

Health Forum

September 2011 · Nr. 7

Het magazine van de Landsbond van de Onafhankelijke Ziekenfondsen · driemaandelijks



Verzorgers en rouw

"Gaan knuffels ook naar de hemel?..."

Organisatie van de gezondheidszorg

Is het Belgische overlegmodel voorbijgestreefd?

Dossier

**Ondervoeding bij ouderen
Een uitdaging voor
de volksgezondheid**

**Onafhankelijke
Ziekenfondsen**

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 7 ziekenfondsen:



OZ

Boomsesteenweg 5
2610 Antwerpen
www.oz501.be



Omnimut Mutualité Libre de Wallonie

Rue Natalis 47 B
4020 Liège
www.omnimut.be



Euromut Onafhankelijk Ziekenfonds

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



Freie Krankenkasse

Hauptstrasse 2
4760 Büllingen
www.freie.be



Onafhankelijk Ziekenfonds Securex

Tervurenlaan 43
1040 Brussel
www.securex-ziekenfonds.be

Verenigde-Natieslaan 1
9000 Gent



Partena Onafhankelijk Ziekenfonds

Coupure Links 103
9000 Gent
www.partena-ziekenfonds.be



Partenamut

Anspachlaan 1
1000 Brussel
www.partenamut.be



De chronisch zieken verdienen beter dan intentieverklaringen

Het is bekend dat het aantal chronisch zieken blijft stijgen. Het gaat al om bijna 40 % van de Belgische bevolking. Maar beseft men dat die patiënten alleen al 70 % van de globale uitgaven voor gezondheidszorg vertegenwoordigen? En dan hebben we het nog niet gehad over de prognoses, die gewag maken van een stijging van het aantal chronisch zieken met niet minder dan 250 % tegen 2050.

Deze sprekende cijfers vertalen een sterk onderschatte uitdaging. Als we de chronische ziektes blijven beheren zoals nu, wordt het voortbestaan van onze gezondheidszorg bedreigd. Ons stelsel is namelijk gebaseerd op een duur model voor de tenlasteneming van ziektes dat stoelt op een reactieve, gerichte en acute geneeskunde. Deze geeft voorrang aan gestandaardiseerde behandelingen, toegediend in het kader van een geneeskundige specialiteit (oncologie, cardiologie, ...). De medische opvolging in het ziekenhuis speelt ook een grote rol.

In dit traditionele en rigide model wordt slechts met mondjesmaat werk gemaakt van preventie, een multidisciplinaire aanpak, thuiszorg en individuele behandelingen, hoewel de laatste jaren heel wat actoren uit het veld gepleit hebben voor een nieuw evenwicht omtrent de prioriteiten van de Belgische zorgorganisatie.

De Onafhankelijke Ziekenfondsen willen die intentieverklaringen overstijgen. Ze pleiten voor een volledige herziening van onze zorgmodellen, ter bevordering van het welzijn van de duizenden mensen die lijden aan obesitas, diabetes of hart- en vaatziekten.

“ Het is waanzin om te blijven investeren in acute zorg zoals we dat al jaren doen! ”

Het is waanzin om te blijven investeren in acute zorg zoals we dat al jaren doen! Laat ons de gezondheidsinvesteringen heroriënteren naar de 5 à 10 % chronisch zieken. Zij zijn namelijk de grootste zorgconsumenten. Hoe? Door aan preventie, patiënteneducatie en sociale begeleiding te doen. Door de nadruk te leggen op de actoren van de eerste lijn, via promotie van de permanente opleiding en

het werken met een multidisciplinair netwerk in het kader van de tenlasteneming van de chronisch zieken. Laat ons de ziekenhuisverblijven rationaliseren en een consistent thuiszorgbeleid ontwikkelen, dat stoelt op technologische innovatie (teleoplas, telecoaching). Laat ons, tot slot, om het voortbestaan van het stelsel te garanderen, mechanismen creëren voor de evaluatie van de technologie

en de medische praktijken, met het oog op een optimale toewijzing van de middelen.

Hoe de chronische ziektes beheren in een maatschappij met groeiende noden, maar met beperkte middelen? Een fundamentele vraag, waarop corporatistische antwoorden niet langer volstaan. De doelstelling van een efficiënt systeem kan men het best bewerkstelligen door de organisatie van een globale, proactieve en planmatige benadering van de patiënt.

Xavier Brenez

Directeur-generaal

van de Landsbond van de Onafhankelijke Ziekenfondsen



Hoofredactrice

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

Eindredacteur

Steven Vervaeke · steven.vervaeke@mloz.be · T 02 778 94 38

Redactiecomité

Stéphanie Brisson · Ann Ceuppens · Regina De Paepe · Jan Dhondt · Christian Horemans · Claire Huyghebaert · Pascale Janssens · Chris Monten · Chantal Neiryck · Nathalie Renna · Piet Van Eenoo · Jan Van Emelen · Christiaan Van Hul · Emilie Vanderstichelen · Rudy Van Tielen · Valérie Vander Veken · Steven Vervaeke · Anne Viroux

Lay-out

Leen Verstraete & Luc De Weireld · layout@mloz.be

Foto's

Reporters

Vertaling

Annamie Mathues · Emilie Van Isterdael · Barbara Van Ransbeeck

Verantwoordelijke uitgever

Xavier Brenez · xavier.brenez@mloz.be

Health Forum

Bent u geïnteresseerd in Health Forum?

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

Inhoud

Nr. 7 September 2011

3 Edito

5 Wist u?

6 Dossier

Naar een betere aanpak van ondervoeding bij ouderen

14 Forum Zorgverstrekkers

Het debat

Een nieuwe benadering voor de financiering van geneesmiddelen

Is het Belgische overlegmodel voorbijgestreefd?

2 jaar zorgtrajecten: een stand van zaken!

Reclame maken bij patiënten: wat mag (en niet mag)

Verzorgers en rouw

Vegetatieve toestand: verzorgend personeel wil niet in leven gehouden worden

28 Studie

Bariatrische chirurgie vermindert comorbiditeiten

30 Objectief gezondheid

Je beter in je vel en in je hoofd voelen, ondanks ziekte

31 Actua Onafhankelijke Ziekenfondsen

32 Event

Expo 60+ houdt de vinger aan de pols van de zorgsector

34 Kiosk

www.mloz.be

In de kijker

Naar een betere aanpak van ondervoeding bij ouderen

Ondervoeding bij ouderen is een fenomeen dat in het verleden meermaals onderschat en zelfs geminimaliseerd werd. Vandaag beseffen specialisten en zelfs de politieke wereld de ernst van de situatie echter maar al te goed. Wat zijn de oorzaken van ondervoeding? Wat zijn de gevolgen voor de algemene gezondheid van de oudere persoon en hoe zwaar wegen de kosten voor de maatschappij? Hoe kunnen we ondervoeding voorkomen en opsporen?



6

In de praktijk

Reclame maken bij patiënten: wat mag (en niet mag)

Zorgverleners mogen reclame maken, maar de regels daaromtrent zijn wel verschillend voor artsen, kinesisten of verpleegkundigen. Omzichtig omspringen met de inhoud is het belangrijkste. Daarnaast blijft het ronselen van patiënten verboden voor artsen en apothekers. Een opfrissing van de regels met twee advocaten gespecialiseerd in gezondheidsrecht!



22

Ontspanningsverblijven

Je beter in je vel en in je hoofd voelen, ondanks ziekte

De draad weer opnemen, het zelfvertrouwen herstellen, adempauzes inlassen, het zijn enkele van de doelstellingen van de ontspanningsverblijven die de Onafhankelijke Ziekenfondsen organiseren voor mensen met een recente MS-diagnose of voor personen die revalideren van een kankerbehandeling. We plannen nieuwe verblijven op het einde van dit jaar.



30

Meer en meer gevallen van type 2 diabetes in de wereld

Het wereldwijde aantal diabetespatiënten is meer dan verdubbeld sinds 1980. Volgens een studie van het blad The Lancet leden dertig jaar geleden 153 miljoen personen aan deze chronische ziekte. Nu zijn dat er meer dan 347 miljoen.



Er zijn forse stijgingen in Oceanië, de Verenigde Staten, Latijns-Amerika, Noord-Afrika, Zuid- en Centraal-Azië en het Midden-Oosten. In West-Europa blijven de cijfers stabiel. In België wordt het aantal diabetespatiënten op 600.000 geschat. Een vroegtijdige diagnose kan nochtans tal van problemen voorkomen.

www.thelancet.com

25.678

Belgen hebben in 2010 professionele hulp gezocht om te stoppen met roken. Dat is 13 keer meer dan in 2009 (1.935 aanvragen).

De Benelux-landen bundelen de krachten in de strijd tegen sociale fraude

'Het Europees contactpunt worden voor internationaal en multidisciplinair onderzoek betreffende sociale fraude', dat is de opdracht van het International Research Institute on Social Fraud (IRIS), officieel geïnstalleerd in de gebouwen van de Universiteit Gent.

De bedoeling is om van de Benelux de drijvende kracht te maken in de strijd tegen grensoverschrijdende sociale fraude in Europa.

www.benelux.int

71 jaar

Een wetsvoorstel dat in de Senaat ingediend werd, stelt voor om de leeftijdsgrens voor het geven van bloed (nu 65 jaar) op te trekken. De maatregel moet het gebrek aan bloedvoorraden verhelpen.

www.senaat.be

Aspirine, koploper van de voorschriften



Aspirine is het medicijn dat in België het vaakst wordt voorgeschreven. Dat blijkt uit een analyse van het RIZIV over geneesmiddelen die worden voorgeschreven buiten de ziekenhuizen.

In 2009 werden meer dan 4,6 miljard dagelijkse dosissen medicijnen afgeleverd, tegenover 4,2 miljard in 2008 (+9,5 %). Aspirine gaat daarbij het vaakst over de toonbank, gevolgd door Omeprazole (tegen zweren) en Simvastatine (cholesterolverlager). De uitgaven stegen niet dankzij de prijsdalingen. In 2009 kostten de geneesmiddelen op voorschrift 2,7 miljard euro aan de ziekteverzekering en 580 miljoen euro aan de patiënten. Dat komt overeen met de cijfers van het jaar ervoor.

http://ec.europa.eu/index_fr.htm



In de kijker

Naar een betere aanpak van ondervoeding bij ouderen

Ondervoeding bij ouderen, een uitdaging voor de volksgezondheid

p. 7

Welke rol voor de verzorgers?

p. 10

Ondervoeding versnelt het dementieproces

p. 11

Mondgezondheid bij senioren, een punt dat verzorgers al te vaak uit het oog verliezen?

p. 12

Ondervoeding, een uitdaging voor de volksgezondheid

Ondervoeding bij ouderen is een fenomeen dat in het verleden meermaals onderschat en zelfs geminimaliseerd werd. Vandaag beseffen specialisten en zelfs de politieke wereld de ernst van de situatie echter maar al te goed. Wat zijn de oorzaken van ondervoeding? Wat zijn de gevolgen voor de algemene gezondheid van de oudere persoon en hoe zwaar wegen de kosten voor de maatschappij? Hoe kunnen we ondervoeding voorkomen en opsporen?



Hélène Lejeune

Een op de 10 Belgische 65-plussers is ondervoed. Volgens een Brits onderzoek uit 2009 zouden 33 miljoen mensen in Europa risico lopen op ondervoeding. Een fenomeen dat in ziekenhuizen en rust- en verzorgingstehuizen nog vaker voorkomt. Thuiswonende ouderen ontsnappen ook niet aan dit gevaar, maar de cijfers zijn minder dramatisch. De overheid heeft al enkele jaren de ernst van de situatie begrepen en ze beseft dat de vergrijzing er geen goed aan zal doen.

Ook voor onze portemonnee blijft dit niet zonder gevolgen. Een enquête uit 2005 schat de gevolgen van ondervoeding in België op 400 miljoen per jaar. Andere studies bevestigen dat een patiënt die als ondervoed gediagnosticeerd wordt bij zijn ziekenhuisopname ongeveer 19 % meer ziekenhuiskosten heeft dan een niet-ondervoede patiënt.

Onderling afhankelijke oorzaken

We beschouwen een oudere persoon als ondervoed wanneer hij de laatste 6 maanden 10 % van zijn gewicht verloren heeft of wanneer zijn Body Mass Index (BMI) lager is dan 21. Hélène Lejeune, diëtiste en lid van een werkgroep van diëtisten, vindt er geen doekjes om:

“Een oudere persoon die gewicht verliest, is in levensgevaar”.

Verskillende factoren verklaren ondervoeding en gewichtsverlies: verlies van autonomie, depressie, verminderde eetlust, problemen met mond en tanden, ziekte, ge-

Om ondervoeding te vermijden, is het belangrijk om te waken over de zelfstandigheid van de oudere persoon

neesmiddelen of broosheid. Deze oorzaken van ondervoeding werken elkaar soms in de hand en leiden tot een vicieuze cirkel die moeilijk te doorbreken is.

“In frigo veritas”

Vreemd genoeg blijkt uit cijfers van verschillende onderzoeken dat oudere personen die nog thuis wonen, minder vatbaar zijn voor ondervoeding. Sommigen zijn nog in staat om hun boodschappenlijstje op te stellen, naar de winkel te gaan en zelf te koken. Anderen laten bereide maaltijden thuisbrengen. Al gebeurt het vaak dat zo'n maaltijd voor twee dagen dienst doet. De problemen beginnen van zodra de persoon in kwestie zijn autonomie begint

te verliezen of tekenen van cognitieve aftakeling

vertoont: hij kan zijn boodschappenlijstje niet meer opstellen en boodschappen doen of koken lukt al helemaal niet meer. Op zo'n moment is een blik werpen in de koelkast een goede indicator. “In frigo veritas”, zoals Prof. Charles Henry Rappin zegt. Daarnaast zijn er nog andere fysieke problemen die een volwaardige en autonome maaltijd in de weg kunnen staan: tandproblemen, problemen bij het slikken en kauwen, maar ook problemen met bepaalde handelingen (bestek gebruiken, vlees snijden, enz.).

“Om ondervoeding te vermijden, is het erg belangrijk om te waken over de zelfstandigheid van de oudere persoon”, stelt Hélène Lejeune. En het blijven uitoefenen van fysieke activiteiten is een goede garantie voor die autonomie: wandelen, boodschappen doen, in de tuin werken, iets gaan drinken, ... Een oudere persoon die veel beweegt, gaat minder snel achteruit. Door actief te bewegen, kan hij zijn beendergestel en vetvrije massa behouden. Een oudere persoon die helemaal niet meer beweegt, stelt zich bloot aan het risico op ondervoeding en sacrepenie, dit

is het geleidelijke wegsmelten van de vetvrije massa. Daardoor is hij minder beschermd tegen valpartijen. "Twee zaken die hand in hand gaan", verklaart H  l  ne Lejeune. "Een valpartij betekent complicaties, meer ziekenhuisopnames en meer geneesmiddelen...".

**Te veel geneesmiddelen,
te weinig voeding**

Een van de oorzaken van ondervoeding die al te vaak vergeten wordt, is volgens de diëtiste de hypermedicalisering. "De hoeveelheid geneesmiddelen heeft ook een invloed op de eetlust," bevestigt ze. "Geneesmiddelen worden meestal ingenomen vóór de maaltijd met een slok water per pil. Op die manier heeft de oudere persoon nog vóór de maaltijd vaak al een heel glas water op. Hij heeft zijn vork nog niet vastgenomen of hij is al bijna verzadigd". Héléne Lejeune raadt artsen dan ook aan



Actief en zelfstandig blijven voorkomt ondervoeding

om grote kuis te houden in het pillendoosje en enkel het hoogst noodzakelijke over te houden. "Een ander probleem is het nemen van slaappillen en angstremmers. Dergelijke geneesmiddelen verergeren het risico op slaperigheid, waardoor de kans op evenwichts-

Een patiënt die als ondervoed wordt gediagnosticeerd bij de ziekenhuisopname heeft ongeveer

19% meer
ziekenhuiskosten

verlies verhoogt. Ze staan daardoor een normaal leven in de weg”.

Domino-effect

Dit alles verhoogt dan weer de kans op een valpartij en de achteruitgang van de oudere persoon.

Bovendien veroorzaakt een valpartij een verhoogde nood aan voeding, een verminderde autonomie en eetlust en meer depressies. De vicieuze cirkel is rond en een bedlegerig bestaan loert om de hoek.

En valpartijen zijn niet het enige risico. Ook uitdroging vormt een bedreiging voor de oudere persoon. Hijervaart geen dorstgevoel meer zoals vroeger en moet dan ook de hele dag aangemoedigd worden om te drinken. Een deel van het vocht halen we uit voeding. Als de oudere persoon minder eet, droogt hij dus ook sneller uit.

Valpartijen, uitdroging, ziektes die erger worden, complicaties, cognitieve aftakeling, ...: het leidt allemaal tot een verlies van autonomie en zelfs tot een opname in een rusthuis of een reeks ziekenhuisopnames. En zoals uit verschillende onderzoeken blijkt, gaat de situatie van ondervoede ouderen er in een ziekenhuisbed niet op vooruit.

Het ziekenhuis, het grote gevaar?

Uit het onderzoek van Nutriaction (2008) blijkt dat 30 à 40 % van de in het ziekenhuis opgenomen ouderen ondervoed is. "Ook al is de aanpak van ondervoeding in het ziekenhuis fel verbeterd dankzij de systematische opsporing van ondervoeding bij de opname, moet de procedure tot het einde gevolgd worden. Er moet dus ook opgevolgd worden wat de patiënt eet of op zijn bord laat liggen", legt H  l  ne Lejeune uit. "Een ziekenhuisopname maakt ondervoeding erger en 50 tot 60 % van de personen verlaten het ziekenhuis nog meer ondervoed dan ze al waren".

Naast het probleem van de medicalisering, wijst de diëtiste ook de samenstelling van de ziekenhuismenu's met de vinger. "Een oudere persoon heeft dezelfde voeding nodig als een volwassene. Voldoende eiwitten en calcium zijn onontbeerlijk. Het is belangrijk om de maaltijden te verrijken met eiwitten en calorieën", legt ze uit. Energierijkere voeding kan je verkrijgen door vetten (boter, verse room, oliën,...) of koolhydraten (modulaire producten of gedehydrateerde aardappelpuree) toe te voegen. Extra eiwitten verkrijgt je door eieren, kaas, melk- of eiwitpoeder toe te voegen aan de bereidingen. Dit vraagt een zekere expertise en een mini-

mum aan human resources, die niet altijd beschikbaar zijn in de instellingen.

Politieke aanpak

De federale overheid is zich bewust van deze problematiek. Vier parlementsleden hebben in de lente van 2011 een besluit ingediend bij het Federale Parlement. Bij de concrete voorstellen zitten

onder andere de systematische opsporing van personen boven de 75 jaar, de terugbetaling van voedzame dranken, dieetkundige tips (België staat op dit vlak laatste in het Europese klassement) en betere informatie van de verzorgers en gezinnen of de structurele ondersteuning van ploegen die instaan voor de opvolging op vlak van voeding bij oudere patiënten in instellingen.

Hoewel België op Europees niveau een belangrijke rol speelt op vlak van sensibilisering bij ondervoeding, is er nog veel werk aan de winkel om de banalisering van deze problematiek in de kiem te smoren.



Stéphanie Brisson

stephanie.brisson@mloz.be



BELANGRIJK: het 5^{de} Congres van de Belgische Vereniging van Voedingsdeskundigen op 8/10 is volledig gewijd aan ondervoeding (zie p.33)

Hulpmiddelen voor zorgverleners

Om extreme situaties te vermijden, kunnen eenvoudige en concrete acties op touw gezet worden in de instellingen: preventie en opleiding van verzorgend personeel of de systematische opsporing van risicopersonen.

Er bestaan verschillende opsporingsmethodes. Ze zijn opgenomen in de aanbevelingen van het Nationaal Voedings- en Gezondheidsplan voor België. Een van de bekendste opsporingstesten is de MNA, de Mini Nutritional Assessment. Met die test kan je bij de oudere persoon op 10 à 15 minuten tijd het risico op of de ondervoeding zelf vaststellen. Hij wordt uitgevoerd bij de opname in het ziekenhuis of in het rusthuis. Deze test zou het best gevolgd worden door een nauwkeurig uitgewerkt programma door een diëtist, een verpleegkundige of een arts. De vragenlijst van een bladzijde evalueert de ondervoeding aan de hand van criteria als eetlust, gewichtsverlies, motoriek of psychologische aandoeningen.

Onbestaande opleiding

Naast opsporing moet natuurlijk ook de klemtoon gelegd worden op preventie, meer bepaald bij de gezondheidsprofessionals die met ouderen werken. Hiervoor moet een specifieke opleiding georganiseerd worden. Zo'n opleiding bestond niet, waarop de Franstalige vereniging van diëtisten besloot om een diëtistische specialisatie in te voeren voor ouderen, bedoeld voor diëtisten. Deze groepering organiseert ook opleidingsmodules voor het personeel van rust-

huizen. "We merken bijvoorbeeld dat de kok van het rusthuis geen enkele opleiding heeft gehad op vlak van voeding voor ouderen," legt diëtiste Hélène Lejeune uit. "Hij dient dus schotels op die niet afgestemd zijn op bejaarden of die te kleine hoeveelheden bevatten voor iemand die niet genoeg eet. Deze personen vereisen bijzondere aandacht en ze moeten een verrijkte voeding voorgeschoteld krijgen. Maar als de kok hiervoor geen opleiding gekregen heeft en hij het materiaal of de nodige instructies niet heeft gekregen, dan zal hij de voedingswaarde niet kunnen verhogen en zal de bejaarde ondervoed raken. Voor mij staat het niet opleiden van personeel dat verantwoordelijk is voor de verzorging van ouderen, gelijk aan mishandeling..."

Personeel opleiden

Veel oplossingen voor ondervoeding bij ouderen zijn heel eenvoudig toe te passen. Denk maar aan voedingstips, opvolging in een medisch dossier, helpen bij het eten, de maaltijden versnijden, ... In 96 ziekenhuizen vonden pilootprojecten plaats waarbij deze aanpassingen werden toegepast. De verantwoordelijke ploegen stelden er een verbetering vast van de gezondheidstoestand van de patiënten, maar wezen ook op het grote gebrek aan personeel om deze taken te kunnen uitvoeren. Net zoals binnen andere gezondheidsdomeinen zal ook hier de uitdaging zijn om het bevoegde personeel op te leiden en de capaciteiten te geven om zijn rol binnen het systeem van volksgezondheid te vervullen.

Voeding begeleiden

Welke rol voor de verzorgers?

Artsen, verzorgers, verpleegkundigen, gezinshelpers en zelfs kinesisten: allemaal moeten ze hun verantwoordelijkheid opnemen op vlak van de opvolging van voedselinname bij ouderen. Of het nu in het ziekenhuis, het rusthuis of thuis is. Een overzicht van ieders rol!

In de ziekenhuizen is de aanpak van ondervoeding verbeterd omdat elke opgenomen persoon gecontroleerd wordt op ondervoeding en het risico erop. "Ondervoeding in het ziekenhuis is een complexe situatie. Ook al wordt er momenteel veel opsporing gedaan, daar mag het niet stoppen. De lijn moet ook worden doorgetrokken naar de samenstelling van de maaltijden, de verdeling ervan en de controle op wat er effectief opgegeten werd", legt diëtiste Hélène Lejeune uit.

In de rusthuizen

Binnen deze structuren is de persoon die de maaltijden ronddeelt vaak de **zorgkundige**. Die kan vaststellen of de bewoner zijn of haar maaltijd heeft opgegeten. Bij abnormaal eetgedrag kan hij of zij dit melden.

De **hoofdverpleegkundige** houdt het medische dossier bij van de bewoner. Hij of zij moet de gegevens bijhouden in verband met de voeding die hij/zij doorkrijgt van de andere hulpverleners.

Ook de **kinesist** is een cruciale bron van informatie: hij kan melden of de patiënt iemand is die vaak valt en hoe groot de kans is dat dit opnieuw gebeurt. Op basis van deze informatie kan het menu van de oudere persoon aangepast worden om hem zo wat aan te sterken.

Soms slaagt een bewoner er niet meer in om met mes en vork te eten of heeft hij last van bevingen. Het is dan aan de **ergotherapeut** om in te grijpen. Ofwel door aangepast bestek voor te stellen, zodat de oudere persoon zelf kan blijven eten of door hem te leren hoe hij zijn bestek anders kan gebruiken. In bepaalde rusthuizen is ook een **logopedist** aanwezig. Hij kan bewoners met slikproblemen helpen om hun voedsel weer normaal naar binnen te krijgen.

Wat het eten zelf betreft, zou de **kok** aangemoedigd moeten worden om menu's te bereiden die aangepast zijn aan de noden van de ouderen.

Naast al deze interne actoren kan ook de **behandelende arts** informatie doorgeven zoals de biomerkers in verband met de voeding.

Thuis

Bij personen die nog in staat zijn om zelfstandig te wonen, is het essentieel om ervoor te zorgen dat ze niet geïsoleerd raken. De aanwezigheid van de familie is hierbij uiteraard belangrijk, maar ook de **behandelende arts** speelt een grote rol. Hij houdt alle informatie over zijn patiënt bij. Hij controleert ook de vorm waarin de oudere persoon verkeert, houdt zijn gewicht in het oog en nodigt de patiënt op regelmatige basis uit om zich

opnieuw te laten wegen.

Daarnaast zijn er nog andere aanwijzingen die een belletje kunnen doen rinkelen bij de zorgverlener die bij een oudere persoon thuis langsgaat (kine, verpleegkundige, ...). Is het huisdier niet fel verdikt? Dat zou erop kunnen wijzen dat de helft van de maaltijden in zijn voederbakje verdwijnt. Zit de koelkast goed vol? Heeft de persoon psychologische problemen die kunnen veroorzaakt zijn door zowel ziekte als uitdroging?

Is **gezinshulp** mogelijk? Dan is het interessant dat die hulpverlener aanwezig is tijdens de maaltijden. Een oudere persoon eet namelijk vaak liever in gezelschap dan alleen. "Het is alleszins cruciaal om de omkadering van de risicopersonen voor ondervoeding thuis uit te breiden", benadrukt Hélène Lejeune.

In ieder geval moet de opvolging bij ondervoeding multidisciplinair zijn. Het besluitvoorstel, ingediend in mei 2011 bij het Parlement, benadrukt eveneens de nood aan samenwerking tussen de verschillende personen die in contact komen met de oudere persoon en pleit voor een structurele ondersteuning van deze ploegen in de ziekenhuizen en dagcentra.

Stéphanie Brisson

stephanie.brisson@mlloz.be

Ondervoeding versnelt het dementieproces



Dr. Jean-Pierre Baeyens

“Ondervoeding heeft verstrekkende gevolgen voor personen met dementie. Ze takelen niet alleen fysiek sneller af, maar hebben ook intensievere verzorging nodig. Dat kost de zorgsector handenvol geld”, benadrukt Dr. Jean-Pierre Baeyens, co-voorzitter van de European Nutrition for Health Alliance. Volgens hem gaat het om een zeer complex en onderschat fenomeen.

Veroorzaakt dementie ondervoeding?

Jean-Pierre Baeyens - Het is zo dat personen met dementie minder eten omdat ze hun smaak- en geurzin verliezen. Voeding smaakt hen dus minder. Met het vorderen van de ziekte wordt eten met mes en vork ook steeds moeilijker. Daarnaast vergeten personen met dementie die nog alleen wonen vaak te eten of boodschappen te doen. Anderzijds hebben ze net méér voeding nodig omdat ze meer energie verbruiken. Door de verwarring doen ze namelijk veel onnodige inspanningen.

Bovendien zijn ouderen met een gevorderde vorm van dementie stijver, waardoor ze een grotere spiermassa in permanente contractie hebben. Ook dat vraagt extra energie. Daardoor hebben de betrokken personen vlug honger, zelfs wanneer ze net gegeten hebben. Men denkt vaak ten onrechte dat ze dat al vergeten zijn. Ze krijgen dan een kalmeringsmiddel terwijl een boterham zou volstaan.

Versnelt ondervoeding het dementeringsproces?

J.-P. B. - Zeker en vast! Door ondervoeding raken personen met dementie sneller in een neerwaartse spiraal. Eerst breekt hun vetmassa af, wat niet problematisch is. Maar wanneer ook de spiermassa vermindert, verliezen personen met dementie hun kracht en daarmee ook hun mobiliteit. Ze bewegen minder en vallen meer. Daarop immobiliseert men ze door hen vast te binden of kalmeringsmiddelen toe te dienen, waardoor ze nog stijver worden en contracturen van armen en benen krijgen. Het is dan een kwestie van tijd vooraleer ze in bed in een foetale houding eindigen. Een hongergevoel wekt ook frustratie en agressiviteit op. Daarbij grijpt men makkelijk naar kalmeringsmiddelen, met hetzelfde resultaat. Dat terwijl doorvoede personen met de-

mentie tot op de laatste dag van hun leven nog goed te been kunnen zijn.

Is er een alternatief voor traditionele voeding?

J.-P. B. - Niet echt. Sondevoeding moet zo veel mogelijk vermeden worden, zelfs op het einde van het dementieproces. Personen met dementie ervaren dit als zeer irritant en trachten de sonde uit te trekken. Daardoor schakelt men vaak over op een gastrostomie, wat totaal onmenselijk is.

Het is bewezen dat dit de levensverwachting namelijk niet verlengt, maar net aanleiding geeft tot extra problemen als reflux. Dementie is geen geldige reden om sondevoeding toe te passen.

Onderschat de zorgsector het probleem van ondervoeding?

J.-P. B. - Mijns inziens wel. De bedoelingen zijn goed, maar de klemtoon ligt in zorgcentra doorgaans te veel op medicatie, hygiëne en het vermijden van vallen en te weinig op de essentie van gezonde en evenwichtige voeding. In een thuis- en ziekenhuisomgeving is ongeveer een op de drie personen ondervoed. In woon- en zorgcentra stijgt dat aantal tot een op de twee. Dit zijn uiteraard gemiddelden. Bovendien versterkt ondervoeding de nood aan zorg. Mits een goede doorvoeding zouden heel wat personen langer actief blijven en minder snel zorgbehoevend worden. Vele huisartsen koesteren ook de opvatting dat dementeren automatisch gepaard gaat met vermageren. In andere gevallen worden ouderen nog op dieet geplaatst terwijl dit op hogere leeftijd helemaal geen effect meer heeft. Integendeel, hoe meer ouderen met dementie wegen, hoe langer ze leven.



Jan Dhondt

jan.dhondt@mloz.be

De European Nutrition for Health Alliance wil Europese overheden wijzen op de kost van onnodige ziekenhuisopnames door ondervoeding

Mondgezondheid bij senioren, een punt dat verzorgers al te vaak uit het oog verliezen?



Professor Marc Lamy

De verslechtering van mond en tanden bij ouderen kan tot ondervoeding leiden. Volgens Professor Marc Lamy, diensthoofd bij het CHU van Luik, overstijgt deze risicofactor ruimschoots het kader van de voeding. Een slechte mondgezondheid tast zelfs het algemene welzijn aan.

Professor Lamy, u hebt een doctoraatsthesis gemaakt over de invloed van de gezondheid van mond en tanden op het voedingspatroon van ouderen in rusthuizen (ROB) en verzorgingstehuizen (RVT). Wat zijn uw conclusies?

Marc Lamy - Ik wilde nagaan of een slechte gezondheid van mond en tanden tot ondervoeding kan leiden bij ouderen. Met 'gezondheid van mond en tanden' bedoel ik de 'mondgezondheid'. Kortom, al wat zich in de mond bevindt. De studie heeft aangetoond dat een slecht behandelde mond tot kauwproblemen kan leiden (idem wanneer men niet de juiste prothese heeft). Personen met dergelijke problemen zijn verplicht om op zoek te gaan naar voedingsmiddelen die ze wel kunnen kauwen, maar dergelijk voedsel heeft niet noodzakelijk een hoge voedingswaarde. Ze slik-

ken ook grote brokken in, wat niet bevorderlijk is voor de vertering. In instellingen wordt de voeding daarenboven soms gemixt. Het resultaat ziet er niet altijd even appetijtelijk uit en we eten ook met de ogen. De patiënt gaat dus minder eten. Een slechte mondgezondheid is dus wel degelijk een risicofactor voor het ontstaan van ondervoeding.

Hoe zit het met de algemene toestand van mond en tanden bij ouderen?

M.L. - Ik beschik niet over cijfers voor België, maar uit tal van Europese studies blijkt dat gemiddeld 60 % van de ouderen in instellingen volledig tandeloos is. Bij de overblijvende 40 % bedraagt het gemiddelde aantal tanden 10. Sommige tandeloze personen zonder prothese zijn zeer gelukkig. Anderen hebben een of zelfs twee protheses, maar die zijn slecht gemaakt. Deze

ouderen weten ook niet hoe ze deze moeten gebruiken of ze zijn door ondervoeding zodanig vermagerd dat hun prothese niet meer past.

Hoe verklaart u die slechte mondgezondheid?

M.L. - Meerdere factoren spelen een rol. Eerst en vooral beschouwen ouderen het verlies van hun tanden als een normaal gevolg van het verouderingsproces, net zoals haarverlies. Niets is nochtans minder waar! Ouderen beschouwen dergelijke problemen ook niet als van levensbelang, in vergelijking met andere ziektes. Onze mond is nochtans de toegangspoort van ons organisme. Als zich daar bacteriën nestelen, dan kunnen er ernstige problemen ontstaan als longaandoeningen en hartziektes. Een slechte mondgezondheid kan deze problemen ook verergeren. De toegankelijkheid van de zorg is

een ander terugkerend probleem. Sommige bejaarde patiënten zijn niet echt mobiel en de plaatsen waar ze zich kunnen laten verzorgen zijn zelden afgestemd op het onthaal van patiënten met een verminderde mobiliteit.

Ouderen hebben overigens vaak zo goed als geen bewarende verzorging gekregen. Men trok vroeger veel vlugger tanden en er werd destijds veel minder aan pijnbestrijding gedaan. Die slechte herinneringen zorgen ervoor dat de bejaarde niet echt happig is om een tandarts te raadplegen. De kostprijs van de verzorging is ook een drempel voor ouderen. De ziekteverzekering betaalt slechts een deel terug. Implantaten zijn en blijven bijvoorbeeld zeer duur.

Wat zijn de mogelijke oplossingen?

M.L. - Eerst en vooral moeten we echte informatiecampagnes op touw zetten, zoals bij kinderen al

het geval is.

De personen die ouderen verzorgen en zich om hun hygiëne bekommeren, zouden ook beter opgeleid moeten worden. Het verzorgend personeel in instellingen, in de ruime zin van het woord, trekt zich over het algemeen weinig aan van de mondgezondheid van de ouderen. Een klein voorbeeld: aan patiënten in het ziekenhuis zal men wel voorstellen om zich te wassen, maar niet om hun tanden te poetsen. Alsof de mond geen deel uitmaakt van het lichaam. Huisartsen staan op de eerste rij om beslissingen te nemen over het slikken van geneesmiddelen,

over de doorverwijzing naar specialisten, enz. Ze doen een beroep op specialisten in functie van de behoeften van de patiënt, maar ze verwijzen zelden of nooit door naar een tandarts!



Nathalie Renna

nathalie.renna@mloz.be

De personen die ouderen verzorgen en zich om hun hygiëne bekommeren, moeten beter worden opgeleid.

Een gezonde mond is goed voor lijf en leden

“Tanden dienen niet alleen om te eten”, bevestigt Professor Lamy. “Het hele sociale leven hangt ervan af: we praten elke dag, we lachen graag, we gaan op restaurant. Sommigen hebben het daar moeilijk mee vanwege de toestand van hun mond: ze lachen met een hand voor hun mond. Sociale en persoonlijke problemen zijn dus ook mogelijk.

De ‘geneugten van het tafelen’ zijn overigens soms het enige plezier dat nog overblijft voor bejaarden. Als ze kauwproblemen hebben (pijn of een prothese die niet goed blijft zitten), zullen ze gezelschap tijdens de maaltijd proberen te vermijden. Ze isoleren zich meer en een depressie loert om de hoek. De mondgezondheid heeft dus een invloed op het algemene welzijn”.

Leestips rond het onderwerp ‘Ondervoeding bij ouderen’

Cahier Ouderenzorg: Ondervoeding bij ouderen

In dit cahier spit Lieven Goeminne het thema van ondervoeding bij ouderen verder uit. Waarom zijn vooral ouderen vatbaar voor ondervoeding? Hoe kunt u het probleem herkennen? En hoe valt ondervoeding te voorkomen? Het zijn slechts enkele vragen waarop dit boek een antwoord biedt. Bovendien vormen enkele praktische casussen een interessante aanvulling op de theorie.



Lieven Goeminne, foto: Waldo Peeters
Kluwer, ISBN 978-90-465-1991-2

De mond, spiegel van gezondheid

De mondgezondheid is een goede waardemeter voor het algemene welzijn, dat besef begint met mondjesmaat door te dringen. Dit boek reikt daarom een aantal preventieve strategieën aan om de belangrijkste mondproblemen aan te pakken.

Bovendien staan de auteurs ook uitgebreid stil bij mondzorg bij kwetsbare groepen, waaronder ouderen en gehandicapten. Kortom, gevonden vreten voor zowel tandartsen, verzorgers als al wie geïnteresseerd is in deze problematiek!



Luc Martens, Dominique Declerck,
Roos Leroy, Jackie Vanobbergen,
Acco, ISBN 978-90-334-7398-2



Jan Van Emelen
Directeur Innovatie bij de
Onafhankelijke Ziekenfondsen

Het debat

Moeten de ziekenhuizen hun verschillende kwaliteitsindicatoren bekend maken om zo een openbare ranking te creëren? Jan Van Emelen, Directeur Innovatie bij de Onafhankelijke Ziekenfondsen, en Peter Degadt, gedelegeerd bestuurder van Zorgnet Vlaanderen, buigen zich over deze vraag en doen hun visie uit de doeken!



Peter Degadt
Gedelegeerd bestuurder
Zorgnet Vlaanderen*

"De patiënt moet kunnen kiezen"

Ik ben een vurige voorstander van een grote transparantie naar de patiënten toe. Zij moeten namelijk een vergelijking kunnen maken tussen de verschillende ziekenhuizen om op die manier de voor hen beste oplossing te kunnen kiezen. Uit wetenschappelijk onderzoek in de VS is bijvoorbeeld al gebleken dat patiënten wel degelijk minder goed gequoteerde ziekenhuizen mijden wanneer verschillende cijfers over de ziekenhuizen openbaar worden gemaakt. De patiënten hebben dan ook het recht om geïnformeerd te zijn.

Ik pleit er dus voor om een einde te maken aan de geheimdoenerij. Ziekenhuizen moeten via verschillende indicatoren en parameters hun resultaten openbaar kunnen maken. Op hun site bieden de Onafhankelijke Ziekenfondsen al een tool aan met de supplementen van alle Belgische ziekenhuizen. Waarom niet hetzelfde doen met andere cijfers, die door de ziekenhuizen zelf worden aangereikt? Neem nu obesitasbehandelingen: hoeveel patiënten behandelt een ziekenhuis?, wat zijn de resultaten na 5 jaar?, ... Er mogen geen grenzen zijn aan de openheid van de ziekenhuizen naar de patiënten toe.

De ziekenfondsen kunnen zelf een belangrijke rol spelen in deze evolutie. Waarom bieden ze geen specifiek webdocument aan waarop ze hun verschillende indicatoren kunnen invullen? Dat kan gaan van cijfers over hospitalisatieduur tot informatie rond hotelzorg (tv, internet, ...). Die formulieren kunnen dan vervolgens worden gepubliceerd op de sites van de ziekenfondsen.

Dit model zou ongetwijfeld een katalysator zijn voor een nog betere verzorging in de ziekenhuizen. Transparantie is namelijk de perfecte motor voor een stijgende kwaliteit. Ik hoop dan ook dat zo'n positief partnerschap tussen ziekenhuizen en ziekenfondsen ooit werkelijkheid wordt!

"De kunst van het geven van goede informatie?"

Ziekenhuizen hebben alle baat bij transparantie. Op zich is het dus een goede zaak dat de cijfers en resultaten van de ziekenhuizen gepubliceerd worden. Maar zo eenvoudig ligt een openbare ranking van ziekenhuizen nu ook weer niet. Er bestaat namelijk niet zoiets als een 'goed' of een 'slecht' ziekenhuis. Ziekenhuisgegevens zijn heel complex en dus is duiding voor de patiënt cruciaal.

Eerst en vooral wil de patiënt weten waar hij kan rekenen op veilige zorg, wat logisch is. Maar die informatie moet eigenlijk de keuze voorafgaan. Onveilige zorg mag geen deel uitmaken van het aanbod. Een belangrijke rol ligt bij de zorgverstrekkers. De federale colleges van de verschillende geneeskundige disciplines moeten duidelijk en eenduidig stellen welke standaarden ze hanteren om 'veilige zorg' te definiëren. Zorgverstrekkers, afdelingen of ziekenhuizen die niet aan deze standaarden beantwoorden, moeten ofwel onmiddellijk de nodige maatregelen treffen of alle behandelingen staken. Desnoods moet de overheid optreden en sluiten.

Maar de patiënt wil uiteraard ook weten wat de kwaliteit van de geleverde zorg is. En de informatie hierover is niet altijd zo makkelijk in eenvoudige lijstjes te gieten. **Het gaat over structuur-, proces- en outcome-metingen, die wetenschappelijk onderbouwd moeten zijn.** Vandaar dat wij een hevige pleitbezorger zijn van accreditatie. Hierbij licht een onafhankelijke derde partij de ziekenhuizen door, een systeem dat én volledige transparantie én voldoende duiding garandeert.

Maar dit betekent zeker niet dat Zorgnet Vlaanderen tegen transparantie in ziekenhuizen is. Wij bevinden ons in het kamp van de patiëntveiligheid en openheid over alle gegevens, maar... met correcte duiding en wetenschappelijk onderbouwde informatie.

* Zorgnet Vlaanderen is een koepelorganisatie die meer dan 500 Vlaamse zorginstellingen vertegenwoordigt: ziekenhuizen, rust- en verzorgingstehuizen, enz.

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

Therapeutische innovatie

Een nieuwe benadering voor de financiering van geneesmiddelen

“Artikel 81”*, een Belgische invulling van “risk sharing” (risico’s delen) voor farmaceutische innovatie, is al een jaar van kracht, maar is nauwelijks bekend. Een streepje duiding!

* Artikel 81 tot 85 van het K.B. van 21.12.2011

De laatste jaren maken verschillende landen gebruik van een nieuwe benadering voor de financiering van geneesmiddelen, de zogenaamde “risk sharing schemes”. Ook in België bepaalt de wet dat het mogelijk is om een overeenkomst te sluiten tussen een farmaceutisch bedrijf en het RIZIV. Dit kan als de gewone procedure via de Commissie voor Terugbetaling Geneesmiddelen (CTG) niet tot een positief advies voor terugbetaling heeft geleid en het geneesmiddel toch een mogelijk antwoord biedt op een “unmet medical need”.

Zo’n contract, “Artikel 81” genaamd, maakt dan een tijdelijke terugbetaling van deze veelbelovende behandeling mogelijk. Maar deze terugbetaling wordt zowel gekoppeld aan een dataregistratie en verplichte evaluatie, als aan een systeem om het budget ondertussen binnen de perken te houden. Het contract kan worden afgesloten voor weesgeneesmiddelen, specialiteiten waarvoor een klasse 1 aangevraagd werd (therapeutische meerwaarde) of geneesmiddelen waarvoor een terugbetaling gevraagd wordt omwille van een nieuwe indicatie waarvoor een therapeutische of sociale nood bestaat.

Tijdelijke terugbetaling

Bij het afsluiten van het contract leggen de partijen de regels voor de wetenschappelijke beoordeling en voor de compensatie van de budgettaire risico’s vast. Het geneesmiddel wordt ingeschreven voor een tijdelijke terugbetaling

(maximaal 3 jaar). De gegevens die verzameld worden tijdens deze periode kunnen bijdragen tot een re-evaluatie van de therapeutische doeltreffendheid, de verhouding kost/therapeutische meerwaarde en de budgettaire impact.

De onderhandelingen met de farmaceutische firma gebeuren via een specifieke werkgroep. Deze bestaat uit vertegenwoordigers van de ministers van Begroting, Sociale zaken en Economie, vertegenwoordigers van de verzekeringsinstellingen, van Pharma.be en de betrokken firma. Zij moeten een strikte tijdsplanning van 120 dagen respecteren.

Stand van zaken

Na een jaar zijn in België 7 contracten afgesloten. Daarbij werd het aspect “risico’s delen” op verschillende manieren ingevuld, zoals

door prijs/volumecontracten of een formule “pay for result” (betalen in functie van resultaat).

Een voorlopige evaluatie van het “Artikel 81” is aan de gang, maar deze kan niet los gezien worden van de evaluatie van de Commissie voor Terugbetaling Geneesmiddelen (CTG), na 10 jaar werking. Wijzigingen in de procedures van de CTG moeten leiden tot selectievere aanvragen voor een “Artikel 81” in de toekomst. Daarenboven moeten de afspraken met de firma’s op het einde van het contract (3 jaar) geformaliseerd worden. Eén ding is alvast zeker: dankzij dit “Artikel 81” is België een interessant werkterrein geworden voor onderzoekers om na te gaan of “risk sharing” echt werkt.

Chris Van Hul & Claire Huyghebaert
Experten

Meer duidelijkheid

Na één werkingsjaar zijn de partners in dit onbekende terrein naar elkaar toe gegroeid. Aanvankelijk werden de mogelijkheden afgetast. Sommige firma’s beschouwden “Artikel 81” onterecht als een soort van herkansing om toch een veel hogere prijs te bekomen dan die van de Commissie voor Terugbetaling Geneesmiddelen (CTG). Maar “Artikel 81” moet evenmin een instrument worden voor de verzekeringsinstellingen om een absolute bodemprijs te bedingen.

“Artikel 81” is bedoeld om klaarheid te scheppen over de meerwaarde van een geneesmiddel en zijn reële budgettaire impact (aantal patiënten, optimale posologie, gemiddelde duurtijd, gemiddeld aantal aanvallen, ...). Daarenboven is de mogelijkheid van een “Artikel 81” ook een stimulans voor de farmaceutische industrie om haar innovatieve activiteiten in België voort te zetten.

270

Dat is het maximale aantal kinesitherapeuten dat tussen 2009 en 2015 in Vlaanderen jaarlijks erkend mag worden om behandelingen uit te voeren in een praktijkkamer en bij de patiënt thuis in het kader van de ziekteverzekering, zo luidt het advies van de Planningscommissie Medisch Aanbod.



Doorbraak in strijd tegen immuunziektes

Er is een nieuw type van cellen ontdekt dat kan helpen bij het bewaren van het evenwicht tussen een overactief en een onvoldoende actief immuunsysteem. Dat kondigen de K.U.Leuven en het Vlaams Instituut voor Biotechnologie (VIB) aan. Talloze mensen lijden aan een ziekte van het immuunsysteem. Ofwel gaat het om een overactief systeem met allergieën en auto-immuunziektes tot gevolg, ofwel om een onvoldoende actief immuunsysteem. In dat geval treden infecties of tumoren op. Dit nieuwe type van cellen zet echter een rem op de groei van afweercellen die antistoffen aanmaken, dixit de KUL en het VIB.

www.vib.be – www.kuleuven.be

eHealth al goed ingeburgerd in Belgische ziekenhuizen

Het gebruik van digitale radiografie, het delen van verschillende gegevens met externe partners, eenzelfde elektronisch patiëntenrecord in alle afdelingen: op al deze punten scoren de Belgische ziekenhuizen beter dan het Europese gemiddelde als het over eHealth gaat. In vergelijking met andere landen zijn onze ziekenhuizen ook goed toegankelijk van buitenaf. Dat wijst een studie in opdracht van de Europese Commissie uit.

Ook het gedeelde elektronische patiëntendossier raakt steeds meer ingeburgerd. Toch is er nog werk aan de winkel. Zo is het elektronische medicatievoorschrift in heel Europa nog voor verbetering vatbaar, ook in België. De echte achillespees blijkt echter telemonitoring. Dat is het enige punt waar ons land onder het Europese gemiddelde uitkomt.

Infoavond 'Mijn woonst, mijn toekomst... voor personen met een handicap' op 17 oktober 2011

Personen met een handicap hebben zeer verscheiden noden als het over wonen gaat. Er bestaat dan ook een breed spectrum aan woon-, begeleidings- en opvangvormen. Op deze infoavond komen deze diverse mogelijkheden allemaal aan bod. Daarnaast zal ook dieper worden ingegaan op het creëren van nieuwe woonprojecten en de rol van coöperatieven als mogelijke oplossing voor de toekomst.

Deze infoavond vindt plaats op **17 oktober in de Provincieraadzaal van het Provinciehuis van Leuven**. Inschrijven kan tot 1 oktober!

www.vgph.be



Een gids over het rationeler voorschrijven van testen in de klinische biologie



Een paradox: sommige testen worden voorgeschreven met de losse pols, terwijl er geen wetenschappelijke aanbevelingen terzake zijn en andere testen worden dan weer niet vaak genoeg voorgeschreven bij bepaalde bevolkingsgroepen. Het RIZIV vond dan ook dat het

tijd was om de puntjes op de i te zetten en heeft aanbevelingen opgesteld om de artsen aan te sporen om op rationele wijze testen in de klinische biologie voor te schrijven. De brochure focust op de opsporing van frequente aandoeningen en van seksueel overdraagbare aandoeningen. Ook de opvolging van de zwangerschap wordt behandeld.

De gids is terug te vinden op www.riziv.be.

2 %

Het sterftecijfer daalt met 2 %, telkens wanneer men een verpleegster toevoegt aan een zorgeenheid in een ziekenhuis.



40 % minder infecties met de ziekenhuisbacterie dankzij antimicrobieel koper

Het gebruik van oppervlakken in antimicrobieel koper in de kamers van de intensieve zorgeenheden heeft het aantal en de incidentie van infecties met de ziekenhuisbacterie met 40 % verminderd. Dat is gebleken uit een groots opgezette klinische proef in 3 ziekenhuizen in de Verenigde Staten. In de kamers met oppervlakken in koper werd een vermindering met 97 % van de oppervlaktepathogenen vastgesteld. Dat komt neer op dezelfde zuiverheid als bij de grondige schoonmaak van de kamer wanneer een patiënt het ziekenhuis verlaat.

<http://www.musc.edu/pr>

14.665

Dat is het aantal gemachtigde apothekers in België in 2010.

Mijn.vaph.be: elektronisch loket voor personen met een handicap

Het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (VAPH) heeft sinds kort een webapplicatie gelanceerd waardoor personen met een handicap hun persoonlijke gegevens ook online kunnen raadplegen.

Mijn.vaph.be kwam tot stand dankzij de nauwe samenwerking met de personen met een handicap zelf. De tool is daardoor heel eenvoudig en gebruiksvriendelijk. Een elektronische identiteitskaart en een kaartlezer of token volstaan om het dossier in te kijken. Dit elektronische dossier is slechts één stap in het vernieuwingsproces van het VAPH. Om informatie dichterbij de mensen met een handicap te brengen, denkt de organisatie namelijk al vooruit. Zo zullen in de toekomst ook elektronische aanvragen en wijzigingen mogelijk worden via mijn.vaph.be!

www.vaph.be

Ziekenhuizen evolueren van plaatsen waar patiënten verblijven en artsen kunnen raadplegen naar gespecialiseerde zorgkruispunten, waar alleen nog ingewikkelde behandelingen gegeven worden.”

Brieuc Van Damme,
fellow van het Itinera Institute

Organisatie van de gezondheidszorg

Is het Belgische overlegmodel voorbijgestreefd?

Deze vraag lokt zowel hevige reacties als verraste vragen uit. Ze verdient dan ook een genuanceerd antwoord. Er lijkt zich een consensus af te tekenen over de noodzaak van een herziening van ons imperfecte overlegmodel, maar men is het er ook over eens dat we het kind niet mogen weggooien met het badwater. In de praatstoel: Jo De Cock, administrateur-generaal van het RIZIV, Bernadette Adnet, raadgever van het VBO, en Michel Vermeylen, lid van de BVAS.



Jo De Cock



Michel Vermeylen



Bernadette Adnet

“We kunnen gerust stellen dat de boel al enkele jaren vierkant draait!”. Het gesprek neemt meteen een vliegende start met deze opmerking van Michel Vermeylen, voorzitter van de Vereniging van Huisartsen en lid van de BVAS. “Er is eigenlijk geen overleg meer”, voegt hij er nog aan toe. Bij het Verbond van Belgische Ondernemingen (VBO) horen we een meer genuanceerde reactie. “Het bestaande model heeft zeker nog zin, maar het is aan modernisering toe. Het is namelijk zeer log en traag”, zegt Bernadette Adnet, adviseur. “Men laat de dingen te veel op hun beloop, de deelnemers worden niet aangespoord om zaken te veranderen”.

De rol van elkeen

Beide partijen wijzen allebei met een beschuldigende vinger naar de ziekenfondsen, die verantwoordelijk zouden zijn voor de traagheid van het systeem. Volgens het artsensyndicaat wegen de ziekenfondsen veel te zwaar door. “De invloed van de ziekenfondsen op de ministers en alle bestuursorganen is te

groot. Zij zijn het die uiteindelijk de agenda bepalen, dankzij zware drukkmiddelen”, verklaart Michel Vermeylen met spijt.

Ook het VBO vindt dat de ziekenfondsen stokken in de wielen steken, maar zijn argumenten zien er anders uit. “De ziekenfondsen dragen niet genoeg financiële verantwoordelijkheid en de artsensyndicaten en de zorgverleners zijn dan weer oerconservatief”, legt Bernadette Adnet uit.

De beide vertegenwoordigers spreken overigens unaniem hun ongenoegen uit over de rol van de regeringsbank in het overleg. Het vetorecht van die laatste belet immers elke discussie ten gronde. “De regering geeft de doorslag via haar vetorecht”, zegt de VBO-adviseur. “Eigenlijk hebben we niks in de pap te brokken. Als een regeringsvertegenwoordiger zijn veto stelt, gaan we terug naar af”. Michel Vermeylen vindt dat de onderhandelingen te gepolitiseerd zijn. “In België kreunen we onder het gewicht van de politieke zuilen. Een apolitiek systeem zou wenselijk zijn”, werpt hij op.

...

Politieke verantwoordelijkheid

Jo De Cock, administrateur-generaal van het RIZIV, maakt korte metten met die beschuldigingen: het vetorecht wordt slechts uitzonderlijk gebruikt. "De regering keurt de begroting goed via de Algemene Raad", legt hij uit. "Die begroting bevat politieke keuzes en die zijn de verantwoordelijkheid van de regering". Voor Jo De Cock is het overleg slechts een onderdeel van het bestuur. "Sommigen denken dat het aan hen is om te beslissen en dat de politieke wereld zich moet beperken tot het zetten van zijn handtekening! Nee, het overleg is een evenwichtsoefening. Men moet de partners voldoende 'responsabiliseren' en tegelijkertijd terechte en duidelijke keuzes maken", verklaart hij. "Natuurlijk zal het voor de werkgevers altijd te veel zijn en voor anderen is het dan weer niet genoeg of maakt men de verkeerde keuzes, omdat zij niet bij de zaak betrokken zijn".

“Wie integratie zegt, zegt ook een geïntegreerde visie. Ook die laatste moet er komen. Er is alsmaar meer transversaal overleg nodig, zoals voor eHealth of de zorgtrajecten”

de zorgprogramma's die niets opgeleverd hebben. De inertie in de gezondheidszorg is groot, want men raakt niet graag aan het inkomen van de zorgverleners...", zegt zij.

Bij het RIZIV geeft men toe dat het overlegmodel aan een modernisering toe is. "Het overleg moet zeker duidelijker worden. Er zijn te veel vergaderingen, te veel cenakels en dus ook overlappingsen", verklaart Jo De Cock, administrateur-generaal van het RIZIV. "Ik

denk dat iedereen het erover eens is dat er rationeler gewerkt kan worden. We moeten ook duidelijk weten wat we willen bereiken met onze gezondheidszorg en welke onze doelstellingen zijn".

Een visie op de gezondheid

Jo De Cock meent inderdaad dat het overlegsysteem bekeken moet worden in termen van gezondheidsprioriteiten. De krijtlijnen van die visie zullen de organisatie van de zorg bepalen. Een van de

uitdagingen van de sector is om geïntegreerde zorg te organiseren. De werking van de bestuursorganen moet herzien worden in dit licht. "De totstandkoming van die geïntegreerde visie is een van de sleutelopdrachten voor de toekomst. Er zal gecommuniceerd moeten worden tussen structuren: tussen ziekenhuis en rusthuis, tussen thuisverpleegster en ziekenhuis, etc.", legt de baas van het RIZIV uit. "Daar zijn middelen voor nodig en die communicatie moet gecontroleerd worden. Wie integratie zegt, zegt ook een geïntegreerde visie. Ook die laatste moet er komen. Er is alsmaar meer transversaal overleg nodig, zoals voor eHealth of de zorgtrajecten".

...

Een chaotisch beheer?

De actoren van het systeem beschouwen het RIZIV als een log gevaarte, dat van weinig luisterbereidheid getuigt. "We krijgen niet de kans om onze mening te geven over het gezondheidsbeleid", herhaalt Michel Vermeylen. "We doen ons best om signalen te geven, maar dan moet men natuurlijk nog bereid zijn om ons te volgen". Bernadette Adnet vindt dat het beheer te wensen overlaat: "Er valt massa's geld uit te sparen in dit slecht beheerde systeem. Men zou middelen kunnen vrijmaken door uit te roeien wat ondoeltreffend is. Men moet het aandurven om te snoeien in



Het overleg, de gebruiksaanwijzing

Onder het gezag van de Minister van Sociale zaken heeft het RIZIV als opdracht om de verplichte verzekering in België te organiseren en te controleren. Het heeft dus ook als rol om het overleg te organiseren tussen alle actoren van de verzekering geneeskundige verzorging en uitkeringen: ziekenfondsen, vertegenwoordigers uit de gezondheidswereld/ individuele zorgverleners (artsen, kinesitherapeuten, apothekers, ...) en instellingen (ziekenhuizen, rusthuizen, ...) en vertegenwoordigers van de vakbonden van werknemers en van de werkgevers.

Zij onderhandelen allemaal samen over de nomenclatuur, de tarieven, de akkoorden en overeenkomsten, de begrotingen... De partners ontmoeten elkaar in de interne structuren van het RIZIV: Algemene Raad, Verzekeringscomité, Commissie voor Begrotingscontrole, akkoorden- of overeenkomstencommissies, diverse technische raden, etc... Vertegenwoordigers van de regering zetelen in de Algemene Raad, het Verzekeringscomité en de Commissie voor Begrotingscontrole. Een van de sleutelmomenten van het overleg is de opmaak van de globale begroting en van de begroting per sector.

www.riziv.be

Volgens het VBO is er een gebrek aan visie. "De regering heeft niet echt een gezondheidsbeleid en de leiding van het RIZIV zou de aandacht moeten vestigen op heikele punten via de ontwikkeling van performantie-indicatoren", luidt het bij Bernadette Adnet.

Het overleg blijft onlosmakelijk verbonden met de organisatie van de gezondheidszorg, maar er zijn nieuwe impulsen nodig. Uit de gepassioneerde discussie blijkt alvast dat onze onderhandelingsmethode ook troeven heeft. Alle betrokken partijen hebben hun eigen plaats en dragen een verantwoordelijkheid in dit overlegmodel. "In België hebben politici meer respect voor de vertegenwoordigers van de artsen dan in andere landen. Waarschijnlijk vanwege onze betrokkenheid bij het systeem", geeft de vertegenwoordiger van BVAS toe. Iedereen is het hoe dan ook eens over één punt: het overlegmodel is aan verandering toe. De modernisering is ingezet, maar het rijpingsproces vraagt tijd. Oude gewoonten zijn immers moeilijk uit te roeien, zeker als de politieke stabiliteit erdoor in het gedrang wordt gebracht.



Stéphanie Brisson

stephanie.brisson@mloz.be

De doeltreffendheid van het systeem meten

Het RIZIV is bezig met de ontwikkeling van performantie-indicatoren. "Op basis van bestaande modellen uit Canada, Nieuw-Zeeland of Nederland, hebben de federale en Gemeenschapsoverheden gezamenlijk performantie-indicatoren bepaald. Deze geven indicaties over het kwaliteitsniveau, de toegankelijkheid en de activiteiten van het gezondheidssysteem", legt Jo De Cock uit.

Het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) heeft een eerste rapport geschreven (gepubliceerd in 2010). Eind 2012 moet een tweede rapport met nog meer indicatoren verschijnen. "Deze rapporten zouden als beheersmiddelen van het systeem kunnen dienen, om de transparantie te bevorderen. Om de kwaliteit te objectiveren, moet men de sterke en zwakke punten kennen én bijsturen, wanneer nodig. Men moet die indicatoren gebruiken als een handleiding voor de verbetering van het systeem, zowel qua financieel beheer als in termen van volksgezondheid".

Dit werk komt tegemoet aan de suggesties van het VBO. "Men moet meer doelstellingen op middellange en lange termijn nastreven, in combinatie met een norm en een globale begroting. Men moet beter toezien op de efficiëntie van het systeem", concludeert Bernadette Adnet.

Een toekomstvisie en efficiënt beheer van de middelen zijn prioritair



Standpunt Onafhankelijke Ziekenfondsen

De standpunten van de geïnterviewden bevatten tal van verwijten: te veel politieke inmenging in het overleg, te veel macht voor de verzekeringsinstellingen, oud model, te traag, ingewikkeld, geen toekomstvisie in termen van vastlegging van prioriteiten of evolutie naar geïntegreerde zorg (elke commissie werkt voor zichzelf en voor haar eigen budget).

Het ontbreken van een toekomstvisie op lange termijn voor het beleid betreffende gezondheidszorg, is ook een struikelblok voor de Onafhankelijke Ziekenfondsen. Een gezondheidszorgplan voor een langere periode dan 1 jaar (ook voor de begroting) is noodzakelijk, om een kader uit te stippelen voor het overleg met de zorgverstrekkers. De instanties, Algemene Raad en Verzekeringscomité, moeten dit gezondheidszorgplan en de financiering ervan vastleggen over meerdere jaren, rekening houdend met de doelstellingen die op Europees niveau worden bepaald. Dit gezondheidszorgplan moet, naast de inventaris van de maatregelen en de nieuwe initiatieven die gerealiseerd moeten worden, ook en vooral aandacht hebben voor de kwaliteit van de gezondheidszorg en voor de performantie van het systeem. Het efficiënte gebruik van de beschikbare middelen is een prioriteit.

De overeenkomsten- en akkoordencommissies zouden vervolgens hun deel van het gezondheidszorgplan moeten concretiseren, inclusief de kwaliteits- en efficiëntiebepalingen. Dit moet voorrang krijgen op tariefafspraken die het overlegmodel op dit ogenblik monopoliseren en soms zelfs ontluisen. Afspraken over toekomstvisie en efficiënt beheer van de beschikbare middelen moeten primeren op 'inkomensoverleg'.

Het huidige overleg over 'nomenclatuurverstrekkingen en de financiering ervan' moet ruimte creëren voor geïntegreerde zorg, die transversaal overleg tussen zorgverstrekkers vereist. Vooral omdat meer en meer chronische aandoeningen (en de daaraan gerelateerde zorgafhankelijkheid) zich manifesteren. Ons huidig overlegmodel is hier niet op afgestemd.

De Onafhankelijke Ziekenfondsen pleiten voor de responsabilisering van alle verstrekkers en financiers van het systeem bij de opmaak van een beleidsplan met concrete gezondheidszorgdoelstellingen. De financiering ervan hangt af van de gekozen doelstellingen en niet omgekeerd.

2 jaar zorgtrajecten: een stand van zaken!

Op respectievelijk 1 juni en 1 september 2009 zijn de zorgtrajecten chronische nierinsufficiëntie en type 2 diabetes van start gegaan. Na 2 jaar is het dan ook tijd om de balans op te maken. Health Forum legt Chris Van Hul, expert bij de Landsbond van de Onafhankelijke Ziekenfondsen, 4 vragen voor.

Wat zijn de mogelijkheden van de zorgtrajecten?

De zorgtrajecten zijn een begin van een 'chronic disease management model'. Ze vormen bovendien ook een generiek model dat na evaluatie toepasbaar kan zijn op andere chronische aandoeningen zoals hartfalen, COPD, ... Daarnaast zijn ze ook een mogelijk antwoord op de grote toename van chronisch zieken. Ze maken deel uit van een heuse paradigmashift: multidisciplinair samenwerken in eerste lijn, coaching en educatie ('empowerment') van de patiënt.

Hoever staan de zorgtrajecten na 2 jaar?

Het zorgtraject chronische nierinsufficiëntie kende een snelle start met onmiddellijk 5.527 inschrijvingen in 2009. Begin mei 2011 stond de teller zelfs op 10.693, ruim meer dan het oorspronkelijke streefgetal van 7.000. Een echt succes dus, deels te verklaren door het feit dat er voor chronische nierinsufficiëntie nog geen 'shared care model' of conventie bestond. Het zorgtraject diabetes startte later en ook langzamer. In mei 2011 waren in totaal 11.700 contracten afgesloten, een aantal dat mijlenver verwijderd is van de geschatte doelgroep van 60.000.

Is er nog ruimte voor verbetering?

Absoluut! Zo moeten de functie en het takenpakket van de zorgtrajectpromotor beter omschreven worden. Daarnaast wordt de administratieve vereenvoudiging voor Hfdst. IV- geneesmiddelen onderbenut. Voor het zorgtraject chronische nierinsufficiëntie geldt dat nog niet altijd nieuwe taakafspraken worden gemaakt tussen huisarts en nefroloog. Er is ook een tekort aan diëtisten met expertise voor deze pathologie. En uit het profiel van de ingeschreven patiënten blijkt dat vooral de (zeer) hoge leeftijdsklassen vertegenwoordigd zijn,

wat niet het uitgangspunt was. Voor het zorgtraject diabetes is er een tekort aan educatoren, vooral in het zuiden. De wetgeving rond educatie is (te) complex en groepssessies zijn niet voorzien. Er moet ook een oplossing komen voor minder mobiele patiënten. De huisartsen moeten nog meer gecoacht worden om opnieuw insuline te durven opstarten in eerste lijn. En bovenal moet de vraag opnieuw gesteld worden naar (uitbreiding van) de doelgroep. Verder moeten we nagaan hoe we nieuwe vormen van patiëntencoaching kunnen integreren in het aanbod. Het einddoel blijft: de zorgtrajecten doen evolueren naar een volwaardig Disease Management model.

Hoe worden de zorgtrajecten geëvalueerd?

Van bij de aanvang van de zorgtrajecten werd meteen de verplichting ingebouwd om het project terdege te evalueren. Daarvoor gebruikt het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (WIV) een centrale gegevensinzameling bij de huisartsen (ACHIL). De concrete uitwerking ervan is echter erg complex en daarom zal de eerste tussentijdse evaluatie (aanvang eind 2011) vooral moeten steunen op consumptiegegevens via het Intermutualistisch Agentschap (IMA). In een eerste fase komt het er vooral op aan om te bewijzen dat de zorgtrajecten een procesverandering hebben geïnitieerd.



Chris Van Hul - Expert
chris.vanhul@mloz.be

In de praktijk

Reclame maken bij patiënten: wat mag (en niet mag)

Het lijkt misschien vreemd, maar zorgverleners mogen wel degelijk reclame maken. De regels hieromtrent zijn wel verschillend voor artsen, kinesisten of verpleegkundigen. Je bij potentiële patiënten kenbaar maken is toegestaan, maar je mag wel niet zomaar om het even wat de wereld in sturen. Ook het ronselen van patiënten blijft voor artsen en apothekers vooralsnog verboden. Health Forum frist de regels op, samen met twee advocaten gespecialiseerd in gezondheidsrecht.

“Waarom reclame binnen de gezondheidszorg beperkt wordt?”, vraagt Bruno Fonteyn, advocaat gespecialiseerd in medisch recht. “Omdat we denken dat deze zou kunnen leiden tot een toename van de verzorging, met alle gevolgen van dien voor het risico van de volksgezondheid, voor de sociale zekerheid en de kosten van geneeskundige verzorging”. Toch is er sinds begin de jaren 2000 al heel wat veranderd. De tendens om reclame toe te staan bij artsen, apothekers, tandartsen en kinesisten valt op in de rechtspraak, maar ook in de evolutie van hun deontologie. “Vandaag erkent men dat het voor een gezondheidsprofessional noodzakelijk is om zich kenbaar te maken aan de wereld”, bevestigt Pierre Slegers, advocaat gespecialiseerd in medisch recht. “Alles wat dit doel heiligt, is toegestaan, zolang het de activiteit van de zorgverlener niet gaat domineren”.

De regels zijn niet voor alle zorgverleners dezelfde

Bij elk beroep zijn de mogelijkheden anders. Bij medische beroepen die een orde hebben, wordt reclame gereguleerd volgens de algemene reglementering en de **deontologische code** van het beroep. Dat is het geval bij artsen of apothekers.

Bij beroepen die geen beroepsorde hebben, wordt publiciteit alleen geregeld door de algemene reglementering, met name de **wet betreffende marktpraktijken en consumentenbescherming en de wetgeving betreffende de ziekte- en invaliditeitsverzekering (ZIV)**. Er bestaan dus geen specifieke regels voor tandartsen of kinesisten, maar op basis van de algemene regels zijn ze wel verplicht om zich bedachtzaam en verantwoordelijk te gedragen bij het verlenen van verzorging (ZIV-wetgeving). Ze mogen ook niet aan vergelijkende reclame doen die onjuist of misleidend is (wet betreffende marktpraktijken).

De zorgverleners hebben de mogelijkheid om zichzelf kenbaar te maken bij het publiek

De regel die vandaag geldt op vlak van reclame is dat **commerciële overdrijving vermeden moet worden**. De algemene reglementering beschikt over voldoende middelen om dit misbruik tegen te gaan. De zorgverleners mogen zichzelf kenbaar maken, maar ze moeten dit doen **met een gevoel van waardigheid, beroepsintegriteit en met respect voor het beroepsgeheim**. Zolang de publiciteit niet te commercieel van aard is, mag elk

middel gebruikt worden om zich kenbaar te maken. De nuance is subtiel. In de Deontologische Code van de arts worden bijvoorbeeld de criteria opgesomd waaraan de communicatie met het publiek moet voldoen (Deontologische Code artikels 12 tot 17). De informatiemiddelen die de artsen mogen gebruiken, zijn onder andere een naamkaartje, een website, briefhoofden of de opname in een telefoonboek.

Voor beroepen die niet onderworpen zijn aan een orde en een deontologische code, is de keuze aan informatiemiddelen uitgebreider, zolang de algemene regels op vlak van reclame maar gerespecteerd worden (geen misleidende of vergelijkende reclame). “Aangezien een kinesist niet tot een beroepsorde behoort, zou hij een groot reclamebord mogen maken, op voorwaarde dat de reclameboodschap niet misleidend of vergelijkend is. De reclame moet ook gebaseerd zijn op criteria die nagegaan kunnen worden”, bevestigt Pierre Slegers.

Bepaalde vormen van reclame blijven verboden

Voor de meeste zorgverleners zijn volgende vormen van reclame verboden: reclame die het beroepsgeheim schendt, verge-

lijkende reclame en misleidende reclame die aanzet tot onnodige verzorging. **De artsen hebben een deontologisch verbod om aan ronseling te doen.** Bijvoorbeeld: naar een concurrerende oncologiedienst gaan en visitekaartjes uitdelen. Geen enkel communicatiemiddel is verboden, het is dus de inhoud die aan bepaalde criteria onderworpen wordt. Een voorbeeld van inhoud die ongepast is: de zogenaamde voor- en na-foto's. Ofwel gaat het om acteurs, wat naar misleidende publiciteit ruikt, ofwel zijn het foto's van patiënten en wordt het beroepsgeheim geschonden!

Zorginstellingen zijn niet aan dezelfde regels onderworpen als artsen

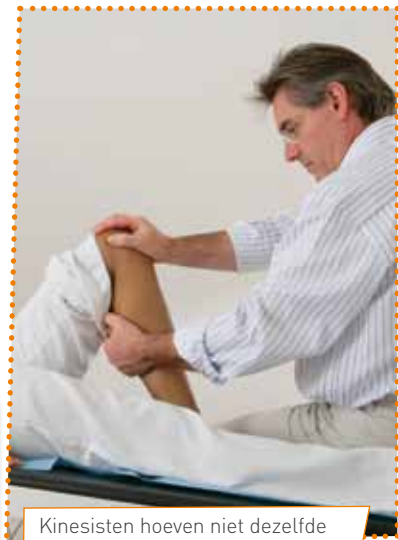
Zorginstellingen zijn geen fysieke personen, noch artsen noch apothekers. Het zijn bedrijven. De Europese rechtspraak wil de ziekenhuizen hieraan herinneren en nodigt ze uit om zich te schikken naar de algemene regel op vlak van reclame. Reclame voor ziekenhuizen is vrij beperkt, aangezien ze geen promotie mogen maken voor verzorging die verleend wordt door de artsen, die op hun beurt de deontologie moeten respecteren. "Een ander punt: de verzorging die verleend wordt in

ziekenhuizen wordt terugbetaald. "Reclame is dus niet nodig", voegt Bruno Fonteyn eraan toe. De ziekenhuizen zouden in de nabije toekomst wel het comfort van hun kamers, de voeding, de toegankelijkheid of de warme sfeer kunnen aanprijzen... Het promoten van hun diensten is dus niet verboden, zolang de informatie niet misleidend of vergelijkend is.

Welke evolutie valt er te merken op vlak van het ronselen van patiënten na het arrest van het Europees Hof van Justitie, dat actief klanten werven toestaat voor de vrije beroepen (april 2011)?

Directe gevolgen zijn er niet. Bij de geneesheren zal er waarschijnlijk niet onmiddellijk een verandering komen, aangezien ze zich moeten houden aan de deontologische code. Zolang die niet verandert, moeten de artsen en apothekers respecteren wat hen wordt opgelegd.

Voor de andere medische beroepen die niet onderworpen zijn aan een orde, verandert het besluit nauwelijks iets. Zij konden namelijk al aan een soort van commerciële communicatie doen. "Dit besluit heeft de kinesisten wel bewust gemaakt van het feit dat ze promotie



Kinesisten hoeven niet dezelfde regels te volgen als artsen

mogen maken, in tegenstelling tot wat ze altijd op school geleerd hebben," legt Pierre Slegers uit. Een kinesist zou dus in principe zijn visitekaartje bij de bloemist of beenhouwer mogen leggen. "Een onrechtstreekse vorm van ronselen, die geen afbreuk doet aan de kwaliteit van de verzorging of de sociale zekerheid", bevestigt Slegers. "Op termijn zullen er zeker veranderingen komen bij dit type van zorgverlener. Misschien komt er zelfs **een versoepeling voor de beroepen die zich moeten houden aan de deontologische code**", voegt de advocaat eraan toe.



Stéphanie Brisson
stephanie.brisson@mloz.be

Nieuwigheden op vlak van reclame voor zorgverleners

- Arrest van het Europese Hof van Justitie 05/04/2011: staat actieve klantenwerving toe voor de vrije beroepen
- Arrest van het Grondwettelijk Hof 06/04/2011: op vlak van reclame moeten de medische beroepen die niet onderworpen zijn aan een orde, de wet respecteren betreffende marktpraktijken en consumentenbescherming
- Wetsvoorstel dat reclame voor esthetische ingrepen verbiedt en de informatie erover reglementeert 23/06/2011

“Gaan knuffels ook naar de hemel?...”

Dat vraagt de 6-jarige Adrien op het einde van zijn leven aan de pediatrie verpleegster Elodie. “Natuurlijk gaan knuffels ook naar de hemel!”, antwoordt Elodie. Wanneer ze de kamer verlaat, neemt ze de tijd om haar verdriet te delen met de collega's van haar dienst. Een patiënt zien sterven mag dan deel uitmaken van het dagelijkse leven van een verpleegkundige, het blijft een rouwproces waar ze zich telkens opnieuw moeten doorworstelen.

Voor een gezondheidsberoep wordt meestal gekozen vanuit de wil om mensen beter te maken. Verzorgers zijn er toch om te 'genezen'? Wanneer een patiënt dan toch overlijdt, kan de verzorger te kampen krijgen met verdriet, verontwaardiging of zelfs schuldgevoelens. Hij voelt zich machteloos of mislukt in zijn taak als verzorger wanneer weer eens blijkt dat geneeskunde haar meerdere moet erkennen in de dood.

De verzorger rouwt

Verzorgers komen vaak in contact met verdriet en dood, maar dat wil niet zeggen dat ze er immuun voor zijn... wel integendeel!

Een verzorger is ook maar een mens en het leed van anderen laten hem of haar dus niet onverschillig. Sommigen hebben de neiging om de stervende en zijn familie te ontvluchten, anderen vinden juist troost in het contact met de naasten.

Als verzorger je pijn uiten en gevoelens delen, blijkt niet altijd vanzelfsprekend. In de meeste ziekenhuizen staat dan ook een psycholoog ter beschikking van de verzorgers. Toch vinden velen dat ervaringen delen met de collega's nog het beste werkt. Tijdens dienstvergaderingen kan iedereen zijn emoties en

problemen uiten en vragen stellen. En toch zijn er, ondanks alle hulp en inspanningen, nog verzorgers die er niet in slagen om hun verdriet te delen.

Emotionele uitputting

De emotionele uitputting van de verzorgers is zowel lichamelijk als geestelijk en kan zich op verschillende manieren uiten. Uit een onderzoek naar de psychische en somatische gevolgen bij verzorgers die vaak geconfronteerd worden met de dood blijkt dat 89 % last heeft van stress die gepaard gaat met prikkelbaarheid, neerslachtigheid en angst. Andere verzorgers getuigen tevens van een verminderde levenslust (66 %), vermoeidheid (58 %), hoofdpijn (16 %) en buikpijn (16 %).

Een ander symptoom dat ook vaak voorkomt is de 'ontmenselijking' van de relatie met de andere. De verzorgers nemen afstand van de patiënten en collega's en er ontstaat een onverschilligheid die soms een cynisch randje heeft. De persoon onderhoudt enkel oppervlakkige relaties. Vooral bij ondersteunende beroepen (artsen, paramedici of onderwijzers) komt dit 'verdedigingsmechanisme' vaak voor: deze personen geven soms een kille indruk en lijken veel afstand

te nemen. Zo zal een arts bijvoorbeeld eerder over patiënten spreken aan de hand van hun kamernummer in plaats van hun naam.

Zorgen voor zichzelf

Over het algemeen is erover praten het middel bij uitstek om de pijn te verzachten. Formele vergaderingen en informele, zelfs privé-gesprekken zijn onontbeerlijk om de opgekropte emoties te ventileren.

Zieken en hun familie begeleiden, betekent aandacht geven, beschikbaar en meelevend zijn, zonder al te persoonlijk betrokken te raken. De kunst is om de juiste afstand te bewaren.

En uiteraard mag de verzorger zichzelf niet verwaarlozen en moet hij aandacht schenken aan wat belangrijk is in zijn leven (kinderen, echtgeno(o)t(e), familie, ...). Zichzelf verzorgen is ook belangrijk, bijvoorbeeld door te sporten of een sophrologie- of relaxatiecursus te volgen.

Om te kunnen blijven zorgen voor andere patiënten moeten de verzorgers hun verlies een plaats leren geven, zodat hun emoties kunnen helen en ze ze opnieuw kunnen investeren in nieuwe relaties” *.



Pascale Janssens

pascale.janssens@mloz.be

* Schaerer R. Suffering of doctor linked with the dead of patients. Palliative medicine.

Isabelle, (40 jaar), verpleegkundige in Bordet: “Er durven al eens tranen te vloeien binnen de dienst”

Komt in de opleiding de omgang met de dood aan bod?

In het eerste jaar. Er wordt kort gesproken over de dood en de patiënt, de familie, de verschillende rouwfasen, het balsemen... De rest zou tijdens de stage wel aan bod komen. Maar het gebeurt zelden dat jonge studenten voorbereid worden op hoe ze moeten omgaan met de dood.

Is er binnen uw dienst begeleiding voorzien?

Er is een psycholoog bij wie we terecht kunnen om de moeilijke momenten door te komen, maar erover praten onder collega's helpt ook. Het gebeurt dat we gewoon de deur dichttrekken en onderling onze ervaringen uitwisselen. Sommigen onder ons moeten hun hart luchten en ja, dan durven er al eens tranen te vloeien binnen de dienst...

Is het niet moeilijk om eenmaal thuis de knop om te draaien? Lukt het om alles een plaats te geven?

We moeten wel... Als ik na het overlijden van een patiënt naar huis terugkeer, hoor ik soms mijn man klagen over zijn dag (computer stuk, problemen met zijn dienstchef) of de buurman zich boos maken over een tak van mijn boom die over zijn tuin hangt. Op zulke momenten vraag ik me wel eens af of dat wel allemaal belangrijk is. Mijn prioriteiten liggen elders! Aan sport doen of een andere activiteit beoefenen helpt ook om het hoofd leeg te maken.

Interessante lectuur



Helpen bij verlies en verdriet

Een hulpgids voor hulpverleners en personen die geconfronteerd worden met het verlies van een patiënt of naaste.

door Manu Keirse
bij Lannoo
ISBN 978-90-209-8270-1



Palliatieve zorg in de praktijk

Een zakboekje boordevol praktische informatie voor hulpverleners over palliatieve zorg.

door Palliatief Support Team Leuven
bij Acco
ISBN 978-90-334-7607-5

Vegetatieve toestand

Verzorgend personeel wil niet in leven gehouden worden

Moet men patiënten in vegetatieve of minimale bewustzijnstoestand mordicus in leven houden? Zouden artsen en verpleegkundigen zelf willen blijven leven in een dergelijk keurslijf? Onderzoekers van de Coma Science Group van de Luikse universiteit hebben grote discrepanties vastgesteld tussen wat deze beroepsmensen als aanvaardbaar beschouwen voor hun patiënten en wat ze zelf zouden willen in een dergelijke situatie.

Tussen september 2007 en oktober 2009 heeft professor Steven Laureys, hoofd van de Coma Science Group van het Onderzoekscentrum van Cyclotron (CRC) van de Luikse universiteit, een vragenlijst voorgelegd aan de deelnemers aan wetenschappelijke en medische congressen in Europa. Het ging om ethische vragen over de vegetatieve toestand (VS), de minimale bewustzijnstoestand (MCS) en het locked-in syndrome (LIS). Athena Demertzi, neuropsycholoog, heeft de antwoorden van 2.475 artsen en paramedici (hoofdzakelijk verpleegkundigen) geanalyseerd.

Stopzetting van de behandelingen

Ongeveer 66 % van de ondervraagde personen vindt het aanvaardbaar om de behandeling (kunstmatige voeding en hydratie) stop te zetten bij patiënten in een chronische vegetatieve toestand (meer dan een jaar), terwijl slechts 28 % van de respondenten

(27 % van de artsen, 23 % van de paramedici) deze maatregel als terecht beschouwt bij patiënten in een minimale bewustzijnstoestand. Deze laatste beschikken namelijk over een wisselend residuaal bewustzijn, waardoor ze hun gedachten niet kunnen overbrengen.

De kansen op het recupereren van functies zijn bij patiënten met MCS overigens ook groter dan bij patiënten in een vegetatieve toestand. Uit studies van de Coma Science Group is ook gebleken dat de hersenactiviteit bij patiënten met MCS zeer verschillend is, naargelang men hen onderwerpt aan auditieve stimuli zonder emotionele connotatie (geluid zonder meer) of met een emotionele connotatie (een huilende baby, het uitspreken van de voornaam van de patiënt, etc.). De reactieschema's bij dergelijke patiënten waren vergelijkbaar met die van gezonde mensen, terwijl er geen reactie kwam van patiënten in een vegetatieve toestand.

Het belang van de juiste diagnose

Uit de antwoorden op de vragen over de stopzetting van de verzorging blijkt duidelijk dat medische beroepen, wanneer zij geïnformeerd worden, duidelijk een onderscheid op ethisch vlak maken tussen de vegetatieve toestand en de minimale bewustzijnstoestand. Het is dus belangrijk om gebruik te maken van de middelen die nodig zijn om een onweerlegbare diagnose te kunnen stellen. Uit meerdere studies is namelijk gebleken dat de klinische diagnose die 'aan het bed' van de patiënt gesteld wordt, 1 op de 3 keer, tot zelfs in 40 % van de gevallen fout is. Volgens Steven Laureys kan het systematische gebruik van een gevoelige en gestandaardiseerde gedragschaal zoals de 'herziene schaal voor het herstel na coma' (Coma Recovery Scale-Revised – CRS-R) helpen om dergelijke fouten te verminderen of, op zijn minst, om de onzekerheid over de diagnose

te beperken. Deze schaal kan overigens nog verfijnd worden door een beroep te doen op technieken voor de functionele beeldvorming van de hersenen, waarvan men de concretisering nu probeert te verlichten.

Discrepantie

Athena Demertzi heeft nog twee andere vragen onderzocht: wat moet er met de deelnemers gebeuren, als zij ooit zelf in een chronische vegetatieve toestand of in een minimale bewustzijns-toestand zouden terechtkomen? In het eerste geval zou slechts 18 % (19 % van de artsen en 12 % van de paramedici) in leven willen blijven. In het tweede geval gaat het om 33 % (artsen: 35 %, paramedici: 24 %).

Hoe valt het verschil tussen artsen en paramedici te verklaren? De studie beantwoordt die vraag niet, maar Steven Laureys heeft een hypothese. Verpleegkundigen staan veel dichter bij patiënt: zij zijn vertrouwd met de dagelijkse realiteit en hebben een beter idee van het eventuele lijden van de patiënt dan artsen. Die laatste zouden eerder redeneren vanuit de kansen op een mogelijk herstel.

Het hoofd van de Coma Science Group, voelt zich vooral aangesproken door de statistische discrepantie tussen de ingrepen die artsen en paramedici zelf zouden willen ondergaan als zij ooit zouden 'wegzinken' in een gewijzigde bewustzijnstoestand, én de handelingen die ze bij iemand anders als aanvaardbaar zouden beschouwen. Een herhaling van de cijfers: 66 % van de ondervraagde personen is voor de stopzetting van de behandeling bij patiënten in een chronische vegetatieve toestand terwijl 82 % zelf niet kunstmatig in leven gehouden wil worden in analoge omstandigheden. En het verschil neemt nog toe als het

over de minimale bewustzijns-toestand gaat: 28 % versus 67 %. "De onomkeerbaarheid van de dood en de angst voor gerechtelijke vervolging bieden allicht een gedeeltelijke verklaring voor het feit dat artsen niet altijd bereid zijn om aan hun patiënten datgene te geven waarvan ze graag zelf zouden genieten", dixit Steven Laureys.

Een hele bewustmaking

Laureys betreurt die houding. "Onze maatschappij moet de zwaksten natuurlijk beschermen, maar iedereen heeft het recht om liever dood te zijn dan in leven te blijven op een manier die hij of zij als onwaardig of onaanvaardbaar beschouwt. Uit onze studies blijkt duidelijk dat het gros van de mensen niet wil leven in een gewijzigde bewustzijnstoestand. Het medische korps is dus aan een gewetensonderzoek toe, want ik

66 % van de artsen en paramedici is voor de stopzetting van de behandeling bij patiënten in een chronische vegetatieve toestand, maar 82 % wil zelf niet kunstmatig in leven gehouden worden in analoge omstandigheden

denk niet dat het moreel of ethisch aanvaardbaar is om iets dat men zelf zou willen krijgen, niet toe te passen op de medemens".

Uit de gedetailleerde analyse van de antwoorden op bovenvermelde vragen, blijkt dat er grote verschillen zijn tussen het noorden en het zuiden van Europa. Zuid-Europa staat, zoals verwacht, veel weigerachtiger tegenover de stopzetting van de behandeling. De religieuze overtuiging blijkt de belangrijkste voorspellende variabele te zijn. Het

centrum van Europa bevindt zich in een tussenpositie. Mannen zijn overigens meer geneigd dan vrouwen om de behandeling stop te zetten bij patiënten in VS of MCS. Hoe ouder men is, hoe moeilijker men die afloop aanvaardt.

Erger dan de dood

Dan belanden we bij de laatste twee vragen, bestudeerd door Athena Demertzi. In de ogen van 80 % van de ondervraagde personen, is een individu in vegetatieve toestand een grotere beproeving voor zijn familie dan een patiënt die overlijdt. Toch is slechts 55 % van oordeel dat het voor de patiënt zelf beter is dat hij sterft dan dat hij gevangen blijft in die toestand. Die percentages zijn gemakkelijk te begrijpen in die zin dat de patiënt in vegetatieve toestand zich nergens van bewust is en dus ook niet lijdt, in tegenstelling tot zijn familie.

Hoewel 54 % van de artsen en paramedici vindt dat de minimale bewustzijnstoestand erger is voor de patiënt dan de vegetatieve toestand, valt dat percentage terug tot 42 % als die vraag aangesneden wordt vanuit de invalshoek van de familie. "Sommige families nemen genoeg met sluimerende tekenen van bewustzijn, zoals een glimlach naar vader of moeder", legt Steven Laureys uit. "En het is juist dat bewustzijnsresidu, gekoppeld aan de onmogelijkheid om zijn gedachten te formuleren én de mogelijkheid dat de patiënt wel fysieke pijn voelt, dat maakt dat sommigen vinden dat de minimale bewustzijnstoestand erger is dan de vegetatieve toestand".

Op dit punt en op het vorige spelen grenzen overigens geen rol: er zijn geen significante verschillen tussen het noorden, het centrum en het zuiden van Europa.



Philippe Lambert





Bariatrische chirurgie vermindert comorbiditeiten

Bereikt obesitas een pathologisch niveau en gaat de chronische ziekte gepaard met comorbiditeit? En baten standaardbenaderingen als het aanpassen van de levenswijze, diëten of geneesmiddelen niet? Dan biedt bariatrische chirurgie (ook wel obesitaschirurgie genoemd) volgens experts de ultieme oplossing. De Onafhankelijke Ziekenfondsen onderzochten de impact van bariatrische chirurgie op de comorbiditeiten.

Sinds 2007 worden bariatrische ingrepen en het gebruik en de implantatie van materiaal (zoals een maagring) terugbetaald via specifieke nomenclatuurcodes (verstrekingscodes). Bariatrische verzorging wordt echter enkel onder bepaalde voorwaarden ten laste genomen door de verplichte ziekteverzekering.

De terugbetalingsvoorwaarden

In eerste instantie was de belangrijkste voorwaarde dat de persoon in kwestie een BMI (Body Mass Index) hoger dan 40 had en zich in de leeftijdscategorie tussen de 18 en de 60 jaar bevond. Die bovenste leeftijdsgrens werd later geschrapt en ook de voorwaarden in verband met de BMI werden uiteindelijk uitgebreid. Sinds april 2008 is deze nomenclatuur dan ook toegestaan bij een BMI hoger dan 35, gepaard gaand met aangetoonde diabetes. Sinds 1 september 2010 is de terugbetaling van bariatrische chirurgie ook toegestaan voor patiënten met een hoge bloeddruk of slaapapneu, die een BMI boven de 35 hebben.

20 maanden na een bariatrische ingreep hebben 4 op de 10 personen minstens een van hun aandoeningen zien verdwijnen

Bij patiënten die niet beantwoorden aan de criteria mogen de specifieke bariatricodes of andere chirurgiecodes niet gebruikt worden voor een terugbetaling door de verplichte verzekering.

Kenmerken van de ingrepen

De meest voorkomende ingrepen zijn ingrepen door

laparoscopie, met als voornaamste de bileopancreatische diversie en de New Gastric Banding. Gedurende de periode 2007-2009 stellen we een daling vast bij de ingreep New Gastric Banding (+/- 10 %) ten gunste van de reducerende gastroplastie en de bileopancreatische diversie door laparoscopie.

Kenmerken van de patiënten van de studie

- 40 % van de patiënten is tussen de 30 en 50 jaar. Er valt een stijging te noteren van het aantal ingrepen bij patiënten boven de 60 jaar. Deze patiënten zijn voornamelijk vrouwen.
- Deze ingrepen worden meestal uitgevoerd tijdens een klassieke ziekenhuisopname, ook al zijn de ingrepen door laparoscopie mogelijk in One Day.
- Het percentage One Day tegenover de ziekenhuisopnames ligt laag en daalt in de periode 2007-2009 van 9 % naar 3 %. Ofschoon het aantal ingrepen in One Day toeneemt is die stijging veel lichter dan die bij de klassieke hospitalisatie. Dit heeft zeker te maken met de daling bij de ingreep New Gastric Banding.

Comorbiditeiten

Het onderzoek heeft getracht om de comorbiditeiten te observeren bij de patiënten vóór hun bariatrische ingreep, alsook de evolutie ervan na de ingreep. Een moeilijke opdracht, aangezien we als verzekeringsinstelling over geen enkele diagnose beschikken.

Om de betrokken personen te identificeren, hebben we ons bij de observatie van de aandoeningen dan ook gebaseerd op de consumptie van verstrekkingen en/of geneesmiddelen.

Alleen slaapapneu, een hoge bloeddruk en diabetes werden als comorbiditeiten in aanmerking genomen. Deze 3 aandoeningen openen momenteel een recht op terugbetaling wanneer de patiënt een BMI hoger dan 35 heeft.

Bij de bestudeerde steekproef zitten alleen patiënten bij wie er minstens 300 dagen afstand zit tussen de heelkundige ingreep en de einddatum van onze observatie. Dat is het geval bij 1.299 personen. De evolutie van de aanwezigheid van deze 3 aandoeningen werd bestudeerd over een periode van 20 maanden.

Resultaten

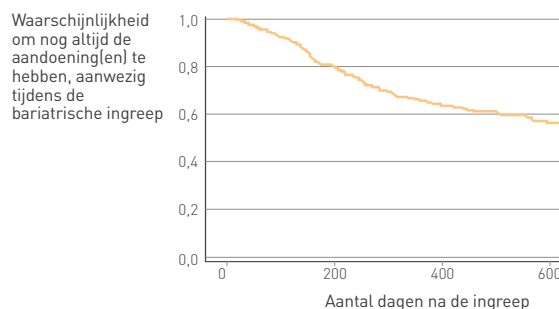
- Voor elke aandoening werd een aparte analyse* gemaakt van het voortbestaan ervan. De belangrijkste resultaten zijn weergegeven in de tabel. Zo stellen we een lichte waarschijnlijkheid vast bij de patiënten om een van deze aandoeningen te hebben op het moment van de bariatrische ingreep: van de 1.299 bestudeerde patiënten hebben 325 patiënten (25 %) minstens een van deze aandoeningen, 5,4 % lijdt aan 2 aandoeningen en 0,2 % aan 3 aandoeningen. Geen enkele persoon die geen van deze aandoeningen had, heeft er nadien een gekregen.
- De comorbiditeiten met diabetes, hoge bloeddruk en slaapapneu dalen na een bariatrische ingreep. Wat de aandoening ook is, op het einde van de 20 maanden van opvolging, volgt bijna een op de twee patiënten geen behandeling meer. Het meest positieve effect is te merken tijdens het eerste jaar na de operatie, ook al evolueren de curves verschillend naargelang de aandoening. Bij alle aandoeningen lijkt leeftijd geen invloed te hebben op de klinische verbetering van de patiënten, ook al is de kans op de aandoening groter naarmate de leeftijd.

Evolutie van het aantal patiënten met diabetes, hoge bloeddruk of slaapapneu onder de patiënten die een bariatrische ingreep ondergingen

AANDOENING	op het moment van de ingreep	10 maanden na de ingreep	20 maanden na de ingreep
Diabetes	17 %	12 %	9 %
Hoge bloeddruk	14 %	11 %	9 %
Slaapapneu	8 %	5 %	4 %

De volgende grafiek geeft de analyse weer van het voortbestaan van de drie aandoeningen samen. Elke patiënt in deze grafiek heeft minstens een van deze aandoeningen op het moment waarop hij de bariatrische ingreep ondergaat.

Analyse van het voortbestaan van de aandoeningen aanwezig bij een patiënt op het moment van de bariatrische ingreep



Wanneer we het aantal patiënten met minimaal 1 van de 3 aandoeningen analyseren, stellen we vast dat bij 30 % van de patiënten al na een jaar minstens één aandoening verdwijnt. Concreter: de verdwijning van minstens één aandoening na 4 maanden bedraagt 10 % en 25 % na 8 maanden. Na 20 maanden bereikt deze verdwijning meer dan 40 % (Waarsch. = 0.565).

Besluit

- De bariatrische ingrepen zijn relatief stabiel gebleven tijdens de geobserveerde periode. Over het algemeen wordt de voorkeur gegeven aan laparoscopie-ingrepen. Bariatrische chirurgie wordt meestal uitgevoerd tijdens een klassieke ziekenhuisopname en in zeldzame gevallen in One Day.
- De bedoeling van onze analyse was om de impact te meten van bariatrische chirurgie op het huidige niveau van comorbiditeiten ten opzichte van deze ingreep. Hoewel de observatieperiode vrij beperkt was, lijkt het gunstige effect wel degelijk bevestigd.
- De bariatrische ingreep vermindert comorbiditeiten als een hoge bloeddruk, diabetes en slaapapneu. De belangrijkste gevolgen zijn te merken in het eerste jaar na de ingreep. We moeten dus niet lang wachten op positieve resultaten. De impact op lange termijn zou nog meer opgevolgd moeten worden.

Agnès Leclercq & Vanessa Vanrillaer
Study

* De analyse van het voortbestaan bestudeert het voorkomen, na verloop van tijd, van een welbepaalde gebeurtenis (in ons geval, het verdwijnen van een aandoening)

Ontspanningsverblijven van de Onafhankelijke Ziekenfondsen

Je beter in je vel en in je hoofd voelen, ondanks ziekte



Ontspanningsweekend voor mensen met een recente MS-diagnose en hun gezin

Nieuw

De draad weer opnemen, het zelfvertrouwen herstellen, adempauzes inlassen, ...: het zijn enkele van de doelstellingen van de ontspanningsverblijven die de Onafhankelijke Ziekenfondsen organiseren voor mensen met een recente MS-diagnose of voor personen die revalideren van een kankerbehandeling. We plannen nieuwe verblijven op het einde van dit jaar.

Een gezondheidsweek om op krachten te komen na een kankerbehandeling!

Kanker gooit het leven van de patiënt en zijn omgeving helemaal overhoop. Ook na de behandeling is het vaak moeilijk om de draad weer op te pikken. Daarom organiseren we voor het derde opeenvolgende jaar 'gezondheidsweken' in Dunepanne (De Haan). Personen in revalidatie kunnen alleen deelnemen, maar mogen zich ook laten vergezellen door hun partner (of mantelzorger).

Op het programma van het verblijf:

Activiteiten in groep, gericht op oncologische revalidatie (beweging, voeding, relaxatie, praten met een psycholoog, etc.) en verwenmomenten naar keuze (massage, allerlei verzorging). Dit alles onder de deskundige begeleiding van een ploeg van gespecialiseerde helpers.

Volgende data:

Van maandag 21 tot vrijdag 25 november 2011



Meer info op www.dunepanne-mloz.be.
Inschrijvingen via info@gezondheidsweek.be of telefonisch op het nummer 02 778 93 05 tot en met vrijdag 21 oktober 2011.

Een weekend in de Ardennen, enkel bedoeld voor patiënten die onlangs de diagnose van multiple sclerose gekregen hebben (of die recent meer last hebben van MS-symptomen) en die nog 'autonoom' zijn (weinig of geen beperkingen). Dit verblijf wordt georganiseerd in samenwerking met MS Liga Vlaanderen en haar Franstalige tegenhanger. Het is de bedoeling om aan deze personen de mogelijkheid te bieden om even te herbronnen in een schitterend kader!

Op het programma voor volwassenen:

- workshops rond relaxatie en massagetechnieken en tips om thuis mee aan de slag te gaan
- bewegen op muziek met o.a. een zumba-workshop en stretching
- delen en uitwisselen van ervaringen met lotgenoten onder begeleiding van een psycholoog, zonder de partners
- groepswandelingen waarbij u samen met uw gezin de natuur herontdekt en volledig kan herbronnen

Animatoren zullen zich intussen om de kinderen bekommeren, zodat zij zich eveneens kunnen amuseren en ontspannen in groep.

Wanneer?

Van vrijdag 11 november 2011 tot zondag 13 november 2011.

Waar?

In de Floréal, La Roche-en-Ardenne, avenue de Villez 6, 6980 La Roche.



Inschrijven en extra info?

Telefonisch op het nummer 02 778 93 05 of per mail via gezondheidspromotie@mloz.be tot en met vrijdag 14 oktober 2011.

Opgepast, het aantal plaatsen is beperkt tot 20 deelnemers (familie niet meegerekend)!

Actua Onafhankelijke Ziekenfondsen

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



Ons jaarverslag 2010 is beschikbaar!

Wilt u meer weten over de standpunten en verwezenlijkingen van de Onafhankelijke Ziekenfondsen in 2010? Ontdek het jaarverslag dan op www.mloz.be

Vertoning van de film 'Verdwaald in het geheugenpaleis'



Aan de vooravond van de Werelddag van de ziekte van Alzheimer op 21 september organiseren de Onafhankelijke Ziekenfondsen in alle Kinopoliscomplexen van België drie nieuwe vertoningen van de film 'Verdwaald in het geheugenpaleis'. Deze documentaire, geregisseerd door Klara Van Es, geeft een eerlijk en positief beeld van personen met de ziekte van Alzheimer of andere vormen van dementie.

Meer info? zie p. 33 en www.mloz.be

130 deelnemers van 60 organisaties uit 22 landen

namen deel aan de vergaderingen van de Association Internationale de la Mutualité (AIM), die plaatsvonden van 15 tot 17 juni in de gebouwen van de Landsbond van de Onafhankelijke Ziekenfondsen in Brussel.

www.aim.org



De Onafhankelijke Ziekenfondsen en alle Belgische ziekenfondsen, samen tegen vervuiling

De Belgische ziekenfondsen hebben samen de brochure 'Het leefmilieu en je gezondheid' uitgebracht. Deze brochure biedt een reeks concrete tips om de binnenhuisomgeving gezonder te maken. Ze gaat vooral dieper in op de gevolgen van koolstofmonoxide, roken, fijn stof of schimmel en geeft tips om die vervuiling tegen te gaan.

Beschikbaar op www.mloz.be.

De vergoeding van medische ongevallen onder de loep

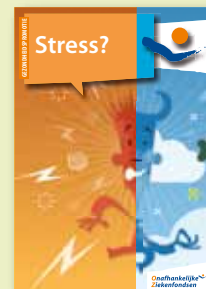
Elke persoon die meent dat hij het slachtoffer is van een medisch ongeval kan zich voortaan voor een vergoeding richten tot het Fonds voor medische ongevallen. Om de slachtoffers te helpen bij de procedure voor het Fonds, hebben de Onafhankelijke Ziekenfondsen de brochure 'Hoe een vergoeding krijgen in geval van medische schade?' uitgebracht. Deze nieuwe publicatie geeft naast algemene informatie ook concrete voorbeelden en biedt een antwoord op de meest gestelde vragen.



Te veel stress?

Op weg naar sereniteit!

Stress is inherent aan ons dagelijkse leven, maar een te lange periode met stress kan nefaste gevolgen hebben voor onze gezondheid. Leren omgaan met stress is dan ook een handige manier om gezondheidsproblemen te vermijden. Onze nieuwe brochure voor gezondheidspromotie biedt daarom praktische tips om met stress om te gaan, een evaluatietest om uw stressniveau te bepalen en nog heel wat andere info.



Brochures te bestellen of downloaden op onze website www.mloz.be of via mail publications@mloz.be



Expo 60+ houdt de vinger aan de pols van de zorgsector



Patrick Syen

Op 5, 6 en 7 oktober gaat in de Nekkerhal te Mechelen Expo 60+ door, hét vakevenement voor de zorgsector. Health Forum had een gesprek met de organisator Dhr. Patrick Syen, gedelegeerd bestuurder van Probis, over zijn geesteskind, de evoluties in de zorg en de samenwerking met de Onafhankelijke Ziekenfondsen, die dit jaar met een stand aanwezig zijn en tevens een lezing verzorgen.

Expo 60+ is een referentie bij de Belgische zorginstellingen en –organisaties.

Kunt u de opzet en het doel-publiek schetsen?

Patrick Syen - Onze vakbeurzen zijn voor de zorgsector wat Bati-bouw is voor de bouwsector: het trefpunt waar vraag en aanbod elkaar vinden, kennis wordt uitgewisseld en netwerking centraal staat. Gedurende 3 dagen bezoeken meer dan 7.000 besluitmakers uit de zorgsector de meer dan 230 exposanten en volgen ze één van de meer dan 50 (gratis) lezingen. Ook dit jaar zal Minister Jo Vandeurzen de beurs bezoeken en er een lezing geven voor de sector. De exposanten komen uit de meest diverse sectoren: bouw- en inrichting (van zorginstellingen), paramedische artikelen, IT en communicatie, beheersdiensten, ... Kortom, alles wat in een woon- en zorgomgeving aan de orde is. De bezoekers komen vooral uit de thuiszorg, de gehandicaptenzorg en de sector van de woonzorgcentra en de ziekenhuizen.

Expo 60+ is méér dan een tweejaarlijks treffen van zorg-professionals en exposanten. Op het programma staan ook tal van seminars.

P.S. - De seminars leveren een belangrijke bijdrage tot de kennisoverdracht en uitwisseling die

een vakbeurs als Expo 60+ wil zijn. Tijdens een lezing van een uur dient een spreker een 'best practice' (een vernieuwend idee of oplossing) toe te lichten. Ook nieuwigheden in de wetgeving en trends binnen de sector komen aan bod.

Het Belgische gezondheidssysteem staat voor een groot aantal uitdagingen door de gewijzigde demografische verhoudingen, de stijging van het aantal chronische ziektes en de nood aan een multidisciplinaire aanpak. Ziet u nog andere trends die de zorgsector zullen beïnvloeden?

P.S. - Het is alleszins zo dat er meer dan vroeger bruggen gebouwd worden tussen de thuiszorg, de woon- en zorgcentra en de ziekenhuiszorg. Thuiszorg-organisaties gaan transmurale diensten aanbieden (bv. service-flats), woonzorgcentra worden een uitvalsbasis voor thuiszorg, ziekenhuizen ontwikkelen herstelverblijven en woonzorgcentra, ... Kortom, de ontschotting waarover al zolang sprake is, komt langzaam maar zeker in beweging. Verder zien we ook het profiel van de (zorg)klanten sterk evolueren. De zieke of oudere van morgen is mondig en steeds beter geïnformeerd. Hij wenst actief betrokken te worden bij de keuzes die vroeger voor hem gemaakt werden.

Een ander gegeven is dat van de schaarse arbeidsmarkt waardoor werkgevers op zoek moeten naar creatieve oplossingen om dagelijks een kwalitatieve prestatie te leveren.

Tijdens Expo 60+ 2011 zal u voor de 4de keer de zogenaamde "I2C Innovatieawards" uitreiken. Waarover gaat die wedstrijd precies?

P.S. - "I2C" (www.i2c.be) staat voor 'Innovation To Care'. Probis was met dit project bij de eersten om de aandacht te vestigen op het innovatieve vermogen van onze Belgische zorgsector. Zowel de 'werkvloer' uit de zorgsector als de bedrijven en de architecten kunnen hun innovatieve ideeën inzenden voor I2C. De pers en een vakjury beoordelen de inzendingen van deze drie groepen en Minister van Innovatie Ingrid Lieten reikt de Awards uit tijdens Expo 60+ op 7 oktober.

Wij vinden het alvast heel positief dat de Onafhankelijke Ziekenfondsen naar de sector toestappen op een event als Expo 60+ en er in dialoog treden met de professionals rond de innovaties die de ziekenfondsen in petto hebben. Jullie aanwezigheid is op zich al een innovatie!



Interview door Piet Van Eenoooghe
piet.vaneenoooghe@mloz.be

Allen daarheen!

De Onafhankelijke Ziekenfondsen ondersteunen een brede waaier aan evenementen voor zowel patiënten als gezondheidsprofessionals. Na onze aanwezigheid op de Special Olympics of in het peloton van de hoop van 'Biking against Rheumatism in Europe', zullen de Onafhankelijke Ziekenfondsen in het laatste trimester niet minder dan 8 evenementen bijwonen. Een overzicht!



18/09/2011

Golden 'Olympic' Sunday

Een originele massahappening van het BOIC rond sport, olympische waarden én de Olympische Spelen 2012 in het Brusselse Jubelpark tijdens de autoloze zondag.

www.goldensunday.be



20/09/2011

Vertoning van 'Verdwaald in het geheugenpaleis', een alom geprezen film rond de problematiek van dementie. Te zien in alle Belgische Kinepoliszalen naar aanleiding van de Wereld Alzheimerdag (op 21 september).

www.geheugenpaleis.be



5-6-7/10/2011

Expo 60 +

Hét vakevenement voor de zorgsector en een ontmoetingsforum voor zorgprofessionals met tal van workshops rond ouderenzorg in de Nekkerhal te Mechelen.

www.expo60plus.be



8/10/2011

Jaarlijks wetenschappelijk congres van de Belgische Vereniging van Voedingsdeskundigen in het Diamantcentrum te Brussel. Het centrale thema is ondervoeding. Dr. Jan Van Emelen, expert bij de Onafhankelijke Ziekenfondsen, houdt er een betoog over de kosten van ondervoeding.

www.sbmnl.org



17-18/10/2011

MedtechForum 2011, het internationaal forum van de medische industrie buigt zich tijdens deze editie over de innovatie in de Europese zorgsector. Dr. Chris Monten en Dr. Jan Van Emelen, experten bij de Onafhankelijke Ziekenfondsen, zijn gastsprekers. Het forum vindt plaats in het Square Brussels Meeting Center.

www.medtechforum.eu



20/10/2011

Symposium '**Elektronisch medisch dossier**', een forum voor beleidsmakers in de zorgsector in de Cercle de Wallonie in Luik met de medewerking van Xavier Brenez, Directeur-generaal van de Onafhankelijke Ziekenfondsen.

www.patientnumerique.com



7-8/11/2011

Het tweedaagse **Diabetessymposium** in Gent voor zorgprofessionals gespecialiseerd in diabetes.

www.diabetessymposium.be



18-19/11/2011

Het Nationaal voedings- en gezondheidscongres: een multidisciplinair forum rond voeding en gezondheid in het Auditorium 2000 – Heizel, te Brussel.

www.voedingscongres.be



Handboek

Het socialezekerheidsrecht in een notendop

Het 'Handboek socialezekerheidsrecht' is ondertussen al aan z'n achtste editie toe. Geen toeval, want dit toonaangevende handboek is al jaren het basiswerk over deze complexe en snel evoluerende thematiek. Zonder al te zeer in detail te treden, brengt het boek namelijk op een heldere en gestructureerde manier alle hoofdlijnen



en basisbeginselen van het socialezekerheidsrecht in kaart. Zowel specialisten als personen die minder vertrouwd zijn met de thematiek, zullen zich dan ook eenvoudig een weg banen door deze geactualiseerde editie. Door de zeer uitgebreide trefwoordenlijst achteraan vindt iedereen namelijk snel het antwoord op z'n vraag!

Handboek socialezekerheidsrecht,
Jef Van Langendonk e.a.,
Intersentia, 888 blz., ISBN 978-94-000-0009-4

Werkboek

De toekomst van de ouderenzorg

De niet te stuiten vergrijzing van onze samenleving vraagt om een kritische reflectie over de toekomst van de ouderenzorg. Van de ouderen zelf over de zorgverleners tot de beleidsmakers: iedereen moet zich bezinnen over deze thematiek om een kwaliteitsvolle zorg voor senioren in de toekomst te garanderen. Met het werkboek rond het project 'GPS 2021' wil Zorgnet Vlaanderen daarom een zinvolle bijdrage leveren aan het debat. Het boek biedt aan bestuurders en directies van woonzorgvoorzieningen dan ook het nodige werkmateriaal om vandaag werk te maken van de zorg van morgen. Kortom, 'GPS 2021' plaveit mee de weg voor de ouderenzorg van de toekomst!



Werkboek 'GPS 2021', Zorgnet Vlaanderen,
Acco Uitgeverij, 215 blz.,
ISBN 978-90-334-8230-4, www.acco.be

Boek

Het beroepsgeheim binnen het ortho- en sociaalagogisch werkveld

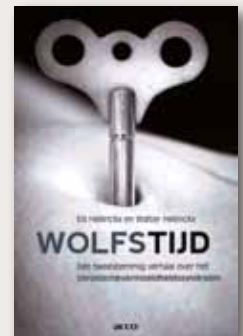
Het beroepsgeheim blijft een heet hangijzer binnen de gezondheidszorg. Ook binnen het ortho- en sociaalagogisch werkveld (gezins-hulp, ouderenzorg, bijzondere jeugdzorg, ...) blijven vragen over persoonsgegevens en het uitwisselen van informatie relevant en brandend actueel. Daarom onderzoekt Rudy Schellaert in dit boek enkele wettelijke en deontologische kaders rond deze thematiek. Deze hoofdlector aan de Universiteit Gent beperkt zich echter niet tot de theorie. Hij toetst elk kader namelijk aan concrete casussen en dankzij reflectievragen en oefeningen, krijgt u als lezer de kans om gefundeerde standpunten te vormen.



Wat ervan te zeggen: informatie en beroepsgeheim binnen het ortho- en sociaalagogisch werkveld,
Rudy Schellaert, Intersentia, 374 blz.,
ISBN 978-94-000-0108-4

Een tweestemmig verhaal over CVS

Rond het chronisch vermoeidheidssyndroom (CVS) blijven heel wat misverstanden bestaan. 'Wolfstijd' ontkracht deze mythes echter op een aangrijpende en verhelderende wijze. Het boek ontrafelt de ernst van CVS namelijk via het persoonlijke verhaal van Els Hellinckx, een studente geneeskunde die in het 6^{de} jaar van haar studies met de ziekte werd geconfronteerd. Haar verhaal wordt subtiel vervlochten met de reflecties van Walter Hellinckx, haar vader en professor emeritus van de K.U.Leuven. 'Wolfstijd' is dan ook een tweestemmig verhaal dat de ernstige gevolgen van CVS meesterlijk blootlegt. Bovendien vult het tweede deel van het boek het verhaal verder aan met tal van wetenschappelijke publicaties.



Wolfstijd, Els en Walter Hellinckx,
Acco Uitgeverij, 149 blz.,
ISBN 978-90-334-8081-2

Zorgverblijf Dunepanne in De Haan

Waar herstellen ook genieten is...



Uw patiënten wensen op krachten te komen

na een chirurgische ingreep of tijdens een chronische ziekte ?
Bent u op zoek naar tijdelijke opvang voor hen, omdat de mantelzorger er even tussenuit wil ?

Laat uw patiënten op adem komen in Dunepanne !

Ons zorgverblijf combineert een kwalitatieve hotelservice met verzorging op maat.

Het verzorgend personeel, de kinesitherapeuten, de verpleegkundigen en een arts staan dagelijks voor hen klaar. De kamers zijn ingericht naar hun noden.

Profiteer van de laagseizoenskorting!

Vanaf 1 november 2011 kunnen alle gasten rekenen op een korting van 10 % op de brutoverblijfsprijs. In combinatie met de tegemoetkoming van het ziekenfonds, kan deze korting zelfs oplopen tot **20 % op de nettoverblijfsprijs**. Bovendien ontvangt iedereen die een kamer tijdens het laagseizoen boekt een uniek welkomstgeschenk.

Voor meer informatie over de verblijfprijzen, de tegemoetkomingen en de aanvraagprocedure, surf naar de website www.dunepanne-mloz.be.

Verbeter het evenwicht tussen uw werk- en privéleven
zonder het contact met de patiënten te verliezen!

Word Adviserend geneesheer

bij de Onafhankelijke Ziekenfondsen

Profiel

- U bent arts.
- U bent contactvaardig en u hebt belangstelling voor de medische en sociale problemen van de patiënten.
- U beschikt over de nodige managementvaardigheden om vlot te kunnen samenwerken met administratief en paramedisch personeel.
- U beschikt over enige klinische ervaring. Een opleiding in verzekeringsgeneeskunde of een andere bijkomende specialisatie is een pluspunt.

Takenpakket

Contact met patiënten is essentieel als adviserend geneesheer. Uw takenpakket zal o.a. bestaan uit:

- evalueren van arbeidsongeschiktheid (mogelijkheden nagaan van arbeidsreïntegratie in samenspraak met betrokken partners als huisartsen, bedrijfsartsen, ...);
- informeren en adviseren van patiënten tijdens de raadpleging over o.a. sociale wetgeving, medische terugbetalingen en verzekeringsproblemen;
- behandelen van aanvragen voor medische verzorging.

Wat bieden we?

- U krijgt een voltijds bediendestatuut met een aantrekkelijk salarispakket.
- U komt terecht in een ruim en aangenaam werkkader waarbinnen een dynamische bedrijfscultuur heerst. Respect voor het evenwicht tussen werk en privéleven staat voorop.
- U werkt in een gemotiveerd team met voldoende ruimte voor persoonlijke ontplooiing.

Interesse?

Landsbond van de Onafhankelijke Ziekenfondsen
Recruitment
St-Huibrechtsstraat 19 - 1150 Brussel
recruitment@mloz.be

Onafhankelijke
Ziekenfondsen

www.mloz.be