

Health Forum

December 2016 · Nr. 28

Het magazine van de Landsbond van de Onafhankelijke Ziekenfondsen · driemaandelijks

Kidscope

Dossier

Tijd voor een gezondheidsbeleid op maat van kinderen

Maak kennis met de Onafhankelijke Ziekenfondsen!

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

De Landsbond van de Onafhankelijke Ziekenfondsen verenigt 6 ziekenfondsen:



OZ

Boomsesteenweg 5
2610 Antwerpen
www.oz.be



Onafhankelijk Ziekenfonds Securex

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



Partena Ziekenfonds

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



Omnimut Mutualité Libre de Wallonie

Rue Natalis 47 B
4020 Liège
www.omnimut.be



Partenamut

Mettewielaan 74/76
1080 Brussel
www.partenamut.be



Freie Krankenkasse

Hauptstrasse 2
4760 Büllingen
www.freie.be

Tijd voor een nieuw overlegmodel in de ziekteverzekering

Heeft het huidige overlegmodel tussen ziekenfondsen en zorgverleners z'n houdbaarheidsdatum overschreden? Die vraag weerklinkt steeds luider na de moeilijke budgetbesprekingen voor de gezondheidszorg in 2017. De Onafhankelijke Ziekenfondsen willen alvast meedenken over het overlegmodel van de toekomst.

Al sinds midden de jaren '60 biedt het overlegmodel tussen ziekenfondsen en zorgverleners tariefzekerheid aan de patiënten. Toch lijkt aan dat tijdperk een einde te komen. De evolutie van de conventioneringsgraad en de stijging van de honorariasupplementen garanderen niet langer de toegankelijkheid voor de patiënt en tonen de complexiteit van het systeem aan. Er is een sterke tendens om eigenbelang te laten primeren op een compromis in het belang van de patiënt en de ziekteverzekering. Niet verwonderlijk, aangezien het huidige systeem werkt met 'silo's', terwijl een transversale aanpak aan de orde is. De debatten gaan ook meestal enkel over tariefkwesties, waardoor er geen plaats meer is voor onze visie op een kwaliteitsvolle, moderne gezondheidszorg en voor de prioriteiten die de budgettaire context ons dwingt te stellen.

Dat dit model aan herziening toe is, concludeerden de Onafhankelijke Ziekenfondsen al in hun '10 krijtlijnen voor de toekomst van de gezondheidszorg' (2012). Daarin pleitten we voor een transversale werking, toegespitst op de patiënten en de aandoeningen.

Een ander belangrijk aandachtspunt is de scheiding tussen de onderhandelingen over de tarieven en de reflecties over de organisatie van ons zorgsysteem. Een nieuw model moet ook representatief zijn voor de actoren uit de gezondheidszorg. Daarbij moeten we rekening houden met de reorganisatie van de federale diensten rond gezondheidszorg (KCE, RIZIV,

FOD Volksgezondheid, ...) die Minister De Block voorbereidt.

Als de actoren binnen het nieuwe overlegmodel eenmaal gekozen zijn, moeten die de kans krijgen om **vastgelegde gezondheidsdoelstellingen om te zetten in concrete acties**. De beslissingsmechanismen moeten in de toekomst ook professioneler worden, bv. door te werken met een medische en economische beoordeling van het zorgaanbod (Health Technology Assessment).

Er staan belangrijke maanden voor de deur voor onze ziekteverzekering. Benieuwd of de verschillende actoren het

belang van de patiënt en de ziekteverzekering voor ogen zullen houden. We hopen ten stelligste van wel. Als het stof is gaan liggen, is het dan tijd om ook het overlegmodel voor te bereiden op de toekomst.



De tarief-
onderhandelingen en
de reflecties over de
organisatie van ons
zorgsysteem moeten
worden gescheiden.

Xavier Brenez

Directeur-generaal van de Landsbond van de Onafhankelijke Ziekenfondsen

Hoofdreductrice

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

Eindredactie

Steven Vervaeke en Lies Dobbelaere

Redactiecomité

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

Lay-out

Leen Verstraete · layout@mloz.be

Foto's

Reporters & Shutterstock

Vertaling

Annamie 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. 28 december 2016

3 Edito

5 Wist u?

6 Dossier

Tijd voor een gezondheidsbeleid op maat van kinderen

16 Forum zorgverstrekkers

KCE Trials: 2 therapieën vergelijken in klinische studies

"Behandel me als een dame"

Altijd bereikbaar voor een praatje!

Op naar socialer Europa met pijler van sociale rechten

23 Actua Onafhankelijke Ziekenfondsen

24 Partnership

Een app om je medisch dossier op je smartphone bij te houden

Vroedvrouwen aan het woord bij de Onafhankelijke Ziekenfondsen

26 Kiosk

www.mloz.be

Dossier

Tijd voor een gezondheidsbeleid op maat van kinderen

1 op de 7 baby's wordt niet opgevolgd door een huisarts of pediater, 1 op de 4 Belgische jongeren omschrijft zijn gezondheidstoestand als 'slecht' of 'net doenbaar', 4 op de 10 raadgevingen op de spoeddiensten voor kinderen zijn onterecht, ... Hoe vallen die cijfers te verklaren? En vooral, wat valt eraan te doen? Een dossier dat enkele pistes uitspit voor een gezondheidsbeleid op maat van kinderen.



6

Forum Zorgverstrekkers

KCE Trials: 2 therapieën vergelijken in klinische studies

België is een Europese koploper op vlak van klinische studies naar innovatieve geneesmiddelen. Zijn de belangrijkste zorgvraagstukken daarmee beantwoord? Richt het onderzoek zich altijd op de goedkoopste alternatieven? Het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) vindt alvast van niet en creëert daarom zelf een programma van klinische studies, mét financiële steun van de overheid.



16

Partnership

Vroedvrouwen aan het woord bij de Onafhankelijke Ziekenfondsen

Hoe staan zorgverleners zelf ten opzichte van de uitdagingen in de zorgsector? Welke hervormingen zijn voor hen aan de orde? Hoe zien ze hun beroep evolueren in de toekomst? De Onafhankelijke Ziekenfondsen laten de verschillende beroepsgroepen uit de gezondheidszorg aan het woord in een nieuwe debattenreeks. De vroedvrouwen mogen de spits afbijten!



25

30.200...

Tot nu toe zijn er al 30.200 aanvragen ingediend via My Handicap. Op dit online portaal kunnen mensen met hun eID en pincode zelf hun handicap laten erkennen. Ook voor artsen en de FOD Sociale Zekerheid vergt My Handicap minder papierwerk.

www.socialsecurity.belgium.be

Na de slimme spiegel... de slimme badkamer



Google gooit zich meer en meer op de markt van de digitale gezondheidstoepassingen. Het Amerikaanse bedrijf heeft nu een octrooi genomen op verschillende innovaties die deel uitmaken van de 'slimme badkamer'. Alle onderdelen in die intelligente ruimte zouden sensoren bevatten die de cardiovasculaire, neurologische, musculaire en andere parameters van de patiënt meten en eventuele afwijkingen doorsturen naar de huisarts. Denk maar aan een douchemat die de hartslag meet of een toiletbril die de bloeddruk controleert. Toch is er nog een lange weg te gaan vooraleer de slimme badkamer werkelijkheid wordt. Onder meer de prijs en de beveiliging van de gezondheidsgegevens van de gebruiker zijn nog enkele struikelblokken.

www.thinkwithgoogle.com

Organisatie gezondheidszorg: geen piramide, maar een bloem



In de toekomst zal onze gezondheidszorg geen piramide meer zijn (met de arts bovenaan), maar een bloem. **De patiënt is de kern en de zorgverleners vormen de bloemblaadjes rondom hem. Minder hiërarchisch dus, maar de artsen blijven wel centraal staan.** Zij stellen de diagnose en maken het voorschrift op. Dat is in een notendop de hervorming van het Koninklijk Besluit nr. 78 op de uitoefening van de gezondheidsberoepen die Minister van Volksgezondheid De Block voorstelt. Patiënten doorverwijzen door middel van een groepsvoorschrift, de directe toegang van patiënten tot een aantal zorgberoepen, ...: het zijn slechts enkele maatregelen die kaderen binnen de hervorming. Na een publieke consultatieronde wordt alles in wetteksten gegoten. De parlementaire discussie over de hervorming volgt dan in 2017 en 2018.

www.kb78.be

10 miljard

Elk jaar grijpt de Europese farmasector naast 10,2 miljard euro aan omzet door toedoen van namaakgeneesmiddelen. Dat verlies komt overeen met 4,4% van de legale verkopen van geneesmiddelen in Europa. Vooral Italië blijkt zwaar getroffen, met een economische kost van 1,59 miljard euro per jaar. De schade in België wordt geraamd op 597 miljoen euro. Dat staat in een rapport van het Bureau voor de Intellectuele Eigendom van de Europese Unie (EUIPO).

www.euipo.europa.eu

A baby's hand is holding a blue stethoscope against a pink, textured background. The stethoscope has a large, round, silver-colored chest piece and a blue tube. The baby's arm is visible, and the stethoscope is coiled around it.

Tijd voor een gezondheidsbeleid op maat van kinderen

1 op de 7 baby's niet opgevolgd door pediater of huisarts

p.7

Een heel leven voor je, niet altijd een pretje!

p.10

De spoeddienst, hét toevluchtsoord van ongeruste ouders?

p.12

Worden leerstoornissen te veel gemedicaliseerd?

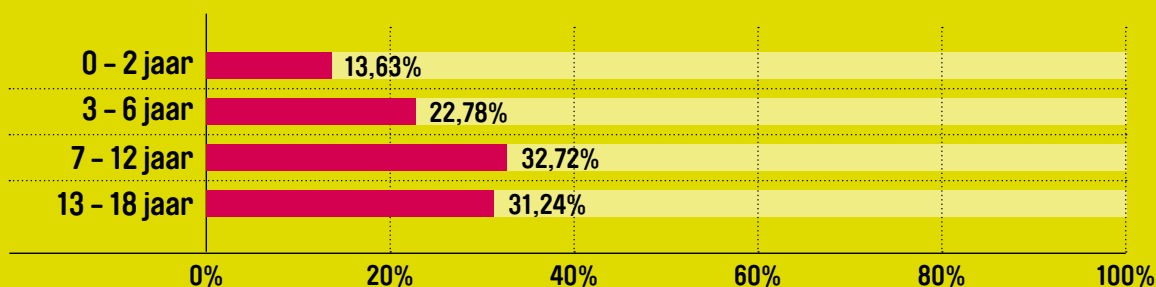
p.14



1 op de 7 baby's niet opgevolgd door pediater of huisarts

Voor het tweede deel van de KidOscope, de gezondheidsbarometer voor kinderen, namen de Onafhankelijke Ziekenfondsen de zorgverleners onder de loep die de ontwikkeling van het kind opvolgen. In de eerste twee levensjaren heeft de pediater een lichte voorsprong op de huisarts, maar we stellen ook vast dat 1 op de 7 baby's geen pediater of huisarts heeft. En dat kan een negatieve invloed hebben op de ontwikkeling van het kind. Bij kwetsbare gezinnen (RVV-gezinnen en eenoudergezinnen) is het nog erger: daar gaat het om 1 op de 5 baby's.

Percentage van kinderen die geen huisarts of pediater raadpleegden in 2014



Aan welke zorgverleners vertrouwen we de medische opvolging van onze kinderen toe? De Onafhankelijke Ziekenfondsen analyseerden de samengetelde gezondheidsuitgaven voor 2014 om te kijken welke zorgverleners ouders raadpleegden voor de opvolging van hun kind.

Wie is de referentiearts van onze kinderen?

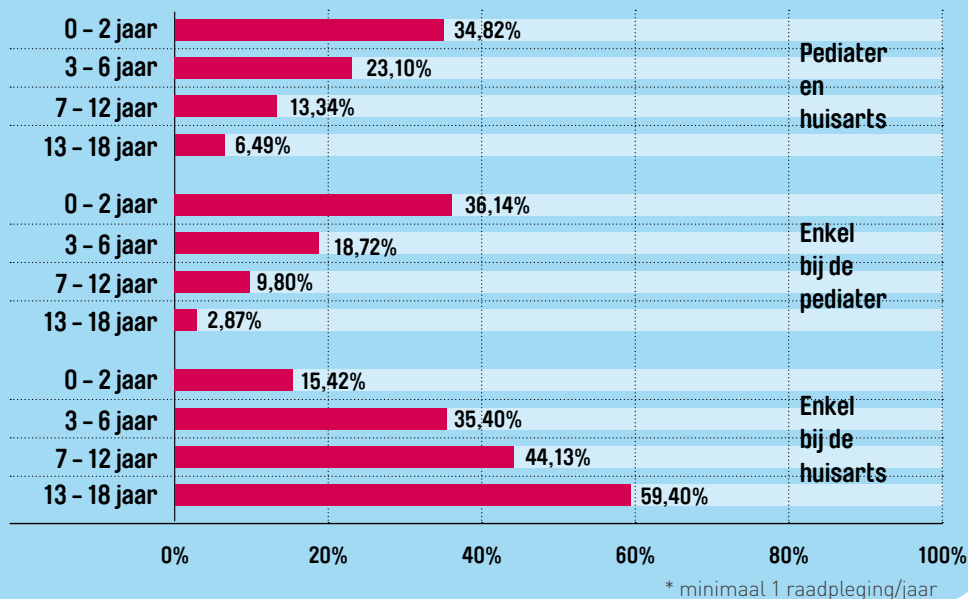
- De meeste ouders kiezen voor de pediater tot het kind naar de kleuterschool gaat. 36% van de kinderen tussen 0 en 2 jaar heeft enkel contact met een pediater. 15% ziet alleen een huisarts en 35% wordt opgevolgd door beide zorgverleners. Met de opvolging van deze kinderen lijkt het dus snor te zitten.
- Het is niet echt een verrassing, maar de opvolging door een pediater vermindert met de leeftijd van het kind. Vanaf 3 jaar ziet 35% van de kinderen nog enkel een huisarts, voor tieners (13-18 jaar) stijgt dit zelfs tot bijna 60%.

- Hoe groter de kinderen, hoe minder opvolging: **1 op de 4 kleuters (23%) heeft geen enkele opvolgingsraadpleging per jaar meer.** Vanaf 7 jaar gaat het om 1 op de 3 kinderen.
- Zeer opvallend: **1 op de 7 baby's (14%) wordt noch door een pediater noch door een huisarts opgevolgd.** Dit aandeel stijgt tot 19% voor baby's uit gezinnen met recht op de verhoogde tegemoetkoming (RVV) en tot 18% voor baby's uit eenoudergezinnen. Kortom, 1 op de 5 baby's. Dit redelijk hoge percentage van baby's zonder referentiearts is zonder meer verontrustend.

Worden kinderen zonder referentiearts medisch opgevolgd?

43% van de baby's zonder zorgverlener kreeg ook geen enkele verstrekking voor geneeskundige verzorging terugbetaald in het hele jaar. Als we optimistisch zijn, zouden we kunnen aannemen dat deze kinderen gewoon in goede gezondheid verkeren. Maar bestaat er geen risico op onderconsumptie?

Analyse van de raadplegingen* bij kinderen per leeftijdsgroep van 0 tot 18 jaar



Om een duidelijker beeld te krijgen van hun verzorging, gingen we na of de niet-opgevolgde baby's **ingeënt werden tegen het rotavirus**. Dit vaccin beschermt zuigelingen tegen maag-darmontstekingen door een besmetting met het rotavirus. Het resultaat: **66% van de baby's zonder referentiearts kreeg een inenting**, tegenover 87% van de kinderen die wel opgevolgd werden door een referentiearts. We stellen dus een aanzienlijk verschil vast, wat het gevolg van een minder goede opvolging zou kunnen zijn. Om je kind te laten inenten, is een doktersvoorschrift nodig. Daarmee kan je het vaccin in de apotheek kopen. Gezien de percentages heeft een deel van de niet-opgevolgde kinderen toch een medisch contact gehad. **We kunnen dus veronderstellen dat deze kinderen gezien werden door instellingen als Kind & Gezin of ONE** (in Brussel en Wallonië). Nochtans zien deze organisaties niet alle kinderen.

Wie zijn de andere zorgverleners van onze kinderen?

Naast de pediater en de huisarts volgen nog een aantal andere zorgverleners onze kinderen op.

- **Slechts 1 op de 2 kinderen (54%) gaat naar de tandarts.** Bezoekjes bij de tandarts beginnen echter pas echt vanaf 3 jaar. Tussen 7 en 18 jaar verbetert de situatie met 7 op de 10 kinderen die een tandarts raadplegen. Verwonderlijk dat die percentages niet hoger liggen: een jaarlijks tandartsbezoek is essentieel en de ziekteverzekering betaalt preventieve en curatieve verzorging volledig terug voor kinderen jonger dan 18 jaar.
- Het percentage van de kinderen dat naar de spoed gaat, ligt erg hoog in ons land: **1 op de 5 kinderen zit minstens 1 keer per jaar op de spoeddienst**. Bij de 0- tot 2-jarigen gaat het zelfs om 1 op de 3.
- **Meer dan 1 op de 7 kinderen (16%)** gaat minstens eenmaal per jaar naar de **oogarts**. Dit percentage



varieert sterk met de leeftijd: slechts 6% van de baby's ziet een oogarts, maar het cijfer stijgt zodra het kind naar de kleuterschool gaat en bereikt 19% in de lagere school (7- tot 12-jarigen). Gezichtsproblemen worden inderdaad op dat moment vastgesteld, hoewel ze misschien al eerder bestonden.

- Ook bij de **dermatoloog** stijgt het aantal raadplegingen naarmate het kind opgroeit: van 5% bij baby's tot 17% bij tieners. Dit is misschien te verklaren door de huidproblemen (acne...), waarmee tieners kampen.
- **20% van de kleuters (3-6 jaar) ziet een NKO-arts.** Voor baby's en lagereschoolkinderen (7-12 jaar) ligt dit cijfer op 12%. Bij tieners daalt het naar 7%.
- **1 op de 10 lagereschoolkinderen gaat minstens 1 keer per jaar naar de logopedist.**
- De **psychiater** krijgt maar zelden kinderen over de vloer. 4% van de kinderen uit de lagere en de middelbare school heeft minstens één raadpleging per jaar.

- 18% van de meisjes tussen 15 en 18 jaar gaat minstens eenmaal per jaar naar een **gynaecoloog**. Dit percentage ligt waarschijnlijk lager dan het aandeel aan seksueel actieve meisjes. Misschien worden zij opgevolgd in een centrum voor gezinsplanning (waarover de ziekenfondsen geen gegevens hebben)?



Welke technische onderzoeken?

Welke onderzoeken en handelingen komen het vaakst voor bij onze kinderen? Het gaat om onderzoeken in klinische biologie (bloed, urine, ...) en diagnostische radiologie (radiografie, echografie, ...).

- **Meer dan 1 op de 4 kinderen ondergaat minstens één radiologisch onderzoek** per jaar, ongeacht de leeftijd. Baby's vormen hierop geen uitzondering: 25% van hen telt minstens één verstrekking voor medische beeldvorming. Adolescenten spannen echter de kroon: **1 op de 3 tieners** (32%).
- Bijna **1 op de 3 kinderen ondergaat ook een onderzoek voor klinische biologie**, ongeacht de leeftijd. **Bij baby's gaat het om 4 op de 10.** Let wel: de diagnostische tests op de kraamafdeling (waaronder de opsporingstests) zijn niet meegeteld, omdat zij terugbetaald worden op naam van de moeder. Bij tieners stijgt dit aandeel tot 31%. Het laagste cijfer zien we bij lagerschoolkinderen: 24%.



Vanessa Vanrillaer, Wouter Gelade
en Dominique De Temmerman

Studiedienst van de Onafhankelijke Ziekenfondsen

Methodologie

- Om te analyseren welke zorg kinderen het meest krijgen, onderzochten de Onafhankelijke Ziekenfondsen de terugbetalingsgegevens van zorgverstrekkingen aan die kinderen. 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.
Let wel: verzorging in de kraamafdeling vlak na de geboorte wordt getarifeerd op naam van de moeder. Sommige verzorging aan het levensbegin van het kind zit dus niet in de uitgaven voor baby's.
- Alle resultaten over raadplegingen sluiten kinderen uit die ingeschreven zijn in een wijkgezondheidscentrum (4,3%). Aangezien wijkgezondheidscentra gefinancierd worden via forfaits, blijkt uit onze administratieve gegevens niet of een kind een algemene raadpleging kreeg.

De mening van de Onafhankelijke Ziekenfondsen



Een arts voor elk kind

Deze studie bevestigt het **belang van instellingen als Kind & Gezin of ONE**. Ze bieden aan heel wat gezinnen gratis bescherming en begeleiding in de eerste levensmaanden van het kind.

Maar deze vrijwillige opvolging is **waarschijnlijk niet voldoende in diverse pathologische situaties of bij risicogevalen**.

Sommige kinderen kunnen uit de boot vallen, terwijl een correcte opvolging in de prille kindertijd garant staat voor de goede fysieke en emotionele ontwikkeling van het kind. Een laattijdige opsporing is vaak synoniem met problemen op latere leeftijd.

Voor de Onafhankelijke Ziekenfondsen zouden alle **kinderen tot 2 jaar een referentiearts moeten hebben (huisarts of pediatr)**. De meest kwetsbare gezinnen (RVV'ers en eenoudergezinnen) verdienen hierbij extra ondersteuning.



Een heel leven voor je, niet altijd een pretje!

In België omschrijft 1 op de 4 jongeren zijn gezondheidstoestand als 'slecht' of 'net doenbaar'. Dat is 7% meer dan het gemiddelde van de OESO-landen dat op 18% ligt. De enige jongeren die zich nog slechter in hun vel voelen dan onze tieners, zijn de Hongaren, de Britten en de Amerikanen. Hoe vallen die cijfers te verklaren? We vroegen het aan Prof. Jan De Mol, klinisch psycholoog voor kinderen en jongeren en onderzoeker aan de Faculteit Psychologie van de UCL.



Jan De Mol

De bovenstaande getuigenissen van Belgische jongeren over hun gezondheidstoestand komen uit het rapport 'How's life?' 2015*. Die studie omvat de bepalende factoren voor het welzijn in de OESO-lidstaten en -partners. "Het is een goede indicatie van hoe de ondervraagde jongeren hun fysieke en mentale toestand beleven", bevestigt Prof. De Mol. "Het stemt overeen met wat we in onze onderzoeken ook vaststellen: **in alle drie de gewesten van ons land is depressie bij jongeren aan een opmars bezig.**"

Het is een vaststelling die **Aurore Boulard, psychologe aan de Universiteit van Luik**, ook bevestigt. Ze pakt uit met indrukwekkende cijfers: ongeveer **7% van de jongeren, waarvan twee keer zoveel meisjes als jongens, zou depressief zijn of een 'zwaar depressieve periode' doormaken. 20 à 30% van de jongeren heeft last van depressieve buien.** Volgens Jan De Mol, die hierover een kwalitatieve studie uitvoerde, is deze evolutie te verklaren door de combinatie van de typische kenmerken van de adolescentie en de confrontatie met de complexiteit van de buitenwereld.

In de greep van depressie

Het is een vaststelling die **Aurore Boulard, psychologe aan de Universiteit van Luik**, ook bevestigt. Ze pakt uit met indrukwekkende cijfers: ongeveer **7% van de jongeren, waarvan twee keer zoveel meisjes als jongens, zou depressief zijn of een 'zwaar depressieve periode' doormaken. 20 à 30% van de jongeren heeft last van depressieve buien.** Volgens Jan De Mol, die hierover een kwalitatieve studie uitvoerde, is deze evolutie te verklaren door de combinatie van de typische kenmerken van de adolescentie en de confrontatie met de complexiteit van de buitenwereld.

3 gevaarlijke maatschappelijke idealen

Groeiende neiging tot introspectie, hormonale, neurologische en fysiologische omwentelingen, opstand tegen de ouders, groepsdruk, pesten, positieve en negatieve ervaringen op de sociale media, risicogedrag, moeite om zich een beeld van de toekomst te vormen en zich te focussen op langetermijndoelstellingen... Nee, het pad van een adolescent gaat niet over rozen. "Binnen de huidige context wordt **de overgang van de kindertijd naar volwassenheid nog eens extra bemoeilijkt door de enorme invloed van drie maatschappelijke idealen**", merkt Prof. De Mol op.

1. 'Je kan het!'

Deze idealen, die Jan De Mol definieert als 'veronderstellingen die onze maatschappij als vanzelfsprekend beschouwt', wegen zwaar op het gedrag van jongeren en zorgen ervoor dat ze zich slecht in hun vel gaan voelen. "**Het eerste en krachtigste ideaal kan het best samengevat worden als: 'Je kan het'**", legt De Mol uit. "Onze individualistische maatschappij, waarin iedereen zijn eigen problemen moet oplossen, duldt geen mislukking. Als je een situatie op de juiste manier aanpakt, leidt dat onmiskenbaar tot succes. Kortom, als je faalt, is het dus je eigen fout. Kan

een tiener zijn draai niet vinden op school? Heeft hij geen beste vrienden? Dan is dat zijn eigen schuld: hij kan geen relaties 'opbouwen'. Hij kan niet volgen op school en haalt slechte punten? Dan is dat zijn eigen fout: hij kan zijn huiswerk niet organiseren. Zelfs als hij moeilijke dingen heeft meegemaakt, zoals seksueel misbruik of mishandeling, moet hij nog met de juiste therapie weer in evenwicht kunnen raken. Als hij daar niet in slaagt? Dan is het nog altijd zijn fout: hij heeft geen controle over zijn emoties. **De maatschappij geeft jongeren de illusie dat je over alles controle kan hebben, zelfs al vertelt niemand erbij hoe je dat moet doen (je wordt verondersteld dat te weten). Zo staan jongeren onder een enorme druk, waaronder ze wel moeten bezwijken.** En als ze falen, dan is de enige mogelijke conclusie voor een tiener: 'Ik ben niets waard!'."

2. 'Je moet een relatie hebben'

Het tweede maatschappelijke ideaal dat zeer oncomfortabel is voor jongeren, is de druk om een intieme relatie aan te gaan. **'Als ik op mijn 14 of 15 niet met iemand ben, dan ben ik abnormaal', dat gevoel overheerst bij jongeren.**

"Het gevolg is dat meisjes en jongens zich in relaties storten die niet gebaseerd zijn op gevoelens", dixit Prof. De Mol. "Ze handelen puur vanuit het verlangen om 'te zijn zoals iedereen'. Mislukt die relatie? Dan zijn ze al helemaal overtuigd dat ze abnormaal zijn en bevestigt het stemmetje in hun hoofd: 'Ik ben niets waard!'."

3. 'Tranen zijn verboden'

Het derde maatschappelijk ideaal ten slotte weegt nog zwaarder door. Het gaat om de verwerping van negatieve gevoelens. **"Vandaag de dag heb je niet meer het recht om je slecht in je vel te voelen, droevig of kwaad te zijn"**, legt Jan De Mol uit. "Negatieve emoties moeten onmiddellijk omgezet worden in positieve energie. Terwijl we vandaag meer dan ooit geconfronteerd worden met tragische gebeurtenissen en gewelddadige beelden. Positief blijven is dan soms bijna onmogelijk. Zeker voor een tiener, die hier net extra gevoelig voor is. De druk van de maatschappij is zodanig groot, dat bij de meest gevoelige zielen,

van de opeenvolging van pieken en dalen die normaal zijn bij jongeren, alleen de dieptepunten overblijven. En dan staat de deur naar depressie wagenwijd open, zeker in combinatie met dezelfde vernietigende overtuiging: 'Ik ben niets waard!'."

Minderwaardigheidscomplex

"Om te ontsnappen aan deze vicieuze cirkel drinken jongeren alcohol (25% van de jonge Belgen van 15 jaar geeft toe dat ze al minstens 2 keer dronken zijn geweest in hun leven) en roken ze cannabis. Ze zeggen me dan: 'dankzij wiet kalmeer ik en kan ik afstand nemen van mijn leven'. **Helaas stappen veel jongeren daarna over op harddrugs en daar kan je niet zomaar mee stoppen...**", merkt Prof. De Mol op. "Niet alleen gaat het in hun hoofd slecht, ook lichamelijk krijgen ze klachten. Die fysieke pijn door psychische problemen is de enige vorm die ze kennen om hun onderdrukte gevoelens te uiten. Als je onder druk staat van maatschappelijke verwachtingen, is het moeilijk om de juiste woorden te vinden en neemt het lichaam het over."

Blijft nog de vraag waarom Belgische tieners er slechter aan toe zijn dan hun Franse, Duitse of Nederlandse buien. "De problemen bij jongeren zijn overal dezelfde", bevestigt Jan De Mol. **"Maar in België komt daar nog een bijkomende druk bovenop: de anderen kijken ten onrechte op ons neer – de buitenlandse reacties op de aanslagen in maart maakten dat pijnlijk**

duidelijk – en dat vooroordeel blijkt moeilijk uit te roeien. Daardoor worstelen we met een hardnekkig minderwaardigheidscomplex, dat ons dan weer opzadelt met een overdreven competitiedrang. **Nederland, Duitsland of Frankrijk kennen een stabiele nationale identiteit, die niet eeuwig in vraag wordt gesteld.** In België proberen we ons daarentegen op alle niveaus van de maatschappij constant te bewijzen aan de anderen en aan onszelf. Het resultaat is een dwangmatige en zelfs agressieve sfeer die bijdraagt tot de neerslachtigheid van onze jongeren, die zelf al een identiteitscrisis doormaken. Dat is in ieder geval mijn theorie." Een theorie die moeilijk te objectiveren valt, maar waar wel een logica in zit...



Marie-Françoise Dispa



De spoeddienst, hét toevluchtsoord van ongeruste ouders?

De overbelasting van de spoeddiensten is nog altijd een heet hangijzer, zowel voor de medische wereld als voor de volksgezondheid. Diverse maatregelen haalden tot nu toe bitter weinig uit. Het specifieke probleem van de spoeddienst voor de kinderafdeling blijft daarbij onder de radar. De trend is nochtans vergelijkbaar: ook de spoeddiensten voor kinderen zijn verzadigd, zeker na 17u en tijdens het weekend.

Na een dagje werken halen de ouders hun kind op in de crèche en vernemen ze dat het een beetje koorts heeft en zich slapjes voelt. Tijdens de avond verslechtert de situatie: het kind huult veel, de koorts stijgt en er verschijnen nog andere symptomen. De ouders zijn van slag en weten niet tot wie ze zich kunnen wenden. Het is 21u en de kinderarts of de huisarts doen geen raadplegingen meer en nemen hun telefoon niet op. Er resten nog twee opties: de volgende ochtend afwachten of... naar de spoeddienst hollen, waar het kind onmiddellijk verzorgd zal worden. Of toch minstens nog dezelfde avond.

Misschien een iets te simplistische voorstelling, maar dergelijke situaties doen zich geregeld voor bij de spoeddiensten voor kinderen. **Meer dan de helft van de dringende raadplegingen gebeurt na 17u of in het weekend. Bovendien zijn 4 op de 10 van die raadplegingen 'onterecht'**, zo blijkt uit de studie BePASSTA*.

Spoed of geen spoed?

Maar wanneer is een spoedgeval nu een spoedgeval? Volgens de studie BePASSTA uit 2011 kan er **enkel sprake zijn van een echt spoedgeval als de raadpleging aanleiding geeft tot een verplicht gebruik van de ziekenhuisinfrastructuur**. Het kind moet doorverwezen zijn door een externe arts, het moet met de ambulance naar het ziekenhuis gebracht zijn of de raadpleging moet gevolgd worden door een ziekenhuisopname, enz.

"In werkelijkheid is er een verschil tussen de medische definitie van 'spoed' en de manier waarop de familie dit interpreteert", vertelt **Dr. Thierry Bertrand, verantwoordelijke van de dienst pediatrie en**

adjunct-medisch-directeur van het ziekenhuis van Nijvel. "Of het nu dag of nacht is, voor ouders gaat het altijd om een spoedgeval als hun kind hoge koorts en een vuile hoest heeft. Ze willen dan snel een arts zien. Het is moeilijk voor hen om een onderscheid te maken tussen iets dat relatief dringend is en een aandoening die echt een spoedgeval is in de medische zin van het woord (een infectieziekte, een ernstige verwonding),..."

De opvoeding van de patiënt, een essentieel denkspoor

Kunnen we de patiënt een gebrek aan inzicht verwijten? Beschikken piepjonge ouders met hun eerste kindje wel over genoeg kennis om echt uit te maken of de medische toestand van hun baby een spoedgeval is? "Wij hebben toch de indruk dat de patiënt, in vergelijking met vroeger, veel vlugger naar de dokter stapt", dixit **Dr. Paulette Debacker, pediater in het UMC Sint-Pieter (Brussel)**. "Het lijkt wel of ouders geen vertrouwen meer hebben in hun mogelijkheden om symptomen in te schatten en te doen wat nodig is." "Ik denk dat het uitermate belangrijk is om de ouders op te voeden", voegt Dr. Thierry Bertrand daar nog aan toe. **"We moeten goed uitleggen wat een spoedgeval precies is, in welke gevallen ze zich echt zorgen moeten maken, wat banaal kan zijn, wat zeker nog enkele uren, tot zelfs enkele dagen kan wachten**. Die taak is weggelegd voor de arts die het kind opvolgt, zowel tijdens een dringende als gewone raadpleging. Elk contact is belangrijk om de ouders uitleg te laten vragen en hen die te geven, zodat ze de situatie zelf beter kunnen inschatten."

En de eerste lijn?

Gaan ouders naar de spoed omdat ze elders geen antwoord vinden op hun vraag? "We moeten ons echt afvragen hoe we aan die noden kunnen beantwoorden zoals het hoort, terwijl we tegelijkertijd de werklust van de spoeddiensten verlichten", voegt Dr. Bertrand daar nog aan toe. "De wet bepaalt dat kinderen in een pediatrie omgeving opgevangen moeten worden door bekwame personen, zonder in contact te komen met aandoeningen bij volwassenen. Dat is ook logisch. Wettelijk gezien moet dat gebeuren op de spoeddienst, als we in aanmerking willen komen voor een financiering. Als een kind zich meldt bij de spoed om een niet-dringende reden, verliezen wij dus geld als we dat kind doorverwijzen naar de raadplegingen zonder afspraak. Dat is een tikje tegenstrijdig... **Wij zijn best bereid om tegen de bevolking te zeggen dat ze niet om de haverklap naar de spoed moeten lopen als dat niet nodig is, maar kleine ziekenhuizen hebben geld nodig om de (wettelijk verplichte) spoedgevallenzorg voor kinderen te kunnen organiseren. Er zou dus een opwaardering moeten komen van de raadplegingen zonder afspraak.**"

De eerstelijnszorg is een ander denkspoor dat vaak over de tongen gaat. De kinderartsen staan zeker niet weigerachtig tegenover een samenwerking met de

Meer dan de helft van de dringende raadplegingen gebeurt na 17u of in het weekend. Bovendien zijn 4 op de 10 van die raadplegingen 'onterecht'.

huisartsen, hoewel er in de praktijk diverse obstakels zijn die een concrete samenwerking beletten. Het gebeurt zelden dat kinderartsen, tijdens hun afwezigheid, doorverwijzen naar een huisarts ... **"Sommige huisartsen zijn het niet meer gewoon om kinderen te behandelen, zeker die uit bepaalde leeftijdsgroepen"**, legt Dr. Debacker uit. "Ze zullen zeer vlug zelf aanraden om met het kind naar de spoed te gaan."

Bijna de helft van de kinderen die naar de spoed van het UMC Sint-Pieter komen, is dan ook jonger dan 2 jaar.

Sommigen kaarten daarom de mogelijkheid aan om de toekomstige huisartsen beter op te leiden voor de behandeling van kinderen. "De organisatie van de wachtdiensten voor artsen is ook problematisch", dixit Dr. Bertrand. "Het aantal artsen, de arbeidslast, de onveiligheid, ... Het wordt almaar moeilijker voor de huisarts om van wacht te zijn ..."

De overbelasting van de spoeddiensten voor kinderen is dus duidelijk een specifiek probleem, want kinderen zijn geen gewone patiënten. Het probleem **over-**

stijgt het medische aspect, houdt verband met de algemene evolutie van de maatschappij en vraagt om een globalere reorganisatie van de huidige geneeskunde.

Nathalie Renna

nathalie.renna@mloz.be

*BePASSTA, Belgian Paediatric Short Stay Study, 2011

Een gebrek aan medische opvolging

Voor de kinderen zelf leidt dit onnodige en herhaaldelijke beroep op de spoeddiensten tot een gebrekkige medische opvolging. De spoedarts of pediater op de spoeddienst heeft geen tijd om zich bezig te houden met constipatie, vaccins of astma. **Volgens een studie van de Onafhankelijke Ziekenfondsen gaat bijna 14% van de baby's noch naar een huisarts, noch naar de pediater (zie. p. 7-9).** Dat cijfer is vergelijkbaar met de gegevens uit een studie uit 2013-2014 van het UMC Sint-Pieter. Daaruit bleek dat 17% van de kinderen op hun spoeddienst geen huisarts of pediater had. "Veel van onze patiënten zijn arm en hebben geen rechtstreekse toegang tot een huisarts", legt

Dr. Paulette Debacker uit. "Onze spoeddienst merkt vaak dat patiënten die opgevolgd moeten worden en een degelijke behandeling nodig hebben, geen huisarts of pediater hebben die als referentie kan fungeren. **Er is geen tijd voor preventieve geneeskunde op de spoeddienst, wij moeten acute problemen behandelen.** Wij proberen die mensen dan door te verwijzen naar iemand anders, maar we merken ook dat ze soms al meerdere raadplegingen gehad hebben voor hetzelfde probleem ... De identificatie van chronische ziektes als astma, hyperreactieve luchtwegen,... wordt hierdoor helaas vaak op de lange baan geschoven, net zoals de behandeling..."

Worden leerstoornissen te veel gemedicaliseerd?

De laatste jaren is het aantal terugbetalingen voor de opvolging van dyslexie en andere leerstoornissen geëxplodeerd. Loopt het de spuigaten uit? Speelt de school nog altijd de juiste rol bij de begeleiding van het leerproces? Hoe moeten we het schoolleven van kinderen met leerstoornissen verbeteren? Leerkrachten, logopedisten en ouders hebben elk hun eigen rol in het belang van het kind zelf.



Catherine Vanham

Elk kind leert bij op zijn eigen ritme. Voor sommigen gaat het leren vlot, voor anderen is het echter niet vanzelfsprekend en vormt de schooltijd een hobbelig parcours bezaaid met problemen. "Een leerstoornis vergt veel energie, het kind moet namelijk altijd dubbel werk leveren. Het moet dingen leren die de andere kinderen al lang kunnen", zegt **Catherine Vanham, logopediste en beleidsmedewerker bij de Franstalige vereniging voor dyslexie**. "Voor een kind met dyspraxie voelt een schooldag aan alsof hij alles met bokshandschoenen moet doen, voor een dyslectisch kind alsof de woorden andersom staan en verkeerd gesplitst zijn, voor een kind met dysfasie alsof hij een volledig andere taal spreekt die elke week verandert en voor een kind met een aandachtsstoornis alsof hij zich moet concentreren, terwijl er iemand in zijn oor aan het zingen is en hem tegelijk vakantiefoto's toont..."

1 à 2 kinderen per klas

Tussen de 3 en de 7% van de kinderen heeft last van zogenaamde leerstoornissen. Dyslexie, dysfasie, dyspraxie of dyscalculie (zie kader): het zijn ondertussen gangbare termen. Een bewustwording die zich vertaalt in meer bezoeken aan de logopedist: in 2015 stegen de uitgaven van de

De Onafhankelijke Ziekenfondsen pleiten voor een opvolging van het kind in de optimale omgeving: het therapielokaal van de logopedist.

ziekteverzekering naar 96,5 miljoen euro. Dat is een stijging van bijna 8% ten opzichte van 2014 en vooral een **overschrijding van de budgettaire doelstelling met 5 miljoen euro**. Hoe kunnen we deze toename verklaren? Volgens de Onafhankelijke Zie-

kenfondsen is de oorzaak van deze stijging moeilijk te achterhalen. "Een van de denkpistes is dat logopediesessies gebruikt worden voor kinderen met een leerachterstand die niet aan een specifieke aandoening lijden", zegt **Aude Clève, Expert federale materies bij de Onafhankelijke Ziekenfondsen**.

De professionals uit de sector zien het anders. Volgens hen is het aantal kinderen met 'dys'-stoornissen de laatste jaren niet veranderd. Wel is er een duidelijke evolutie merkbaar in de bewustwording rond het bestaan van deze stoornissen. "Leerkrachten zijn beter op de hoogte en hebben er meer aandacht voor, ouders zoeken hun heil op het internet. Het CLB, de ouders of de artsen kloppen veel sneller bij een logopedist aan, omdat de **leerstoornissen gewoon veel sneller worden opgemerkt dan vroeger**", legt Catherine Vanham uit. Wat ze als logopediste ook opmerkt, is dat er veel jongeren uit het hoger onderwijs langskomen om een bilan op te maken of zich te laten helpen bij de organisatie van hun schoolwerk.

Eerste vaststelling op school

In de meeste gevallen zijn het inderdaad de leerkrachten die moeilijkheden bij een kind opmerken. "Wanneer de leerkracht vaststelt dat een van zijn leerlingen moeite blijft hebben om te volgen, dan neemt hij contact op met de ouders", dixit **Christine Defawe, leerkracht en logopediste in een Brusselse school**. "Het is aan hen om naar een logopedist te stappen. Idealiter volgt er dan een contact tussen de school en de logopedist, maar dat gebeurt jammer genoeg niet altijd. Niet alle ouders gaan met hun kind naar de logopedist en niet alle leerkrachten nemen het initiatief om de logopedist van het kind te contacteren." **Of een leerstoornis op school opgemerkt wordt, hangt dus af van de ervaring van de leerkracht en zijn kennis van leerstoornissen.** Er bestaan opleidingen voor leerkrachten over deze problematiek, maar die zijn beperkt in aantal. De schoolbesturen houden nochtans rekening met dit nieuwe bewustzijn. Zo zorgt het Vlaamse 'M-decreet' voor pedagogische aanpassingen bij het leerproces en de evaluaties van leerlingen met specifieke noden (dyslexie, dyspraxie, dyscalculie, gedragsstoornis of een lichamelijke of sensoriele handicap). In de Franse Gemeenschap voorziet de 'Pass Inclusion' een vergelijkbare ondersteuning, om deze kinderen in het gewone onderwijs te kunnen houden.

Bilan als barrière

"Leerkrachten kunnen zelf geen diagnose stellen, dat kan alleen een arts op basis van een bilan", voegt Catherine Vanham toe. De school en de leerkrachten spelen dus wel een rol, maar hun impact op de toename van de logope-

Leerstoornissen: definities

- **Dyslexie, lezen en leren schrijven:** specifieke stoornis bij het lezen. Ook een aanhoudende stoornis bij het aanleren van de geschreven taal.
- **Dysfasie, gesproken taal:** dit is een ernstige stoornis, een diepgaand probleem met taalontwikkeling dat blijft duren met de leeftijd. Het kind heeft moeite om zinnen te maken en woorden uit te spreken, zijn woordenschat is beperkt en hij heeft moeite om de dingen te begrijpen.
- **Dyscalculie, getallen en rekenen:** deze kinderen kunnen zich geen voorstelling maken van hoeveelheden, proporties of grootte. Het tellen op de handen lukt bv. niet zo goed.
- **Dyspraxie, motorische ontwikkeling en schrijven:** een probleem met de organisatie van de bewegingen en handelingen. Dit heeft dan ook een invloed op het schrijven.
- **Aandachtsstoornissen:** zoals de naam al aangeeft, zorgen ze ervoor dat het kind zich niet kan concentreren op bepaalde taken. Leren lezen of tellen vraagt van het kind een enorme inspanning en concentratie.

dische opvolging mogen we nu ook niet overdrijven. Van zodra de logopedist de situatie in handen neemt, wordt er een uiterst strenge procedure in gang gezet. De logopedist onderwerpt het kind aan een logopedisch bilan. De uitkomst ervan is duidelijk: ofwel heeft het kind een stoornis die opgevolgd moet worden, ofwel niet. "Je mag niet te licht over logopediesessies gaan", bevestigt **Julie Cano-Chervel, logopediste bij het Universitair Kinderziekenhuis Koningin Fabiola**. "Als het bilan geen stoornis aantoon, is er geen terugbetaling mogelijk."

"Voor ons is een terugbetaling van een logopedische opvolging inderdaad enkel mogelijk bij kinderen met een vastgestelde stoornis", dixit Aude Clève. "De nomenclatuur is trouwens ook gebaseerd op stoornissen en aandoeningen die een logopedische behandeling vereisen." Daarnaast wordt de diagnose van een leerstoornis alleen gesteld als er aanhoudende problemen zijn, dus na een schoolervaring van 1 of 2 jaar. Daarom kunnen de meeste stoornissen pas met zekerheid vastgesteld worden rond de leeftijd van 7 à 8 jaar.

Logopedie in het therapielokaal

We kunnen dus niet bevestigen dat leerstoornissen te veel gemedicaliseerd worden. Een betere coördinatie tussen de scholen en de zorgverleners zou echter wel kunnen zorgen voor een betere opvolging en begeleiding van kinderen met leerstoornissen. "Idealiter zou elke school logopediesessies moeten kunnen aanbieden. Intensieve sessies gedurende een heel schooljaar, met 5 sessies van 15 minuten per week", legt Catherine Vanham uit. Een standpunt dat de Onafhankelijke Ziekenfondsen niet delen. **"De behandeling van het kind gebeurt het best in het kabinet van de zorgverlener"**, bevestigt Aude Clève. "Het kind uit de klas halen, zijn les onderbreken voor een behandeling...: dat strookt volgens ons niet met het wegwerken van schoolproblemen. Je mag ook het 'stigmatiserende' aspect niet onderschatten. Wij pleiten dus voor een opvolging van het kind in de optimale omgeving, en dat is dus in het therapielokaal van de logopedist en buiten de school."



Stéphanie Brisson
stephanie.brisson@mloz.be



KCE Trials: 2 therapieën vergelijken in klinische studies

België is een Europese koploper op vlak van klinische studies naar innovatieve geneesmiddelen. Zijn de belangrijkste zorgvraagstukken daarmee beantwoord? Richt het onderzoek zich altijd op de goedkoopste alternatieven? Het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) vindt alvast van niet. Op vraag van Minister De Block creëert het daarom zelf een programma van klinische studies, mét financiële steun van de overheid. "Naast een betere zorg voor de patiënt is ook efficiëntiewinst in onze gezondheidszorg een hoofddoel", zeggen Frank Hulstaert en Leen Verleye, onderzoekers bij het KCE.

In 2015 liepen maar liefst 1.578 klinische studies in ons land. Bovendien steeg het aantal aanvragen om dergelijke studies op te zetten met 6%. Met die cijfers

behoren we tot de kop van het Europese peloton, maar toch gaf Minister van Volksgezondheid De Block aan het KCE de opdracht om zelf een programma van klinische studies te creëren en op

te volgen. Dat project kreeg de naam 'KCE Trials' en de overheid maakte voor zowel 2016 als 2017 een budget vrij van 5 miljoen

euro. Vanaf 2018 krijgen de KCE Trials jaarlijks zelfs 10 miljoen euro. Wil de overheid daarmee het monopolie van de farmabedrijven doorbreken? "Zo zou ik het niet stellen", zegt Frank Hulstaert, onderzoeker bij het KCE. "De onderwerpen die wij zullen bestuderen, zijn namelijk degene waarin de farmasector net geen interesse heeft om te financieren."

Om welke onderwerpen gaat dat dan?

F.H.: Ten eerste zijn er de domeinen waarbij geen farmabedrijven betrokken zijn: psychotherapie, kinesitherapie, de bevolkingsonderzoeken, ... Die klinische studies zijn vaak kleinschalig vanwege een gebrek aan centen.

Dergelijke studies zouden wij grootschaliger kunnen maken en professionaliseren, zodat het RIZIV een gefundeerdere beslissing kan nemen rond een terugbetaling. Andere domeinen die buiten de klassieke klinische studies vallen, zijn de **pediatrie, geriatrie en de medische hulpmiddelen**. Die laatste komen bv. vaak op de markt zonder dat ze echt grondig onderzocht en getest zijn. Ten slotte is er ook nog de **onderlinge vergelijking van twee therapieën die al allebei in gebruik zijn**. Dat is iets waar de farmasector zich niet mee bezighoudt, want bij zo'n vergelijking bestaat de kans natuurlijk dat je een winnaar en een verliezer hebt. En niemand zit graag in het verliezende kamp.



Frank Hulstaert

Maar voor de gezondheidszorg kan zo'n vergelijking wel efficiëntiewinst opleveren?

F.H.: Klopt, daarom zullen de KCE Trials zich in het begin vooral op dergelijke studies concentreren. De overheid investeert in dit project en wil uiteraard ook **resultaten zien op korte termijn**. En dergelijke vergelijkingen zijn een uitstekende manier om een efficiëntere gezondheidszorg te creëren, omdat ze duidelijk maken welke optie de beste én de goedkoopste is.

L.V.: Het gaat trouwens **niet enkel om de vergelijking tussen 2 ge-**

neesmiddelen.

Bij het prikkelbaaredarmsyndroom kunnen we bv. de huidige medicatie gaan vergelijken met de dieetaanpak. Als we de resultaten en het kostenplaatje van beide opties te-

gen elkaar afwegen, kan het RIZIV ook hier een geïnformeerde beslissing nemen rond een terugbetaling.

Een volledig nieuw product levert zo'n vergelijking wel niet op.

F.H.: Die kans is inderdaad kleiner, maar het kan wel nog altijd. Als een van onze studies zou leiden tot een commercieel interessant product, eisen we daarom dat wij **iets in de pap te brokken hebben over de voorwaarden om het te commercialiseren**. Dan heb ik het uiteraard onder meer over een redelijke prijs. Anders betaalt de overheid 2 keer: eerst het onderzoek financieren en achteraf nog een gepeperde factuur voor de terugbetaling. Eén keer betalen is genoeg.

Hoe kiezen jullie de onderwerpen voor de KCE Trials?

L.V.: Alle actoren uit de gezondheidszorg, ook de patiënten, kunnen voorstellen indienen. Begin 2016 lanceerden we daarvoor een oproep en dat leverde zo'n 160 suggesties op. Die namen we dan met een panel van artsen, gezondheidseconomen, ... onder de loep om te komen tot een **lijst**

van 11 onderwerpen. Die moeten nu uitmonden in een gedetailleerd studievoorstel met een modus operandi, selectie van de onderzoekers, ... Wie de studie uitvoert, kan daar zijn eigen accenten leggen.

Jullie voeren de studies dus niet zelf uit...

L.V.: Nee, wij financieren de klinische studies en volgen alles uiteraard nauwgezet op. Het zijn niet-commerciële organisaties, dikwijls universitaire ziekenhuizen of centra voor huisartsgeneeskunde, die beslissen om met een bepaald onderwerp aan de slag te gaan. Zij maken dan een uitgebreid studieprotocol en voeren de studie uit. **Wij eisen wel dat er meerdere**

In het begin zullen we ons concentreren op de vergelijking van twee therapieën die al in gebruik zijn. Dat is een uitstekende manier om een efficiëntere gezondheidszorg te creëren.

ziekenhuizen of centra deelnemen aan één studie. Ze moeten dus samenwerken. Op die manier raken ze sneller aan de nodige patiënten om deel te nemen en die grootschaligheid verhoogt ook het belang van de studie. Hoe meer ziekenhuizen meewerken aan een studie, hoe groter ook de kans dat ze de resultaten in de praktijk zullen brengen.

Staan ziekenhuizen daarvoor te springen?

F.H.: We gaan bij de ziekenhuizen langs om ze daarvoor warm te maken en dat lukt aardig. Het gaat echter niet alleen om die samenwerking. Farmabedrijven hebben een apart departement voor klinische studies, maar dat bestaat niet, of slechts op kleine schaal, in

universitaire ziekenhuizen. Daarom bekijken we nu of het mogelijk is om zulke departementen ook daar op te richten. We gaan dus samen met de ziekenhuizen na wat er momenteel bestaat, welke lacunes er zijn en hoe we die kunnen wegwerken. We willen daarmee **klaar zijn tegen begin 2017 om dan de eerste studies op te starten.**

En zo gebeurt alles even professioneel als bij de farmabedrijven...

F.H.: Dat is inderdaad heel belangrijk. **De reglementering is streng en alles moet volgens de regels van de kunst gebeuren.** Daar zien we nauw op toe. We hebben daarom ook al aan tafel gezeten met het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten (FAGG), dat is de instantie die inspecteurs ter plekke stuurt om te kijken of de ziekenhuizen de spelregels wel volgen. De departementen die we binnen de ziekenhuizen willen oprichten, moeten de onderzoekers ondersteunen in data management, monitoring, rapportering van bijwerkingen, enz. Niet elk ziekenhuis heeft echter over alle infrastructuur te beschikken, denk maar aan de software voor data management. Het is vooral belangrijk dat ze goed samenwerken.

En in hoeverre betrekken jullie de patiënt bij dit hele proces?

L.V.: We willen graag de input van de patiënt over het hele traject. Zowel **bij de suggesties voor onderwerpen als bij het uitwerken van de studieprotocollen**. Alleen heeft België geen echte traditie op dat vlak. Ik denk dat patiëntvertegenwoordigers nog een beetje terughoudend zijn om met artsen aan tafel te zitten. Daarnaast hebben de patiëntenverenigingen het ook heel druk, ze kunnen niet alles tegelijk doen. We betrekken de patiënt dus met mondjesmaat, maar we willen die inspanningen nog opdrijven.



Steven Vervaeet

steven.vervaet@mloz.be



Leen Verleye



“Behandel me als een dame”

Met deze slogan wil het Nederlandse netwerk WOMEN Inc. zorgprofessionals, patiënten en de overheid bewust maken van de genderverschillen tussen mannen en vrouwen. Onze gezondheidszorg is gebaseerd op het mannenlichaam, maar op vlak van gezondheid zijn we niet allemaal gelijk. “Elke medische discipline zou moeten nagaan of er gendersensitieve onderzoeken en behandelingen mogelijk zijn”, zegt Dr. Yolande Appelman, interventiecardioloog aan VU medisch centrum in Amsterdam.



Yolande Appelman

Vroeger dacht de wetenschap dat mannen en vrouwen enkel op biologisch vlak van elkaar verschilden. Ondertussen toonden vele studies al aan dat er ook heel wat genderverschillen bestaan. Die houden niet enkel verband met

biologische eigenschappen (geslachtsorganen, chromosomen, ...), maar omvatten ook socio-culturele factoren als gedrag en rollenpatroon. Gendersensitieve zorg is medische verzorging die volledig is afgestemd op het gender van de patiënt.

Gebrek aan bewustzijn, onderzoek en testmethodes

Waarom scheert de gezondheidswereld mannen en vrouwen constant over dezelfde kam? De boosdoeners zijn vooral **te weinig bewustzijn bij zorgverleners en een gebrek aan gendersensitief onderzoek en testmethoden**. Doordat zorgverleners zich niet altijd bewust zijn van genderverschillen, houden ze er ook geen rekening mee bij hun diagnosestelling. Het gebrek aan testmethoden die een onderscheid maken naar gender, kan dan weer leiden tot verkeerde of laattijdige diagnoses. **Dr. Yolande Appelman, interventiecardioloog aan VU medisch centrum in Amsterdam**, verduidelijkt met een voorbeeld: “Als een

man klaagt over pijn op de borst, beschikt de arts over prima toestellen waarmee hij een vernauwing van de grote bloedvaten in het hart opspoort en de diagnose van hartfalen stelt. Bij vrouwen ontstaat hartfalen echter veelal door een vernauwing van de kleine bloedvaten. Dat is met de huidige onderzoeksmethoden lastig vast te stellen en daarom is er bijkomend onderzoek nodig.”

Daarnaast zijn **vrouwen ondervertegenwoordigd in wetenschappelijk onderzoek en klinische studies rond nieuwe geneesmiddelen**. Vaak omdat hun hormonen de resultaten zouden kunnen beïnvloeden, of omdat het onderzoek een impact zou kunnen hebben op hun vruchtbaarheid. Maar vrouwen hebben nu eenmaal hormonen, en ook zieke vrouwen worden zwanger.

Belang van gendersensitieve zorg

Het Nederlandse studiebureau Ecorys hield in 2015 een onderzoek naar de mogelijke positieve effecten van gendersensitieve zorg bij hart- en vaatziekten. Deze aandoeningen komen namelijk zowel bij mannen als vrouwen erg vaak voor, slorpen een groot deel van de uitgaven voor geneeskundige verzorging op en bieden heel wat betrouwbaar onderzoeksmateriaal doordat er in deze sector een groeiende aandacht is voor de problematiek.

De voordelen van gendersensitieve zorg bleken veel verder te reiken dan enkel de patiënt. Samengevat resulteert aandacht voor man-vrouwverschillen in de gezondheidszorg in een **snelle en juiste diagnose**,

minder medicatie, minder zware aandoeningen, lagere kosten voor de gezondheidszorg, een hogere levenskwaliteit voor de patiënten en minder druk op de patiënt en haar omgeving. Bovendien kunnen de resultaten van dit onderzoek doorgetrokken worden naar andere aandoeningen, bv. diabetes, reumatische ziekten, osteoporose of depressie.

Nog veel werk aan de winkel

Ons Westerse rollenpatroon heeft een grote impact op de vastgestelde aandoeningen. "Als meer vrouwen dan mannen de diagnose 'depressie' krijgen, is dat dan omdat vrouwen vatbaarder zijn voor depressie, of omdat de aandoening onderschat wordt bij mannen? En als vrouwen daadwerkelijk gevoeliger zijn, moeten we dan geen gedifferentieerde therapie toepassen?", vraagt Dr. Yolande Appelman zich af. Het onderzoeksterrein 'gender' is enorm uitgebreid en er zijn nog heel wat vragen te beantwoorden. Toch is er al veel kennis. **"Nu is het een kwestie van de bestaande kennis zo snel mogelijk te implementeren en ingeburgerd te krijgen, en de ontbrekende kennis te inventariseren en aan te vullen"**, meent Appelman. "Niet alleen bij hart- en vaatziekten kan gendersensitiviteit haar vruchten afwerpen. Eigenlijk zou elke

Vrouwen zijn ondervertegenwoordigd in wetenschappelijk onderzoek en klinische studies rond nieuwe geneesmiddelen.

medische discipline moeten nagaan of er gendersensitieve onderzoeken en behandelingen mogelijk zijn."

Veel aandacht in Nederland

Bij onze noorderburen staat deze thematiek veel meer in de schijnwerpers dan in België. Dr. Appelman is een van de voortrekkers rond gendersensitieve zorg en ze kreeg dit jaar de opdracht om een regiegroep 'Gendersensitiviteit' op te richten binnen VU medisch centrum. Het doel: onderzoekers, opleiders, zorgverleners en patiënten bewustmaken van gendersensitiviteit en vervolgens beleidslijnen formuleren om dit bewustzijn nog te vergroten. Daarbovenop trekt de Nederlandse Minister van Volksgezondheid Edith Schippers ook nog eens 12 miljoen euro uit voor onderzoek naar de gezondheid van vrouwen. De Alliantie Gender & Gezondheid van het vrouwen netwerk WOMEN Inc. verzamelt ten slotte zorgverleners, verzekeringsinstellingen en de overheid rond de tafel om te pleiten voor onder meer een realistischere verhouding van mannen en vrouwen in het geneesmiddelenonderzoek.

Geertje Vandecappelle

geertje.vandecappelle@mloz.be

Welke specifieke verschillen tussen mannen en vrouwen?

- **Mannen en vrouwen lijden niet altijd aan dezelfde aandoeningen of toch niet in dezelfde mate.** Borst- en prostaatkanker zijn een voor de hand liggend voorbeeld. Liesbreuken of ADHD komen beduidend vaker voor bij mannen. Vrouwen hebben dan weer vaker last van auto-immuunziekten en botontkalking.
- Er bestaat een **duidelijk onderscheid op vlak van geestelijke ziektes**: 95% van de Europeanen met een eetstoornis zijn vrouwen. Vrouwen kampen ook twee keer vaker met een angststoornis. Alcohol- en drugsmisbruik lijkt daarentegen typisch mannelijk te zijn: alcoholmisbruik 3 tot 5 keer vaker dan bij vrouwen, drugsmisbruik 2 tot 3 keer vaker.
- Er zijn **verschillen qua risicofactoren, oorzaken, symptomen en de verwoording van de klachten**. Bij hart- en vaatziekten bv. vermelden mannen pijn op de borst. Vrouwen hebben het vaker over vermoeidheid, hartkloppingen en nachtzweeten, waardoor de arts eerder aan kwaaltjes van de menopauze denkt.
- **Vrouwen nemen meer medicatie en reageren er ook anders op.** Volgens de Nederlandse Alliantie Gender en Gezondheid hebben vrouwen 60% meer kans op bijwerkingen dan mannen. De samenstelling van het lichaam beïnvloedt namelijk de manier waarop een medicijn zich verspreidt. Mannenlichamen bevatten meer water, die van vrouwen juist meer vet. Als een man en een vrouw dezelfde hoeveelheid van een wateroplosbaar geneesmiddel innemen, heeft het werkzame bestanddeel een hogere piekconcentratie bij vrouwen omdat de hoeveelheid water kleiner is. Bij medicijnen die opgelost worden in vet is het net andersom. Toch vermelden geneesmiddelen slechts zelden een andere dosering voor mannen en vrouwen.

Altijd bereikbaar voor een praatje!

Praten is levensbelangrijk voor een mens. Niet zomaar wat babbelen of discussiëren, maar je echt persoonlijk uitdrukken, zeggen waar je mee zit, hoe je je voelt en waarnaar je op zoek bent. Zoiets kan alleen als er ook effectief iemand aandachtig naar je luistert. Bij Tele-Onthaal kan iedereen terecht om in alle vertrouwelijkheid anoniem te praten met iemand. En dat zonder concreet in te grijpen en met respect voor de persoon en zijn overtuigingen.

Het idee om op deze manier mensen een luisterend oor te bieden, ontstond in Londen in de jaren vijftig. Met de Expo 58 in Brussel vond het idee ook zijn weg naar België. "In 1959 zag het eerste 'Tele-Onthaal'-centrum het licht", dixit Pascal Kayaert, directeur van Tele-Onthaal Brussel. "Er zijn 6 Nederlandstalige centra, 6 Franstalige en 1 Duits-talig. Het is een globaal project. We werken allemaal volgens hetzelfde model: we bieden iedereen een luisterend oor, zonder onderscheid op vlak van leeftijd, cultuur, geslacht of religie."

Iemand om mee te praten

Dankzij Tele-Onthaal kan iemand een gesprek aangaan en zijn moeilijkheden onder woorden brengen. Door de ervaring van het praten met iemand die luistert, weet de beller dat hij in staat is tot dialoog. Dat geeft hem meer zelfvertrouwen, helpt hem om (opnieuw) contact te zoeken met zijn omgeving en zich in staat te voelen tot relaties. Het is namelijk via relaties met anderen dat hij zijn leven weer op de rails krijgt. **Het is niet de bedoeling van Tele-Onthaal om therapie aan te bieden, al kan luisteren wel een therapeutisch effect hebben.** Een telefoontje

zal de persoon ook niet veranderen, maar het kan wel een veranderingsproces in gang zetten. Wat de reden van zijn telefoontje ook is, hij gebruikt zijn communicatievaardigheden. Gehoord worden is een ervaring die ons confronteert met onszelf en onze motivatie om vooruit te gaan in het leven. Het is een eerste stap om uit te dokteren hoe we ons verdere leven zullen aanpakken.

Telefoon en internet

Sinds 2005 biedt Tele-Onthaal Brussel ook een tweede vorm van luisteren aan: via het internet. Op een beveiligde site kan je met iemand chatten. "Net zoals aan de telefoon blijven de gesprekken uiteraard anoniem en vertrouwelijk. **Die chatdienst maakt ons toegankelijker, zeker bij jongeren,**

die deze manier van communiceren gewoon zijn. Voor mensen die problemen hebben om zich mondeling uit te drukken of met gehoorproblemen kampen, is het ook een goede oplossing om met iemand te communiceren. De online permanentie gebeurt 's avonds, elke dag van de week, in partnership met een Franse organisatie", vertelt Pascal Kayaert.

Het werk van de vrijwilligers is veeleisend, het vraagt engagement.

Stille getuige

Naast het luisteren heeft Tele-Onthaal nog een bijkomende functie: het centrum is in zekere zin de stille getuige van onze maatschappij. Mensen vertrouwen Tele-Onthaal dingen toe die ze niet noodzakelijk elders zeggen, omdat ze in alle anonimiteit en vertrouwelijkheid worden uitgesproken. Informatie die de moeite is om zowel intern (om de huidige sociale fenomenen beter te begrijpen) als extern (als getuigen van deze fenomenen) te analyseren en te communiceren.

Pascal Kayaert vertrouwt ons toe dat "Tele-Onthaal zich als luisterdienst **op het kruispunt bevindt tussen de publieke en de privésfeer en sociale tendensen aan het licht kan brengen**. Zonder ooit de anonimiteit van de bellers te schenden natuurlijk. Tele-Onthaal stuurt zijn publicaties en bevindingen door naar de pers en de politieke verantwoordelijken."

Vrijwilligers en professionals

Pascal Kayaert heeft het ten slotte over de vrijwilligers. "Bij Tele-Onthaal verzorgen vrijwilligers de luisteractiviteiten. Dat is altijd zo geweest. We zijn ervan overtuigd dat luisteren en praten iets is voor iedereen. **Iedereen kan, als hij wil, de vaardigheden aanleren om een goed luisterend oor te zijn voor anderen**. Dat neemt niet weg dat de selectie bij Tele-Onthaal streng is. Het institutionele kader en de ondersteuning door professionals maakt het vrijwilligerswerk mogelijk. Vooraf krijgen de vrijwilligers een opleiding tot actief luisteren en ook tijdens hun engagement krijgen ze opleidingen en volgen we ze verder op. Acht betaalde medewerkers zorgen voor de nodige infrastructuur en begeleiding van de vrijwilligers en enkele zelfstandige supervisors begeleiden elke maand de supervisiegroepen. Het werk van de vrijwilligers is veeleisend, het vraagt engagement. Ze tekenen allemaal een overeenkomst met Tele-Onthaal, waarin hun verbintenissen en rechten staan. **Elke vrijwilliger engageert zich contractueel voor minimaal een jaar waarin hij één luisterpermanentie per week (van 4 of 5 uur) op zich neemt en een reeks opleidingen volgt (groepssupervisie elke maand, jaarlijkse studiedag...)**. Luistervaardigheid aanleren is een constante en persoonlijke onderneming. Het is een talent dat je aanscherpt door contact met opleiders en andere vrijwilligers." Tele-Onthaal is altijd op zoek naar vrijwilligers... waarom jij niet?



Pascale Janssens
pascale.janssens@mlloz.be



www.tele-onthaal.be

Hoe Tele-Onthaal bereiken?

Op het **gratis telefoonnummer 106**.

Geïnteresseerd om vrijwilliger te worden?

Neem een kijkje op www.tele-onthaal.be.

Enkele cijfers

- Verdeling van de telefoontjes per geslacht:
70% vrouwen – 30% mannen
- 3 grote thema's:
 - **relaties tussen mensen** (vrienden, burens, collega's, koppels, scheiding, gezin, kinderen-ouders)
 - **geestelijke gezondheid** (angst, depressie, ongelukkig zijn, psychische problemen)
 - **de sociale band** (verveling, isolement, connecties maken, eenzaamheid)
- **Vrouwen tussen de 40 en de 59 jaar:** de meest voorkomende leeftijdsgroep bij vrouwen. Ze vertegenwoordigen een vijfde van de telefoontjes.
- **Mannen tussen de 30 en de 39 jaar:** de meest voorkomende leeftijdsgroep bij mannen. Tussen de 40 en de 49 jaar zijn ze verhoudingsgewijs bijna met evenveel als de vrouwen. Boven de 70 jaar bellen er maar weinig mannen.
- **Minder dan 1 op de 10 bellers werkt.** 4 op de 10 bellers hangen ook af van een uitkering of een leefloon.
- Belang van het **gratis** aspect. Het nummer 106 is een gratis dienst en blijft dus ook toegankelijk als je je factuur niet betaalt.

Tele-Accueil

... werkt op dezelfde manier en is de Franstalige tegenhanger van Tele-Onthaal voor Brussel en Wallonië. Het telefoonnummer is **107**.

Op naar socialer Europa met pijler van sociale rechten

Is het Europese sociale beleid afgestemd op de 21ste eeuw? Wat zijn de grootste prioriteiten op sociaal en werkgelegenheidsvlak? Deze en veel meer vragen kunt u tot eind 2016 nog zelf beantwoorden via de openbare raadpleging over de zogenaamde Europese pijler van sociale rechten. Zo werkt u zelf mee aan dit kompas voor een socialer Europa. “Onze sociale bescherming moet mee evolueren met onze nieuwe manier van leven en werken”, zegt Marianne Thyssen, Europees commissaris voor Werkgelegenheid en Sociale Zaken.

Het stond al in de beleidsverklaring van Jean-Claude Juncker, voorzitter van de Europese Commissie, in 2015: **er komt in 2017 een ‘Europese pijler van sociale rechten’ die de socio-economische maatregelen van de lidstaten moet monitoren, verbeteren en op elkaar moet afstemmen.**



Marianne Thyssen

Nog tot 31 december 2016 kunt u dit referentiekader zelf mee vormgeven door de openbare raadpleging in te vullen. “Onze sociale wetgeving en sociale bescherming moeten mee evolueren met onze veranderende manier van leven en werken. We willen daarover niet beslissen in een ivoren toren, maar samen

met de Europese burgers, sociale partners en nationale overheden”, dixit Thyssen.

Waarom is die update van het socio-economische beleid zo’n noodzaak?

De traditionele relatie tussen werkgever en werknemer blijft veranderen. Denk maar aan het stijgende aantal tijdelijke contracten, freelancewerk en andere flexibele werkvormen. Dat is op zich niet slecht, maar daar moet wel een solide sociale bescherming tegenover staan. Momenteel is dat niet altijd het geval. **De mate van sociale bescherming tussen de verschillende contractsoorten varieert sterk in vele Europese landen.** Daar willen we met dit project iets aan doen. Als mensen veranderen van job(vorm), moeten ze kunnen blijven rekenen op een goede sociale bescherming.

De pijler is een theoretisch kader. Kan de Commissie lidstaten verplichten om maatregelen in de praktijk te brengen?

Als er een nieuwe Europese wetgeving komt op basis van de pijler, zijn lidstaten verplicht om die toe te passen. Denk maar aan thema’s als minimale arbeidsvoorwaarden of gezondheid en veiligheid op de

werkvloer. Bij zaken waarvoor de lidstaten zelf bevoegd zijn, bv. loonvorming of sociale zekerheid, zal de pijler hun prestatie kunnen screenen en die landen zo aanzetten tot nationale hervormingen.

En wat als een land niet meedoet?

Als een lidstaat een Europese wetgeving niet uitvoert, kan de Europese Commissie **inbreukprocedures opstarten met een mogelijke boete tot gevolg.** Bij nationale bevoegdheden zijn we natuurlijk meer afhankelijk van de politieke wil van de lidstaten, maar we hebben wel een stok achter de deur. We bepalen dan gezamenlijke doelstellingen en lidstaten engageren zich vrijwillig om die te bereiken. Volgen ze die aanbevelingen niet, dan kunnen we eventueel hun Europese financiering, bv. via het Europees Sociaal Fonds, stopzetten.



Steven Vervaeet

steven.vervaeet@mlz.be

Welke sociale rechten?

De Europese pijler van sociale rechten focust op 3 hoofdcategorieën van sociale rechten:

1. **Gelijke kansen op de arbeidsmarkt:** iedereen moet kunnen deelnemen aan de arbeidsmarkt, zonder discriminatie en uitgerust met de nodige vaardigheden
2. **Eerlijke arbeidsvoorwaarden:** elke werknemer verdient de garantie op een gezonde en veilige werkomgeving
3. **Degelijke en duurzame sociale bescherming voor iedereen:** bv. een garantie van betaald ziekteverlof voor elke werknemer en toegang tot kwalitatieve en betaalbare kinderopvang

Actua Onafhankelijke Ziekenfondsen

Onafhankelijke Ziekenfondsen steunen mobiele tandartspraktijken



Dokters van de Wereld doorkruist het land met een mobiele tandartspraktijk om tandzorg te bieden aan mensen die daar geen toegang toe hebben. De

Onafhankelijke Ziekenfondsen ondersteunen dit belangrijke initiatief!

Dankzij de inzet van een 10-tal vrijwilliger-tandartsen krijgen 10 à 20 patiënten dagelijks de nodige tandzorg. Net als een klassieke tandartspraktijk beschikt deze 'mobile clinic' over een wachtzaal, tandartsstoel, technisch gereedschap, enz. Oostende en Zeebrugge kregen de mobiele tandzorgunit al over de vloer en tijdens de eerste helft van 2017 komt onder meer ook La Louvière aan de beurt. **"We willen met dit project de acute noden wegnemen bij mensen die geen toegang hebben tot gezondheidszorg.** Dankzij de steun van de Onafhankelijke Ziekenfondsen zal deze actie ongetwijfeld een succes worden", zegt **Nel Vandevannet, directrice Belgische projecten van Dokters van de Wereld.**

Meer info: www.mobileclinic.be/nl

MSD Health Literacy Awards: en de winnaars zijn...



Zoals elk jaar zetelden de Onafhankelijke Ziekenfondsen in de jury van de Well Done – MSD Health Literacy Awards. Dit jaar kozen we samen met de andere juryleden voor 3 bijzondere projecten die mensen op een toegankelijke manier wegwijs maken in onze gezondheidszorg. Het project **Zan-zu van Sensoa (Community)** brengt het lichaam in woord en beeld in maar liefst 12 talen. De **vzw Chronicare (First Line)** informeert diabetici over het belang van een goede opvolging door een oogarts en organiseert een oogonderzoek voor geïnteresseerde patiënten. In de categorie 'Specialty Care' ten slotte ging **moveUP** met de overwinning lopen. Dit zorgtraject begeleidt patiënten bij hun knie-revalidatie in de thuisomgeving met een slimme armband en een app op de tablet. Zo kunnen ze thuis herstellen op hun eigen ritme, met een set oefeningen op hun maat.

Meer info: www.welldoneawards.be

Securex, Partena Ziekenfonds en Partenamut bundelen de krachten



Vanaf 1 januari 2017 slaan de Onafhankelijke Ziekenfondsen Securex, Partena Ziekenfonds en Partenamut de handen in elkaar. Concreet houdt het Onafhankelijk Ziekenfonds Securex op te bestaan. De leden uit Vlaanderen en de Nederlandstaligen in Brussel schakelen over naar Partena Ziekenfonds en die uit Wallonië en de Franstaligen in Brussel maken de overstap naar Partenamut. Voor de leden van Onafhankelijk

Ziekenfonds Securex verandert er weinig. Zij behouden hun bestaande rechten binnen de verplichte ziekteverzekering en vanaf 1 januari 2017 kunnen ze genieten van een ruim pakket aan voordelen en diensten bij Partena Ziekenfonds of Partenamut.

"Het gezondheidsbeleid wordt steeds regionaler", zegt Xavier Brenez, Directeur-generaal van de Landsbond van de Onafhankelijke Ziekenfondsen.

"Met deze strategische alliantie willen we onze leden daarom regionaal beter ondersteunen en over een betere operationele en financiële slagkracht beschikken. Onder meer met het oog op de vergrijzing van de bevolking en de toename van het aantal chronisch zieken, die een dergelijke schaalvergroting vereisen."



Andaman7

Connecting doctors and patients

Een app om je medisch dossier op je smartphone bij te houden

Na zijn ziekte en de bijhorende administratieve rompslomp riep Vincent Keunen Andaman7 in het leven. Die naam slaat zowel op zijn startup als op de app die het bedrijf ontwikkelde. Het doel? Gezondheidsgegevens veilig en vrijwillig delen en de communicatie met de arts verbeteren. Een veelbelovend project waarmee de Onafhankelijke Ziekenfondsen graag in zee gingen.

Meer dan 2.200 jaar lang leefden de bewoners van de Andamanen (een eilandengroep in de golf van Bengalen, tussen India en Myanmar) volledig geïsoleerd van de rest van de wereld. Nu nog weigeren sommige bewoners van de eilanden alle contact met buitenlanders.



Vincent Keunen

Vincent Keunen vond het een mooie metafoor voor het huidige communicatieprobleem in de gezondheidszorg en besloot om er zijn app naar te noemen.

Weinig uitwisseling

Ondanks de technologische vooruitgang stelde de CEO van Andaman7 vast dat de gezondheidszorg nog altijd achterop hinkt op vlak van de uitwisselingen tussen de verschillende actoren. Als informatica-ingenieur en ondernemer weet hij waarover hij spreekt. In 2007 kregen zowel Vincent Keunen als zijn zoontje Pierre (toen 10 jaar) te horen dat ze kanker hadden. Een beproeving die ze gelukkig allebei doorstonden. Toen hij in die periode enorm veel administratieve problemen ondervond, kreeg Keunen **het idee om een gratis app te lanceren waarmee de gebruiker zijn persoonlijke medisch dossier op zijn smartphone kan opslaan**. "Het uiteindelijke doel van dit project is om bij te dragen tot de goede gezondheid van iedereen ter wereld", vertelt Keunen.

De patiënt staat centraal

De app heeft twee grote doelen voor ogen: veilig en vrijwillig gegevens delen en de communicatie tussen de arts en de patiënt en de medische diagnose optimaliseren. Het principe is eenvoudig. **De gebruiker maakt zijn eigen gezondheidsdossier aan en voegt er, wanneer hij wil, alle elementen aan toe die voor hem belangrijk kunnen zijn:** grootte, gewicht, me-

dische antecedenten, resultaten van bloedanalyses, allergieën, raadplegingen, geneesmiddelen,... Hij kan deze informatie delen met een vertrouwelijke groep van mensen die hij zelf kiest: mensen uit zijn omgeving, artsen, een medisch centrum, zijn ziekenfonds, enz.

Andaman7 is een app die de patiënt centraal stelt in het traject: hij verzamelt zelf verschillende gegevens die afkomstig zijn van verschillende zorgsystemen.

De tool is bovendien gebruiksvriendelijk én veilig. Om de bescherming van de privé- en de medische gegevens te garanderen, bewaart Andaman7 ze enkel op de smartphone van de gebruiker.

Een innoverend partnerschap

De Onafhankelijke Ziekenfondsen zijn onder de indruk van deze vernieuwende aanpak die de patiënt meer verantwoordelijkheid geeft. We besloten daarom **samen te werken met Andaman7 voor de opvolging van tandzorg**. Wie minstens één keer per jaar naar de tandarts gaat, krijgt het jaar erop een betere terugbetaling dan wie dat niet doet. Dat is de essentie van het mondzorgtraject, dat het licht zag in 2015 voor mensen boven de 18 jaar. Het gaat om verzorging waarvoor de verplichte verzekering een tegemoetkoming heeft verleend.

Concreet zal Andaman7 communicatie-ruimte vrijmaken voor de leden van de Onafhankelijke Ziekenfondsen. Zij zullen hun toestemming kunnen geven om deel te nemen aan dit project. Daarna krijgen ze automatisch een herinnering dat ze naar de tandarts moeten gaan, om zo hun rechten én hun stralende glimlach niet te verliezen. Voor de Onafhankelijke Ziekenfondsen past deze samenwerking volledig binnen de rol die een ziekenfonds hoort te spelen, namelijk de leden informeren over hun rechten.



Murielle Lona

murielle.lona@mloz.be



www.andaman7.com



Marlene Reyns en Vanessa Wittvrouw



Vroedvrouwen aan het woord bij de Onafhankelijke Ziekenfondsen

Hoe staan zorgverleners zelf ten opzichte van de uitdagingen in de zorgsector? Welke hervormingen zijn voor hen aan de orde? Hoe zien ze hun beroep evolueren in de toekomst? De Onafhankelijke Ziekenfondsen laten de verschillende beroepsgroepen uit de gezondheidszorg aan het woord in een nieuwe debattenreeks. De vroedvrouwen mogen de spits afbijten!

Eind vorig jaar publiceerden de Onafhankelijke Ziekenfondsen al 6 hervormingsvoorstellen om de rol van het ziekenfonds in een snel veranderende omgeving te herdefiniëren. Maar hoe zit het met de zorgverleners? Welke maatregelen zijn voor hen aan de orde om tegemoet te komen aan hun wensen en noden? Met de **jaarlijkse debattenreeks 'Zorgverleners aan het woord'** willen de Onafhankelijke Ziekenfondsen hen een forum bieden om hierover in discussie te gaan met andere beroepsgroepen, de overheid, ziekenfondsen, ...

Vroedvrouwen openen het debat

Voor deze eerste editie nodigen de Onafhankelijke Ziekenfondsen de beroepsverenigingen van vroedvrouwen uit. Zij bepalen het programma, doen hun visie op het beroep uit de doeken en gaan daarover het gesprek aan met de andere actoren uit de gezondheidszorg. "Vroedvrouwen zorgen voor nieuw leven, het is dan ook symbolisch dat de debattenreeks met onze beroepsgroep begint", zegt **Marlene Reyns, voorzitter**

van **Belgian Midwives Association**. "Aandacht voor onze beroepsgroep is ook aandacht voor het leven."

Belangrijke kentering in het beroep

Gedurende lange tijd werden vroedvrouwen stiefmoederlijk behandeld. De laatste decennia is echter een kentering aan de gang. "De vroedvrouw van vandaag is niet langer louter de assistente van de arts, maar een professionele zorgverlener die streeft naar **autonomie en een kwaliteitsvolle zorg**, zowel binnen de muren van het ziekenhuis als erbuiten", vertelt Reyns.

Bovendien is het **kortere ziekenhuisverblijf na een bevalling** een uitgelezen kans om de rol van de vroedvrouwen in de verf te zetten en de **verzorging rond de beval-**

ling te herorganiseren. "Van de vroedvrouw wordt ook verwacht dat ze 24u op 24 en 7 dagen op 7 bereikbaar is en de zorggegevens elektronisch verwerkt en deelt. Een positieve evolutie naar meer professionalisme, maar daar moet wel een correcte verloning tegenover staan. Een **telematicapremie en een praktijkfinanciering** zijn dan ook aan de orde. En dan is er nog de Belgische opleiding van vroedvrouwen. Ook daar is er nood aan een grondige reflectie en plan van aanpak", **dixit Vanessa Wittvrouw, voorzitter van de UpSfb (professionele beroepsvereniging van Belgische vroedvrouwen)**. Al deze en nog meer thema's zullen aan bod komen tijdens deze eerste editie van onze debattenreeks.



Piet Van Eenoooghe
piet.vaneenoooghe@mloz.be

Waar en wanneer?

Dit eerste debat gaat door op **donderdag 8 december vanaf 10u** in de gebouwen van de Landsbond van de Onafhankelijke Ziekenfondsen: **Sint-Huibrechtsstraat 19, 1150 Brussel**.



Alle praktische info vindt u op **www.mloz.be**

Boeken

Bent u dat wel zeker, dokter?



Patiënten gaan steeds meer op raadpleging bij Dokter Google, ze wagen zich aan alternatieve therapieën, ... Maar hoe betrouwbaar is de informatie die ze zelf opzoeken? En hoe ga je daar als zorgverlener mee om? In dit boek bekijkt hoogleraar gezondheidseconomie Erik Schokkaert welke gezondheidsinformatie we kunnen vertrouwen en welke niet. Ook het afstemmen van de wetenschappelijke informatie op de persoonlijke ervaring van de patiënt is een belangrijk aandachtspunt dat aan bod komt in dit boek. 'De mondige patiënt' is dan ook een goede

leidraad voor een heldere communicatie, met aandacht voor de persoonlijke situatie en inbreng van de patiënt.

De mondige patiënt, Erik Schokkaert, Lannoo, 2016, 160 blz., ISBN 978-94-014-2896-5

Hulp voor kwetsbare ouders en kinderen

Een goede, hechte band tussen ouders en kind, het is lang niet zo vanzelfsprekend als het lijkt. Gehechtheidsproblemen van de ouder(s) of stresserende levensomstandigheden als armoede of verslaving kunnen die relatie onder druk zetten. In dat geval is vaak professionele hulp nodig om de gehechtheid tussen ouder(s) en kind te bevorderen. In 'Helpende handen' pleiten Greet Geenen en Jozef Corveleyn voor een relationele aanpak met oog voor kind én ouder. Met tal van aanbevelingen ondersteunen ze het preventiebeleid en de hulpverlening aan kwetsbare ouders en kinderen. Een inspiratiebron voor zowel hulpverleners, vrijwilligers, gezondheidsinstanties, scholen als beleidsmakers.



Helpende handen, Greet Geenen en Jozef Corveleyn, Lannoo Campus, 2016, 288 blz., ISBN 978-94-014-3456-0

Storm in het hoofd

Geestelijke ziektes bevinden zich nog al te vaak in het verdomhoekje. Ook omdat er nog altijd vele vragen onbeantwoord blijven. Daar wil dit boek alvast verandering in brengen. In 20 hoofdstukken behandelen de auteurs de meest voorkomende psychische aandoeningen in een heldere, begrijpelijke taal. Een handig naslagwerk voor iedereen die op een of andere manier te maken krijgt met geestelijke aandoeningen. Patiënten krijgen meer grip op hun ziekte, de naaste omgeving begrijpt beter wat er gaande is en de zorgverleners kunnen aan de hand van dit boek de communicatie met patiënt en familieleden verbeteren. Het boek volgt overigens de indeling van de DSM-5.



Alles over psychische stoornissen, American Psychiatric Association, Boom Uitgevers Amsterdam, 2016, 360 blz., ISBN 978-90-895-3849-9

Birth Day in verschillende culturen

Een geboorte is een klein wonder, dat geldt voor elke cultuur ter wereld. Toch gaat niet elke culturele of religieuze bevolkingsgroep op dezelfde manier met een kersverse baby om. En daar zijn verloskundigen en kraamverzorgenden zich best bewust van. Daarom geeft Fadua el Bouazzaoui in dit boek achtergrondinformatie over culturele en religieuze verschillen bij verschillende bevolkingsgroepen. Waarom werkt een bepaalde benadering tot de (aanstaande) mama en haar omgeving soms heel goed en soms ook helemaal niet? Dit boek is een uitstekende leidraad bij een cultureel verantwoorde geboortezorg.



Geboortezorg bij verschillende culturen, Fadua el Bouazzaoui, Lannoo Campus, 2016, 240 blz., ISBN 978-94-014-3605-2

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**

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



INSCHRIJVING
VERPLICHT

Vroedvrouwen aan het woord

DEBAT

8 december 2016



Hoe staan zorgverleners ten opzichte van de uitdagingen in de zorgsector? Welke hervormingen zijn voor hen aan de orde? Hoe zien ze hun beroep evolueren in de toekomst? De Onafhankelijke Ziekenfondsen laten de verschillende beroepsgroepen uit de gezondheidszorg aan het woord in een nieuwe debattenreeks. De vroedvrouwen bijten de spits af. Ze doen hun visie op het beroep uit de doeken en gaan daarover het gesprek aan met andere actoren uit de gezondheidszorg.

Het kortere ziekenhuisverblijf na een bevalling is een unieke kans om de rol van de vroedvrouwen in de verf te zetten en de verzorging rond de bevalling te herorganiseren. Hoe deze uitdagingen aangaan en tegelijk een kwaliteitsvolle zorg garanderen, zowel binnen als buiten het ziekenhuis? Zal tegenover meer professionalisering bij de vroedvrouwen ook een correcte verloning staan? Hoe zit het met de telematicapremie en de praktijkfinanciering? En hoe kan de opleiding van vroedvrouwen beantwoorden aan diverse uitdagingen?

De Onafhankelijke Ziekenfondsen nodigen vroedvrouwen, maar ook andere zorgverleners (gynaecologen, ziekenhuismanagers, ...) leerkrachten, de overheid en de media uit voor dit ongetwijfeld boeiende debat.

PROGRAMMA

- 10u00** Onthaal
- 10u15** Inleiding door **Xavier Brenez**, Directeur-generaal van de Onafhankelijke Ziekenfondsen
- 10u20** **Het beroep: voorstelling en getuigenis**
- 10u45** Vroedvrouwen aan het woord, met o.m.
- **Marlene Reyms**, Vlaamse Beroepsorganisatie van Vroedvrouwen (VBOV)
 - **Anne Niset**, Association sages-femmes catholiques (ASFC)
 - **Vanessa Wittvrouw**, Union Professionnelle des Sages-Femmes Belges (UpSfb)
 - **Dominique De Temmerman**, Expert medische materies van de Onafhankelijke Ziekenfondsen

Moderatrice: Marlène de Wouters

TWEETALIG DEBAT MET SIMULTAANVERTALING

- 12u30** Buffet

ADRES
Landsbond van de
Onafhankelijke Ziekenfondsen
Sint-Huibrechtsstraat 19,
1150 Brussel.

ACCREDITATIE
AANGEVRAAGD



Inschrijvingen:
www.mloz.be

#debatvroedvrouw16

**Onafhankelijke
Ziekenfondsen**