ongewenste effecten. Eerst en vooral moeten de politici meer interesse tonen voor dit delicate dossier. En daarnaast moeten ze ijveren voor betere waarborgen voor onze sociale bescherming. Bij CETA, dat andere vrijhandelsakkoord tussen de EU en Canada, zijn deze waarborgen alvast onvoldoende. De Belgische ziekenfondsen vragen de overheid dan ook om dit vrijhandelsakkoord niet te ratificeren.



Steven Vervaeet
steven.vervaeet@mloz.be



Ontdek de position paper over TTIP en CETA van de Belgische ziekenfondsen op www.mloz.be!

Mars in Brussel op 20 september

Steeds meer burgers en middenveldorganisaties verzetten zich tegen TTIP en CETA. Dat groeiende protest mondt op 20 september uit in een nationale manifestatie door de Europese wijk in Brussel. Als deel van het middenveld ondersteunen de Belgische ziekenfondsen deze actie.

Meer info? www.stopttip.be

Murielle Lona, expert van de Onafhankelijke Ziekenfondsen, stelde de resultaten voor van een studie rond de begeleiding van diabetespatiënten door een verpleegkundige.

Preventie en volksgezondheid: het noodzakelijke huwelijk!

De OESO-landen wijden gemiddeld 3% van hun gezondheidsbudget aan preventie- en sensibiliseringsacties bij de bevolking. Om het gedrag of de levensstijl van haar inwoners te veranderen, beschikt de overheid dus over weinig bewegingsruimte. Het geïnvesteerde bedrag is heel klein, zeker in vergelijking met het hoge prijskaartje van de behandeling van vermijdbare ziektes. De Onafhankelijke Ziekenfondsen namen deel aan een internationale conferentie over dit onderwerp.

België haalt slechte punten. De uitgaven voor preventie liggen in ons land ver onder de magere doelstelling van 3%. Het resultaat van een complex beleid waar de competenties verspreid zijn over verschillende machtsniveaus? Of eerder de wil om de curatieve verzorgingssector te bevoordelen ten opzichte van het preventieve domein? In een moeilijke context met beperkte budgettaire middelen moet elke investering in een nieuwe activiteit beantwoorden aan het criterium van de kosteneffectiviteit. Maar hoe zit dat met het domein van de preventie?

Conferentie over preventie

Om na te denken over deze vraag organiseerde de Associa-

tion Internationale de la Mutualité (AIM) begin juni in Den Haag een conferentie over preventie. Verschillende sprekers deden er hun standpunt uit de doeken en deelden de resultaten van hun onderzoeken mee. AIM stelde ook haar visie rond gezondheids promotie en de preventie van ziektes voor. De organisatie vraagt de Europese instellingen om proactiever te zijn en te waken over het welzijn van de burgers door meer te investeren in preventie. Ze moeten zich concentreren op de volgende domeinen: **roken, alcoholmisbruik, gebrek aan lichaamsbeweging, ongezond diëten, vervuiling, psychosociale risico's, een ongunstige socio-economische status en een beperkte gezondheidskennis.**

De twee belangrijkste sprekers waren **Professor David McDaid,**

die lesgeeft aan de London School of Economics, en **Richard Heijink,** onderzoeker aan het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu in Nederland. Professor McDaid legde tijdens zijn betoog de nadruk op de economische argumenten rond preventie, terwijl Richard Heijink zich vooral concentreerde op de praktijken in het buitenland. Na deze presentaties volgden 4 concrete voorbeelden: een gezondheidskamp voor kinderen en jongeren met overgewicht in Oostenrijk, een sensibiliseringscampagne over het geneesmiddelengebruik in Estland, coaching van diabetespatiënten in België en de campagne 'bougez-santé, c'est facile' in Frankrijk. **De Onafhankelijke Ziekenfondsen stelden de resultaten voor van een studie rond de begeleiding van**

Tabel 1

Kosten van niet-overdraagbare ziektes, in triljoen \$ (2011-2030)

| Land | Diabetes | Hart- en vaatziekten | Chronische ademhalingsziekten | Kanker | Geestelijke ziektes | Totaal |
|---------------------------|----------|----------------------|-------------------------------|--------|---------------------|--------|
| Rijk | 0,9 | 8,5 | 1,6 | 5,4 | 9,0 | 25,5 |
| Matig tot zwakke inkomens | 0,8 | 7,1 | 3,2 | 2,9 | 7,3 | 21,3 |
| Wereld | 1,7 | 15,6 | 4,8 | 8,3 | 16,3 | 46,7 |

Bron: Bloom et al, World Economic Forum, 2011

diabetespatiënten door een verpleegkundige. Ze schetsten de lessen die we moeten trekken uit dit onderzoek en benadrukten de rol van de ziekenfondsen op vlak van gezondheidseducatie en de mogelijkheden om doelgerichte acties te ondernemen voor bevolkingsgroepen met hoge risico's, zoals personen met een verhoogde kans op hart- en vaatziekten.

Gezondheid promoten, ziektes voorkomen

De Wereldgezondheidsorganisatie gebruikt de tool 'EPIC', die wereldwijd de economische verliezen van niet-overdraagbare ziektes in kaart brengt. 'EPIC' koppelt de geschatte sterftegraad van de niet-overdraagbare ziektes in een bevolking aan de huidige en toekomstige productie die gemeten wordt op nationaal niveau.

De niet-overdraagbare ziektes zijn diabetes, hart- en vaatziekten, chronische ademhalingsziekten, kanker en geestelijke ziektes. Het economische gewicht voor de periode 2011-2030 wordt geschat en aangegeven in de bovenstaande tabel voor de landen met een hoog inkomen, de landen met een matig en laag inkomen en op wereldschaal.

Het zijn voornamelijk de geestelijke ziektes en hart- en vaatziekten, gevolgd door kanker, die verantwoordelijk zijn voor grote economische verliezen, zowel in de rijke landen als in de landen met een gemiddeld tot laag inkomen.

Vermijdbare aandoeningen

Bepaalde van deze gezondheidsproblemen en -kosten zijn vermijdbaar. Er zijn dan ook genoeg economische argumenten voor het ondernemen van acties: een visie op lange termijn ontwikkelen in plaats van op korte termijn, de sociale onrechtvaardigheid aanpakken, bijkomende problemen vermijden door de verschillende aspecten van een chronische ziekte te integreren (bv. de sociale diensten) en economische groei realiseren door te investeren in de gezondheid van de werknemers. De financiële argumenten hebben hun doeltreffendheid bewezen en zijn dan ook opgenomen in verschillende rapporten, zoals die van de OESO. **Het belang van preventie staat dus buiten kijf, de belangrijkste uitdaging is echter om de maatregelen in de praktijk te brengen.** Bij de invoering van een campagne is het aanbevolen om rekening te houden met alle voordelen. Niet alleen rond volksgezondheid, maar ook algemener, zoals bv. de impact op het economische leven of de intergenerationele relaties. In Nederland werd een voedingsonderzoek in een supermarkt gehouden op basis van de aankopen op hun website. De bedoeling was om het effect van een prijsaanpassing van voedingsmiddelen na te gaan. Twee maanden lang kregen de consumenten een korting van 50% op gezonde voeding. Deze prijsdaling deed de consumptie van gezonde voeding

stijgen, maar zorgde ook voor een toename van het totale aantal aangekochte calorieën. Een hogere prijs voor ongezonde voeding heeft daarentegen geen enkele invloed op het aankoopgedrag van de klanten!

Sensibiliseren, zo vroeg mogelijk

Het promoten van gezondheid is een belangrijk element, en dan liefst zo vroeg mogelijk. **Kinderen en jongeren op school preventief gedrag aanleren, het is onze maatschappelijke plicht. En dat niet enkel voor jongeren, maar voor de hele bevolking.**

Een van de conclusies van het betoog van professor McDaid is dat de maatregelen die het best werken, verschillende factoren tegelijk aanpakken. Een combinatie van hogere belastingen op ongezonde voeding, een reglementering rond reclame of tips binnen de primaire gezondheidszorg. Het is belangrijk om een globaal overzicht te behouden op de manier waarop de ingrepen aangepast worden om de doelgroepen echt te kunnen bereiken en geen generische maatregel voor te stellen. Voor elk initiatief is een kosten-batenanalyse nodig, samen met de voordelen buiten de gezondheidssector. Tot slot raadt professor McDaid de actoren van de verschillende sectoren aan om samen te werken, om zo het welzijn van elk individu te verbeteren.



Murielle Lona en Christian Horemans



DEBAT
31 MEI
2016

'Gezondheidsinfo: een doolhof?'

De instructies van een arts begrijpen, een bijsluiter ontcijferen, een ziekenhuisformulier invullen, correct handelen bij een noodgeval, ... Voor veel mensen is gezondheidsinformatie ontcijferen een beproeving. Kunnen we patiënten helpen om hun gezondheid op peil te houden door de communicatie met hun zorgverleners te verbeteren? Kunnen we sociale ongelijkheden inperken door de gezondheidskennis van de bevolking te verbeteren, van de schooltijd tot aan het pensioen? Om op deze vragen een antwoord te zoeken, organiseerden de Onafhankelijke Ziekenfondsen op 31 mei een debat over de uitdagingen rond 'health literacy'.

Op basis van elementen uit de studie 'The Solid Facts' van de WGO definieerde

Stephan Van Den Broucke, professor Volksgezondheidspsychologie aan de UCL, het concept 'health literacy': gezondheidsinformatie kunnen opzoeken, begrijpen en gebruiken.

Niet zo vanzelfsprekend in de praktijk, maar toch is health literacy belangrijk voor een goede zorgkwaliteit. Daarna volgde een boeiend debat over dit thema dat een breed spectrum bestreek!

De juiste informatie vinden

Nathalie Boivin, prof. Verplegingswetenschappen aan de Universiteit van Moncton (Canada), herhaalde hoe belangrijk het is om gezondheidsinfo voor het grote publiek wetenschappelijk te valideren. "In de gemeenschap waar ik werk, bestaat er een voorkeur voor audiovisuele middelen, radio of televisie, en de boodschap is aangepast aan de doelgroep. Maar voor het internet moet het publiek ook de middelen krijgen om de online informatie zelf te ontcijferen", voegde ze eraan toe.

De vraag is alleen: hoe zorg je ervoor dat die informatie betrouwbaar is? **Marleen Finoulst, hoofdredactrice van het tijdschrift Bodytalk**, herinnerde aan het Zwitserse initiatief HON. "Maar zelfs met dit 'label' is de controle ingewikkeld omdat er honderdduizenden websites zijn met het HON-certificaat. Volgens mij is het efficiënter als we de mensen leren om zelf kwalitatieve sites of informatie te herkennen", dixit Finoulst.

Dialogo met de dokter

De interactie met een arts heeft een invloed op de capaciteit van de patiënt om de dialoog aan te gaan en vragen te durven stellen. "Bij kanker moet je ook nog eens rekening houden met de angst die deze ziekte opwekt", onderstreepte **Nele Van den Cruyce, Manager Social & Knowledge Department van de Stichting tegen Kanker**. "Het zou fijn zijn als de dokter af en toe vraagt 'Hoe gaat het met je?'. Bijna een kwart van alle telefoontjes naar de Kankerinflijn gaat over psycho-emotionele vragen."

Marleen Finoulst deelde deze mening. "In de relatie met de arts moet de nadruk op respect liggen." Ook Nathalie Boivin legde uit dat patiënten vooral gehoord willen worden, en behandeld willen worden als mensen. "Een menselijke relatie opbouwen en alle aandacht geven vanaf de eerste minuut, dat maakt het verschil", benadrukte ze.

Kwetsbare doelgroepen

Deze dialoog is nog belangrijker voor kwetsbare doelgroepen. **Patrick Van Alphen, voedingsdeskundige in het UMC Sint-Pieter**: "Hoofdzaak is om de taal van de patiënt te spreken. In een ziekenhuis als Sint-Pieter, waar een groot aantal kansarmen komen, is dit nog belangrijker. De patiënt bereiken is de kern van de zaak." Stephan Van Den Broucke sneed ook de kwestie van gezondheidsanalfabetisme aan. Hoe kan je deze mensen, die toch 10% van de bevolking uitmaken, bereiken? "Sommige doelgroepen raken moeilijk aan informatie via moderne communicatiemiddelen als het internet of de sociale media. Vaak moeten we dus ook de **familie betrekken, of onze toevlucht nemen tot visuele tools zonder woorden**, die aangepast zijn aan deze mensen."

En de toekomst?

Meerdere sprekers onderstreepten het **belang van het aspect communicatie in de opleiding van alle zorgprofessionals**. Maar deze competenties aanleren is ook nuttig voor wie al aan de slag is. "Vaak beweren dokters dat ze wel weten hoe ze met hun patiënten moeten communiceren. In werkelijkheid is dat slechts zelden het geval ...", zegt Nathalie Boivin. "Dit is een werk van lange adem: er moeten opleidingen beschikbaar zijn gedurende de hele loopbaan." Health literacy een toekomst geven, dat betekent ook dat de overheid middelen aanreikt om ze voor de hele bevolking te ontwikkelen. En dat zowel op federaal als op Europees niveau, meent Van Den Broucke. "Om ervoor te zorgen dat de informatie coherenter is, en om de risico's te drukken die gepaard gaan met een overaanbod aan soms tegenstrijdige boodschappen."



Nele Van den Cruyce, Manager Social & Knowledge Department van Stichting tegen Kanker



Xavier Brenez, Directeur-generaal van de landsbond van de Onafhankelijke Ziekenfondsen



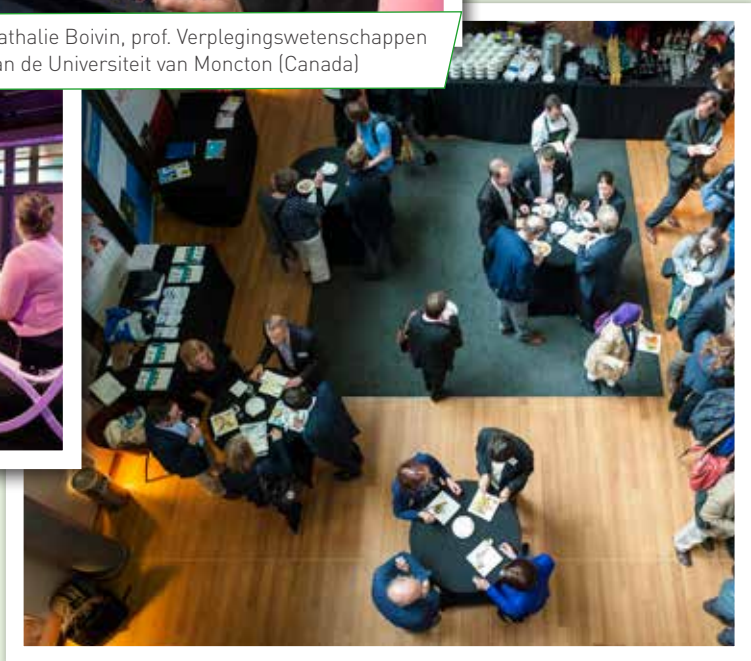
Marleen Finoulst, hoofdredactrice van het tijdschrift Bodytalk



Nathalie Boivin, prof. Verplegingswetenschappen aan de Universiteit van Moncton (Canada)



Stephan Van Den Broucke, prof. Volksgezondheidspsychologie aan de UCL



Therapietrouw: waar loopt het spaak?

Stijgende kosten, een verminderde werkzaamheid van de behandeling en een slechtere zorgkwaliteit: het zijn allemaal gevolgen van een gebrekkige therapietrouw van de patiënt aan zijn behandeling. De gezondheidsactoren beseffen dat, maar verandering vraagt tijd. Wat zijn de uitdagingen en hoe pakken we deze problematiek aan?



Bernard Vrijens

de overeenstemming tussen het gedrag van de patiënt (geneesmiddelen nemen, passend dieet en/of verandering van de levensstijl) en de afspraken met zijn zorgverlener(s).

Drie fasen

“Eenvoudig gezegd is therapietrouw het proces waardoor de patiënt zijn voorgeschreven behandeling volgt”, zegt Bernard Vrijens, wetenschappelijk directeur bij Westrock Healthcare en professor in de biostatistiek aan de Universiteit van Luik. “Eigenlijk kan je dit fenomeen enkel uitspitten als je het opsplitst in 3 fasen.”

Eerst is er het **opstarten van de behandeling**, het moment waarop de patiënt de eerste dosis van het voorgeschreven geneesmiddel slikt. “20 à 30% van de chronische behandelingen bij volwassenen wordt zelfs niet opgestart”, dixit Vrijens. “Om dat te verhelpen, is educatie nodig, maar een al te rationele aanpak is uit den boze. Wij leggen alles uit aan de patiënt op basis van wetenschappelijke studies, maar hij neemt zijn beslissing vaak minder rationeel: hij baseert zich op indrukken, angsten of op wat vrienden vertellen. De sleutel voor een goede start van de behandeling is het begrijpen van de motivatie van de patiënt en wat hij juist van de behandeling verwacht.”

De volgende fase is de **uitvoering van de behandeling**: de patiënt neemt het geneesmiddel volgens het

voorgeschreven medicatieschema. Het is belangrijk om er zeker van te zijn dat de patiënt dagelijks zijn geneesmiddel(en) neemt. “Hoe ingewikkelder de behandeling, hoe moeilijker het natuurlijk is om ze uit te voeren. Dat is bv. het grote probleem bij poly-medicatie”, legt Vrijens uit.

Tot slot is er de **fase van de volharding**. De patiënt moet volharden in zijn behandeling, maar we stellen vast dat bijna 50% van de patiënten de behandeling stopzet tijdens het eerste jaar. “Om allerlei onvoorspelbare redenen”, stelt Vrijens vast. “Zolang we die 3 sleutelementen niet loskoppelen, is het moeilijk om de therapietrouw te bestuderen. We moeten weten wat we kunnen doen bij het begin van de behandeling en we moeten een idee hebben van de specifieke problemen per fase.”

Overdosering

De uitdagingen rond therapietrouw zijn groot en van allerlei aard. Te beginnen met de onderzoeks- en ontwikkelingsfase van geneesmiddelen, die grote gevolgen voor de markt heeft. “We stellen al therapieontrouw aan de behandeling vast tijdens het klinisch onderzoek”, zegt Vrijens. “Dat is iets waarmee we nu zelfs geen rekening houden.” De expert beklemtoont dat behandelingen opzettelijk overgedoseerd worden, opdat ze hun gemiddelde resultaat op een algemene populatie bereiken, inclusief bij de therapieontrouwe patiënten. “Zodra het geneesmiddel op de markt is, wordt dan in bijna 20% van de gevallen de dosis verlaagd. **Door slecht of te zwaar te doseren, straft men zo de therapietrouwe patiënt die meer last krijgt van bijwerkingen. En dat is net één van de grote redenen waarom patiënten met een behandeling stoppen.** Ook tijdens het klinisch onderzoek moeten we rekening houden met therapietrouw, want dit begrip is zeer belangrijk om een beter inzicht te krijgen in wat er zich voordoet”, benadrukt Vrijens.



Vicieuze cirkel

Als het product eenmaal op de markt is, doet zich nog een ander probleem rond therapietrouw voor. Bernard Vrijens beschrijft dit fenomeen als een 'therapeutische escalatie'. "De patiënt die zijn geneesmiddelen niet slikt of verkeerd neemt, gaat terug naar zijn arts die vaststelt dat de behandeling niet werkt. De arts zal iets anders voorschrijven dat opnieuw niet blijkt te werken. Hij zal de dosis dan verhogen, van behandeling veranderen of er zelfs nog een tweede of derde behandeling tegenaan gooien. Die vicieuze cirkel is een dure zaak." Vrijens stelt de volgende oplossing voor: meet de therapietrouw op het juiste ogenblik, namelijk wanneer blijkt dat de behandeling 'mislukt' is. Als de arts overweegt om de dosis van het geneesmiddel te verhogen of voor een andere behandeling te kiezen, mag hij het mogelijke probleem van de therapietrouw niet vergeten. Momenteel heeft hij daar geen oog voor. **Voor hij een bijkomend geneesmiddel voorschrijft, moet hij zich afvragen waarom het huidige niet werkt. We zouden de zorgverlener kunnen aansporen om de therapietrouw te meten.**"

Therapieontrouwe patiënten moeten steun krijgen en we moeten eerst en vooral achterhalen waarom ze hun behandeling verwaarlozen.

Metten en de patiënt begeleiden

Metten is weten volgens Vrijens. "Bepaalde nieuwe geneesmiddelen, zoals biologische behandelingen, zijn zeer duur. Als we niet opletten, zullen ze een fortuin kosten aan de ziekteverzekering." Door de therapietrouw te meten, kunnen we nagaan op welke

patiënten de eerstelijnsbehandeling echt geen effect heeft. "Er bestaan studies die aantonen dat een groot deel van de patiënten bij wie de behandeling zogenoemd niet werkte, eigenlijk gewoon therapieontrouwe waren."

Er zijn 3 fundamentele benaderingen om de therapietrouw te verbeteren. "We moeten meer aandacht hebben voor de opstartfase. **De arts, de apotheker of een verpleegkundige dienst zou de patiënt een week na de start van de behandeling kunnen opbellen om te vragen of hij begonnen is met de behandeling en om**

de eventuele problemen te bespreken. Als men vaststelt dat hij het geneesmiddel niet opnieuw koopt, kan men een opvolging organiseren. Als de therapie mislukt lijkt, is een betrouwbare en nauwkeurige meting van de therapietrouw nodig." Het soort meting hangt af van wat men nodig heeft. Er zijn allerlei middelen beschikbaar: een vragenlijst bij de start, de opvolging van

de aankoop van geneesmiddelen in de apotheek om de volharding te meten, een elektronische pillendoos voor een nauwkeurige en betrouwbare meting van de uitvoering, eventueel gekoppeld aan een meting van de bloedconcentratie, enz.

We hebben duidelijk te maken met een ingewikkeld domein. Er zijn geen voorspellende factoren. Alles hangt af van de patiënt. De ene patiënt slikt zijn geneesmiddelen bewust niet, de andere is niet gewoon om dat elke dag te doen of vergeet gewoon af en toe een dosis. Als de patiënt het geneesmiddel elke dag op een vast tijdstip moet nemen, is de uitdaging nog groter. **"Het zou in eerste instantie nuttig zijn om te**

Therapietrouw meten: 2 studies van de Onafhankelijke Ziekenfondsen

Er bestaan verschillende methoden om de therapietrouw te meten. De ziekenfondsen doen dat bv. aan de hand van facturatiegegevens voor de terugbetaalde voorgeschreven geneesmiddelen.

1. De studiedienst van de Onafhankelijke Ziekenfondsen volgde gedurende 5 jaar de evolutie van een groep patiënten, die voor het eerst behandeld werd voor hypertensie in 2008¹. Deze studie, gepubliceerd in 2015, toonde aan dat **1 op de 10 hypertensiepatiënten na 1 jaar al definitief stopt met zijn behandeling.** Als hij zijn behandeling trouw blijft in het begin is de kans ook groot dat dat zo blijft gedurende de volgende jaren.

2. In een recente niet gepubliceerde analyse², uitgevoerd op sommige orale oncolytica (tamoxifen en aromatase-inhibitoren, gebruikt bij borstkanker) **varieerde de therapietrouw van 95,2% tot 97,3%** (afhankelijk van de molecule en over een periode van 1 jaar). In sommige studies zijn deze waarden echter lager als men kijkt over een periode van meerdere jaren.

¹ De opstart van de behandeling van arteriële hypertensie, en de evolutie daarvan in de volgende jaren – mei 2015

² Interne analyse van de studiedienst van de Onafhankelijke Ziekenfondsen, niet gepubliceerd

3 pistes voor een betere therapietrouw

Een betere therapietrouw vraagt om een aanpak op meerdere niveaus. Tal van actoren kunnen een rol spelen, ook de ziekenfondsen. Bijvoorbeeld door de patiënt informatie te bezorgen over zijn aandoening, over het nut en het doel van zijn behandeling, over een goed gebruik van het geneesmiddel en over de gevolgen van therapieontrouw. Een beter bewustzijn van de problemen rond therapietrouw kan ook de relatie tussen arts, apotheker en patiënt verbeteren. De Onafhankelijke Ziekenfondsen kunnen een rol spelen op verschillende gebieden.

1. De opvolging van de gegevens

Dankzij de facturatiegegevens kunnen de ziekenfondsen data verzamelen om de therapietrouw te meten. Ze kunnen zo op zoek gaan naar de risicofactoren die een invloed kunnen hebben op de therapietrouw (leeftijd, geslacht, polymedicatie, ...). De data van het InterMutualistisch Agentschap (IMA), dat alle ziekenfondsen groepeerd, kunnen gebruikt worden om op grotere schaal studies te doen en om de maatregelen voor een betere therapietrouw op te volgen.

2. Educatie

Via hun 'klassieke' communicatiemiddelen kunnen de ziekenfondsen de patiënt helpen om zijn gezondheid in eigen handen te nemen, om de kennis van zijn ziekte of behandeling te verbeteren en om hem bewust te maken van het belang van therapietrouw. Er zijn ook andere methodes denkbaar om de patiënt te begeleiden, zoals de coaching van een specifieke groep van patiënten. Het is mogelijk om educatieve programma's rond 'self-management' op te zetten.

De ziekenfondsen kunnen ook bijdragen tot de bewustmaking van de zorgverleners, die niet altijd beseffen dat er een probleem is. Zij kunnen nagaan welke subjectieve en onbewuste redenen een rol spelen bij de patiënt en dan zelf optreden op dat niveau.

3. Ondersteunende maatregelen

Sommige behandelingen zijn zeer duur en het is soms ook medisch noodzakelijk dat patiënten hun medicatie regelmatig en op het juiste tijdstip nemen. Denk maar aan geneesmiddelen tegen hepatitis C. Ondersteunende maatregelen en opvolging/monitoring zouden zeker kunnen bijdragen tot een goed verloop van de behandeling.

“focussen op de domeinen waar therapieontrouw ernstige medische of financiële gevolgen kan hebben”, zegt Evelyn Macken, experte Geneesmiddelen bij de Onafhankelijke Ziekenfondsen. “Sommige behandelingen zijn duur, maar leveren weinig op. We moeten meer aandacht besteden aan de kosten-batenanalyse.”

Pistes voor de toekomst

In mei 2016 vond in het federale parlement een conferentie over therapietrouw plaats. Het doel: een beter inzicht krijgen in deze problematiek en nadenken over mogelijke oplossingen. Tal van aspecten van deze kwestie kwamen aan bod. De deelnemers aan het debat onderstreepten dat therapieontrouw niet alleen opgelost kan worden door louter technologische ingrepen. Er is ook een individuele benadering nodig. **Een goede samenwerking tussen de verschillende zorgverleners is noodzakelijk voor een coherente aanpak. Ook een vertrouwensrelatie tussen de arts en de patiënt is essentieel, opdat die laatste problemen met zijn behandeling durft toe te geven.**

Er werd ook gewezen op de belangrijke rol van de apothekers van officina's: er lopen diverse pilootprojecten ter bevordering van de therapietrouw. Het gaat om projecten die kaderen in de evolutie van de taken van de apotheker naar meer farmaceutische zorg. Naast de apotheker en de arts zouden ook nog andere zorgverleners als verpleegkundigen een rol kunnen spelen.

En de patiënt, die mag niet langer aan de kant blijven staan. Zorgverleners moeten hem informeren, maar ook betrekken bij zijn behandeling (de 'patiënt-partner') en samen met hem doelstellingen bepalen. Zijn er problemen? Dan moeten we hem bijstaan en de kans geven om geïnformeerde keuzes te maken. Hij moet zijn hart kunnen uitstorten en er moeten systemen komen om hem te ondersteunen en op maat te begeleiden. Therapieontrouwe patiënten moeten steun krijgen en we moeten eerst en vooral achterhalen waarom ze hun behandeling verwaarlozen. We moeten samen met de patiënt nagaan welke oplossingen het best afgestemd zijn op zijn individuele geval.



Stéphanie Brisson

Met de medewerking van

Evelyn Macken & Claire Huyghebaert



10 jaar Afrikaanse ziekenfondsen: een blik terug én vooruit

De eerste ontmoeting tussen Xavier Benez en Félix Vanderstricht vond plaats in de luchthaven van Zaventem in 2014. Maar de Onafhankelijke Ziekenfondsen en Louvain Coopération werken al veel langer samen aan de opbouw van Afrikaanse ziekenfondsen in Benin en Togo. Hoe kijken beide directeurs terug op 10 jaar samenwerking? En vooral, hoe zien ze de toekomst?

10 jaar samenwerking, dat is een tinnen bruiloft. Welk project vinden jullie het meest opmerkelijk?



Félix Vanderstricht en Xavier Benez

Directeurs van resp. Louvain Coopération en de Landsbond van de Onafhankelijke Ziekenfondsen.

Félix Vanderstricht - Voor mij is de publicatie van het fotoboek 'Rébécca - op weg naar autonomie' een bijzonder moment. Dat was een zeer specifiek project met een eigen dynamiek en

het leefde ook erg ter plaatse. We werden daar toen ontvangen als 'ministers'.

Xavier Benez - Dat klopt. We kwamen aan in de wildernis en hoorden in de verte lawaai. Dat geluid kwam steeds dichterbij en plots kwam er een hele groep mensen onze richting uit. Alle mensen van één dorp kwamen samen en dansten voor ons, hielden toespraken... Ik was erg onder de indruk en voelde me een beetje ongemakkelijk.

F.V. - Een ander belangrijk project is uiteraard het Programma MASMUT.

X.B. - Dat is totaal iets anders dan het boek over Rébécca. MASMUT is een samenwerking tussen de Onafhankelijke, Christelijke en de Socialistische Ziekenfondsen om de oprichting van ziekenfondsen in 6 West-Afrikaanse landen te ondersteunen. We krijgen hiervoor financiële steun van de Belgische overheid.

F.V. - MASMUT is nodig om een wettelijk kader te creëren voor de Afrikaanse ziekenfondsen. Dat is essentieel om ze voet aan de grond te laten krijgen in

de Afrikaanse gemeenschappen. Als elke organisatie met zijn eigen systemen komt aankloppen, kunnen de ziekenfondsen niet groeien.

X.B. - Enkel als de 3 grootste Belgische ziekenfondsen samenwerken, kunnen we een verschil maken. Bovendien stimuleren we zo ook de samenwerking tussen de verschillende Afrikaanse ziekenfondsen. Dat zagen we tijdens een conferentie in Abidjan, waar de verschillende Afrikaanse ziekenfondsen hun ervaringen deelden.

Terugkijken is een ideaal moment om kritisch te zijn. Zijn er zaken die jullie nu anders zouden aanpakken?

F.V. - We pasten in de loop van die 10 jaar al enkele dingen aan. In het begin waren onze projecten nogal klein. We vonden 800 leden voldoende. Tot we op een bepaald moment, rond 2009, toch inzagen dat we beter konden. We staken toen extra energie in de ziekenfondsen in Benin en Togo. Ik denk dat we dat eerder hadden moeten doen: minder kleinschalige projecten en het wat groter zien.

X.B. - We zien de ziekenfondsen in Benin en Togo als 'onze ziekenfondsen' en vinden het belangrijk dat die groeien, zoals we ook willen dat onze ziekenfondsen groeien.

Wat is volgens jullie belangrijk voor de toekomst van de Afrikaanse ziekenfondsen?

F.V. - We mogen vooral niet denken dat alles nu vanzelf zal gaan. Om de Afrikaanse ziekenfondsen te doen slagen, moeten ze geloofwaardig en efficiënt werken. We moeten kunnen aantonen dat we op een vrij snelle manier bv. 15% van de bevolking in een bepaalde regio kunnen overtuigen om zich aan te sluiten. Dat is een grote uitdaging, want die aansluiting is vrijwillig en

vaak hebben de mensen daar geen geld voor.

X.B. - Daarnaast bestaat er in landen als Benin en Togo ook nog een debat over hoe we de ziekenfondsen zullen aanpakken. Doen we het zoals bij ons, waarbij de staat samenwerkt met de ziekenfondsen, of kiezen we in Afrika voor een systeem waar de staat alles regelt? Om de ziekenfondsen zelf een belangrijke rol te laten spelen, moeten we dus aan de geloofwaardigheid werken. En dat op verschillende niveaus: van heel lokaal tot het niveau van de Landsbonden. We hebben er in België 200 jaar over gedaan om te verwezenlijken wat we nu hebben... Dat mogen we ook niet vergeten.

F.V. - Als we te snel gaan, bestaat de kans dat we fouten maken. We moeten zorgen voor de nodige competenties om de ziekenfondsen vlot te laten werken. En dan heb ik het niet alleen over een goede administratie, maar ook over opleidingen voor de adviserend geneesheren, de informatica... Gelukkig bestaat in Benin en Togo de Union Economique et Monetaire en Ouest Afrique (zie kaderstuk 1). Zij leggen bepaalde reglementen op, zodat de werkwijze een gelijkaardig wettelijk kader heeft.

Zitten er al projecten in de pijplijn voor de komende jaren?

F.V. - We hebben veel ideeën, maar een uniform informaticasysteem staat bovenaan het lijstje. De Afrikaanse ziekenfondsen werken nu vooral met papieren. Sommige hebben wel een laptop, maar dan weer geen elektriciteit.

X.B. - Om de ziekenfondsen professioneel te beheren, is een minimum aan middelen nodig. Het is belangrijk om de cijfers van de verschillende ziekenfondsen te kunnen analyseren. Als we dat op papier doen, neemt dat veel tijd in beslag. Een informaticasysteem kan ons daarbij helpen.

F.V. - Gewoon al voor de geloofwaardigheid van de sector is het interessant als we met een uniform informaticasysteem kunnen werken.

X.B. - Maar als we toekomstplannen maken, mogen we één ding niet vergeten: we moeten de bestaanszekerheid van de Afrikaanse ziekenfondsen kunnen garanderen. Het heeft geen zin om nu van alles te plannen, als er binnen 5 jaar niets meer van overblijft. We moeten dus vooral het aantal leden doen groeien.

F.V. - Een voorbeeldje om aan te tonen hoe kwetsbaar het systeem nog is. Vorig jaar waren er verkiezingen in Benin. Een kandidaat betaalde toen het lidgeld van 2.000 vrouwen. We kregen dus ineens 2.000 leden bij. Hij had beloofd om dit jaar hetzelfde te doen, maar daar kwam niets van in huis. Geen enkele van die vrouwen schreef zich dit jaar opnieuw in.



Lies Dobbelaere

lies.dobbelaere@mlz.be



Het atelier UEMOA

van het Programma MASMUT

Eind mei 2016 namen de Onafhankelijke Ziekenfondsen deel aan een atelier in Burkina Faso. Vooral de rol van de ziekenfondsen in de ziekteverzekering in West-Afrika, georganiseerd door het Programma MASMUT, kwam aan bod. De UEMAO (Union Economique et Monétaire Ouest Africaine) heeft een reglement opgesteld voor de organisatie en rol van het ziekenfonds. Tijdens het atelier maakten vertegenwoordigers van ziekenfondsen en overheden uit 7 West-Afrikaanse landen een stand van zaken op over de uitvoering van deze gemeenschappelijke regelgeving. De Commissie UEMOA ontving een delegatie van het Programma MASMUT en bedankte hen voor de steun aan de mutualistische organisaties in West-Afrika.

Christian Horemans

Het medisch aanbod onder de loep



In maart 2016 trokken onze experts Murielle Lona en Wouter Gelade naar Togo. In het kader van het programma MASMUT en-

gageerden de Onafhankelijke Ziekenfondsen zich om een studie uit te voeren over de link tussen de bijdrages van de gezinnen en de zorgconsumptie. Je hoort vaak dat de Afrikaanse ziekenfondsen niet over betrouwbare gegevens beschikken. Wat is daar van aan? Onze medewerkers namen deel aan een brainstorming van één dag met de beheerders van de plaatselijke ziekenfondsen, omkaderd door Louvain Coopération. Ze bezochten ook een sanitaire zone om het medische aanbod in de regio beter te begrijpen. De resultaten van hun studie worden verwacht in de loop van 2017.

Murielle Lona



Werknemers sporten tegen kanker op Levensloop Bedrijven

1 op de 3 mannen en 1 op de 4 vrouwen krijgen voor hun 75ste te horen dat ze aan kanker lijden. Bedrijven kunnen nu ook de strijd aanbinden met de ziekte door deel te nemen aan de Levensloop voor Bedrijven, een primeur in België. "Kanker slaat ook toe in de bedrijfsweld, ondernemingen voelen zich dus nauw betrokken", zegt Koen Van Damme, coördinator Partnerships van Stichting tegen Kanker!



Koen Van Damme

Wat is een Levensloop precies?

Koen Van Damme - Op een Levensloop zijn mensen in teamverband, pakweg 20

à 25 mensen in estafettevorm, gedurende 24u in beweging. Er is dus altijd iemand van het team aan het wandelen of lopen. Dat is symbolisch, want we moeten de strijd tegen kanker ook de klok rond voeren. Cancer never sleeps... Een Levensloop bestaat ook uit 3 ceremonies. Een openingsceremonie om (ex-)kankerpatiënten en hun zorgverleners te vieren, een ingetogen, emotionele kaarsceremonie als de avond valt om zij die er niet meer zijn te herdenken en een slotceremonie. Dat laatste is een moment van hoop om aan te geven dat de hele gemeenschap achter de patiënt staat. Die formule zullen we ook behouden voor de Levensloop voor Bedrijven.

Wat zijn de belangrijkste doelen van zo'n evenement?

K.V. - Enerzijds is de Levensloop een moment van solidariteit. Een evenement dat uitgaat vanuit de samenleving, waarbij (ex-)kankerpatiënten én zorgverstrekkers centraal staan. Anderzijds is er natuurlijk ook de doelstelling van de fondsenwerving om het kankeron-

derzoek te kunnen financieren. En het moet gezegd: het aantal deelnemers neemt exponentieel toe. En nu kunnen dus ook bedrijven deel uitmaken van dit bijzondere evenement.

Is er een groot draagvlak voor de Levensloop binnen de bedrijfsweld?

K.V. - Zeker, bedrijven nemen deel vanuit een terechte bekommernis. Ook in de bedrijfsweld slaat kanker toe, ondernemingen voelen zich dus nauw betrokken. Daarnaast is zo'n Levensloop ook een mooie vorm van teambuilding, en dan nog eentje waarbij menselijke waarden centraal staan. Ook de aspecten van preventie en een gezonde levensstijl spreken bedrijven aan. Op elke Levensloop staan een aantal thema's in de kijker. Op de Levensloop voor Bedrijven zullen dat UV-bescherming en stoppen met roken zijn. Tijdens het evenement verspreiden we ook informatie rond een gezonde levensstijl. Daar kun-

nen bedrijven dan intern mee aan de slag.

Is de Levensloop een recent initiatief?

K.V. - Het concept bestaat al sinds 1985 en is ontstaan in Amerika. Daarna verspreidde dit evenement zich over 23 andere landen, waaronder België. In 2011 zijn we gestart met 3 levenslopen, het jaar daarop 6 en uiteindelijk staat de teller dit jaar op 26. In 2015 mochten we tijdens de Levenslopen meer dan 55.000 actieve deelnemers verwelkomen en nog eens zo'n 100.000 sympathisanten. We organiseren dit event zowel aan de kust als in de Ardennen. En dit jaar gaan we dus voor het eerst een editie voor bedrijven op touw zetten in Brussel. De doelgroepen zijn echter niet alleen bedrijven, maar ook grote organisaties en overheidsdiensten.



Piet Van Eenoooghe
piet.vaneenoooghe@mloz.be

Waar en wanneer?

De eerste editie van de Levensloop voor Bedrijven gaat door in het Koning Boudewijnstadion van 17 tot en met 18 september (zaterdag 15u tot en met zondag 15u). De Onafhankelijke Ziekenfondsen zijn alvast van de partij. Er zijn trouwens nog altijd plaatsen ter beschikking. Stichting tegen Kanker zoekt nog bedrijven, extra teams en vrijwilligers om alles in goede banen te leiden.



Neem een kijkje op www.levensloop.be!

Boeken

Leiden kan je leren

Een goede zorgverlener is niet noodzakelijk een geboren leider. Nochtans hebben artsen en hoofdverpleegkundigen wel leiderschapsvaardigheden nodig in hun job. Gelukkig kan je leren om te leiden. In dit boek bespreekt Prof. Neree Claes verschillende technieken om dat leiderschap te laten groeien vanuit de persoonlijkheid. Hoe evalueer je collega's? Wat is verandermanagement? Hoe creëer je een sterk team en hoe stuur je die medewerkers aan? Dit boek beantwoordt al deze en nog meer vragen via verschillende cases en tal van getuigenissen. Verschillende expert-leiders uit de gezondheidszorg werkten dan ook mee aan deze uitgave.



Leiderschap in de gezondheidszorg, Neree Claes, Acco, 2016, 240 blz., ISBN 978-94-629-2561-8

Veranderen = communiceren

Persoonsvolgende financiering, informatisering, patient empowerment, kwaliteitsindicatoren, ...: de zorgsector is in volle beweging.

En verandering vergt natuurlijk een goede communicatie, zowel intern als extern. Grotere voorzieningen hebben vaak een eigen communicatiedienst, maar kleinere organisaties roeien met de riemen die ze hebben. Dit boek is geschreven op maat van beide doelgroepen. Communicatiedeskundige Filip Decruynaere reikt de lezer tal van nieuwe invalshoeken, praktische leidraden en concrete tips aan voor een betere profilering en een professionele communicatie. Leerrijke lectuur voor communicatieverantwoordelijken, directieleden en stafmedewerkers!



concrete tips aan voor een betere profilering en een professionele communicatie. Leerrijke lectuur voor communicatieverantwoordelijken, directieleden en stafmedewerkers!

Zorgcommunicatie in verandering, Filip Decruynaere, Acco, 2016, 250 blz., ISBN 978-94-629-2585-4

Labodiagnose onder de loep

De (bio)medische wetenschap staat niet stil. Het aantal laboratoriumonderzoeken om ziektes vast te stellen en op te volgen stijgt dan ook zienderogen. Maar welke test is aangeraden voor welke patiënt? En hoe moeten artsen de testresultaten correct interpreteren? Geen eenvoudige materie, maar gelukkig maakt dit boek artsen (in opleiding) en specialisten wegwijs in labodiagnoses. Het biedt een helder overzicht en de nodige basiskennis voor een doordacht gebruik van laboratoriumtests. Maar liefst 65 Belgische en Nederlandse specialisten werkten mee aan de heruitgave van dit boek!



Wegwijs in laboratoriumdiagnose, Xavier Bossuyt, Acco, 2016, 544 blz., ISBN 978-94-629-2305-8

Meeroken: het juridische perspectief

Dat meeroken of passief roken schadelijk is voor de gezondheid, staat buiten kijf. Maar wat mag en wat mag niet op juridisch vlak? Roken in gesloten, openbare ruimtes is verboden, maar dat geldt niet voor supporters in voetbalstadions of kinderen in de wagen. Op vraag van Kom op tegen Kanker onderwierpen 22 onderzoekers van de KU Leuven passief roken daarom aan een allesomvattend juridisch onderzoek. Is het mogelijk om een uitbreiding van het rookverbod af te dwingen met de bestaande juridische instrumenten? Of moeten we daarvoor nieuwe juridische instrumenten ontwikkelen? Boeiend leesvoer voor iedereen die ijvert voor een rookvrije leef- en werkomgeving.



Het rookverbod uitbreiden?, Ilse Samoy en Eline Couteel, Acco, 2016, 608 blz., ISBN 978-94-629-2628-8



Health Forum*, het magazine voor zorgprofessionals

Volg ons ook via
onze twitteraccount

 @Onafh_Zf

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

**Abonneer u gratis of abonneer uw collega's!
Surf naar www.mloz.be/abonnement**

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!

