

Health Forum

Maart 2017 · Nr. 29

Het magazine van de Landsbond van de Onafhankelijke Ziekenfondsen · driemaandelijks

Dossier

En hoe gaat het met u, dokter?

Verantw. uitg.: Xavier Brennez - Landsbond van de Onafhankelijke Ziekenfondsen - Sint-Huibrechtstraat 19 - 1150 Brussel - Health Forum, driemaandelijks (maart, april, mei 2017) - Afgiftekantoor Brussel X - P011 186



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 5 ziekenfondsen:



OZ

Boomsesteenweg 5
2610 Antwerpen
www.oz.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

Een nieuwe rol voor de apotheker

Een toenemend aantal chronisch zieken, een stijgend medicatiegebruik door de vergrijzing, patient empowerment... Ons zorglandschap is in volle (r)evolutie. We moeten dan ook nadenken over de organisatie van ons zorgsysteem en over de rol van de verschillende zorgverleners. Neem nu de apotheker. Vroeger was zijn rol duidelijk afgebakend: hij bereidde de medicatie die de arts voorschreef correct en leverde de geneesmiddelen veilig af aan de patiënt. Door socio-economische en technologische veranderingen evolueerde de missie van de apotheker echter meer naar de **begeleiding en opvolging van de patiënt**. Maar zijn alle apothekers klaar om deze uitdagingen aan te gaan?

Een recente enquête van het magazine *De Apotheker* over dit onderwerp leverde verhelderende resultaten op: van alle mogelijke evoluties van het beroep, kreeg de rol van **gezondheidscoach** de meeste stemmen. 6 op de 10 apothekers gaven een maximale score aan deze missie. De tijd die de apothekers willen besteden aan deze coaching is... 30%. Niet verwaarloosbaar voor een beroep dat zich niet langer vereenzelvt met de rol van 'pillenverdelers'!

Het beroep van apotheker bevindt zich dus op een kantelpunt. Als geneesmiddelenexperten zijn zij het best geplaatst om de patiënt te begeleiden. In de praktijk loopt alles echter nog niet van een leien dakje en tussen verwachtingen en realiteit gaapt

soms nog een brede kloof. De apothekers moeten nu hun toekomst in eigen handen nemen en hun rol als zorgverlener in de eerste lijn verder uitbouwen. Zo raken ze niet achterop en verliezen ze hun positie niet aan anderen. Het zal er ook op aankomen om met cijfers aan te tonen dat de investeringen in deze missies de verwachte resultaten opleveren

op vlak van therapietrouw en efficiëntie. Vanzelfsprekend is deze evolutie niet eenvoudig. Het gaat om een **mentaliteitswijziging die tijd zal vragen en een grote individuele en collectieve inspanning vergt** op vlak van manier van werken, opbouwen van vaardigheden, organisatorische en functionele aanpassingen, ...

De evolutie naar de nieuwe rol van de apotheker zal ongetwijfeld niet altijd over rozen lopen en sommigen zullen zich wellicht sneller aanpassen dan anderen. Maar op langere termijn bereiken we zo ons belangrijkste doel: een beter begeleide patiënt in goede gezondheid.



Het is aan de apothekers om hun toekomst in handen te nemen en hun rol als zorgverlener in de eerste lijn verder uit te bouwen en te optimaliseren.

* Geïnteresseerd in deze vragen? Schrijf u dan in voor ons debat 'Apothekers aan het woord' op 30 maart (zie p. 24).

Xavier Brenez

Directeur-generaal van de Landsbond van de Onafhankelijke Ziekenfondsen

Hoofdredactrice

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

Coördinatie

Steven Vervaeke

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 · Emilie Vanderstichelen · Vanessa Vanrillaer · Rudy Van Tielen · Steven Vervaeke

Lay-out

Leen Verstraete · layout@mloz.be

Foto's

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. 29

maart 2017

3 Edito

5 Wist u?

6 Dossier

En hoe gaat het met u, dokter?

17 Forum zorgverstrekkers

Traceerbare implantaten:
nog even geduld...

Kunst en handicap:
een magisch verbond

20 Studie

Goedkope geneesmiddelen
nog te weinig voorgeschreven

23 Partnership

3-daagse opleiding voor
professionele werking van
Afrikaanse ziekenfondsen

Apothekers aan het woord bij de
Onafhankelijke Ziekenfondsen

26 Kiosk

www.mloz.be

Dossier

En hoe gaat het met u, dokter?

Artsen dragen zorg voor hun patiënten, maar niet altijd voor zichzelf. De gevolgen zijn niet min: ongeveer 20% van de huisartsen en specialisten is emotioneel uitgeput. Bovendien kampt ongeveer 1 op de 10 arts-specialisten in opleiding met een burn-out. Waarom zijn zorgverleners gevoeliger voor werkstress? Wat zijn de symptomen van dat sluipend gif? En hoe groot zijn de gevolgen?



6

Studie

Goedkope geneesmiddelen nog te weinig voorgeschreven

In 2012 nam de overheid meerdere maatregelen om artsen meer goedkope geneesmiddelen te doen voorschrijven. Uit de analyse van de Onafhankelijke Ziekenfondsen blijkt dat we vooruitgang boeken, maar nog niet in de buurt komen van onze buurlanden. Als we merkgeneesmiddelen waarvoor een alternatief bestaat, zouden vervangen door kopieën of generische middelen, dan zou de ziekteverzekering 150 miljoen euro kunnen besparen!



20

Partnership

Apothekers aan het woord bij de Onafhankelijke Ziekenfondsen

Na de vrouwen laten de Onafhankelijke Ziekenfondsen de apothekers aan het woord in hun nieuwe debattenreeks. Wat betekent de evolutie naar farmaceutische zorg? Hoe werken ze samen met andere zorgverleners? En hoe zit het met de vergoeding voor de nieuwe taken van de apothekers? Kom het zelf ontdekken op donderdag 30 maart in de gebouwen van de Landsbond van de Onafhankelijke Ziekenfondsen.



24

8 op de 10 huisartsen...

...hebben al een **elektronisch geneesmiddelenvoorschrift** gebruikt. Dit jaar blijft het papieren voorschrift nog geldig, maar vanaf 2018 geldt enkel het elektronische voorschrift.

www.riziv.fgov.be

Snellere terugbetaling van immunotherapie bij kanker

Sinds begin dit jaar betaalt de ziekteverzekering ook immunotherapie terug voor **longkanker, niercelkanker en de ziekte van Hodgkin, een vorm van lymfeklierkanker**. Daarvoor kregen enkel ongeveer 500 patiënten met huidkanker die behandeling terugbetaald. Dat moeten er nu meer dan tienduizend worden. Voor die immunotherapieën zal ook een versneld traject gevolgd worden. Daardoor start de terugbetaling een jaar sneller dan bij het klassieke traject dat een geneesmiddel aflegt, namelijk **onmiddellijk na de registratie bij het Europees Geneesmiddelenagentschap**. Immunotherapie is meestal doeltreffender dan de klassieke chemotherapie. De bijwerkingen zijn ook veel kleiner, met een grotere levenskwaliteit voor de patiënt tot gevolg.

www.maggiedeblock.be

10.000

In 2015 waren ruim **10.000 vroedvrouwen aan de slag in ons land**. Die waren vooral werkzaam in de ziekenhuizen, waarvan 80% in een materniteit, 10% in neonatologie en 10% in andere afdelingen. Dit jaar zal de Planningscommissie Medisch aanbod een **kadaster van de actieve vroedvrouwen en een inschatting van hun toekomstige behoeften** publiceren.

www.kce.fgov.be

95%



Bij kinderen en tieners tussen 12 en 17 jaar is het **gebruik van antipsychotica de afgelopen 10 jaar met bijna 95% gestegen**, tot 992.328 gemiddelde dagelijkse onderhoudsdosissen. Bij de antidepressiva gaat het om een toename van 30%. Ook bij de 6- tot 11-jarigen zit het gebruik van deze medicatie in de lift. Volgens experts is medicatie nochtans pas aangewezen in een heel beperkt aantal gevallen. Bij de meeste kinderen volstaat extra ondersteuning in hun omgeving en psychotherapie.

Bron: RIZIV

Uitstroom in zorgsector blijft groter dan instroom

De instroom van jonge verpleegkundigen neemt jaarlijks met 700 toe. Op zich goed nieuws, maar de **uitstroom is door de vergrijzing in de zorgsector 4,5 keer zo groot**. Daarnaast gaan ook meer tandartsen, huisartsen, kinesisten en apothekers met pensioen dan er nieuwe bij komen. Zorgambassadeur Lon Holtzer pleit ervoor om dat stijgende tekort op te vangen met nieuwe manieren om de zorg te organiseren. Ze ijvert voor **meer multidisciplinaire teams op de werkvloer**, waarbij de een de ander versterkt en bijspringt waar nodig. Ook **nieuwe beroepen als mondzorgkundige en zorgtechnoloog** zijn een stap in de goede richting. "Die gaan de bestaande beroepen helpen en hen het teveel aan werk uit handen nemen. Het kan alleen maar tot betere zorg leiden", klinkt het.

www.ikgaervoor.be



En hoe gaat het met u, dokter?

Wat als... het stormt in het hoofd van de arts?

p.7

"Een dokter stort nooit in!"

p.10

Artsen tegen geweld

p.12

Welke hulp voor artsen in nood?

p.14

Zorgverleners, 'second victims' van hun fouten

p.16

Wat als... het stormt in het hoofd van de arts?

Artsen dragen zorg voor hun patiënten, maar niet altijd voor zichzelf. De gevolgen zijn niet min: ongeveer 20% van de huisartsen en specialisten is emotioneel uitgeput. Bovendien kampt ongeveer 1 op de 10 arts-specialisten in opleiding met een burn-out. Waarom zijn zorgverleners gevoeliger voor werkstress? Wat zijn de symptomen van dat sluipend gif? En hoe groot zijn de gevolgen?



Gwendolyn Portzky



Lode Godderis

Wie denkt te kampen met een burn-out, gaat best eerst te rade bij de huisarts. Maar wat als die zelf uitgeblust en opgebrand is? Het taboe rond artsen en psychische problemen begint zachtjes af te brokkelen en gelukkig maar.

Verskillende onderzoeken wijzen uit dat ongeveer **2 op de 10 artsen worstelen met emotionele uitputting, één van de kenmerken van een burn-out**.

Volgens **Gwendolyn Portzky, Prof. Medische Psychologie aan de Universiteit Gent**, is dat geen toeval, want zorgverleners hebben nu eenmaal een verhoogd risico op psychische klachten. "Het gaat om **een mix van werkgerelateerde factoren en persoonlijkheidskenmerken**. Er is natuurlijk de enorme werkdruk, waardoor de combinatie van werk en gezin voor artsen heel moeilijk is. Daarnaast zijn zorgverleners meestal heel bevlogen, gepassioneerde mensen die de lat erg hoog leggen voor zichzelf. Ze kunnen geen 'nee' zeggen en gaan vaak nog langer in het rood." **Lode Godderis, Prof. binnen de eenheid 'Omgeving en Gezondheid' van de KU Leuven**,

Zorgverleners zijn meestal heel bevlogen, gepassioneerde mensen die de lat erg hoog leggen voor zichzelf. Ze kunnen geen 'nee' zeggen en gaan vaak nog langer in het rood.

beaamt dat. "Ik maak vaak de vergelijking met het tv-programma 'Topdokters'. Stuk voor stuk **artsen die er altijd zijn voor hun patiënten, top zijn in hun vak en alles zo goed mogelijk willen doen**. Dat zijn net degenen die het grootste risico lopen."

Al gegeten vandaag, dokter?

Dat perfectionisme zorgt ervoor dat artsen veel meer voor hun patiënten zorgen dan voor zichzelf. "Ik zie vaak artsen die **geen tijd nemen om te eten en te drinken**. Ze stoppen snel een koek in hun mond en doen weer verder. Ook 's avonds is er amper tijd om tot rust te komen.

Veel artsen maken hun hoofd dus nooit leeg", zegt Portzky. Dat heeft enerzijds te maken met dat grote engagement en de persoonlijkheid, maar Lode Godderis wijst ook op de **toenemende maatschappelijke druk**. "We verwachten steeds meer van elkaar en we stellen heel hoge eisen aan onze artsen. Bovendien is er binnen de opleiding **amper aandacht voor het omgaan met falen, lijden en verlies**. Daardoor kunnen vele zorgverleners daar moeilijk mee om. Ook die aandacht voor zelfzorg komt nog veel te weinig aan bod."

Problemen negeren

Na verloop van tijd mondt die druk onvermijdelijk uit in gezondheidsproblemen. En artsen hebben een heel eigen manier om daarmee om te gaan. "Ze negeren hun problemen gewoon", dixit Godderis. "Dat is bij-

zonder effectief op korte termijn, maar uiteindelijk krijgen ze die boemerang in hun gezicht terug.” Een bijkomend probleem is dat **vele artsen zelf geen huisarts hebben**, waardoor ze nog moeilijker de stap naar professionele hulpverlening zetten. “Een arts die naar een arts stapt, daar rust nog altijd een stigma op. Zorgverleners **schamen er zich voor dat ze hulp zoeken**, ze hebben geen tijd om zich te laten verzorgen en ook de vertrouwelijkheidskwestie speelt mee”, verklaart Portzky.

Zorg dragen voor elkaar

Door de vervrouwelijking van het beroep en een jongere generatie artsen is er al iets meer aandacht voor het privéleven dan vroeger. Zij willen er ook zijn voor hun gezin en houden er hobby's op na. Dat is een stap in de goede richting, maar er is nog werk aan de winkel volgens Godderis. “Ik pleit voor de **combinatie van zelfzorg en zorg dragen voor elkaar**. Bij griep zeggen mensen snel: ‘Je ziet er niet goed uit, ga maar naar huis’. Maar bij mensen die het mentaal moeilijk hebben, uiten we onze bezorgdheden veel minder. Dat is nochtans ontzettend belangrijk, want meestal merkt de naaste omgeving de problemen het eerst op. De patiënt zelf zal het ontkennen.” Om dat onderwerp bespreekbaar te maken, pleit Godderis voor **meer teamwerk**. “Steun van collega's is belangrijk. Je moet je **successen kunnen delen, maar ook je onzekerheden en frustraties**. Er moet een sfeer van vertrouwen en veiligheid zijn onder artsen, waardoor ze elkaar sneller zullen helpen en een steunpilaar voor elkaar vormen. Maar aan dat teamwerk is nog veel werk: tussen artsen onderling, tussen artsen en verpleegkundigen, ...”

“Steun van collega's is belangrijk. Je moet je successen kunnen delen, maar ook je onzekerheden en frustraties.”

Wat met de plattelandsdokter?

Zowel de KU Leuven als het UZ Gent proberen met verschillende projecten om artsen in teamverband te laten werken en de **drempel voor mentale problemen te verlagen**. “Het programma ‘Artsen in de maatschappij’ van de KUL gaat over de invloed van omgeving op gezondheid. Artsen **leren tijdens een specifieke case in teamverband werken en ze leren zichzelf**

kennen. Ze krijgen daarover ook feedback”, zegt Godderis. Bij de faculteit Geneeskunde van de Ugent en het UZ Gent organiseert Professor Portzky als verantwoordelijke voor de preventie van burn-out **sensibiliseringsacties en symposia over zelfzorg en de kwetsbaarheid van artsen en persoonlijke begeleiding voor de artsen (in opleiding)**. Allemaal mooie initiatieven, maar bereik je daar de plattelandsdokter mee die de eenzame steunpilaar van

de dorpsbewoners is? “Dat is inderdaad zeer moeilijk”, zegt Portzky. “Zij werken ook meestal niet in een groepspraktijk en hebben dus weinig contact met de collega's. Er bestaan wel ‘LOK's’, dat zijn lokale kwaliteitsgroepen waarin artsen elkaars werk beoordelen en samenwerken rond een betere zorgkwaliteit. Maar voor alle duidelijkheid, dat is allesbehalve voldoende.”

Elke arts een co-arts?

Domus Medica en Doctors4Doctors vzw hebben wel de krachten gebundeld rond het project van de **co-artsen**. Dat zijn **vrijwilliger-artsen die een specifieke opleiding krijgen om een luisterend oor en een aanspreekpunt te zijn voor hun collega's**. Een stap in de goede richting volgens Portzky. “Het is de bedoeling

Arts-specialisten in opleiding = specifieke risicogroep

Na een test op de 3 grote kenmerken van burn-out bleek dat ongeveer 5% van de zorgverleners in het UZ Gent met die aandoening kampte. Bij de arts-specialisten in opleiding (ASO's) gaat het echter om bijna 9%. “Dat is een specifieke risicogroep”, zegt Prof. Portzky. “We sensibiliseren daarom nog extra bij hen: ze krijgen er les over, we informeren hen op hun website en ingangsbroschure, ...” Maar waarom liggen die cijfers bij de ASO's nu hoger? “Ze hebben dezelfde risicofactoren als andere artsen, maar daar komen nog een paar zaken bij. **Ze zijn nog volop in opleiding, maar tegelijkertijd draaien**

ze al mee op de werkvloer, wat tot rolconflicten kan leiden. Sommigen zullen bij hun supervisor aan de alarmbel trekken, maar onzekere personen doen gewoon door en kraken onder die grote verantwoordelijkheid. En daarnaast gaat het natuurlijk om mensen tussen 25 en 30 jaar met een druk privéleven: ze gaan alleen wonen, krijgen kinderen, ...” Ook de supervisors zelf hebben natuurlijk een verantwoordelijkheid. “Qua kennisoverdracht en expertise zit het snor bij die begeleiders, maar op vlak van coaching moeten velen nog stappen zetten”, zegt Prof. Godderis.

3 grote kenmerken van burn-out

Als artsen hun mentale problemen te lang laten aanslepen, kunnen die uitmonden in een burn-out. Maar wat is een burn-out nu juist? Het is geen psychiatrische aandoening en staat dus niet in de DSM-5, het klassieke handboek van de psychiatrische diagnostiek. Daardoor bestaat het risico dat burn-out een **container-begrip wordt voor tal van psychische klachten**. Om een burn-out vast te stellen, kijken internationale experts daarom nu vooral naar de **'Maslach burnout inventory'**, een vragenlijst die 3 grote symptomen vooropstelt:

- **Emotionele uitputting:** opgebrand en uitgeblust zijn, vooral op mentaal vlak
- **Depersonalisatie:** je distantiëren ten opzichte van je job, minder emotioneel betrokken zijn, ...
- **Verminderde persoonlijke bekwaamheid:** het gevoel hebben minder goed in je job te zijn dan vroeger, zelftwijfel, ...



Er moet een sfeer van vertrouwen en veiligheid zijn onder artsen, waardoor ze elkaar sneller zullen helpen en een steunpilaar voor elkaar vormen.

om de co-arts in heel Vlaanderen te introduceren. Die vertrouwenspersonen zouden zeker een verschil kunnen maken. Maar sowieso zal je altijd artsen hebben die het allemaal liever op hun eentje doen. En zij vormen natuurlijk de grootste risicogroep." Daarnaast pleitte Domus Medica ook nog voor een **jaarlijkse psychische controle voor artsen**. "Daar heb ik wat twijfels bij", dixit Portzky. "Ik snap het wel, maar het lijkt me **praktisch moeilijk haalbaar en wat haal je uit zo'n jaarlijkse controle?** Ik denk dat veel artsen ook zeer terughoudend zullen zijn om zich aan zo'n controle te laten onderwerpen."

Als het licht uitgaat, is iedereen gelijk

Een arts is geen gewone patiënt. Behandel je die dan anders als hij of zij uiteindelijk 'out' is? "Absoluut niet, **mensen bij wie het licht uitgaat, kunnen meestal niks meer**.

Op dat vlak is iedereen gelijk", benadrukt Godderis. "Je moet dan gaan **werken aan twee dingen: de persoon zelf en de job**. Vooral dat tweede is een grote uitdaging. Een carrière in de zorgsector is nogal vlak. Een oncoloog zal zich plots niet omscholen tot anesthesist. Uiteindelijk zal die persoon dus opnieuw hetzelfde werk gaan doen. Je moet daarom vooral kijken naar

minder uren werken en afspraken maken met collega's en leidinggevenden." In het UZ Gent proberen ze op die manier de werkdruk te verminderen. "Het is afhankelijk van de persoon en de situatie, maar ik raad onze medewerkers bijna altijd aan om **halftijds te herbeginnen na langdurig ziekteverlof**. We bouwen de eerste maanden geleidelijk op, we kijken hoe het gaat en sturen eventueel bij", vertelt Portzky.

Bij een burn-out moet je werken aan twee dingen: de persoon zelf en de job. Vooral dat tweede is een grote uitdaging. Een carrière in de zorgsector is nogal vlak.

Vallen en weer opstaan?

Op de vraag of artsen na langdurige ziekte een klik maken, knikt Prof. Portzky instemmend. "Ze komen er bijna allemaal sterker uit. Het blijven **dezelfde harde werkers, maar ze zorgen beter voor zichzelf**. Als ze opnieuw in hetzelfde gedrag vervallen, komen ze soms ook nog een keertje langs bij mij. Eén gesprek is dan meestal voldoende om hen weer op het juiste pad te krijgen. Voor mij zijn het dan ook betere artsen, in die zin dat ze frisser zijn en vol energie klaarstaan voor hun patiënten."



Steven Vervaeet

steven.vervaeet@mloz.be



“Een dokter stort nooit in!”

Als een arts patiënt wordt, moet hij of zij het kostuum van superman of -vrouw uittrekken. Een moeilijke stap op weg naar genezing. Alain Luts, psychiater aan het Universitair Ziekenhuis Saint-Luc, legt uit hoe het komt dat dokters slecht in hun vel zitten en geeft tips om hen te helpen een patiënt te worden... die zichzelf verzorgt.



Alain Luts

Met welke stoornissen en ziektes kampen dokters vooral?

Alain Luts – Wat betreft kankers en hart- en vaatziekten verkeren artsen in betere gezondheid dan de algemene bevolking. Dat blijkt uit een Canadese studie uit 1998, het eerste onderzoek dat focust op de gezondheidsproblemen van dokters. Maar toen de onderzoekers hun mentale gezondheid onder de loep namen, stelden ze vast dat artsen veel meer met depressie, angststoornissen, alcoholverslaving en benzodiazepine- of morfineafhankelijkheid kampen dan de algemene bevolking. Ook **het aantal geslaagde zelfmoordpogingen bij dokters ligt veel hoger**. In Europa slagen artsen er drie keer vaker in om zelfmoord te plegen dan de rest van de bevolking.

Zijn er nieuwe factoren die deze cijfers kunnen verklaren?

A. L. – Ja, heel wat zelfs. Eerst en vooral is de **medische kennis**

mettertijd enorm uitgebreid. Om op de hoogte te blijven van alle evoluties in zijn domein moet elke dokter vakliteratuur lezen of naar congressen gaan. Dat vergt tijd en inspanning. Ten tweede zijn er de **nieuwe technologieën**. Als je in een heel technische specialisatie zit, moet je leren omgaan met bepaalde instrumenten. Daarna moet je ze kopen. En dat brengt

“Sommige dokters hebben verkeerde opvattingen over psychiatrie. Ze denken dat een depressie niet te genezen valt en dat psychiatrie nutteloos is.”

ons bij een derde bron van stress, die in België nog een groot taboe is: **heel wat dokters hebben te kampen met financiële moeilijkheden**. Dat zien we vooral bij jonge dokters die afstuderen of een assistentschap beëindigen,

en raadplegingen willen opstarten in een of twee praktijken. Maar ze moeten die praktijk wel inrichten. Ze gaan dan een lening aan, waardoor ze met ontzettend hoge afbetalingen te maken krijgen die ze soms maar moeilijk kunnen aflossen. De vierde moeilijkheid zijn de **fusies tussen ziekenhuizen**. Dokters die vroeger elkaars concurrenten waren, moeten nu ineens in hetzelfde team werken. Soms wordt de ene zelfs de baas van de andere. Dergelijke situaties zijn soms moeilijk te aanvaarden. Een bijkomende factor is de competitiegeest op de universiteit, die de laatste jaren erg toegenomen zou zijn.

Welke remmingen voelt een dokter als het over zijn eigen gezondheid gaat, en waarom?

A. L. – De grootste bron van weerstand bij dokters ontstaat al tijdens de studies. Van in het begin krijgen toekomstige artsen te horen dat ze niet mogen falen, dat ze alles moeten kennen en kunnen. En dat het onaanvaardbaar is, ook al hadden ze een rotdag en zijn ze 's nachts van wacht, dat ze om 5u 's morgens een detail in een

medische situatie over het hoofd zien. Wanneer geneeskundestudenten mettertijd assistenten worden en daarna specialisten, overtuigen ze zichzelf ervan dat ze supermensen zijn. Dus geven ze zichzelf het recht niet om in te storten.

Verklaart dat hun moeilijke relatie met psychiatrie?

A. L. – Inderdaad. Het aantal geslaagde zelfmoordpogingen bij dokters ligt zo hoog omdat ze zelf nooit naar de dokter gaan. **'Gewone' mensen gaan sneller naar een psychiater dan dokters.** Dus blijft het probleem bestaan, treden er complicaties op en uiteraard is zelfmoord de grootste complicatie bij een depressie. Bovendien wordt de specialisatie psychiatrie amper erkend in de geneeskundefaculteit en vaak krijgt ze een lage coëfficiënt. **Als een dokter zich niet goed voelt en de raad krijgt om eens naar een psychiater te gaan, is de kans groot dat hij dat totaal nutteloos zal vinden.** Sommige dokters hebben dus verkeerde opvattingen over psychiatrie. Ze denken bv. dat een depressie niet te genezen valt en dat psychiatrie nutteloos is. Een arts die zelf verzorging nodig heeft, zal die dus niet zoeken omdat hij denkt dat dat geen zin heeft. Dat is de situatie waarin dokters nu zitten.

Hoe kunnen we een zieke dokter helpen?

A. L. – Wat je vooral niet uit het oog mag verliezen, is dat een dokter dezelfde vooroordelen heeft als de algemene bevolking: 'Ik wil niet naar een psychiater gaan, ik ben toch niet gek.' Maar daarnaast is hij ook beschaamd en voelt hij zich schuldig. Een dokter stort niet in! Als de psychiater een dokter ontvangt, moet hij dus rekening houden met het feit

dat deze patiënt hem als een supermens ziet. Een dokter die wél alles aankan, wat hem een minderwaardigheidsgevoel bezorgt. Bovendien is het heel moeilijk om een dokter ervan te overtuigen het werk tijdelijk neer te leggen, hij zal het ene excuus na het andere verzinnen: 'het is niet het juiste moment', 'mijn collega is net met zwangerschapsverlof', 'de dienst ligt vol, ik moet mijn raadplegingen doen'. **De psychiater moet hem aan het verstand brengen dat hij zó ziek is dat hij niet meer voor een ander kan zorgen. Maar dat vindt een dokter heel moeilijk om te horen.**

Dokters die wel naar een psychiater gaan, vragen zich ook voortdurend af wat die psychiater zal zeggen aan de Orde der Artsen of aan de ziekenhuisdirectie. 'Als ik toegeef dat ik 's morgens twee whisky's drink alvorens mijn scalpel vast te pakken, gaat hij me dan niet verklikken?' **Dus tijdens het eerste gesprek is het enorm belangrijk de strikte naleving van het beroepsgeheim te garanderen.** Als dit vertrouwensklimaat niet vanaf dag één ontstaat, loop je het risico dat de arts de therapie vroegtijdig zal beëindigen, met alle gevolgen van dien.

De dokter moet ook aanvaarden patiënt te worden ...

A. L. – Inderdaad. Dat is een groot probleem bij deze beroepsgroep: dokters verzorgen zichzelf vaak erg slecht. **De dokter moet de rol van patiënt opnemen, de controle afstaan, terwijl hij juist zijn hele leven het omgekeerde geleerd heeft.** De psychiater moet aandacht besteden aan een aantal details: de dokter ontvangen in zijn praktijk, op afspraak en gedurende 45 minuten, net zoals elke andere patiënt. Op het einde van de raadpleging moet de psychiater het antidepressivum voorschrijven. Want in dit geval is de dokter patiënt, en geen dokter. Hij kan zichzelf dus niets voorschrijven. Deze aandachtspunten helpen hem om een kader te schetsen en de rol van patiënt te aanvaarden. **Want zolang je niet toegeeft dat je ziek bent, zal je jezelf ook niet verzorgen!** Bij het tweede gesprek kan het ook nuttig zijn dat de dokter-patiënt een vertrouwenspersoon meebrengt (partner, kind, vriend, ...) met wie hij samen aan het herstelproces kan werken.



Stéphanie Brisson
stephanie.brisson@mloz.be

Burn-out en depressie: dezelfde strijd?

Voor Alain Luts moeten we beide problemen op een andere manier aanpakken.

"Burn-out is echt gelinkt aan het werk. Tegenwoordig is het bijna chic om een burn-out te hebben. Dat bewijst dat je een vechter bent, dat je te veel gewerkt hebt. Andere dokters bewonderen dat: 'Hij heeft veel gegeven, zelfs álles gegeven, en nu is hij uitgeput...' Een depressie daarentegen heeft een heel andere bijklank: 'Wat een slappeling, hij is niet stabiel, ...' Het is heel belangrijk om dit onderscheid te maken, want de prognose voor een depressie is goed, op voorwaarde dat ze behandeld wordt. De prognose voor een burn-out is eerder slecht. In het beste geval verander je van werkgever, in het slechtste van beroep."



Artsen tegen geweld

'Arts vermoord door patiënt...' Iedereen herinnert zich vast nog dokter Patrick Roelandt, die op 1 december 2015 op klaarlichte dag werd doodgestoken tijdens een huisbezoek in Izegem. Hoe zit het meer dan een jaar na deze feiten met de veiligheid van onze huisartsen?



Thierry Van der Schueren

Orde der Artsen een **nationaal meldpunt voor agressie tegen artsen** op. Al snel werd duidelijk dat 'verbaal, psychologisch of fysiek geweld tegen artsen onrustwekkende proporties aanneemt'.

Verbaal geweld...

"In de meeste gevallen blijft het gelukkig bij verbaal geweld", zegt dokter **Thierry Van der Schueren, secretaris-generaal van de SSMG, de Franstalige Wetenschappelijke vereniging van huis- artsgeneeskunde**. "De scheldtirades of bedreigingen ontstaan meestal als de arts weigert om een bepaald geneesmiddel voor te schrijven of een arbeids- ongeschiktheid toe te kennen. Het is een fenomeen waarmee niet alleen huisartsen geconfronteerd worden: ook vele andere beroepen krijgen meer en meer te maken met mensen die hun frustraties niet onder controle kunnen houden. Een verschil is dat huisartsen door de jaren heen vaak met hun patiënten een band van wederzijds respect en vertrouwen opgebouwd hebben, wat de noot des te harder maakt om te kraken."

Geweld tegen artsen haalt niet vaak de voorpagina's, maar het is allesbehalve een randgebeuren: uit een enquête van Mediplanet in 2014 bleek dat **77% van de Nederlandstalige huisartsen en 66% van de Franstalige** al met geweld te maken kreeg. Op 21 mei vorig jaar richtte de Nationale Raad van de

Ik bleef er maar over piekeren en me afvragen hoe ik het anders had kunnen aanpakken. Daarom is het zo belangrijk om preventief actie te ondernemen tegen geweld!

... maar ook fysiek!

Ook fysiek geweld is geen uitzondering meer: dokter Van der Schueren kreeg er onlangs zelf voor het eerst in zijn loopbaan mee te maken. "En dan nog met een patiënt die ik al vijftien jaar ken: ik had het helemaal niet zien aankomen! Zijn zus, waarmee hij samenwoont, had tegen mij geklaagd over z'n agressief gedrag. Daarom bracht ik hem een bezoekje om hem mijn hulp aan te bieden. Het resultaat? **Hij gooide zijn doosje geneesmiddelen naar mijn hoofd en omdat ik uitweek, is hij op mij gesprongen.** Ik heb echt moeten vechten om hem uiteindelijk op de grond te krijgen en te kunnen overmeesteren. Als een lange en vertrouwde patiënt-artsrelatie zo'n onverwachte en negatieve wending kan nemen, dan is het gevaar natuurlijk nog veel groter voor de wachtposten en avondpermanenties. In die gevallen weten noch patiënt noch arts wie ze te zien zullen krijgen!"

Preventieve acties

Meteen na het uit de hand gelopen huisbezoek is Thierry Van der Schueren aangifte gaan doen bij de politie. "Ik heb uitgelegd dat ik zelf geweld had moeten gebruiken, maar dat het uit wettelijke zelfverdediging was. **Ik raad mijn collega's aan om een dergelijk incident nooit zomaar voorbij te laten gaan zonder het aan te geven bij een gerechtelijke instantie of de Orde.** Fysiek geweld laat altijd sporen na." Zelfs al

loopt het 'goed' af, dan nog komen de betrokken artsen er niet zonder kleerscheuren van af. "Sommigen raken gedemotiveerd of worden zo angstig dat ze het opgeven. Zelf voelde ik de nood om erover te praten met mijn collega's... Ik bleef er maar over piekeren en me afvragen hoe ik het anders had kunnen aanpakken. Daarom is het zo belangrijk om preventief actie te ondernemen tegen geweld!"

Weten wie er binnenkomt

Institutionele oplossingen laten nog op zich wachten (zie kader), maar er zijn wel degelijk eenvoudige maatregelen die de risico's kunnen verkleinen. "Ik was zelf een beetje sceptisch toen mijn twee vrouwelijke collega's in ons kabinet een elektrische deur wilden laten installeren. Die ontgrendelen we enkel nadat de patiënt zich geïdentificeerd heeft. Maar nu moet ik toegeven dat ik heel blij ben om te weten wie er onze praktijk betreedt! Een parlofoon, camera's, een bewakingssysteem in de wachtzaal, een alarmknop naar een centrale, ... Het zijn allemaal investeringen die de veiligheid in onze artspraktijken verbeteren en ons een extra fiscaal voordeel opleveren. En de pa-

tiënten? Die zijn zich bewust van deze problematiek en maken er dus geen probleem van!"

Chauffeur gevraagd

Voor de permanenties bewees de formule van de medische wachtposten, waar de arts nooit alleen is, in het verleden al zijn diensten. "Hoewel minister De Block de subsidies om er nieuwe te creëren tijdelijk geblokkeerd heeft, blijft de combinatie van een beveiligde infrastructuur en een begeleidende chauffeur de beste oplossing voor het probleem van de wachtdienst. Aangezien de Orde altijd weigerde om de verplichting voor de arts van wacht om zich te verplaatsen op te heffen, is een chauffeur de enige manier om de arts gerust te stellen als hij een oproep krijgt in een buurt met een onveilige reputatie. Daarom worden de beschikbaarheidshonoraria voor de artsen van wacht gedeeltelijk weer afgestaan aan de huisartsenkringen, zodat deze de wachtdienst veilig kunnen organiseren."



Marie-Françoise Dispa

Hoe zit het met die 1733?

Welke maatregelen plant de Directie-generaal Veiligheid en Preventie van de FOD Binnenlandse Zaken om de veiligheid van de huisartsen te verbeteren? **Dokter Catherine Sucs**, die dit dossier behandelt, kondigt aan dat in de lente van 2017 de digitale brochure 'Een veilige medische praktijk' beschikbaar zal zijn. Huisartsen vinden er niet alleen algemene tips in terug over de preventie van conflicten en hoe ze het best kunnen reageren bij agressiviteit of een aanval, maar ook specifieke maatregelen voor huisbezoeken en de wachtdienst.



Paul De Munck (GBO)

Derde betaler voor iedereen

"Eigenlijk gaat het om een herwerking van de brochure 'Veiligheid voor huisartsen' (veiligheid-vanartsen.be) die al enkele jaren bestaat", zegt dokter **Paul De Munck, voorzitter van de Groupe-mment Belge des Omnipraticiens (GBO)**. "We hebben eraan meegewerkt en ik ben blij met dit initiatief van de overheid. De brochure reikt uitstekende pistes aan: een inkomhal, raadplegingen op afspraak, schrapping van financiële transacties tijdens een raadpleging (de GBO is niet voor niets voorstander van het derdebetalerssysteem voor iedereen), betaling via bancontact in plaats van cash, invoering van elektronische getuigschriften, waardoor ook betwisting via dezelfde weg mogelijk is bij een inbreuk... En natuurlijk ook opleidingen rond het omgaan met geweld en agressiviteit. Zo'n brochure is echter niet voldoende, het zou spijtig zijn als het alleen bij woorden bleef!"

Medische triage

Het staat al een tiental jaar op de agenda, maar het

probleem rond de veiligheid van de huisartsen is nog lang niet van de baan. "Zo is het oproepnummer 1733 voor 'medische triage', waar de medische vakbonden al zo lang voor ijveren, nog altijd niet overal in het land operationeel. Telkens we het weer aanklaarten, zijn er problemen met de gebouwen, de informatica en de operatoren. Een uniek nummer met traceerbare oproepen is nochtans onmisbaar!"

Nooit alleen

De GBO moedigt vanuit veiligheidsoverwegingen ook zeker groepspraktijken aan en alle andere initiatieven die ervoor zorgen dat de arts niet alleen is. "Voor een huisarts geldt: hoe minder alleen, hoe beter. Politieagenten of brandweermannen zijn nooit alleen. Dus zeg niet dat een chauffeur voor elke arts van wacht te veel kost! Als we willen dat huisartsen van wacht hun rol ten volle opnemen, zelfs 's nachts en op onveilige plekken of met 'potentieel gevaarlijke' patiënten, moeten ze hiervoor de middelen krijgen!"



Welke hulp voor artsen in nood?

Als schoenmakers vaak de slechtste schoenen dragen, zijn zorgverleners dan het slechtst verzorgd? Een arts moet inderdaad al ergens tussen leven en dood zweven voor hij hulp zal vragen. En geestelijke gezondheidsproblemen zijn al helemaal taboe. Gelukkig zien steeds meer initiatieven het licht om gezondheidsprofessionals te helpen.

Geestelijke gezondheidsproblemen bij artsen? Ze zullen het zelf in alle talen ontkennen, de patiënten zijn er niet van op de hoogte, maar ze komen wel degelijk steeds meer voor. Burn-outs, depressies en verslavingen, ... Ze brengen de gezondheid van de artsen in gevaar én onrechtstreeks ook die van hun patiënten. **Mentale problemen vergroten namelijk de kans op medische fouten of een verkeerde diagnose, waardoor de arts vaak nog dieper in de put belandt.** Een vicieuze cirkel waaruit ze bijna niet kunnen ontsnappen zonder hulp.

Vertrouwensartsen

Hulp vragen, artsen hebben er moeite mee. Het aantal briefjes dat ze op hun deur hangen met 'niet beschikbaar wegens ziekte' zijn in hun hele loopbaan vaak op één hand te tellen. Of ze moeten al kanker of een hartaanval gehad hebben. Toegeven dat het op psychisch vlak niet zo goed gaat, is al helemaal taboe. Daarom stampte de Orde der Artsen **'Arts in nood'** uit de grond. Een **platform met een eigen, onafhankelijke hulpstructuur om**

artsen met psychische problemen te helpen en te ondersteunen.

"De oproepen die via ons callcenter binnenkomen, komen rechtstreeks bij mij terecht", vertelt **Koen Matton, de verantwoordelijke van het platform**

'Arts in nood'. "We bekijken dan samen of het nodig is om de arts die belt in contact te brengen met een vertrouwensarts. Verbazend genoeg **vroeg slechts 20% van het twintigtal artsen die ons de voorbije 2 maanden belde om in contact gebracht te worden met een vertrouwensarts. Een gewoon gesprek was vaak voldoende om de arts te helpen of gerust te stellen.** Vraagt de arts wel om de tussenkomst van een vertrouwensarts? Dan zal die vertrouwensarts

hem, mits zijn akkoord, doorverwijzen naar de meest aangewezen zorgprofessional." De geselecteerde vertrouwensartsen zijn huisartsen of specialisten, die vaak vertrouwd zijn met of in het bijzonder geïnteresseerd zijn in de problematiek van psychische ziektes. Ze volgen ook allemaal een opleiding op maat van hun behoeftes.

"Arts in nood" is een platform met een eigen, onafhankelijke hulpstructuur om artsen met psychische problemen te helpen en te ondersteunen.

Mentaliteitsverandering nodig

Preventie en sensibilisering maken ook deel uit van de missies van het platform 'Arts in nood'. Dat zijn trouwens twee domeinen waarbinnen nog veel werk aan de winkel is. Het beeld van de arts zonder fouten of zwaktes, die heel veel uren klopt, altijd beschikbaar is en de vinger aan de pols houdt van alle nieuwe ontwikkelingen, zit nog altijd vastgeroest in het hoofd van veel artsen, patiënten én studenten. **"Het begint al aan de universiteit waar studenten een cliché-beeld hebben van het beroep"**, legt Koen Matton uit. "Wanneer ze met hun stage beginnen, werken ze vele uren en moeten ze ook nog al hun ander werk tot een goed einde brengen. Als ze eenmaal assistent zijn, vrezen ze dat ze scheef bekeken zullen worden als ze niet meer dan de anderen werken. **Het is tijd voor een cultuurwijziging, een meer open mentaliteit.** Die evolutie zullen we echter niet in één jaar kunnen realiseren, we moeten op langere termijn denken."

Deze problematiek is trouwens helemaal niet nieuw, ze bestaat al meer dan 100 jaar. Uit onderzoek blijkt dat artsen in 1890 met gelijkaardige problemen



kampen. Reken daarbij nog eens de steeds **groter wordende kennis en technologische ontwikkelingen, zwaardere administratieve taken en patiënten die steeds meer eisen stellen** en het wordt onmogelijk om nog op alle vlakken te voldoen. "Ik vrees dat we een groot deel van de artsen, vooral de oudere generatie, niet kunnen bereiken. En wellicht zijn het net zij die het meest nood hebben aan begeleiding en ondersteuning", voegt Koen Matton eraan toe. De komst van vrouwelijke zorgverleners en de jongere generaties biedt wel hoop op een evolutie naar een beter evenwicht tussen het professioneel en privé-leven van de artsen.



Nathalie Renna

nathalie.renna@mloz.be

"We hebben hulp nodig, maar durfden niet te bellen..."

Het is een zinnetje dat **Aude Boeyen** al meermaals hoorde sinds de oprichting, nu anderhalf jaar geleden, van de Professionele en Sociale Commissie, een initiatief van de Provincieraad van Brussel en Waals-Brabant van de Orde der Artsen. **Deze structuur helpt artsen bij problemen van professionele, persoonlijke, juridische, administratieve of financiële aard.** Aude Boeyen is sociaal assistente en volgde een opleiding rond coaching en bemiddeling. Ze laat zich in haar taak bijstaan door een netwerk van specialisten, zodat elke vraag een behandeling op maat krijgt.

"We krijgen te maken met verschillende soorten dossiers: financiële problemen, pestgedrag, administratieve problemen, conflicten tussen personen, enz.", legt Aude Boeyen uit. **"Financiële hulp kunnen we de artsen niet bieden, maar we hebben wel een financiële specialist die de arts de nodige raad kan geven.** We krijgen ook telefoontjes van studenten geneeskunde. Onder hen heerst een

enorme competitie, wat zorgt voor veel stress en zelfs burn-outs. Onlangs kreeg ik een telefoontje van een studente die nog maar net was afgestudeerd, maar de geneeskunde al voor bekeken wou houden. Stap voor stap hebben we gezocht naar een uitweg, een manier om financiële hulp te krijgen en haar carrière een nieuwe wending te geven. Een tijdje geleden was er ook een huisarts die heel veel tijd in zijn praktijk stak, van 6u 's morgens tot 22u 's avonds werkte en honderden telefoontjes per dag kreeg. Om het voor zichzelf makkelijker te maken, heeft hij in zijn praktijk een charter opgehangen met zijn eigen regels, schakelt hij nu zijn telefoon door vanaf een bepaald uur en heeft hij een secretaresse aangenomen. **Achter elke arts schuilt een ander verhaal, maar allemaal voelen ze een zekere schaamte als ze om hulp moeten vragen.** Dat betekent nochtans helemaal niet dat ze niet goed zijn in hun vak. Eenmaal ze de stap hebben gezet, zijn ze zelfs opgetogen en opgelucht."

Zorgverleners, 'second victims' van hun fouten

Iedereen maakt wel eens een professionele fout, ook artsen. Naast het persoonlijke drama voor de patiënt en zijn familie bij zo'n medische fout, kunnen ook de gezondheidsprofessionals zelf psychologisch geraakt worden door deze situatie. Schuldgevoelens, onmacht, angst voor het oordeel van anderen, ...: ze zijn de 'second victims' van hun medische fout.



Prof. Vanhaecht

Volgens de internationale literatuur krijgt zeker 1 op de 2 zorgverleners tijdens zijn loopbaan te maken met een medische fout. "Waaruit we kunnen besluiten dat die 50% waarschijnlijk een understatement is en dat het om een groter aantal personen gaat", zegt Prof. Kris Vanhaecht, onderzoekskoördinator aan het Leuven Instituut voor Gezondheidszorgbeleid (LIGB) van de KU Leuven. "Als je er open met artsen of verpleegkundigen over spreekt, blijkt al snel dat iedereen op een dag wel eens een medische fout begaat, zonder dat die daarom schade berokkent bij de patiënt."

Meer dan één slachtoffer

Bij een medische fout zijn de patiënt en zijn familie uiteraard de belangrijkste betrokken partij. Zij zijn het eerste slachtoffer van de situatie. Ook de zorgverlener is echter rechtstreeks betrokken bij het incident en kan dus een trauma doormaken. We spreken dan over een 'second victim'. "Over het algemeen maken we een onderscheid tussen professionele en persoonlijke symptomen", legt Prof. Vanhaecht uit. "Binnen het medisch team voelt de betrokken zorgverlener zich niet goed in zijn vel, hij begint te twijfelen aan zijn kennis en competenties. En net deze twijfels vergroten de kans op een nieuw incident, waardoor hij in een vicieuze cirkel terechtkomt. Op persoonlijk vlak merken we dat second victims vaak aan sympto-

men lijden die doen denken aan het posttraumatisch stresssyndroom: ze slapen slecht, krijgen flashbacks en raken verstrikt in emoties die soms leiden tot depressie of zelfs zelfmoord."

Het incident kan ook negatieve gevolgen hebben voor de reputatie van de organisatie, het ziekenhuis of kan zorgen voor financieel verlies. Het maakt de directie tot een 'third victim'. "We merken dat de verantwoordelijke managers van de dienst waar het incident zich voordeed gelijkaardige symptomen vertonen als die van een second victim", verduidelijkt Prof. Vanhaecht.

Open over praten

Traditioneel worden artsen of verpleegkundigen in ons land eerder aangemoedigd om te zwijgen, onder de radar te blijven en zo snel mogelijk hun verzekering te contacteren om het probleem op te lossen.... "Er is echter nood

aan 'open disclosure', op een open manier informatie bekend maken", dixit Prof. Vanhaecht. "Momenteel krijgen patiënten nauwelijks informatie. Het wettelijke kader is vaak ook niet helemaal duidelijk voor de zorgverleners, op dat vlak is er nog werk aan de winkel. Daarom zijn we begonnen met opleidingen voor ziekenhuizen over communicatie naar de patiënten toe en de oprichting van een ondersteuningssysteem onder collega's."

Hoe moet je nu reageren als je betrokken raakt bij een medisch incident? "De eerste en belangrijkste actie is erover praten. Iedereen binnen de medische wereld kent de problematiek van de second victims, maar het blijft één groot taboe. Nochtans is het een normale reactie op een abnormale situatie."



Nathalie Renna

nathalie.renna@mloz.be

Hoe reageren bij een medische fout?

- Breng je collega's op de hoogte en praat erover met hen. Let er ook op dat de patiënt en zijn gezin de steun krijgen die ze nodig hebben.
- Zorg goed voor jezelf. Spreek met een vertrouwenspersoon over wat gebeurd is en hoe je je voelt.
- Besef dat wat je voelt en doormaakt (angst, twijfel, slaaptekort) heel normaal en menselijk is.
- Zoek hulp als de symptomen aanhouden. Elk ziekenhuis heeft in principe een psychologische hulpdienst.
- Probeer samen met je team te begrijpen hoe zo'n incident is kunnen gebeuren en hoe je dit in de toekomst kan vermijden. Denk samen na over de juiste manier om er met de patiënt of de familie over te spreken.

Traceerbare implantaten: nog even geduld...

In 2016 had een systeem voor de traceerbaarheid van implantaten operationeel en verplicht moeten zijn voor alle ziekenhuizen. De invoering van een internationale standaard stuurde die planning echter helemaal in de war... Het resultaat: we moeten nog even geduld uitoefenen alvorens dit systeem het licht ziet en de patiënten hun implantatenkaart kunnen krijgen.

Een nieuw systeem voor de traceerbaarheid van implantaten bleek succesvol tijdens een pilootfase van 1 jaar bij een panel van ziekenhuizen. Zij konden als eersten de eventuele gebreken van de gegevensinzameling opsporen. Dat systeem moest dienen voor de heup- en knieprothesen, coronaire stents, pacemakers, hartkleppen, defibrillatoren, endoprothesen, kunstharten, discusprothesen, enkelprothesen, hartmonitoren en de cochleaire en borstimplantaten.

Internationale standaard

Alvorens dit systeem te gaan gebruiken, werd besloten om te wachten op de implementering van de internationale standaard UDI (Unique Device Identification). Die identificeert elk implantaat met een unieke internationale code. Bepaalde landen gebruiken deze codering al, maar België nog niet. Hoewel ons land zeer actief en baanbrekend was op Europees niveau na het schandaal met de borstprothesen, vertraagt het wachten op de UDI-standaard de uniforme en verplichte implementering van het systeem om implantaten van fabrikant tot patiënt te traceren. Zelfs al gaat het

om een rationele politieke beslissing, zowel conceptueel als qua organisatie voor healthdata.be.

Welke voordelen?

Objectief gezien is de UDI-standaard een grote (r)evolutie in de traceerbaarheid van implantaten. Dankzij deze unieke code kunnen we de markt (niet alleen de Belgische) controleren met een eenduidige productidentificatie, maatregelen nemen bij incidenten (bv. producten terugroepen), de stock en de beveiliging van de bevoorrading beter beheeren, namaak bestrijden, ... De standaard maakt ook het gebruik mogelijk van een netwerk aan databases ('pools') die communiceren met een wereldwijd register als GDSN (Global Data Synchronisation Network). Bedrijven overal ter wereld kunnen zo gegevens uitwisselen met hun commerciële partners via een gestandaardiseerde productclassificatie.

Standaardisering en permanente aanvulling

De standaardisering en voortdurende aanvulling van de productdocumentatie zijn de grote troeven van het systeem. Health-

data.be heeft er dus alle belang bij om het onmiddellijk te gebruiken. Zo vermijden we dat er na 3 jaar wijzigingen zijn naar aanleiding van een nieuwe standaard. Het is een coherente beslissing die op termijn veel tijd, energie en menselijke en financiële inspanningen uitspaart voor alle betrokken partijen (industrie, bestuur en ziekenhuisapotheken). De moeite waard om te onderstrepen binnen de huidige context van administratieve vereenvoudiging.

Gebrek aan duidelijke planning

Het publiek, de media en de politieke wereld schreeuwden moord en brand toen de zaak over de defecte borstprothesen aan het licht kwam. Helaas is er nu geen duidelijke planning meer voor de werkelijke implementering van het nieuwe systeem. Een spijtige zaak, want de traceerbaarheid van implantaten en de implantatenkaart voor de patiënt werden al enkele jaren geleden aan de bevolking beloofd.



Rudy Van Tienen

rudy.vantielen@mloz.be



Kunst en handicap: een magisch verbond

“Meer dan waar ook vormt een handicap in de kunst een echte kans”, dat zei de Franse scenarist en regisseur Marcel Julian. Want “op het creatieve domein is heel veel mogelijk, anders zijn is daar net een troef.” In de creatieve ateliers van Créahm in Brussel beseffen ze dat heel goed. Drie artiesten wilden graag getuigen over wat kunst voor hen betekent en wat zij voor de kunst betekenen.

Virginie: “Dankzij de kunst kan ik uitdrukken wat er in mijn hoofd omgaat...”

Virginie (36 jaar) is een **echte creatieve duizendpoot**. Ze danst en ze acteert (ze speelde mee in de film ‘Les Poissons Marteaux’ met Michèle Bernier). Ze is ook circusartieste en deed mee aan ‘Complicités’, een voorstelling waarin ze als een volleeerde trapeziste in de lucht rondzwierde en evenwichtsoefeningen demonstreerde. Ze drumt, ze zingt in een koor, ze tapdant én ze tekent en schildert dolgraag!

“Ik heb het Downsyndroom”

“Dankzij mijn mama ben ik altijd benieuwd naar alles”, zegt de jonge vrouw. Ze voegt er met een glimlach aan toe: “Ik heb het Downsyndroom”. Al van kleins af aan stimuleerde ze me om mezelf te ontplooien. Als ik een artistieke activiteit wilde ontdekken, zocht ze me onmiddellijk een stage of een atelier.” Het resultaat: voor Virginie lopen leven en kunst door elkaar. Ze is dol op Egypte en Harry Potter, ze is gevoelig en dromerig, maar tegelijk ook nauwgezet en uitermate praktisch ingesteld. **Ze doet niets liever dan haar ideeën omzetten in woorden en beelden.** Ze tekent zichzelf graag te midden van haar favoriete dieren (uil,

kat, prairiehond, ...). Ze tekent ook vreemde giraffen met tragiek in de ogen en ze schetst zichzelf getooid in allerlei kleuren en kleren, ook vaak met de een of andere hoed op haar hoofd. Dikwijls staat er ook een krabbel bij: ‘Iedereen kijkt naar mij. Ik ben mooi’.

“Het zou wel kunnen klikken tussen mij en kinderen...”

Ondanks het overlijden van haar ouders blijft Virginie positief. “Sinds 2005 woon ik in Chaînon (een soort gezinswoning voor jonge vrouwen met een lichte lichamelijke of geestelijke handicap, die zich kunnen beredderen in het huishouden). Mijn moeder zorgde ervoor dat ik hier terecht kon na haar overlijden. Ik mis haar heel erg. Maar als ik triest ben, maak ik kleurplaten. Dat kalmeert me.” Tijdens het weekend gaat ze naar haar verloofde Philippe, die net als Virginie droomt van verre reizen en haar liefde voor muziek deelt. **Haar toekomstige projecten? “Kinderboeken illustreren. Dankzij de kunst kan ik uitdrukken wat er in m’n hoofd omgaat.** En ik denk dat er zeker een klik zou kunnen zijn tussen kinderen en mij.”

Danièle: “Ik heb gevraagd om de hele dag te mogen komen...”

Danièle is 64 en leeft helemaal zelfstandig in een huisje dat ze huurt bij het centrum Les Bolets in Watermaal-Bosvoorde. Tot voor kort had ze weinig met kunst. Ze was al lang gestopt met pianospelen en het fluitspel dat ze leerde in haar dagcentrum zei haar weinig. “In september heb ik mij ingeschreven bij Créahm, een halve dag per week. **De monitoren hebben me voorgesteld om te tekenen en te schilderen, en ik heb nu ontdekt dat ik dat dolgraag doe.** Ik heb trouwens gevraagd om de hele woensdag te mogen komen, want ik vind het niet leuk om half werk te leveren...” Portretten, landschappen, naakt, niet-figuratieve werkjes (een soort kleine zwarte tornado's)... Is dat de invloed van haar overleden moeder? “Mijn mama maakte aquarellen en schilderde op olie. Ik heb al haar schilderijen bewaard. Zij had die technieken geleerd op school en ze zou mij die zeker aangeleerd hebben als ik dat wilde, maar toen sprak me dat niet aan. Ik had nooit geloofd dat ik er zo verslinderd aan zou raken op mijn oude dag!” Inspiratie zoekt ze in tijdschriften, in het leven, in haar



Danièle met één van haar schilderijen

hoofd... “Als ik niet schilder, denk ik na over wat ik ga schilderen en dat maakt me gelukkig...” Dat geluk lijkt ze trouwens te delen met de bezoekers van de laatste gezamenlijke tentoonstelling van Créahm. **“Ik heb 4 schilderijen verkocht. Ik ben er nog altijd niet goed van!”** Ik had nooit kunnen denken dat iemand mijn werken interessant genoeg zou vinden om er eentje te kopen, laat staan 4! Ik ben dolblij...”

Philippe: “Ik leef daar echt van op!”

Philippe is een lieve, zachte man die meteen bereid is om te vertellen over zijn tekeningen. Praten is voor hem nochtans geen sinecure, maar hij doet zijn best. **Zijn tekeningen zijn vrolijk en barsten van de kleuren, vooral oranje en roze.** Hij heeft leren tekenen en schilderen toen hij jong was. “Een eeuwigheid geleden”, monkelt hij. Hij heeft het niet zo op penselen. Hij verkiest viltstiften, omdat je zo nauwkeuriger kunt werken. Hij zwaait met zijn prachtige

doos vol stiften (2 niveaus!), waarmee hij zich kan uitleven. Boten, en vooral binnenvaartschepen, zijn z'n specialiteit. Hij laat zijn fantasie los op zijn favoriete onderwerp: hij tekent bv. een bad op de brug of hij plaatst op de voorsteven een wezen dat half aap is en half mens. Heeft hij al ooit een reis gemaakt op zo'n boot? Hij knikt, maar legt moeizaam uit dat het vooral de kleuren zijn die hem gelukkig maken. “Ik leef daar echt van op!”



Marie-Françoise Dispa

Wat is dat juist, Créahm?

Créahm-Brussel (afkorting van 'Creativiteit en mentale handicap') is een sociaal en artistiek project voor burgers, dat focust op het magische verband tussen kunst en handicap. **De vzw wil mensen met een mentale handicap tonen als volwaardige artiesten en waardige deelnemers aan het culturele leven.** Créahm neemt geen

genoegen met het aanbieden van ateliers voor plastische kunsten, muziek, dans, theater of circus: **het wil zijn artistieke producties ook aan de man brengen in het professionele circuit (theater, kunstgalerijen, culturele evenementen...).**



www.creahm-bruxelles.be
www.facebook.com/creahm.bruxelles

Goedkope geneesmiddelen nog te weinig voorgeschreven

In 2012 nam de overheid meerdere maatregelen om artsen meer goedkope geneesmiddelen te doen voorschrijven. Uit de analyse van de Onafhankelijke Ziekenfondsen blijkt dat we vooruitgang boeken, maar nog niet in de buurt komen van onze buurlanden. Als we merkgeneesmiddelen waarvoor een alternatief bestaat, zouden vervangen door kopieën of generische middelen, dan zou de ziekteverzekering 150 miljoen euro kunnen besparen!

Meerdere landen namen maatregelen om het gebruik van generische geneesmiddelen te bevorderen en artsen aan te moedigen tot het voorschrijven op stofnaam (VOS): aanbevelingen, minimale quota, voorschriften op stofnaam bij het opstarten van chronische behandelingen of verplichte substitutie. **In vergelijking met andere landen doet België het nog altijd minder goed op vlak van het aantal voorschriften op stofnaam en het gebruik van goedkope geneesmiddelen.** In 2012 nam de overheid in het kader van haar begrotingsmaatregelen nochtans wel een aantal maatregelen om het gebruik van goedkope geneesmiddelen te stimuleren. Als het een voorschrift op stofnaam is, wordt er bv. alleen een terugbetaling toegekend als de apotheker een geneesmiddel aflevert uit de groep van de goedkoopste geneesmiddelen. Deze regel geldt ook automatisch voor bepaalde geneesmiddelen (antibiotica, antimycotica), behalve bij uitzonderlijke omstandigheden. Hoe hebben deze maatregelen het voorschrijfgedrag beïnvloed?

In deze studie analyseerden we de evolutie van het voorschrijfgedrag rond goedkope geneesmiddelen en raamden we de mogelijke besparingen als merkgeneesmiddelen vervangen zouden worden door generische geneesmiddelen of kopieën (op basis van facturatiegegevens).

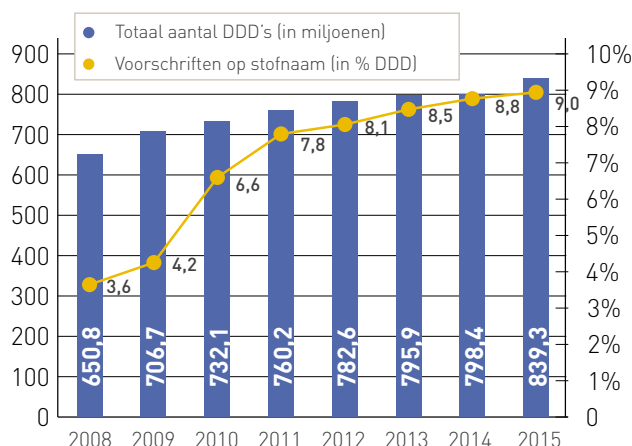
wordt: de apotheker voert het voorschrift uit door een geneesmiddel te kiezen, op basis van de behoeftes van de patiënt. Hij kijkt naar de continuïteit van de behandeling, de prijs en de beschikbaarheid.

Aandeel van generische en originele geneesmiddelen

Uit grafiek 2 blijkt een aanzienlijke stijging van het aandeel van de voorgeschreven generische middelen of kopieën tussen 2008 en 2015. In 2015 ging het om 30% van alle voorschriften, uitgedrukt in DDD. Het aandeel van de generische middelen blijft echter zeer gering in vergelijking met onze buurlanden: 83% in het Verenigd Koninkrijk, 80% in Duitsland, 70% in Nederland (OESO, 2015). Bij de merkgeneesmiddelen zien we daarentegen een gestage daling van hun aandeel over de hele bestudeerde periode, zowel bij de originele geneesmiddelen met een generisch alternatief of een kopie ('referentiemiddelen') als bij de middelen zonder alternatief ('originelen').

Grafiek 1

Evolutie van het totale aantal voorgeschreven geneesmiddelen (in DDD) en de voorschriften op stofnaam (in % DDD), 2008-2015

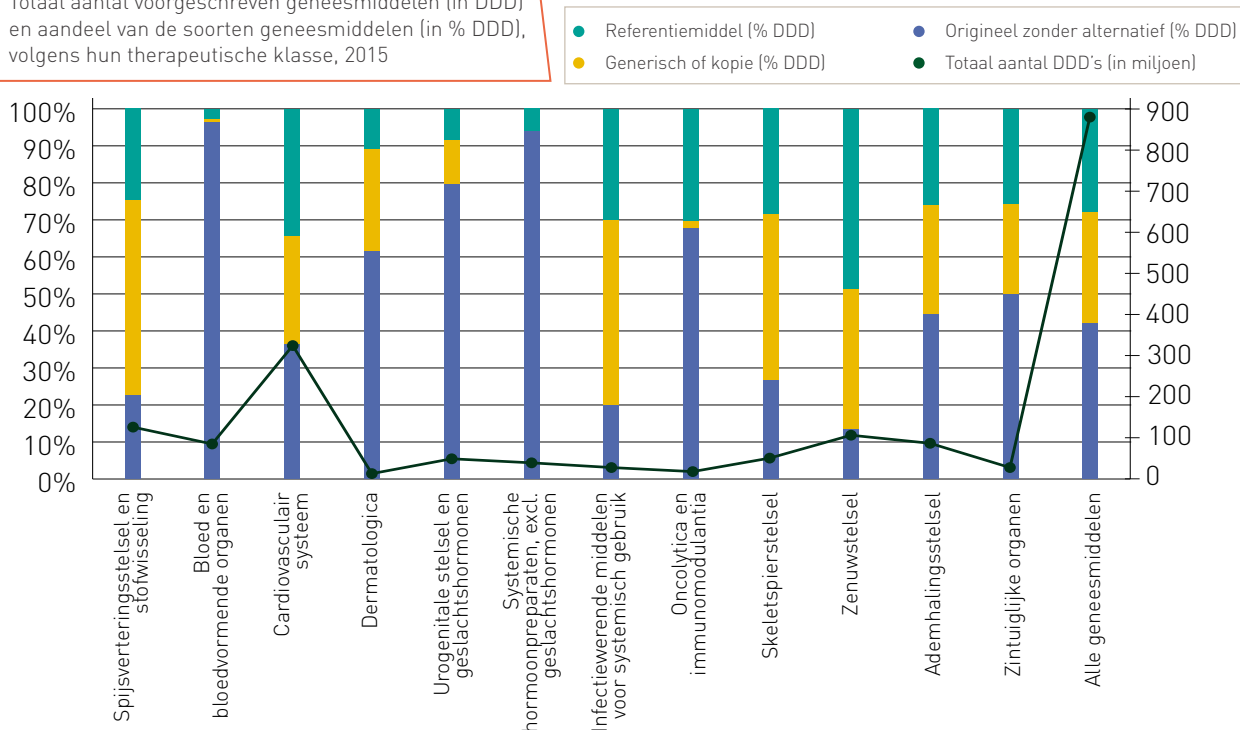


Voorschriften op stofnaam

Tussen 2008 en 2015 steeg het totale volume van geneesmiddelen elk jaar tegen een gemiddeld ritme van 3,7% (grafiek 1). Tijdens diezelfde periode gingen **de voorschriften op stofnaam van 3,6% naar 9% (gemeten in DDD - Defined Daily Dose).** Ondanks die fikse stijging blijft het voorschrijfgedrag op stofnaam zeer laag in vergelijking met onze buurlanden: meer dan 80% in het Verenigd Koninkrijk, 35% in Duitsland. In Frankrijk en in Italië zijn artsen nu al verplicht om voor te schrijven op stofnaam. Dit betekent evenwel niet automatisch dat er een generisch geneesmiddel afgeleverd

Grafiek 2

Totaal aantal voorgeschreven geneesmiddelen (in DDD) en aandeel van de soorten geneesmiddelen (in % DDD), volgens hun therapeutische klasse, 2015



Vaakst voorgeschreven geneesmiddelen

In 2015 werden vooral geneesmiddelen voorgeschreven die inwerken op het cardiovasculaire systeem (308 miljoen DDD op een totaal van 839 miljoen, dit is 37%), op het spijsverteringsstelsel en de stofwisseling (14%) en op het zenuwstelsel (12%) (grafiek 3). Generische geneesmiddelen of kopieën worden het vaakst voorgeschreven bij infectiewerende middelen voor systemisch gebruik (50% voor de volledige groep), geneesmiddelen die inwerken op het spijsverteringsstelsel en de stofwisseling (53%), het skeletspierstelsel (45%) en het zenuwstelsel (38%). Omgekeerd blijkt dat er minder generieken of kopieën voorgeschreven worden in groepen van geneesmiddelen met minder alternatieven: geneesmiddelen die inwerken op het bloed en de bloedvormende organen, het urogenitale stelsel, de geslachts- en systemische hormonen, de oncolytica en de immunomodulerende middelen.

Een origineel geneesmiddel voorschrijven, terwijl er een alternatief bestaat: het komt nog vaak voor in ons land. Het gaat vooral om geneesmiddelen die inwerken op het zenuwstelsel (1 op de 2 voorschriften) en het cardiovasculaire systeem (1 op de 3 voorschriften). In het gros van de andere groepen van geneesmiddelen waarvoor vele alternatieven bestaan, wordt in 1 op de 4 gevallen het originele geneesmiddel voorgeschreven.

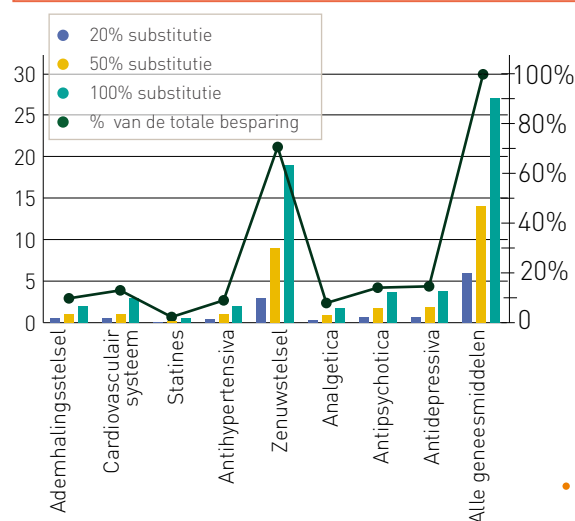
Er zijn dus nog inspanningen nodig om het voorschrijven van generieken of kopieën te stimuleren, zelfs al zijn die geneesmiddelen niet per definitie minder duur dan de referentiemiddelen (die laatste kunnen hun prijs verlagen tot het niveau van de goedkoopste).

'Goedkoopste' geneesmiddelen

Uit onze studie blijkt de gunstige evolutie van het aandeel van afgeleverde 'goedkoopste' geneesmiddelen (uitgedrukt in DDD), zoals bepaald door het RIZIV. **In 2015 behoorden 8 op de 10 afgeleverde geneesmiddelen tot de categorie van de 'goedkoopste' geneesmiddelen. Die toename zien we bij zowat alle therapeutische klassen.** De opvallendste stijging is evenwel terug te vinden bij de geneesmiddelen die inwerken op de zintuigen (van 60% naar 89% tussen 2012 en 2015). Dat komt vooral door de stijging van het aantal generieken voor oogdruppels, de statines (van 52% naar 77%) en de geneesmiddelen die inwerken op het ademhalingsstelsel (van 75% naar 87%).

Grafiek 3

Potentiële besparingen bij een vervanging van de referentiemiddelen door generieken, naargelang de therapeutische klasse, 2015



Als we kijken naar de vaakst voorgeschreven geneesmiddelen (in DDD), zien we een zeer lichte stijging van het aandeel van afgeleverde 'goedkoopste' geneesmiddelen bij de middelen die inwerken op het cardiovasculaire systeem (van 61% naar 68%), het spijsverteringsstelsel en de stofwisseling (van 93% naar 94%). Bij de geneesmiddelen die inwerken op het zenuwstelsel (antidepressiva...), zien we daarentegen een daling van het aandeel van de 'goedkoopste' geneesmiddelen (van 82% naar 76%). De aflevering van het 'goedkoopste' geneesmiddel is ook minder frequent bij geneesmiddelen die inwerken op het cardiovasculaire systeem.

Potentiële besparing

Grafiek 3 berekent de besparing die de ziekteverzekering had kunnen maken als de originele geneesmiddelen met een alternatief, vervangen waren door generische middelen of kopieën (in 2015). **Er zijn meerdere scenario's voor de inschatting van de jaarlijkse potentiële besparing, wetende dat de generische middelen/kopieën minder duur kunnen zijn dan de originelen met een alternatief.** Alleen het prijseffect wordt berekend op basis van de veronderstelling dat het totale volume van afgeleverde geneesmiddelen (uitgedrukt

in DDD) ongewijzigd blijft. Op de grafiek vermelden we enkel de therapeutische klassen met de hoogste potentiële besparingen, namelijk de geneesmiddelen die inwerken op het ademhalingsstelsel, het cardiovasculaire systeem en het zenuwstelsel.

Volgens de gegevens van de Onafhankelijke Ziekenfondsen had de totale jaarlijkse besparing kunnen oplopen tot 27,4 miljoen bij een volledige vervanging van de originelen door generische middelen/kopieën. Als we dat cijfer extrapoleren naar het nationale niveau, krijgen we **een jaarlijkse besparing voor de ziekteverzekering van bijna 150 miljoen euro**. 71% van deze potentiële besparing zou afkomstig zijn van geneesmiddelen die inwerken op het zenuwstelsel (vooral antidepressiva en antipsychotica), 12% van geneesmiddelen die inwerken op het cardiovasculaire systeem (vooral antihypertensiva) en 9% van geneesmiddelen die inwerken op het ademhalingsstelsel. Enkel die 3 groepen zouden meer dan 90% van de totale potentiële besparing vertegenwoordigen.

Güngör Karakaya, Claire Huyghebaert & Evelyn Macken
Dienst Vertegenwoordiging en Studies
van de Onafhankelijke Ziekenfondsen

De mening van de Onafhankelijke Ziekenfondsen

Voorschrijven van goedkope geneesmiddelen promoten

- Het aandeel van de voorgeschreven geneesmiddelen op stofnaam stijgt in België, maar we hinken nog altijd achterop in vergelijking met onze buurlanden. Dat ligt deels aan de houding van bepaalde artsen: zij stellen zich vragen bij de continuïteit van de behandeling en de mogelijke gevolgen op vlak van veiligheid. **Het is dus belangrijk om de verschillende partijen (artsen, apothekers en patiënten) te raadplegen en in te lichten.**
Andere maatregelen bewezen hun efficiëntie al in het buitenland. Denk maar aan het **gebruik van elektronische systemen die het makkelijker maken om generisch voor te schrijven of om voorschriften op te maken op stofnaam of een verplicht minimumpercentage van voorschriften op stofnaam**. Om de continuïteit van de behandeling te verzekeren, kunnen de apothekers, bij de aflevering van een voorschrift op stofnaam, rekening houden met de voorkeur van de patiënt, het eerdere gebruik van een zelfde geneesmiddel, eventuele allergische reacties... Een voorschrift op stofnaam kan nog andere voordelen hebben als een betere kennis van de behandeling door de patiënt.
- Het percentage van goedkope geneesmiddelen stijgt ook, maar is nog altijd lager dan in onze buurlanden. Ook hier kunnen we nog beter, bv. door **artsen aan te sporen om bij de start van een chronische behandeling meteen te beginnen met een goedkoop geneesmiddel, het percentage van de voorschriften van goedkope geneesmiddelen te verhogen of de substitutie door de apotheker toe te staan voor bepaalde klassen, zoals dat nu al mag voor antibiotica en antimycotica**. In 2017 moeten huisartsen bv. een hoger percentage goedkope geneesmiddelen voorschrijven: van 50% naar 60%.
- **De apotheker moet de patiënt goed inlichten over de kostprijs van zijn behandeling en de mogelijke goedkopere oplossingen.** Zo draagt hij zijn steentje bij tot de financiële leefbaarheid van het systeem. Meer info? Neem dan deel aan het debat van de Onafhankelijke Ziekenfondsen 'Apothekers aan het woord' (p. 24).
- Om goedkope geneesmiddelen te stimuleren, bieden de Onafhankelijke Ziekenfondsen op hun site ook een **tool aan om makkelijk de kostprijs van een geneesmiddel te berekenen (www.mloz.be – de goedkoopste producten)**.

3-daagse opleiding voor professionele werking van Afrikaanse ziekenfondsen

De ziekenfondsen in Benin en Togo hebben het niet makkelijk om hun leden te behouden en nieuwe leden aan te trekken. Met een wervende campagne op maat van hun doelpubliek en een beter gebruik van hun gegevens kunnen de ziekenfondsen de bevolking nochtans overtuigen van hun meerwaarde. Daarom organiseerden de Onafhankelijke Ziekenfondsen een 3-daagse opleiding voor ziekenfondsvertegenwoordigers uit Benin en Togo over deze en nog andere thema's.

Een goede kennis van de technische, juridische en financiële aspecten van de ziekenfondswereld is essentieel voor een goede ontwikkeling van de Afrikaanse ziekenfondsen. Samen met Louvain Coopération en de Universiteit van Versailles zetten de Onafhankelijke Ziekenfondsen daarom een opleiding van 3 dagen op touw voor ziekenfondsvertegenwoordigers uit Togo en Benin in het kader van het Programma MASMUT. "Het gaat om vertegenwoordigers van de ziekenfondsen in Togo en Benin zelf, maar ook van de Landsbonden en de nationale platformen. Dat zijn de instanties die de belangen van de ziekenfondsen vertegenwoordigen ten aanzien van de overheid", zegt **Christian Horemans, expert Internationale Zaken bij de**

Onafhankelijke Ziekenfondsen. "Met de verschillende sprekers erbij ging het om 55 deelnemers. Die waren heel enthousiast, we kregen veel positieve reacties." (zie kader)

Welke onderwerpen?

Drie dagen lang discussieerden deze deelnemers over onderwerpen als het **financieel beheer en het juridisch kader van de ziekenfondsen, de rol van de Landsbonden, zorgkwaliteit, gegevensgebruik en sociale marketing.** "Dat laatste bleek heel interessant, want de ziekenfondsen hebben het moeilijk om mensen te overtuigen om lid te worden en om hun leden te behouden", dixit Horemans. "Tijdens deze cursus leerden de deelnemers hoe ze een wervende campagne op touw moeten zetten,

op maat van hun doelpubliek. Ook een betere timing voor de aansluiting en de dekkingsperiode kwam ter sprake. De consensus groeit nu dat het tijd is om dat hele systeem te herbekijken."

Extra infodag voor ambtenaren

Na de opleiding voor de ziekenfondsvertegenwoordigers volgde ook nog een extra infodag voor de Togolese ambtenaren. Dat bleek overigens geen overbodige luxe. "We merkten dat de Togolese ministeries de ziekenfondswereld onvoldoende kennen. En dat terwijl de ziekenfondsen bij de overheid lobbyen voor hun integratie in de sociale bescherming. Hoe groter de kennis van de ambtenaren, hoe beter dus", zegt Horemans.



Steven Vervae
steven.vervaet@mloz.be

"En nu de theorie in de praktijk brengen"

De deelnemers aan de opleiding waren achteraf opgetogen over de vele boeiende discussies en de vlotte informatie-uitwisseling tijdens deze driedaagse. Tegelijk was er ook het besef dat de besproken maatregelen en acties geen dode letter mogen blijven. "We zullen erover waken dat onze ziekenfondsen en landsbonden de belangrijkste theoretische aanbevelingen in de praktijk brengen. We kunnen daarbij ook rekenen op de verdere begeleiding van Louvain Coopération en de lokale ngo's", vertelt Koto-Yerima Aboubakar, voorzitter van het nationale platform van de ziekenfondsen in Benin.

Bovendien kregen alle deelnemers achteraf een syllabus van 140 blz., een usb-stick met alle documenten en een certificaat van de Universiteit van Versailles mee. "De hele opleiding zat goed in elkaar. Ik heb m'n kennis over de ziekenfondswereld nog verder kunnen bijschaven tijdens discussies met verschillende actoren op het terrein. Ik hoop dat er nog een vervolg komt om de Afrikaanse ziekenfondsbeweging nog verder te doen groeien", klonk het bij Jean de la Croix Yang-nenam, secretaris-generaal van het nationale platform van de Togolese ziekenfondsen.



Hilde Deneyer en Lieven Zwaenepoel



Apothekers aan het woord bij de Onafhankelijke Ziekenfondsen

Na een succesvol eerste debat met de vroedvrouwen laten de Onafhankelijke Ziekenfondsen opnieuw zorgverleners aan het woord. Dit keer bekijken de apothekers wat er beter en anders kan. "Want een apotheker is niet louter een 'pillenverkoper', maar een laagdrempelig aanspreekpunt voor patiënten", zegt Hilde Deneyer, Algemeen Directeur van het Vlaams Apothekers Netwerk en zelf apotheker.

Wat meer informatie vragen over een bepaald geneesmiddel, gewoon een praatje slaan, ... de apotheker van vandaag is niet louter een pillendraaier, maar een volwaardige zorgverlener. De ideale invalshoek voor de 2e editie van de debattenreeks 'Zorgverleners aan het woord' van de Onafhankelijke Ziekenfondsen. "De apotheker is een belangrijk eerste aanspreekpunt bij gezondheidsproblemen. Advies vragen kan op elk moment en zonder afspraak, wat de apotheker tot één van de meest laagdrempelige zorgverleners maakt", zegt Hilde Deneyer, Algemeen Directeur van het Vlaams Apothekers Netwerk.

Op naar farmaceutische zorg

"Farmaceutische zorg wordt belangrijk", verduidelijkt Lieven Zwaenepoel, voorzitter van de Algemene Farmaceutische Bond (APB). "We weten dat patiënten hun geneesmiddelen niet altijd correct nemen. Als chronisch zieken een apotheker zouden hebben die hun medicatie proactief controleert en bijstuurt waar nodig, is dat een goeie zaak voor hun gezondheid en hun portemonnee. Zo kan de apotheker opvolgen of patiënten hun

geneesmiddelen, voorgeschreven door verschillende artsen, samen mogen nemen. Maar we kunnen ook het gebrek aan therapietrouw aanpakken, dubbelmedicatie tegengaan, enz. Officina-apothekers zijn heel goed geplaatst om die taak op zich te nemen."

Intensief samenwerken

Farmaceutische zorg betekent een nieuwe invulling van het beroep van apotheker. "In plaats van na te denken over nieuwe beroepen als case managers of hulparten bekijken we beter eerst wat vandaag al mogelijk is. We moeten een debat voeren met de huidige zorgverleners en welzijnswerkers, en dat op alle beleidsniveaus", zegt Deneyer. De apotheker is dus een belangrijke zorgverlener, die intensief samenwerkt met andere zorgberoepen. "Wij bellen bv. met huisartsen en verpleegkundigen over patiënten en we komen vaak

aan huis bij oudere of bedlegerige patiënten", dixit Deneyer.

Vergoeding voor het geleverde werk

De apotheker van vandaag doet meer, maar voor hetzelfde geld. Volgens Deneyer ligt daar een grote uitdaging voor de verschillende overheden. "Vandaag krijgt de apotheker voornamelijk een vergoeding via een honorarium per afgeleverd doosje. Maar we moeten ook worden betaald voor diensten als sensibilisatie en preventie, het uitwisselen van gegevens en de samenwerking met andere zorgverleners. Apothekers moeten de garantie krijgen dat ze geen loon moeten inleveren en tegelijkertijd worden vergoed voor het werk dat ze leveren."



Lies Dobbelaere
lies.dobbelaere@mloz.be

Waar en wanneer?

Het debat 'Apothekers aan het woord' vindt plaats op donderdag 30 maart 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



Onze studie epilepsie in een notendop

De Onafhankelijke Ziekenfondsen pakken meerdere keren per jaar uit met studies en analyses over de consumptie van geneeskundige verzorging. Het doel: de evolutie van de sector opvolgen, samen met de impact ervan op het stelsel van de gezondheidszorg, de zorgverleners en de patiënt. Enkele opmerkelijke cijfers uit onze nieuwe studie over epilepsie!

1%

... van de Belgen lijdt aan epilepsie. Die prevalentie is 2 keer hoger bij patiënten ouder dan 65 jaar dan bij de jongere leeftijdsgroepen. Tussen 2010 en 2014 was het **stijgingsritme van het aantal epileptici ook 7 keer hoger** dan dat van de totale bevolking.

1 op de 3 epileptici...



... deed een **beroep op de spoeddienst van een ziekenhuis**, en dat gemiddeld 1,8 keer in 2014. Ter vergelijking: dat is 2 keer zoveel als verzekerden die niet aan epilepsie lijden.

Welke nevenaandoeningen?

7 op de 10 epileptici lijden aan minstens één andere chronische ziekte, bovenop hun epilepsie. Dat is 2 keer meer dan bij de andere chronisch zieken. De voornaamste comorbiditeiten zijn **hypertensie** (4 op de 10 epileptici), **depressie** (3 op de 10) en **psychose** (1 op de 10).

9.992 euro



De uitgaven voor geneeskundige verzorging van mensen met epilepsie liggen duidelijk hoger dan die van de algemene bevolking. De uitgaven voor geneeskundige verzorging, terugbetaald aan een

epilepsiepatiënt, bedroegen in 2014 9.992 euro (gemiddeld bedrag), dat is 5 keer meer dan de gemiddelde kostprijs van het totale ledental van de Onafhankelijke Ziekenfondsen (1.951 euro). De totale uitgaven voor geneeskundige verzorging van de epileptici vertegenwoordigen ook 5% van alle uitgaven voor geneeskundige verzorging, hoewel de epileptici slechts 1% vertegenwoordigen van de algemene bevolking.

28%



... van de uitgaven voor geneeskundige verzorging van epileptici ten laste van de verplichte verzekering bestaat uit de **kosten van het ziekenhuisverblijf**. De

andere voornaamste uitgavenposten zijn de geneesmiddelen afgeleverd door apotheken (11%), de verblijfskosten in rust- en verzorgingstehuizen en rustoorden voor bejaarden (9%), de honoraria van verpleegkundigen (7%) en de raadplegingen, bezoeken en adviezen van de arts (4%).



Ontdek al onze studies op www.mloz.be

Door Steven Vervaeet - steven.vervaeet@mloz.be

Boeken

Hoe infecties voorkomen in het ziekenhuis?

Ziekenhuishygiëne is meer dan enkel de handen reinigen. Infectiepreventie in het ziekenhuis omvat ook het ontsmetten en steriliseren van oppervlakken en materiaal, voorzorgsmaatregelen rond luchtweg- en bloedbaaninfecties, afvalverwijdering, enz. In dit boek zet Mia Vande Putte alle aspecten van ziekenhuishygiëne helder op een rij. Zo krijg je als verpleegkundige een goed inzicht in alle mogelijke infectiebronnen en overdrachtswegen om op die manier professioneel aan infectiepreventie te doen. Bovendien heb je via dit boek

ook gratis toegang tot talrijke oefeningen op het gebruiksvriendelijke online leerplatform Sofia. Onontbeerlijk voor elke student verpleegkunde!

Hygiëne in het ziekenhuis, Mia Vande Putte, Acco, 2016, 312 blz., ISBN 978-94-629-2744-5



Wat als er rook uit de oren komt...

Het ene hoofd loopt al sneller vol dan het andere. Zowel kinderen als volwassenen krijgen te maken met een bovenkamer die uit z'n voegen barst van de informatie. In dit boek legt speltherapeut Linde Kraijenhoff uit hoe onze hersenen soms moeite hebben om informatie te verwerken en wat de impact daarvan kan zijn op de sociaal-emotionele ontwikkeling en het zelfbeeld van kinderen. Daarnaast is 'Het vollehoofdenboek' ook een praktisch werkboekje met tal van oefeningen en proefjes die gebaseerd zijn op psycho-educatie. Op die manier is dit boek een bron van inspiratie en (h)erkenning voor zowel ervaringsdeskundigen als professionals uit het onderwijs en de zorgsector.

Het vollehoofdenboek, Linde Kraijenhoff, Acco, 2016, 130 blz., ISBN 978-94-923-9802-4



Opgebrand in de zorgsector

Maar liefst 25% van de verpleegkundigen kampt met een burn-out. Bovendien blijft het aantal zelfdodingen bij zorgverleners toenemen. Ook in de zorgsector is het stigma rond burn-out dus groot. Weinigen durven toe te geven dat ze dreigen eronderdoor te gaan. Bovendien cijferen gezondheidsprofessionals zich vaak weg om voor hun patiënten te zorgen. Daarom bekijken de auteurs van dit boek hoe het beter kan op vlak van preventie, ondersteuning en re-integratie. 'Burn-out in de zorg' koppelt getuigenissen van slachtoffers aan inzichten van experts. Dat mondt uit in zowel concrete individuele tips als aandacht voor wat zorgorganisaties zelf kunnen

doen om hun medewerkers te beschermen tegen een burn-out.

Burn-out in de zorg, Gorik Kaesemans, Elke Van Hoof, e.a., Lannoo, 2016, 208 blz., ISBN 978-94-014-2899-6



Problematiek van de juiste diagnostiek

De meeste studieboeken vertrekken van ziektes, maar mensen komen bij de arts langs met klachten en symptomen. Diagnostiek is daarom één van de moeilijkste aspecten van de medische praktijk. Artsen baseren zich vooral op hun eigen ervaring, maar dit boek wil daar een wetenschappelijk fundament aan toevoegen. De auteurs reiken de lezer daarom evidence-based gegevens aan voor de diagnostiek van 66 vaak voorkomende, alledaagse klachten. Bij de website van het boek vindt u bovendien instructieve video's van raadplegingen bij de huisarts. Voor deze vierde druk is de inhoud geactualiseerd en is het boek uitgebreid met een hoofdstuk over vallen bij ouderen.

Diagnostiek van alledaagse klachten, T.O.H. de Jongh, H. de Vries, e.a., Acco, 2016, 688 blz., ISBN 978-90-368-1154-5



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



Apothekers aan het woord

DEBAT

30 maart 2017



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. Na een succesvolle eerste editie met de vroedvrouwen zijn nu de apothekers aan de beurt. Ze doen hun visie op het beroep uit de doeken en gaan daarover het gesprek aan met andere actoren uit de gezondheidszorg.

De apotheker van vandaag is niet louter een verdeler van geneesmiddelen, maar een volwaardige zorgverlener en een **eerste aanspreekpunt bij gezondheidsproblemen**. Apothekers evolueren meer en meer naar 'farmaceutische zorg', maar wat betekent dat voor de invulling van hun beroep? Welke rol willen ze spelen en wat is hun **meerwaarde voor de patiënt**? Hoe zit het met hun **vergoeding voor diensten als sensibilisatie en preventie**, het **digitaal uitwisselen van gegevens** en de samenwerking met andere zorgverleners? En hoe staan ze tegenover het stijgende succes van **internetapotheken**?

De Onafhankelijke Ziekenfondsen nodigen apothekers, maar ook andere zorgverleners (huisartsen, specialisten, verpleegkundigen, 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** **Voorstelling van het beroep**
- 10u45** Apothekers aan het woord, met o.m.
- **Hilde Deneyer**, VAN
 - **Lieven Zwaenepoel**, APB
 - **Alain Chaspierre**, AUP
 - **Marc-Henry Cornély**, OPHACO
- 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

**Onafhankelijke
Ziekenfondsen**

#apotheker17